

ESTUDIOS DE FARMACOECONOMÍA

Ángel Sanz Granda

(e-mail: asanzgranda@jazzfree.com)

Intervención del farmacéutico en el control de costes (9/5)

En España, al igual que en muchos países los presupuestos destinados a la adquisición de fármacos aumentan de año en año debido a multitud de causas. Las administraciones tratan de acortar las diferencias entre las cantidades presupuestadas y gastadas anualmente. Medidas de todos conocido son la adopción de genéricos, los precios de referencia, e incluso la disminución de los precios y de los márgenes comerciales de las especialidades farmacéuticas. Todas ellas consiguen una reducción inicial, que disminuye e incluso desaparece en un escaso margen de tiempo. La no inclusión de los criterios racionalidad y eficiencia podría ser la causa de dichos resultados.

Si bien los sistemas de salud en Estados Unidos difieren notablemente del español, también se encuentran con los problemas económicos que nosotros tenemos, es decir, que el dogma de que los recursos son siempre limitados y escasos, se cumple. El cometido de los farmacéuticos en USA también difiere, pero ciertas soluciones que han adoptado se asemejan mucho con nuestros programas de atención farmacéutica, difiriendo tan sólo en que un objetivo adicional es la cuantificación económica de la actuación.

De esta forma, debido a que los costes originados por los medicamentos en la Medicare eran superiores a lo previsto, los autores (1) diseñaron un programa focalizado en promover resultados basados en coste-efectividad. Para ello se seleccionaron las unidades clínicas que originaban el mayor coste en medicamentos, para establecer allí dicho programa. Se facilitaba a los farmacéuticos una lista semanal de los pacientes que tenían cita para la próxima semana. A continuación, un farmacéutico revisaba la historia farmacológica de los pacientes con el fin de detectar potenciales problemas con los fármacos y realizaba entonces unas recomendaciones, rellenando un impreso de comunicación que se adjuntaba a la historia. La relación previa entre médicos y farmacéuticos facilitó extraordinariamente la implementación de este programa

De dos a cuatro semanas más tarde, se revisaba el grado de aceptación de las recomendaciones realizadas. Al cabo de dieciséis semanas se habían revisado 276 historias y se habían identificado a 127 problemas potenciales con los fármacos (Tabla 1). Aproximadamente una tercera parte de estos problemas se debían al uso de algún medicamento, el cual tenía una mejor alternativa para el paciente. Este tipo de problema comprendía medicamentos no recomendados para el anciano, medicamentos que requieren dosis diaria múltiple (mayor riesgo de no cumplimiento terapéutico) y medicamentos para los cuales hay alternativas que ofrecen un mejor perfil farmacoeconómico.

PROBLEMA HALLADO	
No recomendados en ancianos Necesidad de dosis múltiples Alternativas con mejor C/E	
Dosificación excesiva Probables reacciones adversas Déficit de monitorización	Digoxina en insuficiencia renal
Dosificación subterapéutica Patologías no tratadas Interacción con medic. o alimentos Terapias contraindicadas	Anemia, osteoporosis inducida por corticoides, hiperlipidemia Niacina en hemorragia gastrointestinal, Metformina en insuficiencia cardiaca congestiva y pobre función renal
Duplicadas o innecesarias Patologías no controladas	HTA, hiperlipidemia, diabetes, hipotiroidismo, hipertiroidismo

Tabla 1

Otro tipo de problemas detectados, aunque con una menor prevalencia (10%), fueron dosificaciones excesivas, potenciales reacciones adversas e inexistencia de monitorización terapéutica. Por último, también se encontraron casos de dosificaciones subterapéuticas, patologías no tratadas o no controladas, interacciones potenciales, terapias contraindicadas o no necesarias y medicamentos duplicados.

Posteriormente, los hallazgos encontrados se expresaron usando el impreso de comunicación farmacéutico-médico, avalados documentalmente. Con esta metodología, los médicos aceptaron el 42% de las intervenciones realizadas, las cuales comprendían aspectos de ajuste de dosis, inicio o cese de la terapia farmacológica, cambio de medicamento por uno de mayor efectividad, intercambio de medicamentos con mejor perfil farmacoeconómico y mejora en la monitorización por parte del laboratorio. El 23% de las recomendaciones no se llevaron a cabo, pero tan sólo un 3% fueron consideradas inapropiadas por el médico y un 2% fueron rechazadas por el paciente. En el resto de los casos (18%) la recomendación no se llevó a cabo debido a problemas tales como no disposición de las historias de seguimiento, cancelaciones de los pacientes, o escasa documentación médica.

Los autores concluyen que mejorando la terapéutica con este tipo de intervenciones se han ahorrado \$788 en medicamentos, pero lo más importante es que se ha evitado en su asociación un ahorro estimado en \$19,000 en otros gastos. Así, por ejemplo, intervenciones que previenen hospitalizaciones o que acortan su estancia, (tales como indicar la no administración de niacina en pacientes con hemorragia gastrointestinal, o de metformina en pacientes con insuficiencia cardiaca congestión y pobre función renal, o el ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal a los que se les administra digoxina) han originado unos ahorros notablemente superiores a los que se consiguen con medidas de contención de costes, en las que no se pone como objetivo fundamental la racionalización de la terapéutica.

(1) Valdez C., Mrosz N y Nebel A., "Reducing drug costs of a Medicare-risk population", Am J Health-Syst Pharm, 1.999; 56: 1.710-1.712.

Obtención de datos económicos de la industria farmacéutica. (9/13)

Se ha publicado que en ciertas ocasiones, los médicos con relaciones económicas con compañías farmacéuticas han sido menos propensos a criticar la seguridad o eficacia de ciertos medicamentos, así como se ha publicado también cierta asociación, estadísticamente significativa, entre resultados positivos en ensayos en medicina interna y financiación del propio fabricante. Así, mientras hay estudios que investigan el posible conflicto de intereses económicos en la eficacia y seguridad técnica, sólo ha habido en un estudio que estudie la relación con los temas farmacoeconómicos.

Con el fin de investigar la objetividad de los datos farmacoeconómicos obtenidos por la industria farmacéutica los autores (1) evalúan los estudios de este tipo, aparecidos en tres áreas en oncología: factores estimulantes de crecimiento de colonias, antieméticos antagonista de serotonina y taxanos. Se trató de dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿son los estudios económicos financiados por la industria farmacéutica más propensos que los no financiados, a reportar conclusiones cualitativamente favorables y menos propensos a reportar las cualitativamente desfavorables? Y ¿son los estudios financiados por la industria más propensos que los no financiados, a constatar conclusiones cualitativamente favorables a pesar de que resultados cuantitativos sean neutrales o desfavorables?

Para tal fin, se realizó una búsqueda bibliográfica de 1988 a 1998, obteniendo después del cribado adecuado, 44 artículos (28 de factores estimulantes de crecimiento de colonias, y 11 de antieméticos y 5 de taxanos). Se investigó fundamentalmente la información relativa a las conclusiones cualitativas, resultados numéricos cuantitativos, tiempo en el que se realizó el estudio, y fuente de financiación, realizando posteriormente un estudio estadístico de las relaciones entre ellos utilizando los tests de Fisher y Pearson. Un valor de p menor de 0,05 se consideró como estadísticamente significativo.

Los autores concluyen que se observó una relación ($p = 0,04$) entre fuente de financiación y conclusiones cualitativas: se observa un 38% de conclusiones desfavorables en estudios no financiados y sólo 5% en estudios financiados por la industria (Tabla 2). Además, los estudios financiados por la industria fueron algo más proclives que los no financiados a sobreestimar los resultados cuantitativos, por ejemplo ofrecer conclusiones cualitativamente favorables cuando los resultados cuantitativos fueron neutrales o desfavorables, o establecer una conclusión neutral cuando los resultados cuantitativos habían sido desfavorables, si bien en este caso la diferencia no fue estadísticamente significativa (30% frente a 13%, $p = 0,26$).

	Estudio financiado por la IF	Estudio no financiado por la IF	p
Medicamentos			
- Fact. Est. Crec. Col.	65	63	
- Antieméticos	25	25	
- Taxanos	10	13	
Conclusión			
- favorable	60	42	0.04
- neutral	35	21	
- desfavorable	5	38	
Sobreestimación de resultados	30	13	0.26

Tabla 2

Se han establecido varias hipótesis ayuden a explicar estos hallazgos. Primero, el método retrospectivo que se ha usado en el 89% de los estudios investigados es más propenso para que se hubieran seleccionado los ensayos que originan mejores resultados, para realizar posteriormente su análisis económico. Segundo, hay una tendencia evidente en la investigación farmacoeconómica, así como en otras áreas de la investigación médica, hacia la publicación de estudios con resultados positivos, en detrimento de los que ofrecen resultados negativos. Tercero, se podrían producir influencias indirectas de las compañías farmacéuticas hacia los investigadores, dado que éstos pueden recibir emolumentos, directa o indirectamente. Y cuarto, la compañía podría influir en la elaboración de los protocolos o en los criterios de evaluación económica.

A pesar de las limitaciones que los autores indican en la realización del estudio realizado, indican que la industria es una fuente fundamental de información en muchas áreas médicas, así como que es la fuente primaria para los estudios farmacoeconómicos. Para mejorar la credibilidad de dichos análisis económicos deberían promoverse políticas en favor de la transparencia total de los intereses económicos. Igualmente deberían conducirse más análisis farmacoeconómicos de tipo prospectivo, simultáneamente con los ensayos en fase 3, lo que aumentaría la credibilidad, al eliminar la oportunidad de financiación selectiva basada en resultados clínicos.

(1) Friedberg M., Saffran B., Stinson T., Nelson W. y Bennett C. "Evaluation of conflict of interest in economic analyses of new drugs used in oncology", JAMA, 1.999; 282 (15): 1.453-1.457.

Farmacoeconomía y Atención Farmacéutica

Se ha repetido muchas veces en esta sección que la única forma de poder satisfacer a la sociedad, en términos de salud es optimizando la eficiencia en el consumo de recursos sanitarios. Los medicamentos no son los responsables del desgaste constante en los presupuestos de salud. Existen, todos lo sabemos, una gran cantidad de costes asociados a los de adquisición de los fármacos –el tan traído gasto farmacéutico- y lo más importante de la cuestión es que este tipo de coste es de los de menor cuantía.

Una reacción adversa moderada implica, como mínimo, la suspensión de la administración del fármaco que se sospecha lo ha originado, lo cual supone un coste de oportunidad notable, además de la no recuperación de la salud del paciente y los trastornos creados por dicha reacción. Si este acontecimiento adverso implica un tratamiento, estaremos ante unos costes añadidos que pueden superar ampliamente el del fármaco inicial. Pero

si el resultado del acontecimiento adverso implica el ingreso en un hospital, el coste global del tratamiento inicial se incrementa muy considerablemente.

El control farmacológico del paciente ayuda a racionalizar la terapéutica, tratando de aumentar las tasas del éxito terapéutico, intentando detectar precozmente cualquier efecto adverso producido, colaborando en la correcta administración del fármaco o estimulando el cumplimiento terapéutico del paciente, entre otras causas. Cualquier acción que vaya en la dirección expuesta ha de repercutir en la obtención de un mejor uso racional del medicamento y de una mayor eficiencia en el gasto de los recursos sanitarios. Y la Atención Farmacéutica, teniendo como fin al medicamento, colabora notablemente con el desarrollo de la eficiencia.

El autor, Director General de Salud Pública (1) plantea que el sistema sanitario de los países desarrollados evoluciona hacia un modelo fundamentado en la eficiencia. En España se ha actuado intentando controlar el gasto en medicamentos mediante actuaciones que no permiten detectar y corregir los orígenes de la cuestión, pero se podría realizar evaluando el coste-efectividad de las distintas intervenciones. Indica que es preciso, en el sistema de salud, poner en marcha estrategias de control de gasto sanitario en donde el análisis farmacoeconómico permita una gestión eficiente de los recursos.

Para apoyar su argumento, describe los resultados de un estudio farmacoeconómico en donde se evalúan, desde el punto de vista farmacoeconómico las alternativas de prevención de cardiopatía coronaria: tratamientos de la hipertensión, de la hipercolesterolemia y la cesación tabáquica, constatando que la mayor eficiencia, en coste por año de vida ganado, se obtiene con las terapias de erradicación del tabaquismo, seguido de la lucha frente a la HTA y en último lugar, el control terapéutico del colesterol (Tabla 3)

Orden de eficiencia de programas	Alternativas	Mayor C/E
1º.- Cesación tabáquica	Chicles de nicotina Parches de nicotina	Chicles
2º.- Hipertensión	Hidroclorotiazida Prazosín Propranolol Captopril Nifedipina	Hidroclorotiazida Propranolol
3º.- Hipercolesterolemia	Lovastatina Colestiramina Gemfibrozilo	Lovastatina

Tabla 3

Analizando con más detenimiento el resultado del estudio, el autor concluye que la estrategia más coste-efectiva consiste en desarrollar los programas de prevención cardiovascular según el ranking expuesto, acorde con las alternativas más eficientes de cada programa: hidroclorotiazida en HTA y lovastatina en la hipercolesterolemia.

La actuación profesional del farmacéutico debería ir paralela a estos planteamientos, centrando su dedicación en los programas de Atención Farmacéutica que mayor eficiencia produjesen, cuantificando posteriormente los beneficios, desde las perspectivas sanitaria y económica, y divulgando finalmente la repercusión del trabajo realizado.

(1) Plans P. "Importancia del análisis coste-efectividad en la gestión de los recursos sanitarios" Rev Esp Farmacoeconomía; 1.999: 5(III), 11-12.