

**Conjunto EFICIENTE:** grupo de medicamentos que consigue similar eficacia a un menor coste.

**Conjunto NO EFICIENTE:** grupo de medicamentos que no son más eficaces, según la evidencia científica, que las alternativas eficientes pero presentan un coste muy superior.

### Relación del IMPORTE/DDD entre No eficientes/Eficientes

| IBP  | Estatinas | IECA/ARA2 | Antidepresivos | Antipsicóticos orales y sublinguales | TOTAL |
|------|-----------|-----------|----------------|--------------------------------------|-------|
| 10,3 | 11,1      | 9,8       | 6,6            | 4,0                                  | 8,2   |

### Impacto económico

Una prescripción más eficiente podría suponer un ahorro anual para Sacyl de entre 40 y 48 millones de €. En la tabla siguiente se detalla este ahorro para cada uno de los grupos terapéuticos considerados en la estrategia.

|  | % Eficientes | % No Eficientes | Importe año 2015     | Impacto económico* (ahorro) |
|--|--------------|-----------------|----------------------|-----------------------------|
| IBP                                    | 73%          | 2%              | 26.006.455 €         | 1,4 -1,7 M€                 |
| Estatinas                              | 24%          | 14%             | 33.844.100 €         | 8,3-10,7 M€                 |
| IECA/ARA2                              | 51%          | 19%             | 49.076.172 €         | 18,3-21,7 M€                |
| Antidepresivos                         | 39%          | 12%             | 25.834.116 €         | 7,2-8,0 M€                  |
| Antipsicóticos (orales y sublinguales) | 45%          | 16%             | 19.373.057 €         | 5,7-5,9 M€                  |
| <b>Total</b>                           |              |                 | <b>154.133.900 €</b> | <b>40,8 - 48,0 M€</b>       |

\* Corresponde al ahorro estimado si se desplazara la prescripción de No Eficientes a Eficientes o a Eficientes y Neutros. El Importe por DDD se calcula a partir del consumo de 2015 de Sacyl en cada principio activo.

### Justificación

En la utilización de medicamentos, el término eficiencia expresa la relación entre los recursos invertidos y los resultados para la salud obtenidos. La eficiencia es un criterio primordial que debe ser considerado en la selección de medicamentos y, más aún, en un entorno en el que los recursos económicos son limitados y la demanda es cada vez mayor. En Castilla y León el gasto farmacéutico durante el año 2015 ha sido superior al previsto. En concreto, el crecimiento observado en el gasto a través de receta ha superado al del conjunto del Sistema Nacional de Salud, lo que exige impulsar medidas y estrategias dirigidas a optimizar la prescripción de medicamentos. En este sentido, la Gerencia Regional de Salud plantea una estrategia, iniciada ya en 2012, que consiste en promover la utilización, en algunos grupos de fármacos de amplio uso, de los principios activos más EFICIENTES, es decir que con similar eficacia tengan menor coste.

Los grupos terapéuticos incluidos suponen el 30% de la facturación por lo que su implementación podría tener una gran repercusión: estatinas, inhibidores de la bomba de protones (IBP), inhibidores del sistema renina-angiotensina (IECA-ARA2), antidepresivos y antipsicóticos (orales y sublinguales). En todos ellos se han identificado los principios activos eficientes, con los que se podría resolver la mayoría de situaciones clínicas y también los no eficientes. Estos últimos incluyen principios activos que no son más eficaces, según la evidencia científica pero que, sin embargo, presentan un coste muy superior y, por tanto, su uso no se ajusta a los criterios de uso racional. Adicionalmente, se consideran como no eficientes las novedades terapéuticas, que son medicamentos con menos de 5 años de comercialización que se han calificado por el Comité Mixto de Evaluación de Medicamentos, como de "nula o escasa aportación terapéutica o con experiencia o investigación clínica disponible insuficiente".

En la actualidad, los datos analizados indican que el potencial de mejora en la prescripción de medicamentos a través de receta es muy amplio. A nivel nacional, la prescripción de medicamentos eficientes es un 6% superior a la de Castilla y León. A nivel de nuestra comunidad, se ha observado una elevada variabilidad entre áreas de salud, por lo que la capacidad de mejora es sustancial.

El objetivo del presente boletín es difundir la estrategia de eficiencia a los profesionales de Sacyl e informar sobre la trascendencia que la selección de medicamentos tiene en la optimización de los recursos públicos.

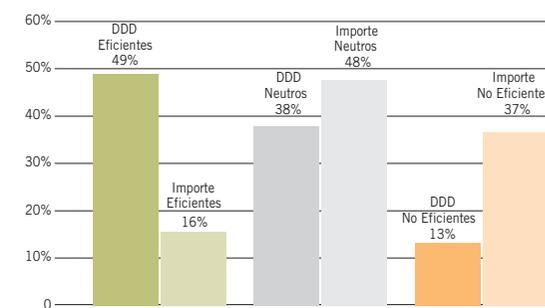
### 1. Grupos terapéuticos incluidos en la estrategia de eficiencia

Los principios activos se agrupan en eficientes, no eficientes y los llamados neutros. Para facilitar la identificación, en el módulo de prescripción de Medora se ha establecido un código de colores a la izquierda de la columna "producto prescrito":

- Un círculo naranja en aquellos medicamentos que pertenecen a conjunto calificado como NO EFICIENTE.
- Un círculo verde en los calificados como EFICIENTES.
- Sin marcar, los calificados como NEUTROS que son aquellos con eficiencia intermedia o que no se han valorado.

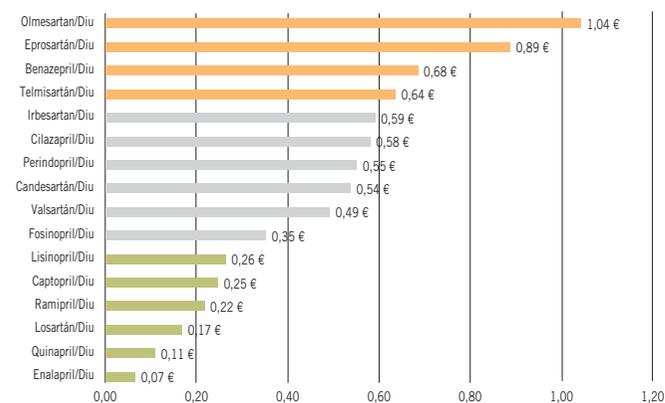
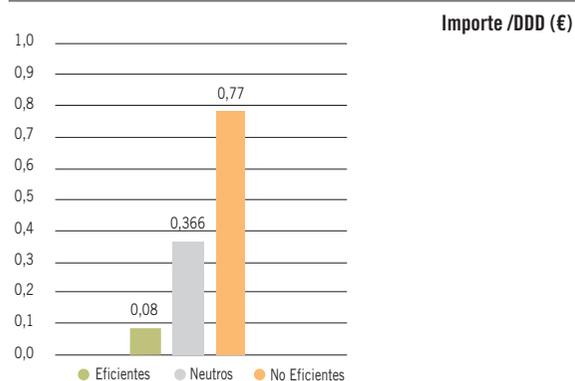
El siguiente gráfico representa la distribución porcentual en 2015 del nº de DDD prescritas y del importe en euros invertidos en esos grupos. Se observa que en el caso de los principios activos eficientes, el 49% de las dosis prescritas suponen el 16% del importe, mientras que en los no eficientes el 13% de las dosis suponen el 37% del importe. Los medicamentos neutros tienen una relación más equilibrada: el 38% de las DDD prescritas han supuesto el 48% del importe. Esto se debe a que el importe medio por DDD de los no eficientes es 8 veces superior al de eficientes.

**Gráfico 1. Distribución porcentual (DDD e importe) de Eficientes y No Eficientes**

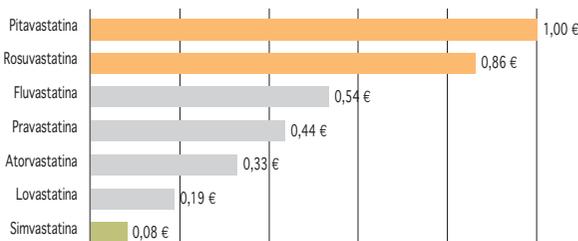
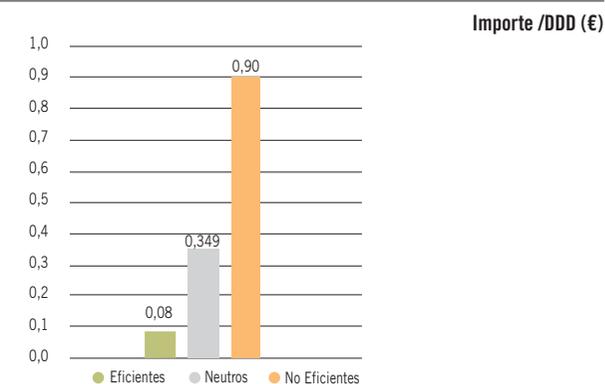
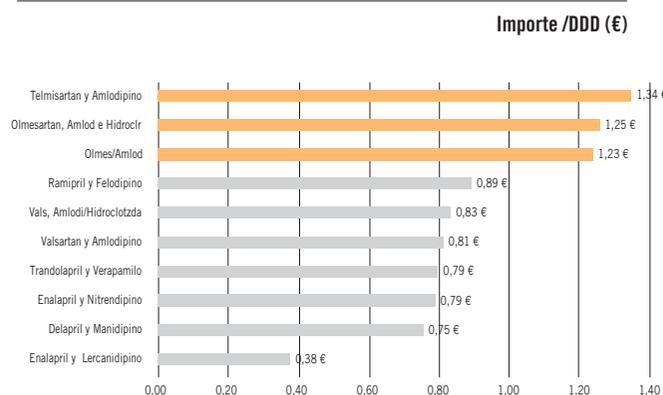


DDD: dosis media diaria de mantenimiento de un medicamento cuando se utiliza para su principal indicación, por una vía de administración determinada. Las DDD de los principios activos las establece la OMS y son valores aceptados internacionalmente. El número de DDD se calcula dividiendo la cantidad de principio activo dispensado por la DDD del principio activo

## 1.1. Inhibidores de sistema renina angiotensina IECA / ARA 2 (C09A)



## 1.2. Estatinas o Inhibidores de la HMG CoA reductasa (C10AA)



Distribución de IECA / ARA 2 eficientes, no eficientes y neutros

|                      | DDD                | %DDD | Imp (€)           | % Imp |
|----------------------|--------------------|------|-------------------|-------|
| <b>Eficientes</b>    | 85.971.454         | 51%  | 6.726.991         | 14%   |
| <b>Neutros</b>       | 49.611.659         | 30%  | 18.166.108        | 37%   |
| <b>No Eficientes</b> | 31.834.699         | 19%  | 24.183.074        | 49%   |
| <b>TOTAL</b>         | <b>167.417.812</b> |      | <b>49.076.173</b> |       |

| No Eficientes                    | Envases        | Importe (€)       |
|----------------------------------|----------------|-------------------|
| Olmesartan                       | 189.202        | 5.181.748         |
| Olmesartan y Diuréticos          | 134.816        | 3.930.017         |
| Olmesartan, Amlod, Hidroclrtizid | 95.841         | 3.361.363         |
| Telmisartán y Diuréticos         | 163.673        | 2.911.560         |
| Olmesartan y Amlodipino          | 80.844         | 2.790.669         |
| Telmisartán                      | 163.882        | 2.640.990         |
| Eprosartán y Diuréticos          | 63.186         | 1.568.277         |
| Eprosartán                       | 45.987         | 950.293           |
| Telmisartan y Amlodipino         | 11.578         | 435.043           |
| Imidapril                        | 24.699         | 396.772           |
| Benazepril                       | 1.139          | 14.578            |
| Benazepril y Diuréticos          | 92             | 1.763             |
| <b>TOTAL</b>                     | <b>974.939</b> | <b>24.183.073</b> |

En 2015, el 19% de las dosis de IECA/ARA2 no eficientes han supuesto el 50% del importe total (más de 24 millones de €). Si se hubiera desplazado la prescripción hacia opciones más eficientes, el **ahorro anual** habría sido entre **18 y 21 millones de €**.

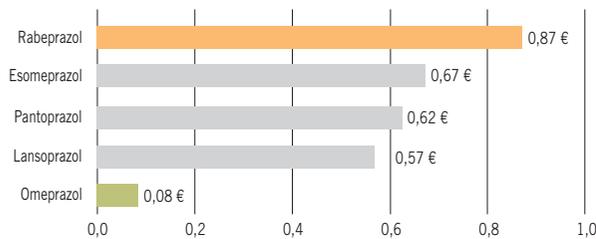
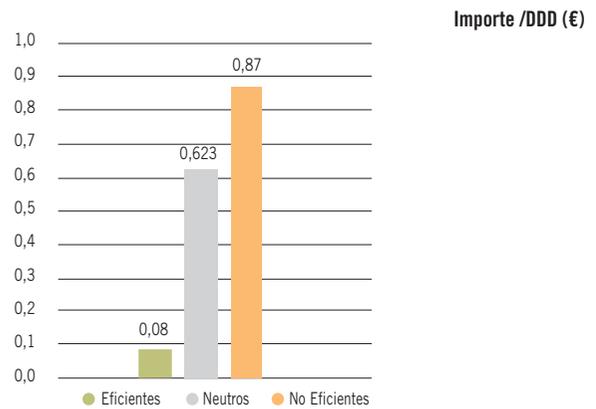
En 2015, el 14% de las dosis prescritas de estatinas no eficientes han supuesto el 35% del importe total (casi 12 de 34 millones de €). Si se hubiera evitado la prescripción de estos fármacos el **ahorro anual** habría sido de **8,1 millones de €**. Entre las estatinas de potencia baja o media, simvastatina es la más eficiente. En potencias altas, es más eficiente atorvastatina a dosis altas que rosuvastatina. La prioridad en este grupo es minimizar la prescripción de no eficientes.

Distribución de estatinas eficientes, no eficientes y neutros

|                      | DDD               | %DDD | Imp (€)           | % Imp |
|----------------------|-------------------|------|-------------------|-------|
| <b>Eficientes</b>    | 22.214.287        | 24%  | 1.792.951         | 5%    |
| <b>Neutros</b>       | 58.330.960        | 62%  | 20.328.664        | 60%   |
| <b>No Eficientes</b> | 13.074.432        | 14%  | 11.722.486        | 35%   |
| <b>TOTAL</b>         | <b>93.619.678</b> |      | <b>33.844.101</b> |       |

| No Eficientes | Envases        | Importe (€)       |
|---------------|----------------|-------------------|
| Rosuvastatina | 313.782        | 8.675.474         |
| Pitavastatina | 106.145        | 3.047.012         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>419.927</b> | <b>11.722.486</b> |

### 1.3. Inhibidores de la bomba de protones (IBP) (A02BC)



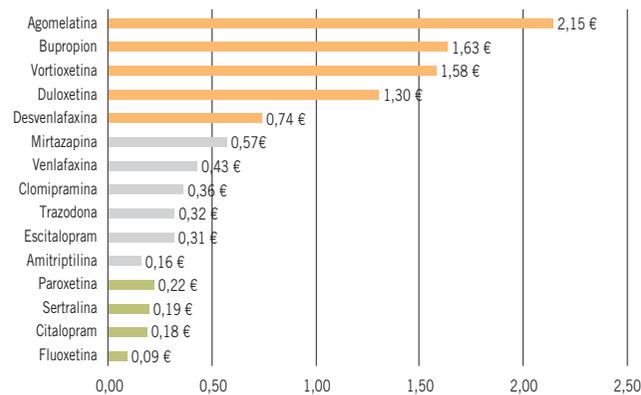
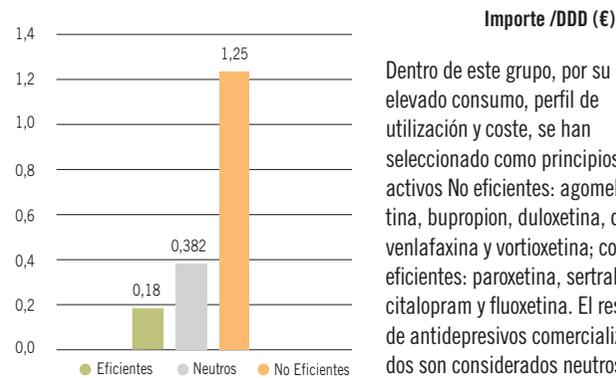
En 2015, el 2% de las dosis prescritas de IBP han sido de rabeprazol-IBP calificado como no eficiente- y han supuesto el 7% del importe total (casi 2 millones de €). Si se hubiera prescrito omeprazol en vez de rabeprazol, el **ahorro anual** habría sido de **1.710.122€**. Si el **90% de las dosis de otros IBP**, calificados como neutros, se hubiera prescrito como omeprazol, el **ahorro anual** habría sido de **15 millones**.

Distribución de IBP eficientes, no eficientes y neutros

|               | DDD                | %DDD | Imp (€)           | % Imp |
|---------------|--------------------|------|-------------------|-------|
| Eficientes    | 79.549.330         | 73%  | 6.723.425         | 26%   |
| Neutros       | 27.897.417         | 25%  | 17.388.996        | 67%   |
| No Eficientes | 2.176.104          | 2%   | 1.894.034         | 7%    |
| <b>TOTAL</b>  | <b>109.622.851</b> |      | <b>26.006.455</b> |       |

| No Eficientes | Envases | Importe (€) |
|---------------|---------|-------------|
| Rabeprazol    | 82.324  | 1.894.034   |

### 1.4. Antidepresivos (N06A)



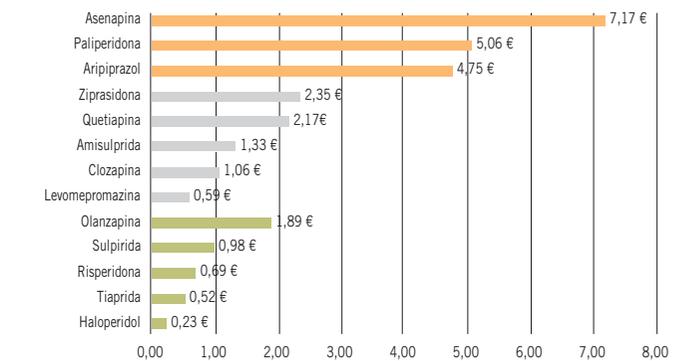
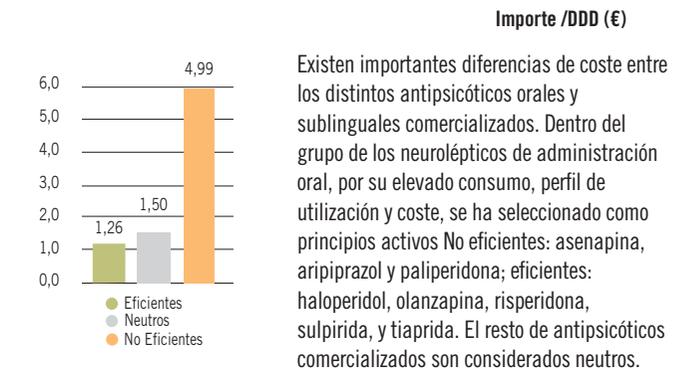
Distribución de antidepresivos eficientes, no eficientes y neutros

|               | DDD               | %DDD | Imp (€)           | % Imp |
|---------------|-------------------|------|-------------------|-------|
| Eficientes    | 24.481.525        | 39%  | 4.495.189         | 17%   |
| Neutros       | 31.183.897        | 49%  | 11.911.400        | 46%   |
| No Eficientes | 7.549.750         | 12%  | 9.427.527         | 36%   |
| <b>TOTAL</b>  | <b>63.215.172</b> |      | <b>25.834.116</b> |       |

| No Eficientes  | Envases        | Importe (€)      |
|----------------|----------------|------------------|
| Agomelatina    | 24.275         | 1.458.928        |
| Bupropión      | 31.532         | 1.012.568        |
| Duloxetina     | 183.800        | 5.394.096        |
| Desvenlafaxina | 55.324         | 1.561.935        |
| Vortioxetina*  |                |                  |
| <b>TOTAL</b>   | <b>294.931</b> | <b>9.427.527</b> |

En 2015 el 12% de las dosis de antidepresivos no eficientes han supuesto el 36% del importe total (9,4 millones de €). Si la **selección** en estos casos se hubiera dirigido a un **principio activo eficiente**, el **importe se hubiera reducido 7,2 millones de €**.

### 1.5. Antipsicóticos orales y sublinguales (N05A)



Distribución de antipsicóticos orales y sublinguales eficientes, no eficientes y neutros

|               | DDD              | %DDD | Imp (€)           | % Imp |
|---------------|------------------|------|-------------------|-------|
| Eficientes    | 4.476.526        | 45%  | 5.650.500         | 29%   |
| Neutros       | 3.885.164        | 39%  | 5.825.562         | 30%   |
| No Eficientes | 1.581.069        | 16%  | 7.896.995         | 41%   |
| <b>TOTAL</b>  | <b>9.942.759</b> |      | <b>19.373.057</b> |       |

| No Eficientes | Envases       | Importe (€)      |
|---------------|---------------|------------------|
| Aripiprazol   | 51.488        | 4.211.036        |
| Asenapina     | 3.571         | 558.219          |
| Paliperidona  | 22.673        | 3.127.740        |
| <b>TOTAL</b>  | <b>77.732</b> | <b>7.896.995</b> |

En 2015, el 16% de las dosis de antipsicóticos orales y sublinguales no eficientes han supuesto el 41% del importe total (7,9 millones de €). Si se hubiera evitado la prescripción de estos fármacos en el 90% de las dosis prescritas el **ahorro anual** habría sido de **5,1 millones de €**. La prioridad en este grupo de antipsicóticos orales es minimizar la prescripción de no eficientes.

## 1.6. Otros

Se considera también como **No eficiente el medicamento calificado como novedad terapéutica**, que es aquel con menos de 5 años de comercialización con nula o escasa aportación terapéutica o con experiencia o investigación clínica disponible insuficiente según el Comité Mixto de Evaluación de Medicamentos. El precio medio del envase de las novedades está en 47 €, frente a los 12 € que cuesta de media un envase de un medicamento que no pertenece a ese grupo de novedades. Los medicamentos calificados como novedad terapéutica están recogidos en el folleto **Estrategia de eficiencia**

2016 (Portal del Medicamento-Programas y Proyectos-Estrategia de Eficiencia 2016).

La **insulina glargina (Abasaglar®) se ha calificado como eficiente**. Es una insulina biosimilar a Lantus® (insulina glargina), comercializada por un laboratorio con experiencia en insulinas (Lilly), cuyo coste es un 30% inferior al medicamento de referencia. La regulación europea de medicamentos biosimilares es muy estricta. Los requisitos que la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) exige a un biosimilar para que sea autorizado incluyen estudios

preclínicos y clínicos de comparabilidad entre el biosimilar y el medicamento de referencia.

La insulina biosimilar Abasaglar® ha demostrado en ensayos clínicos realizados en diabéticos que su perfil de eficacia y seguridad es similar al del medicamento original.

Otros grupos de productos para los que se ha realizado una clasificación de sus principios activos en función de la eficiencia son los antihistamínicos orales y los corticoides nasales.

## 2. Ventajas para el paciente

La selección eficiente de medicamentos también tiene ventajas en el paciente. Se ha realizado una estimación de la aportación media de un tratamiento anual con fármacos eficientes y no eficientes para pacientes activos (40% de aportación) y para pensionistas (10% de aportación sin aplicar límite mensual). Aun teniendo en cuenta que algunos de estos grupos tienen aportación redu-

cida, la diferencia en la aportación del paciente en función de la selección establecida es sustancial, tal y como se demuestra en la tabla. La preocupación alcanza a los consumidores. La Asociación de Consumidores OCU ha denunciado el “despilfarro” asociado a la selección ineficiente de principios activos, poniendo como ejemplo la mayoría de los grupos terapéuticos en los que se

centra esta estrategia. Para mayor información se puede consultar la revista OCU-Salud - nº124 - febrero 2016 o el resumen publicado en el Portal del Medicamento

<http://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es>

| 2015                     | Tipo de aportación        | Aportación anual |                     |                  |                     | Diferencia aportación            |                                       |
|--------------------------|---------------------------|------------------|---------------------|------------------|---------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
|                          |                           | ACTIVO           |                     | PENSIONISTA      |                     | ACTIVO<br>Eficiente/No eficiente | PENSIONISTA<br>Eficiente/No eficiente |
|                          |                           | Eficiente        | No eficiente        | Eficiente        | No eficiente        |                                  |                                       |
| <b>Grupo Terapéutico</b> | <b>Tipo de aportación</b> | <b>Eficiente</b> | <b>No eficiente</b> | <b>Eficiente</b> | <b>No eficiente</b> |                                  |                                       |
| ANTIDEPRESIVOS           | Reducida                  | 26 €             | 57 €                | 7 €              | 39 €                | 30 €                             | 32 €                                  |
| ESTATINAS                | Normal                    | 12 €             | 132 €               | 3 €              | 32 €                | 121 €                            | 29 €                                  |
| IBP                      | Normal                    | 12 €             | 127 €               | 3 €              | 32 €                | 115 €                            | 29 €                                  |
| IECA/ARA2 combinaciones  | Normal                    | 18 €             | 140 €               | 4 €              | 35 €                | 122 €                            | 30 €                                  |
| IECA/ARA2 monofármaco    | Reducida                  | 10 €             | 40 €                | 3 €              | 20 €                | 31 €                             | 17 €                                  |

### La estrategia de eficiencia aquí recogida pretende:

- Incrementar los niveles de eficiencia en la utilización de los medicamentos más consumidos en Castilla y León.
- Optimizar la selección de los principios activos con eficacia similar y diferencias relevantes en el coste.
- Homogenizar la selección de principios activos de amplio uso en los ámbitos de atención primaria y especializada (en prescripción a través de receta) y evitar de esta forma las distorsiones y variabilidad observada entre ambos ámbitos.
- Minimizar la aportación del usuario manteniendo la calidad y efectividad.
- Favorecer la coherencia y continuidad asistencial.

Todos los datos recogidos en este documento provienen de la base de datos Conclylia® y corresponden al año 2015.

Esta publicación puede ser consultada en el Portal del Medicamento-Programas y Proyectos-Estrategia de Eficiencia 2016 (<http://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es>).