Psicofármacos y gasto en la prisión de Madrid III (Valdemoro)

I. Algora-Donoso[a] y O. Varela-González[b]

[a]*Farmacéutica. Centro Penitenciario Madrid III. Madrid. España.*

[b]*Psiquiatra consultora. Centro Penitenciario Madrid III. Madrid. España.*

RESUMEN

El gasto farmacéutico en el medio penitenciario está aumentando exponencialmente y la partida en psicofármacos contribuye especialmente a este incremento. Con bastante frecuencia estos tratamientos se prescriben buscando utilidades terapéuticas en relación con trastornos de personalidad, dependencias y conductas disfuncionales, que no figuran entre las indicaciones autorizadas (uso compasivo). El presente estudio ha permitido una descripción pormenorizada del uso de psicofármacos en el Centro Penitenciario Madrid III, uno de los centros con menor gasto farmacéutico de la comunidad autónoma. Durante 2 semanas se registraron todas las prescripciones de psicofármacos junto con diversos parámetros que pudiesen resultar condicionantes. Un 20,5% de la población recibía algún psicofármaco; el 76% de los pacientes con tratamiento recibía 1 o 2 medicamentos, un 65% tenía prescritos ansiolíticos, un 38%, antidepresivos, y un 27%, antipsicóticos. El consumo total de psicofármacos ascendió a 9.840 dosis diarias de mantenimiento, un 46% de las cuales correspondía a ansiolíticos, un 17% a antidepresivos y un 14% a antipsicóticos. En 2 semanas, el gasto total sumó 5.379 € y la solicitud y selección de ofertas por la farmacéutica supusieron hasta 611 € de ahorro. Los antipsicóticos acumularon un 72% del gasto (3.857 €) y, en general, los nuevos psicofármacos, con un 66% de las prescripciones, supusieron un 98% del coste total. Los resultados del estudio apuntan al médico prescriptor como agente primordial, por encima incluso de variables epidemiológicas de los internos (como edad, nacionalidad o grado), en relación con qué y cuánto coste se prescribe. Hay indicios de que el uso compasivo de nuevos antipsicóticos y antiepilépticos supone un porcentaje sustancial del incremento del gasto con dudosa utilidad. Estos resultados no constituyen un hecho aislado circunscrito al medio penitenciario como indican los datos de consumo publicados por el Sistema Nacional de Salud en el mismo año.

Palabras clave: Psicofármacos. Farmacoeconomía. Prescripción. Uso compasivo. Psiquiatría y prisiones.

Psychoactive drugs and costs in the Madrid III (Valdemoro) prison

Abstract: Annual pharmaceutical expenditures in prisons increases dramatically and the rising costs of psychoactive drugs have especially contributed to this. These drugs are often prescribed in order to find therapeutic uses in the field of personality disorders, addictions, and dysfunctional behaviours that are not included in the authorized indications (compassionate use). This study has enabled a detailed description of the use of psychoactive drugs at the Madrid III prison, a centre with one of the lowest levels of pharmaceutical expenditure in this autonomous community. During a two-week period, all prescriptions of psychoactive drugs were collected and registered along with data of several possible conditioning factors. 20.5% of the population was receiving some kind of psychoactive drug; 76% of those inmates undergoing treatment were receiving one or two substances; 65% were taking anxiolytics, 38% antidepressants and 27% antipsychotics. The total amount of psychoactive drugs consumed was 9,840 defined daily doses, 46% of which were anxiolytics, 17% antidepressants and 14% antipsychotics. The total cost of the fortnight's treatment was euros 5,379 with a saving of € 611 due to requesting and selecting offers carried out by the pharmacist. 72% of the costs were spent on antipsychotics and the newer psychoactive drugs, representing 66% of the prescriptions, accounted for 98% of expenditure. The prescriber was one of the key influential factors over the amount, type and cost of the treatments. There are signs that compassionate use of current antipsychotics and antiepileptics, and newer antidepressants are a main cause of the dramatic increase in the costs, with cost-efficiency not always clearly demonstrated. These results are not an isolated fact restricted only to prisons, as demonstrated by consumption data published by the National Health System in the same year.

Key words: Psychoactive drugs. Pharmaco-economy. Prescription. Compassionate use. Psychiatry and prisons.

Artículo ganador de accésit de la 3.ª edición del Premio de Investigación en Sanidad Penitenciaria 2006.

Correspondencia: Isabel Algora Donoso.
Centro Penitenciario Madrid III.
Ctra. Pinto a San Martín de la Vega, km 5. 28340 Valdemoro. Madrid. España.
Correo electrónico: isabelalgora@yahoo.es

Recibido: 28-02-08 *Aceptado:* 16-09-08

INTRODUCCIÓN

El medio penitenciario no permanece ajeno a la tendencia general de nuestra cultura a la "psiquiatrización" de los acontecimientos de la vida y, por extensión, del delito. Ya nadie está "triste" o "apenado", estamos con "depresión"; cuando se conoce por los medios de comunicación algún delito abominable, son muchos los que piensan que se esconde detrás un enfermo mental. Esta tendencia tiene una indudable repercusión en el aumento de uso de psicofármacos en la población general, así como en la penitenciaria. Sin olvidar el aumento del número de indicaciones aprobadas junto con el *marketing* promocional de la industria farmacéutica como factores que han contribuido a disparar la utilización de los principios activos de más reciente comercialización[1].

En el Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con los datos del año 2006, los antidepresivos tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina fueron el tercer subgrupo de mayor consumo por importe (sólo superados por las estatinas y los inhibidores de la bomba de protones tipo omeprazol), con un coste total de 438,36 millones de €, gasto correspondiente a 15.389,10 de envases. Por otro lado, entre los 11 primeros principios activos de mayor consumo en el *ranking* por precio de venta al público hay 4 psicofármacos (risperidona, paroxetina, olanzapina y velanfaxina)[2,3].

Aunque en el medio penitenciario se carece de datos por subgrupos ATC *(anatomical therapeutic and chemical classifying system),* debido al sistema actual de recogida de información de las Memorias de Farmacia de Instituciones Penitenciarias, por lo que no se puede hablar de la tendencia general del consumo de psicofármacos, sí se dispone, sin embargo, de los datos referentes a al grupo de neurolépticos cuya adquisición se hace de forma centralizada (risperidona y olanzapina). El gasto conjunto de ambas sustancias experimentó un aumento en prisiones del año 2003 al 2004 de un 59,36% (coincidiendo con la incorporación de la forma inyectable de risperidona) y entre los años 2004 y 2005 creció un 29,04%, mientras en el Sistema Nacional de Salud los incrementos fueron de un 18,77 y de un 0,96%, respectivamente, en los mismos períodos[2,4,5].

En la bibliografía se encuentran referencias a este fenómeno en otros países: en 1995, en la prisión de San Diego[6] donde un 14% de los varones y un 25% de las mujeres tomaban algún tipo de psicofármaco, o en varias prisiones noruegas donde Hartvig y Ostberg[7], en 2004, encontraron un 24,5% de los internos con tratamiento psicofarmacológico, y Kjeslsberg et al[8] en 2006 el 13,5%. En nuestro país, Cañas en 1998[9] publicaría que un 28% de los internos de la prisión de León estaba en tratamiento psicofarmacológico (en cambio, lo recibía un 7,6% de la población general de la provincia), y Espinosa y Laliga[10] en los centros catalanes una proporción diaria durante 2003 del 27,50% de la población.

Los diversos factores que pueden contribuir a que el consumo de psicofármacos en las prisiones suponga un porcentaje sustancial del gasto farmacéutico son:

- La creciente prevalencia de trastornos mentales en el medio penitenciario[7,11,12].
- Las características de funcionamiento del sistema sanitario de la prisión[13], entre ellas una gran accesibilidad a las consultas médicas y las mayores posibilidades, al ser un medio cerrado, de detección y seguimiento.
- Los pacientes institucionalizados consumen, por lo general, más fármacos que los que viven habitualmente en su domicilio. Un estudio en ancianos encontró un consumo hasta 3 veces mayor[14].
- La prescripción de psicofármacos es la principal modalidad de actuación ante las quejas psíquicas[15].
- La elevada comorbilidad del abuso de sustancias que condiciona una demanda excesiva de psicofármacos y da lugar, con frecuencia, a una prescripción por complacencia relacionada no sólo con el conflicto individual médico-paciente, sino incluso con el nivel de tensión general entre los internos[16].
- La proliferación actual de medicaciones con el objetivo de modular las conductas disfuncionales en los trastornos de personalidad, diagnóstico que en las prisiones ha pasado de obviarse a alcanzar incluso el 80% de prevalencia en un reciente estudio noruego[17].

En los últimos años, ha saltado la alarma respecto a un gasto psicofarmacológico elevadísimo en las prisiones de nuestro país. Así, se ha desviado la atención hacia una comparación de la cuantía, los costes y los perfiles del uso de psicofármacos en el medio penitenciario y en la comunidad, y hacia una evaluación de la adecuación de la prescripción y las posibilidades de racionalización del gasto. Salinas et al[18], en el estudio que realizan de utilización de neurolépticos atípicos (risperidona, olanzapina y quetiapina) en el Centro Penitenciario de Málaga durante los años 2003/2004, comparando sus datos con los del distrito de atención primaria de referencia, encuentra un incremento de las prescripciones de éstos en el centro penitenciario y una disminución en atención primaria, que coincide con las intervenciones realizadas por el Sistema Andaluz de Sanidad, encaminadas a incrementar el control, utilizando el visado previo de dispensación[18]. En la actualidad, están sobre la mesa aspectos farmacoeconómicos como la eficiencia o no, de la sustitución paulatina que se ha producido de los fármacos clásicos en el tratamiento de la depresión o la psicosis por los de última generación[19] o la pertinencia de utilizar, entre otros, los modernos antiepilépticos o neurolépticos en indicaciones no aprobadas por los organismos internacionales de evaluación y registro, aunque ampliamente extendidas[20]. Así, diversos autores han denunciado, por ejemplo, que la mayoría de las evaluaciones farmacoeconómicas que apoyan el uso de los nuevos antipsicóticos y antidepresivos (responsables en gran parte del salvaje incremento del gasto), no cumplen los criterios imprescindibles de rigor científico y no estudian suficientemente el impacto de los nuevos efectos secundarios[21-24].

Parece adecuado que las autoridades sanitarias, que son en última instancia las que pagan por las innovaciones, sean las que

promuevan comisiones de investigación para la evaluación de coste-efectividad[25].

A pesar de la alarma que genera esta evolución del gasto, en el medio penitenciario no se hacen efectivos los medios de contención del gasto que se aplican de rutina en el Sistema Nacional de Salud. A diferencia de los médicos de atención primaria extrapenitenciaria, los médicos de prisiones no reciben información individual con respecto al coste de las medicaciones que prescriben ni incentivos como resultado de su buena gestión. Tampoco hay una definición en la práctica de sustancias financiadas ni excluidas de la prestación farmacológica y de productos de parafarmacia a los internos, ni una normativa con respecto a la capacidad de gestión y regulación del gasto de los farmacéuticos al cargo de las farmacias y depósitos de medicamentos penitenciarios.

Sin embargo, y a pesar de que el aspecto puramente económico tiene gran importancia, la cuestión a la que es prioritario dar respuesta es otra: ¿el incremento del gasto psicofarmacológico en el medio penitenciario se corresponde verdaderamente con una mejor atención a los presos? El primer paso imprescindible para dar respuesta a esta cuestión es tener acceso a una información detallada respecto a qué, cuánto y cómo se prescribe en este medio. Ése es el objetivo primordial del presente trabajo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio epidemiológico, descriptivo, transversal realizado en la población de internos del Centro Penitenciario Madrid III con el objetivo de describir el uso actual de psicofármacos en el centro sin introducir variación alguna con respecto al funcionamiento habitual. Se estableció un período de estudio de 2 semanas de características estándar dentro del calendario asistencial. Se excluyó a la población de la sección abierta y a los tránsitos con estancias en el centro menores de 48 h.

El día 6 de junio de 2005 se recopilaron todas las fichas de tratamiento que incluían algún psicofármaco recibidas en el Servicio de Farmacia y que en ese momento seguían vigentes, lo que representa un corte transversal de los internos sujetos a prescripción de psicofármacos.

El resto de nuevas prescripciones, suspensiones de tratamientos previos y cambios desde el día 7 de junio al 19 de junio, ambos incluidos, se fueron recogiendo de igual modo a diario mientras duró el estudio. La información relativa a los tránsitos e ingresos se recogió a través de un protocolo, específicamente diseñado a tal efecto, con el que se adjuntó copia de las hojas de tratamiento médico de los internos en tránsito que llegaron desde otras prisiones del estado durante el período de estudio. Todos estos datos se informatizaron en un archivo Excel, que incluía las variables: número de identificación de seguridad (NIS), que se eliminó una vez depurada la base de datos para preservar el anonimato de los internos participantes; módulo al que pertenece el interno; principio activo; dosis diaria total en miligramos; fecha de la prescripción; fecha de suspensión; tránsito o fijo. A partir de las fechas de prescripción y suspensión del tratamiento se creó otra variable: duración en días de la prescripción, que se calculó para el período de estudio, por lo que la duración máxima es de 14 días.

Cada módulo tiene un médico general asignado con carácter estable, lo que hace que la variable módulo nos dé información indirecta del médico prescriptor. Se creó, además, una nueva variable para definir a los internos cuyas prescripciones habían sido revisadas por la psiquiatra, a partir del listado de pacientes en consulta de psiquiatría del último año.

Posteriormente, a partir del sistema de información de régimen penitenciario, se localizaron las fechas de nacimiento correspondientes a los NIS sujetos a prescripción de psicofármacos, con lo que se incluyó la variable edad junto con otros datos epidemiológicos como la nacionalidad, la situación penal (condenado o preventivo) y el grado.

Para el cálculo de las dosis diarias de mantenimiento (DDD), se utilizaron los valores de referencia para cada principio activo del nomenclator digitalis actualizado en 2005; para el de los costes, los precios máximo, mínimo y genérico de las ofertas para cada principio activo recibidas en farmacia desde el inicio del año 2005 hasta comenzar el estudio.

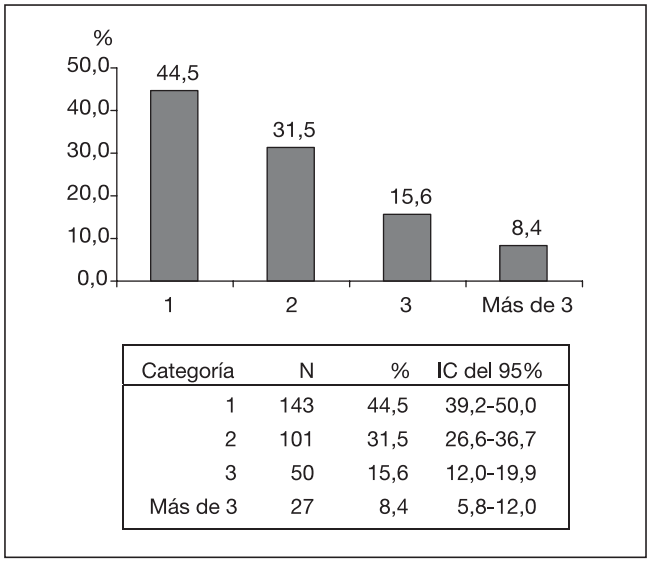
El número de DDD correspondiente a cada prescripción se calculó mediante el producto de la dosis diaria en miligramos por el valor de DDD asignado al principio activo en la clasificación oficial vigente. A partir de las fechas de inicio y suspensión de la prescripción, se calculó el número de días válidos dentro del período (hasta un máximo de 14, para las prescripciones que se mantuvieron a lo largo de las 2 semanas). Finalmente, la dosis/habitante/día (DHD) se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$\text{DHD} = (\sum \text{DDD en 14 días} / 1.368 \times 14) \times 1.000 \text{ o 100 habitantes}$$

Se recodificaron los principios activos en 5 variables, una por subgrupo terapéutico (ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos, antipsicóticos y antiepilépticos) y en una segunda recodificación, se crearon 3 nuevas variables para clasificar los antipsicóticos, antidepresivos y antiepilépticos en clásicos y nuevos o atípicos.

RESULTADOS

La población estudiada está compuesta por 1.368 internos (1.099 fijos y 268 tránsitos). Tenían prescrito algún psicofármaco durante el período de estudio 321 internos, el 23,46% de dicha población tenía prescrito algún psicofármaco (intervalo de confianza [IC] del 95%, 21,29-25,78%). En la figura 1 se muestra la distribución de internos con 1, 2, 3 y más de 3 psicofármacos. El 76% de los internos que tenían prescrito algún medicamento psicotropo, tomaba en ese momento 1 o 2 fármacos de ese tipo (p. ej., un antidepresivo y un hipnótico), el 24% restante estaba recibiendo 3 o más.



Categoría	N	%	IC del 95%
1	143	44,5	39,2-50,0
2	101	31,5	26,6-36,7
3	50	15,6	12,0-19,9
Más de 3	27	8,4	5,8-12,0

Fig. 1. *Distribución de los internos según el número de psicofármacos prescritos por interno. IC: intervalo de confianza.*

El gasto total en psicofármacos acumulado en las 2 semanas que duró el estudio ascendió a 5.379,27 €. De ser significativo con respecto a un período bisemanal cualquiera, el gasto anual en este tipo de medicaciones ascendería a 139.861,56 € y se estarían consumiendo a diario en el centro psicotropos por valor de 379 €.

El consumo total de psicofármacos ascendió a 9.840 DDD (dosis definidas como de mantenimiento para la indicación más habitual del fármaco).

Tomando como punto de corte el día 6 de junio de 2005, el 15,5% de los internos de la prisión habían sido valorados por el psiquiatra en algún momento en el último año (IC del 95%, 13,4-17,8%). El especialista había revisado el 27,4% de las prescripciones (IC del 95%, 24,1-34,1%).

En la tabla 1 se muestra la distribución de DDD por subgrupos de psicofármacos, un 46% de los cuales correspondían con ansiolíticos que constituyeron el subgrupo del que se consumieron mayor número de DDD, seguido del 17% de los antidepresivos, el 14% de los antipsicóticos y el 5% de los antiepilépticos.

La tabla 2 muestra el gasto en psicofármacos por principios activos (agrupados según la categoría a la que pertenece cada sustancia psicotropa).

Tabla 2. Distribución del gasto (euros) por principio activo

Antidepresivos	Total euros	Antipsicóticos	Total euros
Amitriptilina (P = 33)	23,8	Amisulpiride (P = 1)	33,18
Citalopram (P = 4)	16,17	Clotiapina (P = 4)	3,68
Clomipramina (P = 1)	1,54	Haloperidol (P = 6)	8,69
Escitalopram (P = 2)	20,88	Levomepromacina (P = 8)	1,79
Fluoxetina (P = 17)	33,12	Litio (P = 5)	33,4
Mirtazapina (P = 31)	204,88	Olanzapina (P = 32)	1480,49
Paroxetina (P = 24)	148,05	Perfenacina (P = 1)	0,41
Sertralina (P = 5)	28,52	Quetiapina (P = 18)	276,28
Trazodona (P = 3)	5,41	Risperidona (P = 16)	256,04
Venlafaxina (P = 9)	144	Risper. Consta (P = 13)	1333,2
		Sulpirida (P = 2)	4,88
		Tiaprida (P = 2)	2,94
		Ziprasidona (P = 1)	89,15
		Zuclopentixol (P = 5)	203,3
		Zuclop. Depot (P = 6)	132,69
Antiepilépticos	**Total euros**	**Ansiolíticos**	**Total euros**
Carbamacepina (P = 3)	2,45	Alprazolam (P = 5)	10,1
Gabapentina (P = 14)	131,76	Bromazepam (P = 27)	7,68
Oxcarbamacepina (P = 2)	12,47	Clonazepam (P = 41)	27,83
Topiramato (P = 13)	295,85	Clorazepato (P = 50)	181,14
		Diazepam (P = 53)	30,08
		Diazepam +	5,71
		sulpiride (P = 3)	27,68
		Ketazolam (P = 11)	28,06
		Lorazepam (P = 27)	20,66
		Medazepam (P = 27)	2,75
		Hidroxizina (P = 3)	28,03
Hipnóticos	**Total euros**		
Clormetiazol (P = 1)	0,97		
Doxilamina (P = 7)	11,25		
Flurazepam (P = 6)	6,64		
Lormetazepam (P = 76)	33,6		
Midazolam (P = 2)	1,31		
Zaleplon (P = 13)	49,44		
Zolpidem (P = 5)	3,5		
Zopiclona (P = 1)	1,54		

P: número de prescripciones.

Tabla 1. Rangos de consumo de los distintos subgrupos terapéuticos

Subgrupo	DDD (% del total)	DHD × 100 internos/día	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Antidepresivos	1.680,84 (17%)	8,66	9,38	14	14
Antipsicóticos	1.358,91 (14%)	7	3,5	7	14
Ansiolíticos	4.495,02 (46%)	23,17	6,93	14	28
Hipnóticos	2.089,09 (21%)	10,77	14	14	28
Antiepilépticos	475,84 (5%)	2,45	5,55	3,5	8,96

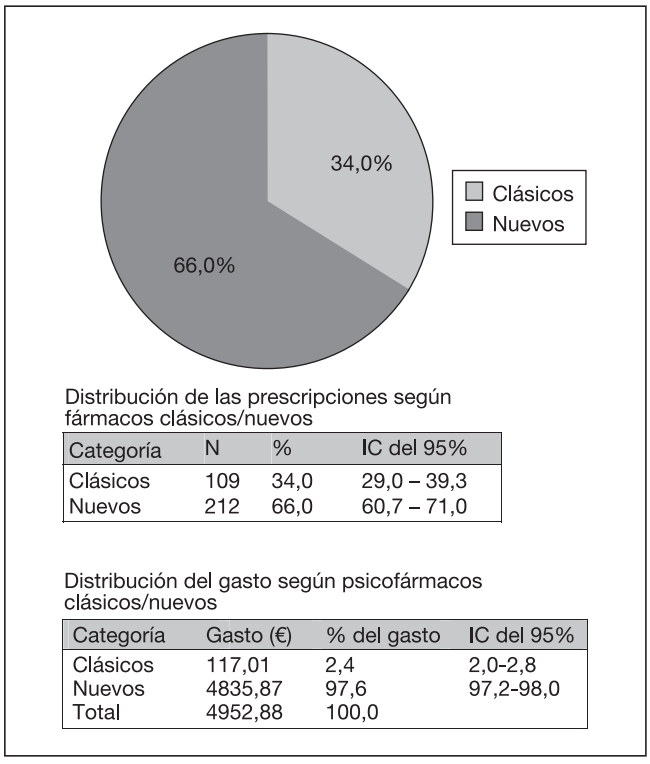
DDD: dosis diaria de mantenimiento; DHD: dosis/habitante/día.

El gasto se expresa en total de euros que han costado las prescripciones de cada sustancia durante las 2 semanas que se estudiaron. También se incluyen, a modo de referencia, el número de prescripciones de dicho fármaco a lo largo del período (entre paréntesis al lado del nombre del principio activo).

Por principios activos, el mayor gasto correspondió a 2 antipsicóticos: olanzapina con 32 prescripciones y risperidona inyectable depot con 13 prescripciones, que ascendieron a 1.480 y 1.333 €, respectivamente (entre ambos supusieron un gasto de 2.813 €, más de la mitad del gasto total en psicofármacos que hizo el centro durante las 2 semanas de estudio).

Tras ellos, un antiepiléptico, el topiramato con 13 prescripciones que costaron 295 € (en aquel momento aún no se disponía del genérico) y un antidepresivo, mirtazapina, con 31 prescripciones que supusieron 204,88 €. En cuanto al subgrupo de ansiolíticos, el clorazepato fue el que supuso un mayor coste, del que 50 prescripciones supusieron 181 €. Entre los hipnóticos, en el caso del zaleplon, 13 prescripciones costaron 49 € (en el momento actual no se comercializa). El psicofármaco del que se registraron más prescripciones fue un hipnótico, el lormetazepam (76), que costaron tan sólo 33 €.

La información que refleja la figura 2 se refiere exclusivamente a los subgrupos de psicofármacos en los que hay una delimitación consensuada entre sustancias consideradas "clásicas" o "antiguas" y sustancias "nuevas", los subgrupos que corresponden a los antidepresivos (p. ej., la amitriptilina, un principio activo clásico, y la mirtazapina, uno nuevo), los antipsicóticos y los antiepilépticos. Por lo tanto, las prescripciones de benzodiacepinas no están reflejadas aquí.



Distribución de las prescripciones según fármacos clásicos/nuevos

Categoría	N	%	IC del 95%
Clásicos	109	34,0	29,0 – 39,3
Nuevos	212	66,0	60,7 – 71,0

Distribución del gasto según psicofármacos clásicos/nuevos

Categoría	Gasto (€)	% del gasto	IC del 95%
Clásicos	117,01	2,4	2,0-2,8
Nuevos	4835,87	97,6	97,2-98,0
Total	4952,88	100,0	

Fig. 2. *Distribución del gasto (%) según psicofármacos clásicos/nuevos. IC: intervalo de confianza.*

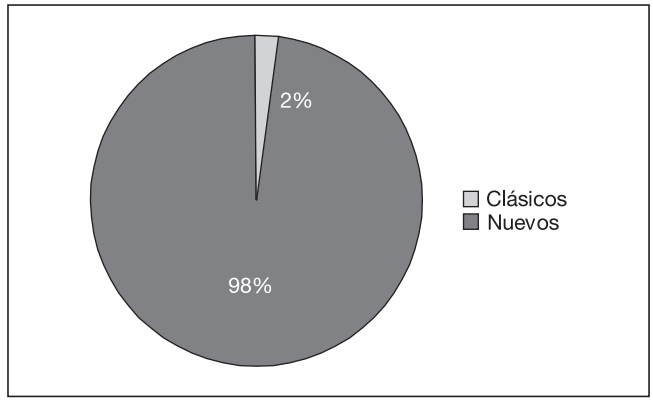


Fig. 3. *Distribución de las prescripciones % según psicofármacos clásicos/nuevos.*

La proporción del gasto en función de que antipsicóticos, antidepresivos y antiepilépticos perteneciesen a la categoría de fármacos de nuevas o antiguas generaciones es muy notable (diferencia que resultaba estadísticamente significativa, $p < 0,001$).

En la figura 3 se observan las diferencias entre la proporción del gasto correspondiente a los fármacos clásicos y a los nuevos, que se acentúa en el caso de los antipsicóticos. En esta categoría tan sólo el 1,4% del gasto corresponde a fármacos clásicos.

Así como el porcentaje de prescripciones que correspondía a los fármacos clásicos era el 34% (IC del 95%, 29-39,3%), como se muestra en la figura 2, éstos sólo daban cuenta del 2,4% del gasto (IC del 95%, 2-2,8%) (fig. 3). El porcentaje de prescripciones que correspondía a los fármacos nuevos era del 66% (IC del 95%, 60,7-71,0%) daba cuenta del 98% del gasto (IC del 95%, 97,2-98%).

En cuanto al gasto en psicofármacos por módulos del centro penitenciario, en la tabla 3 se representan los valores mediana, percentil 25 y percentil 75 del gasto por prescripción/día en cada uno de los módulos.

Destaca como fuente del mayor gasto el módulo de enfermería (mediana de 11,95 €) seguido del módulo 7 (3,04 €) y de los módulos de tránsitos y aislamiento (2,80 €), todos ellos valores muy superiores a la mediana resultante de los módulos "ordinarios" de la población fija del centro (cuya mediana resultó de 0,90 €).

A efectos del gasto por prescripción se objetivan, igualmente, diferencias estadísticamente significativas entre las prescripciones de los pacientes revisados por el psiquiatra y las de los pacientes que no han sido valorados por el especialista (tabla 4).

Diferencia del gasto total en función de la oferta comercial aceptada

El registro de las prescripciones se llevó a cabo reseñando únicamente el principio activo, sin especificar nombres comerciales o

Tabla 3. Distribución del gasto (euros) por módulos

Módulo	Mediana	P_{25}	P_{75}
Módulo 1	0,9	0,49	2,98
Módulo 2	1,12	0,56	3,36
Módulo 3	0,56	0,26	1,12
Módulo 4	1,12	0,66	3,36
Módulo 5	0,61	0,28	2,34
Módulo 6	0,66	0,3	4,48
Módulo 7	**3,04**	0,86	16,48
Módulo 8	0,61	0,26	4,17
Módulo 9	1,12	0,37	6,3
Tránsitos e ingresos	**2,8**	0,66	7,56
Aislamiento	**2,8**	0,56	21
Enfermería	**11,95**	1,68	38,34
Total	1,4	0,56	6,48
Módulos agrupados*	**Mediana**	**P_{25}**	**P_{75}**
Tránsitos	**2,8**	0,66	7,56
Aislamiento + M4	1,3	0,56	4,06
Enfermería	**11,95**	1,68	38,34
Resto	0,9	0,38	4,06

*Test de la mediana global: $p < 0,001$.

Tabla 4. Distribución del gasto (euros) según revisión psiquiátrica de las prescripciones

	Media (DE)	Mediana (P_{25}-P_{75})	p
Revisadas	129,4 (303,2)	31,6 (27,7-148,1)	0,01
No revisadas	201,9 (384,9)	31,6 (27,8-203,3)	

la correspondencia o no con un fármaco genérico. Recogidas todas las ofertas comerciales recibidas de los laboratorios para las distintas presentaciones de cada principio activo, se ha podido constatar la cuantía del ahorro, que es atribuible única y exclusivamente a la selección del precio más competitivo (ya que no se consideraron otros aspectos), por parte de la farmacéutica del centro. El gasto total del consumo de psicofármacos de las 2 semanas de estudio oscila entre los siguientes valores:

– Coste total ofertas máximas –resulta del precio más alto de cada principio activo de entre las ofertas presentadas por distintos laboratorios y solicitadas por la farmacéutica del centro–: 5.973,79 €.
– Coste total ofertas mínimas –resulta del precio mínimo ofertado/solicitado para cada principio activo (mediante descuento en factura). Tan sólo se trata de una selección de ofertas por medio de concurso público en el caso de los neurolépticos centralizados (olanzapina y risperidona en aquella fecha)–: 5.362,80 €.
– Ahorro por búsqueda y selección de ofertas: 610,99 € (anual especulativo: 14.663,76 €).

DISCUSIÓN

Al tratarse de un estudio epidemiológico descriptivo no es posible extraer conclusiones de tipo causal. Las limitaciones del trabajo en su calidad de estudio descriptivo transversal han sido de distinta naturaleza. En primer lugar, las limitaciones propias de una investigación que perseguía no implicar ningún tipo de modificación con respecto a las pautas habituales de prescripción, y ni siquiera instaurar novedades en la dinámica de recolección de datos que se constituyesen en un posible condicionante de cambios en el funcionamiento normal, sino exclusivamente la utilización de los medios usuales de registro de los tratamientos que se vienen utilizando en el centro. Se trataba de ver qué, en qué cantidad y a quién se prescribía, y describir de la forma más fidedigna y detallada posible la realidad actual en lo tocante al uso de psicofármacos en prisión.

El Centro Penitenciario de Madrid III (fig. 4) tiene uno de los mejores datos con respecto a gasto farmacéutico de la Comunidad de Madrid y, específicamente, el primer puesto en el año 2006, en cuanto a menor gasto/interno/neurolépticos centralizado, entre los centros estándar de esta comunidad y el cuarto puesto entre todas las prisiones de España (excluidas las de Cataluña), habiendo reducido el gasto en neurolépticos de adquisición centralizada del año 2005 al 2006 un 42,25%[26]. A pesar de todo, el gasto total de psicofármacos en un período de 2 semanas en 2005 asciende a 5.379,27 €, lo que supone una media de 384,21 € al día invertidos en estos medicamentos.

Durante el período de estudio, un 23,5% de los internos tienen prescrito algún psicofármaco. El alto porcentaje de pacientes en tratamiento con 1 o 2 psicofármacos (hasta el 76%) se puede considerar un indicador de calidad, ya que muchos protocolos terapéuticos aconsejan evitar en lo posible la acumulación de sustancias en el tratamiento de la enfermedad mental.

Por otro lado, la DHD resultó ser de 513,77 DDD por 1.000 internos/día, cuantía muy superior (casi el doble) a la encontrada por Cañas en la Prisión de León en 2001, donde se consumían 280,74 DDD/H/D de fármacos psicotropos (250,824 DHD de psicolépticos y 29,918 DHD de psicoanalépticos). Sin embargo,

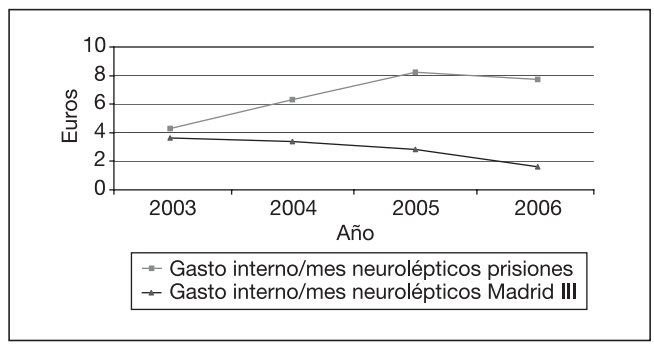


Fig. 4. *Gasto en neurolépticos de adquisición centralizada (risperidona y olanzapina)/interno/mes prisiones frente a gasto en neurolépticos adquisición centralizada (risperidona y olanzapina)/interno/mes centro penitenciario Madrid III.*

es muy posible que, dada la progresión del consumo de psicofármacos que Instituciones Penitenciarias ha objetivado en los últimos años, un dato de 2001 no resulte en absoluto comparable con otra intención que evidenciar la cuantía de esta progresión.

El subgrupo de psicofármacos más consumidos fueron los ansiolíticos, 4.495,02 (46%) DDD del total, entre ellos destaca diazepam 21,5% y clorazepato 20,2% de las prescripciones de dicho subgrupo. Según el *ranking* por consumo de principios activos publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo correspondiente al año 2005, los psicofármacos más consumidos en número de envases a través de receta con cargo al Sistema Nacional de Salud fueron lorazepam y alprazolam (también ansiolíticos)[27], lo que supondría una convergencia entre el perfil de consumo de la prisión y el medio extrapenitenciario en cuanto al subgrupo y una diferencia en cuanto a los principios activos, probablemente relacionada con la elección de ansiolítico en una población con mayor índice de toxicomanía.

Ambos, hipnóticos y ansiolíticos, suponen 67% de las dosis prescritas, sin embargo, sólo alcanzan a representar un 8% del gasto.

También el *ranking* general según importe de los antipsicóticos en prisión, remeda al que se objetivó en el medio extrapenitenciario; así, las medicaciones de uso psiquiátrico que más le costaron en 2005 al Sistema Nacional de Salud fueron risperidona, en primer lugar, y olanzapina, en segundo[27]. En nuestro centro penitenciario ocurría lo mismo, risperidona en sus 2 presentaciones (comprimidos, inyectables depot) y olanzapina fueron los psicofármacos que más costaron en los 15 días de estudio.

En cuanto al subgrupo de los antidepresivos, los más costosos para el Sistema Nacional de Salud fueron paroxetina, en primer lugar (el sexto fármaco en el *ranking* por importe de todos los principios activos), y velanfaxina, en segundo (ocupó el décimo puesto en esa clasificación general)[27]. En Madrid III fueron en primer lugar mirtazapina y después paroxetina (con un 24 y un 18%, respectivamente, de las prescripciones de su subgrupo. Sin embargo, estos antidepresivos estaban en el *ranking* general por coste muy alejados de los antipsicóticos más caros y del topiramato (antiepiléptico), lo que hace pensar que estos últimos se utilizaban en uso compasivo (sin que se hubiese gestionado desde el centro ninguna solicitud para ello por la vía reglamentaria durante el período de estudio). Podrían resultar también indicativos de la entidad del uso compasivo factores como la elevada frecuencia con que se encuentra que las dosis consumidas son infraterapéuticas para algunas sustancias y el hecho de que precisamente los pacientes que reciben esas sustancias sean raramente derivados para revisión psiquiátrica, quizás porque la gravedad asociada al uso compasivo es menor y los clínicos consideran que ésta no es necesaria. Ejemplos de esto serían los de antipsicóticos como la quetiapina, utilizada en ocasiones incorrectamente como hipnótico, o los usos fuera también de indicación y/o condiciones de uso, de la risperidona o antiepilépticos como el topiramato y la gabapentina, fármacos todos ellos empleados a dosis más bajas que las se precisan en sus indicaciones aprobadas y cuya prescripción raramente es supervisada por el especialista, aun cuando esta derivación sería siempre recomendable para los diagnósticos con indicación de utilización de neurolépticos y antiepilépticos.

Así, aunque no se trata de un dato extraído de este estudio (y tal como alertaba el oficio que la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria del 14 de febrero de 2006 sobre uso compasivo), se sospecha que la mirtazapina (uno de los antidepresivos más caros, que da cuenta de un 32,7% del gasto en este tipo de medicamentos y que representa un 24% de las prescripciones) se utiliza muchas veces como hipnótico, al igual que la olanzapina, ambos en la búsqueda de alternativas no benzodiacepínicas en casos de politoxicomanía. De igual modo, la risperidona en su forma inyectable depot podría estar aplicándose en los trastornos de personalidad con supuesto efecto antiimpulsivo (utilidad que no se encuentra entre las indicaciones aprobadas, sólo está aprobada para el tratamiento de trastornos psicóticos).

Es primordial señalar que una de las medidas esenciales de racionalización del gasto pasaría por reducir al máximo el uso compasivo y por plantearse, en el caso de que éste se considere necesario, alternativas medicamentosas clásicas igualmente útiles, más coste-eficientes. En el caso de los trastornos del sueño, en la recientemente publicada "Guía para el uso autorizado de psicofármacos en España"[28], aparece autorizado el uso de antidepresivos como la trazodona, así como el clometiazol, antipsicóticos clásicos (como clorpromazina, clotiapina y levomepromacina) o la hidroxicina.

La decisión de prescribir uno u otro fármaco está, en último término, en manos del médico que se convierte en obligado gestor de recursos. Aunque el presente estudio no contaba con un diseño que posibilitase el análisis de la influencia del médico prescriptor, las diferencias encontradas entre módulos resultan indicativas de ésta, ya que durante el período de duración del estudio, y salvo para las prescripciones de urgencias, era un mismo profesional sanitario el que ordenaba los tratamientos en cada módulo. Por tanto, sería necesario otro tipo de investigación para esta delimitación (influencia del prescriptor en las diferencias entre módulos-influencia de otros factores). Así, aunque aventurado, resulta razonable pensar que las diferencias entre los módulos 4 y de aislamiento (ambos de alta seguridad) o la enfermería y el resto de los módulos del centro serán principalmente atribuibles a las características de los internos y, sin embargo, las diferencias encontradas entre los módulos ordinarios estarán, seguramente, más condicionadas por variables relacionadas con el prescriptor. Así, entre los factores que creemos están relacionados con los buenos datos de gestión de nuestro centro, están la estabilidad laboral del personal sanitario o la existencia de criterios de prescripción relativamente uniformes entre los médicos del centro, y entre éstos y la psiquiatra.

El 31% del total de los internos con algún psicofármaco prescrito había sido revisado por la psiquiatra al menos en una ocasión en el último año. Aunque no disponemos de los datos de atención primaria, es muy posible que se trate de una proporción elevada en comparación con la del ámbito extrapenitenciario. Sin embargo, al contrario de lo que podría pensarse, no son las

medicaciones de más complicado manejo (indicadas en diagnósticos psiquiátricos graves, como los antipsicóticos) las más revisadas por el especialista. Éste es un indicador de la existencia de algún fallo en los criterios de derivación que podría explicarse por la falta de protocolos unificados y también se podría atribuir a la frecuencia de uso compasivo, ya que cuando se prescribe una dosis baja nocturna infraterapéutica de un neuroléptico a un paciente que se queja de problemas de sueño esto no implica un diagnóstico que sea preciso remitir al psiquiatra. Así, sólo el 19% de las prescripciones de antipsicóticos y el 12% de las de antiepilépticos (fármacos que dan cuenta de un elevado porcentaje del gasto) se habían revisado.

El otro gran factor condicionante es la gestión de las compras realizada desde la farmacia y, muy especialmente, la búsqueda y selección de ofertas en un mercado que parece fijar los precios de forma bastante flexible, ya que si se extrapola el ahorro de estos 14 días a 12 meses se ahorrarían, sólo en psicofármacos, 14.663,76 €. Estos resultados apuntan a una labor importantísima de la farmacéutica junto a la de los médicos/as del centro. ¿No justifica el potencial de ahorro y racionalización de uso la devolución a cada miembro del personal de su responsabilidad como gestor y el establecimiento de medidas que incentiven las buenas prácticas que en la actualidad se confían a factores meramente individuales?

Sería imprescindible en la aspiración de unificar criterios de prescripción y selección de ofertas de un mismo principio activo la elaboración de protocolos de prescripción o guías farmacoterapéuticas. Proceso en el que deberían participar psiquiatras, médicos y farmacéuticos.

Bibliografía

1. Girona-Brumós L, Ribera-Montañá R, Juárez-Giménez C, Lalueza-Broto P. Luces y sombras de la prestación farmacéutica en España: a propósito de los antidepresivos y antipsicóticos. Gac Sanit. 2006;20 Supl 1:143-53.
2. Principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud 2006. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2007; 31:103-4.
3. Subgrupos ATC de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud 2006. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2007; 31:130-5.
4. Memorias de Farmacia de Instituciones Penitenciarias 2003, 2004 y 2005.
5. Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2004. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2005;29:49-53.
6. Torrey EF. Jails and prisions. American's new mental hospitals. Am J Public Health. 1995;85:1611-3.
7. Hartvig P, Ostberg B. Mental diseases and disorders among inmates in Norwegian prisons. Tidskr Nor Laegeforen. 2004;124:2091-3.
8. Kjelsberg E, Hartvig P, Bowitz H, Kuisma I, Norbech P, Rustad AB, et al. Mental health consultations in a prison population: a descriptive study. BMC Psychiatry. 2006;6:27.
9. Cañas M. Utilización de psicofármacos en centros penitenciarios. II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciariaria. Barcelona: Libro de Ponencias y Comunicaciones; 1998. Comunicación 327.
10. Espinosa MI, Laliga A. Evolución del gasto farmacéutico en centros penitenciarios de Cataluña. Comunicaciones V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Rev Esp Sanid Penit. 2005;7:49.
11. Brinded PMJ, Simpson AIF, Laidlaw TM, Fairley N, Malcolm F. Prevalence of pscyhiatric disorders in the New Zealand prisons: a national study. Autralian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2001;35: 166-73.
12. Carrá G, Giacobone C, Pozzi F, Alecci P, Barale F. Prevalenza di disturbi mentali e trattamenti correlati a una casa circondariale: uno studio di 20 mesi di casi consecutivi. Epidemiologia e Psichiatria Sociale. 2004;13:47-54.
13. Cañas MA, Cañas J, Torre MA. Estudio de utilización de psicofármacos en el Centro Penitenciario de León. Análisis Comparativo. Rev Esp Sanid Penit. 2001;3:106-10.
14. Blasco F, Martínez López J, Villares P, Jiménez AI. El paciente anciano polimedicado: efectos sobre salud y sobre el sistema sanitario. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2005;29:152-8.
15. Pérez E. ¿Psiquiatría penitenciaria? Rev Esp Sanid Penit. 2004;6: 97-101.
16. Monceau M, Jaeger M. La consommation des médicaments psychotropes en prison. Soins. 1995;598:41-4.
17. Langevedl H, Melhus H. Are psychiatric disorders identified and treated by in-prison health services? Tiddskr Nor Laegeforen. 2004;124:2094-7.
18. Salinas C, Ortega L, Rubio A, Jiménez JA. Utilización de neurolépticos atípicos en el Centro Penitenciario de Málaga. Rev Esp Sanid Penit. 2007;9:21-5.
19. Lund BC, Flaum M, Adam LA, Perry PJ. Psychiatric prescribing trends and practices in Iowa's prisons. Psychiatric Services. 2002;53:1023-4.
20. Oficio 14/02/2006. Uso compasivo. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.
21. Gilbody SM, Song F, Eastwood AJ, Sutton A. The causes, consequences and detection of publication bias in Psychiatry. Acta Psychiatr Scand. 2000;102:241-9.
22. Ortiz A, de la Mata I. Nuevos antipsicóticos. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2001;25:5-7.
23. Duggan M. Do new prescription drugs pay for themselves? The case of second-generation antipsichotics. Journal of Health Economics. 2005;24:1-31.
24. Bagnall AM, Jones L, Ginnelly L, Lewis R, Glanville J, Gilbody S, et al. A systematic review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia. Health Technol Asess. 2003;7:1-193.
25. Memorias de Farmacia de Instituciones Penitenciarias 2006.
26. Subgrupos ATC y Principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2005. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2006;30:42-9.
27. Barbui C, Lintas C, Percudani M. Head-to-head comparison of the cost of atypical antipsychotics: a systematic review. CNS Drugs. 2005; 19:935-50.
28. Pacheco Yánez L, Medrano Albeniz J, editores. Guía para el uso autorizado de psicofármacos en España 2005. Barcelona: Ed. Glosa; 2005.