

Cartas al director

Dispensación personalizada de medicamentos en las oficinas de farmacia: ¿una medida basada en la evidencia?***Personalized drug dispensation in retail pharmacies: an evidence-based measure?***

Sra. Directora:

El Gobierno de España, mediante Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, ha modificado el artículo 19 de la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, para permitir la dispensación por las oficinas de farmacia de dosis personalizadas «para los grupos de medicamentos y/o patologías» que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) determine. La finalidad de esta medida es «ajustar las unidades dispensadas a la duración del tratamiento» y con ello ahorrar el excedente por la no coincidencia entre la cantidad prescrita por el médico y la contenida en la especialidad farmacéutica que el paciente recibe.

La evaluación de los beneficios y riesgos de las políticas públicas es muy inusual. La escasez de estudios evaluativos viene muy condicionada por las peculiaridades del propio entorno político en que nacen, crecen, viven y mueren estas medidas, y también por limitaciones operativas¹. Sin embargo, y como excepción, la medida que ahora ha decidido poner en marcha el gobierno fue examinada mediante el «Programa piloto de dispensación de medicamentos en dosis personalizada» en Galicia, desarrollado entre 2003 y 2004 por la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia en colaboración con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y el propio Ministerio de Sanidad. La evaluación del programa fue publicada en GACETA SANITARIA² acompañada de un interesante comentario³.

El citado programa fue una experiencia piloto de gran envergadura. Durante 12 meses, 292 médicos de familia voluntarios (de 46 equipos de atención primaria distribuidos por toda Galicia y cubriendo aproximadamente la sexta parte de la población gallega) y 167 oficinas de farmacia ubicadas en la zona de influencia de tales equipos utilizaron un sistema de prescripción en dosis personalizada para algunos antibióticos y obtuvieron casi 36.000 prescripciones en esta modalidad. Los resultados de la evaluación muestran ahorros muy discretos derivados de la dosis personalizada, que prácticamente desaparecían si el tamaño de los envases se adecuara a las cantidades típicamente prescritas por los médicos (modificar el número de dosis contenidas en unos pocos envases permitía evitar el 86,5% de los sobrantes). En el análisis marginal, las cifras del «ahorro» se situaban en el 1,87% del gasto en antibióticos y el 0,003% del gasto farmacéutico en Galicia³. Adicionalmente, cabe destacar que estos discretos resultados se produjeron con el grupo de medicamentos que mejor se presta a la dosis personalizada, ya que los antibióticos «se utilizan en tratamientos de duración limitada en el tiempo y, por tanto, susceptibles de generar sobrantes por la falta de coincidencia entre la cantidad de medicamento prescrita

y la dispensada»², y que en el programa piloto se seleccionaron aquellos principios activos en los cuales «la duración de los tratamientos, en la práctica clínica, no coincidiese habitualmente con el contenido de los envases disponibles en el mercado»².

Tales «ahorros» es dudoso que puedan compensar los costes de la conversión (dificultades para la informatización y automatización, modificaciones en los dispositivos de almacenamiento en las farmacias, control de caducidades en unidades sueltas, almacenamiento separado de los prospectos que tendrían que entregarse con cualquier dosis, etc.) y los riesgos adicionales de la intervención, que derivarían fundamentalmente del posible incremento de errores de dispensación cometidos en la farmacia al trabajar con el envase primario (típicamente *blister* o sobres) y en la toma del medicamento por parte de los pacientes. Cabe señalar aquí que los *blister* utilizados por las mismas empresas son muy similares para sus diferentes productos, que no siempre puede leerse el nombre del medicamento en el espacio posterior correspondiente a cada comprimido, y que a esta medida se puede añadir (como ya viene sucediendo) la confusión derivada de los constantes cambios de genérico por las oficinas de farmacia, que se traducen en cambios en los envases, formas y colores de los comprimidos. Es cierto que hay diversas alternativas para organizar la dosis personalizada, que el Real Decreto-ley 8/2010 concede un plazo de 6 meses a la AEMPS para desarrollar la operativa de esta política, que diferentes estrategias podrían favorecer en mayor o menor medida los errores, y que cabe esperar que la AEMPS, tradicionalmente preocupada por la seguridad, sea cautelosa en las formas y tiempos de introducción de esta medida. Pero el que el texto del Real Decreto-ley añada que las dosis personalizadas «podrán dispensarse a partir del fraccionamiento de un envase de un medicamento autorizado e inscrito, respetando la integridad del acondicionamiento primario (el que tiene contacto con el medicamento)» no tranquiliza respecto a la posibilidad de un incremento de errores por confusión.

La relación entre ciencia y política (entre investigación en servicios de salud y adopción de políticas prácticas) es compleja. La toma de decisiones debe considerar aspectos más globales que los que derivan de la evidencia aportada por un estudio. Pero las evidencias aportadas por los estudios también deben ser consideradas en la toma de decisiones, so pena de malgastar recursos en esfuerzos que no producirán los beneficios intuidos. Y aunque intuitivamente pueda parecer que pagar 21 comprimidos sueltos en lugar de una caja de 24 es una buena idea, estamos frente a una medida que difícilmente tiene sentido en los medicamentos para enfermedades crónicas (el grueso del gasto), cuyos costes y riesgos son desconocidos (pero algunos son previsibles), y cuyos ahorros demostrados en una experiencia piloto, en la cual participó el propio Ministerio de Sanidad, se muestran más que discretos y no es obvio que superen los costes. Son elementos suficientes para reconsiderar la medida y valorar con mucha prudencia su aplicación. También tendría interés diseñar su evaluación para informar futuras decisiones sobre el mantenimiento o la retirada de esta medida (siempre y cuando se piense considerar los resultados de las evaluaciones previas en la toma de decisiones, claro).

Bibliografía

1. Peiró S. Complejidades en la evaluación de intervenciones complejas. Gac Sanit. 2005;19:229-34.
2. Pombo Romero J, Portela Romero M, Vizoso Hermida JR, et al. Evaluación del programa piloto de dispensación de medicamentos en dosis personalizada en Galicia. Gac Sanit. 2007;21:18-23.
3. Puig-Junoy J. Dispensación personalizada frente a la adecuación de los envases. Gac Sanit. 2007;21:23-4.

Salvador Peiró^{a,*}, Gabriel Sanfélix-Gimeno^a y Enrique Bernal-Delgado^b

^a Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia, España

^b Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS), Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: peiro.bor@gva.es (S. Peiró).

doi:10.1016/j.gaceta.2010.09.017

Incapacidad temporal por lumbalgia inespecífica en la gestión realizada por una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Temporary disability due to non-specific low back pain managed by an occupational accidents and diseases mutual benefits society

Sra. Directora:

Hemos leído con atención el artículo de Benavides et al¹, *Evaluación de la gestión de los casos de incapacidad temporal por contingencia común de más de 15 días en Cataluña*, y tras revisar los interrogantes en él planteados hemos considerado de interés analizar la duración de los procesos de incapacidad temporal (IT) por lumbalgia inespecífica gestionados por nuestra entidad durante el mismo periodo de tiempo. Consideramos que estos datos proporcionan evidencia complementaria acerca del impacto de la gestión de la IT realizada por las mutuas de accidentes de trabajo y enfer-

medades profesionales. En primer lugar, se trata de una afección que puede ser calificada como contingencia común (CC) o profesional (CP), lo que permite comparar los resultados en ambos supuestos. Esto es interesante porque mientras en el caso de la ITCC el papel de las mutuas queda constreñido a la mera gestión administrativa y el control de la prestación por IT, que en muchas ocasiones se reduce a la evaluación funcional del enfermo sin capacidad efectiva de participar en el proceso asistencial (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), en el caso de la ITCP se amplía a estos ámbitos contando con mayor autonomía gestora². Por otra parte, los datos proceden de una entidad con implantación nacional, y la comparación de los procesos de ITCC e ITCP de una misma mutua y en un mismo periodo de tiempo elude potenciales sesgos relacionados con características idiosincrásicas de la población protegida, al tratarse de la misma empresa en ambos tipos de contingencia.

Por consiguiente, hemos analizado todos los procesos de IT de más de 15 días con diagnóstico CIE-9-CM de lumbalgia (724.2), comparando la duración en ambos tipos de contingencia,

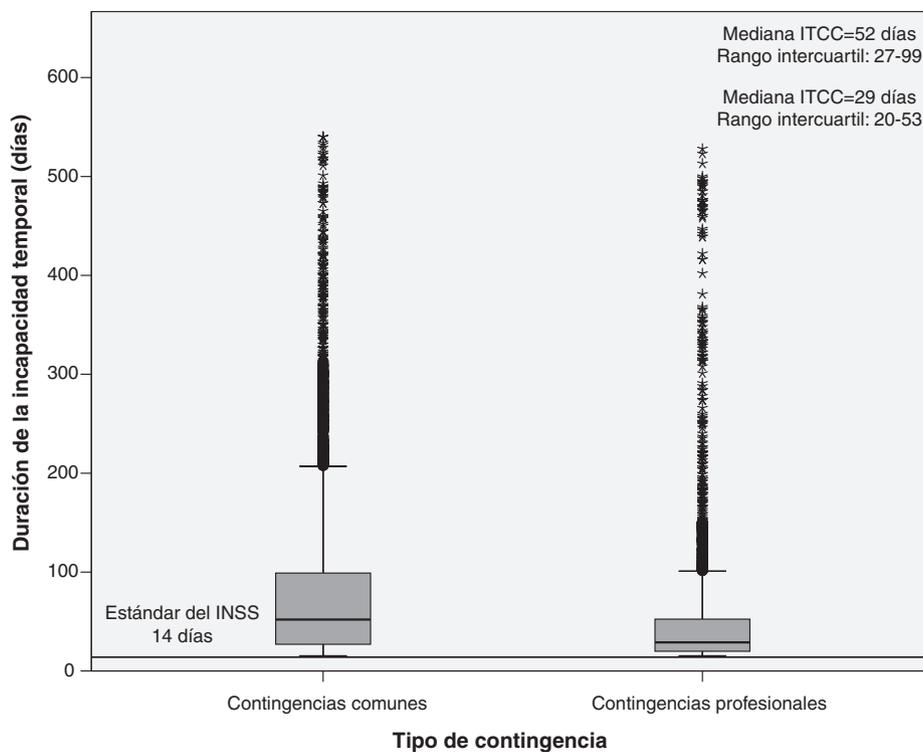


Figura 1. Duración de la incapacidad temporal por lumbalgia inespecífica (diagnóstico 724.2 CIE-9-CM) en función del tipo de contingencia (común o profesional) en los procesos iniciados durante el año 2005 y de más de 15 días de duración, entre la población protegida de una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de ámbito nacional.