



El agitado pulso de la Sanidad española 2

El gasto farmacéutico crece ininterrumpidamente, pese a las medidas de contención ensayadas por las distintas Administraciones. Como los medicamentos se comen gran parte del presupuesto —el 30,13% en 2003—, 10 puntos más que la media europea, el margen de maniobra financiera para aplicar políticas de formación, de mejora salarial o de nuevos servicios es casi nulo.

El gran bazar de los fármacos

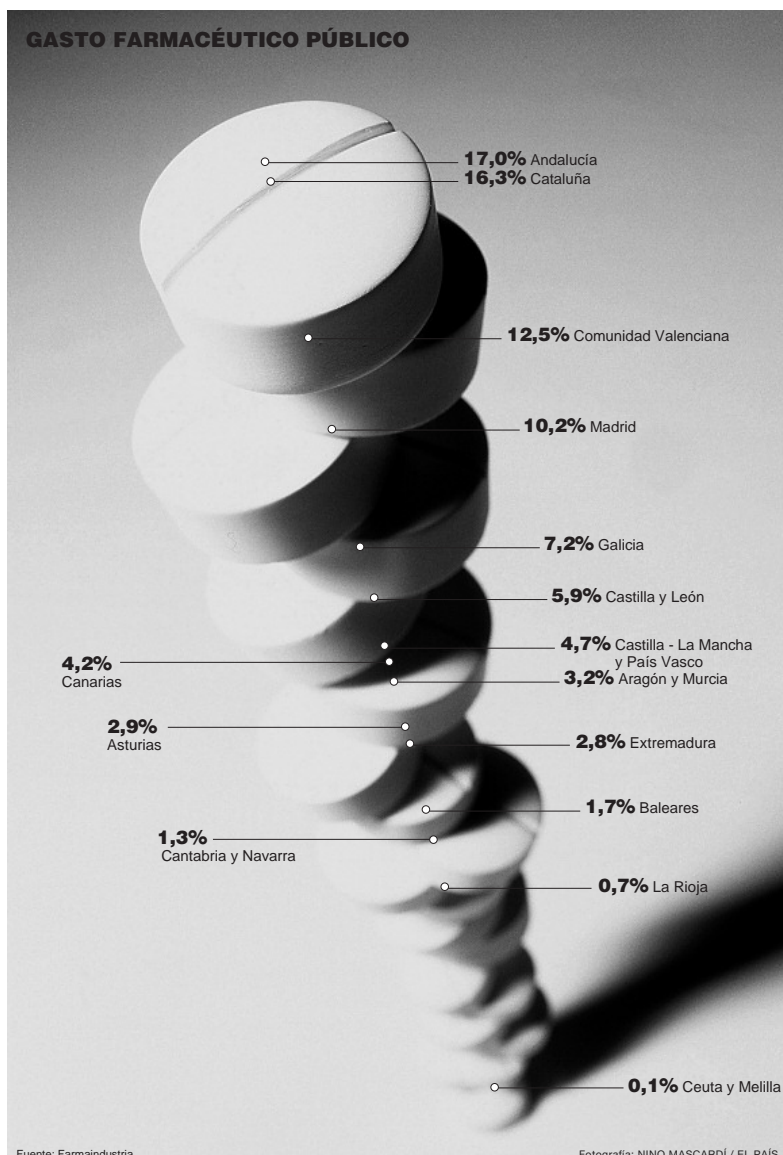
La presión de las empresas de medicamentos y la percepción de los médicos sobre la efectividad del fármaco a la hora de extender recetas son factores que influyen en el gasto

JOSÉ LUIS BARBERÍA

El actual sistema sanitario cree que los ciudadanos carecen de ojos y de boca —no prescribe gafas, ni presta servicios dentales—, pero piensa que necesitan disponer del más rico y variado muestrario de medicamentos existente en el mercado. Si se trata de medicinas, el sistema tiene para dar y regalar. Así, el año pasado, la industria farmacéutica contabilizó 728 millones de recetas. El aumento del número de pensionistas explica sólo parcialmente el vertiginoso crecimiento de las recetas y no da cumplida respuesta al diferencial de gasto existente respecto a los países de nuestro entorno. “El pasado año, las ventas en el mercado farmacéutico, valoradas a precio de venta del laboratorio, alcanzaron los 10.889,1 millones de euros”, se afirma en la revista de la patronal Farmaindustria. Como la mayoría de estas ventas corresponden a los fármacos vendidos con receta, a buena parte de esa suma habría que aplicarle el 27,9% del margen comercial de las farmacias y el coste de distribución. En cualquier caso, el dato viene a confirmar los peores augurios. Al contrario que en otros sistemas, los pensionistas españoles no pagan nada por los medicamentos y los enfermos crónicos abonan sólo el 10%, siempre que el precio no sobrepase un tope determinado. Aunque la población activa paga el 40% del precio de las medicinas, su aportación económica apenas supone el 6% del gasto total ya que pensionistas y crónicos consumen nueve veces más.

¿Hay que extender el copago a los pensionistas? El economista Enrique Costas Lombardía, lo consideran conveniente, además de inevitable. El primero de sus argumentos es que el “todo gratis para todos” genera actitudes de irresponsabilidad y abuso que desencadenan el aumento de la demanda. Otro argumento es que el sistema no es tan equitativo como se pretende, puesto que obliga a pagar una parte considerable del precio a personas que ganan el salario mínimo, mientras otorga la gratuidad indefinida a pensionistas en situación económica mucho más desahogada. Con todo, lo que un sistema equitativo no puede ignorar es que las enfermedades crónicas y la morbilidad se ceban, precisamente, en las capas sociales más desfavorecidas. Entre los expertos, abundan propuestas muy diferentes a este respecto, pero hay una convicción unánime de que el sistema puede y debe ahorrar enormes sumas en medicamentos.

“Gasto en recetas 6.000 euros



menos al año que mis compañeros, simplemente porque procuro tener en cuenta la relación coste-efectividad”, afirma un médico vasco de ambulatorio. “Si todos recetaran por principio activo y no por marcas, el sistema ahorraría todos los años 3.000 millones de euros. Imagínese usted las mejoras salariales y los servicios que podríamos prestar”, apunta un responsable autonómico. De hecho, hay experiencias-piloto que

ofrecen resultados sorprendentes. Son las EBA (Entidad de Base Asociativa), ensayos en los que el sistema hace una concesión administrativa a los empleados de un determinado centro para que administren el presupuesto asignado a la población.

“Nuestra experiencia permite resolver el derroche en el gasto farmacéutico, le ahorramos mucho dinero al sistema y nos damos unos ingresos que doblan nuestros anti-

guos salarios”, sostiene Albert Ledesma, fundador del EBA del Centro de Salud de Vic (Tarragona) que atiende a una población de 21.000 personas. “Como somos empresarios y médicos a la vez, nos preocupamos por el precio de los medicamentos que prescribimos, aplicamos las recomendaciones de las guías de fármacos, sin hacer caso a los cantos de sirena de la industria que trata de convencernos de que lo caro es lo mejor.

Sólo con eso, hemos conseguido”, afirma, “que el gasto sanitario por habitante y año en el área baja hasta 240 euros. Nuestros pacientes están contentos porque, eso sí, trabajamos mucho y les damos una asistencia de calidad, tal y como muestran las evaluaciones a que nos someten continuamente. De lo único que somos sospechosos”, ironiza Albert Ledesma, “es de intentar enriquecernos”.

A su juicio, el factor clave de la expansión del gasto no es otro que la presión que la industria farmacéutica ejerce en todos los niveles. “Por aquí no aparecen los visitantes médicos de los laboratorios”, indica, “a nosotros no nos llevan a sitios exóticos a congresos lujosos, ni nos contratan para que convenzamos a nuestros colegas de las bondades de un nuevo y carísimo fármaco que probablemente no aporta otra cosa que un nuevo formato. ¿Por qué la mayoría de los pacientes de anginas salen de las consultas con tratamientos que cuestan entre 3.000 y 4.000 pesetas, cuando todo el mundo sabe que las anginas que requieren tratamiento antibiótico se curan con 300 pesetas de penicilina?”, se pregunta el responsable del EBA de Vic. “La verdad”, añade Albert Ledesma, “es que nos vendemos muy baratos. Los laboratorios se gastan con un médico de Atención Primaria entre 150.000 y 200.000 pesetas y poco más con un especialista. No hay más secreto”, asegura, “que la presión que la industria farmacéutica ejerce sobre los médicos a los que el dinero público les importa un bledo”.

Innovaciones menos evidentes

Sin llegar a compartir en todos sus extremos esta apreciación —los estudios muestran que, mayoritariamente, los médicos prescriben, movidos por su percepción sobre la efectividad del fármaco—, algunos responsables de la Administración sanitaria ponen el acento en lo limitado de estas experiencias-piloto. “Son difícilmente generalizables ya que no todos los profesionales de la Salud comparten estos criterios, pero además conllevan el peligro de que se desvirtúe el modelo, de que la calidad asistencial termine resintiéndose en un proceso de privatización”, afirma un cargo ejecutivo. De lo que casi nadie duda es que es preciso incentivar a los médicos para que tengan en cuenta la relación coste-efectividad de los medicamentos y, sobre todo, que el sistema público necesite urgentemente rescatar de manos de la industria la financiación

Para a la página 16



- Sólo el 15% de los nuevos fármacos aporta una mejora sustancial
- En el imperfecto mercado farmacéutico no se compite por el precio, sino por la diferenciación del producto
- El Estado debe rescatar de manos de la industria la formación continuada de los médicos
- Las empresas saben exactamente lo que receta cada médico

Viene de la **página 15** y formación continuada de los profesionales.

Y es que, por extraño que pueda resultar, son las grandes multinacionales las que instruyen a los médicos de la Sanidad pública en los avances farmacológicos y tecnológicos, reales o aparentes, que finalmente consumirá el Sistema Nacional de Salud. “¿Y qué hago si soy especialista del corazón y me entero de que en Alemania han inventado un aparato estupendo que facilita algunas operaciones? Pues si no hay presupuesto, hablo con la multinacional que tiene patentado el aparato y ellos me pagan el viaje y demás. Cuando vuelvo, le doy la lata al gerente del hospital hasta que consigo que compre uno de esos aparatos”, resume un especialista madrileño.

No siempre las innovaciones son evidentes, ni responden a criterios racionales de calidad-precio. Muy al contrario, los estudios y análisis llevados a cabo por el doctor Koes de Joncheres de la Oficina Regional de Europa de la OMS y los de M. Petersen cifran en un escaso 15% el porcentaje de los nuevos productos farmacéuticos que suponen una mejora realmente significativa respecto a los existentes y más baratos. Ese porcentaje queda reducido al 6,1% en el estudio realizado por el Patented Medicine Prices Review Borrard canadiense. Por no hablar de los fármacos que pese a contar con la correspondiente autorización de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) han terminado demostrándose contraproducentes o peligrosos. Es el caso del Vioxx retirado del mercado internacional tras las muertes registradas en EE UU.

El jefe del Servicio de Farmacología del hospital del Valle Ebrón de Barcelona, Joan-Ramón Laporte conoce bien el poder de las multinacionales farmacéuticas porque fue llevado a juicio por la firma Merck, fabricante del Vioxx, tras haber cuestionado las bondades de ese fármaco. “Los laboratorios no son Hermanitas de la Caridad, sólo responden ante sus accionistas, que buscan aumentar sus beneficios. El sistema de Salud es su comprador y el problema que tenemos en España es que aunque sabemos como nadie en Europa qué es lo que prescribimos, somos muy malos compradores”, subraya, “porque les compramos sus productos como los indios le compraban a Colón los cristallitos de colores a cambio de oro”.

Joan-Ramón Laporte asegura que el sistema no está capacitado para evaluar la calidad real de los

fármacos que inundan el mercado. “En los últimos años, hemos incorporado unos 700 medicamentos nuevos, aparte de las copias, y no tenemos capacidad para analizarlos y conocer verdaderamente sus efectos prolongados en el tiempo. Le aseguro”, añade, “que yo, que soy farmacólogo, apenas conozco a fondo una treintena de medicamentos”.

La presentación en fórmulas solubles, las copias con algunas novedades, la concentración del tratamiento en una única pastilla son algunas de las fórmulas que permiten a las empresas lanzar nuevos productos, supuestamente innovadores, siempre a precios mucho más caros. En ocasiones, introducida la nueva presentación, los laboratorios retiran del mercado el viejo y menos costoso fármaco. Como dice Enrique Costas Lombardía, “en el imperfecto mercado farmacéutico no se compite por el precio, sino por la diferenciación del producto. Una empresa necesita medicamentos nuevos y originales, o sea, diferentes, que le permitan competir con eficacia y, patentados, maximizar el beneficio de la compañía a precios de monopolio”.

Y, naturalmente, lo que promocionan los laboratorios no son siempre los productos que mejor responden a las necesidades de un sistema público, sino aquellos que les aportan un mayor beneficio. Es un circuito que empieza en los ambulatorios donde la presencia de los comerciales de los laboratorios, los visitantes médicos, forma parte del paisaje cotidiano y que termina en las más altas instancias. En los círculos más enterados del mundo sanitario se conserva muy bien el recuerdo, envuelto en la nebulosa del secreto y la rumorología, de las visitas cursadas a los presidentes españoles por personalidades como Henri Kissinger, Bush padre y otros distinguidos “visitadores médicos” participes de la práctica anglosajona de los *lobby*.

Un regalo inferior a 30 euros

Las empresas conocen al detalle qué médicos se distinguen por prescribir preferentemente sus productos y les premian de las más diversas formas: regalos, viajes, cenas o, alternativamente, si el médico en cuestión es más escrupuloso, reforzando el equipamiento de la consulta. “¿Eres cazador?, pues, con tu permiso, voy a mandarte a casa una escopeta fabulosa que acaba de salir al mercado”. El asunto alcanzó tal dimensión que la propia patronal farmacéutica ha creado un código deontológico que prohíbe regalos por valor superior a los 30 euros.

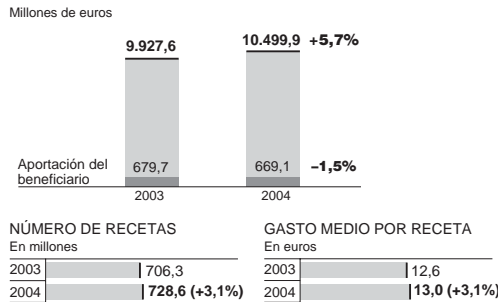
“Todo eso de las mujeres de los médicos que volvían de Canarias con un abrigo de pieles ha pasado a la historia. Ahora la Comisión Deontológica vigila y sanciona con severidad todo comportamiento que atente contra ese reglamento ético que se han dado las propias compañías. Quien lo vulnera se arriesga a sanciones que pueden llegar a los 60 millones de pesetas”, sostiene Humberto Arnés, director general de Farmaindustria.

Y, sin embargo, no se puede hablar de estas prácticas en tiempo pasado. He aquí la experiencia reciente de un médico: “Me han ofrecido 350 euros a cambio de que participe en una prueba que conlleva la prescripción de un anti-depresivo cuyo tratamiento cuesta 4.000 pesetas al mes”. Desde luego, no cabe dudar de que las multinacionales de Farmacia rentabili-

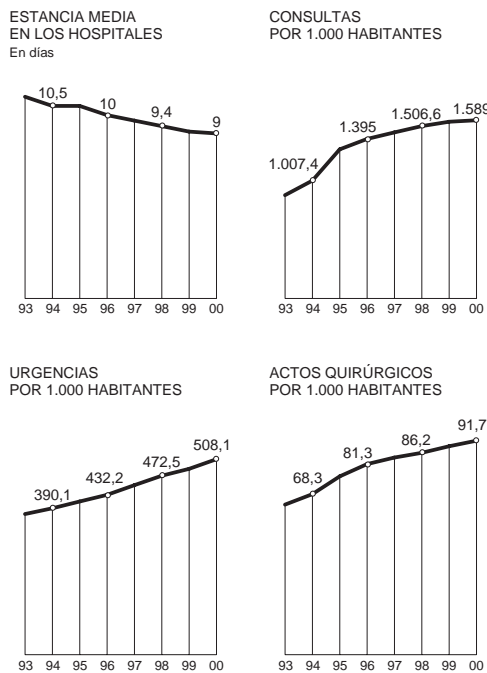
El Sistema Nacional de Salud

■ RECETAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL DISPENSADAS EN FARMACIAS

Incluye la facturación por recetas, fórmulas magistrales y accesorios terapéuticos.



■ CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA



■ ESTIMACIÓN DE LA DEUDA HOSPITALARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

	2003	2004	Dif. (%)
Ventas hospitalarias asociados	1.996,2	2.306,7	15,6
Ventas hospitalarias no asociados	255,0	294,7	15,6
Ventas hospitalarias totales	2.251,2	2.601,5	15,6
Ventas hospitalarias públicas	1.812,2	2.102,0	16,0
Periodo medio de pago del SNS (en días)	308	334	8,4
DEUDA DEL SNS	1.529,2	1.923,5	25,8

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, Farmaindustria.

EL PAÍS

zan el elevado porcentaje de su presupuesto —el 20%, según los portavoces del sector; más del 30%, según otras— dedicado al *marketing*.

“Es como un viento que aviva el fuego: pregona lo caro y hace olvidar lo bueno y barato; induce a una prescripción médica inadecuada, es una infiltración tenaz e insidiosa de medias verdaderas con apariencia científica. Es la llamada deformación médica continuada”, subraya Enrique Costas Lombardía. De acuerdo con esa opinión, el *marketing* contribuye a hacer más explosiva una situación caracterizada por la vigorosa oferta de nuevos y más caros fármacos y medios tecnológicos, por la medicalización creciente de la sociedad, —4 de los 16 medicamentos más vendidos son antipsicóticos y antidepresivos—, y por la cronicidad y envejecimiento.

Los fabricantes marcan el camino

La política de promocionar la prescripción de fármacos genéricos (aquellos que después de 10 años en el mercado han perdido la patente y pueden ser copiados) no ha dado todavía gran resultado ya que estos productos sólo suponen el 6% del consumo. Tampoco los precios de referencia (la media de los tres genéricos más baratos) y las guías inspiradas en la del National Institute for Clinical Excellence (NICE), que recomiendan los mejores medicamentos desde el punto de vista científico y de la relación coste-efectividad, han encontrado mucho eco entre los profesionales. La excepción, quizá, haya que situarla en el SAS andaluz que ha conseguido que el 60% de los fármacos se prescriban, no por el nombre comercial del medicamen-

to, sino por principio activo, como recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se diría que mientras los fabricantes le marcan el camino a la Sanidad pública y cubren sus objetivos de maximizar los beneficios, la Administración se muestra incapaz de realizar los suyos. Como en el resto de Europa, el ministerio está obligado a autorizar la venta en nuestro país de los medicamentos aprobados y testados —no se les compara con otras medicinas del mercado, sino con los placebos—, por la Agencia Europea del Medicamento, con sede en Londres, pero nada le obliga, ¿o sí?, a incorporar las 13.000 presentaciones existentes, cuando los países nórdicos, por ejemplo, manejan unas 3.500. ¿Por qué las direcciones generales de Farmacia han venido prestando a dar el visto bueno y a negociar el precio de todos esos productos que encarecen enormemente el gasto farmacéutico? A falta de una explicación, muchos estudiosos creen que la respuesta está en el poder de las multinacionales, unido al temor político a introducir restricciones en un terreno como el de la Salud permeable al populismo y a la demagogia.

Ningún Gobierno ha podido

La idea de que la Dirección General de Farmacia es como una “caja negra” que negocia en la sombra bajo la presión de las multinacionales y de la industria española, concentrada en Barcelona y Madrid, está muy presente. “Nos amenazaban con llevarse sus industrias y todo lo demás si no recibíamos todo lo que ellos producían”, afirma un antiguo director de Farmacia. “No podíamos hacer otra cosa que atemperar los precios porque a nadie le interesa que desaparezcan las plantas industriales y un empleo de calidad. Ningún Gobierno del mundo ha conseguido frenar a la industria farmacéutica, así que aunque el nuevo equipo del ministerio está tratando de hacer cosas, los que somos viejos en este asunto lo miramos con escepticismo”. La vía de regular los precios, que en términos absolutos están entre los más bajos de Europa, no ha permitido contener el gasto, ni la demanda.

El ministerio ha optado por no renovar los acuerdos con la industria que le comprometían a no adoptar más medidas que la utilización de genéricos y de precios de referencia, a cambio de que las empresas aportaran al fondo de investigación del Instituto de Salud Carlos III el margen de explotación que sobrepasara el PIB nominal (crecimiento más inflación). En los últimos tres años, esa aportación ha supuesto 189 millones de euros, cifra que los economistas de la Salud consideran ridícula por comparación con el gasto farmacéutico. La nueva Ley del Medicamento, mucho más restrictiva, que prepara el Gobierno ha hecho que la industria ponga el grito en el cielo.

“Entraremos en pérdidas y tendremos que ir a la reconversión”, sostiene Humberto Arnés, director general de Farmaindustria. “Si se pierde el efecto confianza, las multinacionales irán a otras cosas y España quedará en un segundo nivel”. En cualquier caso, España tendrá que poner orden en esta gran expendedoría de fármacos en que se ha convertido el sistema si no quiere que su modelo estalle.

MAÑANA, CAPÍTULO 3
El gran banco de pruebas de la España autonómica