

Jornada “Gasto farmacéutico y calidad asistencial”

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
(CONCLUSIONES)

“¿Es posible reducir el gasto farmacéutico sin comprometer la calidad asistencial?” es la pregunta que han intentado responder expertos, profesionales, ciudadanos, políticos y gestores sanitarios en la Jornada de debate “Gasto farmacéutico y calidad asistencial” organizada por la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) y la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Extremadura, celebrada en Cáceres el miércoles día 24 de octubre y que contó con la participación de una veintena de ponentes. Durante la Jornada se concluyó que:

1 El gasto farmacéutico y en tecnologías sanitarias sigue incrementándose (especialmente el de la farmacia hospitalaria) de una manera no proporcional a la salud producida y está poniendo en grave riesgo no solo la sostenibilidad económica del sistema público de salud sino también la seguridad de los enfermos.

Las razones de este incremento son diversas:

a. Un modelo de innovación biomédica basado en las patentes, que determina un modelo de negocio de las multinacionales farmacéuticas y de tecnologías contrario a la sostenibilidad, la cooperación y la ciencia independiente: la hegemonía de la financiación privada, el monopolio comercial y las estrategias de extensión de patentes (evergreening), la investigación en cerrado, el marketing como instrumento de ventas (en lugar de que sean las ventajas objetivas de los productos) y la necesidad de retornos en el corto plazo (que favorecen estrategias especulativas, agresivas conspiraciones y acuerdos en la sobra y una elevada prevalencia de delitos corporativos).

b. El debilitamiento de las garantías que las agencias reguladoras europea (EMA) y estatal (AEMPS) exigen para permitir la comercialización de nuevos medicamentos y tecnologías que reciben una importante financiación de las farmacéuticas

c. Control casi absoluto, por parte de la industria farmacéutica y de tecnologías, de todas las fases de la cadena del conocimiento biomédico: generación (ensayos clínicos, estudios de seguridad y coste-efectividad, meta-análisis.), difusión (síntesis en forma de Guías de Práctica Clínica, publicación en revistas científicas y formación especializada y continuada) y aplicación (con intervenciones promocionales que influyen en prescriptores y en la percepción de los ciudadanos acerca de la utilidad de los nuevos medicamentos y tecnologías)

d. Opacidad, falta de criterios de interés público y desagregación de los procesos de evaluación, fijación de precios y acuerdos entre proveedores y compradores públicos de tecnologías y medicamentos.

e. Conflictos de interés que afectan a sociedades científicas y asociaciones de pacientes, instituciones sanitarias (colegios profesionales, organismos de investigación, etc.) y líderes profesionales que participan en el diseño de estrategias de salud pública, comisiones de farmacia y evaluación de tecnologías y grupos de trabajo y asesoramiento de los sistemas nacional y autonómicos de salud.

2 Estas razones están señalando **retos que son de naturaleza política y con distintos ámbitos de**

aplicación: Cambiar el sistema de patentes y premiar la innovación con sistemas más alineados con los intereses públicos tiene en la actualidad un **ámbito de decisión global**. Mejorar las garantías de las agencias reguladoras de los productos farmacéuticos y de tecnologías e incrementar la transparencia de los ensayos clínicos y los procesos de evaluación y fijación de precios de los nuevos medicamentos tiene un **ámbito europeo y nacional**. Estos ámbitos de decisión, que están por encima de los gobiernos autonómicos, generan gran **indefensión en los pagadores finales**, aunque existen iniciativas profesionales y ciudadanas que intentan desvelarlos. Es fundamental que desde las Comunidades Autónomas, que son las grandes perjudicadas del modelo como pagadores, se fomente el debate político y ciudadano al respecto.

3 Sin embargo, las notables diferencias en el gasto per capita en fármacos de prescripción ambulatoria y hospitalarios entre las distintas comunidades refleja que **existen decisiones propias de los gobiernos autonómicos que están introduciendo factores moduladores o aceleradores del gasto farmacéutico y de tecnologías, como por ejemplo:**

a. En el contexto de la financiación general, se han alcanzado techos competenciales similares en todas las Comunidades Autónomas con autonomía del gasto, hasta el punto de ser un sistema de financiación **homologable** a los sistemas descentralizados de los estados federales más descentralizados. A pesar de las diferencias en capacidades fiscales y necesidades de gasto entre Comunidades Autónomas, hay sistemas ▶

de transferencias con elementos de compensación evidentes.

Además del privilegiado régimen foral, si se primase la autonomía tributaria se perjudicaría la equidad entre Comunidades. **Extremadura perdería el 10 % de su financiación**, por lo que habría que tener en cuenta otras variables de necesidad: Costes fijos; renta relativa como ajuste de demanda de servicios fundamentales (sanidad, educación, servicios sociales); variables geográficas con población como ajuste al coste de prestación por unidad de servicio (tanto para servicios fundamentales como no fundamentales).

b. En la gestión del gasto farmacéutico, el acuerdo de sostenibilidad suscrito entre el Gobierno y Farmaindustria, que es muy negativo para el control del gasto farmacéutico, porque obliga a un crecimiento de este en relación con el PIB, mientras los presupuestos sanitarios no lo hacen en igual medida. Además se incumple en tanto en cuanto el gasto supera la tasa de crecimiento del PIB real de la economía española y, sin embargo, no se están produciendo las **compensaciones monetarias correspondientes al**

exceso de crecimiento sobre el PIB real.

c. Si descendemos al ámbito de la calidad de la prescripción, el **“control” de la indicación mejora más la eficiencia del gasto farmacéutico** y encaja mejor con la práctica clínica que el simple “control” de la prescripción. El “control” de la indicación es un ejemplo de gestión clínica, y no un mero mecanismo de “control” externo del gasto. El “control” de la indicación debería entenderse como parte del ejercicio profesional del médico de familia, ejecutable en la propia consulta.

d. Mediante la evaluación independiente y la formación es necesario aminorar las expectativas exageradas del pensamiento ilusorio en general y de la **“ilusión terapéutica”** en particular, combatiendo la creencia de médicos y pacientes de que los tratamientos en medicina son más seguros y eficaces de lo que demuestran las pruebas de la investigación independiente y de alta calidad.

e. En la Unión Europea se necesita mantener un desarrollo económico activo, modernizando sus estructuras de producción, pero respetando los avances políticos, democráticos y sociales, en especial los sanitarios, el

desarrollo en salud pública de todos los pueblos y el equilibrio en el binomio eficiencia-equidad.

4 Para los políticos, ciudadanos, expertos y profesionales participantes en la Jornada, el factor más importante que puede incidir en la reducción del gasto público ineficiente invertido en medicamentos y tecnologías es la **gestión de los conflictos de interés dentro de los sistemas de salud**. En la actualidad la falta de políticas claras, junto con la ausencia de control, está dejando el terreno libre a las empresas farmacéuticas y de tecnologías para influir en los distintos ámbitos de decisión que gobiernan el conocimiento de las organizaciones y determinan las decisiones de los profesionales dentro de los sistemas autonómicos de salud.

5 Sin sistemas sanitarios públicos libres de la contaminación de la industria no es posible reducir el gasto farmacéutico. Por eso la tarea inmediata de los participantes en la Jornada será elaborar una propuesta política, basada en las mejores experiencias autonómicas e internacionales, para la **prevención, declaración y gestión de los conflictos de interés dentro de los sistemas de salud**. ◆

