

Documentos de opinión
para **Atención Primaria**

**FARMACOECONOMÍA
DESDE ATENCIÓN PRIMARIA**



Documentos de opinión
para **Atención Primaria**



FARMACOECONOMÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Coordinador:

Dr. Juan Saavedra Miján
*Médico de Atención Primaria.
Centro de Salud de Langreo. Asturias*

Autores:

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*

Dra. M.^a Nuria Fernández de Cano Martín
*Médico de Atención Primaria C.S. Daroca.
Área 4. Madrid
Coordinadora Nacional del Grupo de Trabajo
Farmacoeconomía de SEMERGEN*

Dr. Ángel Sanz-Virseda de la Fuente
Director Médico. Área 4 de Atención Primaria. Madrid

Dr. Antonio J. García Ruiz
*Unidad de Farmacoeconomía e Investigación de
Resultados en Salud. Departamento de Farmacología
y Terapéutica Clínica. Universidad de Málaga*

Dr. Francisco L. Martos Crespo
*Unidad de Farmacoeconomía e Investigación de
Resultados en Salud. Departamento de Farmacología
y Terapéutica Clínica. Universidad de Málaga*

Dra. Ana Domínguez Castro
FAP Área 10. Madrid

Dra. María José Calvo Alcántara
FAP Área 4. Madrid

Dr. Juan Saavedra Miján
Médico de Atención Primaria. CS de Langreo. Asturias

© SEMERGEN, 2005

Editorial: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C).

Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid.

Tel. 91 353 33 70. Fax 91 353 33 73. e-mail: imc@imc-sa.es

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de reproducción, sin la autorización por escrito de los titulares del copyright.

Los editores no se declaran responsables de las opiniones reflejadas en los artículos publicados.

ISBN: 84-690-0179-5

Depósito legal: M-34071-2006



Sumario

5 Farmacoeconomía y Atención Primaria
Dr. Armando Santo González

17 Condicionantes éticos de la prescripción
Dra. M.ª Nuria Fernández de Cano Martín

29 La utilidad de la farmacoeconomía cuando tomamos decisiones en Atención Primaria
Dr. Ángel Sanz-Virseda de la Fuente

37 De la práctica clínica a la academia: la evaluación económica de medicamentos
Dr. Antonio J. García Ruiz
Dr. Francisco L. Martos Crespo

53 Farmacoeconomía: punto de vista del farmacéutico de Atención Primaria
Dra. Ana Domínguez Castro
Dra. María José Calvo Alcántara

59 SERMERGEN opina
Dr. Juan Saavedra Miján



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**

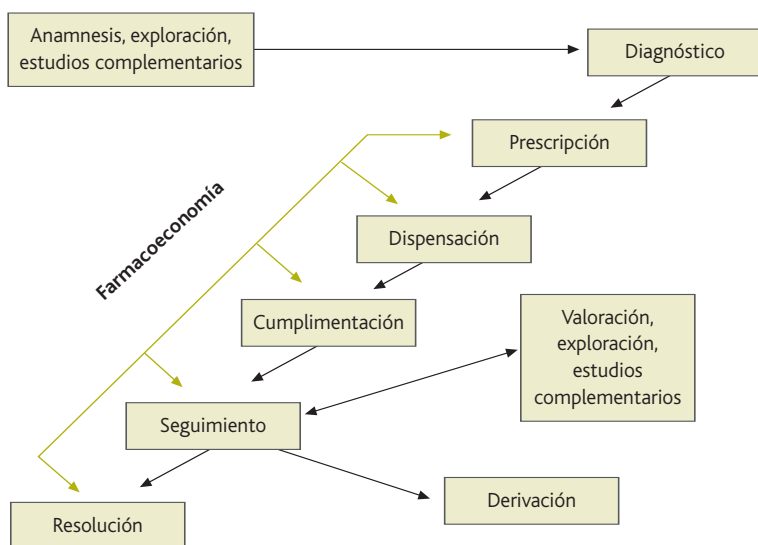


rica de la prescripción. No se ha de valorar sólo el coste unitario del fármaco, ni el de la dosis diaria definida (DDD). Hay que valorar eso y todos los costes indirectos de su administración (número de consultas que generará sólo para repetición de recetas, costo de pruebas complementarias para el 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

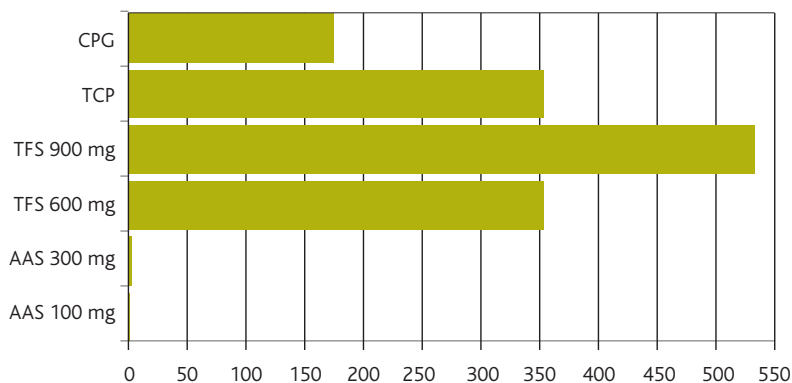
tos a los productos con evidencias nivel I, 1 punto a los productos con evidencias nivel II-1, 2 puntos a los productos con evidencia nivel II-2, 3 puntos a los productos con evidencia nivel II-3, 4 puntos a los productos con evidencia nivel III y 10 puntos a los productos sobre los que no existe evidencia.

- 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: 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: presenta múltiples enlaces referidos tanto a formación como investigación en farmacoeconomía.
4. www.icf.uab.es: página web de la Fundación del Instituto Catalán de farmacología.
5. www.economiadelasalud.com: página web de la revista Economía de la Salud.



FARMACOECONOMÍA
DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Condicionantes éticos de la prescripción

M.^a Nuria Fernández de Cano Martín
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA C.S. DAROCA. ÁREA 4. MADRID
COORDINADORA NACIONAL DEL GRUPO DE TRABAJO FARMACOECONOMÍA
DE SEMERGEN

«Aplicaré mis tratamientos para bien de mis enfermos, según mi capacidad y buen juicio»

HIPÓCRATES, AÑO 460 A.C.

Ya Hipócrates, en el año 460 a.C., recoge en su juramento el compromiso del médico para manejar de forma adecuada los tratamientos, siempre para bien del enfermo y en función de la capacidad (formación) y del buen juicio (criterio) del clínico.

En todo acto médico podemos encontrar, al menos, dos ACTORES:

- El paciente: que trae sus problemas o demandas de salud, su necesidad de alivio y comprensión y sus propias características personales (miedos, incertidumbres), sociales, culturales...
- El médico: que tras definir el diagnóstico y especificar el objetivo terapéutico (sintomático, curativo, preventivo...), debe elegir el tratamiento adecuado y dar las instrucciones, informaciones y advertencias necesarias para el correcto uso del mismo (posología, efectos secundarios, RAM...), y finalmente iniciar el tratamiento y supervisararlo.

Todo esto se desarrolla en un entorno en el que influyen: la presión asistencial, la escasez de tiempo, la presión social para prescribir, el envejecimiento poblacional, la cronicidad y comorbilidad, la disponibilidad de múltiples fármacos, el mal uso de la medicación (incumplimiento y falta de adherencia), el sobreconsumo de medicamentos, la falta de coordinación entre niveles, la existencia de limitados recursos...

El médico de Atención Primaria, sabedor de que:

- El medicamento es:
 - La más antigua de las tecnologías sanitarias.
 - Una herramienta imprescindible para el clínico.
 - El recurso más usado por los clínicos.

- Para la mayoría de los pacientes el objetivo final de cualquier consulta médica es obtener una prescripción. Vivimos en una sociedad de bienestar, en la que el medicamento es un bien más de consumo, y como tal tenemos derecho a obtenerlo.
- Existe una cultura en la que «cada síntoma tiene un fármaco» y la «explosión farmacéutica» tras la II Guerra Mundial ha hecho que para cada síntoma y para cada enfermedad (incluso para cada enfermo) dispongamos de múltiples fármacos.
- Toda actuación terapéutica conlleva y genera un gasto, y dicha actuación se realiza en un sistema con recursos limitados.

Es consciente de que «prescribir debe formar parte de un proceso lógico deductivo, basado en una información global y objetiva, para conseguir una prescripción racional o una prescripción de calidad».

Por lo tanto, es necesario conocer realmente la EFICIENCIA de nuestros tratamientos, de forma que se consiga:

- El mayor beneficio para el paciente (EFECTIVIDAD).
- Al menor coste social (JUSTICIA DISTRIBUTIVA) NO BUSCAMOS LO MÁS BARATO, SINO EL MEJOR RECURSO POSIBLE.

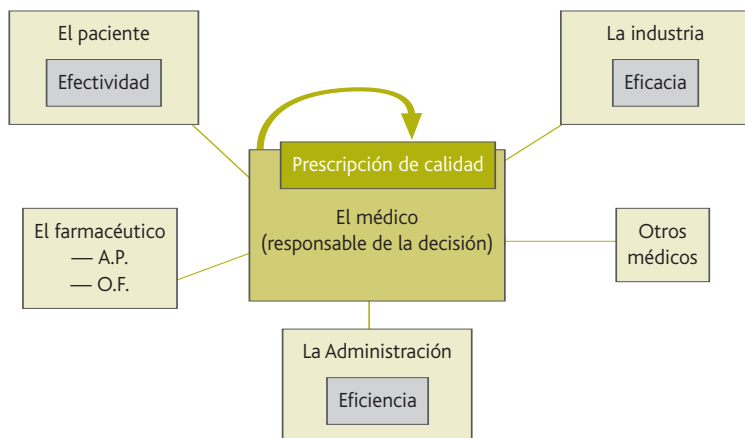
¿Qué entendemos por prescripción racional del medicamento?

La OMS, en 1985, define el URM como: «*La prescripción de la medicación adecuada, en las dosis correspondientes a cada necesidad, durante el tiempo necesario y al menor coste posible para el paciente y para la comunidad*».

Pero en esta PRESCRIPCIÓN RACIONAL no sólo interviene el médico, sino cada uno de los distintos eslabones que componen la «CADENA DEL MEDICAMENTO».

- Cuando el médico (responsable último de la prescripción) se enfrenta a la decisión de prescribir un tratamiento, está influido por distintos actores:

Figura 1. Cadena del medicamento



- La industria. Para quien es importante la EFICACIA, y para ello analiza la utilidad del medicamento en condiciones ideales de uso.
- La administración. Busca la EFICIENCIA (es decir, la adecuación de costes).
- El paciente. Nos pide EFECTIVIDAD (resultados en este paciente concreto; es decir, en condiciones reales).

Y el médico debe conjugar todo esto en una «PRESCRIPCIÓN DE CALIDAD», para lo cual necesita el apoyo y la colaboración de los tres anteriores y también de otros profesionales sanitarios:

- El farmacéutico.
- Otros médicos.

¿Qué entendemos por prescripción de calidad?

Es aquella prescripción racional que se consigue cuando:

- Un profesional adecuadamente formado obtiene de la medicación adecuada:

- Los máximos beneficios: EFICACIA.
- Con los mínimos riesgos: SEGURIDAD.
- Y los mínimos costes: COSTE.
- Pero siempre teniendo en cuenta la opinión del paciente: AUTONOMÍA.

Para conseguir esta pretensión de «PRESCRIBIR CON CALIDAD» debe existir una Actitud compartida por todos los elementos que componen la «cadena del medicamento».

¿Qué parte de responsabilidad tiene cada uno de estos eslabones en la prescripción de calidad?

El médico

- Es responsable de disponer de una adecuada formación e información, mediante actividades de formación continuada, asistencia a cursos, seminarios, reuniones científicas, congresos...
- Debe defender su LIBERTAD DE PRESCRIPCIÓN controlando todos los aspectos que pueden influir en ella de forma positiva y/o negativa:
 - Disponibilidad de medicamentos.
 - Existencia de sistemas que garanticen la calidad y la seguridad de los mismos.
 - Sobreconsumo de medicación.
 - Presión para prescribir: social, de la industria o de la propia institución sanitaria a la que pertenezca.
- Tiene que establecer una adecuada relación médico-paciente que le permita conocer la realidad del mismo, no sólo su enfermedad, y ser capaz de informarle y formarle adecuadamente en el manejo de su patología, evitando caer en la complacencia.
- Debe conocer y aplicar los principios éticos de la prescripción que van paralelos a los principios de la bioética.

Figura 2. Principios éticos de la prescripción de calidad



«Principios éticos de la prescripción»

- Beneficencia o eficacia(teoría)/efectividad(realidad de la consulta diaria).
- No maleficencia o seguridad: capacidad para manejar el riesgo que implica la prescripción: efectos secundarios, interacciones, incumplimiento, polimedicación...
- Justicia distributiva o adecuación de costes, valorando el impacto económico sobre el paciente y la comunidad.
- Autonomía o adecuación: elección del tratamiento más adecuado para cada paciente y cada situación, teniendo en cuenta la opinión del paciente, Mejora de la calidad de vida, consigue una mayor adherencia al tratamiento y un menor incumplimiento.

El principio de BIOÉTICA obliga al médico a hacer todo aquello que sea mejor para su paciente, pero no «a cualquier precio». Hay que valorar el coste real o «coste oportunidad»; es decir, «aquello que dejamos de hacer como consecuencia de tomar una decisión».

El conflicto aparece por el enfrentamiento de dos de los principios básicos: el de «beneficencia», que representa los intereses individuales de cada paciente, y el de «justicia distributiva», que representa los intereses de la sociedad en su conjunto.

¿Cuál de ellos debe prevalecer?

Para muchos autores el principio de «justicia distributiva» se encuentra junto con el de «no maleficencia» en un nivel superior a los otros dos. Si aceptamos esta premisa, los problemas éticos pueden mitigarse si pensamos que es posible compatibilizar los principios de beneficencia y de justicia distributiva: «el médico trata a su paciente con los máximos recursos que la sociedad puede dedicarle».

Pero existen otros eslabones dentro de la cadena del medicamento que también tienen un peso en los condicionantes éticos de la prescripción:

El paciente

Debe participar en el acto de la prescripción:

- Solicitando información y formación sobre su enfermedad y tratamiento.
- Demandando calidad y seguridad a los fármacos utilizados.
- Comprometiéndose con el consumo racional de medicamentos: adherencia, cumplimiento...
- Evitando la acumulación de medicamentos y su consumo indiscriminado sin supervisión de un profesional sanitario.

La industria

Debe:

- Continuar en su línea innovadora pero orientada fundamentalmente a la investigación de novedades que aporten mejoras significativas.
- Informar adecuadamente, con criterios de evidencia científica, transparencias de las fuentes, ética de la promoción y publicidad de los medicamentos...
- Adecuar la información en cuanto a volumen, presentación de datos, reiteración en la información, y sobre todo, adecuación de

la visita médica a las necesidades y disponibilidad de los profesionales.

- Evitar la presión en la prescripción controlando las técnicas de marketing comercial.
- Continuar colaborando en I+F (mantener las actividades de formación y potenciar los proyectos de investigación en farmacoeconomía en Atención Primaria).
- Adecuar el tamaño de los formatos a la duración real media de los tratamientos (evita el gasto innecesario, el almacenamiento, la automedicación irresponsable y favorece el cumplimiento).
- Adecuar la información del prospecto a los diferentes grupos terapéuticos, pacientes y patologías, de forma comprensible y accesible al paciente, y supongan un complemento a la información del profesional sanitario.

La Administración

Tiene que mantener y ampliar sus compromisos en:

- Formación e información (permanente, periódica, actualizada, de calidad, ágil y eficaz e independiente de intereses comerciales).
- Actuación sobre las condiciones laborales: presión asistencial, falta de coordinación interniveles, ponderación del envejecimiento poblacional, de la comorbilidad y cronicidad...).
- Garantizar la seguridad, eficacia y calidad de todos los medicamentos a la hora de autorizar nuevos registros.
- Potenciar el uso de fármacos «bioequivalentes»: «GENÉRICOS» con o sin marca, eliminando copias y fármacos que no han demostrado bioequivalencia.
- Evitar propiciar la prescripción por criterios «ECONOMICISTAS».
- Velar por la libre prescripción del médico evitando conflictos por los posibles cambios en la farmacia: tener en cuenta que hay fármacos o circunstancias del paciente que desaconsejan el cambio: intenso metabolismo presistémico, fármacos con escaso margen terapéutico, que precisan ajustes de dosis frecuentes...).

- Elaborar e implementar programas de URM dirigidos a la población.
 - Campañas de educación e información en diversos medios.
 - Consecuencias de la automedicación no responsables.
 - Mejora de los prospectos.
 - Recetas que contengan mayor información al paciente.

- Limitar el número de Especialidades Farmacéuticas Homólogas: financiación selectiva y no indiscriminada, basada en la evidencia científica, en la necesidad de los fármacos y en un precio adecuado.

«No se ha demostrado nunca que un número infinito de fármacos dé lugar a mayores beneficios para la salud pública que un número más limitado de productos.

Por el contrario, la existencia de un número elevado de medicamentos puede dar lugar a confusión a todos los niveles de la cadena del medicamento y constituir un despilfarro de recursos humanos y económicos.

LUNDE, 1979

Los farmacéuticos de oficinas de farmacia

Son agentes de salud con un amplio campo de acción y muy accesibles a la población, por lo que su colaboración es importante a la hora de:

- Controlar y supervisar el consumo de Especialidades Farmacéuticas publicitarias (EFP/OTC) en cuanto a dosis, interacciones, reacciones adversas, enmascaramiento de síntomas...
- Detectar la automedicación no responsable.
- Detectar y/o alertar sobre el cumplimiento/incumplimiento.
- Detectar y/o alertar sobre posibles interacciones: con otros fármacos, sustancias medicinales, productos de herboristería...

- Participar en la educación sanitaria de la población mediante desarrollo de los PROGRAMAS DE ACTUACIÓN FARMACÉUTICA, orientados a un mayor conocimiento de los pacientes del URM fundamentalmente en pacientes crónicos, polimeditados y/o edad avanzada.
- Elaborar modelos de comunicación entre profesionales de farmacia y médicos de Atención Primaria.

Los farmacéuticos de Atención Primaria

Colaboran con el médico en:

- Desarrollo de estrategias de URM para implementarlas en los EAPs.
- Integración y transmisión objetiva y crítica de la información.
- Elaboración de guías y protocolos de prescripción.
- Coordinación de actividades de formación dirigidas a los médicos de AP.
- Servir de puente de unión entre niveles asistenciales.
- Desarrollar programas de evaluación de la «prescripción de calidad».

Otros médicos

Los estudios más pesimistas cifran la influencia de la prescripción inducida en un 30 a un 40% del total de la prescripción del médico de AP. En esta prescripción inducida influyen:

- Los propios compañeros del EAP, por lo que se debe:
 - Adquirir un compromiso con la prescripción de calidad (en los centros de salud se trabaja en equipo y la actitud de cada uno de los componentes del mismo influye en el resto).
 - Evitar la variabilidad en la prescripción entre profesionales del mismo centro (mediante la elaboración de guías de funcionamiento interno).

— De otros niveles asistenciales es fundamental:

- Adquirir un compromiso con la prescripción de calidad (la transversalidad a la hora de mantener un tratamiento influye directamente en la actividad del médico de Atención Primaria).
- Evitar la variabilidad: mediante la elaboración de guías de terapéutica, recomendaciones de tratamiento mediante DCI...

Bibliografía

1. Caamaño F, Figueiras A, Gestal-Otero JJ. Condicionantes de la prescripción en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2001; 27: 43-8.
2. Abanades Herranz JC, Cabedo García V, Cunillera Grañó R, García Díez JJ, Jolín Garijo L, Martín Bun M, et al. Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de Atención Primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 391-8.
3. González López-Valcárcel B, López Cabañas A, Cabeza Mora A, Díaz Berenguer JA, Ortún V, Alamo Santana F. Estudios de Utilización de Medicamentos y registros de datos en Atención Primaria; 2005. Disponible en: <http://www.econ.upf.es/docs/papers/downloads/809.pdf>
4. García-Sempere A y Peiró S. Gasto farmacéutico en Atención Primaria: variables asociadas y asignación de presupuestos de farmacia por zonas de salud. *Gac Sanit* 2001; 15: 32-40.
5. Lunde PKM, Baksaas I. Utilización de medicamentos, fármacos esenciales y políticas de salud en países desarrollados. En: Laporte JR, Tognoni G. *Principios de Epidemiología del Medicamento*. 2.ª ed. Ed. Masson-Salvat; 1993. p. 25-47.
6. Baos V. La calidad en la prescripción de medicamentos. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 1999; Vol. 23: 2.
7. Arnau JM. Medidas de contención del gasto farmacéutico e indicadores de calidad en el uso de los medicamentos: ¿prescribir menos o prescribir mejor? *Aten Primaria* 1994; 13: 155-8.
8. Jiménez Puente A, Ordóñez Martí-Aguilar, Córdoba Doña JA, Fernández Gómez MA. Factores relacionados con el gasto y la calidad de la prescripción farmacéutica en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 131-6.

9. Baos Vicente V. La formación del médico de familia para el uso racional de los medicamentos. *Aten Primaria* 1995; 16: 243-4.
10. Buitrago F, Mendoza-Espejo R. Responsabilidad del médico de Atención Primaria en el uso racional de medicamentos. *Aten Primaria* 1995; 15: 137-8.
11. CPME2002/039 definitivo. La calidad de la prescripción. Aprobado por el Consejo en Bruselas el 30 de agosto de 2003 http://www.cgcom.org/internacional/CPME/cp_def_calidad_prescripcion.pdf.
12. 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, 199.
13. www.economiadelasalud.com: página web de la revista Economía de la Salud.



FARMACOECONOMÍA
DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

La utilidad de la farmacoeconomía cuando tomamos decisiones en Atención Primaria

Dr. Ángel Sanz-Virseda de la Fuente
DIRECTOR MÉDICO
ÁREA 4 DE ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID

Para que no haya lugar a dudas, me gustaría iniciar esta reflexión posicionándome claramente desde el principio: la farmacoeconomía y, de forma más específica, las variables farmacoeconómicas vinculadas al entorno de la Atención Primaria tienen para mí un tremendo atractivo, tanto en el marco teórico e intelectual, como en sus aspectos más pragmáticos.

No obstante, cuando la responsable del *Grupo de Trabajo de Farmacoeconomía* de la SERMERGEN, me ofertó la presente colaboración sobre un tema tan complejo y fascinante, sobre todo desde la perspectiva de la propia opinión, me resultó inevitable recordar lo difíciles que me resultaron estos contenidos cuando empecé a interesarme por ellos, hace ya unos cuantos años.

Intentando pensar sobre las posibles causas que generaron esta dificultad, supongo que común a muchos de mis compañeros, creo que probablemente se deba a que siendo médicos nos cuesta adentrarnos en una disciplina como la economía, a la que percibimos lejana por ser una ciencia sobre la que no tenemos ni conocimientos ni experiencia.

A esta situación de base y desde mi punto de vista suficiente, se añade que existen una serie de posicionamientos distorsionados en torno a la economía. Estos posicionamientos u opiniones no parecen exclusivos de nuestro ámbito de trabajo, sino que también se pueden encontrar en otros entornos profesionales y sociales.

Por intentar ejemplificar alguna situación, no es infrecuente encontrar opiniones de compañeros médicos que consideran amoral permitir que los aspectos económicos influyan en el comportamiento médico, tan estrechamente vinculado a la esfera humanística. Como tampoco resulta excepcional que, al introducir términos económicos en la práctica clínica, se considere que sólo se están analizando los beneficios que contribuyen a los mejores resultados contables de la ejecución presupuestaria.

Valoraciones más simplistas, aunque también reales, son aquellas que consideran que la economía aborda únicamente temas como el dinero, el gasto o el ahorro, ignorando otras consideraciones que son sustanciales a

la práctica clínica. Todas estas creencias, en ocasiones potenciadas por las autoridades y gestores sanitarios, han contribuido a que las cuestiones económicas hayan despertado reticencias e incluso rechazo en no pocos profesionales sanitarios.

Sin embargo, nada más lejos de la realidad económica. Creo que es necesario analizar el alcance de estas cuestiones (o volver a retomarlo en algunos casos), basándonos en el marco conceptual auténtico que da sentido a la economía.

Utilizando una definición sencilla, que entendemos todos los que no somos economistas, la economía es *la ciencia de la elección en condiciones de escasez*; por tanto, las herramientas que aporta como disciplina, ayudan a decidir cómo se asignan recursos insuficientes que pueden ser utilizados en usos alternativos.

Este planteamiento, que a mi modo de ver es tan gráfico, cuando lo aplicamos al complejo mundo del medicamento y a la práctica de la medicina de familia, explica por sí solo la influencia que tiene la farmacoeconomía en el ámbito de la Atención Primaria.

Intentaré abordar esta definición, reflexionando sobre los dos conceptos que incluye, la *elección* y la *escasez*, empezando por el primero de ellos.

En su actividad asistencial, el médico de familia está tomando decisiones de forma continua, muchas de ellas rápidas y a veces, en condiciones de trabajo que no son las más óptimas para potenciar el razonamiento, la serenidad y la buena práctica clínica. Sin embargo, a pesar de las dificultades asistenciales, su perfil profesional le permite decidir y cuando decide, *elige* entre diferentes alternativas posibles.

Si nos centramos específicamente en la terapéutica, pilar esencial de la práctica clínica, el médico de familia está aplicando las técnicas de la *elección* en su trabajo cotidiano; si queremos expresarlo en los términos utilizados anteriormente, está ejercitando la toma de decisiones económicas (que no debemos confundir con economicistas); tiene que elegir si un medi-

camento es necesario; cuando es así, elige el medicamento más adecuado para el cuadro clínico de su paciente, puede y debe elegir el medicamento más efectivo sobre todos los indicados y el más seguro entre todos los efectivos. Sólo en el eslabón final de la cadena de elección, debe incluirse el coste ante medicamentos con niveles similares de indicación, efectividad y seguridad.

Creo con absoluta sinceridad que no debe producirnos rechazo abordar todos y cada uno de los pasos de este proceso, porque el médico de familia está perfectamente capacitado para hacerlo, independientemente de que se haya adentrado o no en los manuales de farmacoeconomía: su formación clínica y su experiencia profesional son las garantías fundamentales que sustentan esta capacidad.

Durante los diez años que llevo trabajando en las direcciones médicas de varias áreas de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, la influencia de todos estos aspectos en la práctica clínica de los médicos de familia, al igual que las herramientas de la Atención Primaria, han ido evolucionando.

Por este motivo, me parece absolutamente necesario realizar un brevísimo recorrido por nuestra reciente memoria histórica, para poder entre-sacar los encuentros (y por qué no, desencuentros) que se han producido durante este proceso evolutivo.

A mediados de los años noventa, el concepto que mayoritariamente teníamos acuñado en los foros farmacoterapéuticos era el gasto farmacéutico, así como el hipotético ahorro monetario que podían generar unas determinadas pautas de prescripción. En mi forma personal de entender el abordaje de este aspecto tan emblemático de nuestra Atención Primaria, siempre me he posicionado en una línea de trabajo que intentara cambiar este concepto.

Todos hemos participado, a un lado u otro de la mesa, en reuniones, sesiones o jornadas en las que el uso adecuado de los medicamentos terminaba transformándose en el seguimiento presupuestario del epígrafe correspondiente a receta médica.

Mi percepción particular al respecto es que, desde hace algún tiempo, estos planteamientos están cambiando. A muchos de los médicos de familia con los que he compartido trabajo o proyecto, no les resultaría difícil identificar frases y comportamientos personales apostando por la calidad en detrimento de la cantidad, porque la clave de este cambio ha sido recuperar las estrategias para mejorar la calidad de la prescripción: la elección del principio activo adecuado, en el concepto global del término, para maximizar el bienestar del paciente.

Una década después, y siempre desde la óptica de mi experiencia profesional, resulta emocionante constatar que este cambio es costoso, pero posible. En términos farmacoeconómicos, en el sentido estricto y definitorio del concepto, se abre progresivamente un campo de mayor entendimiento. Estamos dejando de hablar de dinero y de ahorro, para comunicarnos en términos de elección (la mejor elección entre las posibles).

No obstante, tenemos plena conciencia de que la mejor elección es compleja en un mercado como el de los medicamentos, en el que las alternativas son tan numerosas. Además, sabemos de antemano que seguirá siendo difícil en el futuro, porque casi con seguridad, la incorporación de nuevos medicamentos será creciente.

Para facilitar esta elección, han resultado muy útiles los avances tecnológicos que hemos vivido durante los últimos años en todos los sistemas de información relativos a la farmacoterapia, de manera muy especial desde mi punto de vista, la monitorización de la prescripción mediante potentísimas aplicaciones informáticas que nos están permitiendo aproximarnos de manera real al equilibrio entre diagnóstico, indicación y principio activo.

Todos los que llevamos trabajando cierto tiempo en Atención Primaria, hemos conocido la evolución que han experimentado los indicadores relacionados con la prescripción farmacéutica. De manera generalizada, se van diseñando y construyendo indicadores para los principios activos de elección y cada vez con más insistencia, las autoridades sanitarias pretenden potenciar la selección eficiente de medicamentos.

Aunque la eficiencia es un concepto procedente de la economía, de manera irremediable se ha incorporado a la práctica clínica, y al que ya no pueden renunciar muchos médicos de familia implicados, comprometidos y coherentes con el ejercicio de su profesión. Un concepto económico sencillo como el coste de oportunidad (lo que dejo de hacer por lo que hago), es tremendamente clarificador para explicar y entender la trascendencia del concepto de eficiencia en nuestras elecciones terapéuticas.

Una vez abordado someramente el concepto de la elección, no puedo ni debo cerrar mi opinión en esta reflexión sobre la farmacoeconomía en nuestro entorno de trabajo, sin plantear dos pincladas sobre la escasez.

El concepto de *escasez* o, si preferimos una terminología socialmente más aceptable, el marco de los recursos finitos, adquiere una gran trascendencia en un sistema sanitario público como el español, financiado íntegramente a través de los impuestos de los ciudadanos.

En principio, un modelo sanitario de estas características se considera una conquista del estado del bienestar, en el que mayoritariamente prima la equidad, tanto en su vertiente financiera como en la igualdad de acceso ante la misma necesidad. Como conquista a la que la sociedad española difícilmente renunciará, parece razonable que las autoridades sanitarias tomen las medidas oportunas que permitan garantizar su sostenibilidad de cara al futuro.

¿Qué médico de familia no conoce en el momento actual que el presupuesto que dedica un área sanitaria a la prescripción de medicamentos a través de receta médica, se encuentra en torno al 60% del presupuesto total del área?

En este entorno de servicio público con recursos financieros limitados, adquiere una gran trascendencia el cumplimiento presupuestario, para lo cual cada vez con mayor fuerza, se están desarrollando modelos de asignación de recursos que se aproximan progresivamente a la realidad de la medicina de familia en los equipos de Atención Primaria.

Todos sabemos que la utilización y frecuentación de los servicios de Atención Primaria varían en función de un nutrido grupo de variables. Por

este motivo, se puede constatar una tendencia cada vez más generalizada a que el criterio de población cubierta vaya perdiendo interés en los modelos de asignación o distribución.

A corto y medio plazo, será difícil incorporar a estos modelos todas las variables que influyen en la utilización de los servicios sanitarios, si bien es cierto que vamos incorporando criterios que discriminan, por una parte, el comportamiento de la población en función de su morbilidad atendida y, por otra, los hábitos de prescripción de los médicos de familia, utilizando como factores predictivos en la asignación de recursos, la selección eficiente de principios activos o criterios de calidad de la prescripción.

Parece indudable que la prescripción de medicamentos sigue siendo uno de los elementos estrella de la Atención Primaria, tanto por su trascendencia clínica como presupuestaria. Basándome en esta afirmación, mi opinión personal es que los aspectos farmacoeconómicos vinculados a la práctica clínica, van a tener cada vez mayor protagonismo en nuestro entorno de trabajo.

Las experiencias que ha desarrollado la Atención Primaria con programas de mejora de la calidad asistencial, la cultura de evaluación continua incorporada a nuestra actividad y la informatización imparable de los datos clínicos de la población a la que atendemos, nos van a permitir seguir avanzando en las variables farmacoeconómicas mucho más rápido de lo que podamos pensar.

Leyendo recientemente un artículo publicado en la *Revista Española de Economía de la Salud*, recordaba una situación que es conocida desde hace tiempo en diversos estudios publicados: en algunos países, aproximadamente una cuarta parte del gasto farmacéutico se dedica a productos que carecen de importancia para los principales problemas de salud de la población, lo que constituye una utilización claramente ineficiente de unos recursos financieros escasos.

Por eso creo que es el momento de que los médicos de familia transmitan mayoritariamente sus experiencias en este sentido a través de análisis rigurosos con la metodología de la evaluación económica.

Estoy plenamente convencido que con el esfuerzo conjunto de todos los implicados podemos conocer mejor lo que hacemos, para qué lo hacemos y lo que dejamos de hacer, con la certeza de que nuestras decisiones irán dirigidas en cualquiera de estos tres supuestos, a proporcionar los mejores resultados en términos de salud a nuestra población.





FARMACOECONOMÍA
DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

De la práctica clínica a la academia: la evaluación económica de medicamentos

Dr. Antonio J. García Ruiz

Dr. Francisco L. Martos Crespo

UNIDAD DE FARMACOECONOMÍA E INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD.

DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA Y TERAPÉUTICA CLÍNICA.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Introducción

Si algo caracteriza a la terapéutica farmacológica actual es la eficacia y/o efectividad tan alta que poseen estos medicamentos cuando: *«los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad»* (1).

Si bien hasta ahora los médicos sólo hemos tenido en cuenta criterios clínicos en la prescripción de medicamentos (para tal enfermedad, tal medicamento), no es menos cierto que la sociedad en general y los pacientes en particular son, cada día que pasa, más exigentes en lo referente tanto a la cantidad como a la calidad de los recursos sanitarios empleados y puestos a disposición de la sociedad y de ellos mismos.

Esto, en términos de democracia y estado del bienestar, supone una obligación respecto a la EFICIENCIA (*obtención de un objetivo en salud consumiendo el menor número de recursos posibles con el objeto de aumentar el beneficio hacia la población que se dirige*) (2) de los recursos sanitarios puestos a disposición de la sociedad. Esta exigencia hace necesario que se busque un equilibrio entre los recursos empleados y los costes generados por el empleo de estos recursos, de tal forma que se obtenga el mayor beneficio posible (en términos de salud individual y colectiva) al mejor precio.

Gastar los recursos de la mejor forma posible es hacerlo de la manera más eficiente. Esto debe ser así en Medicina, puesto que mientras las necesidades sanitarias de un país suelen ser ilimitadas, los recursos sanitarios que se emplean para cubrir éstas son siempre limitados. En la evaluación económica de los sistemas y recursos sanitarios, los medicamentos se han convertido en uno de los ejes centrales de la Economía de la Salud, ya que se pueden conocer perfectamente sus costes y sus efectos (resultados).

A pesar de que el gasto farmacéutico en nuestro país sigue creciendo cada año, en la administración de medicamentos es más lógico conocer la efectividad de las intervenciones farmacológicas (medida como resultados obtenidos) que la magnitud que ocupa el gasto farmacéutico. Pero no

debemos olvidar que cada decisión diagnóstica, y por ende cada actuación terapéutica, conlleva y genera un determinado gasto económico. También conocemos y sabemos, que nuestras actuaciones se originan en un sistema sanitario público con recursos limitados; es decir, el porcentaje que se dedica en cada país tanto al gasto farmacéutico como al gasto sanitario, y el nuestro no es una excepción, suele ser «casi» fijo y con pequeñas oscilaciones (3).

Por tanto, en la situación actual en la que la demanda de medicamentos es alta y los recursos empleados para atenderla (tanto diagnósticos, terapéuticos y económicos) son limitados, se hace muy necesario conocer las eficiencias de los tratamientos que empleamos en nuestros pacientes. Una de las formas de reconciliar ambos términos (efectividad y costes) es logrando las mayores eficiencias en las actuaciones terapéuticas sobre nuestros pacientes, de tal forma que cada uno de ellos obtenga el máximo beneficio posible, sin olvidar el beneficio social que debe orientar todas nuestras actuaciones, al tratarse de un Sistema Nacional de Salud público como es el caso de nuestro país.

El objetivo de este capítulo es ofrecer una perspectiva generalizada de lo que pueden aportar los estudios farmacoeconómicos. Por tanto, dejaremos de un lado la metodología empleada en los estudios farmacoeconómicos y nos centraremos en sus utilidades, para que el compromiso adquirido en la relación médico-paciente pueda asegurarse y seguir ofreciendo la mejor opción terapéutica (la más eficiente) con las herramientas que nos proporciona la Farmacoeconomía.

Qué medicamento es mejor en este paciente. Observaciones clínicas, farmacológicas y económicas

Las mayores dificultades que pueden existir a la hora de realizar una prescripción en un paciente son debidas a las diferentes perspectivas que pueden adoptarse. Enunciado de otra forma, cuando los investigadores y clínicos hablan de eficacia, los gerentes sólo suelen entender de eficiencia, pero los pacientes lo que necesitan de verdad es efectividad. El médico pue-

de preguntarse a veces, a este paciente ¿qué medicamento le estoy prescribiendo?, el medicamento más eficaz, el medicamento más efectivo o el medicamento más eficiente.

Basándonos en el concepto terapéutico (y económico) de eficiencia, la forma de mejorar o aumentar ésta con los tratamientos empleados pasaría por mejorar la prescripción (eficacia), mejorar la utilización de éstos (efectividad) para, finalmente, ofrecer a cada uno de nuestros pacientes el mejor medicamento (el más eficiente), sin olvidar la racionalidad terapéutica.

Este concepto puede confundirnos, ya que si el médico está empleando el medicamento adecuado en un paciente, podrá argumentar que su terapéutica es racional. Pero la pregunta que debería responderse sería, ¿este medicamento que estoy empleando es el mejor que le puedo ofrecer a este paciente, basándome en criterios y evidencias firmes?

Niveles de evidencia científica

En función del rigor científico del diseño de los estudios que se realizan para evaluar la eficacia de un tratamiento, pueden construirse escalas de ordenación de la evidencia, a partir de las cuales suelen establecerse recomendaciones respecto a la adopción o no de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (4, 5).

Una de las principales es la propuesta por el *Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford (CEBM)*, en la que aparte de tenerse en cuenta las intervenciones terapéuticas y preventivas se evalúan también las intervenciones relacionadas con el diagnóstico, factores de riesgo, pronóstico y evaluaciones económicas (6).

El medicamento más eficaz

Cuando en un estudio farmacoeconómico se emplea el término de coste eficacia, debemos tener en cuenta que esta opción, el más eficaz (*grado en el que una determinada intervención sanitaria, un procedimiento,*

régimen o servicio originan un resultado beneficioso en condiciones ideales) (2), posee, generalmente, dos características intrínsecas que debemos conocer:

- En primer lugar, este término hace referencia a ensayos clínicos aleatorizados —ECA— (es decir, estudios controlados en los que los pacientes generalmente no tienen complicaciones y están afectados de una sola patología, sin apenas medicación concomitante o muy vigilada, son estudios que se realizan en un período de tiempo generalmente corto, y generalmente se excluyen a malos cumplidores, etc.).
- En segundo lugar, genéricamente la comparación se realiza con placebo, luego el término de más eficaz se refiere en una amplia mayoría de estudios a que el medicamento estudiado es: «*más eficaz que placebo*».

El medicamento más efectivo (o hacia una farmacoterapia basada en la evidencia¹)

Cuando empleamos el término efectividad (*grado en el que una determinada intervención sanitaria, un procedimiento, régimen o servicio puestos en práctica — clínica habitual— logran lo que se pretende conseguir en una población determinada*), avanzamos un paso más en busca del beneficio de un paciente en particular. El paso de eficacia a efectividad, no resulta sencillo ni es fácil, pues se trata de reubicar los resultados de un ensayo clínico controlado a la práctica clínica habitual, de manera que en ese paciente se pueda obtener el beneficio «prometido» en estos estudios (*¿Cree Vd. que los resultados de los ensayos clínicos se pueden trasladar a la atención habitual en nuestro ámbito? ¿Podría existir algún*

¹ Evidence-based pharmacotherapy (EBP) is the systematic, explicit and judicious use of best evidence in making decisions about drug treatment for patients both at the individual and population (policy) levels. When defining the pharmacotherapeutic profile of a drug, in addition to risk-benefit considerations, the economic aspects are evaluated too so that the most cost-effective treatments can be adopted (6).

factor que condicionara la efectividad del tratamiento, como, por ejemplo, disponibilidad de pruebas diagnósticas o de medidas de soporte de los enfermos, características clínicas o sociales diferentes de nuestros enfermos respecto a los de los ensayos clínicos, efectos de la curva de aprendizaje, etc.?).

El mejor procedimiento para conocer las efectividades de los medicamentos sería la realización de estudios pragmáticos o también denominados ensayos clínicos naturalísticos (*el requisito de realizar estudios naturalísticos con medicamentos fue planteado hace tiempo por Louis Lasagna, como necesidad no sólo de conocer mejor la efectividad de los medicamentos, sino también sus efectos adversos (8)*), en los cuales se da un salto cualitativo en la perspectiva del análisis de los medicamentos.

Aunque en algunos casos, los datos de eficacia y efectividad pueden ser similares, sobre todo en patologías agudas (donde existen pautas cortas de tratamiento como pueden ser los antibióticos, en general) y algunas otras en las que el tratamiento y manejo del paciente se asemeja mucho a un ECA (oncología, SIDA, etc.), es cierto que en los ECA se tiende a sobrevalorar los efectos beneficiosos de un fármaco, y de la misma forma a minimizar los efectos adversos del mismo (debido sobre todo a escaso tamaño muestral y duración de los ensayos).

Estudios de coste-efectividad (eficacia). Un ejemplo

En los estudios de coste-efectividad (o eficacia) se suelen comparar dos o más tratamientos de forma que obtengamos finalmente un cociente (coste/efectividad: CE).

Uno de los ejemplos más sencillos que podemos utilizar es con los antibióticos. En antibioterapia, el término de efectividad hace referencia al porcentaje de pacientes curados (porcentaje de éxito terapéutico), teniendo en cuenta, además, el porcentaje de pacientes que requieren medicación de rescate (otros antibióticos) o que han presentado efectos adversos al antibiótico y deben dejar de tomarlo para pasar a otra terapia. Como ejemplo de un estudio farmacoeconómico se muestran en la tabla 1 los datos

Tabla 1. **Análisis coste-efectividad del tratamiento de la otitis media serosa infantil**

Estrategia		Efectividad (%)	Coste por paciente (€)	Cociente Coste / Efectividad
A	Evolución natural sin tratamiento	92	302,0	3,28
B	Tratamiento ATB 15 días (amoxicilina)	93	280,5	3,02
C	Miringotomía sin drenajes timpánicos	95	507,5	5,34
D	Drenajes timpánicos	97	449,5	4,63
E	Adenoidectomía y drenajes timpánicos	98	401,5	4,10

obtenidos del análisis farmacoeconómico de la otitis media serosa infantil y sus estrategias de tratamiento realizado en España (9).

Una vez conocidos los efectos (porcentajes de curación) y los costes se puede establecer el cociente coste-efectividad de estos tratamientos. Así, se observa cómo la estrategia B es dominante sobre la A, pues presenta menor coste y mayor efectividad. También la opción B, es la que presenta el menor cociente coste-efectividad. Llegados a este punto, ¿cuál elegir?, pues existen otras alternativas más efectivas que la opción B. Intentaremos responder a esta pregunta unas páginas más adelante.

Otra medida de efectividad de los tratamientos: el NNT

Otro procedimiento para obtener una aproximación más real de la eficacia que aporta un nuevo medicamento (beneficio sobre los pacientes), es el empleado con la metodología de la medicina basada en la evidencia. A partir de los datos de incidencia del evento objeto de estudio en el grupo control y grupo experimental del ensayo clínico aleatorizado se puede obtener el *número necesario de pacientes que deben tomar un medicamento durante un tiempo determinado para que uno solo de ellos obtenga efectos beneficiosos (NNT) o se causen efectos adversos (NNH)*—*Number Needed to Treated / to Harm*— (10, 11).

De esta manera, y fundamentándose en criterios actuales de medicina basada en la evidencia, pueden calcularse el coste eficacia medio, cos-

te eficacia incremental, análisis de sensibilidad y finalmente los resultados estimados (número de pacientes candidatos al tratamiento durante un período determinado) e impacto global sobre la economía del centro de salud, área de salud y hospital.

- *Cálculo de la efectividad (eficacia)*: partiendo de los resultados de ensayos clínicos y/o metaanálisis, los efectos de las opciones comparadas se miden en unidades clínicas según el resultado de dichos estudios, como por ejemplo: proporción de curaciones, supervivencia, ingresos hospitalarios evitados, recidivas evitadas, años de vida ganados, años de vida ganados de calidad, etc. Los resultados deben ser válidos, fiables y aplicables a nuestros pacientes (validez externa). Debe valorarse bien si las condiciones de inclusión en el ensayo y el tipo de asistencia se pueden generalizar al centro de salud o al área de salud o al centro hospitalario de nuestro ámbito.
- *Cálculo de los costes*: habitualmente se tienen en cuenta los costes directos sanitarios desde el punto de vista del centro de salud/área/hospital o desde el punto de vista del sistema público de salud (todos en conjunto).
- *Relación coste-efectividad incremental aceptable*. El criterio para recomendar la adopción o rechazo de una intervención sanitaria en función del coste-efectividad incremental no está definido. En la mayoría de estudios publicados en nuestro país los autores recomiendan la adopción de la intervención cuando dicha cifra está por debajo de 30.000 € por año de vida ganado (12).

Consideraciones en el uso del NNT como medida de la relevancia de una intervención

De esta manera, el cálculo del NNT es un avance importante que permite estimar el esfuerzo que el médico debe realizar para obtener un resultado (diagnóstico y/o terapéutico). Este parámetro puede utilizarse como una medida de efectividad relativa clínica de diferentes intervenciones (11, 13), pero para que todo esto sea cierto debemos tener en cuenta algunas consideraciones:

- Para mejorar la precisión del estimador NNT éste deberá representarse con su intervalo de confianza al 95%.
- Al incluirse en la fórmula del cálculo del NNT la diferencia de efectos entre los dos grupos de estudio (control y experimental), la incidencia de base del grupo control puede modificar este parámetro; por tanto, habrá que explicitarlo.
- El concepto expresado en el NNT es el de una medida de frecuencia no de utilidad; es un valor que dependerá de la enfermedad, de la intervención que se realice y del resultado que se obtenga. Si contamos con varios NNT de diferentes intervenciones para la misma condición (con mismo grado de severidad) con el mismo resultado, entonces y sólo entonces es apropiado compararlos directamente.
- Igualmente habrá que mencionar el intervalo de tiempo en el que se ha evaluado el evento: 1 semana, 15 días, 1, 2, 3 años, etc.

Teniendo en cuenta todas las premisas anteriores, el NNT puede ser un buen indicador de la efectividad de un tratamiento farmacológico, además si el estudio lo refiere y podemos calcular el NNH (número necesario de pacientes que hay que tratar para que 1 paciente sufra un evento adverso), se puede obtener la relación beneficio-riesgo del tratamiento empleado (NNT/NNH).

Asimismo, si añadimos los costes de la medicación durante el período de tiempo necesario para evitar el evento, se puede construir fácilmente un indicador de coste-efectividad. El uso de este indicador sería bastante conveniente en Atención Primaria y permitiría establecer una lista guía en el que aparecieran ordenados los distintos costes-efectividad de los medicamentos empleados para una misma patología.

En la tabla 2 se muestra un ejemplo sobre la utilización del parámetro NNT como una medida más de efectividad de los medicamentos comparados en una patología concreta. Se trata de los datos de un ensayo clínico, sobre la eficacia de dos antibióticos utilizados en las exacerbaciones

Tabla 2. **Estudio comparativo entre 2 antibióticos (A: cefalosporina y B: macrólido) para el tratamiento de la exacerbación aguda de la bronquitis crónica**

	Antibiótico	
	A	B
N.º de pacientes incluidos en el ECA	142	140
Eventos (n.º pacientes que no se curan)	24	19
NNT		30
Días de tratamiento	10	5
Dosis diaria	1.000 mg	800 mg
Coste del tratamiento (€)	45,35	35,1
Coste-efectividad incremental		1.054,06 €

Notas: ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado; Evento: paciente que no se cura.

agudas de la bronquitis crónica (datos no inventados, pero no citados). Sin embargo, debemos apreciar que sólo se tiene en cuenta los costes directos de la adquisición del medicamento.

El NNT significa que 30 pacientes tienen que tomar el medicamento B para evitar un evento respecto a los que toman el medicamento A; es decir, de cada 30 pacientes en tratamiento con el antibiótico B, sólo 1 más se curará respecto al tratamiento A. Asimismo, el coste de evitar un evento empleando el antibiótico B en vez del antibiótico A (coste-efectividad incremental) sería de 1.054 €; o sea, lo que cuesta más que un solo paciente mejore con el tratamiento B si estaba tomando el tratamiento A.

El medicamento más eficiente

Es obvio que si queremos utilizar recursos de forma más provechosa, aparte de conocer perfectamente su eficacia (beneficio que nos reportará), debemos también conocer el otro lado de la ecuación, los costes.

En nuestro país, una gran mayoría de médicos parece desconocer este aspecto, ya que suelen subestimar los caros y sobreestimar los más baratos (14, 15). También parece existir una dualidad entre la importancia que tiene el precio a la hora de prescribir y el conocimiento de éste que posee

el médico. Así, al preguntarles ¿tienes en cuenta el precio a la hora de prescribir?: un 76% contestaron afirmativamente, hecho que contrasta con los datos de gasto farmacéutico real y estimado; un 83% infraestimaba su gasto, mientras que un 17% lo sobreestimaba (16).

De esta manera, sólo conociendo ambas partes de la ecuación, costes y beneficios, podremos entender el término de eficiencia.

La efectividad sería, pues, un equilibrio entre la eficacia, que, como hemos dicho anteriormente, es lograr los resultados y la eficiencia, que es usar los medios de forma inteligente para que no haya despilfarro.

Así, cuando somos eficaces y eficientes, y lo hacemos de forma sostenida en el tiempo es cuando logramos efectividades, y podremos hablar responsablemente de *Uso Racional de Medicamentos*.

Realización de listas de coste-efectividad incremental

A partir de los datos de evaluaciones económicas de medicamentos o análisis farmacoeconómicos se podrían obtener los datos del cociente coste-efectividad/utilidad incremental (CCEI o CCUI) de las distintas opciones terapéuticas utilizadas en una patología concreta frente al tratamiento estándar. Después establecer una clasificación en base a la eficiencia de los medicamentos respecto al tratamiento estándar (a menor valor, mayor eficiencia) (18), se puede construir una tabla ordenada de eficiencias para una determinada enfermedad, de forma que cuando el médico tenga que decidir la alternativa terapéutica a emplear en esa patología debería empezar por aquella opción que presente un CCEI negativo (menores costes, más efectividad respecto al tratamiento estándar) y si no existe ninguno (es decir, todos positivos) el que sea de valor más bajo.

Las posibilidades de uso de estas tablas de ordenación deberían centrarse solo a patologías concretas y en el análisis de las opciones terapéuticas empleadas, pues cualquier intento de comparaciones entre distintas patologías o para priorización de recursos sanitarios (implantación de programas, comparación de CCEI entre diversas patologías, etc.) fracasará al

Tabla 3. **Cocientes de coste-efectividad incremental para el tratamiento de la otitis media serosa infantil**

Opción	Tratamiento	Efectividad	Coste por paciente (€)	Cociente Coste/Efectividad	Cociente Coste/Efectividad incremental
A	Evolución natural sin tratamiento	92%	302	3,28	Opción dominada
B	Antibióticos durante 15 días	93%	280,5	3,02	Comparador
C	Miringotomía sin drenajes timpánicos	95%	507,5	5,34	113,50
D	Drenajes timpánicos	97%	449,5	4,63	42,25
E	Adenoidectomía y drenajes timpánicos	98%	401,5	4,10	24,20

En verde la opción dominada (más costosa y menos efectiva que la B).

CCEI = cociente coste/efectividad incremental comparando el tratamiento con mejor relación coste/efectividad frente a las demás opciones terapéuticas. La fórmula para obtener el cociente de coste/efectividad incremental sería:

$$CCEI = \frac{\text{coste tto. estrategia} - \text{coste tto. comparador}}{\text{efectividad tto. estrategia} - \text{efectividad tto. comparador}}$$

no tenerse en cuenta que *las utilidades relevantes son las del paciente* (19, 20).

Retomando el ejemplo anterior de la otitis media serosa infantil, en la siguiente enumeración, se muestra a modo de ejemplo, una tabla de ordenación donde se observa el cociente coste/efectividad incremental, con las diversas estrategias de tratamiento empleado. Como decíamos, la opción A era una estrategia dominada por la B (menos coste y mayor efectividad). Al ser la opción B la que presenta mejor cociente coste/efectividad, las demás estrategias deben compararse con ella, de forma que seamos capaces de responder a la pregunta ¿cuánto me cuesta más curar a un paciente con la opción «x», que con el tratamiento con antibióticos?

Si a continuación ordenamos de forma creciente, según el cociente coste/efectividad incremental, obtendríamos una tabla ordenada frente a la opción terapéutica de «antibióticos durante 15 días», estrategia B.

Tabla 4

Estrategia frente a «antibióticos durante 15 días»	CCEI
Adenoidectomía y drenajes timpánicos	24,20
Drenajes timpánicos	42,25
Miringotomía sin drenajes timpánicos	113,50

Esta clasificación debería servir al médico, cuando prescribe o recomienda una estrategia, para ofrecer a sus pacientes el mayor beneficio (en salud, social y económico), de manera que cuando tenga que elegir una opción terapéutica lo haga siguiendo estos criterios, y en caso de contraindicación, fallo del tratamiento, efectos adversos, etc., pase al siguiente escalón para esa patología y en ese paciente.

A modo de conclusiones

Hoy en día, cada vez más, los nuevos medicamentos comercializados incorporan, aparte de mayor eficacia y mejor seguridad, valores terapéuticos añadidos² que deben ser valorados, contrastados y estudiados, sobre todo frente a las alternativas clínicamente relevantes (no sólo frente a placebos o tratamientos de escasa relevancia clínica).

Desde esta perspectiva, sería deseable y aconsejable que utilizáramos las herramientas que poseemos (farmacoeconomía), y nos dedicásemos a la tarea de conocer la eficiencia (coste-efectividad/utilidad) de los medicamentos existentes para tratar las enfermedades. Asimismo, los datos de eficiencia conjuntamente con los datos de eficacia (mejor si es efectividad) seguridad y calidad de un medicamento, deberían ser los criterios que empleasen los agentes decisores (médicos incluidos) no sólo para incluirlos en formularios o guías fármaco-terapéuticas, sino también en la financiación (reembolso) de éstos. Así, sólo los que demuestren que, además de

² Como por ejemplo, mejor calidad de vida, mayor efectividad clínica (medida como mejor adherencia al tratamiento y, por tanto, un menor incumplimiento del paciente por mejora en la posología), mayor grado de satisfacción de los pacientes con su medicación y ventajas farmacoeconómicas relevantes.

ser eficaces, seguros y de calidad, presentan una mayor eficiencia que las opciones terapéuticas disponibles deberían ser *financiadas íntegramente* con cargo a los fondos públicos.

Desde la *farmacoterapia basada en la eficiencia*, se podrían establecer prioridades en base al coste-efectividad incremental de cada medicamento para una patología concreta³. De esta manera podría establecerse una clasificación sobre las ventajas de un fármaco respecto a los demás en términos de coste-efectividad/utilidad. Por supuesto, que esta clasificación debería hacerse explícita y accesible a todos los profesionales sanitarios; herramientas hay de sobra, sólo habrá que utilizarlas.

Bibliografía

1. OMS. The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts. Ginebra, 1985.
2. Last JM. Diccionario de epidemiología. Barcelona: Salvat SA, 1989.
3. García Ruiz AJ, Martos Crespo F, Sánchez de la Cuesta F. Gasto farmacéutico y universitario en la Comunidades Autónomas, ¿gastos complementarios o sustitutivos? XXIII Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud. Cádiz; 2003.
4. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Barcelona: Med Clin 1995; 105: 740-3.
5. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. User's guides to the medical literature: IX. A method for grading health care recommendations. JAMA 1995; 274: 1800-4.
6. Level of evidence and grades of recommendation. Disponible en URL: http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp, revisión mayo 2001. Accedido el 30 de julio de 2003.
7. Dictionary of Evidence-Based Medicine. Alain Li Wan Po 1998, Radcliffe Medical Press Ltd. ISBN 1-85775-305-4.

³ Dos factores generales habrá que tener en cuenta a priori en estas evaluaciones. De una parte, los costes empleados en el análisis farmacoeconómico no deberían ser tomados de listas o bases de datos multinacionales, sino obtenerse de costes existentes en cada medio en el propio país, y de otra la valoración que se haga de la efectividad (habrá que tener en cuenta grado de severidad o estadios de la enfermedad, grupos de edad, grupos de pacientes, etc.

8. Lasagna L. A plea for naturalistic study of medicines. *Eur J Clin Pharmacol* 1974; 7: 153-4.
9. Plaza G, de los Santos G. Análisis de coste-efectividad del tratamiento de la otitis media serosa infantil. *Acta Otorrinolaring Esp* 2003; 54: 316-24.
10. Laupacis A, Sackett DL, Roberts RS. An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment. *N Engl J Med* 1988; 318: 1728-33.
11. McQuay HJ, Moore RA. Using Numerical Results from systematic reviews in clinical practice. *Ann Int Med* 1997; 126: 712-20.
12. Sacristán JA, Oliva J, Del Llano J, Prieto L, Pinto JL. ¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España? *Gac Sanit* 2002; 16 (4): 334-43.
13. Moore A, McQuay HJ. What is an NNT? London: Hayward Medical Communications, June 1997.
14. Díaz Grávalos GJ, Palmeiro Fernández G, Núñez Masid E, Casado Górriz I. Opinión de los médicos de Atención Primaria de Ourense sobre algunos aspectos de su prescripción farmacéutica. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 361-74.
15. Menjíbar Torres FJ. ¿Existe conciencia de gasto farmacéutico en la Atención Primaria reformada? *Aten Primaria* 2001; 27: 408-11.
16. Alastrué J, Meneu R, Peiró S. Análisis de las opiniones, actitudes y conocimientos de los médicos de los centros de salud de Valencia sobre la eficacia y eficiencia de la prescripción. *Aten Primaria* 1998; 3: 165-71.
17. Cars O, Mölsted S, Melander A. Variation in antibiotic use in the European Union. *Lancet* 2001; 357: 1851-3.
18. Drummond M, Torrance G, Mason J. Cost-effectiveness league tables: more harm than good? *Soc Sci Med* 1993; 37: 33-40.
19. Rodríguez E. El establecimiento de prioridades en Sanidad. XXI Jornadas de AES, Oviedo, 2001.
20. Ortún Rubio V. ¿Qué debería saber un clínico de economía? *Dimensión Humana* 1997; 1(4): 17-23.



FARMACOECONOMÍA
DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Farmacoeconomía: punto de vista del farmacéutico de Atención Primaria

Dra. Ana Domínguez Castro
Dra. María José Calvo Alcántara
(FAP ÁREA 10. MADRID)
(FAP ÁREA 4. MADRID)

La investigación en farmacoeconomía identifica, mide y compara los costes y consecuencias de los productos y servicios farmacéuticos. En esencia, el análisis farmacoeconómico emplea herramientas para examinar el impacto de una alternativa terapéutica y otras intervenciones sanitarias.

En definitiva, permite conocer cuál es la eficiencia de las diferentes alternativas terapéuticas disponibles en el mercado para tratar las distintas enfermedades y determinar qué opciones terapéuticas deberían emplearse de manera habitual por ser más eficientes.

Dentro de la asistencia sanitaria, es cada vez más importante la comprensión y utilización de los métodos de evaluación económica en la selección de los medicamentos que van a ser financiados por los servicios de salud o van a formar parte de los formularios de los hospitales y guías farmacoterapéuticas en la Atención Primaria.

La evaluación económica de los medicamentos se engloba dentro de una disciplina más amplia: la evaluación económica de tecnologías sanitarias. El fin último de este tipo de evaluaciones es la selección de aquellas opciones que tengan un impacto sanitario más positivo.

Esto significa que el resultado de una intervención económica debe ser un instrumento clave en la toma de decisiones, pero la progresiva limitación de los recursos y la necesidad de establecer prioridades en el gasto sanitario han hecho que las evaluaciones económicas hayan alcanzado mayor difusión durante los diez últimos años y que en estos momentos sean varios los países que, junto a las evaluaciones clínicas convencionales, recomienden o exijan evaluaciones económicas de medicamentos que sirvan para la posterior toma de decisiones sobre su posible financiación pública y la difusión de su utilización.

Además, la creciente demanda de asistencia sanitaria junto con la escasez de recursos disponibles, ha incrementado la utilización de análisis económico como herramienta en la creación de políticas sanitarias.

Los análisis económicos proporcionan a los profesionales de la asistencia sanitaria, políticos y consumidores, información de gran utilidad para



la toma de decisiones, en términos de eficiencia, de una correcta asignación y distribución de recursos de servicios sanitarios.

Los análisis económicos utilizando datos económicos y epidemiológicos, bajo diferentes técnicas permiten estimar costes y resultados de alternativas diferentes.

En la actualidad, los recursos que pueden ser destinados al gasto farmacéutico son limitados, por lo que es necesario racionalizar su consumo y priorizar en la asignación de estos recursos a las opciones que presenten mayores ventajas económicas.

La farmacoeconomía constituye un elemento esencial para el desarrollo de las políticas de medicamentos, ya que nos van a permitir conocer cuál es la eficiencia de las diferentes alternativas terapéuticas disponibles en el mercado para tratar las distintas enfermedades, y, por lo tanto, nos ayudarán a determinar qué opciones terapéuticas deberían emplearse de manera habitual.

Disponemos de distintos tipos de estudios de farmacoeconomía: análisis de coste-beneficio, análisis coste-efectividad, análisis coste-utilidad, análisis de minimización de costes y estudios de coste de la enfermedad.

En la búsqueda de la eficiencia en la atención sanitaria, es necesario comparar distintas alternativas, para lo cual empleamos los distintos tipos de análisis en evaluación económica: análisis coste-beneficio, coste-efectividad y análisis coste-utilidad y minimización de costes.

La información que nos van a suministrar los estudios de farmacoeconomía va a ser importante a la hora de negociar precios y financiación pública de los nuevos medicamentos, así como a la hora de lograr que tanto en Atención Primaria como en Asistencia Hospitalaria, se utilicen rutinariamente los medicamentos con una mejor relación coste/efectividad.

Los estudios de evaluación económica nos van a permitir dilucidar cuál va a ser la relación coste/efectividad de las alternativas terapéuticas farmacológicas existentes en el mercado para tratar las distintas enfermedada-

des, lo que nos va a ayudar a la hora de decidir qué medicamentos deberían ser empleados de forma rutinaria en la práctica clínica diaria.

Los análisis de coste-efectividad miden beneficios en unidades naturales y nos permiten evaluar la eficiencia relativa de intervenciones que dan lugar a mayores beneficios a un coste menor.

Se trata, sin duda, del tipo de evaluación económica más utilizado en el ámbito sanitario y, en general, ha sido hasta la fecha el más apropiado para medir el impacto de las intervenciones en este contexto.

Los estudios farmacoeconómicos pueden ser aplicados en distintos ámbitos dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS): a nivel de Atención Primaria, atención especializada y también podrían incluirse dentro de ciertas competencias de las autoridades sanitarias.

A nivel de Atención Primaria y asistencia especializada, tanto los gestores como las comisiones de farmacia y terapéutica están íntimamente relacionados con la promoción del uso racional del medicamento.

A nivel hospitalario las comisiones de farmacia y terapéutica van a intervenir en la correcta utilización de los medicamentos en la práctica habitual, por ser el órgano que va a decidir qué medicamentos son incorporados en el arsenal terapéutico del hospital y cuáles retirados de su uso.

Las posibles aplicaciones prácticas de los estudios farmacoeconómicos en Atención Primaria incluirían: elaboración de guías farmacoterapéuticas, diseño de protocolos clínicos, demostración de la eficiencia de las diferentes opciones terapéuticas en la práctica médica habitual, elaboración de una lista de medicamentos para ser utilizados en el área sanitaria, ayuda a la toma de decisiones por parte de las comisiones farmacoterapéuticas del área sanitaria, colaboración en la elaboración de boletines divulgativos, ayuda a la hora de confeccionar guías farmacoterapéuticas de forma objetiva y racional, posibilitar un cambio de visión y mentalidad en los profesionales sanitarios como prescriptores:

Concienciación de la limitación de recursos sanitarios, e incremento del uso racional de los medicamentos.

Este tipo de estudios va a ayudar a los médicos de Atención Primaria, conjuntamente con otro tipo de estudios (ensayos clínicos, estudios observacionales, estudios de utilización de uso de los medicamentos, etc.) a decidir qué medicamentos emplear en la práctica asistencial diaria incorporando el criterio de la eficiencia en el proceso de toma de decisiones y asignación de recursos disponibles para invertir en la atención sanitaria a este nivel asistencial.

Debido al constante incremento de los costes en medicamentos y la limitación de recursos, se hace cada vez más necesaria la figura del farmacéutico de Atención Primaria, que evalúa los medicamentos basándose en estudios de eficiencia.

El uso racional del medicamento se basa en la eficacia, seguridad y coste de los medicamentos, a igualdad de eficacia siempre se debe elegir el fármaco de menor precio. Estos criterios están muy relacionados con la farmacoeconomía, concretamente se ven claramente reflejados en ellos estudios de coste-efectividad, tan empleados a la hora de la selección eficiente de medicamentos, una de las funciones principales de la labor del farmacéutico de Primaria.

En Atención Primaria es donde se concentra la mayor parte del gasto en medicamentos del SNS. La prescripción eficiente es crucial para utilizar bien los recursos del SNS, y los farmacéuticos de Atención Primaria (FAP) deben desempeñar un papel clave en el apoyo a los médicos de Atención Primaria en esta tarea.

Los farmacéuticos de Atención Primaria ayudan a promover una prescripción de calidad y con una buena relación calidad-precio dentro del contexto de una asistencia sanitaria más amplia.

La farmacoeconomía está presente en muchas de las funciones y actividades que realiza el farmacéutico de Atención Primaria, tales como:

- Proporciona información objetiva y contrastada de los medicamentos y productos sanitarios a través de sesiones farmacoterapéuticas, difusión de información escrita (boletines, hojas de nove-

dades terapéuticas) donde se tienen en cuenta criterios farmacoeconómicos.

- Ejecuta actividades y programas dirigidos a mejorar el uso de los medicamentos y productos sanitarios estableciendo criterios (farmacoeconómicos entre otros) de selección de medicamentos, elabora guías de práctica clínica, participa en la elaboración de protocolos farmacoterapéuticos.
- Monitoriza el empleo de medicamentos y productos sanitarios estableciendo y validando indicadores de resultado de la intervención farmacoterapéutica en su triple dimensión: clínica económica y social.
- Realizar estudios de utilización de medicamentos para conocer la eficacia de las distintas estrategias diseñadas para la mejora del uso de los medicamentos.
- Coordinación con atención especializada participando en las Comisiones de Uso Racional del Medicamento del Área, proponiendo y participando en protocolos de Área y participando en la elaboración de los mismos.

En definitiva, la farmacoeconomía debe entenderse como un aspecto de la utilización racional de las alternativas terapéuticas, y no simplemente como una medida de contención del gasto farmacéutico.





FARMACOECONOMÍA
DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

SEMERGEN opina

Dr. Juan Saavedra Miján

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA. CS DE LANGREO. ASTURIAS

Farmacoeconomía: una visión desde la Medicina de Atención Primaria

El médico que desarrolla su trabajo en la Atención Primaria de Salud, tanto en las consultas de medicina de familia como en las de los servicios de urgencias, mutuas laborales, servicios médicos de las instituciones penitenciarias, etc., se encuentra hoy día bombardeado por un auténtico aluvión de información sobre los costes que genera dentro del Sistema Nacional de Salud.

Recibimos información sobre lo que cuesta la factura farmacéutica de cada uno de nuestros cupos de pacientes, o de nuestros servicios, también sobre lo que cuesta la incapacidad transitoria de nuestros pacientes, y sobre lo que el Sistema Sanitario gasta en fármacos, en su totalidad.

Pero, sin embargo, por otro lado, también recibimos informaciones sobre la capacidad curativa, preventiva o simplemente paliativa de un gran número de productos, a nuestra disposición, que el propio Ministerio de Sanidad, bajo criterios de su responsabilidad y velando por la salud de nuestros pacientes, pone a nuestra disposición para su uso.

No obstante, cada vez que una nueva molécula se incorpora al arsenal terapéutico, las primeras informaciones, y a veces las únicas, las recibimos de la industria farmacéutica, sin más apoyo ni valoración por parte de los organismos oficiales de los Servicios de Salud.

Bies es cierto que la publicidad sobre fármacos es quizá la más regulada, vigilada y controlada de todas las existentes, precisamente por tratarse de productos destinados a la salud humana. Pero también es verdad, que a veces se manejan datos en esta publicidad que, siendo ciertos, no reflejan todas las facetas ni realidades del producto, y que la visión que transmite la industria, es aquella que, lógicamente, más le beneficia.

Es así, que el médico se encuentra a veces presionado, por un lado, por las ideas que le han transmitido poderosas organizaciones empresariales, legítimamente dedicadas a incrementar las ventas sobre sus productos y, por otro, por su propia empresa, que es el Sistema Sanitario, que



le pide sobre todo ahorro y uso racional del medicamento, pero sin proporcionar herramientas realmente útiles para lograr esta finalidad.

Esto llega a producir desorientación en el profesional y, por tanto, un cierto grado de rechazo.

Por un lado, algunos médicos, sintiéndose deudores de su empresa, que es quien paga su salario y, por tanto, considerando que es a quien se deben, optan por rechazar de manera genérica y poco discriminativa cuantas informaciones, iniciativas o novedades provengan de la industria farmacéutica. Son médicos que podríamos llamar «comprometidos con el sistema», y que se sienten especialmente orgullosos de ofrecer buenas cifras de gasto farmacéutico.

Por otro lado, surgen en profesionales poco motivados y que se sienten poco comprendidos y atendidos por el sistema sanitario, actitudes nihilistas respecto al necesario análisis de costes y eficiencias de las terapias que aplican a sus pacientes.

Un tercer grupo, sería el de aquellos profesionales, que con una adecuada información farmacoeconómica, que hoy día no se proporciona de manera asequible y generalizada, es seguro que optarían por realizar sus prescripciones de la manera más racional y beneficiosa, tanto para el paciente como para el sistema sanitario.

El primer grupo de profesionales, es decir, aquel que antepone a todo el coste de la terapia, se equivoca por cuanto a veces lo barato sale caro. Es decir, se puede ahorrar en el primer nivel de atención, a costa de cargar la falta de actuaciones oportunas a los costes del nivel especializado, o, peor aún, privando de beneficios ciertos a sus pacientes.

El sistema sanitario, es quien nos paga, pero no debemos olvidar que los verdaderos dueños del sistema son los propios pacientes y, por tanto, a ellos nos debemos, tanto a nivel individual, como colectivo.

En el caso de que el sistema sanitario público no sea capaz de satisfacer las demandas de sus usuarios y, por tanto, de legitimarse como tal servicio, es evidente que los pacientes buscarán otras alternativas.

Esto, que ya está ocurriendo en los estratos sociales de clases medias-altas, podría llegar a ser un fenómeno más generalizado y, por tanto, llegar a poner en peligro la propia existencia del sistema.

Por tanto, no puede ser la simple economía nuestra guía en la prescripción.

En el resto de los casos, es necesario entrar de lleno en un proceso que comprometa a la Administración, los profesionales, los usuarios y las organizaciones profesionales, entre las que se encuentran las sociedades científicas, para proporcionar en cada patología, la información fármaco-económica necesaria, a fin de que el médico opte de manera consciente por la opción mas beneficiosa y equilibrada para el usuario y el sistema sanitario.

Debemos decir que, hoy por hoy, ese esfuerzo no se ha hecho, y es más, queda mucho por hacer en ese campo antes de que se pueda hablar de prescripción responsable, informada y racional desde el punto de vista de la economía y la eficiencia de la misma.

Como profesionales médicos de Atención Primaria de Salud, tenemos que conjugar varios intereses que confluyen en el acto de la prescripción, y la única forma de hacerlo que sea ética, ecuánime y económica, es con una adecuada formación no sólo en los aspectos clásicos de la farmacoterapia, sino también en el conocimiento fundamentado en la medicina basada en la evidencia, pero tamizado por unos conocimientos sobre el uso racional del medicamento que nos haga también a nosotros eficientes en nuestra labor diaria.

