

Atención Farmacéutica y Evaluación Farmacoeconómica

Ángel Sanz Granda

Farmacéutico Consultor de Farmacoeconomía

E-mail: asanzgranda@jazzfree.com

Utilidad potencial de los Programas de Atención Farmacéutica con evaluación farmacoeconómica (1ª parte) (*)

() La idea del presente artículo se ha expuesto por el autor en el I Simposium de Resultados del Programa DADER en el seguimiento farmacoterapéutico. (Gandía 15 y 16 de Junio de 2001)*

Escenario actual

Hasta ahora los acuerdos que el colectivo farmacéutico ha tenido con la Administración se han basado en la cuantía a pagar por ésta por los medicamentos que los médicos prescribían, los farmacéuticos dispensaban y a los pacientes se administraba. Esto ha originado diversos controles exhaustivos dirigidos a la contención de la factura a pagar por los fármacos, mediante la aplicación de recomendaciones internas o incluso de normas legislativas, lo cual ha generado, por una parte, insatisfacción del farmacéutico que veía como su aplicación menguaba el beneficio económico de su actuación profesional, y por otra parte, la insatisfacción de la Administración, que veía que la puesta en práctica de las medidas que dictaba originaban un descenso inicial de la factura mencionada, para a continuación, resurgir, e incluso sobrepasar, las cifras de partida.

El problema parte en su origen. Existen diversos actores en el escenario contemplado. Cada uno tiene en su mano la aplicación de ciertas medidas que modulan el diagrama de flujo que vemos en la Fig 1. El médico prescribe un tratamiento, el cual puede estar basado en la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) o no. Y de ello dependerá entonces, por una parte, el resultado clínico, y por otra, el coste de los recursos invertidos. Obviamente, la aplicación de un tratamiento eficaz, seguro y eficiente contribuye a mejorar la calidad del sistema, pero además, a reducir costes.

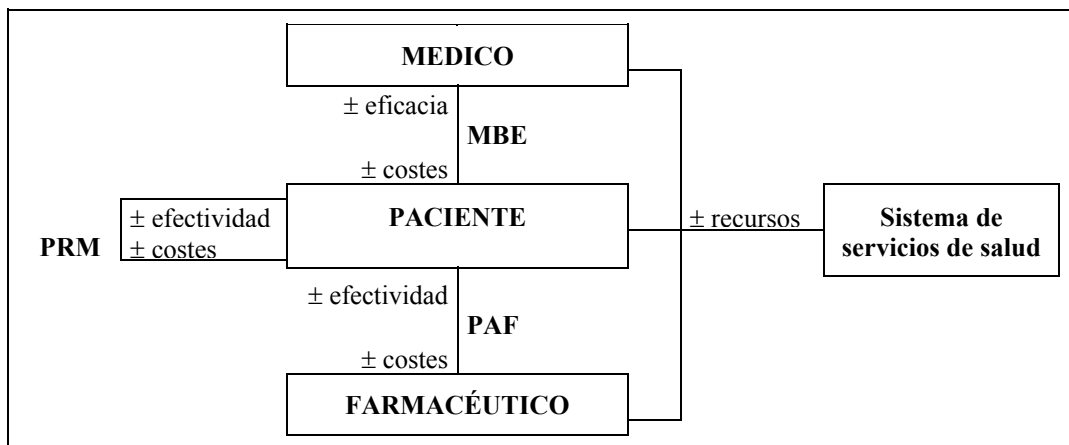


Fig. 1.- Escenario en donde se desenvuelve la interrelación entre efectos y costes

El farmacéutico dispensa el tratamiento. Y puede hacerlo sin más, o involucrarse activamente en él en todo lo relativo a los Problemas Relacionados con el Medicamento (PRM) mediante la implementación de Programas de Atención Farmacéutica (PAF). Del mismo modo, el desarrollo de dichos PAF asegura un incremento de la efectividad, al igual que redunda en la disminución de costes totales de la salud.

Finalmente, el paciente toma el medicamento prescrito y dispensado. Y puede tomarlo de acuerdo con la posología recomendada o no. Puede cumplir el tratamiento o abandonarlo. Puede tener efectos adversos, complicaciones, etc relacionados con el medicamento, o no. La resolución

de dichos Problemas Relacionados con el Medicamento (PRM) o la previsión de los mismos, conlleva a una mejora en los resultados y de nuevo a una disminución de los costes asociados con su enfermedad..

Interdependencia de la Atención Farmacéutica y la Farmacoeconomía

Vemos entonces que existe una relación directa e inseparable entre los resultados que se obtienen en el tratamiento de las diversas patologías, y los costes que de ello se generan. La Farmacoeconomía contempla la descripción y análisis de los costes del tratamiento con fármacos, a los sistemas de salud y a la sociedad. Así, la Evaluación Económica de los medicamentos se centra en el análisis de la eficiencia, es decir, la relación entre costes y efectos de un tratamiento farmacológico, comparando el mismo con otras posibles alternativas terapéuticas, y con el fin de determinar cual es la que presenta mejores ratios costes/efectos.

Parece lógico entonces pensar que cualquier acción que tenga como objetivo el máximo aprovechamiento de los recursos consumidos en el mantenimiento, prevención y restablecimiento de la salud, tendría que estar inspirada en conceptos farmacoeconómicos. Del mismo modo, el farmacéutico podría dirigir su actividad profesional a la evaluación farmacoeconómica de los PAF que realice, con el fin de establecer unos acuerdos marco en donde se interrelacionen efectos que puede obtener mediante la implementación de los PAF, y ahorros de costes para el sistema de salud y/o sociedad. De esta forma se conseguiría optimizar el resultado en salud, y, en muchos casos, reducir los costes. Y todo ello, de una forma más duradera y satisfaciente.

Veamos dos ejemplos de lo expuesto, en donde la implementación de PAF dirigidos hacia la resolución de los problemas relevantes conlleva: un incremento en los resultados obtenidos, mayor efectividad, y una disminución en los recursos consumidos, ahorro de costes.

Prevención de PRMs futuros

La diabetes mellitus supone un problema sanitario importante a nivel mundial. En España existen unos 2 millones de diabéticos. La tasa de prevalencia en las personas mayores de 60 años, asciende al 10% del subgrupo de población. Cada año se diagnostican 4.800 nuevos casos de diabetes mellitus insulino dependiente (DMID) y unos 60.000 de diabetes mellitus insulino no dependiente (DMIND)¹. Pero la diabetes origina una gran variedad de problemas asociados. En Canadá, la diabetes es responsable del 25% de las muertes debidas a problemas cardíacos, 40% de las patologías renales en estado terminal, 50% de las amputaciones de miembros, que no son debidas a causa de un accidente y es la mayor causa de ceguera en el adulto².

El elevado número de casos, así como las complicaciones asociadas a la diabetes implican un coste para la sociedad muy importante. Así, en E.E.U.U. los costes asociados a esta enfermedad suponen anualmente 98.000 millones de dólares, de los cuales 44.000 millones \$ son de costes directos, y 54.000 millones \$, lo son de costes indirectos³. La diabetes es costosa ya de por sí, pero aún lo son más las complicaciones que conlleva, que son los verdaderos costes relevantes de esta patología. Las principales complicaciones son microvasculares (retinopatía, nefropatía), macrovasculares (enfermedad coronaria, accidente cerebro vascular agudo, enfermedad vascular periférica) y neuropatías.

Se ha estudiado ampliamente como poder prevenir las complicaciones derivadas de la diabetes mellitus, tanto en la tipo I (DMID) como en la tipo II (DMIND), habiéndose demostrado que la mejora en el control de la glucemia tiene efectos beneficiosos sobre aquéllas. Los estudios clínicos que evidencian dicho resultado son en la diabetes tipo I (DMID), Diabetes Control & Complications Trial y Stockholm Diabetes Intervention Study, y en la diabetes tipo II (DMIND), Kumamoto Study y United Kingdom Prospective Diabetes Study. Por ejemplo, en el estudio prospectivo de la diabetes del Reino Unido (UKPDS)⁴ se ha demostrado que la mejora del control de la glucemia reduce el riesgo de patología ocular, en una cuarta parte y del daño renal precoz, en un tercio. También se demuestra que la mejora en el control de la presión arterial reduce el riesgo de muertes por complicaciones a largo plazo, en una tercera parte, del accidente cerebrovascular agudo, en más de un tercio y del deterioro grave de la visión, en más de un tercio.

Se ha evaluado la repercusión económica de la implementación de este tipo de programas, dirigidos a la disminución de complicaciones mediante la mejora en el control de la glucemia. Así, se ha realizado un análisis coste-efectividad⁵ del estudio Kumamoto, en 110 pacientes diagnosticados de diabetes tipo II, a los que se ha dividido aleatoriamente en dos grupos: un grupo, con terapia insulínica intensiva y el otro grupo permaneció como control, con terapia convencional. Se realizó en ambos grupos un seguimiento durante 10 años, al cabo de los cuales se evaluaron los costes totales por paciente, del tratamiento de su patología, encontrando 30.130 \$ en el grupo de estudio y 31.525 \$ en el grupo control. El ahorro en costes

que se produjo se debió a una menor utilización de recursos como consecuencia de menores complicaciones.

Bibliografía

- 1.- <http://www.medynet.com/elmedico/noticias/2001/04/20/n4htm>
- 2.- Raman-Wilms L. Diabetes mellitus. Pharmacists can save lives by helping patients reduce complications. Pharmacy Practice. 1996; 10: 96-108
- 3.- Berringer R, Shibley M, Cary C, Pugh C, Powers P, Rafi J, Outcomes of a community pharmacy-based diabetes monitoring program. J Am Pharm Assoc, 1999; 39(6): 791-797
- 4.- <http://www.dtu.ox.ac.uk/ukpds/results.html>
- 5.- Hisashige A, Kishikawa H, Ohkubo Y, Sakai M, Araki E, Shichiri M. Cost-effectiveness of intensive insulin therapy for type 2 diabetes 10-year follow-up of the Kumamoto study. Diabetes Res Clin Pract, 2000; 48: 201-210.