

Incremento del coste de medicamentos en un hospital terciario. Impacto de los nuevos medicamentos

*García Pellicer J, *Pelufo Pellicer A, **Poveda Andrés JL,
*Romá Sánchez E, ***Ferrer Albiach E

*Especialista en Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario La Fe. Valencia

**Doctor en Farmacia. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario La Fe. Valencia

***Doctor en Medicina. Especialista en Oncología Radioterápica. Hospital Clínico. Valencia

pelufo_ana@gva.es

Resumen

Introducción: las políticas en la negociación de precios, la potenciación del uso de genéricos y el uso racional del medicamento ejercen un efecto positivo sobre el control presupuestario de medicamentos. Sin embargo, todo ello sucumbe en gran medida por la incorporación de nuevos medicamentos al arsenal terapéutico. Los objetivos del presente estudio son cuantificar el porcentaje de coste que suponen los nuevos medicamentos aprobados por la Comisión de Farmacia y Terapéutica en el consumo de medicamentos del hospital, así como determinar en qué medida estos son responsables del incremento del coste interanual de medicamentos.

Métodos: a partir de la aplicación informática para la gestión de adquisiciones y consumos Farmasyst® y del sistema de soporte a la toma de decisiones desarrollado internamente en el servicio de farmacia del hospital, se obtiene el total de consumo anual de medicamentos, estratificando cada año en función del año de origen del nemónico. Este campo permite agrupar especialidades farmacéuticas con el mismo principio activo, dosis y vía de administración, con independencia del código nacional, nombre registrado, etc. Se calcula qué porcentaje del consumo total de medicamentos en un año corresponde a cada uno de los años de origen del nemónico, y el porcentaje correspondiente a medicamentos nuevos (nemónicos aprobados durante el año en curso y el anterior). Además, se realizan comparativas interanuales del coste de medicamentos entre dos años consecutivos para ver en qué medida los nuevos nemónicos son responsables del incremento interanual.

Resultados: el incremento interanual de consumo de medicamentos presenta una media del $12,11\% \pm 0,05$ y una mediana del $13,66\%$. El porcentaje de consumo anual que corresponde a medicamentos nuevos tiene un valor promedio del $10,26\% \pm 0,03$ y una mediana del $10,46\%$. Cuando se compara la diferencia de consumo de medicamentos entre dos años consecutivos de los últimos diez años, la media de porcentaje que se puede imputar a medicamentos nuevos es de $51,92\%$ de responsabilidad en el incremento de gasto interanual. Se cumple de forma

media que el $13,3\% \pm 5,0$ de los nemónicos nuevos justifican el $81,0\% \pm 1,6$ de coste en nuevos medicamentos cada año.

Conclusiones: los nuevos medicamentos de cada año suponen en el hospital un $10,26\%$ del coste anual de medicamentos. Estos son responsables mayoritarios, y únicos en ocasiones, del incremento del coste existente en medicamentos.

Palabras claves: Nuevos medicamentos, Coste incremental, Contención del gasto.

Cost increase on drugs in a tertiary hospital. New drugs impact

Abstract

Introduction: prices negotiation policies, the more and more use of generic ones and the rational use of drugs have a positive effect on drugs budgetary control. However, these ones succumb, mostly due to incorporation of new drugs to the therapeutic arsenal. The aim of this study is to quantize the cost percentage that the new drugs approved by the Pharmacy and Therapeutic Committee have within the total drugs consumption in the Hospital, and the same way, to specify in which measure, these are responsible for the increase of interannual drugs cost.

Methods: since the computer application for the acquisition and consumption of drugs management (Farmsyst®), and the support system to the decision taking developed by the Hospital Pharmacy Service, we get the total annual consumption of drugs, detaching every year depending of the mnemonic origin year. This field allow us to put together pharmaceutical specialities with the same active principle, dose and way of administration, independently of national code, registered name, etc. It is calculated the percentage of total consumption of drugs correspond to every year of mnemonic origin year and the percentage that correspond to new drugs (mnemonic ones approved this year and the former one). Furthermore, interannual cost comparatives between two consecutive years are made to determine in which measure new mnemonic ones are responsible for the interannual cost increase.

Results: interannual increase of drugs consumption presents an average of $12.11\% \pm 0.05$ and a median one of 13.66% . The percentage of annual consumption related to new drugs have an average value of $10.26\% \pm 0,03$ and a median of $10,46\%$. When we compared the difference of between drugs consumption in two consecutive years in the last ten years the percentage average referring to new drugs is 51.92% of responsibility in the interannual cost increase. It comes true as average that the $13.3\% \pm 5.0$ of new mnemonics justify the $81.0\% \pm 1.6$ of cost on new drugs every year.

Conclusions: Every year new drugs are 10.26% of annual drugs expenditure in a hospital. These are the main responsible and sometimes the only ones, for the increase of real drugs cost.

Key words: New drugs, Cost increase, Expenditure control.

Introducción

El gasto sanitario se ha incrementado progresivamente en los últimos años sin que exista un claro freno, y todo ello en un contexto de limitación importante de los recursos disponibles¹. Inmerso en este contexto general de crecimiento sostenido del gasto en medicamentos, tanto en asistencia especializada como en asistencia primaria, el Hospital La Fe no es una excepción.

El desarrollo de políticas de contención del gasto en medicamentos basadas en la negociación de precios, la potenciación del uso de genéricos y el uso racional del medicamento generan importantes efectos positivos en la contención del mismo. Sin embargo, su impacto tan solo modula, que no frena, el incremento sostenido del gasto en medicamentos que en el ámbito hospitalario se viene observando en los últimos años.

Así, es frecuente observar cómo el efecto positivo de las políticas reseñadas sobre el control presupuestario de medicamentos sucumbe, en gran medida, por la incorporación de nuevos medicamentos al arsenal terapéutico. Estos nuevos fármacos generalmente son de elevado coste y sin posibilidad de competencia alguna en su adquisición, al tratarse de un proveedor único en forma de patente. Además, en las etapas iniciales de comercialización disponen de importantes recursos financieros que favorecen su introducción y uso generalizado mucho antes de que sea posible evaluar con rigor su impacto clínico real, así como su trascendencia económica y social^{2,3}.

Los objetivos del presente estudio son cuantificar el porcentaje de coste que suponen los nuevos medicamentos aprobados por la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) en el consumo

de medicamentos del hospital, así como determinar en qué medida estos nuevos medicamentos son responsables del incremento del coste interanual de medicamentos.

Métodos

Los datos para el análisis se obtienen de la aplicación informática general provista para la gestión de adquisiciones y consumos de los Servicios de Farmacia de la Consellería de Sanidad (Farmasyst®), así como de un sistema de soporte a la toma de decisiones desarrollado internamente en el Servicio de Farmacia del hospital, basado en un entorno Microsoft Access 2000, el cual se nutre de Farmasyst® en cuanto a adquisiciones y consumos de medicamentos, maestros de medicamentos y existencias en los diferentes almacenes a tiempo real.

El periodo de análisis abarca desde enero de 1999, fecha a partir de la cual se puede garantizar la integridad de los datos de Farmasyst® tras su implementación a finales de 1998, hasta el 31 de diciembre de 2008.

A efectos de este estudio se consideran "nuevos medicamentos" en un año determinado, las especialidades farmacéuticas aprobadas durante ese año (año de creación del nemónico) junto con las especialidades aprobadas el año anterior. Este criterio permite disminuir el sesgo que puede producir la fecha de aprobación, la cual puede oscilar entre primeros o finales de año.

Inicialmente se encuentra asignada a cada especialidad farmacéutica existente en Farmasyst® un año de origen u aprobación por la Comisión de Farmacia y Terapéutica (fecha en que se abre la ficha de la especialidad en la aplicación informática), para su uso en el hospital. Por otro lado, se agrupan

las 4.412 especialidades farmacéuticas existentes en la aplicación en función de su nemónico correspondiente. Este campo nemónico proviene del sistema de soporte a la toma de decisiones y se define como principio activo, dosis y forma farmacéutica de un medicamento, de modo que permite agrupar especialidades farmacéuticas con el mismo principio activo, dosis y vía de administración, con independencia del código nacional, nombre registrado u otros factores distorsionantes, a la hora de mostrar consumos, adquisiciones a proveedor, etc. Dentro de cada uno de los nemónicos, se adjudica a todas las especialidades agrupadas el año de origen de la más antigua. De este modo, se puede obtener información acerca de cuántas fichas de especialidades abiertas en la aplicación informática en un periodo determinado corresponden a nuevos medicamentos (el año de introducción de los datos coincide con el de creación del nemónico), o por el contrario se trata de medicamentos ya aprobados que han cambiado de nombre comercial, código nacional, forma farmacéutica, dosis, etc. (el año de origen del nemónico es anterior al de apertura específica de esa ficha en Farmasyst®).

Así, tal como muestra a modo de ejemplo la tabla 1, el nemónico "Cisplatino vial 500 mg" agrupa cuatro registros correspondientes a diferen-

tes marcas comerciales o misma marca con diferentes códigos nacionales de especialidad que han existido a lo largo de los años, adjudicando como fecha origen de aprobación para todos los registros la más antigua, 1996 en este caso.

Mediante una consulta de tabla de referencias cruzadas dentro del sistema de soporte a la toma de decisiones se obtiene el total de consumo anual de medicamentos (en euros), estratificando cada año en función del año de origen de las especialidades farmacéuticas consumidas. El coste total se calcula utilizando el precio medio de facturación (PMF) existente en el momento de la imputación del coste.

A partir de la tabla anterior, se calcula qué porcentaje del consumo anual total de medicamentos en un año corresponde a cada uno de los años de origen de las especialidades farmacéuticas y se calcula el porcentaje correspondiente a medicamentos nuevos, considerando en este caso los nemónicos nuevos del año en curso y anterior.

Para determinar en qué medida los nuevos medicamentos son responsables del incremento del coste interanual de medicamentos, se realizan comparativas del coste de medicamentos entre

Tabla 1. Ejemplo de asignación del año de origen

C.N.	Registrado	Nemónico	Estado	Fecha Farmasyst	Año origen
659193	Cisplatino 100 mg/100 ml E/1	Cisplatino vial 100 mg	BLO	26/07/2002	1996
648071	Placis vial 100 mg /100 ml E/25	Cisplatino vial 100 mg	BLO	07/03/2003	1996
679514	Placis vial 100 mg /100 ml E/1	Cisplatino vial 100 mg	LAB	01/08/2005	1996
740910	Neoplatin vial 100 mg /100 ml E/25	Cisplatino vial 100 mg	BLO	14/01/2005	1996
822221	Cisplatino 100 mg /100 ml E/1	Cisplatino vial 100 mg	ACT	03/05/2004	1996

Estado: estado actual de la ficha del medicamento en Farmasyst®; ACT: activo; BLO: bloqueado completo; LAB: bloqueo para adquisiciones. Fecha Farmasyst®: es la fecha de creación de la ficha de la especialidad en Farmasyst®. Año origen: año asignado a todas las especialidades englobadas en el nemónico.

dos años consecutivos (periodos: 2008-2007, 2007-2006... 2000-1999). Para cada una de las comparativas se obtiene la diferencia de consumos en PMF por especialidad farmacéutica de un periodo frente a otro, agrupándolas a continuación por año de origen del nemónico y determinando el porcentaje que representa la diferencia de consumo de los nuevos medicamentos por un lado y del resto de medicamentos por otro, respecto a la diferencia del consumo global.

Finalmente, se clasifica mediante un diagrama de Pareto el peso de cada uno de los nuevos nemónicos sobre el total de los de cada año, con el fin de determinar cómo se reparte el impacto en el coste entre los nuevos nemónicos.

Resultados

En la tabla 2 se muestra el consumo anual de medicamentos (valorado a PMF) para el periodo 1999-2008, estratificado anualmente en función del año de origen de las especialidades farmacéuticas (su nemónico).

En la figura 1 se observa la curva de difusión de coste anual de medicamentos. A su vez, en la figura 2 se ha representado el gasto total en medicamentos por año estratificado por año de origen del nemónico.

En la tabla 3 y figura 3 se transforman los datos de consumo en valores porcentuales según el año de origen del nemónico. El incremento interanual de consumo de medicamentos presenta

Tabla 2. Consumo (según PMF) estratificado por año de origen del nemónico (euros)

	1999	2000	2001	2002	2003
Origen anterior	28.745.283	30.921.858	27.398.095	28.248.034	26.968.209
Origen 1999	1.496.904	3.893.697	4.416.583	5.227.496	6.174.196
Origen 2000	-	683.126	2.163.510	2.718.118	2.995.219
Origen 2001	-	1.782.102	4.172.840	4.102.337	3.665.158
Origen 2002	-	-	995.071	4.715.954	6.748.332
Origen 2003	-	-	-	1.878.034	3.904.877
Origen 2004	-	-	-	-	865.088
Origen 2005	-	-	-	-	-
Origen 2006	-	-	-	-	-
Origen 2007	-	-	-	-	-
Origen 2008	-	-	-	-	-
Total	30.242.186	35.498.681	35.760.290	41.411.559	46.833.951
	2004	2005	2006	2007	2008
Origen anterior	28.502.379	29.309.261	28.181.686	29.928.929	29.011.334
Origen 1999	7.103.019	7.148.381	6.471.870	5.973.814	6.227.508
Origen 2000	3.170.889	3.826.641	4.123.334	4.245.344	4.159.230
Origen 2001	3.665.158	4.469.133	4.237.754	4.510.181	3.905.287
Origen 2002	6.748.332	7.326.374	8.202.187	8.582.982	9.366.552
Origen 2003	3.904.877	4.738.998	3.915.770	3.273.032	3.621.497
Origen 2004	865.088	2.782.936	4.324.542	6.328.072	7.878.196
Origen 2005	-	1.716.254	3.715.732	4.348.620	5.029.550
Origen 2006	-	-	1.716.726	7.102.114	8.826.602
Origen 2007	-	-	-	743.801	3.939.035
Origen 2008	-	-	-	-	1.802.482
Total	53.949.742	61.317.978	64.889.601	75.036.888	83.767.273

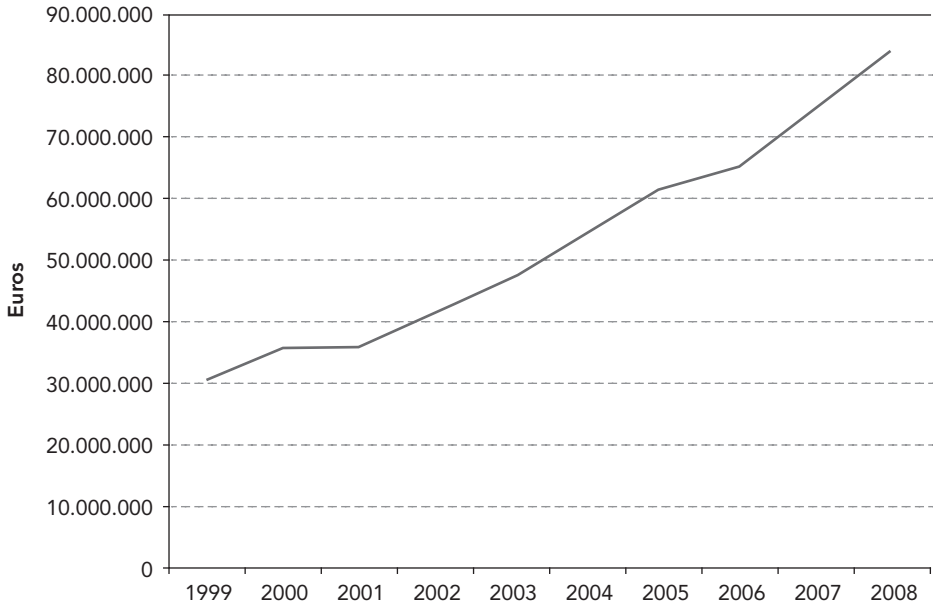


Fig. 1. Curva de difusión del coste de medicamentos en el hospital

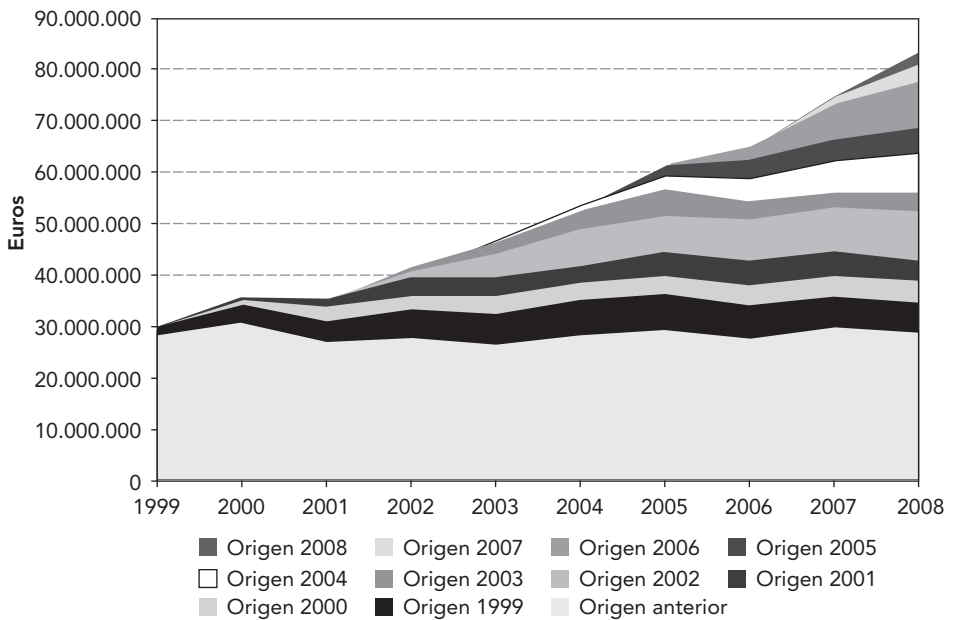


Fig. 2. Gasto total en medicamentos por año, estratificado por año de origen del nemótico

Tabla 3. Porcentajes (según PMF) de consumo anual de medicamentos por año de origen del nemónico, porcentaje de incremento del consumo de medicamentos de un año respecto al anterior, y porcentaje de consumo correspondiente a nemónicos aprobados en el año en curso y anterior

	1999	2000	2001	2002	2003
Origen anterior	95,05%	87,11%	76,62%	68,21%	57,58%
Origen 1999	4,95%	10,97%	12,35%	12,74%	13,18%
Origen 2000	-	1,92%	6,05%	6,56%	6,40%
Origen 2001	-	-	4,98%	10,08%	8,76%
Origen 2002	-	-	-	2,40%	10,07%
Origen 2003	-	-	-	-	4,01%
Origen 2004	-	-	-	-	-
Origen 2005	-	-	-	-	-
Origen 2006	-	-	-	-	-
Origen 2007	-	-	-	-	-
Origen 2008	-	-	-	-	-
Total	30.242.186	35.498.681	35.760.290	41.411.559	46.833.951
	% de incremento de consumos respecto al año anterior				
		17,38%	0,74%	15,80%	13,09%
	% consumos nemónicos nuevos del año en curso y anterior				
		12,89%	11,03%	12,48%	14,08%
	1999	2000	2001	2002	2003
Origen anterior	52,83%	47,80%	43,43%	39,89%	34,63%
Origen 1999	13,17%	11,66%	9,97%	7,96%	7,43%
Origen 2000	5,88%	6,24%	6,35%	5,66%	4,97%
Origen 2001	6,78%	7,29%	6,53%	6,01%	4,66%
Origen 2002	12,51%	11,95%	12,64%	11,44%	11,18%
Origen 2003	7,24%	7,73%	6,03%	4,36%	4,32%
Origen 2004	1,60%	4,54%	6,66%	8,43%	9,40%
Origen 2005	-	2,80%	5,73%	5,80%	6,00%
Origen 2006	-	-	2,65%	9,46%	10,54%
Origen 2007	-	-	-	0,99%	4,70%
Origen 2008	-	-	-	-	2,15%
Total	53.949.742	61.317.978	64.889.601	75.036.888	83.767.273
	% de incremento de consumos respecto al año anterior				
	15,19%	13,66%	5,82%	15,64%	11,63%
	% consumos nemónicos nuevos del año en curso y anterior				
	8,84%	7,34%	8,37%	10,46%	6,85%

una media del 12,11% \pm 0,05 y una mediana del 13,66%. El porcentaje de consumo anual que corresponde a medicamentos nuevos (aprobados durante el año en curso y el anterior) tiene un valor promedio del 10,26% \pm 0,03 y una mediana del 10,46%.

En la tabla 4 se muestran las comparativas de diferencia de consumo de medicamentos entre dos años conse-

cutivos de los últimos diez años, determinando el porcentaje de la diferencia interanual que se puede imputar a "medicamentos nuevos", con una media del 51,92% de responsabilidad en el incremento de gasto interanual (en los tres casos en que el incremento de consumos de nuevos medicamentos es superior al 100%, es decir, que el resto de medicamentos había disminuido su consumo de forma compara-

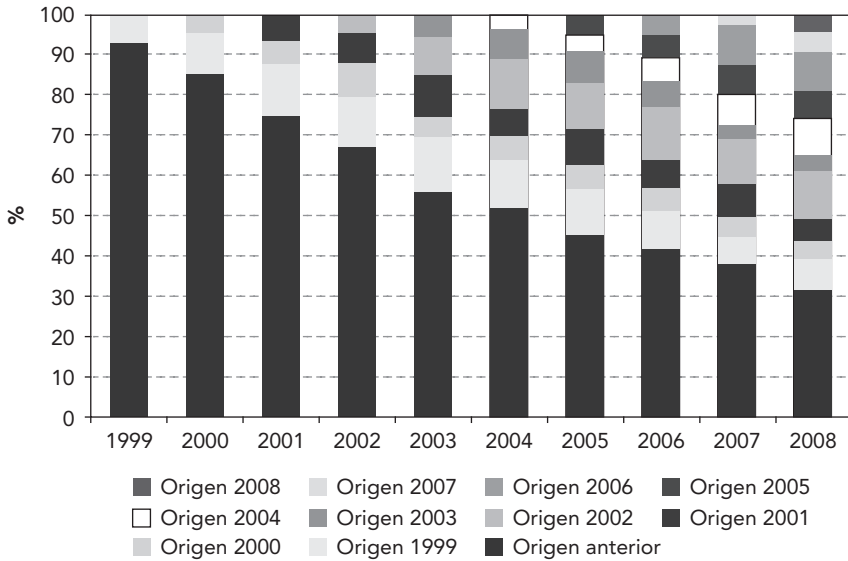


Fig. 3. Porcentaje del gasto anual en medicamentos por año, según año de origen del medicamento

tiva, se ha considerado este como el valor máximo).

Por último, en la tabla 5 se muestra como ejemplo el ABC de consumo de medicamentos del año 2008, y, siguiendo este mismo criterio, en la tabla 6 se expone el resultado del diagrama de Pareto de los últimos nueve años. En él se cumple de forma media que el $13,3\% \pm 5,0$ de los medicamentos nuevos justifican el $81,0\% \pm 1,6$ de coste en nuevos medicamentos cada año. Si descartamos los dos valores extremos que se separan de la media, se cumple que el $12,6\% \pm 3,0$ de los medicamentos nuevos justifican el $80,6\% \pm 0,6$ de coste en nuevos medicamentos.

Como ya se mencionaba al inicio de la introducción, el Hospital La Fe se encuentra en una situación de crecimiento sostenido del coste en medica-

mentos, tal y como se desprende de los resultados obtenidos en la tabla 2 y representados en la figura 1. Respecto al porcentaje medio del coste que anualmente representan los medicamentos nuevos, cuyo valor medio es del $10,26\% \pm 0,03$ es importante destacar que se observan dos tendencias diferentes en el tiempo. Su valor porcentual se mantiene constante en el periodo 2000-2003, con un valor medio del $12,62\%$, para disminuir de forma acusada en el periodo 2004-2008 un valor constante medio del $8,37\%$. Este hecho coincide con la puesta en marcha por parte de la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) del hospital de una política más restrictiva en lo que se refiere a la aprobación de nuevos medicamentos, política que se mantiene en la actualidad y que parece ser la principal responsable de la disminución del impacto de los nuevos medicamentos.

Tabla 4. Comparativas interanuales (según PMF)

Año de origen nemónico	Diferencia entre periodos por año de origen del nemónico	% de la diferencia	% incremento en consumos atribuible a nuevos nemónicos
Comparativa 2008-2007			
2008	1.802.482 €	20,65%	
2007	3.195.234 €	36,60%	57,25%
Resto	3.732.670 €	42,75%	
Comparativa 2007-2006			
2007	743.801 €	7,33%	
2006	5.835.388 €	53,07%	60,40%
Resto	4.018.098 €	39,60%	
Comparativa 2006-2005			
2006	1.716.726 €	48,07%	
2005	1.999.478 €	55,98%	> 100%
Resto	-144.581 €	-4,05%	
Comparativa 2005-2004			
2005	1.716.254 €	23,29%	
2004	1.917.848 €	26,03%	49,32%
Resto	3.734.134 €	50,68%	
Comparativa 2004-2003			
2004	865.088 €	12,16%	
2003	2.026.842 €	28,48%	40,64%
Resto	4.223.861 €	59,36%	
Comparativa 2003-2002			
2003	1.878.034 €	34,63%	
2002	3.720.883 €	68,62%	> 100%
Resto	-176.526 €	-3,26%	
Comparativa 2002-2001			
2002	995.071 €	17,61%	
2001	2.390.738 €	42,30%	59,91%
Resto	2.265.460 €	40,09%	
Comparativa 2001-2000			
2001	1.782.102 €	681,21%	
2000	1.480.384 €	565,88%	> 100%
Resto	-3.000.877 €	-1.147,08%	
Comparativa 2000-1999			
2000	683.126 €	13,00%	
1999	2.396.793 €	45,60%	58,59%
Resto	2.176.575 €	41,41%	

A partir de los resultados de la tabla 3 y figura 2, es importante destacar el modo en que cada estrato correspondiente al año de origen de las especialidades farmacéuticas crece durante su primer año de vigencia en el hospital, para estabilizarse a partir del segundo año, de una forma mantenida en su porcentaje respecto al total del gasto

anual, conforme pasan los años. Este efecto puede apreciarse claramente para los nuevos medicamentos en todos los años incluidos en el estudio, sin excepción alguna.

En la figura 3 se representa gráficamente el efecto mencionado al ver los porcentajes correspondientes a cada

Tabla 5. ABC de consumo de nemóticos del año 2008

Nemóticos	Grupo_tera	2008	%	% acum
Idursulfasa 2 mg/ml	A16AB	1.895.166 €	75,6%	75,6%
Ranibizumab vial 3 mg	S01LA	233.068 €	9,3%	84,9%
Entecavir comp 0,5 mg	J05AF	90.692 €	3,6%	88,5%
Levetiracetam vial 500 mg	N03AX	63.508 €	2,5%	91,0%
Daptomicina 350 mg vial	J01XX	52.707 €	2,1%	93,1%
Palifermina vial 6,25 mg	V03AF	46.327 €	1,8%	95,0%
Entecavir comp 1 mg	J05AF	27.802 €	1,1%	96,1%
Tacrolimus caps lib prol 5 mg	L04AA	20.834 €	0,8%	96,9%
Desketopreno amp 50 mg	M01AE	14.533 €	0,6%	97,5%
Zoledrónico vial 5 mg/100 ml	M05BA	13.679 €	0,5%	98,0%
Nemóticos n = 26 filas		7,7%, nemóticos 84,9% gasto		

Tabla 6. Resultados del diagrama de Pareto desde el año 2008 al 2000

Año	n.º nuevos nemóticos	% nuevos nemóticos	% gasto
2008	26	7,7	84,9
2007	58	10,3	81,5
2006	92	23,9	80,0
2005	101	18,8	80,3
2004	105	13,3	80,1
2003	127	12,6	80,9
2002	157	10,2	79,7
2001	123	11,4	80,5
2000	157	11,5	80,9
Media		13,3	81,0

año de origen. En ella se puede observar el efecto que supone la innovación terapéutica sobre el gasto, pues los medicamentos con más de cinco años de evolución en la guía apenas representan el 60% del gasto.

Ante esta circunstancia, y aun siendo conscientes de que son necesarios los datos de más años para poder contrastar este hecho con mayor seguridad, surgen dos posibilidades no excluyentes que podrían explicar el efecto.

Por un lado, parece producirse un "efecto aditivo" de las nuevas terapias. Es decir, desde un punto de vista global, las nuevas terapias se añaden más que sustituyen a las terapias tradicionales. Esto ocurre en muchas ocasiones

cuando se trata de fármacos antirretrovirales, antifúngicos, inmunosupresores o anticuerpos, que habitualmente se administran en combinación con terapias tradicionales. Desde el punto de vista clínico, y teniendo en cuenta que se trata de un hospital terciario de referencia, sí que puede refrendarse esta afirmación, ya que en unos casos se trata de nuevas tecnologías para nuevas terapias utilizadas en transplantes de órganos, en técnicas oftalmológicas novedosas, enfermedades metabólicas tratadas con medicamentos huérfanos⁴. Así, en el año 2008 la idursulfasa, enzima utilizada en el tratamiento de pacientes con mucopolisacaridosis tipo II o enfermedad de Hunter, supuso el 75,6% del gasto de los nuevos medicamentos y el 2,3% del gasto total de

medicamentos del año 2008. Otro grupo de medicamentos de gran peso económico es la terapia contra el cáncer. Un ejemplo claro es el tratamiento del cáncer colorrectal metastásico, que ha evolucionado muy rápidamente en los últimos años, desde los tratamientos iniciales con fluoropirimidinas hasta la incorporación de los anticuerpos monoclonales^{5,6}. Así, en el año 2006, Bevacizumab vial 400 mg fue el segundo nemónico nuevo que supuso mayor gasto (9,7% del total de los nuevos nemónicos), y en el año 2005 ocupó el cuarto lugar el Cetuximab vial 100 mg (7,4%). La terapia oncológica con anticuerpos monoclonales ha supuesto un incremento del coste muy señalado en los últimos años, y en muchas ocasiones no se ha podido demostrar que sean coste-efectivos en algunas de sus indicaciones. Así, en el caso del Bevacizumab, se ha visto que reduce la progresión de metástasis de cáncer de pulmón, pero algunos estudios muestran que no consigue mejorar la supervivencia de estos pacientes^{7,8}.

Por otro lado, gráficamente, y de forma global, esta distribución recuerda las clásicas curvas de difusión de las nuevas tecnologías, de forma sinusal², de modo que ascienden durante el primer año de aprobación en el hospital, para consolidarse a partir del segundo año, en lo que vendría a ser la meseta de la curva (figura 4).

Respecto a en qué medida son estos "medicamentos nuevos" responsables del incremento interanual en el coste en medicamentos, los resultados de la tabla 4 muestran como el porcentaje del incremento debido a ellos oscila entre un 40,6% y un 100% según años, con una media del 69,57%, atribuyéndoles de forma inequívoca la responsabilidad, si no única, sí mayoritaria, de dicho incremento interanual en el consumo de medicamentos.

En cuanto a los resultados obtenidos del análisis de consumo anual de nuevos nemónicos, estos implican que no todos los nuevos medicamentos son

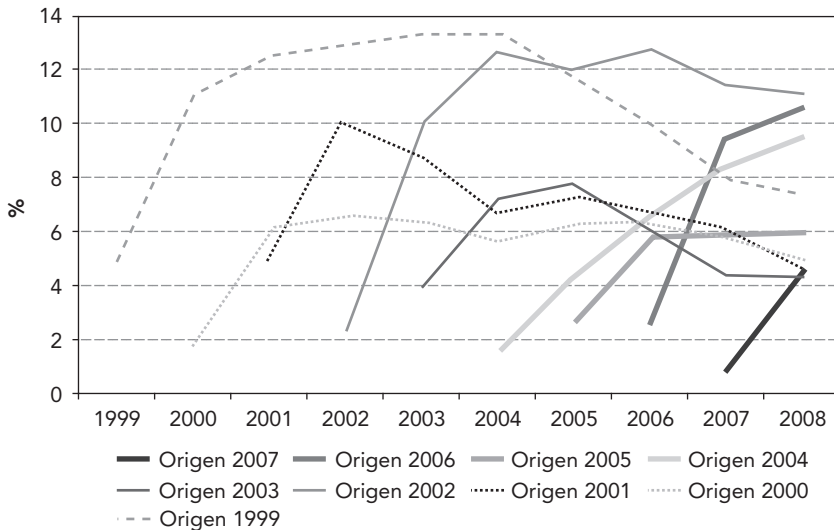


Fig. 4. Curva de difusión del incremento en el porcentaje de consumo de nuevos medicamentos

responsables del incremento de consumo, tan solo un 13,3% de los nemónicos nuevos justifican el 81,0% de coste en nuevos medicamentos, por lo que su detección se revela como una herramienta muy útil para determinar dónde desplegar políticas de uso de nuevos medicamentos por parte de la CFT, ya que debido a su peso específico, son estos nemónicos los que marcan el comportamiento global de los nuevos medicamentos.

Este panorama pone de manifiesto la debilidad de todas aquellas medidas de contención del coste en medicamentos basadas únicamente en la negociación de precios, y que no vayan acompañadas de una política fuertemente restrictiva a través de la CFT del hospital en cuanto a la aprobación de nuevas terapias⁹. Esta política debe conseguir seleccionar indicaciones además de fármacos. Por último, es importante destacar el efecto aditivo de las nuevas terapias sobre las tradicionales, siguiendo las curvas típicas de difusión de las nuevas tecnologías.

Conclusiones

En nuestro hospital los nuevos medicamentos de cada año suponen de forma media un 10,26% del coste anual de medicamentos, aunque con la actual política de la CFT, podríamos esperar un valor entorno al 8,37%. Estos son responsables mayoritarios, y únicos en ocasiones, del incremento del coste existente en medicamentos. Con ello vuelve a ponerse de manifiesto la necesidad de disponer de sistemas potentes de evaluación de estas nuevas tecnologías médicas¹⁰.

Bibliografía

1. Soto Álvarez J. Nuevos medicamentos en España: ¿cuándo deberían ser considerados alternativas coste-efectivas e inversiones rentables para el sistema nacional de salud? *Farm Hosp.* 2004;(28)4:296-304.
2. Cuervo JL, Varela J, Belenes R. *Gestión de hospitales*. 1.ª edición. Barcelona: Editorial Vicens Vives; 1994. p. 345-50.
3. Asenjo MA. *Gestión diaria del hospital*. 2.ª edición. Editorial Masson. p. 322.
4. Hoffman JM, Shah ND, Vermeulen LC, Doloresco F, et al. Projecting future drug expenditures. *Am J Health Syst Pharm.* 2009;66(3):237-57.
5. Costes del tratamiento del cáncer colorrectal metastásico. *Cartas al director*. *Farm Hosp.* 2007;31(1):67-72.
6. Bach PB. Limits on medicare's ability to control rising spending on cancer drugs. *N Eng J Med.* 2009;360:626-33.
7. Lee TH, Emanuel EJ. Tier 4 drugs and the fraying if de social compact. *N Eng J Med.* 2008;359:333-5.
8. Miller K, Wang M, Gralow J, et al. Paclitaxel plus bevacizumab versus paclitaxel alone for metastatic breast cancer. *N Engl J Med.* 2007;357: 2666-76.
9. http://www.sefh.es/normas/contencion_costes.pdf
10. *Revista de Economía y Salud*. Vol n.º 3. Disponible en www.economiadela salud.com/Ediciones/53/08_pdf/europa.pdf