

Capítulo VIII.1

EL CONTROL DEL GASTO FARMACEUTICO

Por
Félix Lobo

Universidad Carlos III

Se me ha encomendado que continúe en esta mesa redonda con la relación entre reforma del sistema sanitario y control del gasto farmacéutico. Me parece un problema muy relevante; sería difícil estar en desacuerdo con la idea de que el gasto farmacéutico ante las propuestas de reforma del sistema sanitario es un tema que merece atención, aunque sólo sea por su magnitud. El pasado año 1991 el gasto presupuestario agregado en España en prestación farmacéutica por recetas ha ascendido en torno a los 450 mil millones de pesetas. En los últimos cinco o seis años las tasas de crecimiento interanual en términos reales de este gasto presupuestario en recetas ha estado en el rango 9%-13% que es un crecimiento nada desdeñable. Entonces, aunque sólo sea por su magnitud y porque hay que financiarlo creo que este gasto es una cuestión que merece reflexión y naturalmente más cuando estamos ante un ciclo presupuestario a la baja; ante unas perspectivas presupuestarias más difíciles de las que teníamos en los años inmediatamente pasados; ante la necesidad de un plan de convergencia con los otros países comunitarios.

Dicho esto, también creo que no se debe olvidar que, naturalmente, no sólo nos debe preocupar el coste de la prestación farmacéutica, sino también los beneficios. Es totalmente cierto que en muchas ocasiones el gasto farmacéutico sustituye otros gastos con ventaja. Basta pensar en la eficacia de las vacunas, en términos no sólo sanitarios sino también económicos. También recordaría yo otra idea elemental: no sólo hemos de conseguir que la relación coste/beneficio al utilizar un medicamento sea positiva; además, es que ha de ser mejor que cuando utilizamos los recursos en otras alternativas y todo ello justifica sobradamente esta preocupación por el gasto farmacéutico.

Debemos pues, meditar otra vez sobre las razones o las variables que influyen en este comportamiento. En buena medida son las mismas que afectan al gasto sanitario. En definitiva el gasto farmacéutico no deja de ser una demanda derivada. La población que envejece, las nuevas oportunidades que ofrece la tecnología en términos de nuevos productos o de mejoras de la calidad son un factor de crecimiento del gasto. También tendríamos que estudiar cómo es la relación entre las alteraciones que se han producido en el marco institucional y en la estructura de la asistencia sanitaria y el gasto farmacéutico: el efecto que ha tenido la universalización de la asistencia; el efecto de las mejoras en el acceso al sistema sanitario. Si se han producido mejoras en la atención primaria, cosa que creo que es difícil denegar, se nos plantea el problema de estudiar hasta qué punto esas mejoras significan un impacto positivo o un impacto negativo en el gasto farmacéutico. La mejora del acceso propiciaría el gasto, pero una utilización más racional lo reduciría. Hay estudios comparativos de áreas determinadas o de centros de salud que utilizan otras áreas como grupos de control, en los que se ve que la mejora de la atención primaria puede suponer también mejoras en términos económicos de racionalización del gasto farmacéutico.

No me voy a extender aquí en problemas de ineficiencia que existen en este área en una medida no despreciable. Sigue habiendo consenso en cuanto a la existencia de un sobreconsumo o consumo innecesario que podemos deducir de la comparación con ciertos países o de análisis en términos microeconómicos de procesos patológicos concretos y tratamientos concretos. Puede ocurrir igualmente que estemos consumiendo productos de alto precio final, cuando el mismo tratamiento se podría comprar con un precio final menos elevado. Parece que también podríamos mencionar ejemplos concretos al respecto.

Me permito recordar que en la composición de precio final que pagamos los españoles por medicamentos intervienen distintos tipos de agentes. sobre un cien por cien de precio de venta final incluido el IVA, redondeando, el precio que remunera a la industria farmacéutica es el 58% del total; a los mayoristas en torno al 8%; el IVA pesa en torno al 4,5% y las farmacias perciben alrededor del 30%. Todos estos agentes tendríamos que tener en cuenta a la hora de buscar las raíces de las ineficiencias mencionadas y de los crecimientos del gasto.

Un factor que no debemos olvidar al contemplar esa evolución de los datos son los cambios que se están produciendo en la Industria farmacéutica a nivel mundial. Desde luego la Industria farmacéutica no es ni mucho menos estática, sino que está experimentando un proceso dinámico continuamente. De tal manera que no podemos mantener el análisis que hacíamos hace quince o veinte años sin alterarlo ante los nuevos datos y fenómenos que nos ofrece la realidad. Seguramente el elemento nuevo más interesante, que contrasta mucho con el pasado es que, al menos en ciertos segmentos de ciertos mercados nacionales, pero nada despreciables en su cuantía, aparecen procesos de competencia con repercusión en los precios protagonizados por los medicamentos genéricos e impulsados por medidas que afectan al marco institucional.

Una industria que era el paradigma de las estructuras monopolísticas, ahora presenta procesos claramente caracterizables como competitivos que resultan en que los medicamentos genéricos tienen precios más bajos que los de marca y que además tienden a caer.

Por otro lado, también se está produciendo una aceleración de la rivalidad entre las empresas y de los gastos de investigación que contribuyen a que se eleven los precios de los productos nuevos. En definitiva en ciertos países podemos ver una estructura dual, con segmentos competitivos y con segmentos monopolísticos. Este sería un factor muy a tener en cuenta cuando examinamos el comportamiento del gasto.

En la medida en que en España no hemos sido capaces de crear las condiciones institucionales adecuadas para que se desarrollen submercados de medicamentos genéricos compitiendo en precios entre sí y con los de marca, y en la medida en que los productos con cierta antigüedad en el mercado tienen precios desfasados, el incentivo que predomina es desplazar todo el consumo hacia los productos más nuevos y de precios más altos y nuestra factura farmacéutica resulta difícil de pagar.

Pasando a otra página de mi exposición creo que es interesante que examinemos las propuestas del Informe Abril en materia de asistencia y gasto farmacéutico. Yo creo que el informe final de la Comisión Abril, que en términos generales representa una gran aportación al debate sobre la reforma sanitaria, en este aspecto es perfectible y presenta algunas insuficiencias que llaman la atención.

En primer lugar, es interesante que al recalcar la distinción entre financiación y provisión o suministro, se ponga por ejemplo al sector farmacéutico español. Creo que es una referencia poco matizada. Es obvio que en la atención farmacéutica, desde que empieza a funcionar el Seguro Obligatorio de enfermedad en los años cuarenta, ha habido financiación pública y provisión privada. Parece que hay un consenso amplio en que esta es una situación positiva y correcta. Muy pocas voces han defendido que este sistema cambiara, por ejemplo hacia un sistema de suministro público o de nacionalización de la industria o de los servicios de distribución. Sin embargo, no hay que olvidar el funcionamiento real de este mecanismo de financiación pública y suministro privado. Hay que recordar un elemento institucional muy importante, y es que según la Ley de Seguridad Social de 1963, y aún antes de ella, estaba rígidamente establecida la obligatoriedad de que todos los productos y todos los servicios en el mercado debían ser financiados sin exclusión con fondos públicos, lo que se traduce en que el sector público no podía elegir servicios ni productos. Como contrapeso a este sistema de financiación indiscriminada la actuación pública se centraba en la intervención directa de precios industriales y de márgenes comerciales. De hecho esta es la situación que todavía hoy persiste, aunque de derecho los términos de las leyes hayan cambiado y hoy la Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley del Medicamento de 1990 permiten una financiación selectiva.

Después de esta alusión no hay en el informe más referencias concretas al sector farmacéutico hasta llegar a las recomendaciones. Es notable que el *único* epígrafe

dedicado a farmacia por el informe figure precisamente en el apartado que estas recomendaciones dedican a la financiación. Yo creo que aquí reside una de las razones de la poca aceptación que inicialmente tuvo el Informe Abril por parte de la sociedad española. Por un lado, los problemas de la asistencia farmacéutica no son sólo de financiación; por otro al hablar de financiación había que discutir el problema de la cofinanciación.

En el informe no aparecen cuestiones, a mi juicio muy importantes, y que están en todas las propuestas de reforma del sector farmacéutico: la financiación selectiva (listas positivas y negativas); la consideración de la masa de recursos que el mercado farmacéutico y su patrón de competencia o rivalidad desvía hacia gastos de publicidad; la organización de la remuneración de los farmacéuticos; incluso la cuestión de la competencia a través de genéricos no aparece en el informe de ninguna manera. Estas ausencias son tanto más destacables cuanto que en el informe de la Subcomisión de Asistencia farmacéutica sí había referencias a estos temas, aunque he de decir que una parte de responsabilidad recae también sobre la subcomisión y sobre quien modestamente está hablando que formaba parte de ella, porque el documento que elaboró no dejó de ser confuso, plantea varias alternativas, lo cual, naturalmente; es menos claro que si hubiéramos producido una posición clara, única compartida por todos.

Como tercera y última parte de mi exposición haré referencia a algunas nuevas condiciones positivas para que en el sector farmacéutico se produzcan cambios congruentes con esas propuestas de reforma que antes resumía Viente Ortún, muy sintéticamente, con "la suma" financiación pública + competencia gestionada.

En primer lugar, el cambio institucional básico ya se ha producido. La gran restricción que presentaba la Ley General de Seguridad Social ha desaparecido tras la Ley General de Sanidad y la Ley del Medicamento, de tal manera que en el momento presente no hay una obligación para el sector público de financiar indiscriminadamente todos los productos y todos los servicios disponibles en el mercado. con ello las relaciones con la Industria farmacéuticas y los farmacéuticos pueden ser más equilibradas y puede el sector público desempeñar su función de comprador activo de productos y servicios.

En segundo lugar, podemos aprender de la experiencia de otros países, especialmente de la experiencia de que alguna vez que otra se toman decisiones, cosa que aquí ocurre muchos más de tarde en tarde. en el Reino Unido, en Alemania, Francia, EE.UU., Italia, Holanda el mercado farmacéutico está siendo profundamente reformado.

Creo también, en tercer término, que se puede apreciar un cierto cambio de mentalidad en quién está en primera línea en la asistencia, tanto especializada como primaria, en los hospitales, en los centros de salud, de tal manera que ciertas actuaciones a nivel microeconómico parecen ya perfectamente posibles en nuestro país y algunas de ellas cuentan con alguna experiencia.

Y finalmente, también querría decir que las reformas, dado que involucran a un conjunto amplio y variado de agentes, sólo van a dar frutos en un plazo largo. todo arbitrio que espere resultados en el cortísimo plazo debe desecharse.

En el marco de estas condiciones los criterios que deberían gobernar la reforma farmacéutica serían, a mi entender, los siguientes:

- a) La política desarrollada a nivel central definiría un ámbito de competencia y un ámbito de intervención para los precios de los medicamentos. Teniendo en cuenta que las patentes, cada vez más reforzadas, establecen al menos durante cierto tiempo monopolios puros, es imprescindible continuar con las negociaciones gobierno central-empresa farmacéutica pero limitadas a los productos realmente nuevos e importantes. El objeto de la negociación debería tener en cuenta no sólo los precios sino las ventas o gasto por período. El margen comercial de los farmacéuticos debería sustituirse por un procedimiento de remuneración más eficiente.

El ámbito de competencia, sin intervención directa de precios, se integraría por los medicamentos con marca más antiguos, los medicamentos genéricos (adecuadamente promovidos), las compras de los hospitales y áreas de salud y otras compras públicas.

Para que sea posible la consolidación de este ámbito de competencia es imprescindible condicionar la financiación pública selectiva de los medicamentos, otorgándola sólo hasta el nivel e los productos o marcas más económicos disponibles en el mercado. Caben aquí dos fórmulas: limitación hasta un determinado techo, como se hace en Alemania; o bien, por medio de la sustitución por el farmacéutico del producto más caro por el más barato.

- b) Las actuaciones a nivel descentralizado, por el lado de la demanda, tienen que cobrar una importancia mucho mayor. No puede haber ámbito de competencia si los hospitales, áreas y centros de salud, médicos y farmacéuticos no cuentan con información e incentivos para comprar lo bueno y barato y desechar los productos dudosos o caros.

Estas actuaciones microeconómicas consistirían en difundir mucha más información (empezando por las DCI y la tipificación de formatos, siguiendo por la información "ex ante", como listas de transparencia, guías farmacológicas y protocolos y siguiendo por la información "es post", como perfiles de prescripción y dispensación). También requiere aplicar presupuestos limitados para hospitales y áreas de salud y definir un sistema de incentivos para médicos y farmacéuticos.

Esta descentralización sería necesaria cualquiera que fuera la orientación que siguiera la reforma y, desde luego, si se adoptaran mecanismos de competencia gestionada.

Como se ve, se trata de un programa de trabajo de gran alcance.