

Gasto público en medicamentos

Medidas de contención

■ ENRIQUE GRANDA • Doctor en Farmacia.

En este artículo se analiza la posición de las Administraciones central y autonómica ante la problemática del gasto público en medicamentos, las dificultades con que topan, una y otra vez, sus políticas de contención y las medidas correctoras que deberían ponerse en práctica ineludiblemente para que estas políticas lograran sus objetivos sin lesionar de forma gratuita los intereses de un sector ya muy «machacado» como es el farmacéutico.

La contención del gasto en medicamentos es una constante en la acción de todos los Gobiernos, que se suele saldar con medidas de eficacia muy dudosa, pero que, al menos, tranquilizan a los políticos durante un año. En algunas ocasiones la eficacia es tan escasa que sólo dura unos meses. En España se ha probado casi todo sin conseguir que el gasto en medicamentos modifique su tendencia, por lo que es de esperar que las Administraciones, tanto la central como las autonómicas, traten de idear nuevos sistemas de control del gasto, en ocasiones ateniéndose a sus competencias respectivas y en otras excediéndolas, como ya se ha observado más de una vez.

Hemos llegado a un punto en el que ya empieza a ser pertinente la pregunta de si es posible controlar el gasto público en medicamentos sin modifi-



car aspectos fundamentales de nuestro sistema de protección social. La respuesta no es sencilla, prueba de ello son todas las políticas que se han aplicado sin éxito, por lo que conviene hacer un análisis de las medidas que se encuentran en vías de diseño o ejecución o las que, increíblemente, no se han puesto nunca en práctica, partiendo de que la Administración central cuenta con competencias exclusivas en algunas cuestiones y las comunidades autónomas, en otras. En este artículo se hace hincapié en el amplio margen de gestión que tienen las comunidades autónomas para actuar sobre el gasto sin modificar sustancialmente el sistema general de protección universal del que podemos estar satisfechos, las normas europeas en materia de medicamentos, la aportación de los beneficiarios o los márgenes de distribución y oficinas de farmacia.

MEDIDAS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO

El Gobierno tiene competencias para dictar normas que afectan a la evaluación de medicamentos y productos sanitarios; puede regular los precios y los márgenes; puede incluir y excluir productos de la financiación con fondos públicos y puede diseñar las grandes políticas sobre genéricos, precios de referencia, sustitución e importación paralela de medicamentos. También puede modificar la aportación de los beneficiarios o copago.

A primera vista, el ámbito de actuación del Gobierno es muy amplio e incluye actuaciones de gran trascendencia, pero si se analiza cuidadosamente lo que realmente puede hacer, cabe considerar que tiene las manos atadas en bastantes cuestiones. Por ejemplo, no puede imponer precios muy diferentes de los de los demás países europeos en los nuevos medicamentos; hasta hace bien poco ha diseñado una política de genéricos y de sustitución pensada para que el mercado de estos productos tuviera unos incrementos muy limitados; y, de acuerdo con la patronal de la industria, ha obstaculizado la importación paralela de medicamentos y limitado el visado de muchos productos. Sin embargo, ha actuado sobre los márgenes de la distribución y las oficinas de farmacia de forma contundente, pero inútil, como muestra la experiencia acumulada tras la publicación del RDL 5/2000.

Como puede apreciarse, el Gobierno tiene algunas limitaciones relativamente insalvables como las que proce-

den de la Unión Europea pero, dependiendo del estilo político de cada Ejecutivo, puede adoptar medidas de gran trascendencia en el control del gasto, siempre que no esté excesivamente hipotecado con alguno de los subsectores del mercado farmacéutico o con los votantes.

MEDIDAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Las comunidades autónomas reclaman, en ocasiones, más competencias y participación en las decisiones del Gobierno, pero su ámbito de actuación también es muy amplio: pueden gestionar la prescripción en límites de racionalidad; pueden ordenar la promoción que realiza la industria farmacéutica; pueden concertar sistemas de control e

**Los visados son medidas
desesperadas a las que
no habría que recurrir
si hubiera protocolos
y guías
farmacoterapéuticas
de uso generalizado**

incluso superar, mediante pactos, las normativas estatales sobre precios y sustitución. Y lo que es más importante, son las que manejan los presupuestos, las previsiones, los sistemas de adquisición y los pagos. En su mano están también los incentivos, las sanciones y el ejercicio de acciones inspectoras. Sin embargo, todo esto no basta si las previsiones presupuestarias son falsas, la población atendida es mucho mayor a la prevista (tabla I) o el Gobierno central se inclina por mantener una política favorable a las grandes empresas farmacéuticas, situación en la que hemos vivido los últimos 8 años.

Por tanto, las comunidades autónomas necesitan para poder realizar una gestión adecuada contar con presupuestos suficientes y alcanzar una deseable coordinación con el Ministerio de Sanidad en el objetivo de controlar el gasto, sin medidas parciales o incluso nocivas como ha sido la política de genéricos diseñada desde 1996, o los precios de referencia del año pasado (tabla II).

PRESUPUESTAR LA REALIDAD

Desde hace más de 23 años, fecha en que comenzó a diferenciarse la aportación de los trabajadores activos y pensionistas, se conoce una ecuación de equilibrio que explica el gasto público en medicamentos y que sirve para elaborar presupuestos o promover medidas de contención. El presupuesto de gasto monetario es un equilibrio que responde a la siguiente fórmula:

$$\text{Gasto} = \frac{\text{n.º recetas/persona/año} \times \text{precio medio de las recetas}}{\text{n.º habitantes}}$$

Y afinando más, considerando las diferencias entre recetas con distinta aportación, la ecuación quedaría así:

$$\text{Gasto} = \left(\frac{\text{n.º recetas por activo} \times \text{precio medio de la receta de activos}}{\text{población considerada activa}} \right) + \left(\frac{\text{n.º recetas por pensionista} \times \text{precio medio de la receta de pensionista}}{\text{población considerada pensionista}} \right)$$

Esta ecuación es aplicable tanto al gasto total del Estado como al de las comunidades autónomas o una provincia, ya sea en un mes en particular o en un año. La consecuencia principal de esta ecuación es que hay tres variables a considerar: la población, el precio medio de las recetas y el número de recetas por persona. Por ello, el primer problema al que se enfrenta quien pretende controlar el gasto es la determinación de la población, variable que está resultando especialmente difícil de conocer incluso para el Instituto Nacional de Estadística, con un componente adicional y nuevo en los últimos años como es la inmigración o el empadronamiento incontrolado, y uno conocido sólo a medias, como es el turismo interior. En relación con esto hay que decir que el Instituto Nacional de Estadística tuvo que dar difíciles explicaciones entre los años 2001 y 2003¹, al producirse un salto de más de 2 millones de habitantes.

Otra de las cuestiones que influyen decisivamente es la acción permanente de la industria para obtener una mayor facturación con el mismo esfuerzo, es decir, conseguir que lo que se recete

tenga un mayor precio, que es un fenómeno que se observa de forma universal por la aparición de nuevos medicamentos, y que puede verse incrementado por medidas promovidas por la propia Administración, como ocurrirá, sin duda, con las especialidades que no se encuentran afectadas por el sistema de precios de referencia. El último factor a considerar es el número de recetas, que tiene que ver con la población, sobre todo si su número no se conoce exactamente, y con la morbilidad, que puede variar ampliamente en función de determinadas circunstancias.

Por tanto, uno de los grandes fallos que pueden darse es que no se presupueste la realidad, lo que hace fallar todas las previsiones y desencadena medidas de carácter coyuntural, que no tendrían por qué haberse producido, si se conocieran bien los parámetros de la ecuación que explica el gasto.

LA NUEVAS MEDIDAS

En el terreno del control del gasto público en medicamentos, últimamente se viene publicitando una serie de actuaciones que se presentan como muy novedosas cuando muchas de ellas ya fueron puestas en marcha tímidamente en otros tiempos.

La visita médica

Las comunidades autónomas se están dando cuenta de que el problema principal radica en la prescripción de los médicos y en la promoción de la industria farmacéutica, y con el fin de actuar sobre estas varia-

Tabla I. Datos de población en los últimos años

Año	Población a 31/12	Incremento (%)
1998	39.724.433	
1999	39.960.708	0,59
2000	40.376.384	1,04
2001	40.850.353	1,17
2002	42.717.064	4,56

Fuente: INE.

bles han puesto en marcha medidas para limitar la visita médica o hacerla prácticamente inútil desde el punto de vista promocional, como es la «visita colectiva», en la que el visitador se dirige a varios médicos para presentar sus productos. Igualmente se trata de fijar un número limitado de visitas por parte de cada laboratorio, medida que perjudica a los grandes laboratorios, que cuentan en algunos casos con miles de visitadores. Estas medidas han sido rechazadas frontalmente por la industria y por el colectivo de visitadores, y aunque puedan demostrarse eficaces para limitar la promoción, cabe pensar que los laboratorios buscarán los medios para ver al médico en lugares distintos —y en ocasiones mucho más agradables— del centro de trabajo.

La competencia prescriptora

La segunda cuestión es la potestad prescriptora de los médicos que, aun-

que regida por el inviolable derecho de libertad de prescripción, según las corporaciones médicas, es algo que cada vez se sostiene menos en unos tiempos en los que cualquier actuación importante se somete a un protocolo. En este sentido, se han puesto en marcha guías y protocolos —libremente aceptados— que pueden reducir mucho el margen de discrecionalidad y limitar el derecho a la libertad de prescripción.

La Organización Mundial de la Salud ha actualizado su doctrina sobre medicamentos esenciales y sus recomendaciones actuales apuntan a que todos los países, incluso los más desarrollados, deben dotarse de guías de medicamentos esenciales adaptados a su nivel de desarrollo y morbilidad. Por ello, no es impensable que llegue a elaborarse una lista de medicamentos esenciales en alguna comunidad autónoma, que sirva de base a las guías farmacoterapéuticas de las áreas de salud. En España estas guías existen en la mayor parte de los hospitales y los médicos no plantean objeciones a su uso. Ahora es necesario hacer extensiva su utilización a la atención primaria y profundizar por esta vía en el uso racional de los medicamentos, que no consiste más que en utilizar los medicamentos más adecuados para cada diagnóstico y, si es posible los más económicos, que consigan el mismo resultado terapéutico.

Adquisiciones directas para centros sociosanitarios

Alguna comunidad autónoma está intentando también saltarse a la torera a la farmacia para grupos concretos de pacientes. Es el caso de Castilla y

Tabla II. Posibilidades de actuación de la Administración central y autonómica sobre el gasto público en medicamentos

Ámbitos e incidencia	Demanda		Oferta	
	N.º de recetas	Coste por receta	N.º de recetas	Coste por receta
Administración central	Aportación del usuario	Precios de referencia		Nuevos medicamentos Política de genéricos Acuerdos con la industria Ajuste de los márgenes de distribución
	Financiación selectiva			
Administraciones autonómicas	Formación y concienciación de los pacientes	Conciertos con oficinas de farmacia	Guías y protocolos-sistemas de información (perfiles terapéuticos)	Control de la visita médica
	Formación de los profesionales	Prescripción por principio activo	Control de los mayores prescriptores	
	Visados de recetas	Precios máximos	Incentivos al ahorro en el coste farmacéutico (productividad variable)	
	Control de inspección			

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

León, que ha lanzado la idea de hacer adquisiciones directas para sus centros sociosanitarios, incluidos los centros de día. Ésta es una medida de una gran ineficiencia, ya que obliga a dichos centros a dotarse de servicios farmacéuticos, almacenar producto y asumir riesgos, con la garantía de que el servicio será peor que el ofrecido por las oficinas de farmacia a los usuarios. Indudablemente, empobrecerá a bastantes farmacias, introducirá problemas en los pagos a la industria, pero podrá satisfacer la vanidad de los gestores, que harán sus cuentas sobre el ahorro de márgenes, olvidando, como es natural, los gastos corrientes que introducen en los presupuestos.

Visados

Otras medidas que se están contemplando, y alguna de ellas ya puesta en marcha con polémica, son los visados dictados de forma unilateral por alguna comunidad autónoma. Ciertamente Junta de Andalucía actuó asistida por la razón cuando impuso el visado a los coxib y prueba de ello es que Sanidad acabó dándole la razón. Pero otras comunidades, cuando han impuesto un visado se han encontrado, además de los recursos de la industria, los del Ministerio de Sanidad. En líneas generales, hay que decir que los visados son medidas desesperadas a las que no habría que recurrir si hubiera protocolos y guías farmacoterapéuticas de uso generalizado, que contemplaran incluso la incentivación de la aceptación por parte de los pacientes con alguna diferencia en el copago de estos productos.

Nuevas tecnologías

Finalmente, es preciso señalar que todas las comunidades autónomas confían en las nuevas tecnologías para identificar mejor a los pacientes, observar los perfiles de prescripción de los médicos y poder localizar cualquier abuso casi en tiempo real. Se hace mucho hincapié en la identificación de los pacientes, pero el verdadero problema suele estar en el diagnóstico, algo que nunca se ha investigado suficientemente y que —esto es lo más grave— no se actualiza con la periodicidad necesaria. La receta electrónica, si llega a nacer, evolucionará de forma natural hacia un sistema que incluya el diagnóstico. Ésta es la única vía por la que, con los niveles de confidencialidad exigibles, se podrá determinar la racionalidad de los tratamientos. Sería un gran desperdicio de recursos, ahora que estamos tan cerca, no relacionar el diagnóstico con el tratamiento, ya que el estudio de esta correlación se traduciría en un conocimiento exacto de la morbilidad y la epidemiología y multiplicaría las posibilidades de actuar con fines preventivos.

CONCLUSIÓN

La contención del gasto público en medicamentos puede pasar de ser un conjunto de estrategias voluntaristas y desordenadas, que en la mayor parte de los casos se salda con medidas coyunturales que únicamente actúan sobre los márgenes de distribución y farmacia, a convertirse en el ejercicio de una ciencia económica exacta, que promueva medidas auténticamente eficaces, que actúen sobre el fondo de los problemas.

Es preciso que los
nuevos sistemas de
información relacionen
los diagnósticos con los
tratamientos y no se
limiten a identificar
mejor a los usuarios o
determinar la cuantía
económica de la
prescripción de los
médicos

Las políticas actuales fallan porque son incapaces, en primer lugar, de hacer previsiones correctas, pues no trabajan con datos reales sobre la población, no contemplan el crecimiento vegetativo del precio de los medicamentos o no valoran las medidas que se ponen en práctica, como ha ocurrido con los precios de referencia. Pese a que tienen bastantes hipotecas en cuanto a sus posibilidades de actuación, las Administraciones central y autonómica también disponen de amplias competencias para poder profundizar en la racionalidad de los tratamientos y en la

precisión de los diagnósticos, promoviendo acuerdos de carácter científico que permitan una adecuada selección de los medicamentos y el establecimiento de protocolos que limiten la discrecionalidad de los médicos.

Desafíos concretos

El Ministerio de Sanidad tiene que revisar toda su política sobre especialidades farmacéuticas genéricas, diseñando EFG auténticas, a las que no acompañe el nombre o marca del laboratorio titular o fabricante. La consecuencia inmediata de esta política es un amplio derecho de sustitución para el farmacéutico, como ocurre en todos los mercados en los que se han desarrollado más estos productos. Asimismo, Sanidad tiene que revisar su política contraria a las importaciones —y exportaciones— paralelas, en la que se apoyan bastantes países de la Unión Europea para controlar su gasto en medicamentos. Las comunidades autónomas tienen que entender que las farmacias pueden ser sus mejores aliados en la contención del gasto, ya que suelen ser las que más sufren los excesos. Este papel de aliados debe reconocerse incluso con incentivos sobre el ahorro, basados en la sustitución por genéricos o por medicamentos importados paralelamente, como han puesto en marcha otros países.

La receta electrónica llegará, como están llegando los sistemas asistidos de prescripción y dispensación o la confección automática de recetas por ordenador, pero sólo será útil cuando se comprenda que las grandes inversiones que van a ser necesarias para su implantación tienen que tener la finalidad de relacionar los diagnósticos con los tratamientos y no solamente identificar mejor a los usuarios o determinar la cuantía económica de la prescripción de los médicos.

Si estas teorías van calando entre gestores y políticos, pronto será ingenuo oír a alguien decir que todo se arregla bajando los márgenes de las farmacias y de los almacenes, cuando ya se ha demostrado sobradamente que el problema, si es que lo hay, está en los presupuestos, en la prescripción y en la acción promocional de la industria farmacéutica. □

NOTAS

1. El RD 1748/2003 de 19 de diciembre declara oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del padrón municipal referidas a 1 de enero de 2003 y, según esas cifras, la población española era en esa fecha de 42.717.064 habitantes.