

ESTUDIOS DE FARMACOECONOMÍA

Ángel Sanz Granda

(E-mail: asanzgranda@jazzfree.com)

Disposición a pagar en patologías menores (15/66)

La técnica de disposición a pagar (*willingness to pay*) se utiliza para estimar la cantidad de dinero que alguien estaría dispuesto a aportar por conseguir un resultado determinado. Mediante el método de la valoración de la prevención se puede calcular la cantidad que se pagaría por evitar un efecto no deseado, lo cual es de gran utilidad para la evaluación de la salud pública que pueden tener influencia en la prevalencia de una menor morbilidad.

Los autores (1) estiman los valores que otorgan las madres de Taiwán de protegerse ellas mismas y sus hijos de sufrir una patología menor, un resfriado. Para proceder a este estudio, recogen los datos mediante una entrevista personal a las madres de una muestra estratificada y randomizada de estudiantes. Primero se identificó si habían sufrido ellas mismas y sus hijos algún episodio de resfriado, para valorar la severidad de la sintomatología y su duración. A continuación, la disposición a pagar se obtuvo utilizando una pregunta de respuesta de elección binaria, randomizando a cada interviniente en tres subgrupos de cantidad inicial: 300, 700 y 1.000 dólares nuevos taiwaneses (en el tiempo del estudio 27,265 dólar NT equivalía a 1 dólar US).

Posteriormente se analizan las respuestas para obtener una función lineal de la disposición a pagar respecto de las características del sujeto (para lo cual se analizan características socioeconómicas, como ingresos económicos, educación y edad, y otras, como ejercicio, existencia de patología crónica y trabajo). También se analiza la severidad del resfriado (duración de los síntomas, cefalea, tos, fiebre, asistencia médica y pérdida de días de trabajo o de escuela). Igualmente se utiliza un índice de calidad de bienestar (*quality of web-being*) que sirve para proveer una medida adecuada de la severidad de la enfermedad.

Los autores muestran que la disposición a pagar por la madre se incrementa en función de la duración y severidad de la patología, observándose que la cantidad estimada es notablemente superior para su hijo que cuando se trata de la propia madre. Igualmente observan que la existencia de enfermedad crónica aumenta hasta en un 50% la disposición de la madre, tanto en su hijo como en ella misma. Un hecho a destacar es que existe una diferencia estadísticamente significativa referida al sexo del hijo, indicando que la disposición es mayor si se trata de hijos varones (Tabla 1)

Variable	Madre	Hijo
Duración (días)	6,478	5,395
Índice de calidad de bienestar	0,656	0,769
Disposición a pagar, media (US\$)	37,30	57,60
IC ₉₅ (US\$)	24 – 57	36 – 91

Tabla 1

La técnica de disposición a pagar es un método adecuado para valorar la disposición que la sociedad tendría para remunerar las intervenciones farmacéuticas de cualquier tipo, siempre y cuando estuviera convencida previamente de que dichas intervenciones pueden prevenirle algún efecto no deseado o que de su aplicación obtendría un beneficio adicional, por lo que supone un gran interés para la Oficina de Farmacia tanto su conocimiento como la aplicación de tal metodología.

(1) Liu JT, Hammitt J, Wang J, Liu JL Mother's willingness to pay for her own and her child's health: a contingent valuation study in Taiwan. *Health Econ* 2000;9:319-26. (15/66)

Farmacoeconomía de la hiperplasia prostática benigna (15/1)

Existe un gran interés social, económico y científico sobre la hiperplasia benigna, aunque se desconoce mucho sobre ella. Su etiología no es bien conocida, no obstante se ha observado la influencia de factores hormonales, de interacciones estroma-epitelio y sobre todo, del envejecimiento de la población, alcanzando hasta el 59% de los varones a los 80 años.

No existe ningún tratamiento preventivo por lo que todos los esfuerzos se centran actualmente en el alivio sintomático de la patología, del cual existen tres variantes bien diferenciadas: la cirugía, los fármacos y la espera vigilada. El primero de ellos, normalmente llevado a la práctica como resección transuretral de la próstata (RTUP) es la estrategia más eficaz, pero conlleva numerosas complicaciones como eyaculación retrógrada, impotencia, incontinencia y, hasta en el 20% de los pacientes intervenidos, se precisa de reintervención quirúrgica. El tratamiento farmacológico se lleva a cabo con bloqueadores alfa (doxazosina, terazosina) o Finasteride, los cuales no parecen evitar la cirugía, sino en el mejor de los casos, retrasarla. La estrategia denominada espera vigilada conlleva una serie de medidas destinadas a la limitación de la ingesta líquida nocturna, evitación de la ingesta de café o alcohol, diuréticos, antidepressivos, etc junto con un seguimiento analítico, y ello ha producido cierta mejoría en la sintomatología del paciente.

Los autores (2) establecen un modelo analítico, a partir de un árbol de decisión, en donde evalúan la efectividad y los costes desarrollados en sendas cohortes de 1.000 pacientes afectados de hiperplasia prostática benigna de grado moderado, en los que se realiza un seguimiento durante 2 años, adoptando la perspectiva del financiador del sistema de salud. Las estrategias analizadas son las descritas anteriormente: tratamiento quirúrgico con RTUP, tratamiento farmacológico con doxazosina y posteriormente finasteride, si aquella falla y proseguir con cirugía si ésta también falla, y espera vigilada, con tratamiento farmacológico si no hay mejoría y cirugía si sigue sin haber mejoría. Se define el resultado final de mejoría clínica del paciente como la disminución de los síntomas en 3 unidades, según la escala de la Asociación Americana de Urología. Los costes analizados son exclusivamente los directos sanitarios derivados de los fármacos utilizados, la intervención quirúrgica y las consultas médicas. El conjunto de las pruebas diagnósticas realizadas no se ha tenido en cuenta.

Después de aplicar una tasa de descuento del 3% tanto en los costes como en las efectividades, se observa que la estrategia de tratamiento con menor coste por paciente mejorado fue la correspondiente a la espera vigilada, seguida del tratamiento farmacológico y de la opción quirúrgica (Tabla 2)

Estrategia	Efectividad (%)	Coste (euros) por paciente mejorado
Espera vigilada	94,2	434
Tratamiento farmacológico	92,0	658
Tratamiento quirúrgico	76,6	2.101

Tabla 2

Los autores establecen ciertas limitaciones a su evaluación. En todas las estrategias consideradas en este estudio se incluye la cirugía, por lo que en ciertos casos habría que sumar al tratamiento farmacológico el coste de esta intervención, lo que podría determinar un coste mayor de los tratamientos farmacológicos. Igualmente el tiempo de seguimiento es muy pequeño, y hubiera sido más adecuado haber considerado un mayor tiempo de seguimiento, dada la variación en el resultado obtenido en función del horizonte temporal.

(2) Meseguer C, Fidalgo M, Rubio S. Análisis coste-efectividad del tratamiento de la hiperplasia prostática benigna de grado moderado. *Aten Primaria* 2000;25:546-51. (15/1)

Repercusión económica de la efectividad de cuidados farmacéuticos (15/2)

Los farmacéuticos proveen de educación, consejos y otros servicios cognitivos a los pacientes, así como a los médicos y otros profesionales de la salud. La efectividad de estos servicios se ha investigado ampliamente

pero muchos de estos estudios están dotados de una pobre calidad metodológica. Así, en una revisión llevada a cabo se constata que sólo 23 de 104 estudios tenían un grupo control.

A la vista de los estudios publicados actualmente, en donde la metodología parece haber mejorado ligeramente, los autores (3) llevan a cabo una evaluación sistemática de los mismos para lo cual identifican todos los estudios randomizados o cuasirandomizados, en donde se produjeron intervenciones farmacéuticas y cuyos puntos finales fueron resultados en pacientes o medidas del servicio prestado, publicados entre 1965 y 1999.

Con el fin de incluir sólo aquellos dotados de una metodología adecuada se incluyeron solamente los estudios randomizados con grupo paralelo y publicados en revistas *peer-reviewed*. De esta forma, de los 74 estudios hallados, sólo se pudieron evaluar 32 de los mismos.

Las intervenciones farmacéuticas se dividieron en consejo al paciente, al médico, a ambos y cuidado farmacéutico, entendiéndose como esto último a las intervenciones en donde el farmacéutico prescribía medicamentos o manejaba pacientes.

Los resultados obtenidos de la revisión sistemática indican que existe una evidencia estadísticamente significativa de que los resultados, como el cumplimiento terapéutico o el conocimiento del paciente, mejoran sensiblemente con la intervención farmacéutica. Cuando el consejo es a pacientes y médicos, se observa igualmente una correlación entre intervención y resultados, tal como presión arterial, colesterol plasmático, sintomatología, efectos adversos y cumplimiento terapéutico. En los dos estudios con consejo al médico se observan resultados contradictorios. Y en los referidos a cuidado farmacéutico, se observa una relación directa pero de escasa significación (Tabla 3)

Intervención farmacéutica	Odds ratio (OR)
Consejo al paciente	1,4 – 7,8
Consejo al paciente y al médico	1,0 – 5,2
Consejo al médico	0,41 – 2,9
Cuidado farmacéutico	0,9 – 2,2

Tabla 3

Los autores concluyen que la calidad metodológica media de los estudios publicados no es buena y al menos en el caso del consejo a pacientes y médicos se ha podido probar que las intervenciones farmacéuticas pueden mejorar los resultados de los pacientes, siendo menos claro que elementos de esta intervención son los responsables de los efectos.

Otra conclusión importante es que sólo en 4 de los estudios de los evaluados se realiza alguna medida del beneficio económico, por lo que estimo que el farmacéutico debería centrarse con mayor dedicación en la calidad del diseño del estudio realizado, así como acompañarle de una evaluación farmacoeconómica. Sólo de esa forma se podrán extraer conclusiones válidas y generalizables de la intervención realizada.

(3) Morrison A, Wertheimer A. Evaluation of studies investigating the effectiveness of pharmacists' clinical services. *Am J Health-Syst Pharm* 2001;58(7):569-77. (15/2)