

---

## Políticas farmacéuticas: su repercusión en la prestación farmacéutica

J. Ramón Quirós

*Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.*

Aunque mi responsabilidad en estos momentos se encuentra en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias deseo enfocar esta presentación desde una óptica de Sistema Nacional de Salud (SNS) por varias razones. En primer lugar porque las políticas farmacéuticas no pueden verse de manera aislada, sino formando parte de un conjunto general en el que intervienen distintos actores con distintas responsabilidades, y en segundo lugar porque no concibo un sistema con distintas prestaciones según el territorio en el que se resida, de tal manera que no tiene mucho sentido enunciar medidas locales sin tener en cuenta el contexto general.

Deseo compartir con ustedes algunas ideas sobre cuáles son, a mi juicio, ciertos aspectos esenciales de las políticas farmacéuticas sobre los que merece la pena reflexionar: obtener

más valor para todos con la financiación pública de los medicamentos, analizar algunos componentes del gasto y cómo actuar para mejorar la calidad de la prestación farmacéutica y el papel del copago.

La primera idea que deseo debatir es que, siendo relevante, el objetivo no debe ser reducir el gasto farmacéutico, sino canalizar la financiación pública hacia aquellos fármacos que aporten mayores retornos en términos de ganancia poblacional de salud.

En política, cuando se habla de farmacia tendemos a hablar de gasto farmacéutico, y es lógico, pues si tomamos el caso de Asturias el gasto por recetas pasó de 228,8 millones de euros en 2002 a 316,5 en 2007, y ello en una Comunidad con población estacionaria. El informe sobre el gasto sanitario en España señala que, tomando 1999 como base 100, en

2005 el gasto farmacéutico por receta se situó en 165 y el componente de farmacia hospitalaria fue de 241, comportándose el gasto farmacéutico en todo el período como un componente muy dinámico del gasto sanitario.

En un contexto más amplio merece la pena traer a colación los datos de la OCDE (*Health at a Glance 2007*). España, en 2005, era el cuarto país de la organización en gasto farmacéutico per cápita, 517 dólares PPP, frente a una media de los países de la OCDE de 413 dólares PPP (recordar que en ese mismo año España ocupaba el vigésimo segundo lugar entre los países miembros en gasto sanitario total per cápita). El peso del gasto farmacéutico en relación con el producto interior bruto en ese mismo año (2005) era del 1,9% en España, también el cuarto más alto entre los países miembros. Señalar, por último, que el crecimiento real anual del gasto farmacéutico en el período 1995-2005 fue de un 5,5% (4,6% en la OCDE) frente a un 3% (4,0% en la OCDE) del gasto sanitario en el mismo período.

Sin embargo, el fármaco es una tecnología que hay que juzgar en primer lugar por el valor que aporte al paciente. Por ejemplo, el gasto en

medicamentos antirretrovirales usados frente al virus de la inmunodeficiencia humana es responsable de un volumen de gasto farmacéutico hospitalario importante (alrededor del 14% en Asturias), pero también lo es de una caída drástica de la mortalidad y de los ingresos hospitalarios por sida desde 1996, cuando fueron introducidas las terapias de alta eficacia. Ejemplos similares se pueden encontrar en algunos tumores como el linfoma de Hodgkin, o en enfermedades del área cardiovascular, por citar algunos. Asimismo no debemos olvidar el impacto de los efectos adversos de los fármacos, que en algunos casos han llegado a motivar retiradas del mercado por su toxicidad. En otros casos no tenemos evidencias de que la introducción de nuevos fármacos haya mejorado la salud poblacional, por ejemplo con algunos antitumorales.

Por tanto, no debiéramos perder de vista que el principal objetivo de la política farmacéutica de un país debería ser facilitar el acceso a aquellos fármacos que, siendo seguros, generen más ganancias en salud en la población, y es hacia esos fármacos hacia los que deberíamos canalizar la financiación pública.

España se caracteriza por un acceso muy notable al medicamento financiando 10.698 especialidades (58,6% de las 18.250 autorizadas), lo que representa un volumen muy importante de fármacos en relación con otros países, generando, entre otros efectos, no pocas dificultades en la logística de la prestación.

En España la cuota de mercado de los medicamentos de nueva introducción con menos de 5 años (que habitualmente triplican en precio a los que sustituyen) es alta y se sitúa alrededor del 30%. Sin embargo, la *Food and Drug Administration* (FDA) americana señala que de los fármacos autorizados cada año, menos de un 20%, aportan mejoras significativas a los que ya están en el mercado. En este mismo sentido, un estudio realizado basándose en datos de la Agencia Europea del Medicamento (EMEA) señala que entre los fármacos autorizados entre 1995 y 2003 sólo podrían señalarse que aportaban mejoras importantes un 35% de ellos. En España, un estudio parecido señala que entre 1998 y 2002 sólo un 16% de los incorporados aportaban mejoras.

Podríamos concluir que nuestro país tiene un volumen muy alto de me-

dicamentos financiados públicamente, con una cuota de mercado muy elevada de fármacos recientes que son más caros que los ya existentes, y que sin embargo la mayoría parece no aportar mayor valor terapéutico que aquellos a los que pretende sustituir.

En esta situación pienso que deberíamos plantearnos la oportunidad de profundizar en la financiación selectiva de medicamentos yendo hacia formularios menos extensos que los actuales que gocen de financiación pública, y plantearse financiaciones diferentes al actual “todo o nada”, pudiendo mantener grados de financiación variables según las evidencias de ganancias poblacionales de salud ligadas al uso del fármaco, política presente en diferentes países de la OCDE.

Esta política debería acompañarse de una vía rápida administrativa para incorporar novedades con avances significativos sobre lo que hay, y potenciar la realización de estudios de investigación constantes sobre efectividad de los fármacos en la población y sobre farmacoeconomía que permitirían actualizar de forma periódica el formulario y las guías farmacoterapéuticas.

La segunda idea que deseo debatir —mejorar la prestación— parte

de la constatación de que el precio de los fármacos en España es bajo en un contexto europeo, tanto en términos de precio como ajustados por poder adquisitivo, y que por tanto la vía de regulación de precios permite pocas actuaciones hacia el futuro, probablemente con la única excepción de los márgenes de distribución. El problema parece más de aumento en la cantidad de recetas que de incremento de precio por receta, incluso teniendo en cuenta el factor sustitución que antes mencionábamos.

La realidad es que los recursos destinados a la financiación de productos farmacéuticos en España se han incrementado notablemente en los últimos años. Por ejemplo, en Asturias desde 1990 hasta 2007 el presupuesto creció un 352%, a pesar de la intensa regulación del mercado donde no han dejado de aparecer iniciativas legislativas dirigidas a reducir la factura farmacéutica vía reducción de márgenes, listas negativas, fijación de precios de referencia, etc.

Una de las actuaciones en que mayor énfasis se ha puesto probablemente haya sido la generalización en el uso de genéricos, política de amplio uso en diferentes países de la OCDE.

Sin embargo, si revisamos las cifras del mercado de fármacos genéricos en Europa comprobaremos que en España la cuota de mercado en volumen es escasa (alrededor de 12% en 2006) comparada con países como Polonia, Reino Unido o Dinamarca que superan el 60%, y aún menor en términos de gasto (alrededor del 7% en España cuando hay países en los que representa más del 40%).

A título de hipótesis, el relativamente bajo precio de los fármacos en España frente a los países europeos podría estar desincentivando la entrada de genéricos por tener un margen comercial muy estrecho, a la vez que ese precio relativamente bajo podría resultar un incentivo para la entrada de nuevos medicamentos que, aportando pequeñas modificaciones, permitirían aumentar el precio de los fármacos a los que sustituyen. Esta situación de precios bajos podría incentivar también el recurso a la receta, lo que además ayudaría a mantener el volumen de gasto farmacéutico.

Todo ello parece apuntar a que el escenario más probable sea una cierta tendencia a la convergencia al alza en precios con Europa, y de no adoptarse otras medidas, a un incremen-

to notable de la ya elevada factura farmacéutica.

Si observamos la evolución del gasto medio por receta en Asturias se aprecia una cierta estabilidad en los últimos años, permaneciendo alrededor de los 14 euros por receta. Sin embargo, el número de recetas pasó del entorno de los 18 millones de recetas en 2002 a cerca de 23 millones en 2007, situando a Asturias como la Comunidad con más recetas por habitante, y ello en un entorno de población estable.

En esta situación parece más adecuado poner énfasis en la prescripción racional y en la desmedicalización de la vida cotidiana más que en políticas de reducción de precios, que parecen tener poco recorrido adicional y dificultan tanto la entrada de genéricos como el mantenimiento de la innovación en el sector. Sin embargo, sí que hay que continuar utilizando los márgenes que aún tenemos, actualizando periódicamente los precios de referencia, o por ejemplo, impulsando los concursos de compras de fármacos para hospitales.

Un dato adicional de interés es la gran variabilidad que puede observarse en el uso de fármacos entre áreas y especialidades. Por ejemplo,

la cuota de genéricos en Asturias en Atención Primaria varía entre el 15 y el 20% según las áreas de salud. En salud mental esa variación se encuentra entre el 3 y el 15% según las áreas. Algo parecido ocurre con el uso de novedades sin aportación de valor terapéutico, que es bajo pero crece, y con diferencias notables entre áreas o de cualquier otro indicador de la calidad de prescripción que utilicemos, siendo apreciable que aquellas áreas que obtienen mejoras en un indicador suelen tenerlas en todos, lo que aboga por la posibilidad de intervención para conseguir mejoras, incluso localmente.

En este contexto además del esfuerzo de mejorar la prescripción que ya he comentado podría ser útil estudiar la viabilidad y el impacto de disponer para cada prescriptor de presupuestos para farmacia de base poblacional ajustados por características de la población atendida, a la vez que explorar la instauración de incentivos para un uso más racional del medicamento por médicos, farmacéuticos y pacientes.

La prescripción de medicamentos debe basarse en el mejor conocimiento de los prescritos y con la mayor efectividad entre los dispo-

nibles para el proceso a tratar. En este sentido, la financiación selectiva por la que abogábamos antes es también una pieza angular de una prescripción más racional, al facilitar el proceso de toma de decisiones a los profesionales. Junto a ello, el consejo farmacéutico y hacer real la no dispensación de medicamentos cuando precisen receta si no es bajo la presentación de ésta ayudaría a una mejor atención a la población, a un incremento en la seguridad de los pacientes y a una contención de los efectos colaterales, como el incremento de la resistencia microbiana a determinados antibióticos.

Finalmente la tercera idea que deseo proponer para el debate es la necesidad de estudiar la estructura actual del copago de fármacos y promover un sistema más justo, que tenga en cuenta el poder adquisitivo de la persona protegida.

En el año 2007 en Asturias el gasto por receta entre los activos alcanzó los 60,3 millones de euros, un 22,1% de la factura farmacéutica por receta, habiendo sufrido un incremento del 3,3% respecto al año anterior. Ese mismo año para los pensionistas el gasto en recetas alcanzó los 272,8 millones de euros, un 5,0% más

que el año anterior. En España la aportación directa de los trabajadores supone un 7% de la factura de farmacia por receta; en Asturias es únicamente de un 4,9%.

En Asturias existe un volumen relativamente alto de pensionistas (1,25 activos por cada pensionista), con pensiones medias elevadas en el contexto español, y cuando se examina la encuesta de presupuestos familiares se observa que el gasto en salud es reducido (1,98% del presupuesto familiar), idéntico al que se utiliza para el consumo de tabaco y alcohol. En este sentido, no es inusual que una persona activa con una renta baja tenga que sufragar el 40% del precio del fármaco, mientras un pensionista con mucho mayor poder adquisitivo tenga los medicamentos gratis.

De ahí que merezca la pena explorar, en el marco legal actual, la viabilidad y el impacto de copagos variables, no sólo en función de la rentabilidad social del fármaco, como ya he comentado anteriormente, sino de la renta de la persona protegida. Se trataría de establecer un conjunto de medicamentos considerados esenciales con aportación cero, mantener un umbral de renta exento para el copago y efec-

tuar un copago variable en los tramos de renta más elevados. Lógicamente este tipo de medidas sólo tiene sentido en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

La instauración de la receta electrónica de forma generalizada podría ayudar a reducir las complicaciones administrativas derivadas de la puesta en práctica de este tipo de medidas.

Una última reflexión: los políticos tenemos una gran responsabilidad para promover medidas que permitan mantener en el tiempo unos

servicios sanitarios excelentes para todos. Sin embargo, al igual que en cualquier otro ámbito, no es posible avanzar en la mejora de los servicios y las prestaciones públicas sin un compromiso simultáneo y decidido de todos los actores que intervienen: administración, profesionales, ciudadanos e industria; reunirlos a todos alrededor de jornadas como estas es el primer paso de un camino que necesariamente debemos andar juntos si deseamos que se realice con éxito.

