

El impacto de los medicamentos en el bienestar.

Informe SESPAS 2008

Vicente Ortún

Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España.

(The impact of drugs on social welfare)

Resumen

Se argumentan las razones de la intervención del Estado con relación a los medicamentos, y se destacan dos de sus perspectivas más habituales, la sanitaria y la industrial, perspectivas que en España tienden a ignorarse, entrar en conflicto o confundirse. Se revisa el creciente impacto de los medicamentos sobre el estado de salud y sobre la productividad que aporta una industria como la farmacéutica, intensiva en conocimiento.

El impacto en el bienestar de los fármacos dependerá de cómo se gestione la prescripción en el marco de unas políticas macro manifiestamente mejorables. Se valoran tres grandes líneas de actuación y, en un texto preocupado por la efectividad de las políticas, se recomienda un mayor uso de la competencia en precios, señales regulatorias que premien a los medicamentos más innovadores (los que ofrezcan la mayor efectividad incremental en relación con el coste añadido respecto a las alternativas ya disponibles), una sacudida al sistema nacional de innovación y la imprescindible alineación de los incentivos de los prescriptores con los de un sistema sanitario que, cerrando sus brechas entre eficacia y efectividad, pueda ser cada vez más deseable y, por tanto, sostenible.

Palabras clave: Política farmacéutica. Efectividad de los medicamentos. Productividad. Innovación. Investigación y desarrollo. Política industrial. Regulación de precios. España.

Abstract

The reasons and rationale for state intervention in the pharmaceutical industry are discussed with emphasis on two of the most frequent perspectives: the health-focused view and the income-centered approach; these perspectives tend to be ignored, to come into conflict, or to be confused in Spain. The growing impact of drugs on health and on the productivity of a knowledge-intensive industry – such as the pharmaceutical sector – is discussed.

The impact of drugs on welfare will depend on how prescription is dealt with within the framework of some macro policies that could clearly be improved. The present article focuses on the effectiveness of Spanish pharmaceutical policy and assesses three families of policies. Several recommendations are made: greater use of price competition, regulatory signals rewarding the most innovative drugs (those that offer the greater incremental cost-effectiveness with respect to the already existing alternatives), a shake-up of the national system of innovation, and the indispensable alignment of prescriber incentives and the health system. An integrated pharmaceutical policy would help to bridge the quality chasm of the Spanish health system by making it more desirable, and therefore sustainable.

Key words: Pharmaceutical policy. Drug's effectiveness. Productivity. Innovation. Research and development. Industrial policy. Price regulation. Spain.

Ideas clave

• *Qué sabemos*

Los medicamentos han contribuido en las últimas décadas a la mejora del estado de salud con una relación coste-efectividad en promedio muy aceptable, que engloba situaciones muy variadas: desde el uso absolutamente inapropiado o la falta de indicación en situaciones donde sería conveniente hasta el ahorro neto en el presupuesto sanitario derivado de su utilización sustitutiva de otros *inputs*, como el de la hospitalización.

La productividad de un país depende de la innovación que industrias intensivas en conocimiento, como la farmacéutica, pueden aportar.

• *Qué aporta este artículo*

- Una visión integrada de los impactos en la salud y en la renta de la industria farmacéutica.
- Unas recomendaciones sobre cómo localizar I+D en función del conocimiento de sus determinantes y huyendo de la retórica interesada que vincula sin fundamento el nivel de precios con las decisiones de inversión.
- Un intento de emular las mejoras políticas reguladoras, las que conjugan las consideraciones sanitarias e industriales, premiando claramente la innovación que interesa: la que más cantidad y calidad de vida aporta en relación con las alternativas disponibles.

Correspondencia: Vicente Ortún.

Universitat Pompeu Fabra.

Correo electrónico: vicente.ortun@upf.edu

- Unas posibles líneas de avance para mitigar la dependencia de la medicina respecto a la industria farmacéutica, tratando de alinear los incentivos de los prescriptores con los intereses sociales.

Introducción

Las ganancias en salud proporcionan un aumento de bienestar comparable al derivado del consumo del resto de bienes y servicios no relacionados con la salud¹. Salud y renta son los dos componentes principales del bienestar, afectados ambos claramente por la industria farmacéutica.

La política y la gestión de los medicamentos deberían orientarse, idealmente, a maximizar el impacto favorable de la industria farmacéutica tanto en la salud como en la renta. Hay «políticas» públicas en todos los países que regulan el acceso, la producción, la promoción y el precio de los medicamentos porque el mercado no se basta:

- Demasiada información asimétrica acerca de la eficacia y la seguridad de los medicamentos. Recoger y analizar información sobre estos aspectos a través de agencias especializadas, como la Food and Drug Administration o la European Agency for the Evaluation of Medicinal Products, son tareas que claramente el sector público puede hacer mejor que el mercado.

- Insensibilidad al precio por parte de los usuarios, asegurados en la mayor parte de los países desarrollados, que afrontan un coste monetario prácticamente nulo, especialmente en España, en el momento de consumir unos fármacos que son prescritos por unos médicos para quienes el coste tampoco suele constituir su máxima preocupación. Este comportamiento «insensible», exponente del «riesgo moral» de los asegurados se enfrenta, además, a una oferta con precios por encima de costes marginales: de aquí los diferentes sistemas de regulación de precios motivados por la inelasticidad del precio de la demanda, no por la falta de competencia en la industria farmacéutica. Hay barreras de entrada, derivadas de los elevados costes fijos de I+D y marketing, pero se registra competencia, ya que incluso un medicamento protegido por una patente puede ser impugnado por una novedad dentro de su mismo grupo terapéutico.

- Grandes costes en I+D y marketing que se recuperan por medio de las patentes –incentivo a la innovación, que consiste en dar poder de mercado temporal a quien detenta una patente– y la regulación del acceso de los medicamentos genéricos.

Al igual que con la sanidad en general, la política y la gestión farmacéuticas se desarrollan en los tres grandes ámbitos macro, meso y micro.

La macropolítica tiene competencias distribuidas entre la Unión Europea (UE), diversos departamentos del gobierno (sanidad e industria, fundamentalmente) y las comunidades autónomas (responsables del gasto pero sin competencias sobre introducción de fármacos o políticas de precios). Esta macropolítica comprende la autorización y la retirada de medicamentos, la regulación de precios, los estímulos a la investigación, el establecimiento de incentivos de distinta potencia a los actores de la distribución² (mayoristas y oficinas de farmacia), así como el marco institucional general que condiciona toda la producción de bienes y servicios, desde los principios activos a los congresos pasando por los «pichinguilis».

En España el aumento del consumo farmacéutico ha integrado tradicionalmente la «santísima trinidad» del «cuadro de mando» gubernamental, junto con el índice de precios al consumo (medida de la inflación) y la tasa de paro. No obstante, sabemos que, en primer lugar, lo que importa del consumo farmacéutico no son los precios sino las cantidades y el uso que de éstas se efectúe; en segundo lugar, que el gasto farmacéutico no resulta de la mera multiplicación de precios por cantidades, ya que debe añadirse el coste del fracaso terapéutico y el coste de las reacciones adversas. De aquí el renovado interés por las estrategias de meso/microgestión de la prescripción³.

Las «políticas» pueden mejorar o empeorar la situación que sin ellas se daría. En estas líneas valoraremos la política macro, tras sintetizar el impacto de los medicamentos en la salud y en la renta.

Impacto de los medicamentos en la salud

Tal como McKeown sospechó y Fogel probó, ha sido el crecimiento económico y la mejora de la nutrición el factor con mayor fuerza explicativa en la espectacular caída secular de la mortalidad. Entre mediados del siglo XIX y del siglo XX las medidas de salud pública, con fundamento científico a partir del descubrimiento de la etiología específica de las enfermedades infecciosas a finales del s. XIX, son las que asumen el mayor protagonismo en la mejora del estado de salud. Implantadas primero en Europa noroccidental y Norteamérica, después –y más rápidamente– en la Europa del sur y sureste, y finalmente, a partir de la Segunda Guerra Mundial en el Tercer Mundo, con una progresión aún mayor. La medida reina en salud pública –el saneamiento del suministro de aguas mediante filtrado y cloración, así como la disposición segura de las residuales– explica, por ejemplo, la mitad de la reducción total en mortalidad de las principales ciudades de Estados Unidos a principios del siglo XX⁴.

Sólo en estas últimas cinco décadas ha adquirido un cierto protagonismo la atención sanitaria. Las sulfami-

das y los antibióticos se introducen en las décadas de los cuarenta y cincuenta, se consolidan servicios clínicos preventivos, como las vacunaciones, y muy secundariamente algunos cribados. Entre los servicios clínicos curativos sobresalen el tratamiento de la diabetes mellitus (la insulina fue descubierta en 1921), el tratamiento quirúrgico de la apendicitis, los tratamientos de la tuberculosis, la neumonía y la gripe, los servicios de traumatología, el tratamiento de la insuficiencia renal, la quimioterapia en la leucemia y el cáncer testicular, y los dirigidos a enfermedades isquémicas del corazón.

Con toda la importancia que tiene la prolongación de la esperanza de vida atribuible a los servicios sanitarios (especialmente para quienes marca una diferencia entre vivir y morir), el impacto más importante de los servicios sanitarios en los países desarrollados se produce en el ámbito de la calidad de vida de la población, tratando la depresión, la angina de pecho, las articulaciones dolorosas e incapacitantes, el dolor en general, las indigestiones, las dificultades urinarias, las fracturas, las pérdidas de visión y audición u otras afecciones. Las intervenciones sobre estos motivos de morbilidad y discapacidad no alargan la vida, o apenas lo hacen, pero mejoran su calidad. Entre las intervenciones clínicas más destacadas y efectivas para la mejora de la calidad de vida pueden citarse, de forma no exhaustiva, el tratamiento de la depresión unipolar, el tratamiento de la angina de pecho, las prótesis de articulaciones (cadera, rodilla), las intervenciones de cataratas, las prótesis de oído, el tratamiento del dolor (en pacientes terminales, operados, personas con migraña) y la reducción de las fracturas⁵.

Donde mejor se ha documentado el impacto de la atención sanitaria en la salud ha sido en Estados Unidos, país que lidera la innovación tecnológica sanitaria. Están cuantificados unos beneficios en cantidad y calidad de vida, atribuibles a la atención sanitaria, claramente superiores a sus costes para varias enfermedades importantes, como las cardiovasculares, la depresión y las cataratas⁶.

En España las mejoras en la atención sanitaria se registran más tarde que en Estados Unidos, iniciándose —a grandes rasgos— en 1970. Así, con un coste por infarto agudo de miocardio (IAM) de 4.000 euros y un valor del año de vida ajustado por calidad (AVAC) de 30.000 euros, se obtiene un balance favorable para la atención sanitaria, siempre que como promedio se ganen 3 meses de vida por paciente, lo cual resulta claramente factible, ya que el uso de técnicas hospitalarias invasivas permite salvar 5 pacientes más de cada 100 infartados o que entre las décadas de los setenta y los noventa la mortalidad por infarto a los 28 días en pacientes hospitalizados se redujo a la mitad⁷. González y Pinilla⁸ han publicado el primer análisis de coste-beneficio generalizado para España, también referido al IAM: los pacientes ingresados en 2003 hubieran doblado

su mortalidad hospitalaria de haber sido tratados con la tecnología de 1980; el coste de esos avances supone unos 26.000 euros por vida salvada.

No todo son historias de éxito: en los últimos 20 años la esperanza de vida de los enfermos de cáncer de pulmón sólo se ha alargado en 2 meses, gracias sobre todo a que se diagnostica con mayor frecuencia en estadios iniciales. La aportación de los servicios sanitarios a la mejora de la salud no debe, por tanto, asumirse con carácter general, sino estudiarse para cada caso concreto. Y donde los tratamientos intensivos hospitalarios y el control farmacológico de los factores de riesgo han tenido mayor impacto —el caso de las enfermedades cardiovasculares— con una relación beneficios/costes de hasta 4:1, debe recordarse que el saneamiento de las aguas, antes citado, ofrece *ratios* de 21:1 y que los cambios en los estilos de vida (tabaquismo, sedentarismo) resultan todavía más eficientes al alcanzar *ratios* de 30:1⁶.

En el país con más datos (Estados Unidos), 4,5 años de aumento en la esperanza de vida a los 45 años de edad, registrados desde 1950, se deben al descenso de la mortalidad cardiovascular. Dos tercios de ese aumento, aproximadamente 3 años, se obtienen por mejoras en los tratamientos —intensivos hospitalarios y control farmacológico de factores de riesgo— y el tercio restante proviene de modificaciones en los estilos de vida⁶. Claro protagonismo, pues, de la innovación farmacéutica.

Puig⁹ ha analizado la literatura médica sobre las ganancias aportadas por las innovaciones farmacéuticas (su productividad marginal) estimando, además, cuánto gasto sanitario público requiere España para ganar un año de vida adicional (13.000 euros). Entre esa literatura médica, las investigaciones de Lichtenberg^{10,11} han tenido especial difusión por unos llamativos resultados, indicativos de que los nuevos medicamentos pueden, incluso, llegar a suponer un ahorro neto en la medida y sus costes quedan más que compensados por la disminución del gasto sanitario que posibilitan. Una réplica de sus métodos por Zhang y Soumerai¹², bajo supuestos más plausibles, ha llevado a reducir a la sexta parte el ahorro neto señalado por Lichtenberg pero, sobre todo, a pedir evaluaciones más rigurosas con datos longitudinales referidos a indicaciones/tratamientos específicos. Con datos longitudinales, el propio Lichtenberg deja de obtener un ahorro neto pero ofrece en cambio unas estimaciones claramente coste-efectivas para el gasto en medicamentos modernos (posteriores a 1990): 16.000 dólares por año de vida ganado¹³.

Impacto de los medicamentos en la renta

El sector farmacéutico representa el 1,5% del producto interior bruto español y emplea de forma directa a unas 40.000 personas —entre ellas más de 13.000

visitadores médicos según datos de su confederación— en unas 270 compañías, pero su importancia económica se deriva, sobre todo, del impacto que una actividad muy intensiva en conocimiento puede tener en la mejora de la productividad y la competitividad del país. Las tasas de crecimiento de la renta per cápita están en función del crecimiento de la productividad y del aumento en la utilización de factores productivos (capital y trabajo). Un aumento de los gastos en I+D al 3% sobre producto nacional bruto en el año 2010, y su mantenimiento en ese nivel, provocaría un aumento del PNB del 3,5-11,6% en el año 2025¹⁴. Todas las estimaciones del impacto del gasto en I+D sobre el crecimiento son elevadas, la rentabilidad social supera la rentabilidad privada aunque, ni el ámbito nacional ni en las empresas, gastar mucho en I+D suponga garantía de éxito, pues importa más cómo se gasta que cuánto se gasta.

La capacidad innovadora de las empresas constituye actualmente la limitación más seria del proceso de convergencia español con las economías más desarrolladas. Innovar supone aplicar conocimientos científicos a la solución de problemas concretos, no sólo científicos o de ingeniería, sino también de organización o marketing, por ejemplo, para generar un bien o servicio de valor comercial y, en ausencia de mercado, apreciado por las personas. Aumentar, pues, el gasto privado en I+D farmacéutica (actualmente del 6,5% sobre ventas en España frente al 18% de Estados Unidos) y localizar en España las actividades de mayor valor añadido de la industria farmacéutica y biotecnológica constituye una forma clara de influir sobre ese progreso.

La capacidad innovadora de un sistema productivo no es una función lineal de los recursos directos que se gastan en investigación¹⁵. La innovación y el progreso tecnológico constituyen el resultado de un conjunto complejo de relaciones entre agentes que producen, distribuyen y aplican varios tipos de conocimientos. Los resultados innovadores de un país dependen en gran medida en cómo las empresas privadas, las universidades y las instituciones públicas de investigación, junto con las personas que las integran, se relacionan entre sí. Los vínculos pueden tomar forma de proyecto conjunto de investigación, intercambio de personal, patentes compartidas, compra de equipo, y otros canales.

España ha convergido con los países más desarrollados en cuanto a publicaciones científicas (actividades de la comunidad académica financiadas principalmente con dinero público), pero se mantiene una brecha importante en patentes (desarrolladas normalmente con propósitos comerciales y financiadas sobre todo con dinero privado). El esfuerzo público en I+D resulta aceptable y los planes nacionales, como el recientemente publicado de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2008-2011, son sensatos. No obstante, falta coger decididamente «por los cuernos» nuestro desastroso sistema educativo (los

pésimos resultados PISA OCDE), nuestras universidades y centros públicos de investigación de corporativismo peronista, y, en general, sacudir el funcionamiento cotidiano tanto de los pilares del «sistema nacional de innovación» como del Estado del Bienestar con una saludable dosis de responsabilidad individual y competencia, como mínimo por comparación^{16,17}.

Es cierto que la baja participación productiva española en actividades de alta tecnología y el pequeño tamaño medio de sus empresas constituyen limitaciones estructurales, pero va siendo hora de «asomarse al exterior». Dentro de Europa los ejemplos a seguir son los países escandinavos y Holanda, que han seguido estrategias basadas en una fuerza de trabajo muy competente y cualificada, generada a través de inversiones masivas en educación y formación, en una especialización en industrias de alta tecnología, a través de inversiones en I+D en TIC, biotecnología y electrónica, y en una estrecha colaboración entre el sector empresarial, por un lado, y el gobierno y el sector académico, por otro.

Valoración de algunas políticas macro de medicamentos... y recomendaciones

Más que cuánto gastar, importa cómo hacerlo para reducir la brecha entre eficacia y efectividad sin dualizar el acceso a los cuidados entre quienes tienen la capacidad individual de pagar por las mejoras de su salud y los que dependen de la voluntad social de hacerlo.

Una buena parte de la «innovación» en España ha consistido en la extensión de innovaciones foráneas hasta nuestro país, con diferentes grados de acierto. Es el caso del programa MIR, las actuaciones contra el tabaquismo, la atención primaria de salud o la evaluación de medicamentos. Por tanto, el *benchmarking* a escala nacional puede que también sea una estrategia razonable como innovación en gestión/proceso. La extensión de la innovación no merecería el nombre de «innovación» en el caso de productos como los medicamentos cardiovasculares, desarrollados por industrias farmacéuticas principalmente asentadas fuera de España, o de algunos servicios que, como PubMed, se prestan directamente desde Estados Unidos para el resto del mundo. Una innovación en gestión sanitaria sería usar dichos medicamentos de forma más eficiente que en otros lugares o difundir de manera más apropiada la síntesis de la información que estos servicios proporcionan⁵.

No parecen haber recetas para innovar, pero probablemente sea necesario hacerlo bien (buscar excelencia) en todos los pasos que van de la investigación a la innovación. No cabe clasificación olímpica en salto de altura sin la técnica Fosbury. Un sistema nacional

de innovación no puede competir sin aprender de quienes lo hacen mejor. Las espléndidas intenciones del Programa Ingenio pueden acabar en los infiernos de la burocracia y los cazadores de rentas sin la ya citada mínima sacudida necesaria para introducir en el sistema nacional de innovación español riesgo, responsabilidad y competencia (aunque sólo sea por comparación nacional e internacional).

Tres importantes políticas macro de España pueden beneficiarse del conocimiento de la experiencia comparada: la de regulación de precios, los estímulos a la I+D dirigidos a localizar actividades de alto valor añadido y los incentivos a prescriptores.

Regulación de precios

La Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios continúa manteniendo un esquema de regulación de precios poco transparente y manifiestamente mejorable, y sigue sin apostar por una cierta competencia. Los precios convergen con la UE, pero tanto las cantidades como el uso inadecuado se desbordan; las novedades, que concitan mayor precio, se incorporan frenéticamente.

– Merecería la pena considerar propuestas como la de la Office of Fair Trading¹⁸ para que los precios estuvieran relacionados con el grado de innovación adicional, medido en resultados de salud, en relación con las alternativas existentes (no un placebo). Sería una política estimuladora de la innovación¹⁹.

– Puede haber regulación de precios sin ahogar la competencia, y no sólo la competencia dentro de una misma denominación común internacional entre una marca y un genérico, sino la muchísimo más importante que se produce entre una marca y sus alternativas dentro del mismo grupo terapéutico, sea o no bioequivalente, en países como Estados Unidos o el Reino Unido.

Localización de la I+D+i y política industrial

La política industrial española con relación al sector sanitario debe salir de su escondite dentro del presupuesto sanitario (programa Profarma de descuentos sobre el recargo del 2% sobre facturación al Sistema Nacional de Salud), abandonar el «arbitrismo», fomentar la transparencia y recordar que las empresas, como los organismos vivos, no desarrollan las defensas necesarias para competir si viven en entornos domésticos artificialmente protegidos. En la transición de una industria imitativa hacia una industria competitiva puede conocerse el éxito, como en Canadá, o el fracaso, como en Italia.

Una parte importante de las diferencias en la capacidad innovadora nacional viene explicada por el nivel

de recursos dedicados a la innovación (recursos humanos y gasto en I+D) y una parte todavía más importante por diferencias en la productividad de la I+D debida a factores como la apertura al comercio internacional, el porcentaje de investigación académica que financia el sector privado, el grado de especialización tecnológica y el *stock* de capital de conocimiento de cada país.

Pese a la convergencia en la capacidad innovadora entre países de la OCDE durante los últimos 30 años, Estados Unidos y Suiza mantienen su liderazgo, e Italia y España su retraso relativo. Los países que más han mejorado su capacidad innovadora en el último cuarto de siglo, entre los estudiados –Japón, Suecia, Finlandia y Alemania–, han implantado políticas que estimulan la inversión en científicos e ingenieros, así como una mayor competencia (la innovación es hija de la necesidad).

Tiende a explicarse la hemorragia europea de I+D farmacéutico en términos de una regulación que limita precios, desestimula el gasto en investigación y no ofrece el caldo de cultivo propicio a la innovación. No todas las explicaciones son ciertas. Sitúese el lector como responsable de I+D de una empresa farmacéutica: ¿no localizaría en el país con la mejor relación calidad/precio de unos investigadores conectados con empresas que han de competir para sobrevivir? ¿No consideraría irrelevante el tipo de regulación de precios farmacéuticos que pudiera haber en el país? China e India están aumentando significativamente su porcentaje de patentes farmacéuticas y publicaciones y constituyen serios competidores emergentes de Europa para la localización de I+D.

Lo que globalmente es cierto –los beneficios proporcionan la capacidad y el estímulo para invertir en I+D– no tiene necesariamente una traducción país por país, en el sentido de que se realizará más I+D en los lugares en que se obtengan los mayores beneficios; la decisión de localizar las actividades de I+D en un país determinado depende más del atractivo de una zona geográfica (calidad-precio de sus científicos y universidades) que de los beneficios que en ella se obtengan. Ni los precios difieren especialmente entre países ricos, una vez se ajusta por renta, ni hay espacio, también en países ricos, para una regulación que pretenda escapar de contribuir a los costes fijos de I+D y marketing de la industria farmacéutica²⁰.

Esta independencia entre nivel de precios (y beneficios) en una zona respecto a I+D localizado llevaría a centrar las políticas de atracción de actividades de alto valor añadido en la disponibilidad de profesionales muy cualificados con formación científica relevante y de líderes internacionales de opinión en las especialidades médicas, así como el acceso a infraestructuras para la realización de ensayos clínicos de calidad.

La ausencia, en general, de favoritismos hacia la industria farmacéutica local, hallada sobre una muestra amplia de países del mundo, puede explicarse por la

protección que a las multinacionales les confiere la posibilidad de abandonar parcialmente un mercado, antes de comprometer el nivel de precios en otros países a través de un contagio en las regulaciones (p. ej., el que se produce cuando los precios se fijan con referencia a los de otros países). En cualquier caso, las empresas del sector farmacéutico y biotecnológico se muestran especialmente sensibles, ante sus decisiones de inversión, a la estabilidad política y a la posible predicción del entorno legal, lo cual lleva fácilmente a interpretar como incumplimiento de pactos implícitos las alteraciones del marco regulatorio.

Incentivos a prescriptores

Uno de los productos de consumo con mayor promoción es el medicamento²¹. No extraña que la industria farmacéutica sea una de las principales fuentes de información de los médicos. Se acumulan pruebas de importantes sesgos y problemas de veracidad y exactitud en la información transmitida por la industria²², y la importancia de la promoción en la prescripción realizada por los médicos, pese a que éstos creen no estar influidos por la promoción²³. Hay una amplia evidencia de cómo la industria farmacéutica afecta al comportamiento prescriptor de los médicos en bastantes ocasiones en sentido negativo. La formación continua, la investigación, los congresos, e incluso la organización del ocio, dependen de forma abrumadora de la industria farmacéutica. No parece de recibo que los visitantes médicos sean la fuente principal de la información sobre medicamentos o que se vigile escasamente el cumplimiento de la regulación existente sobre publicidad de medicamentos de uso humano.

La investigación también está muy mediatizada por los intereses, legítimos, de la industria farmacéutica: cláusulas contractuales de reserva de derechos de publicación, selección inicial de investigadores y temas, reciente consecución de una posición dominante de las empresas especializadas en la realización de ensayos clínicos (en detrimento de los centros académicos). Se produce, con frecuencia, un conflicto de intereses entre el bienestar social y el bienestar particular, que no necesariamente supone fraude ni mala praxis, pero que conviene hacer público —explicitando fuentes de financiación por ejemplo— para que los usuarios de la investigación puedan juzgar por sí mismos su importancia. Parecería conveniente vigilar el grado de dependencia de la medicina respecto a la industria farmacéutica, combinando lo mejor de la intervención pública con lo mejor de los mecanismos del mercado²⁴.

En la prescripción, como en el resto de la gestión clínica, se trata de dotar a los médicos —decisiones clave del sistema sanitario— con los incentivos, información e infraestructura precisa para efectuar las decisiones

clínicas de una forma coste-efectiva. Cuando se pueda, una adecuada selección de personal —centrada no sólo en aptitudes sino también en actitudes— puede compensar la debilidad de los incentivos característica del sector sanitario. Este enfoque de la selección como solución organizativa alternativa a los incentivos tiene particular relieve en el sector público, necesitado de una ética profesional y de servicio público.

En cuanto a los incentivos, parece conveniente combinar los financieros con los no financieros. Entre los incentivos no financieros hay que tener en cuenta los siguientes: facilidades para la formación y la investigación, mejoras en el lugar y las condiciones de trabajo, promoción y desarrollo de la carrera profesional, estabilidad laboral, sentimiento de afiliación, movilidad geográfica voluntaria, etc. La participación de los trabajadores en las cuestiones de la empresa y la autonomía en el trabajo poseen un alto índice motivador, que contribuye a fomentar los sentimientos de realización y logro. En la atención primaria una mayor autonomía de gestión, conseguida a través de una mayor descentralización, se ha mostrado como un elemento altamente motivador.

Varias razones avalan la necesidad del incentivo individual en la prescripción (independencia profesional, variabilidad en estilos de práctica, interiorización del coste de oportunidad, etc.) pero en la medida que, por una parte, en sanidad se dan condiciones técnicas de trabajo en equipo, y que, por otra, el *input* prescripción tiene bastante sustituibilidad con otros *inputs* del proceso asistencial, los presupuestos para prescripción deben incluirse en presupuestos globales, huyendo de mentalidades silo.

En resumen, aunque las políticas sanitarias e industriales se ignoren, camuflen y estén faltas de transparencia, las perspectivas económica y sanitaria sobre el impacto de los medicamentos en el bienestar coinciden en señalar unas líneas de avance basadas en el aprendizaje de los países que mejores políticas macro desarrollan.

Las recomendaciones, relativas a incentivos de prescriptores y regulación de precios contribuyen claramente a la sostenibilidad del estado del bienestar. La recomendación que hace referencia a las políticas dirigidas a la localización de I+D buscan la imprescindible conciliación entre la mejora del sistema sanitario y el aumento de productividad de la economía española.

Agradecimientos

Se reconoce el apoyo incondicional de una beca de Merck Foundation, Whitehouse Station, New Jersey, Estados Unidos, al Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona y a la Universidad Carlos III de Madrid.

Bibliografía

1. Nordhaus W. The health of nations: the contribution of improved health to living standards. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 2002. NBER Working Paper 8818.
2. Meneu R. Alternativas a la distribución de medicamentos y su retribución. *Gac Sanit.* 2002;16:171-81.
3. Segú JL. Gestión de los medicamentos en los sistemas de salud. La perspectiva de la microgestión. En: Meneu R, Peiró S, editores. Elementos para la gestión de la prescripción y prestación farmacéuticas. Barcelona: Masson-Elsevier; 2004. p. 173-221.
4. Cutler D, Miller G. The role of public health improvements in health advances: the 20th century United States. *Demography.* 2005;42:1-22.
5. Meneu R, Rodríguez-Artalejo F, Ortún V, editores. Innovaciones en gestión clínica y sanitaria. Barcelona: Elsevier-Masson; 2005.
6. Cutler D. Your money or your life. Oxford: Oxford University Press; 2004.
7. Meneu R, Peiró S. Eficiencia y despilfarro en la atención sanitaria. A propósito del infarto de miocardio. *Cuadernos Económicos de ICE.* 2004;67:9-25.
8. López-Valcárcel BG, Pinilla J. The impact of medical technology on health: a longitudinal analysis of ischemic heart disease. *Value in Health.* 2008;11:88-96. Disponible en: <http://www.blackwell-synergy.com/toc/vhe/0/0>
9. Puig-Junoy J, Merino A. Productividad marginal del gasto e innovaciones sanitarias. Resultados empíricos y lecciones para España. En: Puig-Junoy J, López-Casasnovas G, Ortún V, editores. ¿Más recursos para la salud? Barcelona: Masson-Elsevier; 2004. p. 133-54.
10. Lichtenberg F. Are the benefits of newer drugs worth their cost? *Health Affairs.* 2001;20:241-51.
11. Lichtenberg F. Benefits and costs of newer drugs. An update. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 2002. NBER Working Paper 8996.
12. Zhang Y, Soumerai S. Do newer prescription drugs pay for themselves? A reassessment of the evidence. *Health Affairs.* 2007;26:880-6.
13. Lichtenberg F. The impact of new drugs on US longevity and medical expenditures, 1990-2003: evidence from longitudinal, disease level-data. *Am Econ Rev.* 2007;97:438-43.
14. Brandsma A. Monitoring industrial research: industrial R&D economic and policy analysis report 2006. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities; 2007.
15. Puig-Junoy J. La financiación y regulación del precio de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud: cambios y continuidad. *Gac Sanit.* 2007;21:1-4.
16. OCDE. OECD Economic Survey Spain. París: OCDE; 2007.
17. Ortún V. Desempeño y deseabilidad del sistema sanitario. *Revista Asturiana de Economía.* 2006;35:23-43. Disponible en: <http://www.revistaasturianadeeconomia.org/raepdf/35/P23ORTUN.pdf>
18. Office of Fair Trading. The Pharmaceutical Price Regulation Scheme. London: Office of Fair Trading; 2007. Disponible en: http://www.offt.gov.uk/advice_and_resources/resource_base/market-studies/price-regulation
19. Ortún V. Patentes, regulación de precios e innovación en la industria farmacéutica. *Cuadernos Económicos de ICE.* 2004;67:191-207.
20. Cabrales A, Jiménez-Martín S. The determinants of pricing of pharmaceuticals. Are US prices really higher than those of Canada. Barcelona: Departamento de Economía y Empresa; 2007. Working paper 1032. Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/docs/papers/downloads/1032.pdf>
21. Cabiedes L, Ortún V. Incentivos a prescriptores. En: Puig-Junoy J, editor. Análisis económico de la financiación pública de medicamentos. Barcelona: Masson-Elsevier; 2002. p. 143-60.
22. Villanueva P, Peiró S, Librero J, Pereiró I. Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals. *Lancet.* 2003;367:27-32.
23. Grupo de Ética Sociedad Catalana Medicina Familiar y Comunitaria. La ética en la relación con la industria farmacéutica. Encuesta de opinión a los médicos de familia en Cataluña. *Aten Primaria.* 2004;34:6-12.
24. Cervera P, Ruiz V, Peiró S, Gosalbes V. La promoción farmacéutica, entre la confusión y la tergiversación. A propósito de la promoción de la doxazosina en el tratamiento combinado de la hipertensión. *Farmacia de Atención Primaria.* 2004;2:40-6.