

Trabajo de Investigación

Medwave. Año X, No. 8, Agosto-Septiembre 2010. Open Access, Creative Commons.

Consumo de medicamentos cardiovasculares en atención primaria para un contrato de salud privado. Bogotá-Colombia, 2009

Autores: Fernando González Chacón⁽¹⁾, Fernando Guerrero López⁽²⁾, César A. Parada Jaimes⁽³⁾

Filiación:

⁽¹⁾Químico Farmacéutico, Organización Sanitas Internacional, Gerencia de Riesgo.

⁽²⁾Médico Farmacoepidemiología, Organización Sanitas Internacional.

⁽³⁾Administrador de Empresas, Farmasanitas, Gerencia de Compras.

doi: 10.5867/medwave.2010.08.4703

Ficha del Artículo

Citación: González F, Guerrero F, Parada CA. - Consumo de medicamentos cardiovasculares en atención primaria para un contrato de salud privado. Bogotá-Colombia, 2009. *Medwave* 2010 Ago-Sep;10(8). doi: 10.5867/medwave.2010.08.4703

Fecha de publicación: 1/8/2010

Origen: resumen presentado en Congreso AES 2010

Resumen

Justificación y Objetivos: El gasto de medicamentos en los países en vías de desarrollo puede acercarse al 60%. La gran cantidad de especialidades farmacéuticas exigen un conocimiento muy amplio de farmacoterapia para asegurar su buen uso y conocer los aspectos económicos que pueden modificar su consumo. En atención primaria la Hipertensión arterial representa la primera causa de morbilidad y representa una de las principales causas del gasto privado en medicamentos. Para nuestra empresa aseguradora de salud la proporción de gastos atribuidos a los medicamentos representa un 43% del costo total de atención en un contrato privado de atención de 14700 usuarios. Desarrollamos un estudio para determinar el consumo de medicamentos y su tendencia para el primer semestre del año.

Métodos: Se desarrolló un estudio de Utilización de Medicamentos Cuantitativo tipo Consumo para un periodo de 5 meses. Utilizamos 143655 registros de dispensación y facturación de medicamentos para el país. Los registros se clasificaron bajo el código ATC. Se calcularon los costos y el consumo para cada grupo terapéutico. Se analizaron 34911 registros nacionales del grupo de Medicamentos Cardiovasculares para terapia Antihipertensiva y realizando el cálculo de DDD para cada principio activo.

Resultados: Durante el tiempo de análisis para el contrato de salud, el costo promedio mes de medicamentos para el país fue \$ 1.475.517.061. La ciudad de Bogotá representa el 48% del costo total de Medicamentos. El costo promedio/mes por afiliado para el periodo fue 69 dólares y para el grupo cardiovascular 17 dólares. El grupo terapéutico Cardiovascular represento el 25% del costo en el país. Los medicamentos del subgrupo de IECAS represento un 33% del costo, Hipolipemiantes 25%, Betabloqueadores 18%, Calcioantagonistas 11%, Vasoprotectores y otros antihipertensivos 3% respectivamente, Diuréticos 2%, otros definidos como terapia cardiaca (glucósidos) 2% y vasodilatadores periféricos 0,1%.

En el subgrupo de Medicamentos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina, los antagonistas de la Angiotensina II, representan el 47% y los IECAS el 5 % del costo total. Las combinaciones a dosis Fijas representan el 47% y se realizan con los antagonistas de la Angiotensina II. La DDD más alta para ambos subgrupos fue Losartan 60,3 y enalapril 62,2.

Para el subgrupo de Betabloqueadores, el metoprolol succinato representa el 61% del costo (DDD 9,7), el metoprolol tartrato 18%(DDD 7,2), carvedilol 7% (DDD 2,3) y atenolol 8% (DDD 2,4).

Para el subgrupo de Calcioantagonistas, el amlodipino representa el 22 % del costo (DDD 35), la nifedipina 48% (DDD 8,1), verapamilo 1,4% (DDD 4,2), isradipino 16% (DDD 1,9), Nimodipina 3% (DDD 0,005), Diltiazem 2% (DDD 1).

Para el grupo de Diuréticos, la Hidroclorotiazida representa el 2% del costo (DDD 23,2), Furosemida 29% (DDD 10,7), espironolactona 28% (DDD 3,6) e Indapamida 13% (DDD 0,3). La tendencia de Costo y consumo para los medicamentos durante el periodo de estudio indica una disminución para todos los grupos.

Conclusiones: En atención primaria el grupo de medicamentos cardiovasculares continúa siendo el principal generador de costo. El costo promedio/mes por afiliado para todos los medicamentos es superior a la referida en países desarrollados, y ha descendido muy poco durante el primer semestre. Los medicamentos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina representaron un consumo y coste similar (33%). Este grupo continua siendo el más alto, sin embargo la participación de IECAS es notablemente menor en costo y en consumo frente a los ARA II. Los BB representaron 10% del consumo y uno costo del 18% del total. Esta cifra indica la poca aceptación para este grupo de medicamentos. Los Calcioantagonistas representaron una participación en el consumo y costo similar (11%). Cifra muy inferior a la registrada en otros estudios. Posiblemente las controversias entorno a su seguridad, que han afectado básicamente a nifedipino, y el ingreso de ARAII pueden haber afectado su uso. Los diuréticos son los fármacos que presentan el mejor perfil de costo / eficiencia, sin embargo para este estudio aunque su costo solamente representa un 2% del total, su consumo (10%) es muy inferior al referido en otros estudios de utilización. En general el costo y consumo para los cuatro grupos de medicamentos evidencia una tendencia al descenso durante el periodo de estudio, sin embargo, el costo promedio por usuario no disminuye. Esto posiblemente puede hacernos llegar a concluir que a pesar de intentar fomentar un uso racional de los medicamentos y de existir un control administrativo, el uso inadecuado y libre de medicamentos con un costo elevado tiene implicaciones económicas tan adversas que difícilmente serán corregidas de no modificar los patrones de prescripción con esquemas restringidos de formulación. Las cifras desalentadoras de control de HTA que están cercanas al 50%, deben hacer que se justifique la asignación de recursos económicos a terapias farmacológicas y no farmacológicas que realmente impacten los perfiles de riesgo cardiovascular en una población.

Palabras Claves: EUM-Consumo-Medicamentos Cardiovasculares-Hipertension Arterial.

Introducción

Para evaluar el gasto atribuido a Medicamentos deben determinarse varios aspectos relacionados indirectamente a la cadena de Medicamentos tales como: El tipo de Sistema de salud, el ingreso per cápita, el tipo de asegurabilidad y el sistema de pago, la tendencia del mercado Farmacéutico y el precio de los medicamentos.

El gasto de medicamentos representa entre el 8 a 20% del presupuesto total de salud en los países desarrollados, mientras que en los países en vías de desarrollo puede acercarse al 40 o 60%, generado principalmente en atención primaria. El gasto total en medicamentos en EE.UU. representa el 10% del gasto total en salud, Francia (21%), España (20%), Italia (17%) o Reino Unido (16%), Alemania (12%) y México 22%. De acuerdo al ingreso de la población el gasto en medicamentos por ingreso per cápita puede oscilar entre un 13% al 24% para ingresos medios y altos. El gasto privado y público en medicamentos puede oscilar entre un 39% a 60%, cifra que se modifica de acuerdo al nivel de ingreso. El gasto de Medicamentos de acuerdo a la fuente de financiamiento en los Estados Unidos ha señalado un incremento en el gasto asignado para los seguros privados. El mercado farmacéutico Latinoamericano ha tenido una tendencia al incremento cercano al 12% (Colombia 23%). La tendencia del Índice de volumen de la producción y de precios de la

industria farmacéutica ha incrementado notablemente los últimos años.

La innovación terapéutica, con precios generalmente más elevados, puede no representar mas eficacia o efectividad que los medicamentos anteriores del mismo grupo, así que debe determinarse su impacto en morbilidad y económico para justificar su ingreso o continuación dentro de un sistema de salud. En España existen más de 6.500 especialidades ofertadas que exigen, además de un conocimiento muy amplio de farmacoterapia para asegurar su buen uso, no olvidar los aspectos económicos que puede modificar su consumo. En atención primaria la Hipertensión arterial representa la primera causa de morbilidad con una prevalencia del 12% y representa según la IMS una de las principales causas (5 %) del gasto privado en medicamentos, además representa una importante participación en la entrada de principios activos al mercado de los Estados Unidos, por patología, según registros de FDA.

Para nuestra empresa aseguradora de salud que tiene un convenio de atención privado la proporción de gastos atribuidos a los medicamentos ha representado un 43% del costo total de atención. La existencia de un vademécum no restringido en atención ambulatoria para este convenio ha ocasionado un uso inadecuado de medicamentos innovadores con notables implicaciones

económicas. La política de medicamentos de la Organización desarrollo un sistema de información de consumo de Medicamentos para lograr establecer grupos terapéuticos farmacológicos prioritarios con el fin de medir la efectividad de intervenciones realizadas. Como resultado de esta primera fase desarrollamos un estudio para determinar el consumo de medicamentos y su tendencia para el primer semestre del año. Priorizamos la medición del consumo de medicamentos para el grupo farmacológico Cardiovascular en la ciudad de Bogotá que representa la mayor concentración de afiliados en el país.

Métodos

Se desarrollo un estudio de Utilización de Medicamentos Cuantitativo tipo Consumo para un periodo de 5 meses. La fuente primaria utilizada fue una base de 143655 registros de dispensación y facturación de medicamentos para el país. Los datos de costos y consumo fueron validados y los registros de medicamentos se clasificaron bajo el código ATC. Se calcularon los costos y el consumo para cada grupo terapéutico. Se analizaron 34911 registros nacionales del grupo de Medicamentos Cardiovasculares. Para el análisis se selecciono únicamente la ciudad de Bogotá que representa el 45% del costo de medicamentos (11338 registros). Se seleccionaron para el análisis los cuatro primeros Subgrupos farmacológicos, por priorización de uso para terapia en Hipertensión arterial y existencia de guías de manejo, y se realizó el cálculo de DDD en las presentaciones en monofármaco. Se utilizó el programa Access y Excel.

Resultados

Durante el tiempo de análisis para el contrato de salud, el costo total de medicamentos para el país fue \$7.377.585.303 (pesos) (promedio mes \$ 1.475.517.061). La ciudad de Bogotá representa el 48% del costo total de Medicamentos.

El costo promedio/mes por afiliado para el periodo fue de \$100.375 (69 dólares) y para el grupo cardiovascular de \$25.808 (17 dólares).

El grupo terapéutico Cardiovascular represento el 25% del costo en el país con un promedio mes de \$ 379.371.332 y para la ciudad de Bogotá de \$139.366.745. Los medicamentos del subgrupo de IECAS represento un 33% del costo, Hipolipemiantes 25%, Betabloqueadores 18%, Calcioantagonistas 11%, Vasoprotectores y otros antihipertensivos 3% respectivamente, Diuréticos 2%, otros definidos como terapia cardiaca (glucósidos) 2% y vasodilatadores periféricos 0,1%.

Se seleccionaron para el análisis los cuatro primeros subgrupos farmacológicos, y se realizó el cálculo de DDD en las presentaciones en monofármaco para IECAS, Calcioantagonistas, Antagonistas de Angiotensina II, y Diuréticos.

Para el subgrupo de Medicamentos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina, los antagonistas de la

Angiotensina II, representan el 47% y los IECAS el 5 % del costo total. Las combinaciones a dosis Fijas representan el 47% y se realizan con los antagonistas de la Angiotensina II. Con respecto a la proporción en el consumo de medicamentos los antagonistas de la Angiotensina II, representan el 45%, los IECAS el 32 % y las combinaciones a dosis fijas el 22%. La DDD más alta para ambos subgrupos fue Losartan 60,3 y enalapril 62,2.

Para el subgrupo de Betabloqueadores, el metoprolol succinato representa el 61% del costo (DDD 9,7), el metoprolol tartrato 18% (DDD 7,2), carvedilol 7% (DDD 2,3) y atenolol 8% (DDD 2,4).

Para el subgrupo de Calcioantagonistas, el amlodipino representa el 22 % del costo (DDD 35), la nifedipina 48% (DDD 8,1), verapamilo 1,4% (DDD 4,2), isradipino 16% (DDD 1,9), Nimodipina 3% (DDD 0,005), Diltiazem 2% (DDD 1).

Para el grupo de Diuréticos, la Hidroclorotiazida representa el 2% del costo (DDD 23,2), Furosemida 29% (DDD 10,7), espironolactona 28% (DDD 3,6) e Indapamida 13% (DDD 0,3).

La tendencia de Costo y consumo para los medicamentos durante el periodo de estudio, refleja una disminución para todos los grupos.

Discusión/Conclusiones

Los EUM tienen como limitación la extrapolación de resultados entre regiones dado que pueden existir diferencias en los servicios de salud donde se desarrollan. Sin embargo, comparamos nuestros resultados con estudios previos hechos en Noruega, España y Colombia encontrando como los porcentajes de participación en consumo semejante de Medicamentos para el grupo de IECAS, ARA II y BB. Las diferencias más notables en consumo se encuentran en Diuréticos y Calcioantagonistas. Sin embargo su participación en Costo es muy diferente exceptuando el grupo de IECAS. El Costo ARA II como monofármacos entre nuestros hallazgos y el estudio de España fueron similares, pero notablemente más elevados que los de Noruega. Los resultados del estudio desarrollado en Colombia en una población de pacientes con HTA tuvieron un porcentaje muy diferente de distribución con respecto al consumo, que es explicado por la inclusión únicamente de medicamentos establecidos en Sistema Publico Nacional de Seguridad Social POS (Plan obligatorio de Medicamentos), este estudio de referencia mostró patrones de uso más racionales cercanos a las recomendaciones internacionales para el manejo de HTA que los obtenidos con nuestro estudio.

En atención primaria el grupo de medicamentos cardiovasculares continúa siendo el principal generador de costo. El costo promedio/mes por afiliado para todos los medicamentos para el periodo de estudio fue 69 dólares, cifra superior a la referida en países desarrollados, y que ha descendido muy poco durante el primer semestre. Los medicamentos que actúan sobre el sistema renina-

angiotensina representaron, como el estudio español, un consumo y coste similar (33%). Este grupo continua siendo el más alto, sin embargo la participación de IECAS es notablemente menor en costo y en consumo frente a los ARA II. Este grupo de medicamentos junto con los diuréticos y los BB, son un buen exponente de eficiencia en el empleo clínico de antihipertensivos y su tendencia. La introducción de los ARA-II ha tenido un impacto considerable en el consumo de IECAS. Los antagonistas de receptores de la angiotensina II representaron un 31% del costo, frente a un 18% en consumo. Este grupo de Medicamentos presenta muchas características comunes con los IECA, con un perfil de riesgo / beneficio es muy similar, pero son notablemente mas costosos. Las DDD más altas las registraron el Losartan y el Enalapril. Es conveniente resaltar el alto consumo de ARA II en combinación a dosis fijas que representaron el 22% del consumo pero el 44% del costo. Las ventajas clínicas de las formulaciones a dosis fijas están reconocidas por las guías de HTA, que reconocen el efecto hipotensor aditivo de las asociaciones, la reducción de efectos adversos, la duración del efecto antihipertensivo, el aumento en la adherencia y la utilización de dosis más reducidas. Dado el elevado porcentaje de pacientes que requieren asociaciones según el estudio realizado en pacientes hipertensos y conociendo sus ventajas, puede establecerse que el crecimiento de su uso puede ser un indicio favorable en el manejo de estos pacientes.

Los BB representaron 10% del consumo y uno costo del 18% del total. Esta cifra es indicadora, como en España, de poca aceptación para este grupo de medicamentos, cifra muy inferior a datos de países como Noruega. Este consumo es posiblemente explicado a su perfil de seguridad y a ciertas contraindicaciones para su uso. Estos fármacos continúan siendo de primera elección en pacientes hipertensos jóvenes o con antecedentes de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca o fibrilación auricular. La publicación de algunas revisiones sistemáticas ha puesto en duda la eficacia de este grupo de fármacos frente a otros grupos de antihipertensivos y han sido cuestionados como primera línea en el tratamiento de la hipertensión arterial. La tendencia del mayor uso de metoprolol tartrato (DDD 7,2) frente a succinato (DDD 9,7) parece indicar que son tomadas algunas ventajas del perfil cinético del succinato para mantener las cifras de presión arterial controladas, sin embargo la participación en el costo de este ultimo fármaco es casi cuatro veces superior.

Los Calcioantagonistas representaron una participación en el consumo y costo similar (11%).Cifra muy inferior a la registrada en otros estudios. Posiblemente las controversias entorno a su seguridad, que han afectado básicamente a nifedipino, y el ingreso de ARAII pueden haber afectado su uso. Está demostrado que los bloqueadores dihidropiridínicos de acción prolongada reducen el riesgo de AVC y de morbilidad cardiovascular y que pueden ser un tratamiento alternativo a los diuréticos tiazídicos cuando éstos estén contraindicados en personas mayores. Además pueden ser un tratamiento alternativo a los bloqueadores beta-adrenérgicos, siempre que la

función ventricular izquierda sea normal. Sin embargo publicaciones de metanálisis que han observado que pueden ser inferiores a los diuréticos, bloqueadores beta-adrenérgicos e IECA en la prevención del infarto de miocardio y la insuficiencia cardíaca, pueden haber afectado su grado de recomendación y por lo tanto de uso. El amlodipino presento la DDD mas alta de este grupo de medicamentos, justificado posiblemente por que las guías lo incluyen como medicamento de primera línea y destacan su eficacia en pacientes de edad avanzada con HTA sistólica aislada o asociada a diabetes. La DDD de nifedipino debe tomarse con precaución ante la posibilidad de desconocer algunos aspectos señalados de seguridad desventajosos frente a otros calcioantagonistas.

Está demostrado que los diuréticos son los fármacos que presentan el mejor perfil de costo / eficiencia, sin embargo para este estudio aunque su costo solamente representa un 2% del total, su consumo (10%) es muy inferior al referido en otros estudios de utilización. Los diuréticos continúan siendo considerados de primera elección para el tratamiento de la hipertensión arterial no complicada, siempre que se toleren bien y no estén contraindicados. Uno de los diuréticos tiazídicos con mejor perfil de eficacia ha sido Hidroclorotiazida lo que explica posiblemente la DDD hallada, sin embargo no resultan claras las justificaciones para DDD altas de furosemda.

En general el costo y consumo para los cuatro grupos de medicamentos evidencia una tendencia al descenso durante el periodo de estudio, sin embargo, el costo promedio por usuario no disminuye. Esta situación podría explicarse con cambios demográficos o de morbilidad que fueron revisados pero que no encontramos con mayores cambios durante el período de observación. Esto posiblemente puede hacernos llegar a concluir que a pesar de intentar fomentar un uso racional de los medicamentos y de existir un control administrativo, el uso inadecuado y libre de medicamentos con un costo elevado tiene implicaciones económicas tan adversas que difícilmente serán corregidas de no modificar los patrones de prescripción con esquemas restringidos de formulación.

Para realizar un convenio de atención en salud para una entidad privada que forme parte del sistema general de salud, es conveniente establecer un panorama del riesgo inicial con respecto al consumo esperado de medicamentos para una población de acuerdo a parámetros demográficos y de morbilidad. Sin embargo, resulta difícil predecir los comportamientos futuros de uso y su impacto en el gasto total de atención solamente con estos dos factores, por lo que es conveniente además conocer los aspectos económicos que están relacionados al gasto de medicamentos. Establecer el consumo de medicamentos es una estrategia adecuada para lograr priorizar intervenciones y actualmente son norma en las políticas de medicamentos de países desarrollados. Como se ha señalado el gasto de medicamentos en un país como Colombia puede ser hasta 6 veces a la proporción asignada en un país desarrollado, diferencia que tiene implicaciones notables para el equilibrio económico de un

sistema de salud y financiero de una entidad aseguradora en Salud.

En los seguros privados el incremento asignado a medicamentos del gasto total, podría justificarse con la tendencia al incremento de: el mercado Farmacéutico, los precios, mayor uso de nuevas moléculas, la tendencia de consumo en grupos de niveles altos de ingreso, fallas en programas de uso racional de medicamentos, y a la existencia de vademécum abiertos. Esta última situación se agrava ante la conclusión de un estudio de Fedesarrollo en Colombia que indica como el mercado de medicamentos opera bajo serias asimetrías de información y que en muchos casos el gasto en farmacia se concentra en las alternativas más costosas, lo que indica que el consumidor o su prescriptor no reconocen o no utilizan la existencia de sustitutos con menor precio pero igualmente efectivos.

Por último las cifras desalentadoras de control de HTA que están cercanas al 50%, deben hacer que se justifique la asignación de recursos económicos a terapias farmacológicas y no farmacológicas que realmente

impacten los perfiles de riesgo cardiovascular en una población.

Referencias

1. Cárdenas M, Propiedad intelectual en el sector farmacéutico colombiano. Fedesarrollo. Noviembre 2006. Congreso de Economía de salud.
2. Laporte JR. Proyecto de Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios (121/66). Marzo 2006
3. García J, Ramos E, De abajo F, y Mateos R, Utilización de antihipertensivos en España (1995-2001) Rev. Esp Cardiol 2004; 57(3):241-9
4. Isaza C, Osorio F, Mesa G, Moncada J. Patrones de Uso de antihipertensivos en 11.947 pacientes colombianos. Biomédica diciembre 2002 Vol. 22 No 004 476-485
5. Molina R Universidad Autónoma de México Financiamiento y acceso a los medicamentos en México. Departamento de Economía.
6. FICF. Index farmacológico. Abril 2009.
7. Anónimo. DOSSIER. Farmaindustria. Octubre 2001



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.