

ESTUDIOS DE FARMACOECONOMÍA

Ángel Sanz Granda

(E-mail: asanzgranda@jazzfree.com)

Atorvastatina versus simvastatina en atención primaria

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la causa principal de muerte en los países desarrollados, originando un millón de muertes anualmente en EE.UU. En España, la mortalidad por ECV ha disminuido en los últimos años, principalmente debido a un descenso en la morbimortalidad de la causa cerebrovascular, aunque no ha ocurrido lo mismo con la enfermedad coronaria. La asociación entre la alteración del metabolismo lipídico y la ECV es conocida ampliamente, evidenciándose una clara correlación entre colesterolemias mayores de 200 mg/dL y prevalencia de la patología. En base a ello, se recomienda actualmente el tratamiento de la hipercolesterolemia, incluso con cifras menores, cuando existen varios factores de riesgo asociados.

Debido a esta relación con los niveles de colesterol plasmático, y al coste que supone el tratamiento, los autores (1) se plantean realizar una evaluación farmacoeconómica, de tipo de coste-efectividad, del tratamiento de la hipercolesterolemia, en atención primaria, con atorvastatina (10 mg/día) y simvastatina (20 mg/día), en prevención primaria. Como medida de la efectividad emplean dos parámetros. El primero consiste en el porcentaje de pacientes que alcanzan el objetivo terapéutico establecido por la Sociedad Española de Arteriosclerosis, es decir, cifras de cLDL menores de 155 mg/mL en pacientes con uno o menos factores de riesgo de ECV, o menores de 135 mg/dL si presentan dos o más factores de riesgo. El segundo parámetro evalúa la tasa de reducción de cLDL al final del estudio.

Los resultados (Tabla 1) muestran que ambos redujeron de forma significativa los valores de colesterol total (CT), cLDL y triglicéridos sin que sufrieran variación significativa las cifras de cHDL. La única diferencia fue que atorvastatina produjo la reducción más rápidamente.

	% de reducción a los 3 meses		% de reducción a los 6 meses	
	Atorvastatina	Simvastatina	Atorvastatina	Simvastatina
Colesterol Total (%)	- 21,5	- 16,4	- 23,8	- 22,8
cLDL (%)	- 25,7	- 19,8	- 29,6	- 26,1
cHDL (%)	+ 1,3	+ 4,1	+ 2,4	- 0,6
Triglicéridos (%)	- 14,6	- 0,5	- 13,0	- 15,4
Coste / paciente (pta)			51.710	50.667
Efectividad, criterios S.E.A. (%)			54,2	50,0
C / E (pta)			95.406	101.335
Efectividad, reducción cLDL (%)			29,6	26,1
C / E (pta)			1.747	1.941

Tabla 1

Los resultados farmacoeconómicos muestran una ligera diferencia de atorvastatina 10 mg frente a simvastatina 20 mg, medido con cualquiera de los parámetros de efectividad que se habían establecido, ya sea obtención de los valores recomendados por la S.E.A. o por las cifras de reducción de cLDL. En base a sus datos, los autores concluyen que el tratamiento de la hipercolesterolemia en prevención primaria con atorvastatina ha resultado tener mejor relación coste-efectividad, y en función de ello, estos resultados ayudan a planificar la utilización de recursos sanitarios en atención primaria.

Ahora bien, los autores indican dos limitaciones en su estudio. Una es la corta duración del mismo, 6 meses, lo que hace que no se puedan investigar *end points* finales que den mayor validez al análisis, ni se pueda comprobar si los efectos conseguidos se mantienen a medio y largo plazo. La otra, es el tamaño de la muestra, quizás insuficiente para poder determinar si la ligera diferencia observada en el coste medio por paciente

puede ser significativa, dado que se indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos. Por ello, no se estima que los resultados obtenidos en esta evaluación farmacoeconómica, si bien están en línea con otras realizadas, no puedan servir por sí mismos para la planificación de la utilización de recursos.

(1) Tárraga P, Celada A, Cerdán M, Solera J, Ocaña J, de Miguel J. Análisis coste-efectividad de atorvastatina frente a simvastatina como tratamiento hipolipemiente en pacientes hipercolesterolémicos en atención primaria. *Aten Primaria*, 2001; 27: 18-24. (14/10)

Nuevos fármacos en la patología artrítica

El sistema nacional de salud de Canadá cubre el coste del cuidado médico, ambulatorio y hospitalario, para todos las personas. Pero el coste de los medicamentos de prescripción no es universalmente cubierto, siendo variable el grado de dicha cobertura. No obstante, los mayores de 65 años y las personas sin recursos económicos están totalmente cubiertos. Se ha estimado que las tres cuartas partes de la población tiene algún tipo de cobertura para los medicamentos de prescripción. Y como en todo el mundo desarrollado, el gasto en fármacos se ha incrementado más rápidamente que cualquier otro componente del cuidado de la salud. Así, en 1999 el gasto en medicamentos ascendió al 15% del gasto total de salud. Desde 1995 los canadienses habían gastado en fármacos un 9% más cada año. En 1999 gastaron el 11,4% más que en el año anterior.

En reumatología, el incremento en el gasto ha sido más pronunciado que en otras áreas. En 1999 los fármacos usados en las patologías artríticas supusieron el 3% de los 8.300 millones de dólares canadienses de la factura de los medicamentos. Y aunque esta cifra es baja comparada con los fármacos cardiovasculares (15% del gasto total), presenta un gran aumento por clase terapéutica año tras año: comparado con 1998 los medicamentos para la artritis crecieron en 1999 un 27%, y representaron el 4% de todas las prescripciones, con un incremento del 15%. Sucesos similares ocurren en EE.UU. en donde los fármacos antiartríticos supusieron el 3% de los 112.000 millones de dólares gastados en medicamentos y el 4% de las prescripciones totales. Pero el incremento de 1999 sobre el año anterior fue mayor en EE.UU.: 77% para los costes y 19% para las prescripciones.

Los autores (2) analizan el motivo de dichos ascensos, indicando que se debe a la incorporación de los inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2, coxib y rofecoxib, los cuales han producido considerables cambios en las pautas de tratamiento, así como en los costes, de la artritis reumatoide (AR) y la osteoartritis (OA) (Tabla 2)

	Prescripciones AINEs totales	Prescripciones inhibidores COX-2	Prescripciones AINEs no selectivos	Coste total de AINEs
AR				
1995-1998	570.000		570.000	13 mill Can\$
1999-2000	505.000	260.000	245.000	21 mill Can\$
OA				
1995-1998	1.700.000		1.700.000	44 mill Can\$
1999-2000	1.900.000			78 mill Can\$

Tabla 2

Los organismos pagadores, en Canadá y EE.UU., han establecido estrategias para contener el coste de estos nuevos agentes. Así, en Canadá, salvo en alguna provincia que reembolsa los dos fármacos, en el resto sólo realizan el pago de uno de ellos y en alguna otra provincia no están financiados ninguno de ellos. En EE.UU. se han desarrollado rigurosos criterios de prescripción, pero los médicos han sido convencidos del beneficio añadido que estos producen e incluso los pacientes parecen estar dispuestos a pagarlos aunque su sistema no les financie su adquisición.

Los inhibidores COX-2 poseen una eficacia equivalente a los AINEs clásicos en la patología artrítica. Existe evidencia de que el número de pacientes que deberían ser tratados con los inhibidores COX-2, en lugar de

con otros AINEs no selectivos, para evitar una única complicación de úlcera gastroduodenal es de 145 en RA y 69 en OA. Igualmente se ha determinado el coste incremental de prevenir una complicación ulcerosa al año con estos nuevos fármacos, estimándose en 30.000 dólares, aunque es preciso determinar su repercusión en hospitalizaciones asociadas con la complicación.

Los autores concluyen que los inhibidores COX-2 están desplazando a los clásicos AINEs no selectivos, especialmente en el tratamiento de la OA, dado que, además, estos pacientes están menos dispuestos a aceptar un riesgo gastrointestinal asociado con el fármaco administrado. Por este motivo deberían realizarse más estudios coste-efectividad que evidencien el verdadero lugar en la terapéutica de estos fármacos.

(2) Marra C, Esdaile J, Sun H, Anis A. The cost of COX inhibitors: How selective should we be? J Rheumatol 2000; 27: 2.731-2.733 (16/37)

Retribución en atención farmacéutica

La provisión de atención farmacéutica en las farmacias comunitarias está aumentando día a día en muchos países, entre ellos el nuestro, y existen algunos estudios que evidencian el ahorro de costes originado con su implementación. La *Régie de l'Assurance-Maladie* de Québec (RAMQ) administra un plan público de medicamentos, el cual cubre dos servicios remunerados de intervención farmacéutica ante la aparición de algún problema relacionado con el medicamento (PRM): la opinión farmacéutica (nota escrita al médico sugiriendo cambios en la terapia del paciente) y la denegación de una dispensación (cuando el farmacéutico juzga que se ha prescrito un medicamento que puede perjudicar la salud del paciente). Desde 1978 se ha venido produciendo el pago de 15,45 y 7,0 Can\$ respectivamente. El RAMQ atiende a más de dos millones de personas y en 1996 sólo hubo 8.385 solicitudes por opiniones farmacéuticas y 16.205 por denegaciones, lo que representó el 0,07% de todas las dispensaciones, a pesar de que las estimaciones eran del 0,7-1,4% de las mismas.

Los autores (3) analizan los factores asociados con la facturación de cargos por los servicios de atención farmacéutica prestados (Tabla 2). Proponen tres grupos de factores: predisponentes, posibilitadores y reforzantes. Para ello envían un cuestionario a todos los farmacéuticos de la provincia que habían trabajado en una farmacia comunitaria, al menos 6 semanas en los últimos 3 meses. Las variables dependientes analizadas fueron la frecuencia de facturación por opiniones y por denegaciones.

	Opinión	Denegación
Objetivo	Modificar el tratamiento	Evitar el tratamiento
Método	Nota escrita enviada al médico	Razón argumentada
Cargo	15,45 Can\$	7,0 Can\$
PRM	Más de 8 prescripciones, efectos adversos, intolerancia, falta de efectividad, alergia, interacciones, contraindicaciones en embarazo o lactancia, no cumplimiento terapéutico, interacciones con EFP	Abuso, duplicación terapéutica, dosis inadecuada, alergia previa, intolerancia o fracaso en respuesta, duración inadecuada del tratamiento, prescripción falsa

Tabla 3

Los resultados mostraron que sobre el 40% de los farmacéuticos, titulares o empleados habían realizado algún cargo en concepto de opinión en el periodo de 3 meses revisado, mientras que en concepto de denegación, lo habían hecho sobre el 60%. Se determinaron 3 factores asociados con la facturación para ambos grupos de intervención: un volumen diario medio de 100-250 dispensaciones, una convicción de que la realización de dichas intervenciones forma parte de una buena práctica farmacéutica y la percepción de que dichas actuaciones pueden ser facturadas rápidamente.

Analizados los factores implicados mediante la clasificación realizada previamente se encontraron de tipo predisponente (persona joven o con pocos años de práctica, haber recibido formación continuada y hallar fácil la realización y facturación del servicio), posibilitador (disponibilidad de personal técnico y de software

adecuado para respaldar la intervención) y reforzante (percepción de que las intervenciones realizadas serán abonadas).

Ya con anterioridad, la cooperación médica se había asociado a la provisión de atención farmacéutica, al igual que una actitud negativa del médico se había percibido como una barrera a la implantación de servicios farmacéuticos. Esto explicaría el hecho de que haya habido más cargos por denegaciones de dispensaciones que por emitir opiniones al médico sobre el cambio de una terapia concreta porque muchos hubieran pensado que éste reaccionaría negativamente al enviarle una opinión. También se apunta la posibilidad de que al ser más rápida la operación de denegación, pues sólo se requiere una nota en el archivo de registro del paciente y en la prescripción, se realice con mayor frecuencia que la operación de opinión.

El presente estudio ofrece la evidencia de que los sistemas de salud, como el de Québec (Canadá), focalizados no exclusivamente al coste sino fundamentalmente a los resultados obtenidos, puedan pagar por los servicios de atención farmacéutica, una vez que están convencidos de que la implementación de tales actuaciones les ahorra recursos económicos, además de reportarles mejores resultados sanitarios

(3) Kröger E, Moisan J, Grégoire J. Billing for cognitive services: understanding Québec Pharmacists' behavior. *Ann Pharmacother* 2000; 34: 309-316 (16/38)