



FARMACOECONOMÍA  
DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

# Farmacoeconomía y Atención Primaria

Dr. Armando Santo González

*MÉD. ESP. MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.*

*MÁSTER EN ECONOMÍA SANITARIA. MÁSTER EN GESTIÓN DE LA CALIDAD  
ASISTENCIAL.*

*MIEMBRO DE LOS GRUPOS DE FARMACOECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA CALIDAD  
ASISTENCIAL DE SEMERGEN*

¿Farmacoeconomía? ¿Hablamos de «debemos ahorrar, ya que el gasto farmacéutico está creciendo de modo exponencial»?

Estas son las preguntas que surgen al plantear el tema a los médicos de Atención Primaria (AP).

Desde hace años, el médico sufre la presión de los gestores sanitarios para que «racionalice» el uso de los fármacos partiendo de la premisa de que prescribimos de modo automático, sin pensar, en exceso y sin freno. Esta falacia la fundamentan en el incumplimiento de unos presupuestos de gasto farmacéutico que son asignados no en función de datos reales de consumo realizado, sino sobre lo que se presupuestó el año anterior más el IPC y poco más.

Como es lógico, si con el presupuesto anterior se generó un déficit financiero, con lo presupuestado para el siguiente año, siguiendo ese criterio, se está garantizando la perpetuación del déficit y el mantenimiento del «uso irracional de los medicamentos» por parte del médico de Atención Primaria.

Los métodos de estudio que utiliza la Administración para evaluar ese llamado «uso racional del medicamento» se centran en mediciones de fácil obtención a partir de los datos de facturación de farmacia. El análisis realizado muestra poca orientación farmacoeconómica y escasa validez a la hora de evaluar la calidad real de la prescripción realizada. El estudio se reduce a la valoración fármaco a fármaco de todo lo prescrito, sin siquiera entrar en la evaluación de qué fármacos se prescriben asociados a un mismo paciente ni, por supuesto, a que tipo de patologías van dirigidos.

Este escenario ficticio está influyendo y condicionando, de manera consciente o inconsciente, la actuación del médico de familia. La idea que asalta al médico de Atención Primaria cuando se habla de farmacoeconomía es la de que «ya están aquí los gerentes con lo de siempre: ¡¡¡NO GASTES!!!». Por suerte, la farmacoeconomía es mucho más que esa exclamación imperativa.

La Real Academia Española de la Lengua define economía como la «ciencia que estudia los métodos más eficaces para satisfacer las necesidades

humanas materiales, mediante el empleo de bienes escasos». Por tanto, entendemos la farmacoeconomía como un método que nos facilite la decisión sobre qué línea de actuación tomar a la hora de solucionar un problema asistencial concreto que, empleando los mínimos recursos, nos permita obtener los máximos beneficios.

La farmacoeconomía es una parte de la ciencia que intenta identificar qué fármacos son más ventajosos frente a una patología, teniendo en cuenta tanto el grado de efectividad, como los costes y beneficios generados.

El problema es que este tipo de estudios evalúan los resultados obtenidos en base a un correcto empleo del fármaco; es decir, tras un correcto estudio y diagnóstico de la enfermedad en cuestión. Pero:

- ¿Cuántas veces empleamos fármacos sin certeza del diagnóstico?, es más:
- ¿Cuántas veces empleamos fármacos para tratar síntomas sin poder llegar a un diagnóstico aproximado?
- ¿Es esto irracional?

Para algunos posiblemente sí, y cargan la culpa sobre el «afán prescriptor» de los médicos sin llegar a analizar la situación en la que se genera esa prescripción.

Creo que en gran número de ocasiones los fármacos son prescritos de forma empírica, basando la decisión de prescribir tanto en el conocimiento científico como en la experiencia clínica y, en ocasiones, sobre todo en Atención Primaria, en sustitución de pruebas complementarias inaccesibles que nos podrían aportar un diagnóstico de mayor calidad.

Para poder evaluar el nivel de calidad de una prescripción realizada debemos introducir criterios farmacoeconómicos que relacionen los costos que ha generado su tratamiento con los beneficios alcanzados y compararlos con los resultados obtenidos con otras opciones de tratamiento.

Tanto la farmacoeconomía como la evaluación de la calidad de la prescripción deben tener en cuenta tres niveles de análisis (figura 1):

**Prescripción eficaz:** útil para conseguir el objetivo buscado en un ambiente controlado. Debe existir evidencia de que el uso del fármaco o la asociación de fármacos que constituyen la prescripción son adecuados en la patología a tratar.

**Prescripción efectiva:** útil para conseguir el objetivo buscado en la práctica cotidiana. Debemos estimar el efecto real que producirá el fármaco o la asociación, teniendo en cuenta condicionantes como pueden ser la mayor o menor probabilidad de cumplimentación terapéutica en función de la dosificación, posibles interacciones con otras medicaciones concomitantes, efectos secundarios previsibles y, por supuesto, las creencias del paciente y el conocimiento que de su enfermedad posee.

**Prescripción eficiente:** útil para conseguir el objetivo buscado en la práctica cotidiana al menor costo. Se debe conocer la «rentabilidad» teó-

Figura 1. **Niveles de análisis para valorar la calidad de una prescripción**

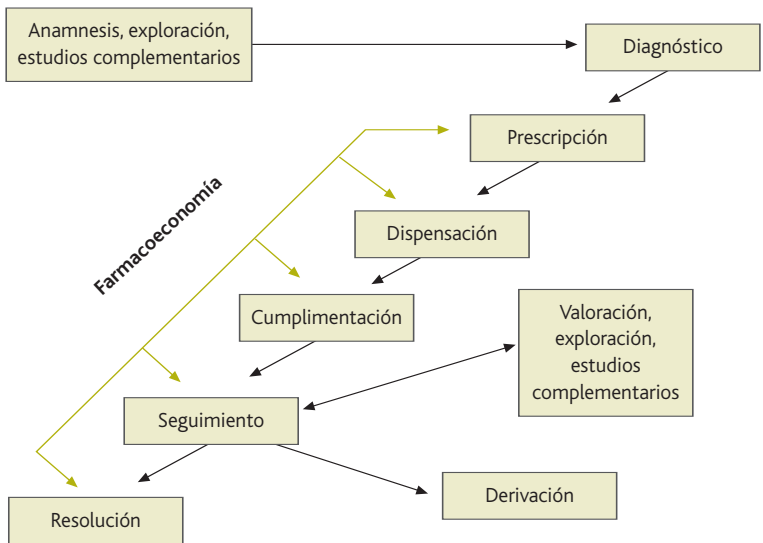


rica de la prescripción. No se ha de valorar sólo el coste unitario del fármaco, ni el de la dosis diaria definida (DDD). Hay que valorar eso y todos los costes indirectos de su administración (número de consultas que generará sólo para repetición de recetas, costo de pruebas complementarias para el seguimiento, etc.) y los resultados que se espera conseguir en un futuro (ingresos hospitalarios evitados, años de vida ganados ajustados por calidad, etc.).

Como se puede observar, se trata de un proceso complejo. Actualmente no se llega a cumplir ni siquiera con el primer nivel de análisis, ya que se valora la eficacia de cada fármaco prescrito, no de la prescripción completa realizada, y suponiendo que dicho fármaco se ha empleado en su indicación principal. En ocasiones esto es mucho suponer (piénsese en el uso de antibióticos).

Como hemos comentado anteriormente, la farmacoeconomía estudia la distribución más eficiente de un bien escaso como es el fármaco. No se centra tan sólo en el coste de dicho fármaco, sino que profundiza en todo lo que rodea el uso del mismo (figura 2).

Figura 2. **Fuentes de datos para la evaluación farmacoeconómica**



Partiendo del momento del diagnóstico, valora todos los costes, tangibles e intangibles, que se producen en el proceso del tratamiento de una patología dada.

Vamos a intentar analizar desde el punto de vista de la economía cada uno de los acontecimientos que se producen desde el diagnóstico hasta la resolución de la causa que genera la prescripción de un fármaco:

## 1. La prescripción

Aunque parezca despreciable, el acto de la prescripción genera unos costes. En nuestro caso particular, y debido al modelo de receta que se emplea, podemos identificar los costos del papel en el que se realiza, del tiempo de consulta médica que precisa, el tiempo de administración en caso de prescripciones crónicas, los desplazamientos del paciente para retirar la prescripción, las llamadas telefónicas para solicitar cita, la cumplimentación de la receta oficial de estupefacientes, etc. Desde el punto de vista farmacoeconómico, sería más eficiente aquella prescripción que facilitara la medicación necesaria para todo el proceso o hasta la siguiente cita de control del mismo.

## 2. La dispensación

En este acto podemos identificar los costes añadidos que genera la necesidad de visado impuesta por los Servicios Sanitarios a algunos principios activos.

## 3. La cumplimentación

Nos encontramos ante el nudo gordiano del tratamiento. Un correcto diagnóstico seguido de una prescripción y dispensación eficientes puede fracasar si el cumplimiento del tratamiento prescrito no se realiza. Existe mucha literatura sobre los defectos en la cumplimentación por parte de los pacientes, pero ¿nos hemos parado a pensar si no les estamos poniendo gran-

des dificultades para afrontar el correcto cumplimiento? ¿Cuántos de nuestros enfermos se quejan del gran número de pastillas, sobres, o lo que sea, que están tomando? En este punto, la farmacoeconomía nos dice que aquellos tratamientos que favorecen su cumplimiento son más eficientes. A modo de ejemplo, no es lo mismo tratar una amigdalitis pultácea, seguramente estreptocócica, con amoxicilina 500 mg cada 8 horas durante no menos de 8 días, que con un inyectable de penicilina-procaína-benzatina a dosis equivalente en una sola punción. (¿Que tenemos que tener en cuenta el riesgo de anafilaxia? En efecto, pero tanto por la vía parenteral como para la vía oral).

## 4. Seguimiento

Otro aspecto a valorar en la prescripción de un fármaco, y no siempre tenido en cuenta, es la necesidad de controles y seguimiento del propio tratamiento con el fin de detectar precozmente posibles efectos secundarios conocidos. Por ejemplo, el control de la función renal tras la introducción de un IECA o el control de hemograma tras la inclusión de ticlopidina. También se debe considerar las probabilidades de derivación a nivel hospitalario. Supondría un costo añadido a un tratamiento, sobre todo si es consecuencia de efectos no deseados aunque predecibles.

## 5. Resolución

Corresponde al punto final de la intervención. Es en este punto donde se puede hacer balance entre los recursos empleados y los resultados obtenidos. En el caso de las enfermedades agudas, este fin del proceso está claramente definido, mientras que en las enfermedades crónicas se deberá establecer un punto de corte para poder evaluar.

En el ámbito que nos ocupa, el médico de Atención Primaria no tiene información suficiente que le permita diferenciar entre dos o más opciones terapéuticas a la hora de optar por la de mayor eficiencia. La gran variabilidad existente en la práctica clínica nos indica que nos encontramos frente a un serio problema de calidad; por tanto, es necesario desarrollar estudios que identifiquen las mejores prácticas.

Por desgracia, estudios de este tipo no abundan en la literatura, y los disponibles están, fundamentalmente, realizados o auspiciados por los laboratorios interesados.

Aunque el proceso de evaluación farmacoeconómica sea complejo, desde nuestros centros podemos realizar aproximaciones más o menos sencillas que nos permitan tomar decisiones. Partiendo del esquema presentado en la figura 2 podemos realizar evaluaciones comparativas de algunos fármacos que van dirigidos a un mismo objetivo terapéutico. Veamos un ejemplo:

Paciente de 66 años de edad con antecedente de IAM al que se le debe prescribir antiagregación plaquetar. ¿Qué fármaco, desde el punto de vista farmacoeconómico, debemos prescribirle?

Las opciones, con efectividad similar según la literatura, son varias:

- Ácido acetilsalicílico (AAS), a dosis de 100 o 300 mg/día.
- Triflusal (TFS), a dosis de 600 o 900 mg/día.
- Ticlopidina (TCP), a dosis de 500 mg/día.
- Clopidogrel (CPG), a dosis de 75 mg/día.

Podemos utilizar una matriz decisional y valorar el tratamiento más eficiente (tabla 1).

Siguiendo este método se puede ir ponderando cada uno de los aspectos a evaluar (Ver tabla 1, pág. 17, sombreado) dándoles un peso en función de la repercusión estimada sobre el costo global de la prescripción. De este modo, y siguiendo el ejemplo, se ha valorado:

- El costo de la DDD ajustado a la efectividad según los datos obtenidos en la literatura. Se toma como patrón oro al AAS (100%) y se le reconoce tanto a ticlopidina como a clopidogrel un 10% de mayor efectividad en la antiagregación de algunas patologías
- La existencia o no de evidencias firmes que avalen el tratamiento. Se puede puntuar siguiendo una escala como la siguiente: 0 pun-

Tabla 1. **Aproximación farmacológica a la antiagregación**

		AAS 100 mg	AAS 300 mg	TFS 600 mg	TFS 900 mg	TCP	CPG
Prescripción	Efectividad	100	100	100	100	110	110
	Costo DDD	0,08	0,11	0,94	1,41	1,32	1,98
	Costo gastroprotección	0,29	0,29	0,29	0,29		
	Costo DDD ajustada por efectividad	0,37	0,40	1,23	1,70	1,20	1,80
	Evidencias	Sí (valor 0)	Sí (valor 0)	Sí (valor 4)	Sí (valor 4)	Sí (valor 0)	Sí (valor 0)
Dispensación	Precisa visado de inspección	No (valor 0)	No (valor 0)	No (valor 0)	No (valor 0)	Sí (valor 1)	Sí (valor 1)
Cumplimentación	Número de tomas por día	1	1	1	3	1	1
Seguimiento	Pruebas complementarias	No (valor 0)	No (valor 0)	No (valor 0)	No (valor 0)	Sí (valor 3)	No (valor 0)
Valoración	Absoluta	1,37	1,40	6,23	8,70	6,20	3,80
	Relativa	0,00	2,09	354,19	534,26	352,00	177,04

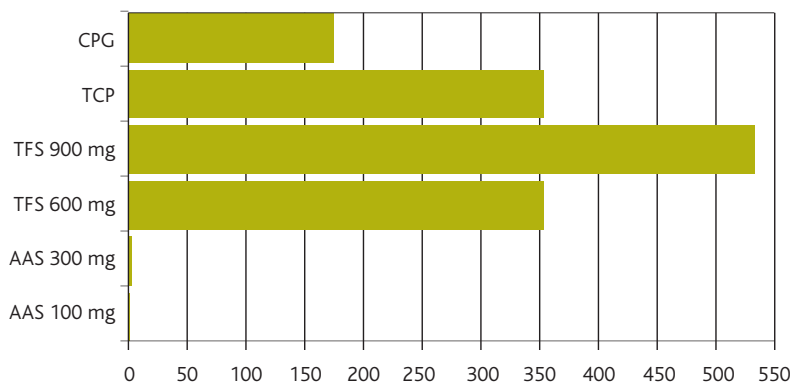
tos a los productos con evidencias nivel I, 1 punto a los productos con evidencias nivel II-1, 2 puntos a los productos con evidencia nivel II-2, 3 puntos a los productos con evidencia nivel II-3, 4 puntos a los productos con evidencia nivel III y 10 puntos a los productos sobre los que no existe evidencia.

- La necesidad de visado de inspección con un peso de 1.
- El número de tomas diarias del fármaco con un peso de 1 por cada toma.
- La necesidad de realizar pruebas complementarias con un peso de 1 por cada prueba a realizar en un período mínimo de 3 meses.

Tras completar la matriz decisional se obtiene una valoración que nos permite ordenar en base a estos criterios los fármacos de mejor a peor opción (figura 3).

El análisis así realizado nos indicaría que la opción más eficiente sería la prescripción de AAS a dosis de 100 mg/día asociada a un gastroprotec-

Figura 3. Ineficiencia en la antiagregación



tor tipo omeprazol a dosis de 20 mg/día. También nos indica que en caso de contraindicación o intolerancia del AAS, la siguiente opción a elegir debería ser el clopidogrel a dosis de 75 mg/día.

Por desgracia, al margen de lo propuesto, en la actualidad las únicas estrategias farmacoeconómicas que un médico de AP puede desarrollar en base a la información con que cuenta son aquellas que se dirigen a minimizar los costos de las prescripciones.

En un futuro cercano esperamos, a medida que se implante la historia clínica informatizada, que se puedan desarrollar aplicaciones que no sólo evalúen la prescripción realizada teniendo en cuenta todo lo que rodea a dicha acción, sino que nos asista en la misma. Programas que sean capaces de reconocer tanto las patologías que sufre el paciente como la medicación que ya esté tomando y que nos indiquen posibles secundarismos, interacciones e incluso alternativas más eficientes. Todo esto basado en los conocimientos y evidencias de cada momento.

## Bibliografía

1. [www.icf.uab.es/l libre/Cap-8.htm](http://www.icf.uab.es/l libre/Cap-8.htm): capítulo de introducción a la farmacoeconomía.

2. Badía X, Rovira J, eds. Introducción a la evaluación económica de medicamentos y otras tecnologías sanitarias. Madrid: Farmacia 2000, Luzán 5, S.A. de Ediciones, 1995.
3. [www.farmacoeconomia.com/index.html](http://www.farmacoeconomia.com/index.html): presenta múltiples enlaces referidos tanto a formación como investigación en farmacoeconomía.
4. [www.icf.uab.es](http://www.icf.uab.es): página web de la Fundación del Instituto Catalán de farmacología.
5. [www.economiadelasalud.com](http://www.economiadelasalud.com): página web de la revista Economía de la Salud.