

Uso racional del medicamento: ¿efectos colaterales de los precios de referencia?

Eusebi J. Castaño Riera¹, María Vega Martín², María Zaforteza Dezcallar³
(¹DGPIF Conselleria de Salut i Consum, , ²GAP Mallorca y ³Ib-salut)

Introducción

La realidad del crecimiento imparable del gasto en farmacia financiado por el sector público, que ronda el 11% anual en los últimos ejercicios, con retornos marginales de mejora de salud cada vez más escasos (1) y en la mayoría de ocasiones por encima del crecimiento del conjunto del gasto sanitario y del conjunto de la economía (2), no hace más que confirmar la preocupación sobre la sostenibilidad del sistema sanitario.

Es significativo que políticos, gestores, médicos, farmacéuticos, sindicatos, asociaciones y la industria coincidan en una idea: la necesidad de políticas de uso racional de medicamentos. Sin embargo no deja de ser curioso que los intentos de estas políticas obtengan resultados más bien pobres, mientras que el consumo de medicamentos ya supone más del 22% del gasto sanitario.

Parece claro que las políticas construidas a partir de respuestas concretas a temas micro, no han alcanzado, hasta ahora, más que escasos beneficios a corto plazo con espectaculares efectos rebotes traducidos en mayores incrementos de gasto. Las listas negativas (RD 83/1993 y RD 1663/1998), la potenciación de genéricos (Ley 13/96 y Ley 66/97), el establecimiento de precios de referencia (RD 1035/1998), o las limitaciones en la cantidad financiada por el Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003) no han sido capaces de controlar un crecimiento que se sitúe por debajo de los ya famosos “dos dígitos”.

Tiene coherencia suponer que las políticas farmacéuticas deberían huir del análisis aislado del consumo de medicamentos y, ampliando el campo visual desde el que se observan, deberían acercarse al equilibrio entre los objetivos de calidad y equidad de acceso, bajo criterios de necesidad, con los objetivos dirigidos a conseguir eficiencia en la utilización y contención del déficit público (3).

Si además añadimos la existencia de una importante variabilidad en la práctica clínica entre los médicos prescriptores que responde a cuestiones de estilos de práctica sustentados en dudosas evidencias clínicas (4,5), estamos construyendo el escenario

en el que se mueve la ineficiencia del sistema para ser incapaz de respetar tan siquiera sus propias previsiones presupuestarias en este tema.

Una forma de corregir ineficiencias es, asumiendo por bueno el perfil de prescripción de los médicos, buscar la mejor alternativa económica existente en el mercado. Esto supone no entrar en el análisis de la adecuación de la prescripción sino moverse en el de gasto evitable.

Con ello se identifican áreas de ahorro potencial que dentro de un ámbito de restricción presupuestaria pretende identificar espacios de responsabilidad compartida entre gestores y profesionales..

La respuesta del mercado ante políticas de gestión farmacéutica desde el lado de la oferta, caso de los precios de referencia o los genéricos, no está siempre en sintonía con las expectativas generadas por esas medidas desde la administración. Una de las situaciones que se describen es la modificación de perfiles de prescripción por un efecto sustitución hacia medicamentos no afectados por dichas medidas, que habitualmente van acompañados de crecimientos importantes de la facturación (6,7).

Esta previsible situación de sustitución es la que nos ha llevado a analizar el perfil de prescripción del grupo de los antiulcerosos como un grupo paradigmático sobre el que poder estudiar estas cuestiones anteriormente comentadas.

En este grupo encontramos que por una parte existe un principio activo recomendado, el omeprazol, de uso generalizado, con una cuota de mercado importante, en la que los genéricos representan casi el 50% de la misma y que se ve afectado por la nueva orden de precios de referencia de enero de 2004. Por otra parte, existen otras alternativas terapéuticas que o bien siendo moléculas nuevas, los otros prazoles, no suponen una alternativa más eficiente en el tratamiento o bien se trata de principios activos que no son de primera elección, caso del resto de antiulcerosos del grupo (ranitidina, famotidina, ..)

Objetivos

Analizar la variación en el perfil de prescripción de los prazoles en la Comunidad Autónoma de Illes Balears (CAIB), bajo la hipótesis de que la aparición de medidas

coyunturales, como la normativa de precios de referencia, puede haber influido en que el consumo de omeprazoles se haya desplazado hacia el consumo de otros prazoles.

También valoraremos la repercusión económica que se pueda haber derivado de esta modificación en el perfil de prescripción.

Metodología

Análisis de las DDD del grupo A02B antiulcerosos facturados al CAIB en los años 2002 y 2003.

Este grupo está compuesto por los siguientes principios activos: A02B1 Antagonistas H2 (ranitidina, famotidina, etc); A02B2 Otros antiulcerosos que englobaría a los inhibidores de la bomba de protones (prazoles: omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, rabeprazol y esomeprazol) y a otros principios activos como sucralfanto, pirenpezina, acexemato de Zn (que por su baja utilización no han sido considerados para el análisis).

Los datos de consumo utilizados se han obtenido a partir de la aplicación SIFAR (Sistema de Información de Farmacia) cruzándolos en Access con los Nomenclator Digitalis que suministra mensualmente el Ministerio de Sanidad y Consumo y que permite el desglose del consumo por principios activos en DDD.

Se ha desagregado esta información en tres grupos: omeprazoles, otros prazoles y resto de antiulcerosos.

Por último se analizará el coste que ha generado al sistema este grupo de medicamentos para el período del estudio.

Resultados

El consumo en DDD del total grupo antiulcerosos ha aumentado en el año 2003 respecto al 2002 en un 19,39%.

Los omeprazoles han crecido un 24,72%, el resto de prazoles (pantoprazol, lansoprazol, rabeprazol y esomeprazol) un 34.28%, mientras que los antagonistas H2

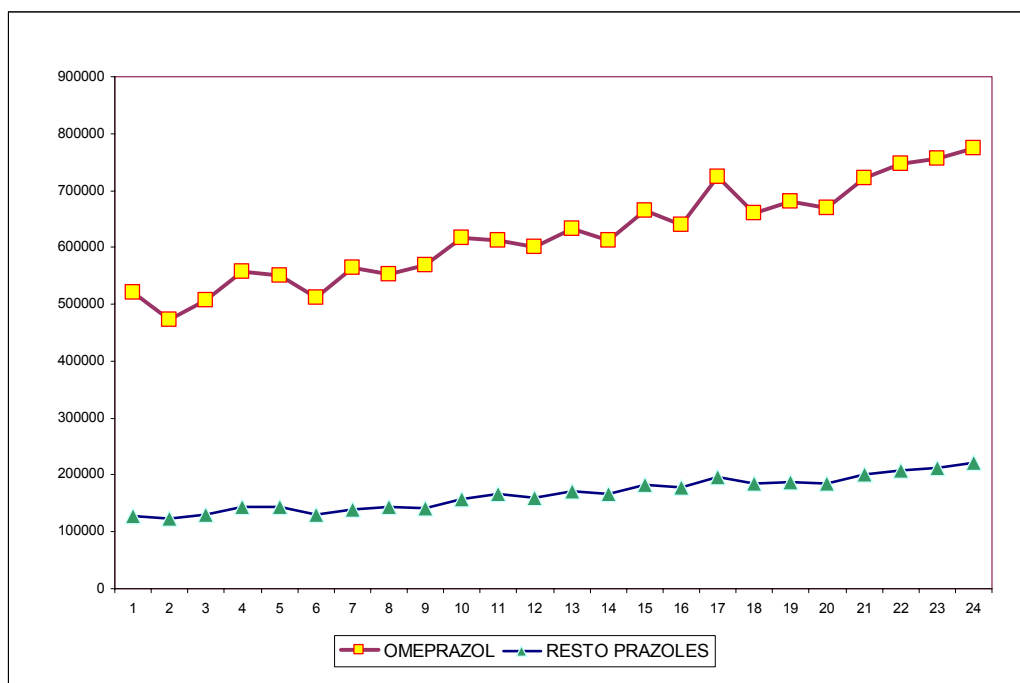
han disminuido un 11.69%. En la **Tabla I**, mostramos el consumo en DDD para el total del año 2002 y 2003 y los crecimientos que se han producido para los tres grupos.

Tabla I. Consumo en DDD

	2002	2003	INCR
OMEPRAZOL	6.641.656	8.283.184	24,72
OTROS PRAZOLES	1.706.600	2.291.576	34,28
ANTAGONISTAS H2	1.955.146	1.726.561	-11,69
TOTAL	10.305.405	12.303.325	19,39

Tanto el omeprazol como el resto de prazoles han experimentado a lo largo del periodo de estudio una tendencia de crecimiento tal y como se puede observar en la **Gráfica I**, en la que presentamos el consumo mes a mes en número de DDD. De la lectura de las curvas se observa que en los últimos cuatro meses los dientes de sierra, que se han venido repitiendo a lo largo de los meses anteriores, se han convertido en crecimientos sostenidos.

Gráfica I. Evolución mes a mes consumo en DDD de omeprazol y de resto de prazoles



En la **Tabla II**, presentamos los datos de consumo en DHD del omeprazol y del resto de prazoles, lo que nos permite una aproximación a la población que toma diariamente una dosis de estos medicamentos. En este sentido se observa que se ha pasado de 27.570 a 33.640 pacientes por día que utilizan alguno de estos fármacos, lo que supone un crecimiento del 22%.

Para el mismo período del estudio la población de usuarios con tarjeta sanitaria tributarios de prestación farmacéutica ha crecido un 4,6%

Tabla II. Datos de consumo en DHD

	TOTAL 02	TOTAL 03	INCR
OMEPRAZOL	21,93	26,35	20,16%
PANTOPRAZOL	1,88	2,36	25,53%
LANSOPRAZOL	1,71	2,07	21,05%
RABEPRAZOL	2,02	2,54	25,74%
ESOMEPRAZOL	0,06	0,31	416,67%
TOTAL PRAZOLES	27,57	33,64	22,02%

Estos crecimientos son considerablemente mayores si tomamos como referencia el consumo del mes de enero de 2002 frente al del mes de diciembre de 2003, tal y como se resumen en la **Tabla III**.

Tabla III. Datos de consumo en DHD, período enero 2003-diciembre 2004

	ene-02	dic-03	INCREM.
OMEPRAZOL	20,92	30	43,36
PANTOPRAZOL	1,78	2,88	61,64
LANSOPRAZOL	1,51	2,38	57,55
RABEPRAZOL	1,83	2,91	58,75
TOTAL PRAZOLES	26,05	38,57	48,08

Por lo que respecta a la evolución del gasto en prazoles financiados por el sistema (**Tabla IV**) se observa un incremento de casi un 20% del año 2003 respecto al 2002, creciendo un 11% el omeprazol y por encima de un 32% el resto de prazoles.

Tabla IV. Evolución del gasto de la prescripción años 2002-2003

	OMEPRAZOLES	OTROS PRAZOLES	TOTAL PRAZOLES
GASTO 02	4.109.459,66	2.816.602,49	6.926.062,15
GASTO 03	4.561.759,10	3.729.718,44	8.291.477,54
INCREMENTO	11,01%	32,42%	19,71%

Un factor que podría distorsionar el análisis de resultados es la diferencia que hay en volumen de consumo de omeprazol frente a otros prazoles, es por ello importante visualizar la relación existente entre porcentaje de consumo y porcentaje de gasto que representan ambas opciones (**Tabla V**).

De este modo observamos que mientras el consumo de DDD de omeprazol suponen más del 73% del consumo total de prazoles, su repercusión en el gasto se sitúa en torno al 33%, mientras que el consumo del resto de prazoles, un 27%, representa el 67% del gasto. Esto equivale a decir que sustituir un omeprazol por uno de los otros prazoles incrementa en más de dos veces el gasto por DDD.

Tabla V. Relación DDD vs. PVP año 2003

	OMEPRAZOLES	OTROS PRAZOLES
DDD 03	73,73%	26,27%
PVP 03	33,13%	66,87%

Conclusiones

Las primera conclusión del presente estudio apunta, tal y como esperábamos, que se iba a producir un incremento importante en el consumo de otros prazoles, en respuesta a la modificación del perfil de prescripción de los médicos.

Sin embargo, este aumento del consumo no responde únicamente al patrón de sustitución del omeprazol por el grupo de los otros prazoles puesto que el consumo de omeprazoles también ha crecido.

Una parte de estos crecimientos responden al descenso en el consumo de los antagonistas H2, sin embargo no es suficiente para justificar los crecimientos de los otros dos grupos.

En la búsqueda de otras explicaciones posibles, pensamos en el crecimiento de la población protegida. Si bien se produce en el período del estudio un crecimiento de población importante, un 4.6%, no se corresponde con el crecimiento de casi un 20% en la utilización global de antiulcerosos. Además, las cifras de DHD nos están apuntando el crecimiento en un 22% de pacientes que diariamente toman algún prazol.

Nos planteamos como siguiente posibilidad el que se hayan modificado las indicaciones terapéuticas de estos principios. Sin embargo no se ha hallado evidencia de recomendaciones de nuevas indicaciones o de recomendaciones de aumentos de dosis en indicaciones reconocidas.

La posibilidad de que la morbilidad de nuestra población haya cambiado en el periodo del estudio, si bien es una cuestión que no hemos contrastado y que limita el estudio, no parece ser una causa atribuible de la modificación del perfil de prescripción.

Otra cuestión que hemos discutido es el efecto que pueda haber tenido el aumento de la oferta asistencial que ha supuesto el incrementar las plantillas de médicos de atención primaria en el periodo del estudio. Sin embargo los incrementos de población atendida tampoco responden al patrón de crecimiento de los prazoles, aunque en este apartado los sistemas de información de atención primaria plantean problemas de fiabilidad que también pueden suponer una limitación al estudio.

Controlados los efectos anteriormente mencionados y con todas las limitaciones comentadas, nuestra hipótesis es que los factores que pueden estar condicionando el aumento en el consumo de prazoles podrían ser consecuencia de lo que hemos llamado “efectos colaterales de los precios de referencia”, entendiendo como tales dos situaciones.

Por una parte, la reacción del mercado farmacéutico y la presión de la industria sobre los médicos para que la cuota de mercado de los otros prazoles aumente.

Por otra parte, la posibilidad de que la rebaja en el precio de los omeprazoles pueda influir de forma subjetiva en que se aumenten las indicaciones de omeprazol para situaciones de dudosa evidencia clínica.

Ambos caminos nos llevan a plantear que trabajos como el nuestro están limitados a un marco teórico, útil para advertir de las tendencias de consumo y de las modificaciones de perfiles de prescripción pero limitados por la falta de conocimiento en la adecuación de la prescripción y en los análisis de variabilidad.

En cuanto a la repercusión económica, el análisis de costes de este trabajo, nos da argumentos para empezar a explicar el imparable crecimiento de la factura farmacéutica. Sustituir una DDD de omeprazol por otro prazol es incrementar dos veces el coste de la primera, y alterar directamente las previsiones de contención del gasto que se persiguen con los nuevos precios de referencia.

Si los beneficios adicionales en incrementar el consumo de estos principios activos son mínimos, habrá que plantearse iniciativas para controlar su crecimiento. En este

sentido podría ser útil impulsar, desde el ámbito de la gestión, objetivos de mantener perfiles de prescripción de principios activos incluidos en los precios de referencia evitando el desplazamiento hacia moléculas no afectadas por estas medidas y por tanto de mayor coste.

Bibliografía

1. Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En Gestión clínica y sanitaria. Masson Barcelona 2003.
2. Puig J. Reptes en la gestió de la prestació farmacèutica. Fulls Econòmics. 1999; 33:6-13..
3. Zara C; Segú LI; Font M; Rovira J. La regulación de los medicamentos: teoría y práctica. Gac Sanit 1998;12:39-49.
4. Marión J, Peiró S, Márquez-Calderón S, Meneu R. Variaciones en la práctica: importancia, causas e implicaciones. Med Clin (Bar) 1998;110:382-390.
5. Peiró S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria. Gac Sanit 1998; 11:55-58.
6. Benavent J, Pinyol M, Casajuana J, Bordas JM, Botinas M, Diogene E, Vallès JA. Elgasto farmacéutico público en atención primaria: asignando responsabilidades, proponiendo soluciones. Cuadernos de Gestión. 1997; 3 (4):184-200.
7. Plaza A, Iñesta A. Efectos del RD de financiación selectiva de medicamentos de 1998, en la preccripción de pensionistas de un área sanitaria de Madrid. Rev Esp Econ Salud 2002; 1(3):48-59.