

ESTUDIOS DE FARMACOECONOMÍA

Ángel Sanz Granda

(E-mail: asanzgranda@jazzfree.com)

Políticas de uso racional de fármacos versus de tipo economicista.

En los últimos años se han llevado a cabo una serie de medidas, por parte de las autoridades sanitarias, todas ellas conducentes a disminuir la factura abonada por los medicamentos en base a criterios puramente economicistas. Sin embargo, no se producen medidas que induzcan una mayor racionalidad en el uso de los fármacos.

El coste de cualquier tratamiento va mucho más allá del originado por los principios activos administrados, como se ha reiterado en multitud de ocasiones, y es el coste del problema originado por el medicamento el que realmente hace crecer muy considerablemente el gasto sanitario.

Un problema de esta naturaleza se produce cuando se administra un fármaco en sustitución de otro más idóneo. Y el problema se agrava aún más cuando, además, el medicamento prescrito incorrectamente está contraindicado. Por todo ello, es fácil pensar que el uso adecuado, científico y racional de los medicamentos debe de traducirse en una disminución de costes sanitarios directos mayor que la producida por cualquier medida de tipo economicista.

Los autores (1) analizan principalmente la repercusión económica de dos tipos de medidas: las de tipo económico exclusivo y las de tipo de uso racional del medicamento. Para ello realizan un estudio descriptivo de prescripción-indicación y de minimización de costes, en un centro de salud de la provincia de Valencia, a partir de 313 pacientes hipertensos en tratamiento de larga duración. Previamente se recogen los datos de prescripciones realizadas en dichos pacientes, comparando a continuación las mismas con las indicaciones adecuadas y las recomendaciones de la JNC-VI (*Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, 6th ed.*) la cual preconiza como primera elección, salvo contraindicación, el uso de diuréticos y beta bloqueantes.

Se efectúa un análisis teórico posterior, a partir de los datos recogidos, en donde se analizan tres estrategias posibles: a) mantenimiento de la prescripción, pero sustituyendo por las especialidades más económicas (medida economicista); b) cambio a los principios activos aconsejados por la JNC-VI, en sus marcas originales (medida de uso racional); c) igual que en b) pero con las marcas más económicas (medida de uso racional más economicista).

La primera observación es la falta de adecuación en gran parte de las prescripciones (Tabla 1). El grupo más prescrito fue el de los diuréticos (32,5 %) seguido principalmente de los IECA (28 %), bloqueantes de canales del calcio (20,8 %) y beta bloqueantes (6,8 %).

	Nº prescripciones	Nº indicaciones adecuadas (%)
Diuréticos	176	171 (97)
IECA	152	98 (64,5)
Bloqueantes del calcio	113	15 (13 %)
ARA II	39	3 (7,7 %)
Beta bloqueante	34	32 (84 %)
Alfa bloqueante	19	6 (31,6 %)
Coste real total de los tratamientos (coste / paciente)		74.602,66 € (240,66 €)
Coste total estrategia (a) (coste / paciente)		60.504,53 € (195,18 €)
Coste total estrategia (b) (coste / paciente)		31.924,45 € (120,03 €)
Coste total estrategia (c) (coste / paciente)		12.014,69 € (38,38 €)

Tabla 1

A pesar de las limitaciones del estudio, como la de haberse realizado retrospectivamente, la de los criterios de valoración de contraindicaciones y, fundamentalmente, la de no valoración de la efectividad obtenida, los autores concluyen que existe una baja utilización de diuréticos y beta bloqueantes, la cual está disminuyendo desde hace 10 años a favor del uso de IECA, bloqueantes de los canales del calcio, ARA II y alfa bloqueantes, y que algún autor apunta que es debida principalmente a motivos de tipo extracientífico.

Por lo expuesto, la prescripción acorde con las indicaciones de los documentos basados en evidencias es mucho más eficiente que las estrategias de tipo exclusivamente economicista. El farmacéutico debería involucrarse plenamente en la colaboración en el uso racional del medicamento, contribuyendo así a mejorar la terapéutica y a disminuir el consumo innecesario de recursos sanitarios. Quizás así, las próximas medidas para la reducción del gasto en fármacos no le afecten tan negativamente como cualquiera de las existentes anteriormente.

(1) Bonet A, Gosalves V, Fito M, Navarro J. Prescripción racional y reducción de costes en el tratamiento de la hipertensión arterial: un ejercicio de simulación. *Gac Sanit* 2001;15(4):327-35. (26/70)

Impacto de políticas de contención del gasto en medicamentos

El aumento del gasto en medicamentos en Canadá, al igual que en el resto de los países desarrollados, ha hecho que se realicen medidas de control, especialmente en medicamentos de alto coste. Una medida adoptada es la de precios de referencia, la cual limita el reembolso de un grupo de fármacos con efecto terapéutico similar pero diferentes principios activos a un precio de referencia, un precio medio ponderado de los fármacos más baratos del grupo. Así, los beneficiarios del plan de medicamentos pueden utilizar los fármacos más costosos sólo si abonan la diferencia entre su precio y el de referencia. Otra medida utilizada consiste en la restricción en el reembolso de ciertos fármacos únicamente para ciertos pacientes que cumplan unos criterios de inclusión. Esto es lo que se llama autorización especial.

En 1995, el *British Columbia Pharmacare* (BCPh) introdujo simultáneamente estas dos medidas, precios de referencia en antiH2 y autorización especial en inhibidores de bomba de protones (IBP), lo que hizo a los autores (2) analizar las consecuencias de tales acciones en la práctica, en los beneficiarios de 65 años o más.

Antes de la introducción del precio de referencia, el BCPh limitaba el reembolso de los antiH2 al de la formulación más económica, habitualmente el genérico correspondiente; con esta nueva medida se limita el precio de cualquier antiH2 al coste de la cimetidina genérica. Ahora bien, quien requiriera un antiH2 restringido por motivos médicos, como que recibiera warfarina, fenitoína o teofilina, o quien cumpliera ciertos criterios específicos, podía ser exceptuado del precio de referencia a solicitud de su médico. Las dosis bajas de los antiH2 restringidos (menos de 300 mg de ranitidina, menos de 40 mg de famotidina y menos de 300 mg de nizatidina) no estuvieron sujetas al precio de referencia.

La política de autorización especial restringía el reembolso total de los IBP a pacientes en tratamiento de esofagitis que no responde a antiH2, erradicación de *H. pylori* y manejo de esófago de Barrett, síndrome de Zollinger Ellison y enfermedad del tejido conectivo. Sin embargo, todas las prescripciones de IBP de los gastroenterólogos estaban exentas de la autorización especial.

El análisis de estas dos políticas se desagregó en 5 períodos: (a) período histórico de comparación, (b) año anterior al anuncio de las medidas, (c) transición entre el anuncio y su implementación, (d) año posterior a la implantación de las medidas, (e) período de seguimiento.

Los resultados muestran que, si bien el número total de dosis diarias definidas (DDD) de antiH2 por 100.000 beneficiarios permaneció bastante estable, las prescripciones de cimetidina crecieron muy considerablemente, en detrimento de otros fármacos del grupo (Tabla 2). Respecto de los IBP, se produce un descenso brusco inicial en el número de DDD, aumentando posteriormente, hasta superar los valores iniciales, si bien se

produce un ahorro sobre el estimado en el período base de 5,5 millones de dólares anualmente. En el caso de los antiH2, dicho ahorro asciende a 1,8 millones de dólares. Obviamente, la cantidad apostada por el beneficiario, que previamente era insignificante, aumentó hasta el 16% del gasto total de los antiH2 y hasta el 1% del gasto total de los IBP.

	DDD por 100.000 beneficiarios de 65 años o más del BC Pharmacare				
	(a) 1/93 – 8/94	(b) 9/94 – 8/95	(c) 9/95 – 12/95	(d) 1/96 – 12/96	(e) 1/97 – 5/99
Cimetidina	30.991	24.256	100.016	116.257	100.858
Otros antiH2	129.006	113.599	60.893	50.927	55.631
Total antiH2	159.997	137.855	160.909	167.184	156.489
Total IBP	66.526	84.531	71.384	62.708	91.821

Tabla 2

Los autores concluyen que, en el caso de los IBP, si bien dicha política no logra alterar el continuo crecimiento de utilización de los mismos, al menos altera la curva de utilización a la baja, consiguiendo ahorros importantes y estables a lo largo del tiempo analizado.

(2) Marshall J, Grootendorst P, O'Brien B, Dolovich L, Holbrook A, Levy A. Impact of reference-based pricing for histamine-2 receptor antagonists and restricted access for proton pump inhibitors in British Columbia. *CMAJ* 2002;166(13):1655-62. (26/71)

Necesidad absoluta de la demostración de resultados

Mientras que el ejercicio de la Atención Farmacéutica no sea la práctica habitual en la profesión farmacéutica habrá elementos que vean que la oficina de farmacia es el eslabón fundamental del gasto en fármacos, haciendo incidir sobre ella las medidas de contención de gasto, puesto que sólo se ve dicho establecimiento como una entidad de distribución de medicamentos. El siguiente artículo analizado, si bien no entra totalmente dentro del campo de la Farmacoconomía, si tiene una relación indirecta con la misma. Se trata de un informe técnico elaborado por un miembro de la Asociación de Economía de la Salud, en donde se observa la oficina de farmacia simplemente como un elemento logístico de la cadena del medicamento, por lo que proponen alternativas al concepto de la misma.

El autor (3), de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud de Valencia, analiza la situación de la oficina de farmacia en el marco de la distribución de fármacos en España, iniciándolo por los aspectos relevantes para la consideración de las alternativas a aquélla. El primero aspecto criticado es el de la titularidad de la farmacia que resulta, afirma, disonante con la regulación existente en el resto del sector sanitario. Las distancias entre las mismas y el número de habitantes a atender es el segundo aspecto indicado. El tercero pasa por el monopolio de la dispensación de fármacos. El concierto automático con el sistema nacional de salud y el actual sistema de retribución son los dos últimos aspectos descritos.

En función de las premisas indicadas, el autor, partiendo de una limitada aportación de valor de la oficina de farmacia, propone diferentes ideas alternativas al modelo actual de distribución. Entre las mismas, figura la distribución a distancia, por correo o Internet, indicando que la actual Ley de Atención Farmacéutica navarra ya excluye del ilícito la entrega de medicamentos a domicilio. Otra idea aportada es la venta de EFP fuera de la oficina de farmacia arguyendo que no es preciso el consejo farmacéutico para la entrega de aquéllas. Igualmente, la constitución de cadenas farmacéuticas permitiría, a juicio del autor, optimizar recursos y asumir formas de riesgo compartido inviables de otro modo. Una alternativa propuesta es la dispensación por otros proveedores de salud; en la actualidad ya están los servicios de farmacia hospitalaria pero el autor propone la dispensación directa por farmacéuticos en los centros de salud, pagados sobradamente con el ahorro de márgenes de distribución. Más aplicaciones de la receta electrónica constituiría otra alternativa, pues ello permite la disponibilidad de la orden de medicación en tiempo real en cualquier punto de distribución; la extensión de estos desarrollos llevaría a cabo la implantación de estrategias de revisión de la utilización de fármacos. Por último, la emergente atención farmacéutica y los nuevos roles de la farmacia son la última alternativa, y única coincidencia con el pensamiento de la profesión, pero, indica que se requiere avanzar en la demostración de lo que las bases empíricas de la atención farmacéutica sugieren sobre que

puede haber coincidencia entre efectividad clínica y coste-efectividad, pues las revisiones sistemáticas de la bibliografía ponen de manifiesto la escasez de estudios aceptables, lo que implica que no se puede inferir que de toda iniciativa que contribuya a reducir los PRM resulte una actuación coste-efectiva.

El autor manifiesta, a guisa de conclusiones, unas ideas (Tabla 3) que piensa que serían factibles de introducir, como modificaciones parciales en el diseño de la cadena de distribución que mejoren la calidad y eficiencia de la dispensación de fármacos sin necesidad de desmontar los indudables aspectos positivos del modelo existente.

Modificaciones en el diseño de la cadena de distribución propuestas por el autor	
	Mayor aprovechamiento de las tecnologías de la comunicación
	Prescripción electrónica y dispensación fuera de las oficinas de farmacia
	Programas de revisión de utilización de fármacos
	Modificación de las limitaciones a la propiedad de la oficina de farmacia
	Diferenciación de la autorización del establecimiento del reconocimiento de proveedor del SNS
	Autorización de distribución de productos de automedicación a través de otros canales

Tabla 3

El presente artículo hace hincapié en dos ideas relevantes: es imprescindible que el farmacéutico justifique el actual modelo farmacéutico mediante la demostración del valor añadido que incorpora la oficina de farmacia, y que la atención farmacéutica es la razón de ser profesional pero, mientras no se demuestre su valor, no se puede hacer equivalente su implementación con actuaciones que aumentan la efectividad y la eficiencia. La profesión debería tomar buena nota de artículos como el presente, publicados en revistas sanitarias, en donde se analiza con otra perspectiva a la profesión y desde donde se sugieren cambios profundos en el modelo farmacéutico, el cual todos pensamos que es adecuado, si bien es mejorable.

(3) Meneu R. Alternativas a la distribución de medicamentos y su retribución. Gac Sanit 2002;16(2):171-81. (26/72)