



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 farmacoconomía 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 Farmacoconomía* 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 entresacar 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.

