

POR UNA POLÍTICA DEL MEDICAMENTO INTEGRADA Y DE CALIDAD

Jaume Puig-Junoy

Departamento de Economía y Empresa
Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES)
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

Menos falacias y más constataciones

En el análisis de la atención sanitaria a menudo se confunde el precio de la atención con el nivel de gasto, y ello es muy común al observar el coste de los medicamentos. La contención del gasto farmacéutico no debiera ser nunca el objetivo exclusivo de las políticas públicas: el énfasis en los costes sin prestar atención al valor de los medicamentos puede conducir a políticas ineficientes. El valor de un medicamento nuevo procede de su capacidad para mejorar la salud, no sólo de su contribución a la reducción o incremento de los costes de la atención sanitaria. El crecimiento del gasto sanitario y farmacéutico es pues compatible con una reducción del precio si aumenta el valor aportado más que el gasto.

Es un lugar común considerar el gasto sanitario destinado a medicamentos como demasiado elevado en nuestro país, aunque los datos no acaban de avalar esta consideración y, además, por sí mismos tampoco sirven para asignar responsabilidades o identificar ineficiencias. El gasto farmacéutico per cápita, público y privado, en España no es de los más elevados de la Unión Europea: es casi un 10% inferior a la media europea e inferior al gasto en 9 de los 15 países de la UE. La proporción del gasto farmacéutico dentro del gasto sanitario total en España se sitúa alrededor del 16%¹. Existe una elevada variación a nivel internacional en este indicador: 10% en Austria, Irlanda o el Reino Unido frente al 35% en Bulgaria. Esta proporción es más elevada en países de renta más baja que en países de mayor renta. Que la parte del gasto farmacéutico dentro del gasto sanitario total sea mayor o menor únicamente indica que existen diferentes formas de combinar recursos para producir atención sanitaria: la superioridad de una combinación de recursos sobre otra sólo puede establecerse examinando los resultados agregados de los recursos utilizados sobre el estado de salud de la población.

El coste económico de los medicamentos para el paciente y para la sociedad no está bien representado por la observación de un gasto farmacéutico más alto o más bajo. El coste de oportunidad de los medicamentos debe tener en cuenta los beneficios aportados por los medicamentos así como también los problemas relacionados con los tratamientos farmacológicos.

El grado de adecuación de la prescripción ofrece una ilustración de los problemas relacionados con los beneficios de los medicamentos. En un estudio reciente sobre

adecuación de la prescripción de antibióticos en atención primaria² se observa como se impuso tratamiento antibiótico al 40% de los pacientes que no lo precisaban. En el grupo de pacientes que requería antibiótico, éste se empleó inadecuadamente en el 53% de los casos. La inadecuación de la prescripción de antibióticos afecta al 94% de los casos de otitis media aguda y al 79% de los casos de bronquitis aguda. El coste de la inadecuación se estima en el 69% del coste de los antibióticos prescritos.

Los problemas relacionados con los tratamientos farmacológicos (errores de prescripción y medicación, así como interacciones de diverso tipo; incumplimiento de los tratamientos; reacciones adversas de los medicamentos; resistencias bacterianas) ocasionan unos costes sanitarios directos en forma de mayor morbilidad hospitalaria, visitas a servicios de urgencia y consultas externas que en nuestro país se han estimado que equivalen a casi el 10% del gasto sanitario público³.

La política de control del gasto farmacéutico en España en la última década se ha centrado en un sistema de control de precios producto a producto, el mantenimiento de un sistema de copago obsoleto, el control presupuestario mediante restricciones débiles, la exclusión de medicamentos de financiación pública, los acuerdos con laboratorios y farmacias, y la reciente introducción de precios de referencia. A la vista de los resultados, en una valoración global no se puede dejar de observar que se ha primado la adopción de medidas que revelan una preferencia por el efecto financiero a corto plazo, situación que ha dado lugar a descoordinación e incoherencias y que no ha impedido la persistencia de problemas estructurales y de incentivos ineficientes asociados a una regulación muy poco eficiente, cuando no simplemente obsoleta.

El papel de la regulación de precios

El sistema de intervención de precios aplicado en España desde 1991 se basa en la fijación administrativa del precio máximo de cada producto, calculado en función de lo que se denomina su “coste”. La aplicación de este sistema en combinación con los criterios restrictivos empleados en las revisiones de precios ha provocado que, aparentemente, el nivel relativo de los precios de medicamentos que llevan ya tiempo en el mercado sea más reducido en España que en otros países, si bien esta tendencia está siendo compensada por el ritmo más rápido de introducción de productos nuevos y más caros en el mercado. Esta situación ha llevado a la Administración a aplicar otras medidas por el lado de la oferta de forma paralela al control de precios, tales como acuerdos con Farmaindustria o los precios de referencia.

El sistema vigente de control de precios es claramente ineficiente ya que presenta notables incentivos negativos para el consumo y el gasto en medicamentos que harían deseable su sustitución por sistemas con mayor flexibilidad tales como un sistema de control global de beneficios, o bien por una combinación de control de la tasa máxima de crecimiento de los precios con el control de la tasa de beneficio. Las razones y la necesidad de hacer cambios en la regulación son múltiples.

En primer lugar, un sistema de control del beneficio producto a producto no es eficiente para controlar el beneficio global de la empresa dada la importancia de los costes fijos y compartidos entre productos de la investigación y desarrollo, siendo así que en este sector el coste marginal no es casi nunca superior al 30% del coste total. En segundo

lugar, la elevada asimetría de información entre regulador y empresa provoca elevados costes de transacción e invalida la utilidad del propio sistema que corre el riesgo de convertirse en un simple ritual administrativo muy vulnerable a las actividades de influencia. El resultado es que el precio se determina lejos de los deseables criterios de transparencia y objetividad, dando lugar a una amplia discrecionalidad favorable a la captura del regulador por los intereses del regulado. En tercer lugar, el sistema vigente no incentiva la minimización de costes, ya que permite trasladar de forma generosa los gastos de publicidad y de promoción, o de programas de I+D gestionados de forma ineficiente, a precios. Es más, el sistema incluso facilita el traslado a precios de los mayores gastos de publicidad y de promoción para precisamente los medicamentos más caros (la fuente de información casi única de los prescriptores).

Los copagos

La constatación empírica aconseja no conceder un papel preponderante al precio pagado por el paciente en el control del gasto farmacéutico⁴. Los estudios disponibles sobre los efectos de los copagos indican que son útiles para reducir el consumo de medicamentos, pero que la reducción no es muy elevada ya que la demanda es bastante inelástica. Por otro lado, la aplicación de copagos con exenciones para atenuar los efectos negativos sobre la equidad resulta generalmente compleja y costosa.

El sistema de copago vigente en España depende, en teoría, del tipo de producto, del tipo de paciente y de quien sea el asegurador público. ¿Qué es lo poco que sabemos de sus efectos? En primer lugar, el gasto en medicamentos presenta una elasticidad moderada pero no despreciable respecto del copago (un aumento del copago del 10% se acompaña de una reducción en el gasto del 2,2%). En segundo lugar, a pesar de mantener la aportación normativa de los activos en el 40%, la proporción efectiva a cargo del paciente se reduce año a año (de más del 15% en 1985 a menos del 8% en el año 2000). La constatación empírica indica que esta reducción sólo en parte se debe al aumento del consumo de fármacos exentos de copago y que existe un elevado trasvase de recetas hacia pensionistas exentos de copago. En tercer lugar, los asegurados de MUFACE tienen que pagar el 30% del precio, incluyendo a los pensionistas, siendo el gasto de éstos inferior al del resto de pensionistas.

No parece nada aventurado indicar que el sistema actual no es ni eficiente ni tan sólo equitativo. La revisión del sistema vigente debería verse como una exigencia para la mejora del bienestar de los pacientes. La dirección que debe tomar la revisión del sistema no es tarea fácil, pero debe evaluar de forma objetiva su relación coste-beneficio teniendo en cuenta que el traslado de coste al paciente debe ser muy moderado y que los costes de transacción de las imprescindibles exenciones deben ser reducidos. Todo ello sin olvidar que una estrategia moderada de copagos sólo para los medicamentos no es lo más aconsejable ya que puede producir un efecto desplazamiento hacia otros servicios.

Las listas negativas

La aplicación de listas negativas o positivas para los medicamentos se ha convertido en un punto de referencia para las políticas sanitarias europeas. En España se ha aplicado una primera lista negativa en 1993 y otra en 1998. La medida adoptada en 1993 por el

gobierno del PSOE supuso la exclusión de 1692 especialidades de la financiación pública, casi una quinta parte de la oferta pero con un precio equivalente tan sólo al 23% del promedio. En la segunda ola de exclusiones, el gobierno del PP excluyó 843 productos farmacéuticos más.

Tanto en 1993 como en 1998, el respectivo partido en la oposición mantuvo una posición beligerante en contra de la medida llegando incluso a la esquizofrénica aprobación de la financiación compensatoria de los medicamentos excluidos por parte de alguna administración autonómica y local. Este comportamiento político es difícilmente sostenible sobre la base de argumentos ideológicos. Su único sustento estriba en el interés electoralista a corto plazo que lleva a una demagogia insultante para la inteligencia de los votantes, y en la escasísima información (e incluso desinformación interesada) transmitida a los pacientes (e incluso médicos). Con mayor y mejor información sobre la escasa o nula efectividad de los medicamentos excluidos de la financiación pública, los pacientes empezarían a preguntarse y a pedir responsabilidades políticas sobre como es posible que sin tener eficacia estuvieran financiados hasta ahora.

Lo relevante es, sin embargo, que la capacidad de control del gasto de estas medidas es limitada. Limitando nuestra atención al efecto financiero de la medida, aparecen dos problemas. En primer lugar, un efecto desplazamiento que consiste en el incentivo a sustituir los productos excluidos por fármacos financiados, que pueden ser incluso más caros que los anteriores. En segundo lugar, se observa como el ahorro financiero es un efecto transitorio, de una sola vez, que se produce inmediatamente después de la adopción de la medida pero que con poco tiempo se recupera y excede el gasto anterior.

Los precios de referencia

Un sistema de precios de referencia se caracteriza por clasificar los medicamentos en grupos equivalentes, fijando un nivel máximo de reembolso para los fármacos clasificados dentro del mismo grupo y un copago (evitable) equivalente a la diferencia entre el precio de venta y el nivel máximo reembolsable⁵. La aplicación del sistema de precios de referencia en España se limita a fármacos bioequivalentes, ámbito en el cual la justificación y efectividad de este mecanismo es muy poco cuestionable.

La mayor efectividad de los precios de referencia como mecanismo de control del gasto público se consigue en entornos sanitarios en los que el problema del gasto farmacéutico es de precios unitarios elevados y donde hay facilidad de sustitución del producto prescrito por parte del farmacéutico. Los precios de referencia pueden ser útiles para favorecer la competencia de precios de los productos cuya patente ha expirado. Ello se puede traducir en una mayor cuota de los genéricos y en una reducción del precio de los medicamentos de marca sin protección de patente.

La introducción de los precios de referencia en España no se ha producido hasta diciembre del año 2000. Su aplicación estrictamente limitada a productos bioequivalentes hace presumir un efecto limitado sobre el gasto, debido a la elevada adquisición de una cuota de mercado importante por parte de los medicamentos de introducción reciente. El nivel al cual se fija el precio de referencia para cada grupo de medicamentos es un factor importante. Para los productos no protegidos por patente, la

competencia de precios debería conducir el precio hacia el coste marginal, por lo que un precio de referencia claramente superior al del genérico más barato podría llegar a convertirse en nuestro caso en una barrera a la competencia de precios.

La regulación de las oficinas de farmacia

La liberalización del mercado y la reforma del sistema de retribución de las oficinas de farmacia son dos elementos que no se deberían descuidar en el marco de la política farmacéutica. Las restricciones de entrada en el mercado, junto con el margen comercial fijo, no favorecen precisamente el bienestar de los pacientes sino que proceden de políticas garantistas de derechos de casi monopolio cuya existencia se ve refrendada por el elevado precio que consiguen los traspasos de muchas oficinas de farmacia⁶. La libertad de entrada en el mercado recomendada por el Fondo Monetario Internacional debería ser gradual y controlada mediante, por ejemplo, subasta de licencias sobre la base a criterios objetivos y transparentes, compensando los efectos negativos sobre los propietarios recientes de licencias.

El sistema actual de retribución de las oficinas de farmacia, basado en un margen porcentual sobre el precio, incentiva el aumento del gasto vía precios. La tentación de aplicar medidas basadas en la reducción unilateral del margen comercial, aprovechando el poder de monopsonio del sector público, sólo tiene un efecto a corto plazo dejando intactos los incentivos del sistema vigente. El sistema actual favorece la inflación del gasto, sin ninguna relación entre el coste marginal del servicio prestado por la oficina de farmacia y el ingreso marginal obtenido por el mismo, y no incentiva el control de costes ni la dispensación de fármacos más baratos, tratando, además, de manera desigual la elevada diversidad geográfica de las oficinas de farmacia en nuestro país (un intento de cambio: las medidas de junio 2000 introdujeron una reducción de márgenes inversamente relacionadas con la cifra mensual de facturación de las farmacias). La reforma gradual y consensuada del sistema de retribución de las oficinas en la dirección de sistemas de pago mixtos (combinaciones de pago fijo y márgenes decrecientes, y de márgenes diferenciales para favorecer la sustitución; experiencias capitativas) podría ser el camino más eficiente, en paralelo con el desarrollo de la atención farmacéutica de primer nivel.

Por una política coordinada y de calidad

Las políticas públicas de los últimos años en la dirección de intentar racionalizar y contener el ritmo de crecimiento del gasto no deben, de ninguna forma, considerarse inútiles o inefectivas. Ahora bien, se constata que la efectividad de las medidas sólo puede conseguirse mediante la adopción de políticas coordinadas e integradas que contemplen los efectos sobre el papel del medicamento de manera global y tomando como referencia el mejor conocimiento disponible. La efectividad de medidas parciales depende de la integración y coordinación de los incentivos presentes en los distintos frentes de la política farmacéutica.

Un factor clave para una política farmacéutica integrada se encuentra en la actuación sobre los incentivos económicos y no económicos de los prescriptores (autorregulación, controles administrativos, presupuestos, guías de prescripción, información y consejos

farmacológicos). A título ilustrativo, un estudio reciente⁷ ha mostrado como en nuestro ámbito las actividades de carácter formativo pueden ser un factor de ahorro de gasto farmacéutico en atención primaria. El establecimiento de presupuestos de base capitativa para los equipos de atención primaria en combinación con mecanismos de incentivos requiere mayor atención y experimentación.

La credibilidad del compromiso en mantener, e incluso mejorar, la financiación pública de los medicamentos a corto y a largo plazo hace necesario tomar medidas para reducir la imperfección y desigualdad de información de los usuarios/votantes sobre el hecho de que no todos los medicamentos son igualmente efectivos o necesarios, y que no hay peor enemigo de la provisión pública de medicamentos (e incluso del estado de salud) que la ilusión de que es posible continuar proporcionando indiscriminadamente cualquier medicamento a todos con independencia de su efectividad y de su coste.

Una política farmacéutica eficiente debe ir más allá de la regulación parcial de los medicamentos, de la industria y de los prescriptores, aprendiendo a combinar estos instrumentos reconociendo explícitamente los conflictos de intereses presentes en el sector. Ello requiere esforzarse por encontrar las dosis adecuadas de cada instrumento regulatorio que reconozcan que la financiación pública debe basarse en criterios de coste-efectividad y que la aplicación de estos criterios debe llevarse a cabo creando un marco estable para la industria que favorezca la innovación.

Cardedeu, a 10 de enero de 2001

¹ European Commission. Commission Communication on the Single Market in Pharmaceuticals. Brussels, 25th November 1998.

² Caminal J, Rovira J, Segura A. Estudio de idoneidad de la prescripción del tratamiento antibiótico en atención primaria y de los costes derivados de la no adecuación. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Catalunya, 1999 (consultar Gestión Clínica y Sanitaria, vol. 2, núm. 4, página 149).

³ Lobato P, Lobo F, García A. Estrategia, viabilidad e implicaciones económicas de la atención farmacéutica. Colegio Oficial de Farmacéuticos, Madrid, 2000.

⁴ Puig-Junoy, J. *** Mimeo, 2001.

⁵ López-Casasnovas G, Puig-Junoy J. ****. Health Policy***.

⁶ Vives X. La regulación de las farmacias. El País, 20 de abril de 1995.

⁷ Menjibar FJ. Gasto farmacéutico en atención primaria reformada: implicación de las actividades formativas en el ahorro de farmacia. Gaceta Sanitaria, 14(4): 277-286.