

Juan Simó Miñana. Médico de Familia. Centro de salud Altabix-Elche. Plataforma 10 Minutos

Gasto en medicamentos de receta y en farmacia hospitalaria, ¿hablamos de lo mismo?

La farmacia hospitalaria este año 2008 podría superar el 8% del gasto sanitario público

Existe poca información disponible sobre el gasto público en farmacia hospitalaria en España. Tan es así que los medios especializados llegan a sospechar que se oculta dicha información (1). La Estadística del Gasto Sanitario Público recoge perfectamente el gasto en medicamentos de receta, pero no desglosa el gasto en farmacia hospitalaria que incluye, sin diferenciar, dentro del gasto en atención especializada (2). Sin embargo, el Grupo de Trabajo del Gasto Sanitario Público del Ministerio de Sanidad publicó en la web ministerial a finales de 2007 datos por comunidades autónomas (CCAA) de gasto en farmacia hospitalaria para el periodo 1999-2005 (3). A partir de estos datos se realizó un estudio (4) que comprobó que el crecimiento real (tras deflactar por el IPC del medicamento) acumulado del gasto por persona protegida en farmacia hospitalaria en ese periodo fue del 93,5% (el doble que el del gasto en medicamentos de receta). Mientras que la atención especializada (excluida la farmacia hospitalaria), la atención primaria y el gasto en medicamentos de receta reducían su participación en el gasto sanitario público, la farmacia hospitalaria la aumentaba un 38% (4,3% en 1999, 6,2% en 2005). Un estudio (5) cifra en 3.636 millones de euros el gasto en farmacia hospitalaria en 2006, lo que significa el 7,4% del gasto sanitario público de ese año: ¡más de la mitad que lo que se destinó a la atención primaria! Según este mismo estudio (5), la farmacia hospitalaria representó el 43,4% de la compra de material sanitario y no sanitario que hicieron los hospitales públicos españoles en 2006. Si el ritmo de crecimiento de la participa-

ción de la farmacia hospitalaria en el gasto sanitario público mantiene la tendencia de los últimos años, este año 2008 podría superar el 8% del gasto sanitario público.

Si escasa es la información relativa al gasto en farmacia hospitalaria en España, más precaria y escasa es la información disponible acerca del sector del resto de los productos sanitarios: no hay estadísticas fiables de gasto, precios o financiación para el conjunto del sistema ni para la mayor parte de las CCAA (6). La variabilidad en los precios que pagan por un mismo medicamento los hospitales públicos españoles a los proveedores es, en algunos casos, muy alta. Ya en 2003, el Tribunal de Cuentas llamó la atención sobre este aspecto (7) en un informe referido a los ejercicios 1999 y 2000 en una muestra de hospitales públicos del SNS. El Tribunal concluyó, entre otras cosas, que los hospitales pagaron precios muy diferentes por los mismos medicamentos. En algunos casos hubo hospitales que pagaron un precio unitario que duplicaba o más el que pagaba otro hospital (o el mismo hospital en otro momento) por el mismo medicamento (misma marca y presentación). Estas diferencias de precios se produjeron de forma independiente del volumen de compra, de modo que hospitales con un volumen alto de compra «negociaron» peores precios unitarios que otros con un volumen de compra mucho menor. A pesar de este informe, las cosas siguen ocurriendo ahora como entonces pues, según el estudio referido (5), la variabilidad en los pre-

cios que se pagaron en 2006 por algunos medicamentos (p.e. ribavirina) fue alta y llegó a 3 veces más en unos hospitales que en otros. Y, como entonces, tampoco en 2006 existe relación entre el precio que se paga y el volumen de compra. Es decir, se desaprovecha no sólo la posición oligopsonista del SNS, sino también la teórica ventaja de negociar precios más bajos a pagar ante compras de mayor volumen. La descentralización del SNS español en 17 sistemas independientes reduce su poder oligopsonista y, en el fondo, se está perdiendo la ventaja negociadora que proporcionaría una centralización de compras de volumen considerable. Una centralización en la compra que ni tan siquiera se produce, salvo en Andalucía (6) y este año en Cataluña (8), en el ámbito de cada CA. Y esto no ocurre sólo con la farmacia hospitalaria, también ocurre con otros productos sanitarios como por ejemplo grapadoras de piel (5), marcapasos e implantes ortoprotésicos (6), con diferencias de precio de hasta el doble.

Todo ello contrasta con los precios fijos de los medicamentos de receta para toda España. Sabemos que entre 1999 y 2005, y en relación con la renta per cápita y el envejecimiento de las CCAA, el gasto en farmacia hospitalaria se comporta de forma contraria al gasto en medicamentos de receta (4). Se demuestra que las regiones más ricas gastan más por persona protegida en farmacia hospitalaria que las más pobres ($r = 0,41$). Al contrario ocurre con el gasto por persona en medicamentos de receta que es menor en las comunidades con mayor renta per cápita ($r = -0,63$) (4,9). La ausencia de correlación ($r = 0,08$) entre el gasto privado per

cápita en medicamentos y la renta per cápita de las comunidades descarta la hipótesis de un mayor gasto per cápita privado en medicamentos en las regiones más ricas como explicación de su menor gasto público per cápita en medicamentos de receta (9). Además, las CCAA más ricas destinan mayor parte de su gasto sanitario público a farmacia hospitalaria que el que destinan las más pobres ($r = 0,39$), justo lo contrario que ocurre con el gasto en medicamentos de receta ($r = -0,63$) (4,9). ¿Por qué esta diferencia de comportamiento entre farmacia hospitalaria y gasto en medicamentos de receta según renta de las regiones? Ante la variabilidad de los

precios que se pagan por idénticos medicamentos en el ámbito hospitalario y el carácter fijo del precio del medicamento de receta, se podrían apuntar algunas hipótesis. Es posible que las CCAA más ricas *disparen con pólvora de rey* y no les importa pagar más por lo mismo. En caso contrario, si *disparan con pólvora normal* (y no pagan más

que las demás por lo mismo sino igual) habrá que concluir que son más «intensivas» en la utilización de medicación hospitalaria. En cualquier caso, no parece que factores epidemiológicos (mayor morbilidad) pudieran explicar el mayor gasto en farmacia hospitalaria per cápita de las CCAA más ricas (a priori, cabría esperar precisamente lo contrario), sobre todo cuando sabemos que son esas mismas regiones ricas las que menos gastan per cápita en medicamentos de receta (4,9). De hecho, no existe correlación ($r = -0,07$) entre gasto per cápita en farmacia hospitalaria y envejecimiento poblacional entre CCAA (4), mientras sí es mayor el gasto per cápita en medicamentos de receta entre las regiones más envejecidas ($r = 0,59$) (4,9).

A pesar de todo lo referido, no se conoce ninguna crítica hacia el gasto en farmacia hospitalaria similar a la que se nos tiene acostumbrados en relación con el gasto en medicamentos de receta (tildado de despilfarro) (10,11). ¿Será que sólo se considera «despilfarro» el gasto en medicamentos cuando se origina en el centro de salud y no cuando se produce en el hospital? A la vista de lo expuesto y de las conclusiones del Tribunal de Cuentas (7), parece que queda mucho por hacer para mejorar la eficiencia en la gestión del gasto en medicamentos hospitalarios (procedimientos de adquisición y condiciones de compra). De hecho, la Agencia de Evaluación y Calidad del Ministerio de Administraciones Públicas, en una reciente evaluación (12), lamenta que el Plan Estratégico de Política Farmacéutica del Ministerio de Sanidad de 2004 se centre en el gasto farmacéutico generado a través de receta médica y haya obviado el gasto farmacéutico generado en los hospitales. ■

Las CCAA más ricas destinan mayor parte de su gasto sanitario público a farmacia hospitalaria que el que destinan las más pobres

Bibliografía

- «El gasto farmacéutico hospitalario existe contablemente». *Acta Sanitaria*, 29 de abril de 2008. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/actasanitaria/frontend/desarrollo_noticia.jsp?idCanal=10&idContenido=7739
- Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público. Gasto Sanitario Territorizado por Comunidades Autónomas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/GASTO_TERRITORIAL.xls#contenido!A1
- Grupo de Trabajo Gasto Sanitario Público. 2007. Ministerio Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm>
- Simó J. «Evolución del gasto en sanidad pública y sus sectores durante el período 1999-2005: comparación entre comunidades autónomas». Observatorio Sanitario en Atención Primaria. Plataforma 10 Minutos. Disponible en: <http://www.observatoriosanitario.org/Portals/0/Simo-GSP-Completo.pdf>
- Saniline: Estudio Saniline del gasto sanitario público, 2007. Disponible en: [http://www.saludgestion.com/archives/Estudio%20Gasto%20Sanitario%20P%C3%BAblico,%20Saniline%20\(marzo%202007\).pdf](http://www.saludgestion.com/archives/Estudio%20Gasto%20Sanitario%20P%C3%BAblico,%20Saniline%20(marzo%202007).pdf)
- González B, Pinilla J. «Regulación, competencia y precios en los mercados de productos sanitarios». *Gac Sanit* 2006; 20 Suppl 2: 3-13.
- Tribunal de Cuentas. Informe nº 584, 2003. Informe de fiscalización sobre la contratación celebrada o en vigor en 1999 y 2000 de las adquisiciones de medicamentos y productos farmacéuticos en una muestra de hospitales de titularidad pública del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.tcu.es/uploads/584%20Adquisición%20de%20medicamentos.pdf>
- El ICS centralizará la compra de farmacia hospitalaria. *Diario Médico*, 5 de diciembre de 2007. Disponible en: http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/gestion/es/desarrollo/1065076.html
- Simó J, Gervas J. «Gasto farmacéutico en España y en Europa (1995-2002): el “despilfarro” español, un mito sin fundamento». *Rev Adm Sanit* 2007; 5: 1-15.
- Pomés J. «El despilfarro farmacéutico». *Expansión*, 7 de junio de 2003, pág. 55.
- «Despilfarro farmacéutico» [Editorial]. *El País*, 27 de enero de 2003.
- Evaluación 2007 del Programa Nacional de Reformas de España. 2. Incidencia de las medidas adoptadas para la racionalización del gasto farmacéutico. Noviembre de 2007. Agencia de Evaluación y Calidad. Ministerio de Administraciones Públicas. Disponible en: <http://www.aeval.es/comun/pdf/evaluaciones/E02-2007.pdf>

Visita nuestra página web:



www.fadsp.org

- PUBLICACIONES
- PRENSA
- NOTICIAS
- COMUNICADOS
- ENLACES
- MANIFIESTOS...



y mucho MÁS

Marciano Sánchez Bayle.

La sanidad en la encuesta del CIS sobre «Actitudes hacia el Estado del Bienestar»

Recientemente se ha hecho público un informe del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) sobre las «Actitudes hacia el Estado del Bienestar», con los resultados de 2.454 encuestas sobre el tema. Como es lógico, la sanidad y las prestaciones sanitarias ocupan un lugar relevante en la misma.

Cuando se pregunta sobre qué tema le parece más importante a los encuestados, la sanidad ocupa el 4º lugar sobre 11 (empleo, vivienda y pensiones, por este orden, se sitúan por delante). Es evidente que los ciudadanos, como viene siendo tradicional, consideran a la sanidad un problema importante y también lógico que en estos momentos de crisis coloquen al empleo, la vivienda y las pensiones como preocupaciones importantes.

Un porcentaje muy elevado había utilizado los servicios sanitarios públicos en el último año (52% en hospitales y 83,5% en centros de salud), lo que evidencia que la utilización de los servicios sanitarios públicos sigue siendo masiva entre la población. Hubiese sido interesante saber qué porcentaje utilizó los centros privados, pero la encuesta no recoge ese dato.

El total de los encuestados (no sólo los que utilizaron los servicios) valoró el funcionamiento eficaz (mucho y/o bastante), considerándolo como tal el 53,9% respecto a los hospitales y el 58% de los centros de salud. Conviene destacar que ambos ocupan los dos primeros puestos en cuanto a valoración positiva de todos los servicios públicos incluidos en la encuesta (10 en total),

El 85% de los encuestados cree que la sanidad debe ser pública y financiarse mediante los impuestos

seguidos por la policía (52,4%) y la educación (43,9%), ocupando los dos últimos lugares las oficinas de promoción de la vivienda (16,3%) y la justicia (19,8%). Otra vez conviene resaltar que los ciudadanos aprecian la sanidad pública muy por encima de otros servicios públicos fundamentales.

La opinión sobre cómo deberían ser las cosas también es positiva: un 89,5% piensa que sin ninguna duda es responsabilidad de los poderes públicos el ofrecer asistencia sanitaria para todos, un 49,6% cree que se destinan pocos recursos a la sanidad y un 93,6% estaría en contra de que se gastara menos en sanidad en el caso de que fuera necesario gastar menos en políticas o servicios públicos. Asimismo, cuando se les señala que si hubiera necesariamente que reducir el gasto público dónde no estarían dispuestos a admitirlo, la sanidad ocupa el primer lugar con un 49,8% a mucha distancia de todas las demás opciones (pensiones 13,3%...). Consecuentemente, un 74,2% piensa que el Estado debe ser el responsable del bienestar de todos, y el porcentaje de quienes opinan que la atención sanitaria continuará igual es la mayoría (38,3%), con un porcentaje ligeramente superior de los que creen que mejorará (27,1%) sobre quienes piensan que empeorará (24,2%). Por otro lado, un 44,1% está en desacuerdo y un 36,9% muy en desacuerdo con la afirmación de que la sanidad pública debe reservarse a los más desfavorecidos y que las clases medias utilicen más la privada. Asimismo, el 85,8% cree que

la sanidad debe ser pública y financiarse mediante los impuestos, el 8,4% aceptaría la imposición de tasas y un 2,6% está de acuerdo en que la financiación sea pública y la gestión privada.

Un hecho curioso es que una parte significativa de la población no tiene claro quién es el principal responsable de la gestión sanitaria, que opinan depende del gobierno central en el 32,3% de los casos, pero es más, la mayoría (el 49,5%) cree que debería depender de éste. Como los resultados no están desagregados por CCAA, no podemos saber si este resultado supone el rechazo a la actuación concreta de algún gobierno autonómico.

Todos los datos se sitúan en una misma dirección. Una mayoría muy notable de la población utiliza la sanidad pública (un 83,5% en el último año es un porcentaje muy alto, sobre todo si se tiene en cuenta la prevalencia de problemas de salud) y la mayoría la aprecia notablemente, de manera que piensan que no debe de cambiar su gestión, que deberían de incrementarse sus presupuestos y que no es aceptable que se le detraigan fondos. También es de resaltar que la mayoría (85,8%) quiere que la gestión sea pública, y que la sanidad debe ser universal, para todos los ciudadanos sin excepción, que sólo el 8,4% está a favor de las tasas o copagos y que un escaso 2,6% apoya la gestión privada de la sanidad con financiación pública.

En resumen, la población tiene claro que la sanidad pública es una parte fundamental del Estado del Bienestar que debe ser apoyada y potenciada, lo que contrasta vivamente con algunas políticas privatizadoras y pone en evidencia que estas políticas responden a intereses ideológicos y económicos, y no a la opinión de la mayoría. ■

Lourdes Girona Brumós. Farmacéutica Hospital Valle Hebrón. ACDS. Barcelona

Crisis de modelo en la industria de la salud

La actual crisis financiera ha escandalizado a nuestra sociedad por la fragilidad del sistema capitalista y por la codicia de sus responsables. El sistema económico dominante se ha olvidado de sus orígenes laboriosos y ha glorificado el enriquecimiento desmesurado como referencia de éxito, valiéndose, para conseguirlo, de argumentos y falacias en los que sustentar el modelo. Un ejemplo claro lo tenemos en el seguido en el sector de la construcción.

Durante muchos años, la ideología dominante neoconservadora convirtió en una especie de mantra la teoría de que el precio de los pisos subía porque el suelo era cada vez más caro y esto sucedía así, a su vez, porque había poco suelo urbanizable en el mercado. La receta, pues, era obvia: había que liberalizar este activo, despojar el urbanismo de las regulaciones que lo encorsetaban y permitir que la oferta y la demanda actuaran libremente. Consecuentemente, el primer gobierno de Aznar aprobó algunas medidas liberalizadoras y los ejecutivos de comunidades autónomas clónicas ideológicamente, como la valenciana o la murciana, llevaron estas tesis hasta el paroxismo.

Pero, ¡oh, la tozuda realidad!, las cosas no se desarrollaron como habían previsto. Pese al brutal incremento de suelo, los precios no bajaron, sino que continuaron subiendo hasta que la burbuja inmobiliaria explotó con una violencia desconocida hasta la fecha. Determinadas promotoras, modelos de éxito incuestionables, como es el caso de Astroc —memorable su ejercicio de relaciones públicas invitando a una paella multitudinaria nada más y nada menos que en el Central Park neoyor-

quino—, Llanera, etc., empezaron a dar con sus huesos en la tierra de los desahuciados financieros. Todo ello sin hablar del coste medioambiental de las urbanizaciones patera que sembraron por donde pudieron.

Hoy no hay ningún economista mínimamente serio que avale las ideas del primer párrafo. Si subía el precio del suelo no era, desde luego, porque hubiera leyes que regularan su uso, sino porque el precio de lo que se podía construir sobre ese terreno crecía como la espuma al calor de unos tipos de interés muy bajos, unas expectativas ilimitadas sobre su revalorización, un crecimiento económico fortísimo con una demanda al alza y unas tasas de paro excepcionalmente bajas, entre otros factores.

Desde 2002, al menos, numerosas voces se alzaron contra ese alza irrefrenable, orgiástica, de precios, señalando que había una sobrevaloración en el precio de la vivienda, un bien de primera necesidad, cuya corrección podría tener severas consecuencias en la economía. Pero la ideología neocon obvió todos los avisos, por discrepancia intelectual, ignorancia o puro egoísmo, quién sabe. Las consecuencias las estamos viviendo todos hoy.

Si la crisis inmobiliaria y su descomunal inflación de activos están en el origen de la grave crisis económica que padecemos, es evidente que la ideología que la sustentó ha impregnado todos los sectores de la actividad económica con costes fácilmente visibles, aunque en algunos casos de difícil evaluación.

El sector de la salud no iba a ser una burbuja dentro de esa otra burbuja irreal. ¿Cómo no ver en el sector de la

salud mantras similares y sus indeseables efectos? Quizás uno de los más notorios sea ese que justifica los altos precios de los medicamentos en la necesidad de soportar costosísimos programas de inversión y sus inciertos resultados. El hecho de que, en otro sentido de lo que sucede con el mercado inmobiliario, aquí no se compran y venden ladrillos sino la salud de las personas, su bienestar y calidad de vida, no le salva de las leyes inexorables que ha dictaminado la codicia que anidaba parásita en los pliegues de la ideología mercantilista dominante.

Henry A McKinell, presidente de Pfizer, cobró 180 millones en indemnizaciones en 2006, a pesar de que las acciones de la empresa habían caído un 49%. Otro mantra en cuestión: si se le paga ese salario es porque lo ha hecho ganar a la empresa. Hay cientos de ejemplos de que la inflación salarial, modelo Weimar, afectó de pleno a la mayoría de ejecutivos de la industria de la salud. Unos honorarios que casan mal con los argumentos de la industria de que necesitan mantener precios elevados —exageradamente elevados para algunos— para mantener la investigación, aunque impidan su acceso a gran parte de la población mundial.

El monopolio que se tiene por el reconocimiento de los derechos de propiedad intelectual de los medicamentos, y más concretamente el de patente de producto, ha sido la base en la que se ha sustentado el modelo seguido, favoreciendo claramente el crecimiento económico del sector, gracias a la política impulsada por los neoconservadores. Una parte de este éxito económico tiene una justificación dudosa y se debe al elevado precio que se paga por los



La inflación salarial afectó de pleno a la mayoría de ejecutivos de la industria de la salud

Sorprende el elevado precio de los medicamentos oncológicos, que cada vez alcanzan una mayor cuota de mercado

nuevos medicamentos, que casi nunca guarda relación con los beneficios adicionales que proporcionan.

Un ejemplo: sorprende el elevado precio de los medicamentos oncológicos que cada vez alcanzan una mayor cuota de mercado, superando en el año 2007 los 41.400 millones de dólares¹. La elevada mortalidad por cáncer en los países desarrollados, y el hecho de que sea una de las enfermedades diana de la investigación mundial, explica este incremento. Aunque no siempre se traduce en un aumento similar de la supervivencia o de la calidad de vida de los pacientes tratados.

Un caso significativo es el del tratamiento del cáncer colorrectal, que se ha disparado en los últimos cinco años en Estados Unidos, debido al precio de los nuevos medicamentos utilizados, algunos de ellos con un precio 340 veces superior a los existentes. La diferencia de precio entre regímenes diferentes puede llegar a los 36.999 dólares². Un ciclo de 14 días de cetuximab (CTX) supone un coste de 6.482 dólares y uno de bevacizumab (BVC) 2.279. Ambos anticuerpos monoclonales se consideran actualmente parte del tratamiento estándar del cáncer colorrectal en Estados Unidos, al igual que en Europa. El CTX y el BVC han sido aceptados por la EMEA y la AEMPS, entre otras indicaciones, como tratamiento de primera y segunda línea en pacientes con carcinoma metastásico de colon o recto, solo o en combinación con irinotecan (CTX) o con 5-fluorouracilo (BVC)³.

El aumento de la supervivencia hasta la progresión de la enfermedad ha sido, según los estudios pivotaes, los utilizados para solicitar la autorización

por las agencias reguladoras, de 4,7 meses, si se le añade CTX, y de 4,4 meses, si se añade BVC. Sin embargo, en los estudios pivotaes no se indica la calidad de vida del paciente. El coste marginal, por mes de vida ganado hasta progresión de enfermedad, sería de 3.186 € con el CTX y de 6.701 € con BVC. Teniendo en cuenta que en un hospital de nivel 3, con servicio de oncología de referencia, pueden tratarse unos 30 pacientes, el impacto presupuestario sería de 257.970 € o de 898.500 €, según se tratasen con CTX o con BVC.

Otro ejemplo difícil de entender es el del Eculizumab, Soliris®, comercializado por Alexion Pharma, e indicado en el tratamiento de la hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN). La EMEA reconoce que la evidencia de beneficio clínico de Soliris en el tratamiento de la HPN se limita a pacientes con antecedentes de transfusiones. El coste del tratamiento asciende a unos 350.000 € por paciente y año, pero la enfermedad no la cura, sino que mejora la sintomatología y se reducen el número de transfusiones, lo que mejora la calidad de vida de los pacientes. El medicamento no ha demostrado mejorar la supervivencia, aunque sí reducir la tasa de trombosis⁴.

Podríamos seguir así con una lista interminable y a menudo difícilmente justificable de ejemplos. Pero quizás lo expuesto hasta aquí sea suficiente para poner en cuestión algunas de las verdades absolutas que han prevalecido como credos permanentes y que han hecho de la industria de la salud una potente máquina de generar beneficios, no siempre directamente relacionados con el bienestar de la población. Un deseo, pues, que la nueva moral y regulación que se reclaman en la industria financiera se extiendan a otros campos. En el de la salud serían muy bien recibidas. ■

Notas

- ¹ Datos de IMS. En URL: <http://www.imshealth.com> (consultado el 10 de noviembre de 2008).
- ² Zosia Chustecka. «Cost of Treating Colorectal Cancer Has Skyrocketed». *Medscape Medical News*. En URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/583398> (consultado el 28 de noviembre de 2008).
- ³ Cetuximab y Bevacizumab. *Informes para la Comisión de Fármaco terapéutica*. Consultado en <http://genesis.sefh.es/Enlaces/Informes Hospitales.htm> (Septiembre 2008).
- ⁴ La pauta posológica comprende una fase inicial de 5 semanas en que se administrarán 600 mg de Eculizumab semanales, pasando en la 5ª semana a la dosis de mantenimiento de 900 mg cada dos semanas. El precio del vial de 300 mg es de 4.450 €. *Informes de Eculizumab*. En: http://genesis.sefh.es/Documents/ECULIZUMAB_huvr_01_08.doc