Sector del medicamento: una visión crítica pero integradora

Josep Llop

Farmacéutico. Coordinador del Grupo de Farmacoterapia y Tecnología Farmacéutica. Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (Barcelona)

«En los últimos tiempos, las políticas del medicamento se han centrado casi exclusivamente en la contención del gasto»

Entorno

El gasto en medicamentos, tras el gasto hospitalario, ha sido el capítulo más importante dentro del presupuesto sanitario público. Históricamente ha representado un crecimiento anual muy superior al resto de partidas que conforman el gasto sanitario.

A pesar de su decrecimiento constante desde hace 3 años, y dadas las limitaciones actuales de los presupuestos públicos, los medicamentos se siguen poniendo en el centro de las medidas de contención del gasto público.

Dado que la contención del gasto en medicamentos ha sido a menudo hecha con criterios que no tienen en cuenta su impacto en términos de salud, el objetivo de esta aproximación es abrir el debate desde una perspectiva crítica pero al mismo tiempo integradora.

La complejidad de nuestra sociedad hace que coexistan elementos contradictorios que a menudo provocan enfrentamientos entre distintos ámbitos del tejido social y económico. Esto es plenamente vigente para la política sanitaria actual, y dentro ella, de una manera muy marcada, para el sector del medicamento. En él se entrecruzan intereses ligados al entorno social, económico y político, de tal forma que, en función del agente que los analice, da pie a que se establezcan diferentes prioridades. Estas contradicciones también son palpables entre las priori-

©Thinkstock

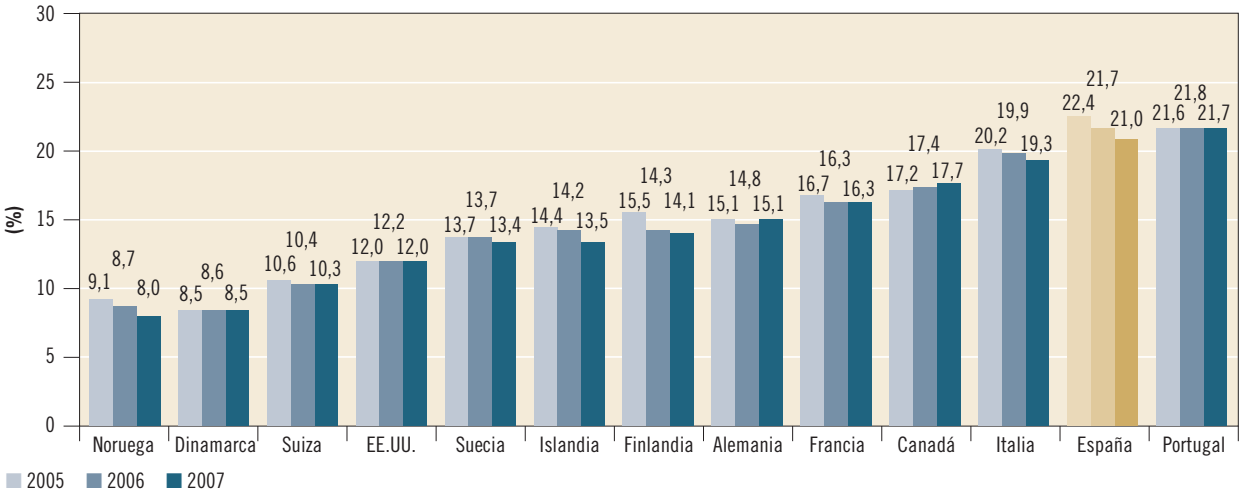

Figura 1. Evolución del gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario total (2007). Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Farmaindustria, OECD Health Data 2009, SIGRE, Manual Merck

dades establecidas por la Unión Europea para la «política farmacéutica» donde, en primer lugar, se recomienda la incentivación y mejora de la eficiencia en I+D europea para garantizar la disponibilidad de «fármacos innovadores» y la competitividad frente a Estados Unidos, y sólo en segundo lugar se recomienda «garantizar un control del gasto sanitario y farmacéutico mediante la promoción de medidas de prevención y uso adecuado de los fármacos, garantizando al mismo tiempo una calidad alta de las prestaciones». Las cuestiones de orden en el ámbito social no son gratuitas y tienen un importante significado y contenido político.

Los antecedentes

En los últimos tiempos, las políticas del medicamento se han centrado casi exclusivamente en la contención del gasto. Sin embargo, si hacemos un análisis de estas políticas podemos concluir que se ha tratado de un conjunto de medidas a las que no han acompañado con suficiente intensidad ni cambios culturales en el uso racional del medicamento ni de su financiación pública con criterios de efectividad. En ningún caso se ha evaluado el impacto sobre la salud de la ciudadanía en los últimos años.

En general, las medidas impulsadas por el gobierno del Estado y el de la mayoría de las Comunidades Autónomas han tenido efectos puntuales que se han ido diluyendo en el tiempo, como han sido las modificaciones en el sistema de pago de las oficinas de farmacia o el de las listas negativas. Otras medidas han tenido más impacto, como es el caso de las bajadas administrativas de precios, las compras unificadas (Valencia) o las subastas y la creación de precios de referencia a la baja (Andalucía). Un conjunto de medidas que han sido descontextualizadas de las tendencias en Europa, convergencia de precios y afloramiento del comercio paralelo como han sido el sistema de precios de referencia y los acuerdos globales con la industria farmacéutica.

Es precisamente por esta descontextualización y limitación de las medidas que hasta el momento se ha ido implantando la idea de que hay que hacer un nuevo planteamiento, seguramente difícil pero necesario. En concreto, es necesaria una cultura nueva con una visión más global, más racional y por lo tanto más basada en la evidencia y que se plantee en términos de «salud», asumiendo que el verdadero coste de los medicamentos no está siempre bien representado por la observación del gasto en medicamentos, y que el gasto de la atención sanitaria no coincide siempre con el precio de venta ni con el nivel de gasto en los medicamentos.

Algunos datos

En España el porcentaje del gasto en medicamentos respecto al gasto sanitario público, que se situó por encima del 21% en el año 2007, es de los más elevados en nuestro entorno (figura 1). En el resto de países, excepto Portugal, se sitúa entre el 8 y el 19%. Este hecho ha sido un argumento recurrente a la hora de justificar medidas de contención y/o decrecimiento. Medidas que a menudo no han sido ajustadas o moduladas en función de otros indicadores.

Los datos entre países de la Unión Europea señalan que, en el año 2009, en España el porcentaje del gasto en medicamentos sobre el gasto sanitario global había bajado y se situaba sobre el 19%. (Datos del MSPSI y el INE [padrón], Lago Moreno JA, Viveros JE y Heredia J. El gasto farmacéutico en España. EAE 09/2012).

En 2010, el gasto en medicamentos per cápita y año en el Estado Español ocupó un lugar intermedio en los países de la Unión Europea (figura 2).

En el análisis de estos datos, a menudo no se tiene en cuenta que el medicamento es un elemento más del gasto sanitario público y que, en España, en términos del porcentaje sobre el PIB, el gasto sanitario público es de los más bajos de la Unión Europea (figura 3).

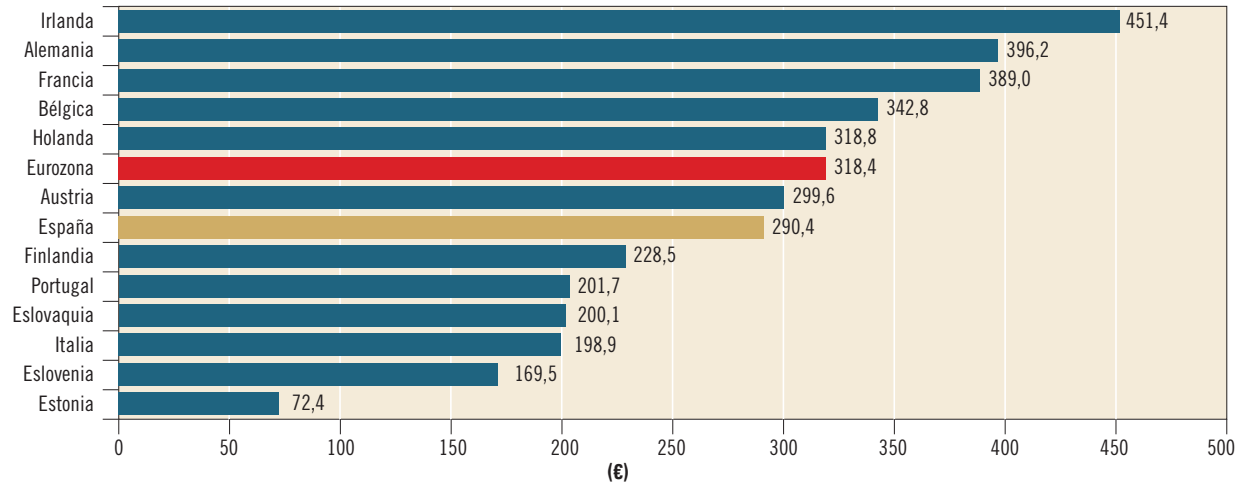

Figura 2. Gasto farmacéutico público por habitante en los países de la zona euro (2010). Fuente: Farmaindustria a partir de OECD Stat Extracts

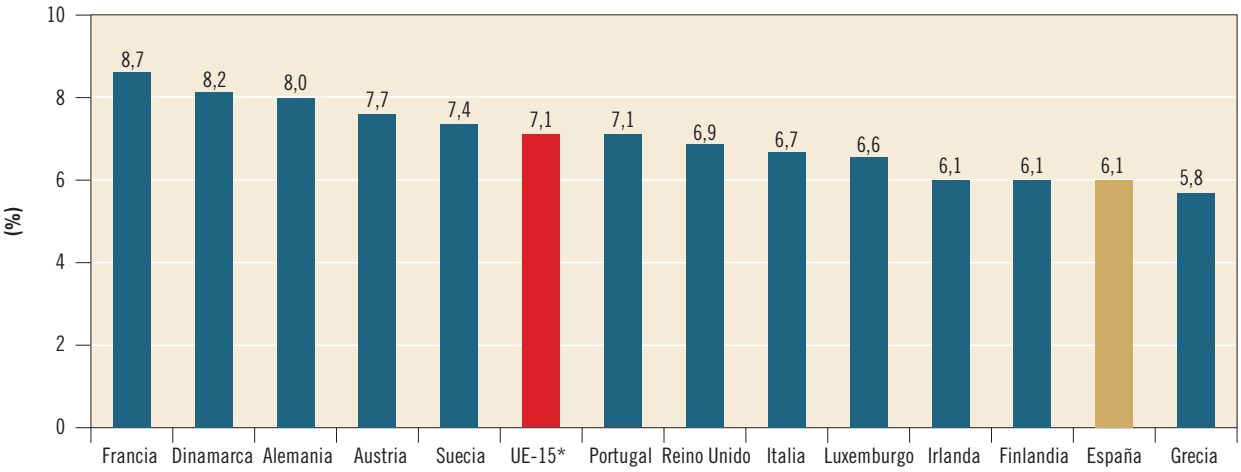

Figura 3. Gasto sanitario público como porcentaje del PIB (2007). *Países de la UE-15 excepto Bélgica y Holanda, por falta de datos. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la OECD Health Data 2009, noviembre 2009

Si hablamos de gasto sanitario público per cápita, España tiene una de las inversiones más bajas por habitante, concretamente 1.421 euros, tan sólo superado a la baja por Grecia, con 1.180 euros, y Portugal, con 1.050 euros.

Además, si comparamos España con los países de la Unión Europea, el precio medio de los medicamentos es de los más bajos (figura 4).

Como elemento característico del mercado farmacéutico español, hay que destacar que el relativamente bajo precio de los medicamentos coincide con un incremento constante interanual del número de recetas, por encima de lo que sería el incremento de población, lo que deja patente la existencia de factores culturales que favorecen la polipresCripción (figura 5).

Haciendo una lectura integrada del conjunto de datos presentados, se observa que el medicamento no puede considerarse como un recurso aislado del resto del proceso sanitario.

Visión de futuro

El contexto mencionado se ve condicionado por el mantenimiento de posicionamientos rígidos, con la creencia de que hay que resistir en espera de un nuevo ciclo económico. Esta visión inmovilista es un elemento que refuerza las políticas ineficientes o inaplicables, medidas basadas exclusivamente en visiones administrativistas y reglamentistas, donde es habitual que las políticas del medicamento se reduzcan a prohibiciones, sanciones, implantación de visados, creación de organismos de control, etc.

Por el contrario, el futuro pasa por alternativas que entronizan con la complejidad del entorno asistencial, donde todos los agentes puedan intervenir, pero siempre con unas reglas de juego que premien la eficiencia con criterios de salud (gestión) y que integren criterios de competencia (industria y precios), corresponsabilización (usuario), transparencia (acuerdos y concertaciones) y competencia profesional (profesionales). Las alternativas

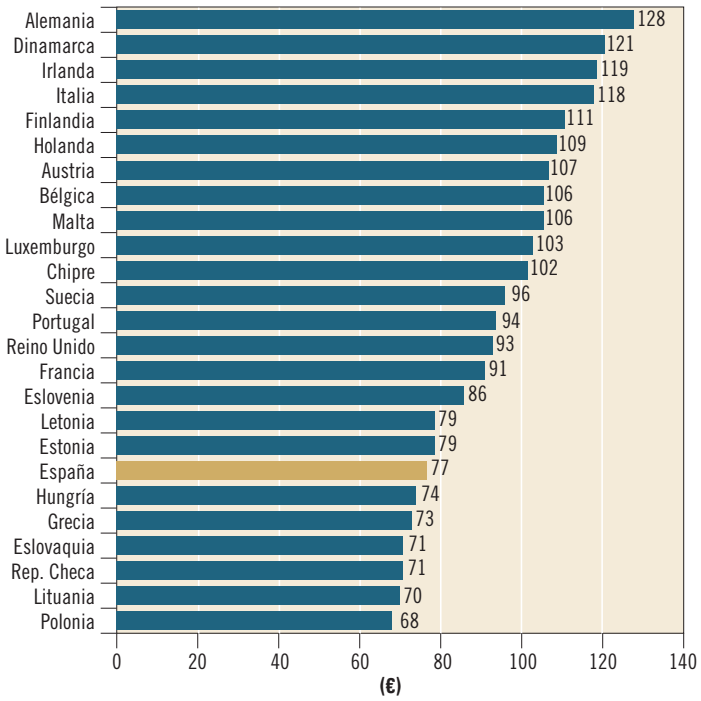

Figura 4. Índices de precios de los medicamentos. Media UE-25= 100 (2005). Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Eurostat. Statistics in focus. Economy and finance 45/2007

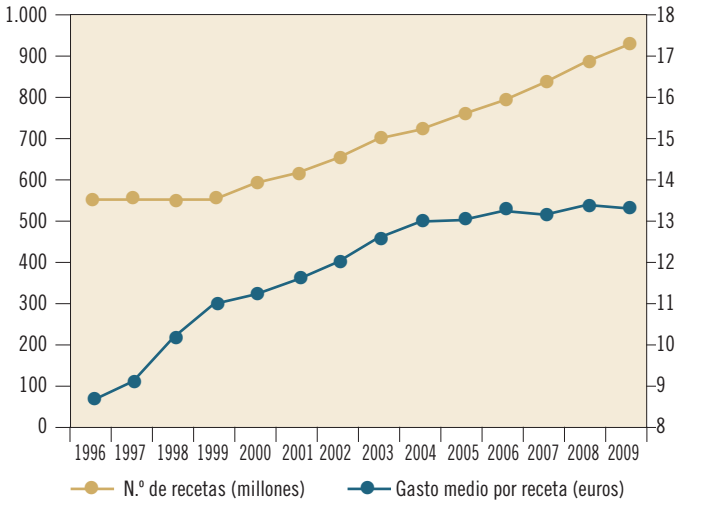

Figura 5. Evolución del número de recetas y del gasto medio por receta (1996-2009). Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

que deben ponerse en marcha, a pesar de su número, deben responder a una visión integral, ser equitativas, no contradictorias e implicar de forma conjunta, sobre la base de un objetivo común, a todos los agentes que intervienen, pero siempre teniendo en cuenta que los medicamentos son un recurso más dentro del proceso de atención sanitaria.

Dados estos condicionantes, las alternativas a la actual encrucijada no pueden ser simples ni cerradas; al contrario, deben basarse en un conjunto de propuestas que, si bien conllevan cierta complejidad en su exposición, han de incidir en aspectos culturales, de talante y de comportamiento, en el sentido de comprometerse con una visión integradora y finalista, y que tengan como objetivo final favorecer el uso racional del medicamento, la mejora de la eficiencia y la equidad de la prestación.

Una buena aproximación al abordaje integral pasaría por profundizar en experiencias anteriores basadas en el consenso, como fue en su tiempo la Mesa del Medicamento. Son necesarios pactos y acuerdos de sostenibilidad con diferentes actores, el impulso de las TIC de salud y, de manera muy relevante, en el ámbito de la investigación y de la innovación, conjuntamente con una política de contención equilibrada que los complemente (figura 6 y tabla 1).

Financiación y políticas de gestión. Industria y Administración

Las políticas de financiación y gestión deben desarrollar de forma prioritaria herramientas de gestión para evaluar en términos de «salud» las diferentes alternativas que se presenten.

Como criterio básico, la política de medicamentos no debe tener como objetivo central la contención del gasto a corto plazo, sino lograr la máxima contribución de los medicamentos a la mejora de la salud y, por lo tanto, la necesidad de financiación selectiva, sobre todo en lo que se refiere a los medicamentos innovadores. En el mismo sentido, hay que desarrollar políticas basadas en la calidad, la racionalización de la prescripción y su seguimiento eficiente. Estas herramientas son fundamentales también en la fijación y evaluación de los incentivos financieros de los prescriptores y en el modelo retributivo de las farmacias, así como de los modelos de reordenación profesional. Los incentivos de cualquier tipo deben estar en función del modelo y no ser independientes entre ellos, como sucede en muchas ocasiones.

Deben implantarse una serie de medidas para facilitar la toma de decisiones clínicas que garanticen un mejor uso de las diferentes alternativas terapéuticas o diagnósticas y la reducción de la variabilidad clínica, y que incorporen criterios de coste-efectividad. También hay que desarrollar herramientas para el seguimiento que vayan más allá de la detección de las bolsas de fraude, y que hagan énfasis en la adherencia a los tratamientos y detección de problemas relacionados con los medicamentos. Entre estas herramientas hay que desarrollar aún más los sistemas de redes informáticas integradas y dar prioridad a la implementación de la receta electrónica con nuevos elementos y agentes de salud.

Aunque a escala estatal y autonómica se han creado diferentes agencias de evaluación, el progreso del uso de la evaluación en la toma real de decisiones está lejos de ser una realidad, contrariamente a lo que ocurre en países como Alemania, Francia, Inglaterra y Suecia; en definitiva, es

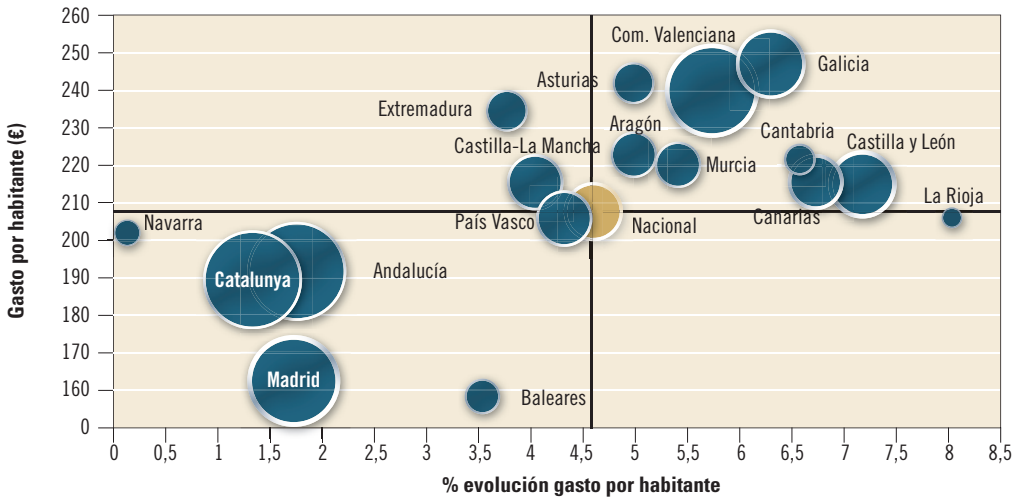

Figura 6. Indicador de las Comunidades Autónomas más efectivas en cuanto a contención de costes. Fuente: IMS CCAA EMF, MAT 05/09

necesaria la creación de una auténtica agencia de evaluación de tecnologías sanitarias y medicamentos, de tal forma que sus resoluciones y/o recomendaciones se proyecten de manera decisiva (no única) en la fijación de precio y reembolso (financiación).

Como valor intrínseco hay que dotar de transparencia al sistema, tanto en sus acuerdos con la industria como en los procedimientos de contratación y compras de servicios. Este principio no debe ser una barrera para la introducción de elementos de flexibilización.

El conjunto de medidas, para que éstas sean viables, debe integrarse en un contexto de calidad del entorno asistencial y sin interferencias por parte de intereses ajenos al Sistema Nacional de Salud, por lo que es inaplazable la regulación de las prácticas de promoción de medicamentos y los mecanismos de financiación irregular. La calidad de la información difundida por la industria debe ser objeto de atención preferente, preferiblemente por la vía de acuerdos teniendo en cuenta que es el financiador público el que debe establecer los mecanismos e instrumentos de información y apoyo a la prescripción con la finalidad de que la información sobre prescripción no esté de forma exclusiva en manos de la industria. Es éticamente inexcusable no recuperar la responsabilidad pública en materia de información y formación.

Financiación territorial de los servicios de salud

Como herramienta fundamental que dé margen a políticas eficientes en la política de gestión, hay que asumir un nuevo modelo de financiación territorial. Por lo tanto, la iniciativa en las políticas de financiación y gestión corresponde a quien gestiona los servicios de salud, es decir, las Comunidades Autónomas, excepto en lo que respecta a la regulación de precios.

La culminación de la política de transferencias en el ámbito sanitario implica que la Administración central debe asumir el papel financiador de las Comunidades Autónomas y, por tanto, debe asumir también políticas consecuentes en el sentido de traspasar a las Comunidades Autónomas los instrumentos de financiación y compra de servicios. Huelga decir que esta descentralización de la gestión de los servicios de salud debe articularse con criterios de equidad y de coherencia, pero también conlleva una capacidad negociadora con la industria por parte de las Comunidades Autónomas.

El ámbito del medicamento es un claro exponente de los desequilibrios territoriales, en el que a menudo la eficiencia no se tiene suficientemente en cuenta, sobre todo en

Gasto en medicamentos en España: cifras para la reflexión

A partir de 2009, en España el gasto en medicamentos por habitante se ha reducido, pasando de 272,9 euros en 2009 a 265,4 en 2010 y 241,3 en 2011.

- El gasto público en medicamentos ha sido de 11.135 millones de euros (M €), un 8,8% menor al de 2010 (niveles de 2006)
- Las cuatro Comunidades Autónomas con más gasto en medicamentos son: Andalucía (1.824 M €), Cataluña (1.683 M €), Comunidad Valenciana (1.407 M €) y Madrid (1.186 M €). Las cuatro representan el 55% del total del Estado.
- El gasto público en medicamentos por habitante es mayor en Extremadura (304,1 euros), Galicia (303,1 euros), Asturias (300,4 euros) y Comunidad Valenciana (281,1 euros). Cataluña ocupa una zona media baja (229,4 euros).
- El gasto por receta es de 11,4 euros. Sólo Baleares (11,3 euros), Cataluña (10,9 euros), Madrid (10,8 euros) y Andalucía (10,2 euros) están por debajo.

Lago Moreno JA, Viveros JE y Heredia J. El gasto farmacéutico en España. EAE 09/2012.

Tabla 1. Indicador de las Comunidades Autónomas más efectivas en cuanto a contención de costes

Comunidad Autónoma	Potencial (población y mercado)	Gasto por habitante y evolución	Penetración de genéricos	Cuota de innovadores
Andalucía	☺	☺	☺	☹
Cataluña	☺	☺	😐	☺
Comunidad Valenciana	☺	☹	☹	☹
Madrid	☺	☺	☺	😐
Galicia	😐	☹	☹	😐
Castilla y León	😐	☹	😐	😐
Canarias	😐	😐	☹	😐
Castilla-La Mancha	😐	😐	😐	😐
País Vasco	😐	😐	☹	😐
Murcia	☹	☹	☹	☹
Aragón	☹	☹	☹	😐
Asturias	☹	☹	😐	😐
Extremadura	☹	☹	☹	😐
Baleares	☹	☺	😐	😐
Cantabria	☹	☹	😐	☹
Navarra	☹	😐	☹	☺
La Rioja	☹	😐	😐	😐

cuanto a la implementación de estrategias de largo recorrido con impacto estructural. Se trata de uno de los diferentes segmentos que justifican de manera inaplazable el abordaje de la subfinanciación autonómica con criterios de equidad, eficiencia y cohesión.

Hay que mejorar la financiación y sostenibilidad del sistema sanitario a través del incremento de la financiación del Estado, velando por enderezar la actual regresión competencial. En este contexto son prioritarios una financiación finalista y el establecimiento de acuerdos para la ordenación de la demanda que eviten una doble penalización a la ciudadanía.

Los profesionales

En el ámbito de los profesionales, es imprescindible la creación de un nuevo marco de incentivación a los profesionales con voluntad de implicación en el Sistema Nacional de Salud mediante la incorporación de incentivos económicos específicos, mecanismos de participación en la gestión y el desarrollo de modelos de base capitativa, complementado con incentivos no financieros que faciliten una nueva cultura en la intervención asistencial.

En el sector de la farmacia, es necesario desarrollar un nuevo modelo profesional que adecue el número de oficinas de farmacia a las que necesite el sistema y el desarrollo de programas de atención farmacéutica que, conjuntamente con otros conceptos, implique la modificación del actual sistema de pago a las farmacias. Esto conlleva el cambio del actual modelo de ordenación y su sustitución por un nuevo modelo que incorpore estos elementos, al tiempo que mantenga los criterios de red pública y los haga compatibles con criterios de territorialidad. También es inaplazable la reordenación farmacéutica de los centros sociosanitarios.

Para dar respuesta a estos retos, es necesario adecuar las estructuras docentes, modificar los actuales planes de estudio de farmacia y reorientar la formación de especialización de posgrado con criterios de calidad, competencia profesional y transversalidad.

La ciudadanía

En el ámbito del ciudadano, es preciso hacer hincapié en la necesidad de aumentar su responsabilidad en la utilización de medicamentos. En este sentido, hay que garantizar que cualquier política que sustituya el actual sistema de copago sea de baja intensidad, equitativa y con efectos financieros neutrales en relación con el actual sistema.

Las herramientas de información y de educación sanitaria para favorecer el uso racional del medicamento deben ser una de las estrategias que seguir, sobre todo en cuanto a colectivos de pacientes de riesgo. Además de las campañas informativas y de educación sanitaria, hay que incorporar al ciudadano en los programas de gestión de las enfermedades. Es necesario implantar en rango de ley un código de derechos y deberes de la ciudadanía, de acuerdo con el modelo de atención y contrato social para la salud.

Para favorecer la implantación de criterios culturales que impliquen una adecuación racional en el uso del medicamento, es imprescindible hacer respetar la normativa referente a la obligatoriedad de la dispensación con receta. Deben hacerse políticas de información al respecto y adecuar el actual régimen de sanciones. Los servicios de inspección de la Administración deben desarrollar políticas eficientes en el desempeño y control de esta normativa.

Retos del futuro

La eclosión de medicamentos biológicos en el mercado (ya a las puertas) y la aparición de estrategias asistenciales basadas en terapia génica sin duda implicarán un empeoramiento aún más significativo de los actuales problemas de financiación y, lo que es más importante, pueden derivar en una marcada desigualdad en la prestación.

Gracias a las terapias con medicamentos biológicos la atención a la salud ha avanzado de forma espectacular. La biotecnología está transformando las vidas de los pacientes renales, con cáncer, artritis, diabetes y enfermedades cardiacas.

Todo ello genera una enorme potencialidad que puede verse comprometida si no se adoptan marcos económicamente viables; una tendencia que ya se está viendo reflejada en el gasto de medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria (MHDA) y que, contrariamente a lo que ocurre con el gasto de medicamentos dispensados en farmacias comunitarias, tiene crecimientos porcentuales de dos dígitos en los últimos años. En estos momentos, y con datos de 2010, el mercado farmacéutico hospitalario, con 5.639 millones de euros, ya representa un 34% del mercado farmacéutico total (16.492 millones de euros).

En una situación económica difícil como la actual, las exigencias de austeridad pueden hacer caer en la tentación de tomar decisiones a corto plazo sin tener en cuenta su impacto futuro en términos de salud y también de incremento de costes diferidos.

La industria, las autoridades sanitarias y el poder político deben establecer políticas consensuadas de largo recorrido y, por lo tanto, estables, para asegurar la sostenibilidad del sistema entre los medicamentos que aportan innovación, tanto científica como presupuestaria, y los que no, en un contexto de responsabilidad y huyendo de posiciones exclusivas.

Hay que desarrollar un proceso para el auténtico valor de la innovación de manera transparente y científica, para asegurar el derecho de los pacientes a acceder a los avances médicos en el Sistema Nacional de Salud.

La biotecnología es un elemento puntero de innovación, desarrollo y riqueza. Como país, perderemos una de nuestras apuestas de futuro si, desde un punto de vista político y empresarial, no se establece un marco de actuación conjunta y de planificación estable. ●