

Farmacoeconomía

Pharmacoeconomy

RODOLFO DENNIS VERANO, DIANA PINTO MASIS • BOGOTÁ, D.C.

Es un hecho que gracias a la innovación tecnológica¹ se han logrado avances asombrosos en el cuidado de la población, que han contribuido a mejorar la asistencia y los resultados en salud y bienestar para los pacientes. Es de esperar que con la globalización se dé un incremento en la velocidad con que se difundirán y adoptarán ideas, técnicas y terapias médicas desarrolladas en los países ricos hacia los países más pobres (1). Aunque la transferencia de tecnologías incluye intervenciones valiosas también traerá intervenciones que tienen más riesgos que beneficios, y otras cuyos beneficios son muy pequeños con relación a su costo adicional. Por otro lado, la proliferación de tecnología es uno de los principales determinantes de los costos de un sistema de salud. Newhouse (2) y Cutler (3) estiman que la introducción de tecnología explica entre la mitad y dos terceras partes del incremento en costos por encima de la inflación general del sistema de salud en los EE.UU.

En todos los países, independientemente de su grado de desarrollo, los recursos disponibles para el sector salud son finitos y no alcanzan para brindarle todo el armamentario humano y tecnológico disponible, a todos los usuarios; esta es una imposibilidad conceptual, filosófica y matemática. En un país con recursos limitados que toma sus decisiones racionalmente, o se le da algún cuidado en salud a todos los usuarios del sector, o se le brinda todo el cuidado en salud sólo a algunos.

La disyuntiva del sector es, entonces, el de tener (por lo menos) tres situaciones simultáneas en conflicto: a) disponibilidad casi que inmediata de muchas intervenciones que mejoran o prolongan la vida; b) proveer acceso amplio e irrestringido al sistema a la mayor cantidad posible de usuarios y c) contener los costos del sistema dentro de límites “aceptables”.

¿Cuál es entonces, la mejor forma de asignar equitativa y éticamente los recursos existentes en el sector, para lograr el máximo beneficio a la población? La necesidad de hallar una respuesta a esta pregunta ha conducido a la incorporación de la evaluación de tecnología² como una herramienta de política pública para la toma de decisiones. La evaluación de tecnología es uno de los campos de aplicación de la economía de la salud (4-5). Cuando se centra en el impacto de los medicamentos, se denomina farmacoeconomía (6). La farmacoeconomía hace uso del análisis económico para determinar la eficiencia (relación entre costo y efecto) de un tratamiento farmacológico y su comparación con las otras opciones, con el fin de seleccionar aquellas con una relación costo-efecto más favorable.

Los investigadores tienen un armamentario disponible para llevar a cabo los análisis económicos. La herramienta de uso más común es el análisis de costo-efectividad, en la que se comparan los efectos clínicos de diferentes intervenciones (en medidas de morbilidad

1. En un sentido amplio, tecnología en salud incluye tanto el equipo, aparatos, drogas y los procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la prevención y rehabilitación de la enfermedad como los sistemas organizacionales y de soporte que se utilizan en la provisión de servicios de salud.
2. Coates (1992) define la evaluación de tecnología como: “...la categoría de estudios de política dirigidos a brindarle a los tomadores de decisiones información acerca de los impactos y consecuencias de nuevas tecnologías o cambios en tecnologías viejas. Evalúan tanto las consecuencias directas, indirectas y secundarias, beneficios y daños, y señalan las incertidumbres en el uso o transferencia de una tecnología ya sea en el ámbito público o privado. La evaluación de tecnología provee a los tomadores de decisiones con un conjunto ordenado de opciones de política analizadas y un entendimiento de sus implicaciones para la economía, ambiente y los procesos políticos, legales e institucionales de la sociedad.” (traducido de Coates, 1992).

Dr. Rodolfo Dennis Verano: MD, MSc, PhD (cand), Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana; Dra. Diana Pinto Masis: MD, DSc, Investigadora Asociada Fedesarrollo. Bogotá, D.C.

Correspondencia: Dr. Rodolfo Dennis Verano, Calle 163 A No. 28-60 Tel. 6672727 ext. 4500 Bogotá, D.C.

Recibido: 13/06/06 Aceptado: 14/06/06

o mortalidad) contra sus costos monetarios. Aunque más complejo, otra herramienta es el análisis de costo-utilidad (más amplio que el anterior e indicado cuando las intervenciones afectan tanto la calidad como la duración de la vida), donde una medida de tiempo, usualmente un año de vida, se cualifica por la calidad (o discapacidad) experimentadas con las diferentes intervenciones, y derivada simultáneamente de los principales efectos clínicos observados (7).

Todas estas herramientas tienen como resultado el desarrollo de un modelo (o árbol de decisiones); estos modelos tienen por lo general cuatro componentes: los estados de enfermedad resultantes; las probabilidades de ocurrencia de ellos (o de transición entre ellos); los costos, beneficios financieros y efectos incurridos por los pacientes en cada estado y los grupos de riesgo. Estos árboles, frecuentemente muy “frondosos” en sus “ramas” para ser mostrados de forma completa en gráficas, usualmente se “nutren” de varias fuentes, incluyendo las experimentales (estudios clínicos controlados) y no experimentales (por lo general datos provenientes de estudios de bases de datos administrativas de práctica clínica).

Se observa una tendencia internacional hacia la aceptación y exigencia de estudios farmacoeconómicos para la toma de decisiones con respecto a medicamentos. Por ejemplo, en el nivel gubernamental en Australia y Canadá se exigen para aprobar la introducción de un medicamento a nivel nacional. En el ámbito de los terceros pagadores, tales como los grandes aseguradores públicos en Estados Unidos y Europa, se requieren estudios farmacoeconómicos para considerar la inclusión de medicamentos dentro de formularios. Hay ejemplos de empresas de atención gerenciada que utilizan los resultados de la evaluación económica de medicamentos para el diseño de guías de práctica costo-efectivas para los prestadores de servicios de salud que contratan.

En Colombia la necesidad de contar con evaluaciones farmacoeconómicas es cada vez mayor. Existe una permanente tensión entre la decisión de racionar los medicamentos por medio de un plan de beneficios definido y la creciente demanda de nuevas moléculas, influenciada por muchos factores, dentro de los cuales se encuentran cambios demográficos y epidemiológicos en la población, patrones de práctica clínica y de entrenamiento médico, y las presiones ejercidas por los pacientes mismos, motivadas por la información que brindan los medios masivos y estrategias de mercadeo directo a consumidores por parte de la industria farmacéutica.

En esta edición de *Acta Médica Colombiana*, Oliveros y col., en un elegante estudio de costo-efectividad, y mediante una profunda revisión de la literatura biomédica, evalúan las alternativas disponibles actuales para la profilaxis farmacológica del paciente médico y quirúrgico hospitalizado en riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) con heparinas de bajo peso molecular (HBPM). El área de la

profilaxis del TEV ha sido un área de análisis farmacoeconómico clásico (8-10). Una de las preguntas vigentes es si el costo de invertir en prevención (casi que de rutina, como recomendado hoy en día) (11) utilizando diferentes heparinas de bajo peso molecular, con los costos que esto implica (derivados del precio de adquisición del medicamento y de los eventos adversos que se pueden presentar), se compensan, o por lo menos se justifican, por el número de eventos de tromboembolismo venoso que se previenen con cada una, y su respectivo costo. Es decir ¿habría diferencia en el perfil de costo-efectividad entre HBPM?; la conclusión de los autores es que la respuesta varía dependiendo del precio de adquisición de los diferentes medicamentos, y de su eficacia relativa: en situaciones de bajo riesgo de TEV, el mayor precio de adquisición de cualquiera de ellas no justificaría la efectividad, y a medida que el riesgo percibido de TEV aumenta, la mayor eficacia en prevención de una HBPM, podría justificar su mayor costo de adquisición.

Aunque las conclusiones de la investigación parecen razonables, al igual que muchos buenos estudios, el estudio de Oliveros y col., genera más preguntas que las que originalmente contesta (12). La primera es el *punto de vista escogido para el análisis*. Como debe ser aparente para el lector, el punto de vista desde el que se hace el análisis económico (el paciente y su familia, el que proporciona el servicio, el que lo paga, o el de la sociedad como un global) hace variar lo que es ahorro o gasto. Por ejemplo, un programa para alta temprana en pacientes institucionalizados por enfermedad mental puede ser “costo-efectivo” para una EPS o para el gobierno que paga por el servicio, pero quizá no lo sea para el hospital que presta el servicio, y muchas veces no lo es para el paciente y su familia. Este estudio toma el punto de vista de la institución que brinda el servicio (el prestador). No es claro qué tan generalizable o extrapolable sea este punto de vista, y probablemente sólo sería aplicable a instituciones que compartan los mismos esquemas de contratación, costos, prestación de servicios, mezcla de casos, severidad de enfermedad, tiempos de estancia y guías de atención y manejo, que la institución de donde provienen los autores, de la cual no brindan información. Asumiendo que en un esquema de contrato de pago por servicios, los costos de la profilaxis farmacológica (en la mayoría de los hospitales) se le trasladan a un tercer pagador (EPS), quizás el punto de vista del pagador hubiese sido más adecuado.

Otra pregunta que surge al leer el estudio tiene que ver con *los costos escogidos y su forma de medirlos*. Al asumir el punto de vista del prestador del servicio, los autores deben entonces evaluar cuánto le *cuesta* al hospital el prestar el servicio de la profilaxis, y de sus consecuencias, no cuánto se le *cobra* a la EPS. En muchas unidades de costo de un hospital, siempre existe un margen, más o menos amplio, entre lo que cuesta prestar un servicio, y cuánto se cobra por él. Esto es particularmente frecuente para el área

de los medicamentos, pero puede ser también para la atención relacionada con el diagnóstico y el tratamiento de los eventos de trombosis y de sangrado. No es claro en la lectura del estudio, cómo se midió el real costo (para el hospital) en estos eventos. Los autores no brindan suficiente información al respecto.

Por otro lado, surgen las preguntas de si *el horizonte de tiempo* tomado (un mes) y *las consecuencias de la profilaxis* identificadas (sólo trombosis venosa profunda y no embolia pulmonar) son razonables. Asumiendo como hacen los autores que el perfil de eficacia (¿y seguridad?) de las diferentes HBPM evaluadas no es igual, y que aquélla de mayor costo de adquisición pueda tener mayor efectividad, el no medir los costos asociados con la atención de eventos de embolia pulmonar (y de síndromes posflebíticos crónicos en horizontes todavía más amplios), pudo haber influido en los perfiles comparativos obtenidos.

Existen preguntas relacionadas con la *duración* de la profilaxis y la *comparabilidad* real entre las diferentes HBPM. No es claro que la duración promedio escogida (14 días) de la profilaxis sea generalizable a muchos hospitales de atención aguda, donde la estancia promedio de los pacientes es mucho menor, usualmente seis o siete días. En esta situación, las diferencias observadas en los costos del tratamiento con las diferentes HBPM serían menores, y por ende los perfiles comparativos de costo-efectividad. Finalmente, en ausencia de estudios cabeza a cabeza entre HBPM, la interpretación de las diferencias en costos, eficacia y seguridad entre las mismas es difícil, y diferencias en los diseños, tipo de pacientes, duración de la profilaxis y del seguimiento, eventos buscados, modo y momento de buscarlos, pueden influir en las comparaciones hechas.

En conclusión, Oliveros y col., deben ser felicitados por haber hecho un estudio de este tipo; las preguntas obvias que surgen de lo realizado, solamente complementan y sientan las bases para nuevos estudios en este importante campo de la evaluación de tecnologías en el sector. Este es un paso hacia tener una visión más amplia que la simple contención de costos a cualquier precio (incluyen-

do el no tener en cuenta la efectividad de estas intervenciones) pues el área de estudio de la economía de la salud, no es sobre dinero, ni es una forma de contabilidad, ni de recortar recursos, ni pretende “deshumanizar” las decisiones en salud. Queremos reiterar que si el objetivo principal de un sistema de salud es mejorar la salud de la población, el problema económico consiste en *encontrar la mejor forma de asignar los recursos existentes para lograr el máximo beneficio en salud para la población*, y el análisis económico proporciona criterios explícitos para guiar estas decisiones.

Referencias

1. Health in an age of globalization. Documento preparado para el Brookings Trade Forum, Brookings Institution, Washington, DC., mayo 13-14, 2004. Versión de julio 2004.
2. **Newhouse J.** Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? *Journal of Economic Perspectives* 1992; **6**: 3-21.
3. **Cutler DM.** *Technology, Health Costs, and the NIH.* Harvard University and the National Bureau of Economic Research. Documento preparado para el National Institutes of Health Economics Roundtable on Biomedical Research, Cambridge, MA septiembre 1995.
4. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programs. Drummond M, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW, Eds. Oxford Medical Publications, 1997.
5. **Pinto D.** Estudios de análisis económico. En: *Epidemiología Clínica.* Ruiz A, Morillo L Eds. Editorial Médica Panamericana, Bogotá, 2004.
6. *Practical Pharmacoeconomics.* Basskin LE, Ed. Advanstar communications, 1998.
7. **Suissa S, Dennis R, Ernst P, Sheehy O, Wood-Dauphinee S.** Effectiveness of the leukotriene receptor antagonist zafirlukast for mild-to-moderate asthma. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 1997; **126**: 177-83.
8. **Bergqvist D, Lindgren B, Matzsch T.** Cost-effectiveness of preventing postoperative deep vein thrombosis. En: Hull R, Pineo G, eds. *Disorders of Thrombosis.* Filadelfia: WB Saunders. 1996; 228-33.
9. **Mamdani MM, Weingarten CM, Stevenson JG.** Thromboembolic prophylaxis in moderate risk patients undergoing elective abdominal surgery. *Pharmacotherapy* 1996; **16**: 1111-27.
10. **Bick RL.** Proficient and cost-effective approaches for the prevention and treatment of venous thrombosis and thromboembolism. *Drugs* 2000; **60**: 575-95.
11. II consenso colombiano de tromboembolismo venoso en paciente médico, prevención y tratamiento. *Acta Med Colomb* 2005; **30**: 175-249.
12. **Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH.** User's guides to the medical literature. I. How to get started. The Evidence-Based Medicine Working Group *JAMA* 1993; **270**: 2093-5.