

¿Son los medicamentos una inversión económicamente rentable para el sistema nacional de salud en España?



Javier Soto y Pere Olivella

Departamento de Medicina. Farmacia S.A. Barcelona.

En nuestro país la atención sanitaria supone, por su cuantía, el segundo programa de protección social. Durante la última década, la partida presupuestaria necesaria para sufragar su gasto ha ido incrementándose gradualmente, representando en la actualidad una cantidad alrededor del 7% de nuestro producto interior bruto nominal, con una elasticidad del gasto superior a la unidad, esto es, con una tasa de crecimiento superior al mismo.

Del total de este montante, el gasto farmacéutico supone una partida que ha crecido en los últimos años por encima de la inflación, siendo frecuente considerar al gasto sanitario destinado a financiar los medicamentos como demasiado elevado en nuestro país. Sin embargo, el gasto farmacéutico per cápita, público y privado, en España no es de los más elevados en la Unión Europea (UE). De hecho, es casi un 10% inferior a la media europea e inferior al gasto en 9 de los 15 países de la UE¹.

Es de prever que en un futuro no muy lejano, el crecimiento del gasto destinado a la atención sanitaria va a verse incrementado notoriamente debido, sobre todo, al envejecimiento de la población, la llegada de nuevas tecnologías médicas (más eficaces y también más caras), la cronificación de muchas enfermedades, la práctica de una medicina cada vez más defensiva y la demanda de cuidados sanitarios por parte de una población cada vez más informada y con mejor acceso al sistema.

Por estos motivos, en los últimos tiempos han surgido de forma insistente voces y opiniones que empiezan a cuestionarse la viabilidad y sostenibilidad futura del sistema sanitario en nuestro país, si se sigue manteniendo el actual sistema de copago (inexistente, salvo para las medicinas en el sector activo de la población), y continúa el presente catálogo de prestaciones sanitarias de manera universal para toda la población². La atención sanitaria de forma gratuita para toda la población, cualquiera que sea el nivel de renta y sin ninguna delimitación de las prestaciones, provoca que las leyes del mercado que garantizan normalmente la eficiencia económica no entren en juego. Para conseguir un grado aceptable de eficiencia, sería necesario que el paciente asumiese una parte de los costes médicos (acorde a su nivel de renta y capacidad económica) que limitase la demanda de consumos innecesarios y superfluos³.

En el contexto de esta preocupación generalizada, y fruto del progresivo aumento de la factura farmacéutica, se han implantado distintas estrategias y acciones para la contención del gasto en esta partida. Así, la política de control del gasto farmacéutico en nuestro país en la pasada década se ha centrado en un sistema férreo de control de precios pro-

ducto a producto, el mantenimiento de un sistema de copago anticuado e ineficiente, el control presupuestario mediante diversas restricciones débiles, la exclusión de medicamentos de la financiación pública (listas negativas), los acuerdos con las compañías farmacéuticas, la disminución en los márgenes para las oficinas de farmacia, la promoción activa de los genéricos y la introducción de los precios de referencia.

Por otra parte, es común observar, tanto en atención primaria como en asistencia hospitalaria, cómo las Comisiones de Farmacia y Terapéutica y las Gerencias de Área emiten recomendaciones y boletines terapéuticos sobre la terapéutica farmacológica y el uso racional de los medicamentos, todas ellas muy orientadas y focalizadas a poner de relieve el alto coste de adquisición de los medicamentos, especialmente los fármacos de reciente comercialización, intentando reducir su consumo desviando éste a opciones con costes de adquisición más baratos^{4,5}.

España es un país donde el cuidado sanitario se considera como un derecho y un precioso bien, y donde el Estado es el responsable de asegurarlo a todos los ciudadanos mediante la financiación (a través de los impuestos) de los servicios sanitarios de amplia cobertura. En este contexto y situación, las políticas farmacéuticas deberían basarse, por un lado, en un perfecto equilibrio entre la calidad de la oferta y la equidad del acceso y, por otro, en el esfuerzo por conseguir la mayor eficiencia en su utilización, intentando maximizar su rendimiento social.

Es necesario poner de relieve que el hecho de que el porcentaje del gasto farmacéutico sea mayor o menor respecto al gasto sanitario global, únicamente indica que existen diferentes maneras de combinar recursos para producir unidades de atención sanitaria. Además, es necesario tener en mente que el coste económico de los medicamentos para el paciente y para la sociedad entera no está bien representado por la constatación de un gasto farmacéutico mayor o menor, y que a la hora de evaluar el coste de oportunidad de los medicamentos debería tenerse en cuenta los beneficios extras aportados por éstos y la cuantía de consumo de recursos evitados por su utilización.

Por tanto, la pregunta clave que debería responderse es: ¿el uso apropiado de los medicamentos más idóneos en cada caso, va a ser capaz de ahorrar recursos de otros capítulos y presupuestos dentro de nuestro sistema nacional de salud?

Potenciales ventajas económicas de los medicamentos en la práctica médica diaria

Los medicamentos (en mayor o menor medida) pueden evitar o disminuir el consumo de recursos asociados a otros capítulos del gasto sanitario, tanto en el ámbito de la asistencia hospitalaria (terapias concomitantes, exámenes complementarios, pruebas analíticas adicionales, días de estancia en el hospital, procedimientos especiales como cirugía, diálisis, biopsias, y otros) como al nivel de atención primaria

Correspondencia: Dr. J. Soto Álvarez.
Farmacia, S.A. Avda. de Burgos, 17 1.ª planta. 28036 Madrid.
Correo electrónico: javier.soto.alvarez@farmacia.com

Recibido el 14-2-2001, aceptado para su publicación el 24-4-2001.

Med Clin (Barc) 2001; 117: 622-624

y en el área de la atención sociosanitaria (medicación asociada, visitas extras, pruebas complementarias y analíticas suplementarias, días de absentismo laboral, entre otros).

De hecho, existen múltiples estudios que han demostrado un ahorro en consumo de recursos sanitarios derivado del uso de diversos medicamentos, cuando se ha comparado con etapas anteriores a su introducción en la práctica clínica, y es ampliamente reconocido que la comercialización de medicamentos en diferentes períodos durante las últimas décadas supuso un importante ahorro en gasto sanitario, ya que, o bien fueron capaces de curar más deprisa y con menos recaídas distintas enfermedades, o bien fueron capaces de evitar la progresión, la aparición de efectos adversos y el desarrollo de complicaciones derivadas de diferentes enfermedades, con importantes costes secundarios a su manejo clínico⁶⁻¹². En el primer grupo destacarían distintos antibióticos, los inhibidores de la bomba de protones, los citostáticos, etc., mientras que en el segundo resaltarían las diferentes estatinas, los antihipertensivos, los inmunosupresores, los antivirales, las heparinas de bajo peso molecular, etcétera.

Por otra parte, se ha comprobado en diferentes trabajos que el acceso limitado de la población a distintos medicamentos (con el objetivo de disminuir la factura farmacéutica), produce de forma constante un importante incremento en el consumo de recursos sanitarios de otros capítulos como hospitalizaciones, pruebas complementarias y analíticas, la mayoría de las veces de una cuantía muy superior al ahorro en el gasto farmacéutico producido por la disuasoria medida implantada. Y todo ello, además, con un importante deterioro de la calidad asistencial de los pacientes¹³⁻²⁰.

Interesante fue el estudio realizado en Alemania tras la entrada en vigor de la normativa, que puso en marcha la implantación del presupuesto fijo para gastar en medicamentos, a principios de la década de los noventa, por la que si los médicos prescribían medicamentos por un valor superior al fijado de antemano para cada uno de ellos, esto repercutía directamente en su nómina. En este trabajo se comprobó cómo tras la entrada en vigor de esta medida de contención del gasto farmacéutico se incrementó notablemente el ingreso de numerosos pacientes en los hospitales por un mal control de sus enfermedades, lo que ocasionó un aumento del gasto total sanitario (tanto directo como indirecto) en este país con respecto a etapas anteriores a la entrada en vigor de la medida²¹.

La evidencia que se puede extraer de los resultados de estos estudios indica claramente que los medicamentos deberían ser considerados como bienes sociales, ya que van a ayudar a maximizar la inversión realizada por parte de la sociedad y el sistema nacional de salud en atención sanitaria, acrecentando además la calidad asistencial y elevando el nivel sanitario de los pacientes²².

Perspectivas futuras de la eficiencia de los nuevos medicamentos

En los últimos años se han comercializado (y en un futuro próximo verán la luz) nuevos medicamentos con un coste de adquisición alto, pero que van a evitar muchos gastos sanitarios extras secundarios del manejo de muchas enfermedades. En unos casos, por ir dirigidos a enfermedades para las que solamente existían tratamientos parcialmente eficaces (evitando complicaciones y/o recidivas), tales como anticuerpos monoclonales para tratar distintas dolencias (artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, linfomas, cáncer de mama, trasplantes), medicamentos anti-sida de última generación, novedosos antiepilépticos, fármacos para tratar el glaucoma, compuestos para la enfermedad de Alzheimer,

antiinfecciosos con nuevos mecanismos de acción, nuevos antihipertensivos, hipocolesteromiantes y antidiabéticos orales, etc. En otras ocasiones, por evitar la aparición de efectos adversos (enormemente costosos de diagnosticar y tratar), como los inhibidores específicos de la COX-2, los nuevos citostáticos, los modernos antidepresivos, los antipsicóticos y antiarrítmicos, etc., y en otras situaciones por añadir altas dosis de efectividad contra la enfermedad diana (curándose antes y logrando una incorporación más rápida a la vida laboral), como los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, los nuevos antimigrañosos, el interferón beta para tratar la esclerosis múltiple, las nuevas vacunas disponibles, etc.²³⁻²⁷.

Sin embargo, y a pesar de que los medicamentos sean un valioso bien social, es necesario seguir trabajando para conseguir un uso racional de los mismos, debiéndose emplear siempre los que sean más eficaces, seguros y de mayor calidad acorde con la enfermedad y el grupo poblacional que debe tratarse. Además, será esencial considerar también la eficiencia como un criterio adicional más a la hora de elegir la medicación a emplear²⁸, debiéndose integrar los resultados de los estudios de evaluación económica de los medicamentos en la práctica médica diaria a la hora de tomar decisiones^{29,30}, e intentando que la aplicación de la medicina basada en la eficiencia sea una realidad³¹.

Para lograr un verdadero uso racional de los medicamentos, y que éstos puedan demostrar su valor social intrínseco como una de las intervenciones sanitarias más coste-efectivas, los profesionales sanitarios, los gestores, las administraciones sanitarias, la industria farmacéutica y los pacientes deberán asumir cada uno su responsabilidad en relación con la utilización correcta del medicamento y todas las actividades que giren en torno a su promoción. De hecho, sería conveniente diseñar una política nacional respecto a los medicamentos coordinada, integrada y de calidad (consensuada por todas las partes involucradas), en la que se intentaría plasmar las cualidades de los fármacos en el contexto global de las alternativas terapéuticas existentes en el mercado, así como reflejar la problemática actual del uso del medicamento en el mundo asistencial real, en condiciones habituales de uso, y con lo que se intentaría proponer estrategias y planes de acción con el fin de obtener el máximo rendimiento a la inversión de la sociedad y el sistema nacional de salud en la financiación de los medicamentos, lo mismo que ya está ocurriendo en otros países de nuestro entorno³².

Conclusiones

Hasta ahora, muchas de las medidas aplicadas a la política de los medicamentos en España han tendido a considerar el uso de los fármacos como un hecho aislado dentro de la atención sanitaria (ayudado por el hecho de la existencia de partidas presupuestarias y capítulos estancos en nuestro sistema sanitario), y han producido efectos de rebote espectaculares en el consumo de recursos de otras partidas presupuestarias. ¿Sirve de algo gastar poco en medicamentos si es a costa de desplazar la ineficiencia y el gasto al uso complementario de recursos en atención primaria y/o asistencia hospitalaria?

Los medicamentos son, y seguirán siendo, piezas clave en el tratamiento de las enfermedades, y una de las intervenciones terapéuticas con una mejor relación coste/efectividad dentro del arsenal terapéutico existente en medicina. El valor de un medicamento nuevo e innovador se establece por su capacidad para mejorar el nivel de salud, y no sólo por su contribución al descenso o incremento del gasto en la aten-

ción sanitaria. La promoción e incentivación de su empleo de una manera reglada, lógica y racional nos van a ayudar a conseguir una mayor eficiencia para nuestro sistema sanitario, por lo que la mera implantación de tácticas y políticas encaminadas únicamente a una contención de los costes de los medicamentos, sin tener en cuenta los costes que el uso de éstos puedan evitar al sistema sanitario y a la sociedad en general (básicamente limitando su empleo y/o incentivando el uso de los más baratos), va a tener, probablemente, unas consecuencias diferentes de las buscadas, como ha sucedido en otros países de la UE³² y en Canadá³³. Si queremos que nuestro sistema sanitario siga siendo equitativo, universal y con un amplio catálogo de prestaciones, es necesario maximizar el principio de que «lo importante no es gastar menos sino gastar mejor», incrementando la calidad en toda la cadena asistencial al paciente. La simple contención del gasto destinado al capítulo de farmacia no debería ser nunca el objetivo exclusivo de las políticas sanitarias públicas. Es más, el énfasis en los costes sin fijarse en el valor de los medicamentos puede conducir a políticas y estrategias ineficientes para el conjunto de la sociedad. Es necesario un cambio de mentalidad en todas las partes involucradas en la atención sanitaria, pasando a considerar el logro de una salud óptima como un beneficio social en sí mismo y no como una carga para la sociedad. Además, sería necesario valorar en un mayor grado la consecución del bienestar para los pacientes, pasando a un segundo plano la reducción de los recursos dedicados al gasto sanitario, ya que el crecimiento del gasto sanitario y farmacéutico puede ser compatible con una reducción del precio global del cuidado sanitario si se incrementa el valor aportado más que el gasto. Sin duda, los medicamentos nos van a ayudar de forma sustancial a conseguir estas metas, al ser una de las alternativas terapéuticas más eficientes (si no la mayor) dentro del potencial de opciones disponibles para tratar las diferentes enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La industria farmacéutica en cifras. Farmaindustria. Edición 2000.
2. Del Llano J. La sanidad en España: la dificultad de todo para todos y gratis. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 496-498.
3. Barea J. Los límites de la capacidad de financiación sanitaria y alternativas. *El Médico* 12-V-2000; 66-76.
4. Zara Yahni C, Segú Tolsa L, Font Pous M, Rovira J. La regulación de los medicamentos: teoría y práctica. *Gac Sanit* 1998; 12: 39-49.
5. Bastide JL, Mossialos E. Pharmaceutical expenditure in Spain: cost and control. *Int J Health Serv* 2000; 30: 597-616.
6. Bermann WA, Cantor RI, Fellin FM, Jakobowski J, Hopkins L. An evaluation of the potential cost reductions resulting from the use of clodronate in the treatment of metastatic carcinoma of the breast to bone. *Bone* 1991; 12 (Supl 1): S37-S42.
7. Wennergen G, Kristjansson S, Strannegard IL. Decrease in hospitalization for treatment of childhood asthma with increased use of antiinflammatory treatment, despite an increase in the prevalence of asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1996; 97: 742-748.
8. Skull S, Kemp A. Treatment of hypogammaglobulinaemia with intravenous immunoglobulin, 1973-1993. *Arch Dis Child* 1996; 74: 527-530.
9. Thomas P, Ross RN, Farrar JR. A retrospective assessment of cost avoidance associated with the use of nadacromil sodium metered-dose inhaler in the treatment of patients with asthma. *Clin Ther* 1996; 18: 939-952.
10. Griffiths C, Sturday P, Naish J, Omar R, Dolan S, Feder G. Hospital admission for asthma in east London: association with characteristics of local general practices, prescribing, and population. *Br Med J* 1997; 314: 482-486.
11. Grossman RF. The value of antibiotics and the outcomes of antibiotic therapy in exacerbations of COPD. *Chest* 1998; 113 (Supl 4): 249-255.
12. Stadtmayer G, Cunningham-Rundles C. Outcome analysis and cost assessment in immunologic disorders. *JAMA* 1997; 278: 2018-2023.
13. Kozma CM, Reeder CE, Lingle EW. Expanding Medicaid drug formulary coverage. Effects on utilization of related services. *Med Care* 1990; 28: 963-977.
14. Soumerai SB, Avorn J, Ross-Degnan D, Gortmaker S. Payment restrictions for prescription drugs under Medicaid. Effects on therapy, cost and equity. *N Engl J Med* 1987; 317: 550-556.
15. Schroeder SA, Cantor JC. On squeezing balloons: cost control fails again. *N Engl J Med* 1991; 325: 1099-1100.
16. Smith T. Limited lists of drugs: lessons from abroad. *Br Med J* 1985; 290: 532-534.
17. Ferrando C, Henmann MC, Corrigan OI. Impact of a nationwide limited prescribing list: preliminary findings. *Drug Intell Clin Pharm* 1987; 21: 653-657.
18. Soumerai SB, Ross-Degnan D, Avorn J, McLaughlin TJ, Choodnovs Kiy I. Effects on Medicaid drug-payment limits on admission to hospitals and nursing homes. *N Engl J Med* 1991; 325: 1072-1077.
19. Soumerai SB, McLaughlin TJ, Ross-Degnan D, Casteriscs L, Bollini P. Effects of limiting Medicaid drug-reimbursement benefits on the use of psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia. *N Engl J Med* 1994; 331: 650-655.
20. Horn SD, Sharkey PD, Tracy DM. Intended and unintended consequences of HMO cost-containment strategies: results from the Managed Care Outcomes Project. *Am J Manage Care* 1996; 2: 253-264.
21. Schoffski O, Graf Von Der Schulenburg M. Unintended effects of a cost-containment policy: results of a natural experiment in Germany. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1537-1539.
22. Miller RD Jr, French III HE. Is there a link between pharmaceutical consumption and improved health in OECD countries? *PharmacoEconomics* 2000; 18 (Supl 1): 33-45.
23. Nichol KL, Goodman M. The health and economic benefits of influenza vaccination for healthy and at-risk persons age 65 to 74 years. *PharmacoEconomics* 1999; 16 (Supl 1): 63-71.
24. Liu GG, Hay J. An economic cost analysis of oral ganciclovir prophylaxis in the prevention of CMV disease. *Pharm Res* 2000; 17: 911-919.
25. Frighetto L, Merra CA, Stiver HG, Bryce EA, Jewesson PJ. Economic impact of standardized orders for antimicrobial prophylaxis program. *Ann Pharmacother* 2000; 34: 154-160.
26. Parkin D, Jacoby A, McNamee P, Miller P, Thomas S, Bates D. Treatment of multiple sclerosis with interferon beta: an appraisal of cost-effectiveness and quality of life. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 68: 144-149.
27. Hanber AB, Guenasakthy A, Suydes EH, Bala MU, Richter A, Manskopf JA. Potential savings in the cost of caring for Alzheimer's disease. Treatment with rivastigmine. *PharmacoEconomics* 2000; 17: 351-360.
28. Sacristán JA, Soto J, Reviriego J, Galende I. Farmacoeconomía: el cálculo de la eficiencia. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 143-149.
29. Soto J, Fernández P. Evaluación económica de medicamentos: aplicaciones prácticas para los diferentes agentes decisores. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 699-702.
30. Johnson JA, Friesen E. Reassessing the relevance of pharmacoeconomic analyses in formulary decisions. *Pharmaco Economics* 1998; 13: 479-485.
31. Soto J. Medicina basada en la eficiencia: una inevitable realidad para el siglo xxi. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 655-657.
32. Walley T, Earl-Slater A, Haycox A, Bagust A. An integrated national pharmaceutical policy for the United Kingdom? *BMJ* 2000; 321: 1523-1526.
33. Atella V. Drug cost containment policies in Italy: are they really effective in the long-run? The case of minimum reference price. *Health Policy* 2000; 50: 197-218.
34. Tambllyn R, Laprise R, Hanley JA, Abrahamowicz M, Scott S, Mayo N et al. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *JAMA* 2001; 285: 421-429.