

Uso prudente de antimicrobianos basado en el Plan Obligatorio de Salud

Carlos Arturo Álvarez^{1,2}

Recientemente se oficializó el nuevo plan de beneficios (Plan Obligatorio de Salud, POS), el cual se encuentra vigente desde el 1° de enero de 2012 ⁽¹⁾. En este plan se incluyeron nuevos medicamentos antimicrobianos, a saber: amoxicilina-ácido clavulánico, artemeter más lumenfantrina, artesunato, azitromicina, caspofungina, cefepima, cefuroxima, claritromicina, rifabutina, la combinación de isoniazida y rifampicina, pirazinaida con etambutol o sin él, tenofovir-emtricitabina y valaciclovir. Asimismo, se incluyeron nuevas presentaciones de atazanavir, primaquina y de la asociación rifampicina más isoniazida.

Aunque de entrada es encomiable la inclusión de nuevos antimicrobianos, llama la atención los criterios de inclusión de algunos de ellos y las razones para no tener en cuenta otros medicamentos que, a mi modo de ver, tenían indicaciones para incluirse en el POS. A manera de ejemplo, entre los antirretrovirales se incluyó la asociación tenofovir-emtricitabina, mas no otras asociaciones como abacavir-lamivudina o medicamentos como tenofovir, raltegravir, etravirina o darunavir. La primera explicación podría ser los costos asociados de algunos de ellos, que no encajarían dentro de una política de minimización de costos. Sin embargo, esta no parece ser la razón, pues al revisar los precios reportados oficialmente en el Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED), algunos de los incluidos tienen precios superiores a los de otros con indicaciones, efectividad y seguridad similares ⁽²⁾.

Si este fuera el caso, en vez de excluirlos del plan de beneficios lo correcto hubiera sido regular su precio, estrategia que ha demostrado ser efectiva con los antimicrobianos, como lopinavir-ritonavir, cefepima, caspofungina y otros; incluso, en algunos casos se podría generar una competencia en la misma regulación del precio al tratarse de medicamentos intercambiables, lo que no sucede si se trata de uno exclusivo.

Otra posible justificación para excluir algunos fármacos podría ser la información epidemiológica o el comportamiento de ciertas infecciones en Colombia, criterio que, en mi opinión, no creo que se haya tenido en cuenta al tomar la decisión. Si así hubiera sido, con los datos que se conocen sobre resistencia bacteriana, algunos medicamentos se hubieran tenido que excluir del POS o, por lo menos, limitar su uso a indicaciones especiales y, por el contrario, otros deberían haberse incluido.

Hay un punto que se debe resaltar en este nuevo listado y es la inclusión de medicamentos con indicaciones específicas o que se contemplan en las guías de práctica clínica; si esta inclusión se hace de forma adecuada, probablemente, puede facilitar la toma acertada de decisiones. Con este criterio se incluyeron la combinación tenofovir-emtricitabina, la cefuroxima, la azitromicina y el valaciclovir, entre otros. Sin embargo, en el caso de tenofovir-emtricitabina, se recomienda su administración de acuerdo con la guía colombiana de atención integral de VIH/sida que fue publicada en el 2006 y que no incluye dicha combinación para el manejo de pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ⁽³⁾. Es muy importante y adecuado que se

1 Profesor, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia

2 Departamento Enfermedades Infecciosas. COLSANITAS S.A, Bogotá D.C., Colombia

incluyan medicamentos con base en las guías pero para ello se requiere que éstas se encuentren actualizadas. Asimismo, no es clara la inclusión de cefuroxima, claritromicina y azitromicina únicamente para pacientes con neumonía.

¿Cuál es la razón para no usarlas en otras infecciones en las que podrían ser el medicamento de elección?. Si la razón es que su inclusión podría generar un uso exagerado y esto, a su vez, podría conllevar un aumento en la resistencia bacteriana y, en algunos casos costos, en la atención, sería una razón válida siempre y cuando se convierta en una herramienta para el uso de todos los antimicrobianos, pues no es lógico que se restrinja el uso de la cefuroxima o de la azitromicina, mientras que la ciprofloxacina, ceftriaxona, cefepima, meropenem o imipenem pueden ser prescritos sin ninguna restricción. Si la razón para poder prescribir un medicamento fuera del POS es que se hayan agotado las opciones terapéuticas incluidas en el POS o que hayan fracasado, no podría prescribirse sultamicilina o amoxicilina-ácido clavulánico sin que se hubieran usado previamente piperacilina-tazobactam, cefepima o meropenem.

Este argumento podría parecer ilógico pero es el que se esgrime muchas veces en la práctica diaria, en contra de una buena política de uso de antimicrobianos, dado que puede ser más pragmático prescribir el antimicrobiano que está incluido en el POS que el que, probablemente, sea más correcto de usar con base en el perfil epidemiológico de una institución o en el perfil de sensibilidad antimicrobiana. Una de las posibles razones para el uso exagerado de carbapenémicos por encima de otras moléculas en la primera década del siglo XXI y, por ende, del aumento notorio de la resistencia a dichos medicamentos en nuestro país podría ser la inclusión de los mismos en el POS y la ausencia de algunas alternativas previas a su uso (por ejemplo, cefepima) en el mismo.

En la actualidad, es posible que en algunas infecciones por enterobacterias productoras de beta-lactamasas de espectro extendido se siga

utilizando meropenem o imipenem –dado que están incluidas en el POS– mientras que otras alternativas, incluso con otras ventajas como menor presión de resistencia en *Pseudomonas* spp. o más costo/efectivas –por ejemplo, ertapenem o tigeciclina–, no podrían ser utilizadas como de primera línea, dado el “temor” en las instituciones de ser “glosadas” con un costo administrativo alto. Con este punto, quiero resaltar el impacto que tiene la inclusión o no de un antimicrobiano en el POS, el cual tiene consecuencias epidemiológicas importantes; más allá del impacto sobre la valor de la unidad de pago por capitación, que en muchos casos se puede minimizar con el control de precios, es el impacto sobre la resistencia antimicrobiana (no sólo bacteriana) al desestimular, en algunos casos, el uso prudente de los antimicrobianos.

Desde hace más de una década en esta misma revista, L. Vélez planteaba en un editorial el peligro inminente de lo que se ha llamado la “era postantibiótica”, no sólo por el aumento de la resistencia bacteriana sino por el menor interés en producir nuevas moléculas antimicrobianas. Justamente éste fue el tema del discurso de Margaret Chan, directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su visita reciente a Dinamarca, país que se ha caracterizado por la instauración de políticas nacionales para la contención de la resistencia antimicrobiana, las cuales han sido exitosas, y que, actualmente, es uno de los países con menores tasas de resistencia. En su discurso, la doctora Chan resaltó la importancia que se trabaje globalmente en los lineamientos promulgados por la OMS, es decir, prescribir los antibióticos apropiadamente y sólo cuando sean necesarios.

En el ámbito de la zootecnia, no se debe usar los antibióticos para cebar, sino limitar su uso a fines terapéuticos. También existe la necesidad de solucionar el problema de los medicamentos falsificados o de calidad inferior a la norma.

Creo que en Colombia se deben fortalecer estos puntos y debe ser una prioridad el tener políticas claras para el buen uso de los antimicrobianos. Finalmente, invito a los interesados en el tema del uso prudente de antimicrobianos, a visitar el sitio web creado recientemente por la ACIN (<http://programaapex.org/>).

Un punto aparte –pero con la misma crítica– se podría plantear en la inclusión de vacunas para adultos (neumococo y hepatitis B), pero sólo para personas infectadas con VIH e incluso para este grupo de pacientes no se incluyó la vacuna contra el virus de influenza ¿Acaso no sería más costoso para el sistema, tratar las infecciones y complicaciones por influenza?, y ¿por qué no se incluyó la vacuna para neumococo para los pa-

cientes con enfermedades pulmonares crónicas o inmunosuprimidos por otras causas? No es nada novedoso el insistir en que es más barato prevenir que curar.

Referencias

1. Comisión de la regulación en salud, 2012. Listado de medicamentos del plan obligatorio de salud. Fecha de consulta: 23 de febrero de 2012. Disponible en: <http://www.cres.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=b3aOTDShp5w%3d&tabid=738&mid=1819>.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Listado de precios promedio y unidades en la cadena de comercialización de medicamentos - Enero a Septiembre de 2011. Fecha de consulta: 23 de febrero de 2012. Disponible en: http://www.sispro.gov.co/SISMED/PDF/Circular_2_2010/Publicacion_PreciosReportados_201101a201109.pdf.
3. Díaz C, Álvarez C, Prada G, Sarmiento C, Martínez F, Pulido A, Luque R, Córdoba G, Grupo Experto ACIN. Guías para el manejo de VIH/SIDA basadas en la evidencia, Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.
4. Vélez L. ¿Estamos en la era postantibiótica? *Infectio* 1999;3:66.
5. Chan M. Resistencia a los antimicrobianos en la Unión Europea y en el mundo. Fecha de consulta: 15 de marzo de 2012. Disponible en: URL:http://www.who.int/dg/speeches/2012/amr_20120314/es/index.html.