

PONÈNCIA 1: Perquè no es conté la despesa farmacèutica?

AUTORS > Joan-Ramon Laporte. Fundació Institut Català de Farmacologia

En general, l'increment de la despesa en medicaments s'atribueix a la combinació d'un increment de la demanda per motius demogràfics i culturals, i a un increment del cost de les noves tecnologies.¹

Des de fa més de vint anys es posen en pràctica mesures de contenció que tenen efectes de curta durada, que són constantment compensats per modificacions de l'estructura del consum. A la figura següent es pot apreciar com, malgrat l'aplicació de diverses mesures administratives, el consum de medicaments ha augmentat de manera accelerada i ininterrompuda des dels anys vuitanta.²

Per tant, convé examinar el que s'ha fet i el que no s'ha fet per influir de manera positiva sobre la decisió de prescriure, la qual, al cap i a la fi, és la que determina el consum. El SNS és una empresa de coneixements; les decisions que s'hi prenen per assolir els objectius es basen en coneixements. Durant els 40 anys que dura una vida professional, els coneixements necessaris per exercir la pràctica mèdica es multipliquen per 8-12 vegades. La formació continuada és, per tant, un element estratègic de primer ordre. No obstant això, a Espanya el SNS ha deixat la formació continuada en mans de la indústria de les tecnologies sanitàries, les quals dediquen una gran part del seu pressupost a promoció (2-3 vegades el que dediquen a I+D). Cada any més de 100 nous productes són incorporats a la prestació farmacèutica del SNS, amb la intensa pressió comercial que això implica. El SNS no necessita tots aquests fàrmacs, i a més no té capacitat per gestionar-ne el coneixement.

Els medicaments són una de les principals "matèries primeres" de l'empresa: representen un 64% de tota la despesa en atenció primària. No obstant això, les decisions per adquirir aquesta "matèria primera" (que a Catalunya donen lloc a 120 milions de decisions de prescriure a l'any) estan "descentralitzades" en milers de prescriptors. El SNS ha d'orientar els seus prescriptors sobre els seus objectius prioritaris i sobre les seves estratègies per assolir-los.

Gairebé un 80% de la despesa farmacèutica del SNS s'origina a l'atenció primària, on hi ha abundant incertesa terapèutica sobre moltes situacions clíniques freqüents. La meitat dels pacients d'atenció primària no presenten malalties evolucionades "amb criteris diagnòstics" com en els hospitals (o com en els llibres de text o com en els assaigs clínics). A comparació de l'hospital, a l'atenció primària hi ha més incertesa sobre la conveniència de prescriure i sobre els efectes esperats dels medicaments i això implica que és més difícil establir un estàndard de qualitat. A més, els prescriptors estan sotmesos per una banda a una intensa pressió comercial per prescriure, i per l'altra a una creixent pressió per moderar la despesa. La institució no els orienta ni protegeix.

Tal com proposa l'OMS, convé considerar tres nivells de selecció dels medicaments: el del registre (que determina si entren al mercat), el del SNS (que determina si són finançats) i el de centre o àrea (que determina si són inclosos en els protocols i pràctiques habituals de l'EAP o l'Àrea de Salut). El primer es basa sobretot en criteris d'eficàcia i seguretat, i depèn de l'agència reguladora (l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris, AEMPS). El segon és actualment inexistent; s'hauria de basar en l'eficàcia, la seguretat i el cost, per comparació entre les diferents alternatives terapèutiques. El tercer nivell de selecció ha de considerar, a més, qüestions com la familiaritat amb els medicaments per part del personal del centre. Aquesta estratègia s'aplica des de fa anys als hospitals

del SNS, en els quals hi ha una llista d'uns pocs centenars de medicaments, escollits sobre la base dels problemes (i no sobre la base del fàrmac), que són els que es poden prescriure a cada centre. Aquesta selecció de medicaments s'acompanya de l'establiment de mecanismes per poder prescriure medicaments de fora de la llista en situacions específiques. (A l'Hospital Vall d'Hebron, per exemple, menys d'un 1% del cost de la prescripció anual es situa fora d'aquesta llista).

Qualsevol empresa ha d'avaluar els resultats de la seva activitat. El SNS disposa de sofisticats mecanismes per tal de conèixer amb detall el consum farmacèutic (el mercat), però no avalua els resultats d'aquest consum (la salut), és a dir, que no s'interessa per conèixer si les intervencions (de qualsevol tipus) que aplica tenen algun impacte sobre la salut de la població: no sols gastem malament; sembla com que no ens interessés conèixer-ne els resultats. El SNS hauria de promoure la recerca sobre l'efecte de la seva activitat. En relació amb el consum de medicaments, el SNS n'ha d'avaluar els efectes sobre la salut. Altrament, és impossible conèixer l'efectivitat i l'eficiència de la despesa en medicaments. Per altra banda, a Espanya l'actual estructura del SNS (transferit a les Comunitats Autònomes) suposa un risc de minvament de posició negociadora davant de qualsevol proveïdor de tecnologia sanitària. Caldrà potenciar la coordinació i col·laboració entre les diferents Comunitats Autònomes.

En el mercat global de les tecnologies els sistemes de salut són compradors nats. La recerca és la principal creadora de coneixement, no sols per reforçar la posició de venedor (patents), sinó també la de comprador (per tal de no comprar fum a preu d'or). Fóra més difícil que un SNS amb prioritats d'investigació de resultats i de formació continuada centrades en l'interès del pacient es deixés seduir per arguments d'escassa validesa científica (per ex., sobre la suposada superioritat d'un nou fàrmac, en absència d'assaigs comparatius amb els fàrmacs més ben coneguts). Fins ara, la investigació clínica del SNS ha estat majoritàriament deslligada de l'activitat assistencial i ha estat no sols minoritària, sinó en gran part al servei de la indústria farmacèutica. La investigació promoguda per la indústria té per objecte el desenvolupament de nous fàrmacs i l'acompliment d'exigències reguladores, però el seu objecte no és la salut de la població. La indústria investiga fonamentalment sobre la salut dels medicaments, però no sobre la de pacients o poblacions. Cal dotar al SNS d'autonomia pròpia, de manera que deixi d'ésser un receptor passiu d'informacions per ser un productor de coneixement i el principal generador de la informació necessària per a la presa de decisions.

La prescripció de medicaments és indicativa de la qualitat assistencial. La qualitat en la prescripció necessita sistemes d'informació, formació continuada i investigació de resultats i sobre les múltiples incerteses freqüents de la pràctica clínica, sobretot a atenció primària. La formació continuada i la investigació tendents a crear coneixement útil per als objectius del SNS han de ser activitats rutinàries dels professionals, de manera que els incentius professionals i la carrera professional han d'anar lligades a aquests objectius. Cal abandonar la idea que formació continuada equival a "anar a classe". La formació continuada en un equip de salut consisteix a desenvolupar activitats tendents a millorar la qualitat assistencial a través de l'actualització continuada i el seguiment dels resultats. Els contractes professionals i la carrera professional haurien de donar la mateixa importància a la formació continuada i la investigació, que a la labor assistencial.

...

Figura 1. Augmentació del consum de medicaments als anys vuitanta