

## ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL COSTE DE FARMACIA EN LOS HOSPITALES DEL INSALUD: AÑO 1998

**Bonilla Martos, E.\***, Licenciada en Ciencias Económicas y Empresariales; **G.-Estéfani Marín, A.\***, Licenciada en Ciencias Económicas y Empresariales; **Álvarez Díaz, A.\***, Especialista en Farmacia Hospitalaria; **Méndez Esteban, M. E.\***, Doctora en Farmacia; **González Grande, M.\*\***, Licenciada en Ciencias Económicas y Empresariales; **Alonso Cuesta, P.\***, Doctora en Medicina y Cirugía; **Moral Iglesias, L.\***, Doctora en Medicina y Cirugía.

\* Subdirección General de Atención Especializada del Insalud. Dirección General de Atención Primaria y Especializada del Insalud. \*\* Hospital de la Fuenfría.

### Palabras clave:

Coste. Gasto. Farmacia. Actividad. Complejidad. Hospital. GRD.

### Resumen:

El objetivo de este estudio es analizar y evaluar el consumo y coste de los productos farmacéuticos y hemoderivados durante el año 1998 en los hospitales gestionados por el Insalud.

Se han utilizado los datos de gestión analítica y contabilidad presupuestaria correspondientes a 77 hospitales con el fin de obtener el gasto de farmacia desglosado por partidas presupuestarias, el coste en las diferentes áreas de producción y el coste en el área de hospitalización relacionado con la actividad y la complejidad de cada hospital. En este último caso se han utilizado como indicadores el número de altas y la producción de unidades de complejidad hospitalaria.

El mayor porcentaje del gasto se imputa a la partida presupuestaria correspondiente a los productos farmacéuticos (67,8%). Para el conjunto de los hospitales la proporción del coste total que se asigna al área de ambulantes (43,2%) es similar al asignado a hospitalización (47,6%). El mayor grado de complejidad de los hospitales se refleja en un mayor coste de farmacia por UCH.

La máxima precisión en la realización de la gestión analítica en los hospitales es fundamental para la obtención de información que sea de utili-

dad en la toma de decisiones dentro de la gestión global del hospital.

### ANALYSIS AND EVALUATION OF PHARMACY EXPENSE BY INSALUD HOSPITALS IN 1998

#### Key words:

Cost. Expense. Pharmacy. Activity. Complexity. Hospital. DRG.

#### Summary:

The objective of this study was to analyze and evaluate the consumption and cost of pharmaceutical products and blood derivatives in 1998 in Insalud-managed hospitals.

Data from the cost accounting and budget accounting of 77 hospitals were analyzed to determine pharmacy expenses by budget item, the costs of different production areas, and hospitalization costs in relation to the activity and complexity of each hospital. The number of hospital admissions and the production of hospital complexity units were used as indicators of activity and complexity.

The largest single proportion of expenses pertained to the pharmaceutical products budget item (67.8%). For the overall group of hospitals, the proportion of total cost assigned to out-patient expenses (43.2%) was similar to that assigned to hospitalization expenses (47.6%). The increased degree of hospital complexity was reflected by higher pharmacy costs in relation to HCU.

Precise hospital management analysis is fundamental in order to obtain useful information for decision-making in relation to hospital management.

*Farm Hosp* 2000;24(3):159-165

*Correspondencia:* Elena Bonilla Martos. Consejera Técnica de la Unidad de Gestión Analítica. Subdirección de Atención Especializada del Insalud. Alcalá, 56. 28071 Madrid.

Fecha de recepción: 5-1-00

## INTRODUCCIÓN

El coste de farmacia hospitalaria en el año 1998 presentó en los hospitales del Insalud una media del 7,5% respecto al coste total del hospital, considerando los datos de la gestión analítica enviados por 77 hospitales. Diversos factores están provocando un crecimiento de esta proporción, incluyendo los incrementos en el precio de los productos farmacéuticos, la mayor complejidad relativa de los pacientes ingresados y la creciente disponibilidad y uso de medicamentos derivados de la biotecnología. Por otro lado, la incorporación de tecnologías sanitarias más innovadoras favorece el tratamiento ambulatorio de pacientes, que conlleva en ocasiones un alto consumo de productos farmacéuticos.

El gasto del capítulo II del Insalud ascendió a 213.619,4 millones de pesetas en 1998 (sin incluir hospitales administrados ni conciertos). De esta cantidad, 58.394,2 millones (el 27,3%) corresponden al gasto intrahospitalario de productos farmacéuticos y hemoderivados en dichos hospitales.

El Consejo de Política Fiscal y Financiera aprobó el 27 de noviembre de 1997 el modelo de financiación sanitaria para el período 1998-2001, que preveía un ahorro en farmacia valorado en 65.000 millones de pesetas, el cual revertiría en el Sistema Nacional de Salud (1). Ello ha implicado un especial esfuerzo de contención del gasto farmacéutico a partir del año 1998.

Asimismo se está produciendo la renovación de los sistemas de información hospitalaria que, en el área de farmacia, deben considerar la gestión económica mediante la recogida de datos mínimos necesarios: control de las existencias (contemplando su volumen y valoración), gestión de los proveedores (control del volumen de las adquisiciones por proveedor), devoluciones de medicamentos y cuantificación económica de las condiciones especiales de adquisición (2).

Los responsables de las medidas de control de costes de farmacia deberán dirigir sus esfuerzos al control del gasto y consumo de los productos farmacéuticos, motivo por el cual se considera necesario realizar estudios anuales comparativos del coste de la farmacia hospitalaria. Paralelamente, el conocimiento de los costes de farmacia en los hospitales facilita la realización de estudios de evaluación económica, que cada vez están cobrando una mayor importancia como herramienta para la toma de decisiones. Los hospitales deben adoptar procesos de racionalización de recursos para asegurar la atención sanitaria de una forma menos costosa y al mismo tiempo más coste-efectiva.

Así, dentro de este marco de la política de racionalización del gasto en medicamentos, la Subdirección General de Atención Especializada (SGAE) ha realizado un estudio para conocer el consumo y coste de los productos farmacéuticos y hemoderivados durante el año 1998.

El **objetivo global** del estudio es analizar y evaluar el coste de la farmacia hospitalaria correspondiente al año 1998 en los hospitales del Insalud.

Los **objetivos específicos** del estudio son:

- Analizar el gasto en productos farmacéuticos y hemoderivados por partidas presupuestarias.
- Analizar el coste de productos farmacéuticos y hemoderivados en las distintas áreas de producción asistencial.
- Analizar el coste de productos farmacéuticos y hemoderivados en pacientes hospitalizados y su relación con la complejidad de la patología atendida.
- Evaluar la metodología de afectación de costes a los grupos funcionales homogéneos (GFH) integrantes de las distintas áreas de producción.

## MÉTODO

### Fuentes de datos

- Ficheros de la contabilidad analítica de 77 hospitales de los 79 que forman parte de la red Insalud (3). La exclusión de dos hospitales fue debido a que uno de ellos no implantó la contabilidad analítica en 1998 y el otro hospital no envió la información por problemas informáticos con la aplicación.
- Informe de la contabilidad presupuestaria, con el importe liquidado de las adquisiciones a diciembre de 1998, de todas las partidas de productos farmacéuticos y hemoderivados.
- Información remitida por los hospitales sobre el consumo de PROSEREME y su coste afectado a cada uno de los GFH.
- Ficheros del sistema de información en atención especializada (SIAE), que recogen información de las altas totales del hospital y otras actividades ambulantes, incluyendo los pacientes con procedimientos de cirugía mayor ambulatoria (CMA) a los que se ha asignado el peso medio de su GRD (grupo relacionado por el diagnóstico) correspondiente.
- Fichero del conjunto mínimo básico de datos, analizado mediante el programa informático All Patient GRD (versión 12.0) para la obtención del peso medio del conjunto del hospital.

### Metodología

#### *Población de estudio*

Setenta y siete hospitales del territorio Insalud. En este estudio los hospitales se han agrupado atendiendo a la clasificación del Ministerio de Sanidad y Consumo realizada en función de variables de tamaño y servicios por medio de un análisis de clusters no jerárquico. De esta forma los hospitales quedan clasificados en cuatro grupos y un grupo de hospitales misceláneo de acuerdo con el esquema de la tabla 1 (4).

#### *Período de estudio: año 1998*

La explotación de los datos de contabilidad analítica enviada por los hospitales se ha realizado en la SGAE

Tabla 1. Características de los grupos de hospitales

Grupo de hospitales	Características
Grupo 1 (22 hospitales) ...	< 200 camas.
Grupo 2 (27 hospitales) ...	> 200 camas.
Grupo 3 (9 hospitales) .....	≤ 5 especialidades complejas. ≤ 2 equipamientos de alta tecnología. ≥ 6 ó ≤ 8 especialidades complejas o < 6 especialidades complejas con > 29 especialidades totales.
Grupo 4 (11 hospitales) ...	> 2 equipamientos de alta tecnología. > 8 especialidades complejas o ≥ 6 o ≤ 8 especialidades complejas con ≥ 7 equipamientos de alta tecnología.
Grupo 5 (8 hospitales) .....	Trasplantes ≥ 2 órganos. Grupo heterogéneo compuesto por hospitales con características especiales.

Los dos hospitales excluidos del estudio pertenecen a los grupos 2 y 4.

mediante el programa informático GECLIF. Una vez procesada la información se ha obtenido el coste de farmacia diferenciado por áreas de producción (hospitalización, ambulantes, servicios centrales y centros ajenos).

Debido a la importancia que está adquiriendo en el coste de farmacia hospitalaria la dispensación de fármacos a pacientes externos, se solicitó a los hospitales, como información específica, el coste de PROSEREME y su afectación a los diferentes GFH's.

El método empleado contempla las siguientes actuaciones:

1. Desglose de los gastos de farmacia por partidas presupuestarias, según información oficial facilitada por la Subdirección General de Control Económico y Presupuestario (5).

- 2211.0. **Productos farmacéuticos.** Crédito asignado para el consumo de medicamentos en las instituciones sanitarias o asistenciales del sistema, excluyéndose el coste para la Seguridad Social de las recetas dispensadas para tratamientos a realizar fuera del recinto de las instituciones sanitarias.
- 2211.2. **Hemoderivados.** Gastos destinados a la adquisición de derivados plasmáticos farmacéuticos.
- 2211.3. **Productos farmacéuticos de dispensación ambulatoria.** Gastos derivados de la dispensación en hospitales de productos farmacéuticos de uso y diagnóstico hospitalario a pacientes no ingresados. (Programa selectivo de revisión de los medicamentos.)

2. Desglose de las áreas de producción. La agrupación de costes en las diferentes áreas de producción se ha establecido tomando como referencia la Guía de Gestión de los Servicios de Farmacia Hospitalaria (2) y adaptándola a la estructura de la gestión analítica. De esta forma las áreas quedan definidas en:

- **Hospitalización.** Consumo de farmacia realizado por pacientes hospitalizados y bajo el control del hospital (unidades de hospitalización, quirófanos, etc.).
- **Ambulantes.** Consumo realizado por pacientes que no generan estancias (consultas externas, urgencias, hospital de día, hemodiálisis, etc.). En este área de producción se incluye la dispensación a pacientes externos.
- **Servicios centrales.** Consumo realizado por los servicios centrales del hospital, como radiodiagnóstico, laboratorios, neurofisiología, pruebas especiales, etc.
- **Centros ajenos.** Consumo destinado a centros de atención primaria y otros hospitales ajenos.

El desglose de las áreas de hospitalización y ambulantes ha sido posible gracias a la incorporación en la contabilidad analítica de GFH o centros de costes diferenciados, de forma que recogen los costes reales de pacientes ingresados y no ingresados sin tener que realizar un cálculo estimado como se venía haciendo hasta 1998.

De los 77 hospitales incluidos en el estudio, se han excluido 11 de una parte del análisis. De éstos, nueve hospitales no adecuaron su estructura, asignación y afectación de costes en función de las distintas áreas de producción, por lo que se desconoce su coste en las áreas y otros dos hospitales se encontraban en el momento del estudio en la fase piloto del nuevo proyecto de gestión analítica GECLIF\*.

3. Depuración de los costes en aquellos hospitales en que se detectaban errores de asignación a las diferentes áreas de producción.

4. Depuración del coste de la dispensación de productos farmacéuticos de uso hospitalario a pacientes externos (PROSEREME), pues en algunos casos dicho coste no estaba incluido en el área ambulatoria.

5. Obtención de los costes unitarios del área de hospitalización, utilizando como indicadores de actividad y complejidad el número de altas y las unidades de complejidad hospitalaria (UCH).

El número de UCH se calculan para las altas totales y para los procedimientos de CMA. Las altas de cada uno de los servicios clínicos se ponderan por el peso medio de las altas codificadas para dicho servicio a través del programa de los GRDs, obteniendo de esta forma el número de UCH de dichos procesos. Los procesos de CMA se ponderan en función del peso medio del GRD al que entran. La CMA en este año de estudio no se ha codificado, motivo por el cual se asigna de forma indirecta al GRD correspondiente y en función del tipo de procedimiento. En el caso de que existan varios GRD para el mismo procedimiento de CMA se aplica el GRD

\*GECLIF (gestión clínico funcional). Proyecto de mejora de la gestión analítica implantado en la actualidad en el 45% de los hospitales del Insalud, cuyo objetivo principal es el cálculo del coste por paciente y proceso.

de menor peso medio. De esta forma se obtiene el número de UCH de los procesos de CMA.

El peso medio por hospital se ha calculado a partir de las altas de pacientes ingresados y de los procedimientos de CMA.

El coste de farmacia por UCH se ha calculado mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Coste UCH} = \frac{\text{Coste de farmacia GFH hospitalización}}{\text{Altas} * \text{Pm} + \sum \text{CMA}(i) * \text{Pm}(i)}$$

donde Pm es el peso medio del hospital para las altas codificadas y Pm(i) es el peso medio del GRD correspondiente a cada tipo de procedimiento de CMA (amigdalectomía, cataratas, artroscopia, vasectomía, etc.).

Todos los datos de costes son anuales salvo en nueve hospitales que implantaron por vez primera la contabilidad analítica durante el año 1998 y cuyo objetivo era implantar esta herramienta con los costes de los cuatro últimos meses del año (septiembre a diciembre).

En estos casos se ha considerado únicamente los costes correspondientes a los cuatro meses en lo que se refiere a los apartados del estudio: análisis del coste de farmacia y su relación con el gasto, a la evaluación del consumo por áreas de producción y a la evaluación del coste de farmacia en el área de hospitalización.

## RESULTADOS

El análisis y la evaluación de la información se han realizado comparando las medias de los distintos grupos de hospitales.

Los resultados del análisis se han estructurado en las siguientes tablas:

- *Tabla 2:* representa el gasto total asignado por contabilidad presupuestaria a farmacia y desglo-

sado en cada una de las partidas presupuestarias correspondientes a este concepto.

- *Tabla 3:* representa el coste en farmacia distribuido en las diferentes áreas de producción.

- *Tabla 4:* representa la evaluación del coste de farmacia en el área de hospitalización en relación con la actividad y complejidad de cada hospital.

### Gasto de farmacia por partidas presupuestarias (tabla 2)

Para el total de hospitales se asigna el mayor porcentaje del gasto a los productos farmacéuticos (68,7% del total de gasto), seguido de productos farmacéuticos de dispensación ambulatoria (18,9%) y la partida presupuestaria a la que se imputa un menor gasto es hemoderivados (6,3%).

Entre hospitales de un mismo grupo se han observado diferencias importantes en el gasto por partidas presupuestarias.

La variación del gasto respecto a la media en los hospitales del grupo 5 no se ha calculado debido a la heterogeneidad de dicho grupo.

### Evaluación del consumo de farmacia por áreas de producción (tabla 3)

En esta evaluación se han incluido 66 hospitales.

El área de hospitalización representa el 47,6% del coste total de farmacia para el conjunto de hospitales; el 43,2% del coste total se produce en el área de ambulantes; el área de servicios centrales representa un 7,8% y en centros ajenos se produce el 1,2% del coste total (Fig. 1).

Este orden se mantiene en todos los grupos de hospitales excepto en el grupo 4, en el que el coste en ambu-

**Tabla 2. Gasto de farmacia por partidas presupuestarias (año 1998)**

Grupo	Gasto total	Productos farm. (2211.0)	Hemoderivados (2211.2)	PFDA (2211.3)
Total grupo 1 .....	3.239.269.733	2.374.605.424	262.650.587	602.013.722
Media grupo 1 .....	147.239.533	107.936.610	13.823.715	37.625.858
Total grupo 2 .....	15.442.431.394	10.153.474.039	1.026.957.549	4.108.880.806
Media grupo 2 .....	571.941.903	376.054.594	42.789.898	171.203.367
Total grupo 3 .....	11.242.157.260	6.860.103.283	651.338.745	1.906.800.347
Media grupo 3 .....	1.249.128.584	857.512.910	93.048.392	381.360.069
Total grupo 4 .....	27.857.609.379	20.915.419.395	1.818.279.911	3.535.619.341
Media grupo 4 .....	2.532.509.944	2.091.541.940	202.031.101	505.088.477
Total grupo 5 .....	1.845.415.095	705.030.688	3.051.807	1.137.332.600
Total hospitales .....	59.626.882.861	41.008.632.829	3.762.278.599	11.290.646.816
Media hospitales .....	774.375.102	546.781.771	59.718.708	198.081.523

Gasto en pesetas. No se calculan las medias del grupo 5 debido a la heterogeneidad del mismo.

Tabla 3. Evaluación del consumo de farmacia por áreas de producción (período 1998)

Grupo	Costes totales				
	Total hospital	Hospitalización	Ambulantes	Serv. cent.	Cent. ajenos
Total grupo 1 .....	2.739.455.589	1.542.650.056	889.158.454	244.765.901	62.881.178
Media grupo 1 .....	136.972.779	77.132.503	44.457.923	12.238.295	5.240.098
Total grupo 2 .....	13.583.234.222	6.788.204.633	5.642.414.737	900.179.271	252.435.581
Media grupo 2 .....	543.329.369	271.528.185	225.696.589	36.007.171	12.020.742
Total grupo 3 .....	6.323.160.555	3.069.923.515	2.562.143.830	557.693.677	133.399.533
Media grupo 3 .....	1.053.860.093	511.653.919	427.023.972	92.948.946	22.233.256
Total grupo 4 .....	23.008.065.291	10.170.148.595	10.868.081.023	1.831.047.371	138.788.302
Media grupo 4 .....	2.556.451.699	1.130.016.511	1.207.564.558	203.449.708	17.348.538
Total grupo 5 .....	623.257.044	486.166.602	45.076.558	91.890.355	123.529
Total hospitales .....	46.277.172.701	22.057.093.401	20.006.874.602	3.625.576.575	587.628.123
Media hospitales .....	701.169.283	334.198.385	303.134.464	54.932.978	11.992.411

Coste en pesetas. No se calculan las medias del grupo 5 debido a la heterogeneidad del mismo.

lantes es ligeramente superior al de hospitalización y en el grupo 5, en el que el coste en servicios centrales supera al de ambulantes. Esto probablemente esté relacionado con las características de los distintos tipos de hospitales.

En este aspecto del estudio ha sido fundamental realizar la depuración de la información enviada por los hospitales. Por ejemplo, varios hospitales del grupo 2 habían asignado el coste de PROSEREME al área de centros ajenos en lugar de ambulantes y esto provocaba que el coste en el área de centros ajenos llegara a ser superior al de ambulantes. En el caso del grupo 5 las propias características de los hospitales que lo forman explicarían el menor coste asignado a ambulantes con respecto a otros grupos, ya que muchos de los hospitales

de este grupo no tienen consultas externas, hospital de día o servicio de urgencias.

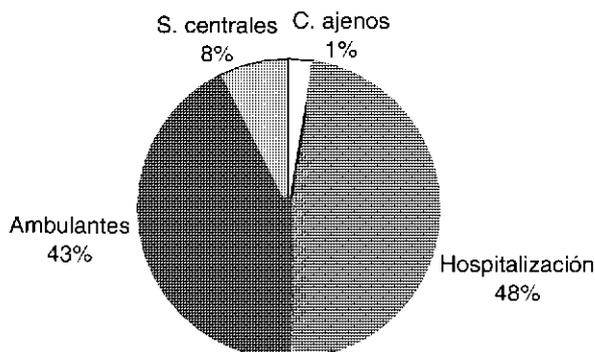
La asignación del coste de PROSEREME al área de producción correspondiente ha sido muy desigual por parte de los hospitales. Tras la explotación de esta información, se observa que el consumo de fármacos incluidos en este programa representa para el conjunto de los hospitales el 28,38% del *coste total de farmacia* y el 65,65% del *total del área de ambulantes* (Fig. 2).

En el grupo 4 el PROSEREME ha representado un mayor porcentaje sobre el total de farmacia (31,71%) y sobre el total del área de ambulantes (67,13%) que en el resto de los grupos. Por tanto, el elevado consumo de estos fármacos puede ser la causa del mayor coste en el área de ambulantes que en el de hospitalización.

Tabla 4. Evaluación del coste de farmacia. Área de hospitalización (año 1998)

Grupo	Coste total farmacia	Coste farmacia hospitalización	% sobre total	Actividad			Coste medio	
				Altas	UCH	PM	Altas	UCH
Total grupo 1 .....	2.739.455.589	1.542.650.056		108.449	121.947			
Media grupo 1 .....	136.972.779	77.132.503	56,31	5.422	6.097	1,12	14.225	12.650
Total grupo 2 .....	13.583.234.222	6.788.204.633		338.093	419.008			
Media grupo 2 .....	543.329.369	271.528.185	49,97	13.524	16.760	1,24	20.078	16.201
Total grupo 3 .....	6.323.160.555	3.069.923.515		140.902	187.233			
Media grupo 3 .....	1.053.860.093	511.653.919	48,55	23.484	31.206	1,33	21.788	16.396
Total grupo 4 .....	23.008.065.291	10.170.148.595		304.414	464.799			
Media grupo 4 .....	2.556.451.699	1.130.016.511	44,20	33.824	51.644	1,53	33.409	21.881
Total grupo 5 .....	47.205.074.008	22.018.607.861		859.663	1.176.747			
Total hospitales .....	46.277.172.701	22.057.093.401		922.147	1.227.248			
Media hospitales .....	685.362.094	328.252.466	47,66			1,33	23.919	17.973

Coste en pesetas. No se calculan las medias del grupo 5 debido a la heterogeneidad del mismo.



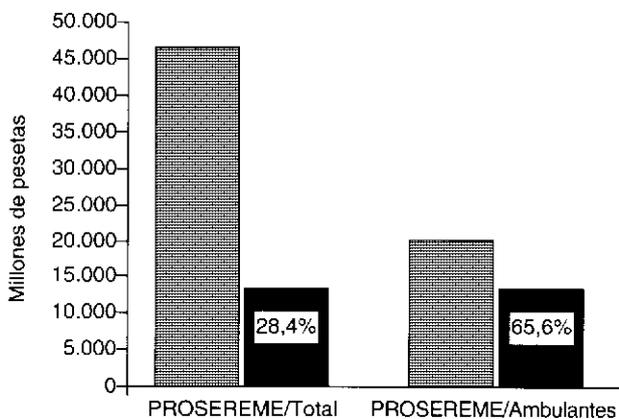
**Figura 1.**—Porcentaje del coste de farmacia en las distintas áreas de producción sobre el coste de farmacia total.

### Evaluación del coste de farmacia en el área de hospitalización (tabla 4)

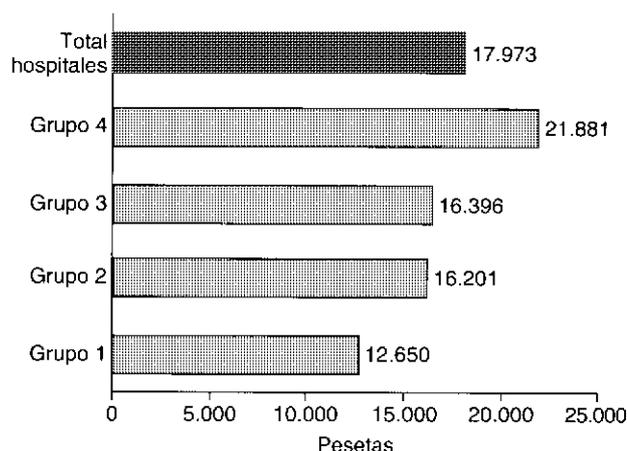
Del total de los costes generados por pacientes hospitalizados, un 5,8% corresponde al consumo de productos farmacéuticos y hemoderivados. Un estudio de coste por proceso realizado con datos del año 1993 en 23 hospitales del Insalud indicó una cifra del 4% (6).

El coste de farmacia en el área de hospitalización representa un promedio del 47,6% sobre el total del coste de farmacia en el hospital. Los grupos 1 y 5 de hospitales son los que presentan la mayor proporción del coste en este área de producción.

En general, un hospital que tiene una casuística más compleja quiere decir que los pacientes atendidos en ese hospital presentan un consumo de recursos más alto (7). El coste medio de farmacia por alta hospitalaria sigue una tendencia ascendente en función de la complejidad de los hospitales que forman los distintos grupos. Así, el grupo 1 presenta el menor coste medio (14.225 pesetas) y el grupo 4 (33.409 ptas.) es el único en el que el coste es superior a la media de todos los hospitales (23.919 pesetas). Del mismo modo, a medida que aumenta la complejidad del grupo, el coste por UCH es



**Figura 2.**—Porcentaje del coste de PROSEREME sobre el coste total de farmacia y sobre el área de ambulantes.



**Figura 3.**—Coste por UCH en los distintos grupos de hospitales.

mayor, de forma que el grupo 4 es el único cuyo coste (21.881 pesetas) es superior a la media de hospitales (17.973 pesetas) (Fig. 3).

En cuanto a las desviaciones medias en el coste de hospitalización por UCH, se observan diferencias importantes entre los hospitales de un mismo grupo.

A pesar de haber realizado la depuración de los datos, es imprescindible que los hospitales revisen la asignación de costes de farmacia a los distintos GFH o centros de costes integrantes de las diferentes áreas de producción con el fin de comprobar si las diferencias se deben a una asignación incorrecta o si por el contrario estas diferencias son reales, en cuyo caso se deberían analizar las posibles causas.

En el grupo 5 no se han realizado las desviaciones de coste medio por alta ni UCH respecto a su grupo debido a la heterogeneidad de este grupo de hospitales.

### DISCUSIÓN

La fiabilidad de los datos utilizados en el análisis depende en gran manera del grado de desarrollo de los sistemas de información en cada hospital en general y en el servicio de farmacia en particular. La heterogeneidad en el desarrollo del sistema de información en los diferentes hospitales determina los distintos niveles de desarrollo de la gestión analítica.

En algunos hospitales existe un coste asignado por contabilidad analítica y, sin embargo, no se ha asignado un gasto en la contabilidad presupuestaria a la partida 2211.3. De hecho se conoce, por ejemplo, la existencia de tratamientos de SIDA con antirretrovirales a pacientes externos y, por tanto, un coste asociado y, sin embargo, en algunos centros no hay una asignación previa en contabilidad presupuestaria a la partida correspondiente (2211.3: Productos farmacéuticos de dispensación ambulatoria).

La asignación del gasto a la partida 2211.3 es problemática. Esta partida incluye todos aquellos productos farmacéuticos de diagnóstico y uso hospitalario que se

dispensan a pacientes no ingresados y en ocasiones se desconoce el tipo de paciente (ingresado, ambulatorio o externo) al que se destinan estos productos farmacéuticos. Por otro lado, al no tratarse de un gasto por naturaleza, los criterios utilizados para asignar el gasto a esta partida son distintos de los principios contables generalmente aceptados, por lo que añaden cierta subjetividad a la asignación del gasto por este concepto.

Se observan diferencias importantes entre hospitales de un mismo grupo en lo referente a las variaciones del gasto total respecto a la media. Los hospitales clasificados en cada uno de los grupos poseen datos de actividad, complejidad, cartera de servicios, etc., muy similares, por tanto, estas diferencias observadas en las variaciones del gasto deberían ser menores. En el caso de los grupos 2 y 5 las características de los hospitales son más heterogéneas que en los otros grupos y esto es un factor añadido a la hora de analizar estas diferencias. La variabilidad en el gasto farmacéutico entre hospitales puede deberse a la existencia de diferentes prácticas en la gestión de compra de productos farmacéuticos. Entre los factores que pueden influir de forma directa en la compra de los medicamentos, se encuentran los criterios de prescripción de los fármacos en las diferentes unidades clínicas del hospital, de manera que las diferencias en el gasto entre hospitales de un mismo grupo pueden indicar la necesidad de revisar las medidas adoptadas para el seguimiento de la prescripción e incluso las pautas de prescripción.

En cuanto a la asignación de costes de farmacia a las distintas áreas de producción existen deficiencias generalizadas. Asimismo, los criterios de asignación de costes de farmacia a los distintos servicios han sido desiguales. Los errores más frecuentes se cometen en la asignación del coste de productos farmacéuticos que se deberían llevar al área de ambulantes y, sin embargo, se asigna a otras áreas de producción. De forma específica se ha detectado una desigual asignación de costes en lo que se refiere al PROSEREME. Se trata de un coste que debería llevarse al área ambulatoria, pero en muchos casos ha sido asignado fundamentalmente a centros ajenos o al área de hospitalización de forma incorrecta. Asimismo hay que destacar que existen deficiencias de asignación de los citostáticos en algunos de los hospitales que, teniendo servicios o GFH de hospital de día, han asignando ese coste a GFH de oncología y hematología.

Con el desarrollo de la gestión analítica mediante el proyecto GECLIF, que calcula costes por paciente, por proceso, por producto final y por actividad, el consumo de PROSEREME se asigna a los distintos servicios en función de si los pacientes pertenecen o no al área sanitaria: en el caso de que sean de fuera del área dicho consumo se asignará al GFH de pacientes desplazados dentro del servicio de centros ajenos; si pertenecen al área, el consumo se asignará a los GFH ambulatorios (consulta y/o dispensación a pacientes externos) de los servicios correspondientes.

Sin duda la progresiva sustitución de tratamientos intrahospitalarios por tratamientos ambulatorios está adquiriendo gran importancia en la actividad asistencial de los

hospitales y esto se refleja en un coste de farmacia que cada vez se aproxima más al coste de la hospitalización. Los resultados de este estudio muestran que más del 60% de los fármacos que se emplean en el área de ambulantes corresponden a dispensaciones a pacientes externos.

La calidad de la codificación en cada hospital y el volumen de actividad de la cirugía mayor ambulatoria son factores que influyen en el análisis del coste de farmacia en el área de hospitalización.

La gestión analítica es una herramienta indispensable para la toma de decisiones que obliga a analizar con minuciosidad los resultados que se obtienen y atender los problemas que en el día a día se producen en la recogida de información. A pesar de las limitaciones expuestas y de la variabilidad existente en los resultados de hospitales de un mismo grupo u hospitales con características similares, en este análisis se ha realizado una primera aproximación al consumo de farmacia en los hospitales del Insalud.

Resulta imprescindible que los centros establezcan mecanismos de revisión y cuadro de los datos económicos y de actividad procesados por las unidades de gestión analítica, haciendo hincapié, entre otros aspectos, en la asignación de los costes de farmacia a las distintas áreas.

El presente análisis pretende dar a conocer los resultados obtenidos a partir de la información remitida por los hospitales. Esta información ha sido depurada con el máximo grado de exhaustividad posible a fin de obtener una mayor fiabilidad de los resultados. Éste es el primer estudio que maneja datos de la práctica totalidad de los hospitales del Insalud relacionando costes de farmacia con la actividad y complejidad del hospital. Por ello consideramos que la información aportada puede ser de utilidad a los gestores y profesionales implicados en la gestión hospitalaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Asistencia Sanitaria. Subdirección General de Financiación y Presupuestos. Presupuesto Insalud 1998: datos y cifras. Madrid; 1998.
2. Insalud. Dirección General de Atención Primaria y Especializada. Subdirección General de Atención Especializada. Guía de gestión de los servicios de farmacia hospitalaria. Instituto Nacional de la Salud. Madrid; 1997.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gestión analítica (hacia la contabilidad analítica en los hospitales). Madrid; 1991.
4. Poves E, Esteban S, Prieto A, Sevilla F. Análisis de actividad y gasto en los hospitales del Insalud de 1990 a 1993. *Rev Esp Salud Pública* 1995;69:329-39.
5. Insalud. Subdirección General de Control Económico y Presupuestario. Nota Circular núm. 1/99, de fecha 8 de febrero. Nomenclátor Clasificación Económica Ejercicio 1999.
6. Insalud. Proyecto coste por proceso. Madrid; 1995.
7. Ortiz MM, Alba S. Gestión hospitalaria mediante los grupos relacionados por el diagnóstico. *Ciencia Farmacéutica* 1997;7:287-94.