
La financiación pública del medicamento

Francisco Sevilla

Instituto de Administración Sanitaria

Este encuentro de expertos sobre las “Políticas farmacéuticas en España” se abre con esta mesa dedicada a uno de los temas de máxima actualidad en todos los sistemas sanitarios: la financiación pública del medicamento.

El acceso subvencionado a los medicamentos con una aportación cada vez más reducida por parte de los usuarios en relación con el coste total de la factura farmacéutica es, para algunos, la causa principal del incremento brutal en los costes sanitarios asociados a la prestación farmacéutica, y para otros, entre los que me encuentro, un instrumento básico de solidaridad que permite el acceso a una prestación esencial en condiciones de igualdad.

La mesa cuenta con dos ponentes de excepción, Jaume Puig y Nieves Martín, cuyas presentaciones van a permitir un debate centrado en los aspectos fundamentales, pues además de ilustrar en relación con el estado actual del problema, van a poner encima de la mesa aquellos interrogantes que hoy no tienen res-

puesta, o si la tienen siempre se exponen por múltiples razones, incluyendo entre ellas el que a veces la solución con mayor consenso se considera políticamente incorrecta y nadie quiere asumir el coste de plantearla.

El coste de la factura farmacéutica y su financiación es un tema de profunda preocupación en la mayoría de los sistemas sanitarios con financiación pública, y quien siga la actualidad es consciente de que este debate ha llegado también a EE.UU., donde precisamente estos días hay una viva e intensa controversia en relación con las reformas a introducir en la financiación de la prestación farmacéutica en Medicare, el gran programa de protección social de los mayores de 65 años en ese país.

¿Cuáles son las razones principales de la preocupación asociada al coste de la factura farmacéutica? Según mi criterio fundamentalmente tres: la evolución en el coste de la factura, la percepción de que los beneficios obtenidos no siempre están claros y la dificultad evidenciada en

los últimos 20 años para encontrar instrumentos que permitan modificar las tendencias observadas, coste progresivamente creciente y relación coste/efectividad no evidenciada con cierta frecuencia de las innovaciones terapéuticas. Todo ello con un elemento conductor, el poder del complejo industrial relacionado con la prestación farmacéutica que incluye a la industria, pero también a los distribuidores y a los prescriptores, cuya simbiosis proporciona a la coalición de agentes que hacen posible la prestación, un extraordinario poder.

El coste de la prestación farmacéutica con financiación pública en España es en apariencia bien conocido, pero cuando se habla de él, en general se hace referencia sólo al coste de la factura de las recetas a cargo de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud. Es mucho más difícil conocer el coste de la farmacia hospitalaria o el coste de los diferentes mutualismos, tanto los administrativos como los laborales. Con todo, no es arriesgado decir que la prestación farmacéutica representa cerca del 30 % del gasto sanitario público en España.

Este es un primer elemento diferencial para el debate, ya que en relación con la mayor parte de los sistemas sanitarios de nuestro entorno económico y social, el peso de la prestación farmacéu-

tica en el conjunto del sector es absolutamente desproporcionado en España y su impacto difícil de asimilar. Probablemente hemos tocado techo y empieza a existir un consenso básico en que ya no es posible seguir igual. Es cierto que este tema viene planteando una creciente preocupación desde hace bastantes años, pero cuando el gasto sanitario lleva muchos años creciendo anualmente entre un 6 % y un 8 %, y la financiación del coste de la factura farmacéutica sólo ha sido posible a expensas de otros capítulos, inversiones, y especialmente el coste de personal, en mi criterio ya no es asumible el riesgo de seguir descapitalizando el sistema.

En Asturias, Comunidad Autónoma de la que conozco bien los datos pero que estoy seguro son generalizables al resto de Comunidades Autónomas, en la década de los noventa el peso de la factura farmacéutica creció casi 10 puntos, exactamente los mismos que bajó el peso de los costes de personal. En un análisis del futuro se pueden contemplar diferentes alternativas, cambiar radicalmente las tendencias observadas, convertir en inviable el sistema por su descapitalización tecnológica además de enfrentarse a una grave crisis en la política de personal, o conseguir que la financiación sanitaria crezca por encima del

crecimiento del PIB nominal, lo que parece poco realista en el entorno macroeconómico que se espera en los próximos años.

El incremento del coste de la prestación farmacéutica no es algo reciente. En realidad, el crecimiento empieza a principios de los años setenta y la evolución sigue una curva de tipo logarítmico; es decir, los incrementos son mayores cada año cuando se analiza la factura en pesetas constantes. Este incremento continuado se ha mantenido a pesar de las medidas adoptadas durante todos estos años, lo que demuestra la dificultad en su control, además de cuestionar la idoneidad de muchas de las decisiones adoptadas.

Puede señalarse, con ánimo de provocación en una mesa de expertos, que el coste farmacéutico comienza a dispararse coincidiendo con la supresión del petitorio de la Seguridad Social y la introducción del copago, medidas adoptadas a finales de los años sesenta del siglo XX. Digo que con ánimo de provocación porque no hay un análisis exhaustivo de las causas que operaron en ese momento, especialmente el crecimiento de la población protegida. Sin embargo, es un hecho que la sustitución de una lista positiva por el copago al menos no introdujo ningún efecto sobre el control de la factura

como se pretendía. Efecto que tampoco consiguieron los sucesivos incrementos en la proporción de copago que se produjeron en los años setenta.

Posteriormente se han adoptado otras muchas medidas, desde retoques en los márgenes en la cadena de distribución o controles sobre la prescripción, hasta acuerdos con los diferentes agentes del sector, pasando por modificaciones en la fiscalidad del medicamento. Medidas en general de carácter coyuntural con un efecto mayor o menor inmediato, y cuyo impacto cuando uno analiza series históricas, ha sido nulo para modificar tendencias.

Esta dificultad en el control del gasto, y en consecuencia el incremento constante en la factura pública, no es exclusiva de España; pero sí lo es, tanto los niveles alcanzados en el gasto farmacéutico, como que a pesar de ello es de los pocos países de la Unión Europea en los que no se han introducido con el suficiente rigor y convencimiento medidas estructurales tendentes a cambiar la evolución del gasto, al igual que se ha hecho en otros países.

La industria farmacéutica, la cadena de distribución, en especial las oficinas de farmacia y los prescriptores, conforman un auténtico complejo de poder en defensa del *statu quo* de la prestación farmacéutica.

Dicho brevemente, y también con ánimo de provocación para el debate entre expertos, la industria farmacéutica es un heterogéneo conglomerado que sin embargo ha tenido un común denominador: en los últimos 20 años han sido las empresas con mayores tasas de retorno en el mundo occidental y durante muchos años diversas compañías farmacéuticas han liderado los ranking de beneficios. Esta actividad empresarial exitosa es compatible y consecuencia del compromiso con la innovación y desarrollo, con inversiones muy importantes en investigación y promoción. No hay ninguna duda del esfuerzo inversor que requieren las nuevas patentes, aunque sí puede haberla en cuanto al beneficio añadido para proteger la salud, tratar la enfermedad o mejorar la calidad de vida en muchos casos. Tampoco existen dudas en relación con el riesgo de inversiones en productos que requieren ciclos en general de no menos de 10 años para salir al mercado. Precisamente por eso las compañías aducen que precisan de una estabilidad en la regulación que las hace refractarias a modificaciones estructurales.

La distribución, toda ella en manos de las oficinas de farmacia, se caracteriza por combinar el máximo liberalismo en la concepción del sector con el máximo proteccionismo en su implantación, des-

de una planificación rígida de los puntos de venta, hasta márgenes comerciales fijos y prácticamente lineales. Es un sector que exige, también, que la regulación se mantenga estable, por aversión al cambio como en todos los sectores, pero fundamentalmente porque, digamos, no parece irles del todo mal.

Los prescriptores, los médicos, pero también sus organizaciones, sociedades científicas y colegios profesionales, forman parte del complejo como pieza esencial, y por tanto exigen su cuota de participación, de manera que la organización de la formación continuada, la investigación aplicada, los ensayos clínicos, la realización de currículum mediante comunicaciones u otras participaciones en congresos y otras actividades de carácter profesional son hoy en día impensables sin el apoyo decidido de la industria farmacéutica, planteando en ocasiones la necesidad de serios debates sobre la conveniencia, e incluso el sentido ético de dicho apoyo, como el tenido recientemente por la fundación Cochrane.

Los ponentes en la mesa incidieron en sus exposiciones en algunos de estos temas; resaltaré únicamente un aspecto de cada uno de ellos. La propuesta de Jaume Puig de evolucionar desde una política de contención de costes a una política basada en la gestión del medicamento, y la

preocupación de Nieves Martín por la falta de transparencia en un sector, por otra parte altamente intervenido. El debate, vivo e intenso, se centró fundamentalmente en dos temas: el primero incidió en cómo abordar una mejor gestión del conocimiento y la configuración del sistema sanitario como un sector profesional en el que la competencia entre sus miembros es absolutamente clave; el segundo se centró en el papel del copago y sus efectos sobre el gasto, sobre la equidad y sobre la legitimación del sistema ante los ciudadanos.

La realidad hoy en día es que puede decirse que la formación continuada, la investigación y el desarrollo profesional en nuestro sistema sanitario son percibidas como actividades que se realizan casi exclusivamente de forma relacionada con la industria farmacéutica. Paralelamente se está produciendo una transferencia de rentas desde el Capítulo I (el que paga al personal) de los centros públicos hacia los profesionales, teniendo como intermediario a la industria farmacéutica. De esta forma, la generación de conocimiento no se alinea prioritariamente con los intereses del sistema, sino con los intereses de la industria, utilizando para ello las necesidades de desarrollo de los profesionales. Probablemente, uno de los retos claves en la gestión del

conocimiento en el Sistema Nacional de Salud esté en modificar estas alianzas mediante una apuesta decidida por organizaciones profesionales, competitivas en conocimiento, y nuevos liderazgos en el sector capaces de posicionar a nuestros centros como organizaciones que prestan los mejores servicios y cuyos profesionales se apropian de forma transparente de las rentas obtenidas en el sector.

El segundo elemento es la necesidad de aceptar definitivamente que en la prestación farmacéutica, al igual que en otras prestaciones sanitarias, no todo es esencial, que hay productos claramente de consumo y que la financiación pública debe orientarse a garantizar a todos, con el dinero de todos, aquello que introduce mejoras sustanciales en la protección de la salud. En definitiva, es necesario priorizar y por tanto incidir de forma decidida en la financiación selectiva de los medicamentos.

Por último, la gestión del medicamento debe ser integral, y ello implica en la realidad actual del Sistema Nacional de Salud una acción concertada en su definición y puesta en práctica. El mantenimiento en el ejercicio de políticas basadas en el reparto constitucional de competencias exclusivas, ignorando la realidad de un sistema plenamente des-

centralizado, es un suicidio para la sostenibilidad del sistema.

En resumen, la financiación pública del medicamento es un elemento imprescindible de solidaridad y protección de la salud en el sistema sanitario que facilita el acceso de todos aquellos que necesitan la prestación, y debe garantizar todos los productos que introduzcan una relación coste/beneficio claramente contrastada. La gestión de la prestación debe incluir de forma concertada y global toda la cadena, desde el registro a la prescripción,

buscando el máximo de sinergias entre las administraciones públicas. Y el sector sanitario público debe cambiar sus reglas de juego, orientándose a crear organizaciones profesionales de conocimiento, para lo que es necesario un profundo cambio en su organización y en su gestión, así como en nuestros actuales centros sanitarios y en la Atención Primaria si queremos que la financiación pública del medicamento, y del resto de políticas sanitarias, sea compatible con la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

