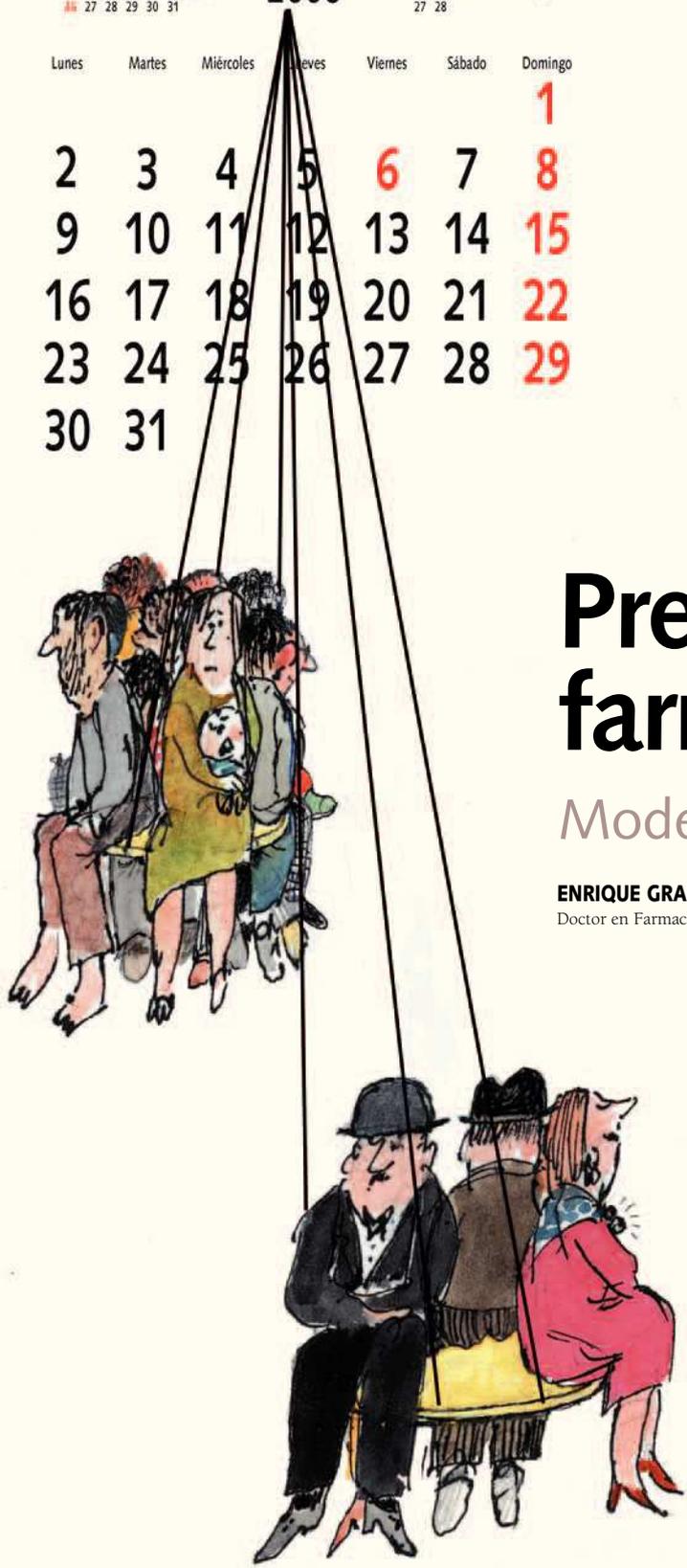


Economía y Salud



Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					



Prestación farmacéutica

Modelo sostenible

ENRIQUE GRANDA
Doctor en Farmacia. grandafarm@telefonica.net

cesc

Los principales beneficiarios de la actual política son sólo dos: los laboratorios que cuentan con medicamentos bajo patente y el estamento médico

Acaba de terminar un año en el que todos los gestores de la prestación farmacéutica pueden sentirse satisfechos y todos podrán atribuir la contención del gasto y la moderación de los indicadores a algunas medidas acertadas de su gestión. Nos encontramos en una época dulce para los gestores, y no tan dulce para el sector farmacéutico, cuyo único consuelo puede ser pensar que se alejan nuevas medidas para cuadrar los presupuestos por la vía de bajar precios y márgenes o aumentar las aportaciones. Pero esto tampoco es cierto, porque en el horizonte se ciernen las previsiones de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento, que será aprobada este año y comenzará a producir sus efectos en 2007.

En cualquier caso, en 2006 se produjo la mayor contención de la factura farmacéutica pública de la última década y tendremos que escuchar cómo un sinfín de responsables lo atribuyen a sus cualidades como gestores y a las ventajas del modelo que diseñaron, procurando todos ellos convencernos de su originalidad y de las importantes diferencias respecto a otros sistemas. En unos casos lo atribuirán a la prescripción por principio activo; en otros, a la mejora en la atención primaria, y si quien lo explica es el Ministerio de Sanidad, dirá que todo se debe a la rebaja de los precios y que lo que ocurre en las comunidades autónomas son sólo diferencias de matiz. Todos tienen algo de razón, pero casi ninguno se da cuenta de hacia dónde nos encaminamos y de los efectos perversos de una política que sólo piensa en la contención del gasto y hace poco por limitar la demanda y primar la racionalidad en los tratamientos. La sostenibilidad financiera puede ser un espejismo si no se cuidan también otros aspectos.

Aspectos de la financiación

Con motivo de la cumbre de comunidades autónomas celebrada en el mes de septiembre de 2005, para buscar una solución al déficit sanitario se ha realizado un importante estudio coordinado por el Ministerio de Economía y Hacienda, en colaboración con el Ministerio de Sanidad, responsables de las comunidades autónomas y la Intervención General del Estado, sobre la sostenibilidad de la sanidad, incidiendo también sobre la financiación de los medicamentos. El estudio parte de un análisis de situación que demuestra que el gasto sanitario público aumentó un 8,6% anual desde 1999 a 2003, pasando a representar al final de este período el 5,7% del PIB, una de las cifras más moderadas de los países de nuestro entorno. Sin em-

bargo, casi todas las comunidades autónomas se habían endeudado fuertemente en este corto período. Las más endeudadas fueron: Canarias (7,4% de todos sus recursos); Comunidad Valenciana (7,3%); Baleares y Cataluña (6,5%). La media de todas ellas fue del 4,3%. En este estudio se han valorado también otros parámetros como, por ejemplo, la inversión en salud en relación con la riqueza, que en la media nacional es de un 5,2%, mientras que en Extremadura representa un 8% y en Madrid sólo un 4,3%. La partida más importante del gasto sanitario son los salarios del personal, cuyo crecimiento fue mayor en Madrid y Baleares. Y si se analiza por servicios, el de mayor gasto es el hospitalario, en el que la carga de personal es muy importante. El estudio ha tratado de encontrar los factores que influyen en el crecimiento del gasto sanitario. Destacan: el *demográfico* (el aumento y envejecimiento de la población, así como la inmigración); el *factor precios*, y el denominado *factor de prestación real media por persona*, que recoge el efecto de las variaciones tanto en cantidad como en evolución demográfica. Esta última representa el 21,4% de la tasa de incremento anual del período; el factor precios supondría el 46,1% y el de la prestación real media el 32,5% del crecimiento. Sin embargo, algunas de estas cifras no explican situaciones concretas como, por ejemplo, la de Madrid, donde se ha producido un importante crecimiento de la población mientras el gasto crece por debajo de la media y se registra el menor gasto por persona de todas las comunidades autónomas. En su afán por llegar a una mayor homogeneidad en los datos, la comisión introdujo una nueva forma de medir el gasto, creando una serie de *gasto por persona si las comunidades tuvieran una misma estructura de población*, pero no pudieron justificar, ni aún por esta homogeneización, el aumento del gasto en Castilla-La Mancha y Extremadura.

Evolución de la factura farmacéutica

El gasto total en medicamentos —incluyendo los consumidos en hospitales— pasó de representar el 27,71% del gasto sanitario total en 1999 a constituir el 30,13% en 2003. Dentro de este gasto, el hospitalario aumenta a una tasa del 17,83%, que oscila entre el 7,3% de Castilla y León y el 27,88% de Cantabria. Esta alta variabilidad puede indicar «diferencias significativas en la gestión de las compras», en palabras de los expertos que realizaron el informe. El gasto farmacéutico en recetas aumenta pese a las medidas adoptadas a finales de 2003 (precios de referencia), y a juicio de los expertos, «el impacto de estas medidas queda absorbido en valores relativos, transcurrido un año desde su entrada en vigor». El informe explica también que el incremento del gasto medio por receta se ha moderado, pasando del 8,4% al 5% en el período analizado, lo que refleja la política de precios del ministerio. La tasa de genéricos dispensados pasa del 1,5 al 8,8% en el período analizado —1999-2003— y los porcentajes de dispensación más elevados se registraron en Madrid, Baleares, Cantabria, Melilla, Cataluña y Navarra. El informe atribuye la mayor parte del incremento del gasto a la evolución del número de recetas y lo explica por el aumento de la población protegida —especialmente pensionistas— y a las políticas de prevención. Paralelamente existe un incremento paulatino en el porcentaje de recetas sin aportación (de pensionistas). Esto se traduce en que el porcentaje de aportación que corresponde abonar al usuario en el momento de la dispensación haya pasado del 7,4% en 1999 al 6,8% en 2003, lo que hace de España el país de nuestro entorno en el que los medicamentos resultan más baratos para el usuario final. Esta sería, en conjunto, la visión que han tenido quienes buscaban un pacto de financiación para la sanidad y para los medicamentos. Sin embargo, hay otra visión, quizá no tan alejada pero con importantes matices, que debería-

mos destacar en el éxito, mayor o menor, de los sistemas de contención experimentados desde 2003.

Factores de moderación del gasto

Desde 2003 se han sucedido una serie de actuaciones que han conseguido llevar el gasto a través de recetas a unos límites desconocidos, que son los que registrábamos a finales de 2005, con un crecimiento de las recetas que apenas llegaba al 5%, el gasto total a un 6% en relación al año anterior y el precio medio de la receta prácticamente sin variaciones, porque se encuentra en un crecimiento del 1% y con tendencia a bajar. Esta moderación tiene causas sucesivas, que van desde la aplicación de los precios de referencia que implantó el Partido Popular a través de una modificación en la Ley del Medicamento introducida en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, hasta la rebaja de precios industriales impuesta por decreto² a finales del año 2004 por el actual Gobierno, pasando por políticas de gestión de las comunidades autónomas, como por ejemplo las de Andalucía, con la implantación de los precios máximos y la prescripción generalizada por principio activo. Todas estas medidas, no obstante, han tenido importantes efectos adversos sobre el mercado de medicamentos, en el que nadie hasta ahora se ha parado a pensar. A continuación, vamos a tratar de observar lo que ha ocurrido con cada una de estas actuaciones, tanto desde el punto de vista de su capacidad de contención del gasto, como desde la perspectiva de sus repercusiones sobre el mercado y, quizá, sobre la salud de los pacientes.

Sistema de precios de referencia del Gobierno del Partido Popular. Comienza a funcionar en el año 2003, a través de unas órdenes ministeriales³ que tienen como consecuencia la igualación del precio de las marcas y los genéricos a una media de los precios más bajos,

sin tener en cuenta el mercado real de los medicamentos que se comparan. Excluye de los conjuntos unas especialidades que se consideran innovadoras discrecionalmente y tiene un importante efecto de reducción del mercado, que abandona su crecimiento tradicional de dos dígitos para situarse en torno al 6,5%. Su impacto sobre los medicamentos genéricos ha sido muy negativo, ya que con un precio prácticamente igual al de las marcas, no cuentan con ningún incentivo para su utilización, suponen un aumento tremendo de la burocracia y mantienen situaciones injustas, ya que los precios de referencia no pueden ser modificados durante un año, con lo que se pueden identificar principios activos que parece que hayan sido objeto de favoritismos para que no bajen los precios.

Reducciones de precios y márgenes del Gobierno del Partido Socialista. La llegada al Gobierno del Partido Socialista supuso la suspensión del sistema de precios de referencia, con gran escándalo de sus adversarios políticos, ya que impidió la bajada de precios de bastantes principios activos a los que les hubiera correspondido entrar en precios de referencia en el año 2004. Para evitar un nuevo repunte del gasto, el actual Ejecutivo optó por la medida de bajar los precios a la industria, los márgenes de la distribución y aumentar las aportaciones, en las operaciones sucesivas que se derivan de un real decreto de 30 de diciembre de 2004 que ha conseguido las actuales cifras de reducción y que tendrá efectos también en el año 2006, porque reservaba una parte de las reducciones para este año. El problema de los genéricos, con precios iguales a los de las marcas, queda sin resolver; no se actúa sobre la demanda y el mercado de las especialidades antiguas y de bajo precio sufre una importante reducción a favor de los nuevos principios activos, lo que amenaza la existencia de medicamentos considerados esenciales para la terapéutica.

**En pocos años se producirá un empobrecimiento de la terapéutica
y un importante crecimiento del precio medio de la receta,
con lo que serán necesarias nuevas medidas —y ya sólo quedará aumentar
la aportación de los pacientes— para contener el gasto.**

Originalidades de las comunidades autónomas. Las comunidades autónomas, a su vez, han introducido matices en la gestión y aprovechado aspectos legales —o cuestiones no reguladas— para introducir importantes

diferencias en sus políticas farmacéuticas. Así, se han impuesto nuevos visados o limitaciones a la prescripción de algunos medicamentos, se ha actuado por medio de los concertos para establecer precios máximos, se ha

potenciado la prescripción de genéricos o por principio activo o se han implantado medidas de racionalización más o menos acertadas en la forma en que se presta la asistencia, con resultados dispares. En la figura 1 se puede

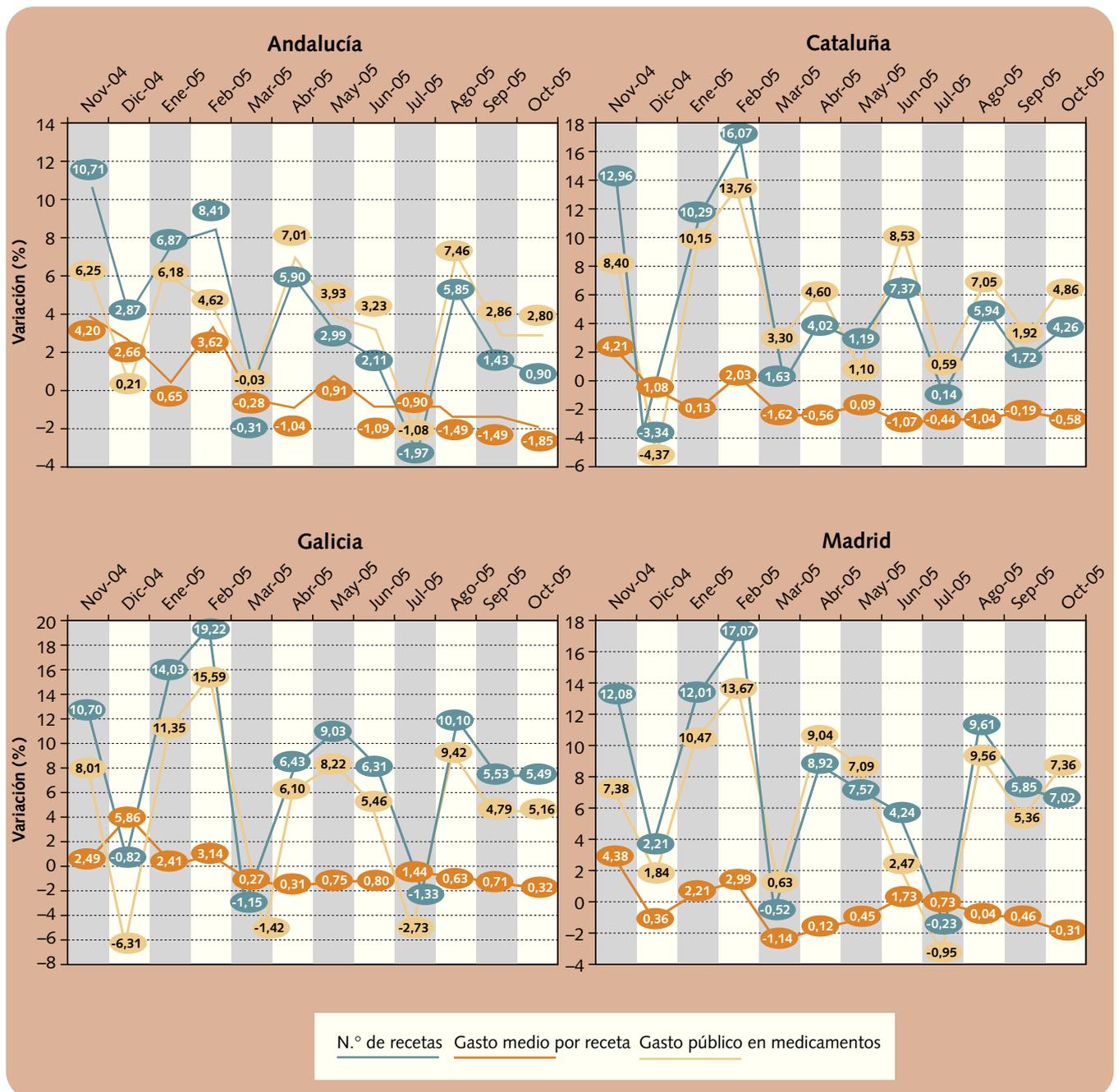


Fig. 1. Evolución de los indicadores de gasto público en medicamentos en Andalucía, Cataluña, Galicia y Madrid

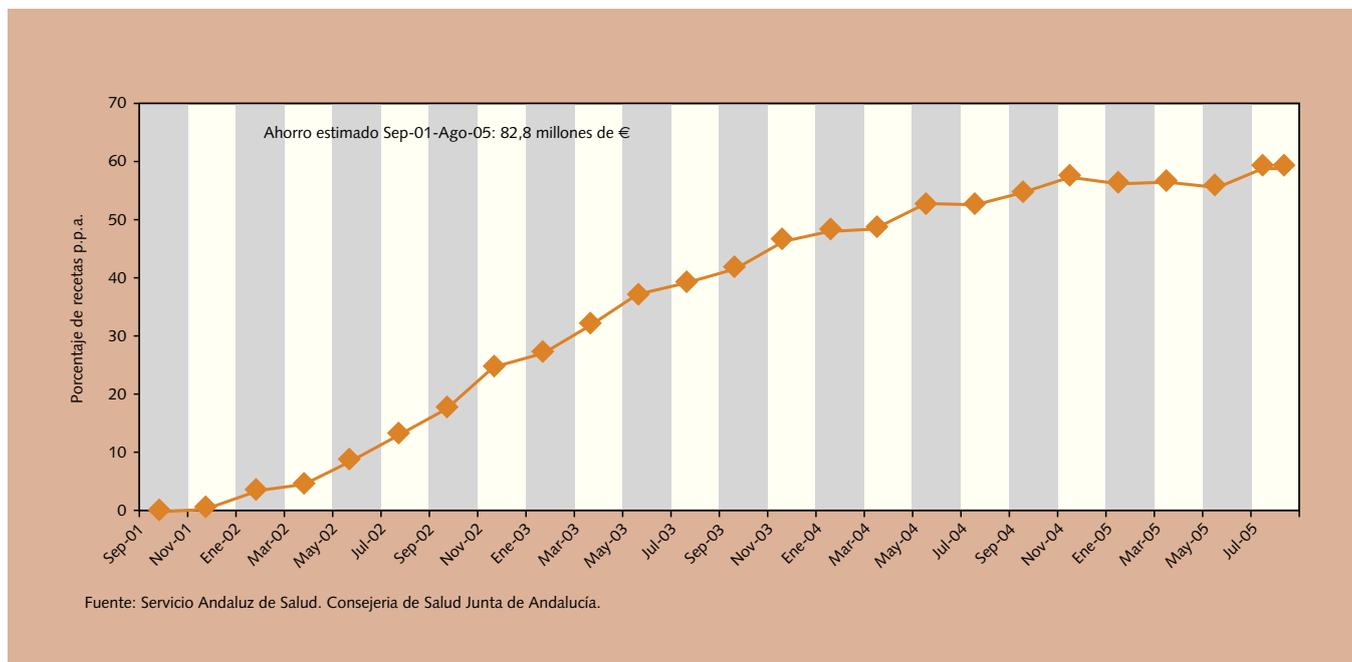


Fig. 2. Porcentaje de recetas por principio activo sobre el total dispensado en Andalucía (sep. 2001-ago. 2005)

observar el comportamiento de cuatro comunidades autónomas con diferencias importantes en la gestión, como son Andalucía, Cataluña, Galicia y Madrid.

En Andalucía se ha producido la mayor contención del gasto en el año 2005, gracias a la prescripción por principio activo (fig. 2) y al sistema de fijación de precios máximos —esta-

blecido en un anexo especial de su Concierto—, que no tiene en cuenta si el medicamento dispensado es una marca o un genérico. Este sistema tiene como inconveniente que los precios máximos se establecen con una periodicidad de 6 meses, con lo que algunos principios activos señalados disfrutan de un mayor período de protección. Esto es perjudicial para los genéricos, pero para el farmacéutico tiene la ventaja de que le proporciona un amplio derecho de sustitución y una significativa capacidad de gestión de los medicamentos que dispensa. Para algunos, los precios máximos serían innecesarios si se incidiese en la aplicación del artículo 89 de la Ley del Medicamento de 1990.

En Cataluña el consumo de genéricos no es de los más elevados; sin embargo, se ha producido también una considerable contención de la factura farmacéutica pública, que se atribuye normalmente a una mayor racionalidad en la gestión de la atención primaria que ha actuado sobre la demanda. Ésta es, tal vez, la única co-

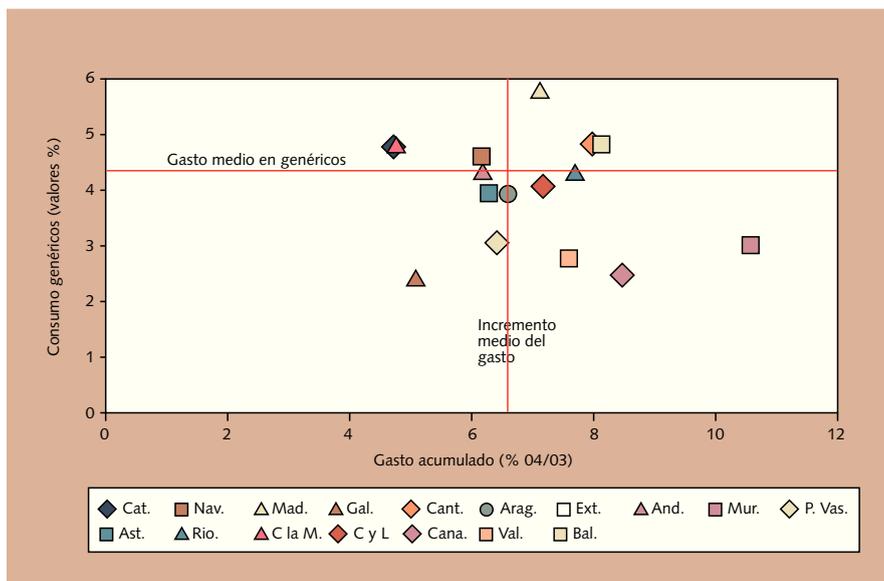


Fig. 3. Consumo de genéricos en función del gasto público en medicamentos acumulado de 2004 por comunidades autónomas

munidad autónoma que lo ha hecho. En Galicia se da uno de los menores consumos de genéricos y podríamos decir que sólo ha aprovechado las medidas procedentes de la administración central para contener el gasto, mientras Madrid, que es la comunidad autónoma que tiene un mayor consumo de genéricos —superior al 20% en unidades— es una de las que presenta un mayor crecimiento, porque no se ha actuado sobre la demanda (fig. 3).

Lo que está por venir

Si se cumplen las previsiones del Proyecto de Ley de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios, nos enfrentamos en el próximo año a una profunda convulsión del mercado farmacéutico, que incidirá fundamentalmente en una bajada de los precios que alcanzará a más de un 10% del mercado, por la vía más simple que se conoce, que es bajar los precios de los medicamentos que lleven más de 10 años en el mercado, si es que no bajan más, por entrar en el sistema de precios de referencia, que es muy similar al del anterior Gobierno. Las marcas originales tendrán un escalado de bajadas para igualarse a los genéricos en los 3 años siguientes a la caducidad de la patente. Solo se librarán aquellos medicamentos que no tengan un genérico en la Unión Europea. Además, esta Ley trata de corregir algunas originalidades de las comunidades autónomas, perjudica el incipiente derecho de sustitución del farmacéutico y va a ser muy negativa para el desarrollo de un importante mercado de genéricos, ya que valdrán lo mismo que las especialidades de marca. La originalidad del nuevo sistema de precios de referencia es nula, porque incide en los defectos del primitivo sistema implantado por el gobierno del Partido Popular y en el ajuste a la baja de los precios, del

que se sienten tan satisfechos los actuales gestores del Ministerio de Sanidad, pero cuyas consecuencias todavía no han valorado, ya que favorecer exclusivamente la innovación —con la práctica libertad de precios de que disfruta— aboca a un mercado de precio medio elevado, con problemas constantes de seguridad, al tratarse de medicamentos muy activos y con menos experiencia en su uso. En pocos años se producirá un empobrecimiento de la terapéutica y un importante crecimiento del precio medio de la receta, con lo que serán necesarias nuevas medidas

—y ya sólo quedará aumentar la aportación de los pacientes— para contener el gasto. □

Notas

1. Realmente el gasto sanitario total se encuentra en torno al 7% del PIB, ya que no hay que olvidar que en España existen casi 9 millones de pólizas de seguro sanitario privado. Esto, que es cierto para la sanidad en su conjunto, no lo es tanto para los medicamentos, ya que no hay ninguna compañía privada que asegure la medicación, por lo que en su mayor parte revierten al sistema público.
2. Real Decreto 2402/2004 de 30 de diciembre.
3. Orden SCO/2958/2003 de 23 octubre; Orden SCO/3524/2003 de 12 diciembre; Orden SCO/1344/2004 de 5 de mayo.

Daños colaterales de esta política

Los principales beneficiarios de la actual política son sólo dos: por una parte, los laboratorios que cuentan con medicamentos bajo patente a los que no se aplican los precios de referencia ni las reducciones en función de la antigüedad en el mercado, y, por otra, el estamento médico, que ha conseguido casi todos sus objetivos al dificultar extraordinariamente la sustitución de los medicamentos por parte del farmacéutico e imponer que ningún medicamento pueda darse sin receta, excepto los publicitarios. Los daños colaterales que se esperan son importantes para la mayor parte de los laboratorios, ya que más de un centenar de laboratorios de cualquier tamaño y procedencia entrarán en pérdidas; para las oficinas de farmacia, cuya capacidad de gestión quedará prácticamente anulada; y para los pacientes, que tendrán que abandonar muchos medicamentos tradicionales y exponerse a tratamientos más agresivos. La contención del gasto y la sostenibilidad del sistema tampoco estará garantizada, ya que tras un período más o menos largo de euforia por la bajada de precios, las administraciones toparán con la dura realidad de unos medicamentos a los que ya no podrán siquiera bajar los precios ni aplicar los precios de referencia, porque están patentados, y que ocuparán rápidamente el mercado por ausencia de competidores. La desaparición de principios activos fundamentales para la terapéutica puede ser también una de las consecuencias de esta política.