

Farmacoeconomía. Realidad o ficción

J. R. Azanza

Servicio de Farmacología Clínica. Adjunto Dirección Médica Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

La expansión de la investigación farmacológica ha supuesto que el médico prescriptor disponga de gran cantidad de fármacos útiles para el tratamiento de la mayoría de las enfermedades. Este desarrollo está directamente relacionado con la inversión de cantidades astronómicas de dinero por parte de los laboratorios farmacéuticos que en la actualidad, son las entidades que monopolizan la investigación y el desarrollo de los nuevos fármacos. El continuo esfuerzo de investigación de estas empresas exige la reinversión de parte de sus beneficios que por ello deben resultar elevados. Este es el motivo fundamental por el que el precio de los medicamentos resulta cada vez más elevado, hasta el punto de que en algunos campos terapéuticos concretos pueden llegar a ser difíciles de costear por los pacientes, con o sin participación de entidades aseguradoras.

La disponibilidad de gran cantidad de fármacos para tratar las diversas enfermedades que pueden afectar al ser humano, y el encarecimiento progresivo de su coste, ha obligado a utilizar criterios en la elección de los medicamentos. Hace escasamente una década en estos criterios se incluían la eficacia, la tolerancia y la comodidad de los fármacos, que se evaluaban de forma escalonada, es decir, sólo se planteaba la comodidad si la eficacia y tolerancia de los fármacos objeto de la elección era la misma.

En los últimos años, de forma paulatina, se ha incorporado un nuevo criterio, el coste económico de las opciones. Esta incorporación resulta lógica si se considera el elevado precio de la gran mayoría de los nuevos fármacos que contrasta vivamente, con la paulatina escasez de recursos econó-

micos. La inclusión de criterios económicos en la elección de los fármacos ha originado el desarrollo de una nueva ciencia que recibe la denominación de farmacoeconomía que pretende estudiar los costes que conlleva la utilización de los fármacos.

La farmacoeconomía se encuentra en una fase de desarrollo incipiente, en la que todavía no existen criterios uniformes, ni técnicas debidamente estandarizadas, lo que supone un grave inconveniente. En esta situación los estudios que lentamente van poblando la literatura científica, están sobrados de voluntarismo y carecen de fiabilidad. Los esfuerzos deben por tanto dirigirse a lograr un consenso estable sobre los procedimientos estándar, criterios y técnicas que deben utilizarse en los estudios de farmacoeconomía. En este contexto las autoridades sanitarias de nuestro país han publicado recientemente una serie de propuestas que pretenden poner orden en este área tan confusa.

A simple vista, la farmacoeconomía no parece una ciencia tan difícil ya que no resulta especialmente complejo reconocer el fármaco más costoso atendiendo al coste de su adquisición. El reconocimiento del fármaco más costoso podrá realizarse cuando se hacen comparaciones entre fármacos que al menos en la experiencia del médico resultan igualmente eficaces y bien tolerados. Claro que cualquier experiencia personal presenta un defecto de fondo de gran importancia, su subjetividad, al menos mientras no se contraste utilizando las técnicas diseñadas al efecto, que en el caso de la terapéutica farmacológica está perfectamente desarrollada y que se concretan en los ensayos clínicos. La farmacoeconomía

nace con la premisa de evitar en lo posible el gran sesgo de la terapéutica médica, la subjetividad y por tanto, los estudios realizados en este área tienen que seguir una metodología precisa que aparentemente resulta muy similar en alguno de sus aspectos a los ensayos clínicos. Realizar un estudio para concluir que el tratamiento de una enfermedad determinada tiene un coste concreto carece de sentido. Demostrar que una de las opciones es realmente más barata, resultando igualmente eficaz y bien tolerada, puede tener enorme trascendencia para el paciente y para la sociedad.

No es infrecuente que ante la ausencia de criterios válidos, la farmacoeconomía se reduzca a comparar los precios de adquisición de dos medicamentos, para concluir sólo las aparentes ventajas del más barato. Este tipo de comparaciones obvian como mínimo uno de los componentes del coste, el de la administración. Este coste, que puede carecer de importancia cuando los fármacos comparados se administran por vía oral, adquiere especial trascendencia en la administración parenteral. Hay que considerar que la administración de cualquier fármaco por este tipo de vías exige la utilización de material fungible (agujas, jeringas, soluciones para la dilución, etc.) y el consumo de tiempo por parte del personal especializado. Ambos tipos de coste deben ser valorados y sumados a los propios de la adquisición de los medicamentos, para que la comparación se aproxime a la realidad. En muchas ocasiones estos costes permiten establecer diferencias muy importantes entre los fármacos comparados.

Es frecuente que estos cálculos, costes de adquisición y de administración, sean aplicados a los resultados de ensayos clínicos históricos realizados con el objetivo de evaluar la eficacia y tolerancia de los fármacos comparados. Estas comparaciones sólo se realizan si las diferencias objetivadas en los resultados obtenidos carecen de significación estadística. Este tipo de estudios reciben la denominación de minimización de costes y adolecen de un defecto que puede tener gran importancia. La inexistencia de

significación estadística en los porcentajes de eficacia y tolerancia no implica necesariamente que los costes generados por la respuesta clínica o por alguna de las reacciones adversas sean muy importantes, hasta el punto de que minimicen la importancia de los costes de adquisición y administración. Hay que considerar que un solo día de estancia hospitalaria producida por la presencia de una reacción adversa supone un coste mucho mayor que el generado por la adquisición y administración de la mayoría de los fármacos comúnmente utilizados.

La estimación del coste generado por la administración de un fármaco no debe conformarse con los costes descritos hasta el momento. Resulta necesario evaluar los costes generados por la totalidad de eventos que se presenten relacionados con el fármaco y además, los asociados con la evolución de la enfermedad. La contabilización de todos estos costes se aproximará a la realidad y por tanto permitirán realizar comparaciones y tomar decisiones.

Pero monitorizar los eventos ligados a una prescripción resulta muy complejo. Más aún la contabilización de los costes generados por los eventos plantea problemas de difícil resolución que son el auténtico reto de la farmacoeconomía.

Actualmente se reconocen cuatro grandes componentes del coste generado por la prescripción de un fármaco: adquisición y administración descritos con anterioridad, los generados por la vigilancia de la eficacia y tolerancia, y por último los derivados de la respuesta terapéutica y de las reacciones adversas.

Existen notables diferencias entre estos costes y así, mientras que en los dos primeros predominan costes variables sencillos de cuantificar, en los segundos pueden existir una serie de aspectos con gran dificultad para su contabilización en términos económicos.

La eficacia para curar una misma enfermedad por parte de los fármacos puede ser similar, pero pueden existir diferencias en la rapidez con la que ésta se produce. La ve-

locidad de curación puede repercutir en la reducción del número de estancias o en el número de días de absentismo o incluso, en la utilización de fármacos sintomáticos. Un antibiótico puede curar una infección antes que otro y ello repercute en la reducción del número de días de estancia hospitalaria, en el número de días de absentismo y en la reducción del consumo de antitérmicos. Estos resultados pueden ser valorados en términos económicos. Será suficiente con conocer el coste de una estancia, el de un día de absentismo y el de adquisición del antitérmico. Claro que también existirán dificultades si la estancia se prolonga, a pesar de la curación de la infección, porque el paciente presenta un proceso intercurrente o si el paciente no genera absentismo laboral o este es escolar. Idénticos problemas se plantean cuando se pretende evaluar los costes generados por las reacciones adversas. En primer lugar debe existir la mayor certeza posible sobre la imputación del efecto adverso al fármaco, a partir de ese momento será necesario contabilizar la secuencia de eventos entre los que lógicamente deberán incluirse todos los que puedan suponer coste económico asociado.

Existen algunos acontecimientos ligados a la prescripción de un fármaco que presentan grandes dificultades en la evaluación del coste generado. Si el paciente fallece de forma súbita tras la primera dosis de un fármaco como consecuencia de su ineficacia o de una reacción adversa, no será posible es-

tablecer costes a pesar de que algunos autores pretendan valorar económicamente el coste de una vida humana en base a complejas tablas. Este caso extremo puede tener cierta similitud con algunas otras situaciones descritas en apartados anteriores que tienen el denominador común de la imposibilidad de evaluar sus costes económicos de forma directa. Por ello, en la mayoría de las ocasiones, la farmacoeconomía ha de conformarse con incluir este tipo de respuestas dentro de lo que tiende a denominarse variables o resultados moduladores del coste, que deberá presentarse con igual frecuencia en los grupos comparados para que pueda realizarse la comparación.

Los problemas inherentes a la farmacoeconomía son prolijos, su exposición completa conllevaría prolongar de forma importante este artículo desviándolo de su objetivo. Baste lo señalado como botón de muestras de las dificultades de esta nueva ciencia, y para finalizar una reflexión. El médico debe utilizar los resultados económicos para matizar sus prescripciones, sin lugar a dudas esta práctica resulta de vital importancia pues le permitirá realizar una utilización de recursos más justa. Pero el coste económico de un medicamento no debe pasar a ser protagonista principal en ninguna de las decisiones del médico, al menos mientras no se tenga la certeza absoluta de que no se prioriza este aspecto frente a los realmente importantes para el paciente: eficacia y tolerancia.