

## ESTUDIOS DE FARMACOECONOMÍA

*Ángel Sanz Granda*

(E-mail: [asanzgranda@terra.es](mailto:asanzgranda@terra.es))

### Repercusión en costes del control de la prescripción por el farmacéutico

El proceso de elección y prescripción del medicamento más adecuado para un paciente individual es un asunto cada vez más complejo. Para que sea correcto, se ha calificado como de racional, apropiado, coste-efectivo, y últimamente, basado en la evidencia, pero el objetivo es similar: mejorar la calidad y ahorrar en costes.

La asistencia primaria genera la mayor parte del consumo en fármacos; así en Inglaterra, los médicos de familia originan más del 80% de los costes de prescripción. Por ese motivo, los farmacéuticos están, cada día más, proporcionando un apoyo a los prescriptores, apoyo entendido como una ayuda hecha al proceso de prescripción para que sea eficiente, coste-efectiva y segura para el paciente. Para realizar esta nueva función, los farmacéuticos precisan realizar habitualmente una revisión y control de las prescripciones.

Los autores (1) revisan la literatura que investiga el impacto del farmacéutico, en el desarrollo de este nuevo servicio profesional, sobre los resultados conseguidos en el paciente y sobre los costes en el sistema proveedor de servicios de salud, para calcular los beneficios para los pacientes del servicio, los beneficios financieros para el sistema de salud, y evaluar el ratio coste-efectividad de tales nuevos servicios.

De los 7.868 artículos hallados inicialmente, después de eliminar duplicaciones y aquellos que no cumplían los criterios de inclusión, quedaron 55 artículos, que se referían a 50 estudios diferentes (13 ensayos controlados y randomizados, 18 ensayos clínicos controlados y no randomizados y 19 estudios antes-después). En ellos hubo una actuación del farmacéutico a nivel de régimen de tratamiento, recomendación de cambios terapéuticos, monitorización de la eficacia y/o control de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), la cual se realizó en farmacias comunitarias o en clínicas de atención primaria.

Los hallazgos a nivel de los farmacéuticos comunitarios revelan que, en los 11 estudios en los que participaron, sus intervenciones se acompañaron de mejoras en todos o algunos de los resultados clínicos de los pacientes; no obstante, las consecuencias a nivel de calidad de vida, si bien fueron estadísticamente significativas, resultaron de pequeña cuantía. El cumplimiento terapéutico se incrementó entre el 21 y 54%.

Sin embargo, las evaluaciones económicas de las actuaciones farmacéuticas no se llevaron a cabo adecuadamente. En muchos casos sólo se consideraron los costes de adquisición de los fármacos. Sólo en un estudio se reportaron ahorros de costes, pero en otros dos, no se observó reducción alguna. En otro estudio se halló una menor probabilidad de hospitalizaciones en el grupo de intervención, sin referirse ninguna circunstancia económica adicional..

Los autores concluyen que la metodología empleada en muchos de los estudios realizados presenta bastantes deficiencias. Una investigación adecuada no es simple ni barata. Requiere de personal especializado, especialmente empleado para que realice un adecuado diseño y control del estudio, indicando que las organizaciones profesionales deberían proveer medios económicos para la realización de los mismos.

En lo referente al campo que nos concierne, la evaluación farmacoeconómica, concluyen que se precisa de un análisis económico adecuado, lo cual no consiste solamente en el coste de los fármacos prescritos, sino que precisa del estudio de los costes de puesta en marcha del servicio, de los de uso del sistema de salud, así como la medición de los efectos a medio-largo plazo en la salud del paciente. La constatación de una reducción en el número y coste de los fármacos prescritos dice poco del impacto del farmacéutico en la revisión y control del proceso de prescripción.

(1) Tully M, Cestón E. Impact of pharmacists providing a prescription review and monitoring service in ambulatory care or community practice. *Ann Pharmacother* 2000; 34: 1.320-1.331.

### Evaluación farmacoeconómica de la terapia de remplazamiento hormonal

De una forma gradual, los médicos generalistas están convenciendo a sus pacientes de que los efectos protectores de la terapia de remplazamiento hormonal (TRH) sobrepasan notablemente el riesgo potencial aumentado de cáncer de mama. Se estima que en Reino Unido, el 25% de las mujeres entre 40 y 64 años solicitarán la TRH originando un coste al *National Health Service* de 150 millones de libras.

Este tipo de tratamiento mejora muchos de los síntomas del climaterio, como sofocos, episodios de sudoración y sequedad vaginal. La terapia citada se administra habitualmente mediante la asociación 17 $\beta$ -estradiol más acetato de noretisterona (E<sub>2</sub>/NETA). Posteriormente se ha demostrado la eficacia de tibolona (TBL) para tal fin. Dado que ésta última presenta un coste de adquisición más elevado que la primera, los autores (2) analizan el impacto económico que supondría para el *National Health Service* su utilización, en lugar de E<sub>2</sub>/NETA en mujeres postmenopáusicas que tienen síntomas climatéricos, en las primeras 48 semanas de tratamiento.

El análisis farmacoeconómico se establece a partir de los resultados de un ensayo clínico multicéntrico, doble ciego y randomizado, llevado a cabo en la península escandinava. En dicho estudio se muestra que no hay diferencia estadísticamente significativa entre ambos fármacos, en el alivio de los síntomas climatéricos (65,9% en TBL y 62,2% en E<sub>2</sub>/NETA. Pero como en el ensayo no se recogieron datos económicos, éstos se obtienen a partir de un panel de generalistas y especialistas, con experiencia clínica previa en la utilización de ambos. Con ello se diseña un modelo de Markov en donde se analizan los estados transicionales, durante las 48 primeras semanas de tratamiento, observando específicamente el desarrollo de efectos adversos producidos: hemorragia vaginal, endurecimiento de los senos y aumento de peso.

El análisis de costes relevantes del tratamiento durante 48 semanas de la mujer postmenopáusica con síntomas climatéricos (Tabla 2), muestra que el componente primordial del tratamiento con THR es el de adquisición de E<sub>2</sub>/NETA, mientras que en la alternativa con TBL, lo es el coste de los efectos adversos producidos.

	TBL		E <sub>2</sub> /NETA	
	(£)	(%)	(£)	(%)
Coste de adquisición	140	(54%)	85	(36%)
Coste de consultas médicas	49	(19%)	44	(19%)
Coste de pruebas iniciales	6	(2%)	6	(3%)
Coste de efectos adversos	63	(24%)	91	(38%)
Coste del cambio de alternativa	2	(1%)	11	(4%)
TOTAL COSTES (£)	260		239	
Probabilidad de éxito terapéutico (%)	65,9		62,2	
Hemorragia vaginal (%)	10-20		25-50	
Cumplimiento terapéutico (%)	70% a los 24 meses		50% a los 12 meses	

Tabla 2

Los autores concluyen con dos datos importantes. Primero, que el coste de adquisición de la TBL, si bien supone casi el doble que el de la asociación E<sub>2</sub>/NETA, representa sólo la mitad del coste total, observándose que sólo el coste de los efectos adversos provocados representa aproximadamente un tercio del total, motivo por el cual de nada serviría centrarse exclusivamente en el precio de adquisición de un fármaco, a la hora de elaborar cualquier política farmacoeconómica de utilización. Segundo, que la diferencia entre los costes totales supone un coste adicional para TBL de 21 £ pero que debido al solapamiento entre los rangos de

valores de cada alternativa no se puede concluir que haya una diferencia estadísticamente significativa en costes, motivo por el que se precisa siempre de un minucioso análisis farmacoeconómico, en vez de proceder a un recuento simple de costes, a la hora de dilucidar entre dos o más estrategias.

Sólo la diferencia en la prevalencia de hemorragia vaginal de las dos terapias puede permitir determinar diferencias relevantes entre ambas. La mayor probabilidad de dicho problema relacionado con estos medicamentos, en el caso de E<sub>2</sub>/NETA puede llevar a una menor tasa de abandonos terapéuticos, confirmado con el dato de mayor cumplimiento terapéutico con TBL, otorgando así una ventaja de ésta.

El farmacéutico, a la vista de estos datos, podría obtener una notable participación en la TRH mediante la detección precoz de los problemas relacionados con la misma, colaborando en la consecución de una mayor efectividad del tratamiento, así como en una clara reducción de costes originados por dichos PRM.

(2) Plumb J, Guest J. Economic impact of Tibolone compared with continuous-combined hormone replacement therapy. *Pharmacoeconomics* 2000; 18(5): 477-486.

### Los costes de la enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es un tema relevante en salud pública, cuyo interés está en continuo incremento, tanto en lo relativo a su prevalencia como a los costes incurridos. La incidencia de dicha enfermedad aumenta con la edad, especialmente en mujeres, habiéndose estimado en personas de edad igual o superior a los 65 años, para Europa, una tasa del 0,82-1,08% , lo que representa medio millón de personas afectadas en Gran Bretaña, o unas 300.000 en Italia, lo que da idea del alcance de esta patología. Las estimaciones en EE.UU. alcanzan hasta los 4.000.000 de personas, con una tasa del 0,57-2,28%, y sólo un 0,58% en Canadá, con una población afectada de unas 160.000 personas.

Debido al envejecimiento de la población en países desarrollados, en donde se espera que la población mayor de 65 años exceda del 15% en el año 2025, la importancia relativa de la enfermedad de Alzheimer continuará creciendo: se ha calculado que por cada 5,1 años de incremento en la esperanza de vida, la prevalencia de la demencia, a partir de los 65 años, se duplica. La mayoría de los pacientes experimentan una enfermedad de tipo medio o moderado, lo cual implica un considerable montante en los costes incurridos.

Los autores (3) analizan el coste de la enfermedad de Alzheimer, desglosándolos por tipos y naturaleza geográfica. Respecto de los costes directos, que incluyen estancias hospitalarias, consultas psiquiátricas y de médicos generales, cuidados por personal de enfermería, trabajadores sociales, etc y medicamentos (siendo éstos un elemento muy pequeño respecto del total), se indica que en Gran Bretaña se estimaron entre 1.040 y 1.290 millones de libras en 1991., en EE.UU. se ha considerado en 20.000 millones de dólares para el mismo año y en Canadá, las evaluaciones realizadas están en torno a los 700 millones de dólares.

Sin embargo, los costes indirectos, debidos por ejemplo al coste del cuidado realizado por la familia y otros, así como el relativo a la pérdida de productividad laboral, son muy superiores. En 1991 se estimó que en EE.UU. representaron 46.000 millones de dólares; en Gran Bretaña, las estimaciones realizadas en 1996 alcanzaron la cifra de 5.500 millones de libras; para Canadá se ha estimado que los costes indirectos podrían haber ascendido en 1996 a los 2.500 millones de dólares canadienses

Costes	Directos	Indirectos	Totales
Gran Bretaña	1.200 mill. £	5.500 mill. £	6.700 mill. £
EE.UU.	20.000 mill. \$	46.000 mill. \$	66.000 mill. \$
Canadá	1.075 mill Can\$	2.500 mill. Can \$	3.575 mill. Can\$

Tabla 3

Un componente del coste directo del tratamiento de la enfermedad de Alzheimer corresponde al cuidado en instituciones especializadas. Este coste es bastante diferente en función de la zona geográfica referida. Así, los países mediterráneos, Francia, Italia y España, debido a sus aspectos culturales en lo relativo a la familia,

la institucionalización es menos importante que en Canadá, Alemania, Suecia y Gran Bretaña, dado que el cuidado en el propio domicilio es superior. No obstante, el cuidado institucional supone un elevado capítulo del presupuesto de esta enfermedad. Por otro lado, la presencia de nuevos fármacos para el tratamiento de los síntomas producidos, si bien pueden mejorar sustancialmente la calidad de vida del paciente, su elevado coste de adquisición podría suponer un problema para el organismo pagador de la prestación farmacéutica.

Los autores concluyen que el hecho de que las nuevas estrategias terapéuticas no aumenten la esperanza de vida del paciente, que ya de por sí posee una edad avanzada, y que le pueden mantener durante más tiempo en su propio domicilio, sin precisar de una asistencia en costosos centros especializados, hacen que el precio de adquisición de aquéllas no suponga un problema económico para el sistema de salud.

Es más, utilizando estimaciones de costes de los diferentes tipos de cuidados institucionales, los autores calculan que una reducción de la necesidad de cuidado institucional de tan sólo un breve período de tiempo (3-4 semanas) puede ser suficiente para la compensación de los costes de adquisición de los nuevos fármacos, de hasta 500 £, por lo que el pagador de la prestación médico-farmacéutica debería contemplar el papel de los tratamientos terapéuticos en el contexto global del cuidado de la enfermedad, en vez de verlo exclusivamente en términos presupuestarios de gasto de medicamentos.

(3) Johnson N, Davis T, Bosanquet N. The epidemic of Alzheimer's disease. How can we manage the costs?. *Pharmacoeconomics* 2000; 18(3): 215-223.