

## Bibliografía

1. López Díaz J, Alejandro Lázaro G, Redondo de Pedro S, Soto García M, López de Castro F, Rodríguez Alcalá FJ. ¿Comprenden los pacientes el tratamiento antibiótico descrito? *Aten Primaria*. 2001;28:386-90.
2. Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Márquez Cabeza JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. *FMC*. 2001;8:558-73.
3. Smith MA. Antibiotic resistance. *Nurs Clin North Am*. 2005;40:63-75.
4. Alfonso T. El rol del farmacéutico en automedicación. Uso de medicamentos: análisis desde la experiencia en España. *Pharm Care Esp*. 1999;1:157-64.
5. López Casanovas G. Reference pricing and pharmaceutical policy. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 2001.
6. Grande E. Dosis individualizada: ¿medicamentos a granel? *Cuadernos Farmacia*. 2003;129:4-9 [citado 23 Feb 2005]. Disponible en: <http://www.cofv.es/pub/cuadernos/cf010203/cf129.pdf>

---

## Comentario. Dispensación personalizada frente a la adecuación de los envases

(Comment. Customized dispensation vs adapting pharmaceutical packs)

**Jaume Puig-Junoy**

*Departament d'Economia i Empresa, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España.*

La evaluación del impacto de los cambios o innovaciones en la gestión de la prescripción farmacéutica resulta imprescindible para poder determinar, más allá del consabido arbitrio al que tanto se recurre en el debate sanitario, la evidencia sobre la efectividad de estas políticas, así como para establecer las ventajas y desventajas de las distintas alternativas de su diseño. La complejidad de la evaluación de intervenciones farmacéuticas reales deriva tanto del hecho de tratarse de intervenciones en sí mismas complejas<sup>1</sup> («intervenciones organizativas, de política o gestión del medicamento, con más componentes, y más intrincados, que un principio activo farmacológico»), como del hecho que la evaluación rigurosa del impacto de estas intervenciones no experimentales requiere la utilización de técnicas cuantitativas avanzadas<sup>2</sup>. El intento de Pombo et al<sup>3</sup> de cuantificar los resultados del programa piloto de dispensación de medicamentos en dosis unitaria en Galicia muestra las implicaciones de ambos tipos de complejidades.

La elección de las variables resultado de la intervención determinará que se realice una evaluación parcial o completa de ésta. Para que la evaluación de una intervención sea completa, las variables resultado deberían ser representativas tanto del efecto directo e indirecto sobre el gasto (precios y consumo de medicamentos) como sobre otros recursos (otros servicios sanitarios, tiempo de los profesionales, gestión y administración), así como del efecto sobre el estado de salud. La elección de la diferencia en el número y el coste de las unidades (tabletas, comprimidos, sobres, etc.), de dispensación en dosis personalizada frente a la convencional, padece de parcialidad y de un sesgo hacia la medida del ahorro en el gasto, en una intervención que puede tener otros efectos positivos más importantes sobre la salud (reducción de la automedicación y de las resistencias bacterianas).

Una intervención de dispensación en dosis personalizada, en el marco de la visión más global de un análisis coste-beneficio desde la perspectiva de la sociedad, puede supo-

ner un efecto importante tanto sobre el consumo de otros recursos en forma de costes de administración y gestión del programa (p. ej., el tiempo de los profesionales farmacéuticos y el de los propios pacientes). El coste de oportunidad de estos recursos, desde el punto de vista social, es relevante con independencia de quien lo sufrague, ya sea el seguro público de salud o la propia oficina de farmacia. Por otro lado, una evaluación rigurosa debería aportar información suficiente para descartar riesgos e impactos no deseados sobre el estado de salud (p. ej., potenciales problemas derivados de la identificación del envase, posibilidades de confusión, restos de unidades sin envasar, localización de la fecha de caducidad y de la descripción de las condiciones y consejos de administración, y otras).

La utilización de una variable de resultado de carácter monetario en el citado estudio no está tampoco exenta de limitaciones específicas. El empleo de precios medios para valorar unidades adicionales representa un alejamiento temerario del criterio de valoración basado en el coste marginal. En otros términos, la valoración a precio medio resulta alejada de la lógica económica que generalmente reconoce pocas diferencias en el coste de producción, distribución y dispensación de, por ejemplo, un envase con 14 unidades y otro con 20.

La evaluación ideal de una intervención farmacéutica debería comparar los resultados de la aplicación de esta intervención en un grupo determinado de individuos (los que han participado en la intervención o grupo de tratamiento) con lo que habría ocurrido si ésta no se aplicara en otro grupo de individuos (que no han participado en la intervención evaluada o grupo de control). Si se pudiera observar la variable resultado para los individuos que han participado en el programa y para los que no han participado, el problema central de la evaluación del impacto de políticas o intervenciones no existiría. Esta comparación requeriría la realización de un experimento del estilo de los ensayos clínicos aleatorios, lo cual no es factible en la mayoría de los casos. En la mayor parte de las evaluaciones empíricas no disponemos de grupo control, por lo que en la evaluación del impacto de este tipo de intervenciones nos encontramos en realidad con un problema derivado del hecho de que el contrafactual no es observado<sup>4</sup>.

La elección o identificación del contrafactual es un aspecto muy importante en la evaluación de una intervención, ya que supone la definición de con qué se compara la situación observada después de la intervención. La elección más común es intentar estimar un contrafactual equivalente a la situación

que se habría producido en ausencia de la intervención y sin aplicar ningún otro tipo de intervención (status quo). En el estudio comentado<sup>3</sup>, la dispensación en dosis personalizada se compara con la situación no observable correspondiente a la ausencia de programa piloto en la misma población, pero el impacto marginal del programa de dispensación en dosis personalizada se puede analizar a partir de 3 intervenciones complementarias o sustitutivas: a) una política de financiación basada en el precio más bajo para el mismo principio activo equivalente y presentación más parecida; b) la adecuación de los envases a la duración e intensidad de los tratamientos más usuales, y c) el uso del medicamento bioequivalente más barato en la dispensación de medicamentos en dosis personalizada (programa piloto evaluado).

La tabla 1 ha sido elaborada a partir de los datos aportados por Pombo et al<sup>3</sup>, manteniendo como variable de resultado en la evaluación de alternativas la diferencia en el valor monetario a precio medio del número de unidades dispensadas, y permitiendo la identificación de la contribución marginal de 3 intervenciones alternativas. La medida del impacto marginal del programa piloto evaluado en el artículo de Pombo et al<sup>3</sup>, aun manteniendo la parcialidad de la variable resultado, es muy reducida (el 1,87% del gasto en antibióticos y el 0,003% del gasto farmacéutico en Galicia) y, muy posiblemente, inferior a los costes y riesgos adicionales de esta intervención, cuando se compara con una intervención basada también en la financiación según el precio de la especialidad bioequivalente más barata junto con una política de adecuación de envases, tal como se sugiere en el citado trabajo. Esta comparación peca de la ya citada limitación del empleo del precio medio para unidades marginales, pero debería aportar elementos en favor de incentivar la comercialización de

**Tabla 1. Ahorro monetario incremental del Programa Piloto de Dispensación de Medicamentos en Dosis Personalizada (proporción del gasto)**

Status quo comparado con	Ahorro monetario <sup>a</sup>	Ahorro monetario marginal <sup>a</sup>
Financiación según el precio más bajo	16,11 <sup>b</sup>	16,11
Financiación según el precio más bajo y adecuación de envases	28,07 <sup>c</sup>	11,96
Financiación según el precio más bajo y dispensación personalizada	29,94	1,87

<sup>a</sup>Proporción del gasto en antibióticos en la situación status quo. <sup>b</sup>29,94% × 0,5382 = 16,11%. <sup>c</sup>(29,94 – 16,11) × 0,865 = 11,96%.

especialidades con envases y dosificación más ajustados a los tratamientos.

#### Bibliografía

1. Peiró S. Complejidades en la evaluación de interenciones complejas. *Gac Sanit.* 2005;19:235-7.
2. Vera-Hernández M. Evaluar intervenciones sanitarias sin experimentos. *Gac Sanit.* 2003;17:238-48.
3. Pombo Romero J, Portela Romero M, González Vizoso JR, Tasende Souto M. Evaluación del Programa Piloto de Dispensación de Medicamentos en Dosis Personalizada en Galicia. *Gac Sanit.* 2006;21:18-23.
4. Puig-Junoy J. What is required to evaluate the impact of pharmaceutical reference pricing? *Appl Health Econ Health Policy.* 2005;4:87-98.