

RESUMEN

Introducción

El aumento continuo en la demanda de servicios, los cambios tecnológicos y la intensidad en el uso de los recursos, constituyen los principales motores del crecimiento del gasto sanitario español. Por otro lado, los cambios en la estructura de su población como el envejecimiento, tienen una importante repercusión en la cronicidad, la pluripatología y la polimedicación. En el ámbito de la prestación farmacéutica, los problemas relacionados con los medicamentos y el gasto farmacéutico ambulatorio de esta población envejecida, crónica y pluripatológica, tiene un alto impacto clínico y económico.

El desafío actual es asegurar la calidad de la prestación en todo el Sistema Nacional de Salud (SNS) en un marco descentralizado y dentro de un marco global vertebrador, capaz de impulsar el uso racional de los medicamentos garantizando un marco riguroso en cuanto a las exigencias de seguridad y eficacia de los medicamentos en beneficio de la calidad asistencial para los ciudadanos; siendo el objetivo central, identificar los parámetros que causan el mayor crecimiento del gasto farmacéutico actual y las áreas de ineficiencia para establecer estrategias de gestión y dotar de herramientas apoyadas en los sistemas de información sanitarios a los clínicos que ayuden a hacer sostenible el SNS sin perder sus cualidades; para ello, los cambios en la gestión sanitaria y farmacéutica, se deberán centrar en la “*carga de enfermedad de los pacientes*” que supone en la actualidad las enfermedades crónicas.

Los *sistemas de ajuste de riegos, basados en morbilidad*, son útiles para monitorizar el gasto sanitario, establecer sistemas de pago a proveedores y para establecer acciones proactivas en el ámbito de la gestión clínica y farmacéutica de los pacientes crónicos y polimedificados.

Objetivo

Análisis y ajuste del gasto farmacéutico ambulatorio en la Comunidad Valenciana (CV), aplicando un sistema de ajuste de riesgo clínico poblacional basado en la clasificación de pacientes *Clinical Risk Groups (CRG)* para el periodo 2012-2013 y desarrollo de un indicador (FarmaIndex) para predecir el gasto farmacéutico ajustado a morbilidad en base al presupuesto de farmacia asignado.

Metodología

Estudio individual, de ámbito poblacional, descriptivo y analítico del gasto farmacéutico ambulatorio en la CV. Una primera fase del estudio, ha sido desarrollar un conjunto mínimo de datos de utilización poblacional (CMDUP) obteniendo una base de datos de 4,7 millones de pacientes que contiene variables demográficas, de actividad asistencial, grupo de riesgo clínico asignado, gasto farmacéutico anual y otras variables de uso de medicamentos. En la primera fase de análisis, se describe a los pacientes atendiendo a la carga asistencial, uso de los medicamentos y gasto farmacéutico, relacionándolos con los CRG. En una segunda, se ha diseñado un modelo de ajuste de gasto farmacéutico que toma como variable dependiente el logaritmo neperiano del gasto farmacéutico ambulatorio anual y como variables independientes los nueve estados de salud principales de la clasificación de los CRG agregación 3 y los niveles de gravedad establecidos en cada uno de ellos. Los pesos del modelo de ajuste se han estimado por medido del ajuste mínimo cuadrados y con ellos se ha construido un sistema propio de *case mix* que sirve para establecer presupuestos predictivos por departamento, centro de salud y facultativo. Para el seguimiento y

monitorización del gasto en función de la estratificación de los pacientes a través de los CRG, se ha desarrollado un indicador de gasto en farmacia ambulatoria ajustado a morbilidad y riesgo clínico y la funcionalidad de una aplicación informática para la gestión macro, meso y micro del mismo.

Resultados

Se ha corroborado que la estratificación de pacientes a través de los CRG a nivel poblacional, es sensible al nivel de implantación y la calidad de los sistemas de información sanitaria. Aporta información muy útil para la gestión de pacientes crónicos y polimedicados al analizar además del gasto farmacéutico, la polimedicación, los problemas relacionados con los medicamentos y la carga asistencial ambulatoria y hospitalaria, ya sea programada o urgente.

Se ha identificado que el 74 % gasto farmacéutico ambulatorio lo consumen los pacientes con una o dos enfermedades crónicas dominantes (*estados de salud 5 y 6*), que representan el 27% de la población. El gasto farmacéutico ambulatorio medio por estado de salud, aumenta a medida que lo hace la comorbilidad y la gravedad de los pacientes, encontrando su máximo, en el *estado de salud 7* (tres enfermedades crónicas dominantes).

El sistema de ajuste de riesgo basado en morbilidad y riesgo clínico desarrollado posee un poder predictivo muy elevado para el gasto farmacéutico ambulatorio (60%). La capacidad explicativa de los modelos se incrementa notablemente si se añaden variables sobre morbilidad a las variables demográficas, pasando de un 27,3% a un 56,2% de explicación. El nivel de gravedad y riesgo clínico para un mismo estado de salud, aumenta un 3,8% la capacidad explicativa. La inclusión de la farmacia hospitalaria en el modelo no mejora el grado de explicación conseguido (55,9%). El modelo no ha resultado ser explicativo para la cohorte pediátrica (15,5%), lo cual coincide con lo reportado por otros sistemas de ajuste de riesgo basados en enfermedades crónicas.

Conclusiones

Los sistemas de ajuste de riesgos basados en morbilidad son una herramienta muy útil para gestión del uso racional de los medicamentos, pero requieren de una implantación sólida de los sistemas de información sanitaria para su aplicación poblacional y el cálculo de los pesos propios para estimar presupuestos. La inclusión de farmacia hospitalaria no aporta mayor grado de explicación al modelo de ajuste y para la población pediátrica, se requieren modelos de ajuste específicos. Es necesario desarrollar indicadores basados en estos modelos, incluirlos en los acuerdos de gestión sanitaria acompañados de incentivos por resultados y dotar de herramientas basadas en los sistemas de información sanitaria, para acortar la distancia entre la *eficacia* y la *efectividad* en el ámbito de gestión sanitaria de los pacientes crónicos y polimedicados.