

## La riada farmacéutica y el médico general

E. Costas Lombardía

Economista

El gasto es el producto de multiplicar el precio por el volumen del consumo, y en el gasto farmacéutico los dos factores crecen con fuerza y constancia. Una doble expansión empujada por un conjunto de causas eficaces:

1) *Nuevos productos*. Siempre más caros, elevan los precios al sustituir a los similares preexistentes, y aquellos que son avances reales, las *new chemical entities*, crean mercados: permiten tratar a enfermos que hasta entonces carecían de tratamiento farmacológico<sup>a</sup>. En suma, mayor precio y más consumidores.

2) *Productos antiguos o no nuevos*. Mantienen un permanente empeño en actualizar sus precios y absorben una proporción notable del mercado. Mayor coste.

3) *Tecnología*. El desarrollo de los medios tecnológicos amplía la visión médica. Aumenta la tasa de diagnósticos ciertos y es más viva en la sociedad la conciencia de enfermedad. Además la supervivencia de muchos pacientes se alarga. Hay, pues, más enfermos que en su mayoría han de ser tratados con fármacos. Más consumidores.

4) *Cronicidad*. En las sociedades industrializadas, las enfermedades prevalentes son crónicas o incurables que necesitan cuidados prolongados o de por vida. A ellas está orientada casi en exclusiva la investigación de la industria farmacéutica, que busca productos de uso dilatado y alto precio<sup>b</sup>. Mayor consumo y mayor coste.

5) *Terapias intensivas*. No pocos pacientes reciben hoy más medicación en un mismo período de tiempo; por ejemplo, dosis más altas para ciertos tipos de cáncer o en el control de la diabetes. Más consumo.

6) *Envejecimiento*. Causa de relativa influencia, menos de la que generalmente se le atribuye (aunque en España la demagógica gratuidad de los medicamentos para los pensionistas avive de modo sensible el consumo). Sin duda, el número de ancianos aumenta y también es cierto que, en una muestra de la población en un momento dado, la cantidad de recetas a personas de 65 años o más es el doble o triple de la destinada a las de edades más bajas. Aumentan en apariencia los grandes consumidores. Sin embargo, esos datos son engañosos: se ha demostrado que el envejecimiento de la población entera de un país a lo

largo del tiempo es un determinante menor, si alguno<sup>c</sup>, del incremento del consumo y gasto sanitarios<sup>1</sup>.

7) *"Moral hazard"*. El simple hecho de asegurarse contra la enfermedad y tener acceso a la asistencia gratuita en el momento del servicio provoca de forma automática un aumento de la demanda. Los individuos asegurados consumen más asistencia médica de la que consumirían sin seguro y de la que socialmente es óptima<sup>2</sup>. Este efecto característico, mezcla de despreocupación y de abuso<sup>d</sup>, que los americanos llaman *"moral hazard"*, se acentúa probablemente en los sistemas de salud públicos. Sería difícil negar que buena parte de los fármacos consumidos en el Sistema Nacional de Salud, en especial por los pensionistas, es poco necesaria. Más consumo.

En resumen, aumenta el coste por día de tratamiento, aumentan los días de tratamiento por enfermo y aumenta el número de enfermos. Un crecimiento generalizado, intenso y continuo<sup>e</sup>.

Esta riada farmacéutica se hace efectiva y visible naturalmente en las recetas; se mide y expresa en número de recetas. De modo que, cuando a algunos conviene, es fácil culpar a los médicos (y más a los médicos generales, cuyas recetas nutren las estadísticas oficiales de gasto) del desorden farmacéutico en España. Basta esconder las causas reales del consumo y repetir una simpleza: se consumen más medicamentos porque los médicos recetan más. La corteza de la situación.

Desde luego, la prescripción es también un acto económico, una decisión de consumir que, en los sistemas de salud públicos de libre acceso universal, adquiere una extraordinaria importancia financiera y concita la intervención de poderosos intereses industriales y políticos. El médico decide con criterios clínicos y su receta abre más o menos la espita del consumo, pero no puede determinar los productos en el mercado, ni los precios, ni la presión de la demanda, ni las tendencias sociales, ni las condiciones de asistencia, ni el número de consumidores. Hay un ámbito social y político que encierra y define el poder económico del médico derivado de su facultad de recetar. Dicho de otro modo, la prescripción con conciencia del coste, pauta ética y eficiente, sólo puede ser posible dentro de una política farmacéutica nacional que reconozca, informe<sup>f</sup> e incentive el lugar y la potestad del médico.

Correspondencia: E. Costas Lombardía.  
C/ San Blas 5, 2:  
28014 Madrid.

## Notas

- a. Por eso todos los nuevos medicamentos, incluso aquellos que reducen los costes de un tratamiento, aumentan el gasto. "Un avance tecnológico puede disminuir el coste de una particular intervención o de tratar a un determinado paciente, pero el gasto depende tanto del precio de la unidad de servicio como del número de unidades consumidas"<sup>3</sup>.
- b. En el imperfecto mercado farmacéutico no se compite por el precio, sino por diferenciación del producto. Una empresa farmacéutica necesita medicamentos nuevos y originales, o sea, diferentes, que le permiten competir con eficacia y, patentados, maximizar el beneficio de la compañía. La investigación farmacéutica no es un ejercicio humanitario o de indagación científica, sino un proceso de invención impuesto por el mercado y el afán de lucro.
- c. La relación causal envejecimiento/gasto sanitario está puesta en cuestión desde hace varios años. "En aquellos países (de la OCDE) donde la fracción de la población mayor de 65 años ha crecido más rápidamente, el gasto (sanitario) no ha aumentado con mayor rapidez que en aquellos otros donde la población anciana ha crecido con más lentitud"<sup>4</sup>.
- d. No todos creen que es un abuso. "La actitud de demandar más asistencia médica con seguro que sin él no es el resultado de una perfidia moral, sino un comportamiento económico racional"<sup>5</sup>.
- e. En 2002, el gasto en medicamentos en todo el mundo se estimó en 430.000 millones de dólares<sup>6</sup>; alrededor del 49% en América del Norte, el 24% en Europa, el 13% en Japón, el 8% en África, Asia y Australia, y el 6% en América del Centro y Sur.
- f. Al médico, que decide el gasto, no se le ofrecen en España datos para conocer ni ánimos para considerar el coste de sus decisiones. Asombra que todavía algún servicio autonómico de salud haya elaborado un formulario con signos indicativos de coste/minimización análogo a los utilizados por las empresas americanas de seguros farmacéuticos (*Pharmaceutical Benefit Management*), que de modo sencillo informan al médico y lo guían hacia una receta barata y efectiva.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Reinhardt UE. Does the aging of the population really drive the demand for health care? *Health Aff* 2003;22(6):27-39.
2. Fuchs V. What every philosopher should know about health economics. *Proceedings of the American Philosopher Society*, 1996;140-2.
3. Fuchs V. Health care for elderly: how much? Who will pay for it? *Health Aff* 1999;18(1):11-21.
4. Getzen TE. Population aging and the growth of health expenditures. *Journal of Gerontology* 1992;473:S98-104.
5. Pauly M. The economies of moral hazard. *American Economic Review* 1968;58:231-7.
6. Iglehart JK. Will reference pricing address the health cost conundrum? *Health Aff* 2003;22(3):7.