

POLÍTICAS FARMACÉUTICAS, SOBRE LA MESA

Se realizó en Buenos Aires la III Reunión del Comité de Especialistas en Políticas Farmacéuticas de la OPS. Expertos internacionales pertenecientes a centros colaboradores OMS/OPS se reunieron para revisar y adaptar la Guía OMS para el Desarrollo de Políticas Farmacéuticas.

En esta edición, publicamos la segunda entrega de las entrevistas con los especialistas internacionales en políticas farmacéuticas de la OMS/OPS, que pasaron semanas atrás por ISALUD. Un equipo de expertos pertenecientes a diversas instituciones académicas se reunieron en la Universidad para seguir trabajando en la revisión y adaptación de la Guía OMS para el Desarrollo de Políticas Farmacéuticas, editada en 2003. Estas tareas nacen de las decisiones adoptadas durante la reunión de Washington, realizada en diciembre de 2009, la reunión de Medellín, realizada en agosto de 2010 y las reuniones virtuales realizadas

por los miembros del mencionado comité y tiene como objetivo fundamental la revisión crítica y actualización de los contenidos de la mencionada guía en temas tales como: principios y valores, derechos humanos y derecho a la salud, transparencia, sistemas de salud basados en la atención primaria, farmacias como establecimientos de salud, protección social, propiedad intelectual, innovación y producción local y estatal. Revista ISALUD conversó con ellos para saber cuál es el panorama de un sector tan sensible para la salud de la población. Aquí, la segunda y última parte de esa charla.

El impacto económico

Jaime Espín Balbino, es profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública de España, institución dependiente del gobierno regional de Andalucía, y donde se desempeña en varias líneas de trabajo, una de ellas en políticas farmacéuticas y otra de evaluación económica. En la primera de ellas, la principal actividad está enfocada en el asesoramiento de dos organismos internacionales, la Comisión Europea con sus 27 estados miembros por un lado (sobre tema de plagios y reembolsos de medicamentos), y el otro con la OPS en la confección de una guía de política farmacéutica de

medicamentos. Con respecto a la línea de trabajo vinculada a la evaluación económica, el trabajo se centra en relación a la tecnología sanitaria.

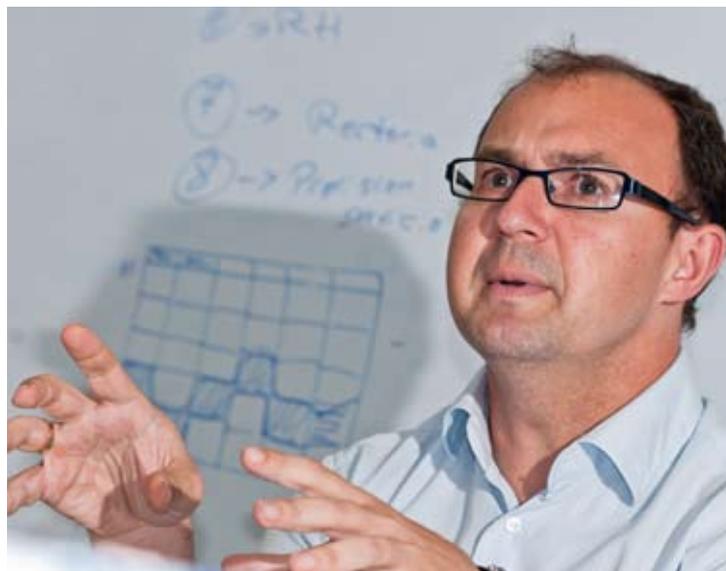
—¿Cómo está el sector en función de la crisis económica-financiera que atraviesa España?

—En una crisis que es global, la de España tienen características propias. De hecho España es hoy en Europa el país con más alto desempleo, hablamos de cifras que creo alcanzan un 20%, es decir que estamos llegando a 5 millones de desocupados que es una cifra seria, con familias donde ya hay por

lo menos algún miembro sin trabajo o que no recibe ningún tipo de prestación, con lo cual estamos entrando en una crisis social. En el tema sanitario hay varias medidas, una que ya ha impactado a todos los empleados públicos y es la reducción de los sueldos. Esto desmotiva a los profesionales. Después hay un debate intenso sobre si nuestro sistema sanitario, que es universal y gratuito, puede resistir. En medicamentos ha tenido medidas de fuerte impacto. La primera de ellas directamente en la reducción de precios en los genéricos por ley, un 30%. Por decreto se decidió sobre los medicamentos que tienen patentes o de marcas, se hizo una medida que es bajar el precio un 7,5 %, salvo en los medicamentos huérfanos, aquellos para enfermedades raras, medicamentos que la gente que padece la enfermedad tiene una prevalencia muy baja, y que bajó un 4%. Son medicamentos de investigaciones costosas y de difícil retorno.

–¿Y cómo repercute esto en un país altamente descentralizado como es España?

–España es muy regional, entonces por lo general el Estado Central fija un precio, de hecho toma las medidas, como el presupuesto tiene dos componentes, uno es el precio y otro el volumen, el Estado Central regula el precio, y las comunidades bautizan distintas medidas para controlar el volumen. En regiones como Andalucía, si uno revisa hay infinidad de medidas que ha hecho la comunidad autónoma para controlar el volumen y los gastos farmacéuticos. Ha decidido por ejemplo que un conjunto de medicamentos caros, que se dispensaban en las oficinas de farmacias, pasen a dispensarse en los hospitales. Esa medida tiene un ahorro considerable porque cuando se dispensa un medicamento en las oficinas de farmacias el farmacéutico se lleva un margen, que es del 27,9% del precio, más el margen del mayorista que es de un 7% aproximado. Pero si ese medicamento en vez dispensarlo en una oficina de farmacia se lo dispensa en un hospital se ahorra ese margen, por lo cual el ahorro en medicamentos es de un 35%. Esa es una medida en Andalucía y aquel paciente que requiere determinado medicamento ya no tiene que ir a la oficina de farmacia sino directamente a un hospital a recogerlo, dirigirse a lo que se llama farmacia hospitalaria, que de hecho funciona muy bien. Otra reivindicación constante de las distintas regiones de España es la conformación de un comité terapéutico con miembros



Jaime Espín Balbino, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, de España: *“Las consecuencias inmediatas de la actual crisis económica es que después de muchos años el sector farmacéutico está disminuyendo en vez de aumentar, porque la caída de precios es bastante significativa con lo cual tenemos un crecimiento negativo del gasto farmacéutico que no se ha visto en muchos años”.*

de la comunidad autónoma, que regule el precio de los medicamentos.

–¿Qué consecuencias ha tenido esto en el sector farmacéutico?

–Las consecuencias inmediatas es que después de muchos años el sector farmacéutico está disminuyendo en vez de aumentar, porque la caída de precios es bastante significativa con lo cual tenemos un crecimiento negativo del gasto farmacéutico que no se ha visto en muchos años. Va a ser una medida coyuntural porque sabemos todos que también está aumentando la demanda, porque el sistema sanitario español es muy generoso. Los pacientes activos, los que trabajan actualmente pagan solamente el 40% del medicamento. Y los que están jubilados y son enfermos crónicos no pagan nada. Hay que recordar que en los activos, la mayor carga en medicamentos se produce cuando uno está jubilado, con lo cual aunque hay un copago del 10% cuando es crónico, nada cuando uno es jubilado y si uno mira el copago en España cuanto paga el ciudadano creo que solo es del 7%. En global, si uno mira el gasto farmacéutico en España son de 14 mil millones de euros, de eso solo el 7% del total del gasto del bolsillo del ciudadano. Si una persona activa tiene que ir a comprar un medicamento paga el 40%, pero el que consume mucho gasto farmacéutico es el pensionista, a una edad mayor, y ese copago que nosotros hacemos como activo es mínimo, por lo tanto el copago general de España es del 7%. El resto es gasto público y España es uno de los países de Europa con mayor gasto público, muy poco gasto privado tiene la región.

–¿Qué corrección se tiene que hacer de un sistema de salud generoso como es el español frente a una situación crítica?

–Los que trabajamos en la economía de la salud desde hace mucho tiempo hemos manifestado que España es un país que requiere otro sistema de financiación de medicamentos que esté basado en el costo efectividad. Si eso que yo desarrollé es instrumento indirecto del costo efectividad, entonces lo que reivindicamos cuando hablamos de financiación pública es que esté de acuerdo al valor que se aporta. La eficiencia tiene que tener en cuenta que los recursos son limitados y que hay un costo, porque si se gasta en medicamentos no se puede comprar ambulancias pediátricas o aumentarles el sueldo a los médicos. Hay un debate muy intenso en Europa por si es ético poner un límite, posiblemente no lo sea, que se esté pagando una determinada cifra por un medicamento oncológico cuando a veces la mejora en salud que proporciona es mínima. Lo que se está pidiendo es que realmente se tenga en cuenta la eficacia, pero también el coste de ese nuevo medicamento, y los criterios para fijar el precio y fijar los reembolsos tengan más en cuenta la eficiencia, y que tengan en cuenta que los recursos son limitados.

–¿Cuál es la situación en relación al acceso a los medicamentos?

–El acceso a los medicamentos no es un tema que preocupe en España, son asequibles, son baratos aunque tuvieras que pagarlos. No hay un problema grave en el acceso, lo que sí ha habido debates es sobre el acceso a ciertos medicamentos oncológicos. Para determinadas patologías hay varios medicamentos en el mercado, hay algunas regiones que deciden que ciertos medicamentos no aportan nada nuevo, que son costosos, con lo cual hay gente que tiene fácil acceso al último medicamento oncológico, que a lo mejor genera un poco más de expectativa de vida y regiones donde no es fácil acceder. Pero no crean mucho debate. El debate no va tanto en dirección a los medicamentos sino por la asistencia sanitaria en donde para ciertas patologías hay muchos pacientes en listas de espera, y eso tiene que ver con un sistema que posiblemente haya que revisar. Para ciertas patologías hay hasta tres meses de espera, o incluso seis, como en el caso de las intervenciones quirúrgicas por cataratas. Sí podríamos decir que la discusión pasa por cuánto estamos dispuestos a pagar por los nuevos medicamentos. Los que trabajamos en políticas farmacéuticas lo aludimos constantemente, porque no hay transparencia en relación a cuanto cuesta investigar. Hay que sentarse a discutir con la industria, determinar porque es más conveniente investigar esto o aquello por su impacto en la sociedad, sus beneficios en salud y darle más transparencia y previsibilidad al sistema.

Acceso a los medicamentos

Veronika Wirtz actualmente es investigadora en ciencias médicas del Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, México. Líder de la línea de investigación “Medicamentos en Salud Pública: acceso, uso y resistencia antimicrobiana” y pertenece al Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Es licenciada en Farmacia por la Universidad de Albert-Ludwigs, Freiburg, Alemania; máster en Ciencias en Farmacia Clínica por la Escuela de Farmacia de la Universidad de Londres, donde también se doctoró. Realizó una estancia de investigación en el Departamento de Atención Ambulatoria y de Prevención de la Escuela de Medicina de Harvard en 2006. Sus áreas de investigación son: políticas farmacéuticas; acceso y uso racional de medicamentos; calidad de atención relacionada con medicamentos; bioética.

–¿Qué tipo de trabajo/investigación está desarrollando actualmente?

–Estamos trabajando sobre tres grandes áreas. Una sobre evaluación de políticas para promover el uso adecuado de antibióticos. El año pasado publicamos un manuscrito en la Revista Panamericana de Salud Pública sobre el consumo de antibióticos en ocho países de América Latina. Este año presentamos un análisis comparativo de Chile y Venezuela que analiza el cambio en el consumo de antibióticos relacionado con la implementación de restricciones en la venta de antibióticos con receta médica. Una segunda área está vinculada a la valuación de los precios de antirretrovirales en América Latina y el mecanismo de compra pública para mejorar la eficiencia. Estamos analizando los precios de antirretrovirales en 14 países de la región definiendo puntos de refe-



Veronika Wirtz, investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, México. "Lamentablemente existe poco interés por parte de agencias públicas y privadas para financiar el monitoreo y la evaluación de acceso y uso de medicamentos en la población, lo que dificulta el desarrollo de políticas públicas basado en evidencias".

rencia que pueden ser de utilidad para orientar en la planeación de compra y en los procesos de negociación de los precios.

–¿Y cuál es la tercera?

–Actualmente estamos brindando capacitación a nivel nacional para tomadores de decisiones, administradores y asesores en el tema de políticas farmacéuticas para fortalecer su conocimiento

sobre el tema y mejorar las redes de colaboración entre instituciones.

–México es su lugar de residencia, ¿cuál es la dificultad más importante que encuentran allí en relación al tema medicamentos?

–En la actualidad, el tema de abastecimiento y disponibilidad de los medicamentos en el sector público ha dominado el discurso sobre política de medicamentos. Lamentablemente existe poco interés por parte de agencias públicas y privadas para financiar el monitoreo y la evaluación de acceso y uso de medicamentos en la población, lo que dificulta el desarrollo de políticas públicas basado en evidencias.

–¿Qué se ha hecho para equiparar el acceso a los medicamentos?

–Nosotros estamos realizando actualmente un estudio sobre gasto de bolsillo en medicamentos utilizando encuestas en hogares para evaluar el impacto de políticas de ampliar la cobertura de aseguramiento médico en México. Ciertamente los resultados pueden contribuir a hacer políticas públicas que promueven la equidad financiera. 