

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: Mariana Nastri

ANÁLISIS DEL GASTO GLOBAL EN MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL GARRAHAN

2008

Citar como: Nastri, M. (2008). Análisis del gasto global en medicamentos en el hospital Garrahan. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

ÍNDICE:

1- INTRODUCCIÓN	Página 3
2- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	Página 4
3- OBJETIVO	Página 6
4- MARCO TEÓRICO	Página 7
5- METODOLOGÍA	Página 22
6- DESARROLLO	Página 23
7- CONCLUSIONES	Página 33
8- BIBLIOGRAFÍA	Página 36

1-INTRODUCCION:

El siguiente trabajo tiene como fin analizar el gasto hospitalario en medicamentos.

El gasto en medicamentos es un porcentaje variable del presupuesto hospitalario, que es mayor, cuanto mayor es la complejidad de la institución de referencia.

El aumento del gasto en medicamentos es un problema vigente, multicausal y creciente.

En la bibliografía estos gastos se analizan según: grupos de medicamentos, especialidades médicas, grupos de enfermedades y sus tratamientos, uso externo o para pacientes internados, etc.

En este análisis, se elige al Hospital Nacional de Pediatría J .P. Garrahan, que es un hospital de alta complejidad para la atención pediátrica de niños de todo el país. Se tomará el último semestre de 2008 y el primer semestre de 2009 como base del análisis para identificar en qué se gasta, considerando dicho período como representativo de la composición histórica del consumo.

El gasto en medicamentos en este hospital constituye el 5,6% de su presupuesto general, y aproximadamente corresponde a mil insumos (1058). El 60% de dicho gasto, se realiza en cincuenta productos, con distinto nivel de costo y de consumo. De la relación costo/nivel de consumo surge cuánto se gasta en cada insumo y en qué se gasta más. De esto último, surge la necesidad de revisión constante de las indicaciones según la mejor evidencia clínica y grado de recomendación.

Evaluar el impacto de medidas de uso racional de medicamentos, es relevante tanto desde el punto de vista económico-financiero, como desde la gestión, ya que no sólo es poner la mirada sobre en qué se gasta, sino también es profundizar sobre, si el costo es adecuado o no, y si es mejorable.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

2-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El gasto en medicamentos de los hospitales oscila según los distintos análisis entre el 3 y el 15% del presupuesto hospitalario, tanto más, cuanto mayor sea la complejidad de la institución.

El aumento del gasto en medicamentos en los hospitales es un problema actual que no tiene un origen único, y se puede analizar desde varios puntos de vista, relacionados con el aumento de la actividad por un mayor número de pacientes atendidos y tratados farmacológicamente, y su mayor supervivencia, así como también el desarrollo de nuevas tecnologías que deriva en más tratamientos, nuevas indicaciones para fármacos ya existentes, y nuevos fármacos para nuevas indicaciones (5).

Analizar el gasto hospitalario en medicamentos desde la simple mirada de en qué se gasta más, lleva a la inmediata reflexión sobre si el costo es adecuado o excesivo, si es mejorable y cómo.

Según la OMS (10), el uso racional de medicamentos supone que el paciente reciba la medicación apropiada a su necesidad clínica, en las dosis correspondientes con sus requerimientos individuales, por un período adecuado y al menor costo para él y su comunidad.

Evaluar el impacto de medidas orientadas a la reducción del gasto en medicamentos, adquiere relevancia en el ámbito hospitalario, tanto desde el punto de vista económico-financiero así como también desde la gestión.

Se elige al Hospital Garrahan para la evaluación del gasto en medicamentos, dado que es un hospital nacional, de alta complejidad, con buen desarrollo de la gestión de abastecimiento en distintas áreas, que posee adecuada información que puede ser representativa de lo que ocurre en otras instituciones.

Se analizará la distribución del gasto en medicamentos del Hospital Garrahan, tomando el último semestre de 2008 y el primer semestre de 2009 como representativos del consumo de medicamentos.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

Del análisis del gasto en medicamentos del Hospital Garrahan (que corresponde aproximadamente a 1000 insumos), un 60% se realiza en 50 productos. Algunos son de bajo costo y alto consumo (solución fisiológica), y otros, son de alto costo y menor consumo. Este es el caso de la gammaglobulina endovenosa, hemoderivado de alto valor unitario, que relacionado con el nivel de consumo, se convierte en el medicamento en el que más se ha gastado en varios períodos.

El grave problema de abastecimiento que existe a nivel mundial por ser un hemoderivado y en consecuencia, un recurso limitado, hace a su elevado costo. Esto condiciona la necesidad de revisión constante de sus indicaciones y de los costos para minimizar el gasto.

Correlacionar la evaluación económica del gasto, con la revisión de las indicaciones adecuadas según la medicina basada en la evidencia, es el desafío para lograr un uso racional de los medicamentos y disminuir costos.

3-OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL:**

- Conocer la composición del gasto en medicamentos en el Hospital Garrahan y evaluar el impacto en dicho gasto, de los distintos medicamentos, relacionando costo y nivel de consumo, identificando en qué medicamento se gasta más.

4-MARCO TEORICO

El análisis del gasto hospitalario en medicamentos tiene múltiples aspectos que incluyen la mirada sobre en qué se gasta, cuánto se gasta y qué ocurre con el gasto a lo largo del tiempo, como forma de monitoreo que ayuda, no sólo a la observación de lo que acontece, sino también a la toma de decisiones.

La tendencia es hacia el aumento del gasto por múltiples razones. En contra de lo que pueda parecer, el aumento del gasto no se debe solamente a un aumento del precio de los medicamentos, y no tiene un origen único, sino que hay que analizarlo, según O. Delgado, Abril 2002(5) desde tres puntos de vista independientes:

1. El aumento de la actividad.

Aunque resulte obvio, es el primer motivo del aumento del gasto en medicamentos.

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 el VIH, que ha originado un gran aumento de los tratamientos antirretrovirales, 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 sanitarios.

Otro factor decisivo, aunque de forma indirecta, en el gasto en medicamentos es el desarrollo y la inversión en nuevas tecnologías (1). 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 exclusivamente clínicos.

En las nuevas tecnologías debemos incluir pruebas diagnósticas que conllevan un determinado tratamiento.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

Además, en el análisis económico del gasto en medicamentos en el hospital, hay que evaluar detalladamente toda la actividad del hospital: la disminución de la estancia media, la gestión de las listas de espera, los programas de cirugía de tarde, una mayor cobertura horaria y los acuerdos entre centros para la derivación de pacientes crónicos, conllevan siempre un aumento indirecto del gasto en medicamentos.

2. Nuevos usos de fármacos ya existentes

Las nuevas indicaciones de fármacos ya comercializados conllevan una implicancia económica, como ha sido, por ejemplo, la ampliación de la indicación del interferón beta en la esclerosis múltiple remitente-recidivante, o la secundariamente progresiva.

Por otra parte, los cambios de dosificación de fármacos de alto costo, también tienen una traducción inmediata en los costos de la farmacoterapia.

Además, la utilización de fármacos antiguos que se han registrado para otra indicación clínica, como la tobramicina inhalada para pacientes con fibrosis quística, o bien el uso de determinados tratamientos no aprobados y tramitados para uso compasivo como el iloprost para hipertensión pulmonar primaria, han repercutido de forma significativa en el gasto, (11).

Algunas acciones clínicas, como los cambios de protocolos de tratamiento o documentos de consenso de grupos cooperativos, como la unificación de criterios en la cobertura antibiótica del paciente neutropénico, tienen en muchos casos una implicancia económica que no se evalúa inicialmente.

Finalmente, otro factor que requiere un análisis 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 posibilidad terapéutica hasta ahora desconocida, a veces en un grupo pequeño de pacientes, con un beneficio clínico 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, formas pegiladas (interferón) o liposomales de fármacos (anfotericina B).(5)

EVALUACIÓN ECONÓMICA

El objetivo de la Medicina es fundamentalmente minimizar el impacto sobre el bienestar humano de los diferentes tipos de enfermedades. Por otro lado, la Economía trata de minimizar el impacto sobre el bienestar humano de los diferentes tipos de escasez a los que tenemos que enfrentarnos. El tema es que nunca lograremos erradicar las enfermedades y tampoco la escasez, y dado que minimizar el impacto de la enfermedad requiere fundamentalmente utilizar recursos escasos, jamás eliminaremos la necesidad de definir prioridades. A decir de Ortún Rubio(8) ya que los recursos dedicados a la salud son finitos y se enfrentan a una demanda potencialmente ilimitada, en algún punto es necesario realizar elecciones. El análisis económico nos informa del proceso de elegir entre diferentes tecnologías sanitarias. La pregunta básica que se intenta responder es: ¿obtenemos el mejor resultado posible de los recursos que invertimos?, ¿estamos gastando lo mínimo necesario para asegurarnos un determinado nivel de efecto terapéutico? Estas preguntas están relacionadas con el concepto de eficiencia, concepto relativo que mide la relación entre los beneficios de cada opción contemplada y sus costos.

En el análisis económico de la actividad sanitaria se consideran tres conceptos básicos: el tipo de análisis, los tipos de costos, y el punto de vista desde el que se hace el análisis.

Desde el tipo de análisis, en la identificación de costos o minimización de costos se estiman los costos de una intervención, pero no sus beneficios. Es una buena aproximación, cuando las opciones que se analizan tienen la misma eficacia o asumimos que la tienen.

El análisis del costo-efectividad pretende evaluar el impacto de diferentes alternativas terapéuticas.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

La perspectiva es más amplia al incluirse tanto los costos como los resultados de cada posible intervención.

El método de análisis del costo-beneficio pretende expresar, en términos monetarios, los beneficios reales y potenciales (individuales y colectivos) del uso de un medicamento o tratamiento. A pesar de que expresar los resultados en unidades monetarias puede ser informativo, en muchas ocasiones en el campo de la salud es difícil o éticamente discutible, ya que implica atribuir un valor monetario a la vida humana. Ese problema hace que éste tipo de análisis en el área sanitaria sea infrecuente.

Con respecto a los tipos de costos (directos, indirectos e intangibles), los costos directos se pueden dividir en sanitarios y no sanitarios, y los primeros son los relacionados con el consumo de recursos médicos como la hospitalización, el consumo de fármacos, etc.

La última dimensión en la evaluación económica de la asistencia sanitaria, es la perspectiva desde la que se realiza ésta. El punto de vista puede ser el del conjunto de la sociedad, el del paciente, el del financiador, o el del proveedor.

La tarea de la evaluación económica de la atención sanitaria es asegurarse de que las decisiones que se tomen estén basadas en un análisis riguroso de las opciones válidas. El objetivo es conseguir los mejores resultados de los recursos invertidos, y no necesariamente reducir costos.

Según Asua Barrita, J. y Sacristán del Castillo, J. (1) aún son pocos los ejemplos de países que emplean las evaluaciones económicas, pero parece probable que en el futuro esas evaluaciones lleguen a ser un procedimiento de apoyo para la toma de decisiones para un eficiente uso de los recursos escasos y para reembolsar sólo aquellas tecnologías costo-efectivas. Pero para que las evaluaciones económicas se conviertan en una realidad es preciso un esfuerzo común para que se estandarice la metodología sobre cómo se debe realizar y qué elementos debe incluir. En las distintas directrices vigentes existe acuerdo en la mayoría de los aspectos metodológicos, pero es necesario continuar fomentando la investigación y el debate para lograr acuerdos sobre aquellos aspectos controvertidos. Además, las evaluaciones económicas requieren la identificación, medida y comparación de todas las consecuencias significativas, positivas o negativas, de las diferentes alternativas u opciones, así como poder evaluar los efectos sobre la cantidad y calidad de vida.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

Por tanto, con los medicamentos ya comercializados y con aquellos que vayan llegando al mercado, sería altamente deseable que se realizasen análisis farmacoeconómicos (AFE), donde el comparador elegido fuera el tratamiento más usualmente empleado para tratar las distintas enfermedades y/o categorías de enfermedades, con el fin de poder calcular el cociente costo/efectividad incremental (CCEI) o el cociente costo/utilidad (CCUI), estando expresado en el numerador del cociente la diferencia de costos entre la opción en evaluación y el tratamiento estándar, mientras que en el denominador estaría reflejada la diferencia en efectividad o utilidad entre la opción estudiada y el tratamiento de referencia. De esta manera, se podría conocer cuál es el costo extra necesario para conseguir una unidad suplementaria de efectividad (muerte evitada, vida salvada, año de vida ganado, paciente curado satisfactoriamente, éxito terapéutico, efecto adverso evitado, etc.) de cada opción terapéutica existente para tratar las distintas enfermedades cuando se comparan con los tratamientos estándares y más usuales en la práctica (7).

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

La evaluación de tecnología sanitaria, es un abordaje multidisciplinario para el estudio de las implicancias médicas, sociales, éticas y económicas del desarrollo, difusión y utilización de tecnologías sanitarias, (definición de la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías, del 2004).

Según el reglamento técnico del Mercosur, la E.T.S. constituye una forma exhaustiva de investigación sobre las consecuencias técnicas (generalmente clínicas), económicas, sociales derivadas del uso de tecnologías en salud, incluyendo sus efectos directos e indirectos, deseados y no deseados, a corto y mediano plazo.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs.As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

La E.T.S. es una combinación de análisis y síntesis de la evidencia disponible y del juicio de los profesionales relacionados con el tema. Los resultados son contextualizados para generar información que facilite la toma de decisiones.

Uno de los desafíos de la evaluación de tecnologías es alcanzar la máxima credibilidad y demostrar su utilidad en el apoyo a la toma de decisiones tanto en políticas sanitarias (nivel macro de decisión), como en gestión en sistemas de salud (nivel meso) y de práctica clínica, aplicación de Guías y medicina basada en la evidencia (micronivel de decisión), según la visión del Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2005.(9)

Esta credibilidad se alcanzará paulatinamente y reposará, sobre todo, en la pertinencia y solidez científica de las informaciones proporcionadas.

Algunas de las iniciativas llevadas a cabo en el área de los medicamentos para tratar de mejorar la calidad de la prescripción de los clínicos y controlar el gasto farmacéutico han sido las restricciones presupuestarias, la información periódica sobre los hábitos de prescripción de los médicos, y las guías de práctica clínica.

La prescripción adecuada es un componente esencial del uso racional de medicamentos.

La guía de la buena prescripción de la OMS, pone seis pasos para considerar una prescripción como adecuada: partir de un diagnóstico o definición del problema correcto, plantearse objetivos terapéuticos, elegir un tratamiento efectivo y seguro (que puede involucrar o no la utilización de un fármaco), realizar una selección apropiada del fármaco, con dosis y duración, tener una buena comunicación con el paciente, realizar evaluación y monitoreo.

La calidad de prescripción es función de la adecuación a las guías de práctica basadas en evidencias científicas. Los resultados esperables de las intervenciones para mejorar el uso racional de medicamentos guardan relación con un cambio de comportamiento entre los profesionales, de modo que la práctica clínica tenga en cuenta las recomendaciones.(3)

Luego hay que informar sobre la administración del medicamento, elemento importante para validar su efectividad y resultado del tratamiento indicado. Verificar la dosis y duración del tratamiento.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

Una de las intervenciones que puede tener el farmacéutico para promover el uso racional de medicamentos, es la participación en organismos multidisciplinarios que coordinen las políticas de uso racional de medicamentos, así como intervenir en los comités para medicamentos y terapias en los distritos y hospitales, ya que el farmacéutico y las farmacias tienen un potencial insuperable para transmitir al resto de los profesionales, cuáles son los fármacos más utilizados, los problemas que se están dando, informar, asesorar y brindar los datos estratégicos que se requieran, puntos clave en la gestión de medicamentos. Para ello es importante considerar la información independiente sobre medicamentos.(13)

La regulación directiva, consta de los controles previos a la comercialización. En el caso de los medicamentos, antes de autorizar la comercialización de un nuevo fármaco, la mayoría de los países requieren que se haya demostrado su eficacia, seguridad y calidad. Este control previo a la comercialización podría considerarse la medida de control más drástica.(1)

Como hay poca evidencia, según Ortún Rubio (6), para apoyar la hipótesis de que los medicamentos nuevos y de mayor costo, invariablemente son más beneficiosos que las alternativas existentes, tanto los costos como los beneficios de los nuevos medicamentos deben ser considerados. La pregunta importante que hay que plantearse cuando un nuevo medicamento se introduce es, si los beneficios extras compensan el costo extra. El sistema de precios debe basarse en una valoración de la mejora terapéutica comparada con los medicamentos utilizados previamente para esa misma dolencia.

Lo más importante en el futuro es una nueva valoración del conocimiento médico. Con más conocimiento de costos y efectividad clínica, se deben desarrollar sistemas de medición de resultados y gestión de las enfermedades más exactos. Una de las prioridades es, por lo tanto identificar y llenar el vacío del conocimiento en el momento actual.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Para las decisiones terapéuticas, el mejor conocimiento proviene de los ensayos clínicos aleatorios, los cuales aportan las probabilidades de obtener un resultado de interés en un grupo de pacientes tratados con determinado procedimiento, intervención o sustancia, en relación a un tratamiento alternativo o placebo. Otra manera de realizar esta comparación, que aporta una perspectiva diferente, consiste en calcular el número necesario de pacientes que hay que tratar, para lograr un acontecimiento de interés.

Por ello, como afirma X. Bonfil Cosp (4), cobra especial interés el gran impulso con que está emergiendo el nuevo paradigma de la medicina basada en la evidencia, que consiste en la experiencia clínica individual con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de ésta.

Por experiencia clínica individual se entiende el juicio clínico que los médicos adquieren con la experiencia. Se manifiesta sobre todo en la capacidad del clínico para hacer un diagnóstico más válido y eficiente, y para identificar mejor las preferencias y voluntades de los pacientes. Se han establecido cuatro etapas para el segundo componente de la medicina basada en la evidencia: 1) Formular una cuestión clínica a partir de los problemas de un paciente, 2) Consultar la literatura para hallar los artículos clínicos más relevantes, 3) Evaluar críticamente la evidencia identificada acerca de su validez y utilidad, 4) Aplicar los hallazgos apropiados en la práctica clínica.

Una vez identificada y validada la evidencia, se puede utilizar no sólo en la atención de un paciente, sino también para desarrollar protocolos clínicos, guías de práctica clínica, o auditorías.

La obligación del médico de ofrecer lo mejor a sus pacientes, no se puede separar del imperativo ético de basar las decisiones en la evidencia existente o de buscarla cuando no se dispone de ella. El médico ya no está solo ante un paciente individual, porque de alguna manera toda la profesión está detrás de él.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000
web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

El conocimiento sobre si un tratamiento es correcto o no, sobre los que constituye medicina de calidad, es fruto del consenso profesional y científico, y debe ser incorporado plenamente a la relación médico-paciente.

Las técnicas de consensos pueden desempeñar un papel importante en la valoración de la evidencia existente sobre un determinado tema y, también pueden identificar áreas que, por carecer de evidencias, sean de interés para la investigación. Permiten además, una posterior presentación y formalización de la discusión con consumidores, decisores políticos, etc., y finalmente elaborar guías o recomendaciones para la práctica clínica.

El objetivo final a partir del cual habrá que valorar la utilidad de la medicina basada en la evidencia y de sus instrumentos, debe ser lograr una mayor efectividad, esto es que se produzcan mayores beneficios sanitarios para la población y una mayor eficiencia, ya sea por eliminación de costos innecesarios, o reducción de los costos necesarios.

MEDICINA BASADA EN LA EFICIENCIA

En los hospitales, los criterios de la medicina basada en la evidencia también se han incorporado al proceso de evaluación de los medicamentos por las Comisiones de Farmacia y Terapéutica para decidir su inclusión en las Guías Farmocoterapéuticas. Sin embargo, como dice F. Puigventós (11), aplicar los conceptos de la MBE a la selección de medicamentos no es un tema sencillo ya que hay que tomar decisiones sobre productos recién comercializados, de los que existen escasos estudios publicados, la experiencia clínica con el fármaco suele ser limitada y la seguridad a largo plazo desconocida. Por ello en la evaluación de un nuevo fármaco deben considerarse también los conceptos de la medicina basada en la eficiencia. La eficiencia consiste en emplear los recursos disponibles en la mejor alternativa posible con el fin de maximizar los beneficios alcanzables en términos de salud, siendo necesario para ello recurrir a los estudios de evaluación económica ya referidos.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

Los puntos más relevantes son, en primer lugar realizar una evaluación rigurosa de las evidencias de eficacia y seguridad del medicamento, en segundo lugar realizar una evaluación económica, y por último presentar una propuesta final para la toma de decisiones de la comisión.

Para la evaluación de un fármaco debemos basarnos en las fuentes primarias de información. Cuando se dispone de ensayos clínicos publicados, éstos deben estudiarse en forma crítica desde el punto de vista metodológico y determinar la validez interna de los resultados (aleatorización, seguimiento exhaustivo de todos los casos, análisis de intención de tratar, etc.) Esta revisión crítica y rigurosa hace a la interpretación de los resultados, a la solidez de las conclusiones y finalmente a la toma de decisiones.

Las fuentes secundarias de revisión pueden ser de ayuda, fundamentalmente las evaluaciones realizadas por algunas revistas y boletines independientes, pero no sustituyen el análisis de la fuente primaria.

Las recomendaciones de expertos de sociedades científicas pueden ser útiles, pero las conclusiones deben observarse con cautela.

Una cuestión es la eficacia demostrada de un fármaco en un ensayo clínico, y otra su efectividad real. Es importante determinar si la población sobre la que se ha realizado el ensayo es similar a la que se tiene en el medio, y por lo tanto poder estimar que los resultados esperables serán similares.

La seguridad es un punto clave en la evaluación de un fármaco. Hasta que el fármaco no se emplea en forma amplia, no aparecerán reacciones adversas poco frecuentes o graves. Por ello hay que ser prudente cuando el fármaco no ofrece mayores datos de eficacia o éstos son poco significativos desde el punto de vista clínico.

Se pueden obtener datos para realizar un primer cálculo de costo-eficacia, mediante la estimación de los recursos asistenciales derivados de su utilización. Una aproximación consiste en el cálculo del costo-eficacia incremental en función del costo del medicamento para el hospital y el número necesario a tratar según los resultados de los ensayos clínicos.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

Si estos datos se aplican a los pacientes que se estima se tratarán en el hospital durante un determinado período, se podrá realizar la estimación del gasto potencial y del beneficio global esperable en el hospital, siempre y cuando los fármacos se utilicen con las indicaciones y condiciones avaladas por las evidencias de los ensayos clínicos.

La Comisión de Farmacia y Terapéutica, debe establecer las condiciones de uso para que el fármaco se emplee en los subgrupos de pacientes en los que las ventajas y beneficios de su uso sean clínicamente significativos y con un costo valorado.

Es necesario aprender a analizar si los resultados son homogéneos en todos los subgrupos de pacientes en el intento de perfilar en cuales estaría justificado su uso en el hospital, en los que se han acordado condiciones estrictas de utilización, en aquellos subgrupos en los que su beneficio es clínicamente significativo según la bibliografía y que no abarca toda la población potencial según indicaciones formalmente aprobadas.

El concepto de costo-oportunidad, parte del hecho que si se realiza una intervención, deja de realizarse otra. Desde este punto de vista, el camino consiste en determinar qué intervención es prioritaria para maximizar los recursos disponibles y obtener eficiencia en términos de salud.

Cuando se evidencia un beneficio, que puede ser más o menos importante clínicamente, y se valora su costo, hay un aspecto que ya no es analítico ni descriptivo, sino de decisión de política sanitaria, y si el sistema, el hospital, puede pagar este beneficio a este costo.

Por lo tanto es conveniente la creación de una comisión interdisciplinaria de farmacoeconomía en la que participen los servicios clínicos y los gestores, o sea la dirección médica, la dirección de gestión, la comisión de farmacia y los responsables de los principales servicios generadores del gasto en medicamentos y se establezca un foro de debate, pero también de decisiones en cuanto a criterios de utilización de medicamentos de alto impacto económico.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

Los conceptos de medicina basada en la evidencia y medicina basada en la eficiencia deben aplicarse a la evaluación de los fármacos para establecer sus condiciones de uso, en base a criterios de eficacia, seguridad y farmacoeconómicos.

Las guías y el empleo de criterios de costo-efectividad facilitan la evaluación y la estimación del impacto económico derivado de la introducción de un nuevo medicamento.(11)

RACIONALIZAR EL GASTO 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 nivel hospitalario, como afirma O. Delgado (5), 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 positiva de medicamentos (Formularios o Guías Farmacoterapéuticas)

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, siendo necesario distinguir novedad terapéutica de avance en salud.

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, el análisis económico debe ser tenido en cuenta siempre, considerándose un aspecto más en la evaluación técnica de un medicamento.

2. Catalogar grupos de medicamentos como 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.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

La consideración de distintos principios activos como medicamentos homólogos tiene una implicancia 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 de bajo peso molecular, antiulcerosos antagonistas de los receptores H2 de la histamina, antieméticos antagonistas de la serotonina, factores estimulantes del crecimiento de granulocitos y 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.

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. Se deben establecer previamente los indicadores 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 conveniencia de la creación de una comisión interdisciplinaria de farmacoeconomía como foro de debate y toma de decisiones en cuanto a criterios de utilización de medicamentos de alto impacto económico, es una medida que requiere una reflexión detenida.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs.As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

En dicha comisión debería participar la dirección médica, la dirección de gestión, la comisión de farmacia, el servicio 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, seguimiento y evaluación de las desviaciones.
- Análisis y control de los costos de la farmacoterapia: impacto económico de la utilización de nuevos fármacos, de nuevos protocolos y de ensayos clínicos.
- Establecer criterios para la utilización de medicamentos en base a la eficiencia.
- Sistemas de información: evaluación del costo/paciente, costo/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 interdisciplinaria de farmacoeconomía es un paso más en la gestión transparente de los recursos destinados a medicamentos y a una distribución racional del presupuesto.

La incorporación del término eficiencia al vocabulario sanitario ha sido un paso fundamental para tomar conciencia de la importancia del gasto sanitario, pero es necesario seguir avanzando y empezar a trabajar en aspectos todavía deficitarios en los hospitales públicos.

Es imprescindible mejorar los sistemas de información, y poder llevar a cabo la trazabilidad de los pacientes en cuanto al consumo de fármacos durante su estancia hospitalaria, e integrar la información, que nos permita establecer comparaciones con nuestros propios datos, con otros servicios que traten la misma patología, con otros hospitales y con los datos de la bibliografía.(2)

Otra asignatura pendiente es la incentivación 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.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

Como profesionales sanitarios, debemos defender que se destinen a salud los recursos necesarios para lograr la mejor asistencia de nuestros pacientes, y este análisis incluye la evaluación de dónde van los recursos.(12)

5- METODOLOGÍA

Desde el punto de vista del objeto de estudio, este es un estudio descriptivo, de carácter analítico, que expone las características de la composición del gasto en medicamentos del Hospital Garrahan.

Según material y medios, es un estudio de campo, donde los datos se recolectaron a partir de fuentes secundarias:

- Estadísticas de Consumo: Rubro: Medicamentos/Drogas. Área de Farmacia del Hospital Garrahan. (2º semestre 2008-1º semestre 2009).
- Estadísticas de Consumo de las Unidades Funcionales por Producto. Rubro: Medicamentos/Drogas. Producto: Gammaglobulina endovenosa. Área de Farmacia del Hospital Garrahan. (2º semestre 2008-1º semestre 2009).
- Análisis de costos directos sanitarios (costo de medicamentos).

6- DESARROLLO:

El Hospital Garrahan, es un hospital nacional de alta complejidad, para la atención de pacientes en edad pediátrica de todo el país. Es una entidad jurídica administrativa bijurisdiccional, con dependencia del Ministerio de Salud de la Nación y del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Esto implica un régimen de descentralización administrativa con autonomía económica, financiera y contable, sujeta al control de gestión.

Existe un amplio desarrollo de gestión de abastecimiento para diferentes tipos de insumos.

Los pasos logísticos establecidos son:

- Las diferentes áreas asistenciales determinan sus necesidades, que son transmitidas y analizadas por los Centros de Pedidos en conjunto con la Dirección de Servicios Técnicos. (En el caso de *Consumos de farmacia*, la medicación de cada paciente se ingresa diariamente en el sistema y es analizado a nivel de farmacia central a través de un programa con diferentes niveles de alerta de volumen de stock. El médico coordinador de cada unidad puede controlar el pedido a través del sistema informático de su sector).
- Desde la Dirección se solicita la asesoría del Comité de Tecnologías Sanitarias y/o del Comité de Drogas en caso de ser necesario.
- Una vez aprobado, el pedido ingresa al circuito de firmas de la Dirección (Dirección de Servicios Técnicos, Dirección Asociada de Atención Médica, Dirección Médica Ejecutiva) con una a tres firmas de acuerdo al monto.
- El pedido pasa a la Gerencia de Compras y se elabora el pliego licitatorio.
- Se evalúan las ofertas de acuerdo a una relación calidad /precio, ponderando la opinión del usuario.
- El proveedor que gana la licitación firma un contrato con cláusulas de cumplimiento y de rescisión. En base a indicadores se evalúa sistemáticamente el perfil de cumplimiento, porcentaje de rechazo por mala calidad de producto, tiempo de respuesta adecuado para las entregas.
- Existe un doble control: La Gerencia de Compras hace un control administrativo y el usuario el control de calidad.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

En el caso específico de los medicamentos existen tres formas de compra: una por contratación por droguería (que se elige por licitación). Esto corresponde a la compra de aproximadamente el 80% de los productos, y equivale alrededor del 20% del gasto.

La compra por licitación directa es la que se hace sobre aproximadamente el 20% de los productos, pero que equivale al 80% del gasto.

Por último existe un régimen de compra simplificado, (que no es exclusivo para medicamentos), que se utiliza en casos de urgencia o excepción, y que equivale a un porcentaje mínimo del gasto.

Se elige para el análisis el último año, compuesto por los períodos del segundo semestre de 2008- primer semestre de 2009.

Se considera a este período como representativo del consumo de medicamentos.

Del presupuesto asignado al Hospital Garrahan para el año 2009, un 5,6% (24.461.771 millones de pesos) corresponde al gasto en medicamentos. Éste corresponde a su vez a 1058 insumos.

En dicho período el 60% del gasto corresponde a 49 insumos, (59% segundo semestre de 2008, 61% primer semestre de 2009).

Del análisis de estos 49 insumos se verifican medicamentos de mayor y menor consumo, así como también de mayor y menor costo, con todas las combinaciones posibles. Si bien no hay acuerdo en la bibliografía ni en la institución, sobre los límites que los definen, existen medicamentos que visiblemente son de alto nivel de consumo, y bajo costo, y otros por el contrario, de bajo nivel de consumo y alto costo. Se suma a esto la variabilidad del precio entre uno y otro período que va de la no variación a aumentos mayores al 100%.

Para ejemplificar:

Medicamentos de alto costo (Tabla 1).

Medicamentos de alto consumos (Tabla 2).

Medicamentos de bajo costo (Tabla 3).

Medicamentos de bajo consumo (Tabla 4).

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

MEDICAMENTO	PRECIO 2008 \$	PRECIO 2009 \$
RITUXIMAB 10mg/ml F/A 50ml	8551,4	9885,5
PALIVIZUMAB 100mg F/A	3865,2	4370,3
FACTOR VIII C/V WILLEBRAND 1000	1815	2178
FACTOR VII ACT. REC.4,8mg F/A	16.649,9	16.981
FIBRINOGENO HUM. ADH.KIT	763	969
CASPOFUNGIN F/A 50 mg	1679,39	1861,9
GAMMAGLOBULINA 10gr F/A	1650	1650

TABLA 1: MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO

MEDICAMENTO	CONSUMO 2008	CONSUMO 2009
FENTANILO 0,5 mg/ml F/A	32.369	25.069
MORFINA 10mg/ML F/A	15.788	21.982
MIDAZOLAM 5mg/ml F/A	23.802	18.710
MEROPENEM 500mg F/A	14.109	13.677
SOLUCION CLORURO DE SODIO	329.873	314.200
DEXTROSA 5%	31.710	27.976

TABLA 2: MEDICAMENTOS DE ALTO CONSUMO

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

MEDICAMENTO	PRECIO 2008 \$	PRECIO 2009 \$
SOLUCION CLORURO DE SODIO	1,96	3,69
DEXTROSA 5%	2	3,07
MIDAZOLAM5mg/ml F/A	3,95	4,25
MORFINA 10 mg/ml F/A	2,18	2,79
FENTANILO 0,5mg/ml F/A	2,46	2,08

TABLA 3: MEDICAMENTOS DE BAJO COSTO

MEDICAMENTO	CONSUMO 2008	CONSUMO 2009
RITUXIMAB 10mg/ml F/A	33	33
GAMMAGLOBULINA 10gr F/A	16	100
PALIVIZUMAB 100mg F/A	16	35
FIBRINOGENO	24	77
FACTOR VII ACT.REC.	8	3

TABLA 4: MEDICAMENTOS DE BAJO CONSUMO

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

De la relación entre precio y nivel de consumo surge el costo de cada insumo para cada período analizado.

De este análisis se deduce en qué se gasta más (Tabla 5).

Producto		Consumo2008	Consumo2009	Diferencia	Precio2008 \$	Precio2009 \$	Valorización1	Valorización2
GAMMA ev. 2500mg f/a	1323	1157	-166	371,19	371,2	491.093,6	429.478,4	
GAMMAev. 5000mg f/a	1304	1262	-42	742,39	742,4	968.083,1	936.908,8	
GAMMAev. 1000mg f/a	16	100	84	1650	1650	26.400	165.000	
ANFOTER. B Comp. Lip.	590	764	174	625,63	799,2	369.121,7	610.588,8	
SEVOFLUORANO	1158	1194	36	465,79	465,79	539.384,8	556.153,26	

TABLA 5: GASTO Y COSTOS SEGÚN RELACIÓN NIVEL DE CONSUMO Y PRECIO

El gasto total de gammaglobulina fue de 1.485.576\$ en el segundo semestre de 2008, y 1.531.386\$ en el primer semestre de 2009, por lo que se convierte en el medicamento en el que más se gastó en ambos períodos. Este consumo corresponde al 20,80% del gasto que llevan los primeros 49 insumos (segundo semestre 2008) y 19,94% (primer semestre de 2009).Esto equivale al 12,38% y 12,28% del gasto total en medicamentos para cada período respectivamente.

Del análisis de consumo por unidad funcional, surge que el servicio donde se utilizó más gammaglobulina en ambos períodos fue el Hospital de Día Polivalente (clínico-quirúrgico). (Tablas 6,7 y 8).

El Área de Farmacia edita periódicamente el Boletín CIME (centro de información sobre medicamentos).

El boletín N° 38 año IX, de octubre de 2006 es sobre " GAMMAGLOBULINA, uso pediátrico basado en la evidencia científica". Se describe su uso por especialidad, indicación, enfermedades en las que la gammaglobulina es inefectiva, grado de recomendación y niveles de evidencia basados en la evidencia científica, así como también efectos adversos.

GAMMAGLOBULINA 2500MG F/A		Cons.		Valorizacion_Periodo_1		Valorizacion_Periodo_2		Desvio P2-	
	Ult Pr	08			Cons. 09			P1 (%)	Cons.Prom
OBSERVACION	371,2	107		39718,4	6	2227,2		-94,39	8,67
CIM 32	371,2	39		14476,8	53	19673,6		35,9	6,92
C M 41	371,2	94		34892,8	62	23014,4		-34,04	12
CIM 42	371,2	70		25984	21	7795,2		-70	7,17
CIM 43	371,2	30		11136	24	8908,8		-20	5,58
C M 61 SALA	371,2	39		14476,8	106	39347,2		171,79	10
CIM 62	371,2	59		21900,8	41	15219,2		-30,51	7,17
CIM 73	371,2	73		27097,6	22	8166,4		-69,86	6,83
CIM 74	371,2	12		4454,4	1	371,2		-91,67	0,5
CIM 77	371,2	1		371,2	0	0		-100	0
UCI NEO 34	371,2	5		1856	0	0		-100	0,42
UCI44	371,2	1		371,2	43	15961,6		4200	3,75
UCI45	371,2	2		742,4	23	8537,6		1050	2,08
RELACIONES NSTITUCIONALES Y COMUN SOC.	371,2	1		371,2	0	0		-100	0
TRANSP. MEDULA OSEA	371,2	5		1856	62	23014,4		1140	9,33
TRANSP. RENAL 3303	371,2	2		742,4	1	371,2		-50	0,08
HOSPITAL DE DIA CLINICA Y CIRUGIA P.ALTA	371,2	563		208985,6	489	181516,8		-13,14	66
HOSPITAL DE DIA ONCOLOGIA	371,2	250		92800	203	75353,6		-18,8	29
TABLA 6 CONSUMO GAMMAGLOBULINA ENDOVENOSA 2500MG F/A POR UNIDADES FUNCIONALES.									

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS Bs. As. Argentina Tel +54 11 5239-4000

web www.isalud.edu.ar - ma nformes@isa.ud.edu.ar

GAMMAGLOBULINA 5000MG F/A		Ultimo_Precio	Cons. 08	Valoriz2008	Cons.09	Valoriz2009	P1 (%)	Desvio P2-
OBSERVACION								Cons. Prom.
CIM 32		742,4	79	58649,6	18	13363,2	-77,22	6,75
CIM 41		742,4	23	17075,2	27	20044,8	17,39	5,17
CIM 42		742,4	40	29696	95	70528	137,5	11
CIM 43		742,4	68	50483,2	42	31180,8	-38,24	7,25
CIM 61 SALA		742,4	70	51968	78	57907,2	11,43	15
CIM 62		742,4	72	53452,8	35	25984	-51,39	8,83
CIM 73		742,4	80	59392	32	23756,8	-60	13
CIM 74		742,4	72	53452,8	47	34892,8	-34,72	8,92
CIM 77		742,4	25	18560	49	36377,6	96	4,92
UCI44		742,4	79	58649,6	0	0	-100	0
UCI45		742,4	11	8166,4	68	50483,2	518,18	6,67
UCI QUEMADOS		742,4	20	14848	35	25984	75	4,08
TRANSP. MEDULA OSEA		742,4	1	742,4	18	13363,2	1700	1,5
TRANSP. RENAL 3303		742,4	35	25984	56	41574,4	60	9,17
HOSPITAL DE DIA CLIN CA Y CIRUGIA P.ALTA		742,4	17	12620,8	1	742,4	-94,12	0,58
HOSPITAL DE DIA ONCOLOGIA		742,4	499	370457,6	553	410547,2	10,82	100
		742,4	113	83891,2	108	80179,2	-4,42	16
I								
TABLA 7 CONSUMO GAMMAGLOBULINA ENDOVENOSA 5000MG F/A POR UNIDADES FUNCIONALES.								

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS Bs. As. Argentina Tel +54 11 5239-4000

web www.isalud.edu.ar - ma nformes@isalud.edu.ar

GAMMAGLOBULINA 10GR F/A	Ultimo_Precio	Cons. 08	Valor2008	Cons. 09	Valor2009	Desvio P2- P1 (%)	Cons.Prom.
OBSERVACION	1650	0	0	1	1650	100	0,08
CIM 41	1650	0	0	13	21450	100	1,08
CIM 42	1650	0	0	2	3300	100	0,17
C M 43	1650	0	0	5	8250	100	0,42
CIM 61 SALA	1650	0	0	6	9900	100	0,5
CJM 62	1650	0	0	3	4950	100	0,25
CIM 73	1650	0	0	2	3300	100	0,17
CIM 74	1650	1	1650	4	6600	300	0,33
CIM 77	1650	6	9900	0	0	-100	0
UCI44	1650	0	0	20	33000	100	2,22
TRANSP. RENAL 3303	1650	1	1650	0	0	-100	0
INMUNOLOGIA	1650	0	0	3	4950	100	0,33
HOSPITAL DE DIA CLINICA Y CIRUGIA							
P.ALTA	1650	8	13200	26	42900	225	2,17
HOSPITAL DE DIA ONCOLOGIA	1650	0	0	15	24750	100	1,25
TABLA 8 CONSUMO GAMMAGLOBULINA ENDOVENOSA 10 GR. POR UNIDADES FUNCIONALES							

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS Bs. As. Argentina Tel +54 11 5239-4000

web www.isa.ud.edu.ar - mai nformes@isalud.edu.ar

7- CONCLUSIONES

A manera de síntesis se puede concluir que el aumento del gasto en medicamentos responde a múltiples razones que no solo tienen que ver con el aumento de precios, sino también con el aumento de la actividad (más pacientes atendidos, mayor supervivencia, inversión en desarrollo de nuevas tecnologías para diagnóstico que conlleva a la cascada terapéutica), nuevos usos de fármacos ya existentes y nuevos fármacos para nuevas indicaciones que ofrecen posibilidades terapéuticas mejores o antes inexistentes.

Desde el análisis económico de la actividad sanitaria se consideran los costos de las intervenciones, el impacto de diferentes alternativas incluyendo tanto los costos como los resultados de cada posible intervención desde la perspectiva del análisis de costo efectividad. La correlación con beneficios reales o potenciales individuales o colectivos desde el análisis de costo beneficio. La última dimensión, es la perspectiva desde la cual se realiza la evaluación económica sanitaria, sea el conjunto de la sociedad, el paciente, el financiador o el prestador.

La tarea es que el análisis sea riguroso, y el objetivo es conseguir los mejores resultados de los recursos invertidos.

Estas evaluaciones deberían ser un recurso de apoyo continuo para la toma de decisiones.

La evaluación de las tecnologías sanitarias es un abordaje multidisciplinario para el estudio de las implicancias médicas, sociales, éticas y económicas del desarrollo, difusión y utilización de nuevas tecnologías. Uno de los desafíos de las evaluaciones de tecnologías sanitarias es alcanzar la máxima credibilidad, y demostrar utilidad en el apoyo a la toma de decisiones.

Para las decisiones terapéuticas, cobra especial interés el impulso que emerge del nuevo paradigma de la medicina basada en la evidencia, que consiste en la experiencia clínica individual, sustentada en la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, luego de asegurada la revisión crítica y exhaustiva de ésta.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

En la evaluación de nuevos fármacos deben considerarse también los conceptos de la medicina basada en la eficiencia, que consiste en emplear los recursos disponibles en la mejor alternativa posible, con el fin de maximizar los beneficios alcanzables en términos de salud, realizando evaluaciones rigurosas de la eficacia y seguridad del medicamento, para luego hacer evaluaciones farmacoeconómicas, y por último las propuestas para la toma de decisiones en comisiones.

Las comisiones o comités interdisciplinarios de farmacia, deben establecer las condiciones de uso para que el fármaco se emplee en los subgrupos de pacientes en los que las ventajas y beneficios de uso sean clínicamente significativos y con un costo valorado.

Esto es especialmente útil en las decisiones en cuanto a criterios de utilización de medicamentos de alto impacto económico.

En este estudio descriptivo se expone la composición y las características del gasto en medicamentos en el Hospital Garrahan en el período del 2º semestre del año 2008 y el 1º semestre del año 2009.

En dicho período, un 5,6% del presupuesto anual se destinó a la compra de medicamentos, valor que correspondió a 1058 insumos.

El análisis que relaciona precio y nivel de consumo permite establecer que 49 insumos se llevan el 60% del gasto.

Este grupo incluye medicamentos de evidente alto y bajo precio, y de evidente alto y bajo nivel de consumo, sin que esto esté numéricamente definido o limitado ni por la bibliografía ni por el propio hospital, pero de la correlación precio/nivel de consumo surge el costo de cada insumo para cada semestre analizado y se deduce en qué se gastó más.

El medicamento en el que más se gastó fue la gammaglobulina endovenosa para ambos períodos.

Este consumo corresponde al 20,80% del gasto que llevan los primeros 49 insumos (segundo semestre 2008) y 19,94% (primer semestre de 2009). Esto equivale al 12,38% y 12,28% del gasto total en medicamentos para cada período respectivamente.

Del análisis de consumo por unidad funcional, surge que el servicio donde se utilizó más gammaglobulina en ambos períodos fue el Hospital de Día Polivalente (clínico-quirúrgico).

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs.As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

Este es el lugar donde tienen internación breve, pacientes con enfermedades crónicas, que requieren infusión endovenosa periódica de gammaglobulina, por alguna condición de su patología de base.

La elaboración desde el Area de Farmacia de boletines con la revisión periódica de las indicaciones y criterios de utilización de los fármacos, desde la mejor evidencia científica y con los distintos niveles de recomendación, es un aporte al uso racional de los mismos con presumible impacto en el gasto.

Es evidente la utilidad del desarrollo de sistemas de registro informatizado que otorguen datos sobre costos, nivel de consumo, consumo por áreas funcionales y por paciente. Es imprescindible la difusión de esta información a los responsables de la utilización, para el monitoreo del gasto, para detectar desviaciones en el consumo, para plantear estrategias para la revisión de las indicaciones, y como herramienta para evaluar el impacto de las medidas orientadas al uso racional de los medicamentos y la contención del gasto.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

8- BIBLIOGRAFIA

- 1-Asua Barrita,J.; Sacristán del Castillo, J.A. Regulación de Tecnologías Sanitarias [Sección del libro] // Gestión Sanitaria. Innovaciones y Desafíos / aut. libro Rubio Vicente Ortún. - [s.l.] : Masson, 2000.
- 2-Barsuto.I Responsabilidad farmacéutica en el URM [Conferencia]// Política, Economía y Gestión de Medicamentos. - Santa Fe: [s.n.], 2005. - Vols. pags:406-414.
- 3-Bernztein R. Prescripción y Uso de medicamentos provistos por Remediar en el primer nivel de atención pública de la Argentina [Conferencia]// Política, Economía y Gestión de Medicamentos. - Santa Fe: [s.n.], 2005. - Vols. pags:383-405.
- 4-Cosp X. Bonfil La medicina basada en la evidencia científica [Sección del libro] // Gestión Sanitaria. Innovaciones y Desafíos / aut. libro Rubio Vicente Ortún. - [s.l.] : Masson, 2000.
- 5-Delgado,O.; Escrivá,A.; Puigventos,F.; Ginés,J.; Gestión Económica de Medicamentos [Publicación periódica] // El Farmacéutico Hospitales. - 2002. - pág. N° 131.
- 6-El mercado farmacéutico español [Sección del libro] // Gestión Sanitaria. Innovaciones y Desafíos / aut. libro Rubio Vicente Ortún. - [s.l.] : Masson, 2000.
- 7-Farmacoeconomía:Introducción de nuevos medicamentos en la guía farmacoterapéutica [Informe]. - Madrid : Instituto de Estudios Médico-Científicos.Fundamentos de Farmacoeconomía, 2002.
- 8-Investigación de Resultados [Sección del libro] // Gestión Sanitaria. Innovaciones y Desafíos / aut. libro Rubio Vicente Ortún. - [s.l.] : Masson, 2000.
- 9-La visión desde el Ministerio de Salud de la Nación [Conferencia]// Política, Economía y Gestión de Medicamentos. - Santa Fe: [s.n.], 2005. - Vols. pags: 336-352.
- 10-OMS Definición de Uso Racional de Medicamentos [Conferencia]// Conferencia de Expertos de Nairobi. - Nairobi: [s.n.], 1985.
- 11-Puigventos,F.; Ventayol,P.; Cervera,M.; Ginés,J.; Delgado,O. Evaluación de Fármacos en el Hospital: ¿medicina basade en la evidencia o medicina basade an la eficiencia? [Publicación periódica]// El Farmacéutico de Hospitales. - 2002. - pág. N° 131 .

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

12-Vasallo C. PMO y Agencia de Evaluación. Un análisis desde la Economía de la Salud [Conferencia]// Política, Economía y Gestión de Medicamentos. - Santa Fe: [s.n.], 2005. - Vols. pags:309-322.

13-Velasquez G. Farmacoeconomía: Evaluación científica o estrategia comercial? [Publicación periódica]. - Washington: Revista Panamericana de Salud Pública, 1999. Vol. 5. N°1.

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000

web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar