

La amenaza del gasto farmacéutico

Delgado Sánchez O

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Son Dureta
odelgado@hsd.es

Resumen

Introducción: El gasto hospitalario de medicamentos sigue una curva ascendente, por encima del gasto sanitario global, y ocupa actualmente el 14% de los presupuestos de nuestro hospital.

Análisis del gasto farmacéutico hospitalario: el consumo de medicamentos ha pasado de destinarse a pacientes hospitalizados a decantarse hacia pacientes que no generan estancias. Los antivirales, antineoplásicos, interferones, antibióticos, epoetina y contrastes radiológicos son los que suponen más gasto.

Causas del aumento del gasto farmacéutico hospitalario. Se debe a 1. Aumento de actividad asistencial, mayor número de pacientes tratados y acortamiento de la estancia media. 2. Usos de fármacos en nuevas indicaciones o cambios de dosificación. 3. Nuevos fármacos que ofrecen posibilidades terapéuticas a un alto coste.

Responsabilidad de los servicios de farmacia: como gestores de los fondos destinados a medicamentos, tienen una responsabilidad compartida en el control del gasto, a través de aspectos clínicos, administrativos y farmacéuticos.

Reflexiones para racionalizar el gasto a nivel hospitalario: se dispone de medidas que lo hacen diferente a otros niveles asistenciales como son las listas cerradas de medicamentos, la consideración de medicamentos homólogos y la asignación de presupuestos por servicio clínico. Se está evaluando la pertinencia de las comisiones de farmacoeconomía a nivel hospitalario.

Discusión: Es imprescindible consensuar indicadores de calidad y eficiencia, medidas para incentivar a los clínicos y aprender a manejar la demanda social ante el flujo de innovaciones sanitarias. Es el momento de que esta información se difunda entre los profesionales sanitarios para lograr una colaboración eficaz en el uso de los recursos.

Palabras clave: Coste fármacos. Eficiencia. Control de costes. Farmacia. Economía.

Threat of pharmaceutical expenditure

Abstract

Introduction: Hospital drug expenditure follows an ascending line, over global health care budget, and it currently occupies 14% of the budget in our hospital.

Analysis of hospital drug expenditure: Consumption in medication has shifted from in-hospital patients to patients that cause no hospital stays. Antiviral agents, antineoplastic agents, interferons, antimicrobials, epoetin and radiocontrast agents are those incurring in highest expenditure.

Cause of the increase of hospital drug expenditure. 1. Increase of health care activity, higher number of treated patients, and shorter average duration of stays. 2. Use of drugs in new indications or changes in doses. 3. New drugs offering therapeutic possibilities at a higher cost.

Responsibilities of pharmacy services: As administrators of drug funds, they have a shared responsibility in control of expenditure, through clinical, administrative and pharmaceutical aspects.

Reflections on rationalisation of hospital expenditures: There are measures that make it different from other health care levels, such as closed drug lists, consideration of homologous drugs and budget allocation by clinical service. Appropriateness of pharmaco-economy commissions at hospital level is being evaluated.

Discussion: It is essential to agree on quality and efficiency indicators, incentive measures for clinicians and to learn to manage social demands in front of health care innovation. This is a ripe time to spread this information among health care professionals, to achieve an effective collaboration in the use of resources.

Key words: Drug costs. Efficiency. Cost control. Pharmacy. Economics.

Introducción

En los últimos años se ha insistido, tanto a nivel político como sanitario, en que el crecimiento del gasto en medicamentos no era sostenible a medio y largo plazo, y que había que tomar medidas urgentes para su estabilización.

Veamos algunos de los últimos datos disponibles que justifican este hecho¹:

1. El porcentaje del Producto Interior Bruto (P.I.B.) que se dedica a sanidad en España es de un 7,1%, casi un punto por debajo de la media europea que se sitúa en el 8,06%.
2. En España el 20,0% de los presupuestos sanitarios se dedica a medicamentos, lo que supone aproximadamente el 1,5% del P.I.B., 2,3 décimas por encima del gasto medio de la Unión Europea (1,27%). Este valor es de los más altos de Europa, sólo superado por Francia y Portugal, y cercano a Italia, si bien es un valor

relativo e influenciado por el menor gasto global destinado a sanidad.

3. A pesar del sistema de copago en los medicamentos existente en España, la proporción del gasto en medicamentos cubierta por el sector público es de un 72,6%, superior a la media europea que está en un 63,5%, y muy por encima de los países nórdicos o continentales¹.
4. Según datos de Dirección General de Farmacia², el aumento del gasto farmacéutico en el año 2001 fue del 7,93% de media, con un 4% más de recetas facturadas y un 3,6% más caras; el gasto en medicamentos aumenta por encima del gasto sanitario total.

El debate sobre las medidas para racionalizar o controlar el aumento del gasto farmacéutico no es nuevo, ni fácil, lo que se demuestra por el hecho de que los múltiples intentos para frenar su crecimiento (férreos sistemas de copago, retirada de medicamentos de

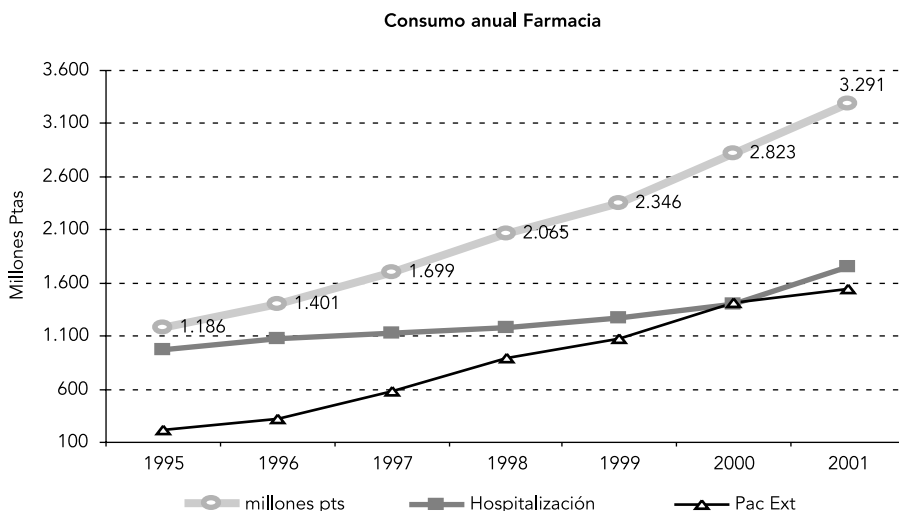


Fig. 1: Evolución del consumo de medicamentos del Hospital Son Dureta

la financiación pública, recorte de márgenes comerciales, etc.) no han dado los resultados esperados.

A nivel hospitalario, la situación no es distinta. El gasto en medicamentos en nuestro hospital ha mantenido una línea ascendente, con un crecimiento medio en los últimos 5 años de 378 millones de ptas/año (2,27 millones de euros), lo que corresponde a una media de crecimiento anual del 16% (Fig. 1). Esta situación no es exclusiva de nuestro hospital ya que la evolución de la factura farmacéutica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud de los últimos años muestra una curva similar.

En el Hospital Universitari Son Dureta durante el año 2001 se ha destinado un 63% de los presupuestos a gastos de personal y un 37% a los denominados gastos corrientes; los medicamentos constituyeron el 14% del presupuesto hospitalario total. Por otra parte, el consumo de medicamentos en el nivel hospitalario es sólo un 18% del gasto total de medicamentos, ya que el 82% restante se debe a la prescripción a través de receta tanto por médicos especialistas como por médicos de Atención Primaria³.

Estos hechos merecen un análisis detallado con el fin de conocer los motivos que lo causan, y evaluar la necesidad de establecer medidas para su racionalización.

Análisis de gasto farmacéutico hospitalario

El gasto de medicamentos en los hospitales españoles ha pasado en la última década de ser mayoritariamente a pacientes hospitalizados a decantarse hacia medicamentos destinados a pacientes que no generan estancias, entre los que se encuentran los pacien-

tes ambulantes, a los que se administra la medicación en el hospital, es decir, requieren un servicio hospitalario aunque de forma ambulatoria, o a pacientes externos, a los que se les dispensa la medicación a través de los servicios de farmacia hospitalaria y se lo administran de forma extrahospitalaria⁴.

En cuanto a la terapia de los pacientes ambulatorios, se trata básicamente de los tratamientos en ciclos de quimioterapia onco-hematológica y a la terapia inmunológica sustitutiva que se administra en los hospitales de día, así como los requerimientos farmacológicos de los pacientes en la diálisis y a los procedimientos quirúrgicos o diagnósticos que no requieren ingresar al paciente, lo que responde de forma lógica a una ambulatorización de los procesos hospitalarios.

Por otra parte, la dispensación de medicamentos a pacientes externos se inició en el año 1992, principalmente orientada a prestar una mejor asistencia a pacientes de patologías crónicas (fibrosis quística, pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)⁵, y ha evolucionado hacia la dispensación de fármacos de alto coste o que requieren un especial control en su utilización, lo que ha distorsionado totalmente el perfil de utilización de medicamentos en los hospitales, y ha exigido una reorientación de la actuación clínica del farmacéutico hospitalario.

Los fármacos dispensados a pacientes externos desde el hospital son principalmente antirretrovirales para la infección por el VIH, los tratamientos de la esclerosis múltiple con interferón beta, de la esclerosis lateral amiotrófica con riluzol o, más recientemente, el tratamiento combinado de la hepatitis crónica C con interferón alfa y ribavirina, los dispositivos intrauterinos con levonorgestrel y tratamientos asociados a

la patología oncológica como la anemia por quimioterapia con epoetina o la neutropenia con factores estimulantes de colonias.

generan estancias hospitalarias y un 12% a pacientes ambulatorios; un 3% se destina a centros concertados para la diálisis (Fig. 2).

Un análisis de la distribución del gasto en medicamentos en nuestro hospital nos indica que un 48% se genera en medicamentos dispensados a pacientes externos, un 37% a pacientes que

Si analizamos el gasto hospitalario de medicamentos según el grupo farmacológico (Fig. 3), vemos que los antivirales ocupan el 33% del gasto, seguido de los antineoplásicos (14%), interfero-

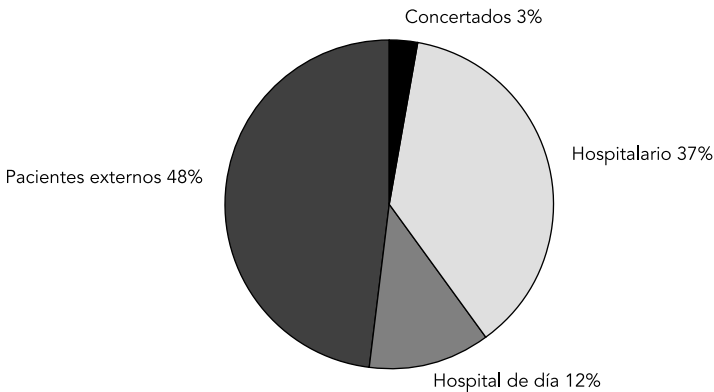


Fig. 2: Distribución del gasto hospitalario de medicamentos, según pacientes hospitalizados, ambulatorios o externos

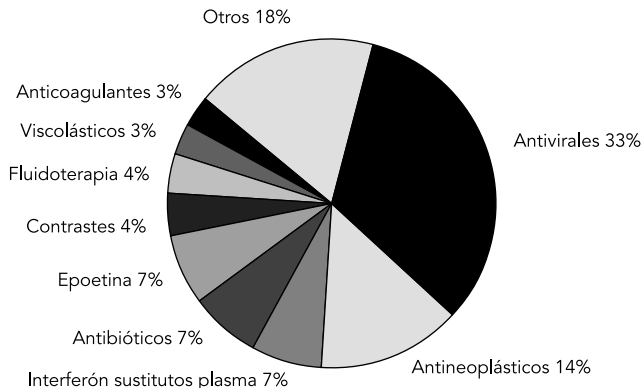


Fig. 3: Distribución del gasto hospitalario de medicamentos según grupo terapéutico

nes (7%), antibióticos (7%), epoetina (7%) y contrastes radiológicos (4%), los que constituyen el 72% del gasto. Y esta distribución es superponible con el gasto analizado por servicios clínicos (Fig. 4), siendo los principales responsables del gasto Medicina Interna, que es el servicio que más recursos en medicamentos consume, con el 36%, seguido de Oncología 9%, Hematología 8%, Neurología 5% y Nefrología 3%.

Causas del aumento del gasto farmacéutico hospitalario

En contra de lo que pueda parecer, el aumento del gasto no se debe a un aumento del precio de los medicamentos, ya que según los últimos datos publicados por el INE, el precio de los medicamentos ha aumentado durante el año 2001 un 1,9%, lo que

supone 8 décimas menos que el Índice de Precios al Consumo (IPC) anual.

El aumento del gasto en medicamentos en los hospitales no tiene un origen único, y hay que analizarlo desde tres puntos de vista que requieren un análisis independiente:

1. Aumento de la actividad

Aunque resulte obvio, es el primer motivo del aumento del gasto en medicamentos, no sólo de forma directa, sino indirecta.

El mayor número de pacientes atendidos y tratados farmacológicamente ha tenido una importancia decisiva en el aumento del consumo de medicamentos, a lo que ha contribuido de forma importante la mayor supervivencia de los pacientes con infección por

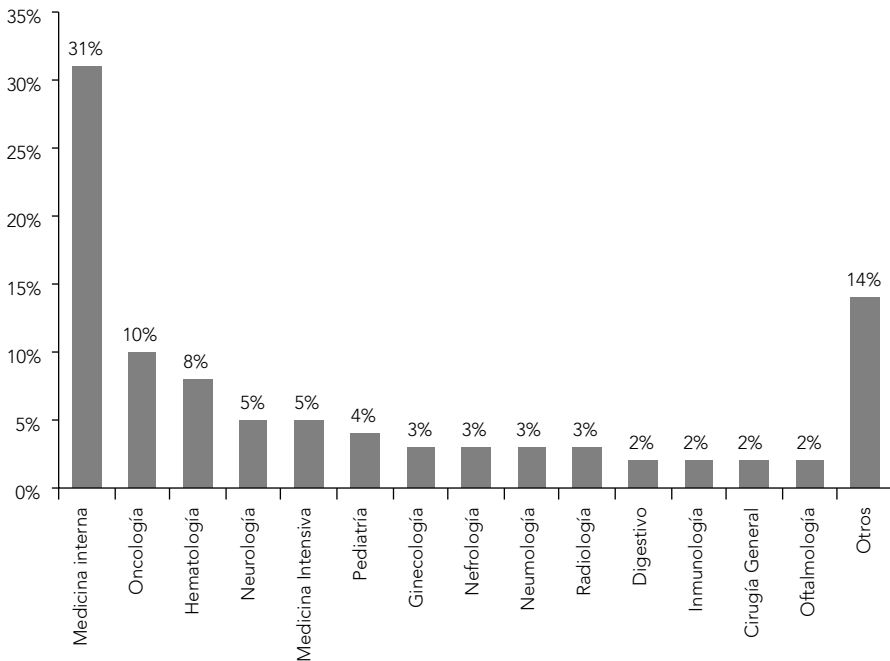


Fig. 4: Distribución del gasto hospitalario de medicamentos por servicios clínicos

el VIH, que ha originado un gran aumento de los tratamientos antirretrovirales. La terapia VIH cubre actualmente a un gran número de pacientes crónicos con un tratamiento de alto coste y que se requiere de forma actualmente indefinida, si bien este aumento de coste de tratamiento ha repercutido disminuyendo el gasto total que generan estos pacientes, por el menor consumo de otros recursos sanitarios⁶.

Otro factor decisivo, aunque de forma indirecta, en el gasto en medicamentos es el desarrollo y la inversión en nuevas tecnologías^{7,8}, que afectan en el consumo de fármacos de dos maneras: incrementando el número de procedimientos posibles y elevando el número de pacientes que pueden acceder a las ventajas de la aplicación de tecnologías potencialmente menos agresivas y con mejores resultados clínicos. El aumento de los diagnósticos conlleva a lo que se ha denominado "cascada terapéutica" de la que derivan más tratamientos, tal es el caso del diagnóstico por imagen de las lesiones de esclerosis múltiple, que hace unos años se establecía por criterios clínicos, y del control de su tratamiento con interferón beta⁹.

En las nuevas tecnologías debemos incluir pruebas diagnósticas que conllevan un determinado tratamiento, como es la disponibilidad de la técnica que permite diferenciar la sobreexpresión del gen HER2 en el cáncer de mama metastásico, lo que es indicativo de tratamiento farmacológico con trastuzumab¹⁰. Pero también afecta económicamente el no disponer de una técnica: los tratamientos con PEG-interferón asociado a ribavirina para la hepatitis crónica C han mostrado ser más eficaces que el interferón en pacientes con genotipo 1, pero no en el resto; el no disponer de la técnica de genotipado conlleva a realizar el

tratamiento en todos los pacientes con un coste más elevado y sin beneficio demostrado¹¹.

Además, en el análisis económico del gasto en medicamentos en el hospital, hay que evaluar detalladamente toda la actividad del hospital: medidas de disminución de la estancia media, la gestión de las listas de espera quirúrgicas o médicas, los programas de cirugía de tarde, la mayor cobertura horaria de los servicios clínicos o la disponibilidad de servicios los fines de semana y los acuerdos entre centros para la derivación de pacientes crónicos, conllevan siempre un aumento indirecto del gasto en medicamentos (diagnósticos, preventivos o terapéuticos), que se olvidan con gran facilidad.

2. Nuevos usos de fármacos ya existentes

Otro hecho de gran repercusión económica se debe a nuevas indicaciones de fármacos que ya se están utilizando, como ha sido la ampliación de la indicación del interferón beta de la esclerosis múltiple remitente-recidivante a la secundariamente progresiva o la indicación de paclitaxel, inicialmente para el carcinoma de ovario, al carcinoma metastásico de mama y al carcinoma de pulmón no microcítico.

Por otra parte, los cambios de dosificación de fármacos de alto coste también tienen una traducción inmediata en los costes de la farmacoterapia, tal como las dosis escaladas de epoprostenol para la hipertensión pulmonar primaria (HPP)¹², la comercialización de interferón beta a doble dosis de la existente o de epoetina a dosis altas para el aumento de la producción de sangre autóloga en pacientes en programa de predonación o para disminuir la exposición a transfusiones de sangre alogénica antes de la cirugía ortopédica electiva.

Además, últimamente ha repercutido de forma importante en el gasto, por su gran impacto económico, la utilización de fármacos antiguos que se han registrado para otra indicación clínica, como ribavirina en tratamiento combinado con interferón alfa para la hepatitis crónica C o la tobramicina inhalada para pacientes de fibrosis quística, o bien el uso de determinados tratamientos aprobados como uso compasivo como el iloprost para la HPP¹³.

Algunas actuaciones clínicas, como los cambios de protocolos de tratamiento o asumir protocolos y guías de prácticas de grupos cooperativos a nivel nacional o internacional, como pueden ser los cambios de utilización de las forma liposomales de anfotericina B, la unificación de criterios en la cobertura antibiótica del paciente neutropénico o las terapias de simplificación de antirretrovirales por combinaciones más costosas, tampoco se pueden obviar en un análisis económico, porque se traducen en muchos casos en un aumento de los costes.

Finalmente, otro factor que requiere un análisis crítico y detallado, es la influencia que tiene en la prescripción la puesta en marcha de ensayos clínicos con prácticas más costosas que las habituales, y que terminan influyendo en la pautas posológicas asistenciales.

3. Nuevos fármacos para nuevas indicaciones

En los últimos años estamos viendo la incorporación al mercado de nuevos tratamientos para patologías en las que antes no disponíamos de ninguna alternativa terapéutica o las opciones eran menos eficaces. Dichos nuevos fármacos ofrecen una posibilidades terapéuticas hasta ahora desconocidas, a veces en un grupo reducido de pacientes, pero con un beneficio clíni-

co reducido, aunque significativo estadísticamente, lo que se traduce en que se precise un gran número de pacientes tratados para obtener un resultado, y por consiguiente un alto coste económico. Tal es el caso de palivizumab, factores antihemofílicos recombinantes y formas pegiladas (interferón) o liposomales de fármacos (anfotericina B, verteporfino)¹⁴.

Responsabilidad de los servicios de farmacia hospitalaria

El servicio de farmacia hospitalaria es un servicio central de carácter asistencial, cuyo objetivo es garantizar la utilización racional y segura de los medicamentos, con la máxima calidad y eficiencia, por lo que tienen un papel fundamental, pero no único, en el análisis y control del gasto en medicamentos.

Los servicios de farmacia hospitalaria son los responsables de la gestión de los fondos, públicos o privados, destinados a medicamentos, y esa responsabilidad se establece en tres niveles consecutivos: clínico, administrativo y farmacéutico (Tabla I).

El primer objetivo de un servicio gestor es que lo que se utilice sea cualitativamente lo más adecuado para lo que se destina. Desde el punto de vista clínico la primera responsabilidad es garantizar que los medicamentos que se utilizan sean los más adecuados para la patologías tratadas en el hospital, tratando de responder a las preguntas ¿qué medicamento y para qué? Con este fin se trabaja en el análisis y difusión de información terapéutica actualizada, fiable y rigurosa, que evite y corrija sesgos de información y se pretende crear una cultura de la evaluación crítica de la terapéutica, llevando a cabo una selección de los medicamentos disponibles que se

valoran en base a criterios de efectividad y eficiencia.

En segundo lugar, nos corresponde una responsabilidad administrativa, con la que se contesta a la pregunta ¿cuánto y cuando?, de forma que se garantice la disponibilidad de estos medicamentos seleccionados, asegurando el suministro continuado, en condiciones óptimas para su utilización en el momento que se precise y con el mínimo coste para el centro.

Y en tercer lugar, existe una responsabilidad desde el punto de vista farmacéutico, intentando responder a la pregunta ¿cómo se utiliza en un paciente determinado?, con lo que contribuye a que las condiciones de uso de dichos medicamentos sean correctas en cuanto a dosis, pauta de administración, incompatibilidades, interacciones, duración del tratamiento y seguimiento del plan terapéutico previsto, actividades que se realizan a través de la actuación profesional en la dispensación, elaboración de medicamentos, farmacovigilancia, educación sanitaria y atención farmacéutica.

Reflexiones para racionalizar el gasto a nivel hospitalario

Las perspectivas no parecen indicar una disminución del gasto en medicamentos a corto plazo: nos esperan medicamentos más sofisticados y más caros, la individualización de las terapias medicamentosas, una población más envejecida y unos ciudadanos cada vez más informados y demandantes.

A las medidas ya ensayadas para la contención del gasto se han sumado ahora las actuaciones a nivel de comunidades autónomas, como gestoras de los recursos. Entre las actuaciones que han suscitado mayor polémica, cabe destacar las tomadas por el Servicio Andaluz de Salud, que exige desde el pasado mes de agosto un visado de inspección para la dispensación de los inhibidores de la COX-2, lo que ha ocasionado que el Ministerio de Sanidad y Consumo haya solicitado la suspensión cautelar de esta medida aduciendo una invasión de competencias. Por otra parte este mismo organismo optó en el año 1998 por financiar los medicamen-

Tabla I: Responsabilidad de un servicio de farmacia

Responsabilidad	Objetivos	Actuaciones
Clínica	¿QUÉ medicamento? ¿PARA qué?	Gestión clínica farmacoterapia Comisión Farmacia y Terapéutica Protocolos de utilización de medicamentos Evaluación utilización medicamentos
Administrativa	¿CUÁNTO? ¿CUÁNDO?	Gestión adquisiciones y consumos Control inventario Seguimiento presupuestario
Farmacéutica	¿CÓMO?	Dispensación Elaboración Farmacovigilancia Farmacocinética Atención Farmacéutica

tos que el Ministerio sacó de la financiación pública por considerarlos de baja utilidad terapéutica, así como la decisión de financiar las operaciones de cambio de sexo. Se ha estimado que Andalucía rompe con la equidad del sistema y está pendiente de que los tribunales se pronuncien al respecto.

Otra medida por la que han apostado fuerte las comunidades autónomas es la creación de las agencias para la evaluación de las tecnologías médicas, que incluyen los medicamentos, y que nacen como ayuda en los procesos de toma de decisiones, en un intento institucional de racionalizar los recursos en base a la información procedente de un análisis objetivo e independiente⁷.

A nivel hospitalario, se dispone de medidas que ayudan de forma importante al control del gasto en medicamentos, y que lo hace diferente a otros niveles asistenciales:

1. Existencia de Comisiones de Farmacia y Terapéutica y de listas positivas de medicamentos (Formularios o Guías Farmacoterapéuticas) en la que se seleccionan los medicamentos de los que dispone en el hospital.

La selección de medicamentos se hace en base a los datos de eficacia y seguridad, pero no todos los medicamentos se deben ni pueden incorporar a la terapéutica hospitalaria, es necesario distinguir lo que es una novedad terapéutica de lo que es un avance en salud, y es necesario priorizar.

Se requiere una evaluación rigurosa de los ensayos clínicos y establecer si los beneficios se obtienen de forma homogénea en todos los grupos de pacientes, ajustando las indicaciones a aquellos pacientes en los que se obtiene un beneficio significativo, independientemente de las indicaciones oficialmente aprobadas.

Por otra parte, las consideraciones de costo deben ser tenidas en cuenta siempre, considerándose un aspecto más en la evaluación técnica de un medicamento. Cuando se considere un fármaco para su utilización en terapéutica, se debe realizar un análisis económico que incluya estudios de coste-efectividad, coste-beneficio y coste-utilidad, especialmente para poder llevar a cabo decisiones dirigidas a colectivos de pacientes, que permitan conocer los fármacos o estrategias terapéuticas más eficientes.

La evaluación económica más prevalente en las intervenciones sanitarias es el análisis coste-efectividad. A diferencia del análisis coste-beneficio, que requiere que los resultados en salud sean evaluados en unidades monetarias para el cálculo del beneficio neto económico de un programa, el análisis coste-efectividad requiere sólo que se defina una medida cuantitativa de la efectividad o de la utilidad. Tradicionalmente, la efectividad se mide en años de vida (LYs) o años de vida ajustados por calidad (QALY), lo que sirve como vara de medida de la prioridad relativa de las intervenciones sanitarias para recursos limitados¹⁵.

2. Tratamiento de grupos de medicamentos como medicamentos homólogos¹⁶. Medicamentos homólogos son aquellos equivalentes terapéuticos que no han mostrado superioridad en términos de eficacia y seguridad, y que se utilizan indistintamente en función de su disponibilidad y/o costo.

La industria farmacéutica no permite la competencia por el precio (como en otros sectores empresariales), sino que se compite por productos diferentes, lo que se demuestra por el hecho de que un 79% de las adquisiciones que suponen el 80% del gasto en medicamentos en el hospital sean principios activos de

los que sólo existe un proveedor y que se comercializan, por su protección de patente, en monopolio ¹⁷.

La consideración de distintos principios activos como medicamentos homólogos tiene una implicación económica fundamental, estableciéndose este concepto como una estrategia para la racionalización del gasto farmacéutico, permitiendo competir en el mercado principios activos diferentes para una misma indicación terapéutica, con lo que se logra una oferta más amplia y la posibilidad de mayor competencia, evitando la dictadura económica que supone en algunas ocasiones disponer de un único producto sin alternativas posibles.

Con este contexto se han tratado como medicamentos homólogos en los hospitales diferentes entidades químicas, como: heparinas bajo peso molecular, antiulcerosos antagonistas de los receptores H₂ de la histamina, antieméticos antagonistas de la serotonina, factores estimulantes del crecimiento de granulocitos, eritropoyetinas alfa y beta, entre otros.

3. Potenciar el uso de genéricos: establecer una política de genéricos en un hospital requiere una visión generosa. Por norma, los medicamentos que disponen de genéricos son baratos y de uso mayoritariamente en Atención Primaria. Con frecuencia son productos de muy bajo coste para el hospital y las empresas investigadoras, con la intención de mantener el efecto de marca, los suministra a coste cero, hecho con el que no puede competir la industria, mucho más modesta, de genéricos, que tampoco conlleva actuaciones de defensa del producto.

Esto hace que a nivel hospitalario, la adquisición de un genérico pueda derivar el consumo hacia otro fármaco de más reciente comercialización y en

el que la promoción es todavía muy activa (por ejemplo antibióticos). Por ello, a nivel hospitalario, las políticas de genéricos se deben realizar enfocada principalmente a su repercusión en Atención Primaria, y con una visión que incluya la repercusión que pueda tener las medidas hospitalarias en el ámbito extrahospitalario.

4. Presupuestos por servicio. La asignación de presupuestos por servicio clínico, pactados en el contrato de gestión, es una medida básica de análisis y responsabilidad compartida en el control del mismo.

El presupuesto de medicamentos se debe establecer en base al gasto de años anteriores y las modificaciones previstas en la cartera de servicios y de la terapéutica tratada, conjuntamente con los datos disponibles de coste de los medicamentos, y las medidas de política sanitaria que le puedan afectar. Además, los presupuestos deben tener un interlocutor clínico detrás que se comprometa en su seguimiento.

Se deben establecer previamente los indicadores de económicos que se van a utilizar y la dirección del centro debe articular sistemas de comunicación y seguimiento del presupuesto establecido y el análisis de las desviaciones en función, no sólo de la actividad realizada, sino de los resultados en salud obtenidos, siendo responsabilidad de los clínicos el justificar las desviaciones halladas.

5. Comisiones de farmacoeconomía. La evaluación de los avances en salud que aportan los tratamientos farmacológicos, en base a la evidencia científica, está poniendo de manifiesto cada vez en más que un medicamento puede aportar un beneficio objetivo a un alto coste. Esto viene determinado porque el beneficio que aporta no es muy superior al tratamiento de refe-

rencia, con lo que el número de pacientes necesario para tratar (NNT) para obtener una unidad de beneficio es muy alto, así como por el elevado precio al que se comercializan los nuevos fármacos.

Las Comisiones de Farmacia y Terapéutica de los hospitales, responsables de la selección de fármacos y con gran experiencia en la evaluación de los resultados de los ensayos publicados, no han tenido inconvenientes en perfilar los beneficios de un medicamento o de una terapia en relación a otra, pero últimamente se han visto obligados a hilar más fino, y aprender a analizar si los resultados son homogéneos en todos los subgrupos de pacientes, en el intento de perfilar en cuáles estaría justificado su uso en el hospital. Tal ha sido el caso de las condiciones de uso de PEG interferon o palivizumab, en el que se ha acordado condiciones estrictas de utilización en los subgrupos en los que su beneficio es mayor en la bibliografía, que no abarca toda la población que podría beneficiarse por sus indicaciones aprobadas.

Pero es más, cuando se evidencia un beneficio, que puede ser más o menos importante clínicamente, y se valora su coste, hay un aspecto que ya no es analítico ni descriptivo, sino de decisión de política sanitaria, y es si el sistema, si el hospital en este caso, puede o debe pagar este beneficio a este coste, respondiendo a la pregunta ¿medicamentos a toda costa y a todo coste?. Llegado este punto se les está exigiendo a las Comisiones de Farmacia y Terapéutica un papel gestor de recursos que se sale de su perfil puramente técnico, y que en muchos casos no están dispuestos a asumir.

No existen acuerdos consensuados que nos indiquen cuánto debemos pagar por un beneficio en salud (sea una vida, un ingreso hospitalario, una

incapacidad temporal o la incomodidad de una visita al hospital), y al menos se requieren tres premisas antes de abordar una respuesta: información transparente, debate público y poder de decisión.

La conveniencia de la creación de una comisión interdisciplinar de farmacoeconomía en la que participen los servicios clínicos y los gestores y se establezca un foro no sólo de debate, sino también de decisiones en cuanto a criterios de utilización de medicamentos de alto impacto económico, es una medida que requiere un reflexión detenida.

Dicha comisión estaría formada por un grupo interdisciplinar, con participación de la dirección médica, la dirección de gestión, la comisión de farmacia y los responsables de los principales servicios generadores de gasto en medicamentos. Las funciones que se proponen para dicha comisión son:

- Aprobación de los presupuestos de medicamentos, asignación a los servicios clínicos, seguimiento del mismo y evaluación de las desviaciones.
- Análisis y control de los costes de la farmacoterapia: impacto económico de la utilización de nuevos fármacos, de nuevos protocolos, de los ensayos clínicos que se llevan a cabo, y realización de evaluaciones coste-utilidad, coste-beneficio y coste-efectividad de la terapia del centro.
- Sistemas de información: impulso y evaluación de la imputación de costes/paciente, coste/GRD y difusión de la información a clínicos y pacientes.
- Coordinación con Atención Primaria y estudio del impacto de las decisiones hospitalarias en otros niveles asistenciales.

La creación de una comisión hospitalaria interdisciplinar de farmacoeconomía es un paso más en la gestión transparente de los recursos destina-

dos a medicamentos y a una distribución racional del presupuesto basado en criterios de eficacia.

Discusión

Si bien la incorporación del término eficiencia al vocabulario sanitario ha sido un paso fundamental para la concienciación sobre el problema y para el uso racional de los recursos¹⁸, es necesario seguir avanzando y empezar a trabajar en aspectos todavía deficitarios en los hospitales públicos.

Es imprescindible mejorar los sistemas de información, llevar a cabo la trazabilidad de los pacientes en cuanto al consumo de fármacos durante su estancia hospitalaria, incluyendo las unidades más opacas e integrar la información, de forma que se puedan imputar costes de la terapia por paciente y por GDR, que nos permitan establecer comparaciones con nuestros propios datos, con otros servicios que traten la misma patología, con otros hospitales y con los datos de la bibliografía. Asimismo es necesario consensuar indicadores de calidad y eficiencia entre las diferentes comunidades autónomas que permitan un patrón medio con el que comparar nuestra actividad.

Otra asignatura pendiente es la incentiación necesaria para involucrar a los clínicos en la gestión de la farmacoterapia, aunque no se puede delegar el papel de gestor en el médico prescriptor, cuya actividad está centrada en atender las necesidades de un paciente en concreto, y cada estamento implicado en la decisión debe asumir su parte de responsabilidad.

Por otra parte, tendremos que aprender a manejar la gran demanda social ante el flujo incesante de innovaciones médicas, quirúrgicas y farmacológicas. Cada vez es más frecuente que la

industria farmacéutica enfoque sus actividades en la persuasión de los pacientes para que demanden sus innovaciones, realizada a través de los colectivos de pacientes o de los medios de comunicación. Sólo anticipar esta demanda, establecer protocolos y guías de actuación consensuadas que respalden las actuaciones clínicas en base a datos rigurosos y fidedignos de eficacia, ayudarán a manejar estas situaciones en la consulta del médico.

Pero, el tener en cuenta factores económicos en la aplicación de asistencia sanitaria puede implicar un desarrollo perverso. Puede que una medida se pueda aplicar si existe poca incidencia o prevalencia de la patología a tratar, y que no se considere su aplicación si ésta es alta por el coste que supondría. Esto implicaría que no sería de aplicación allí donde es más necesaria, es decir, donde su incidencia o prevalencia fuera mayor.

Por otra parte, disponemos de un sistema sanitario de acceso universal¹⁹ y con disponibilidad de los medicamentos más eficaces, y así aparece también en el catálogo de prestaciones farmacéuticas del borrador de la Ley de Coordinación Sanitaria que establecerá el marco de garantía de acceso en igualdad de condiciones a la asistencia sanitaria, estableciéndose la equidad sanitaria como un derecho básico de todos los ciudadanos, por lo que las medidas adoptadas para estabilizar el gasto no podrán en ningún caso poner a nuestros pacientes en distintas condiciones de acceso o resultados en salud que a otros.

También hay que tener en cuenta que el concepto de salud está relacionado con el "curar", pero también con el de "cuidar". En este sentido el análisis de efectividad tendrá que tener en cuenta, no sólo variables duras o intermedias de eficacia, sino que cada vez más

deberá tener en cuenta variables que tengan que ver con el cuidado de los pacientes y que hagan referencia a su bienestar, confort psicológico, comodidad, calidad de vida, etc.

Además, como profesionales de la salud, debemos defender que se destinen a salud los recursos necesarios para lograr la mejor asistencia de nuestros pacientes, y este análisis requiere una evaluación de dónde van los recursos que no se destinan a sanidad y valorar si son los que la sociedad solicita y que nosotros somos capaces de defender.

Es este, sin duda, el momento para establecer medidas eficaces de información y control, pero también es el momento de que esta información, además de permanecer en el área de los gestores y de la Administración, se difunda y conozca entre los profesionales sanitarios y entre la población, siendo imprescindible una colaboración eficaz y un uso responsable de los recursos por parte de todos.

La discusión y el debate social y sanitario valen la pena en sí mismos, y son el preámbulo imprescindible para progresar en el intento de hacer las cosas algo mejor.

Agradecimientos

Al Dr. Francesc Puigventós, del Hospital Universitario Son Dureta de Palma de Mallorca, por su estímulo continuo al conocimiento de los medicamentos.

Al Dr. Joan Serra Devecchi, de la Conselleria de Sanitat de les Illes Balears, por su intuición y acertadas opiniones a la gestión económica de un servicio de farmacia hospitalaria.

A la Dra. María Sanjurjo, del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, por su

generosidad y aportación a mis conocimientos de gestión de la farmacoterapia.

Citas bibliográficas

1. Copago en Europa (II). Dossier 21 al 27 de enero de 2002. El Global. <http://www.elglobal.net>
2. Datos provisionales de la Dirección General de Farmacia. Correo Farmacéutico 21-27 enero 2002.
3. Costas Lombardía E. Diez años de gasto farmacéutico galopante: SEMERGEN 2001; 27: 348-349.
4. Guía de gestión de los servicios de farmacia hospitalaria. Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1997.
5. Circular INSALUD 4/92.
6. Bozzette SA, Joyce G, McCaffrey DF, Leibowitz AA, Morton SC, Berry SH et al. Expenditures for the Care of HIV-Infected Patients in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. N Engl J Med 2001; 344: 817-823.
7. Granados A. La evaluación de las tecnologías médicas. Med Clin (Barc) 1995; 104:581-585.
8. Wenstein MC. High-Priced Technology Can Be Good Value for Money. Ann Int Med 1999; 130 (10): 857-8.
9. Mayor S. Health department to fund interferon beta despite institute's ruling. British Medical Journal 2001; 323: 1087.
10. Slamon DJ, Leyland-Jones B, Shak S, Fuchs H, Paton V, Bajamond A et

- al. Use of chemotherapy plus a monoclonal antibody against HER2 for metastatic breast cancer that overexpresses HER. *N Engl J Med* 2001; 15; 344 (11): 783-92.
11. Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC, Rustgi VK, Shiffman ML, Reindollar R. Pegintereron alfa-2b plus ribavirin compared to interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial. *Lancet* 2001; 358: 958-65.
 12. Herner SJ, Mauro LS. Epoprostenol in Primary Pulmonary Hypertension. *Ann Pharmacother* 1999; 33: 340-7.
 13. Hoepfer MM, Schwarze M, Ehlerding S, Adler-Schuermeyer A, Spiekerkoetter E, Niedermeyer J et al. Long-term treatment of primary pulmonary hypertension with aerosolized iloprost, a prostacyclin analogue. *N Engl J Med* 2000; 342 (25): 1866-70.
 14. Puigventós F. Novedades terapéuticas del año 2000: los retos del médico y del gestor. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 465-468.
 15. Hirth RA, Chernew ME, Miller E, Fendrick M, Weissert WG. Willingness to Pay for a Quality-adjusted Life Year: In Search of a Standard. *Med Decis Making* 2000; 20: 332-342.
 16. Delgado O, Puigventós F, Llodrá V, Comas F, Cervera M, Sánchez A y cols. Programa para la sustitución de equivalentes terapéuticos en el medio hospitalario. *Revista Clínica Española* 2000; 200: 261-270).
 17. Escobar I, Vicario M^aJ, Esteban M^aJ, Herreros de Tejada A. *Farmacia Hospitalaria* 2001; 25 suplemento: 54.
 18. Soto J. Medicina Basada en la Eficiencia: una inevitable realidad para el siglo XXI. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 655-657.
 19. Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril).