



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Colección Health Policy Papers

2019 – 12

**CUESTIONES NO RESUELTAS EN ECONOMÍA DE LA
SALUD APLICADA AL SECTOR DEL MEDICAMENTO**

Guillem López Casasnovas

Catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra

Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES)



La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF), al amparo del apoyo incondicionado por convenio con Novartis.

"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Barcelona, Junio 2019

CUESTIONES NO RESUELTAS EN ECONOMÍA DE LA SALUD APLICADA AL SECTOR DEL MEDICAMENTO¹

Guillem López-Casasnovas, Catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra, Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES).

La Economía del Medicamento, por su especificidad, se ha convertido en un campo sustantivo de la Economía de la Salud. Una lectura y análisis de sus aportaciones recientes permite detectar una serie de cuestiones que continúan abiertas, quizás mal cerradas, puede que por un cierto síndrome de Estocolmo en la comprensión de su alcance. Al propósito de ‘abrir ventanas’ para abordar aquellas cuestiones van dirigidos los siguientes comentarios.

El ‘sí pero no’ y el ‘no pero sí’ acerca de las bondades del sector del medicamento en la valoración de su contribución a la economía, y a la vez pesada carga del gasto sanitario en su financiación pública, es un clásico en la mayoría de estudios de los economistas de la salud sobre el sector farmacéutico. Esta antinomia resulta más o menos pronunciada a menudo según a quien desee agradar el analista. Por un lado, se constata la contribución del medicamento al I+D+I del país, a las exportaciones nacionales y a la balanza de pagos, a la creación de empleo... Por otro lado, el peso muerto del sector sobre las finanzas públicas suele partir del equívoco porcentaje del gasto farmacéutico en el gasto sanitario público en el PIB, y de ahí a la crítica más radical. Los dos extremos tienen puntos débiles. Por el primero, todos aquellos factores incluidos en sus bondades no debieran de ser coartada para justificar precios altos o prebendas opacas de la política económica con la industria farmacéutica. No está demostrada tampoco una mayor contribución en generación de actividad a cambio de una mayor cuota de apropiación de recursos públicos. Por el segundo, un porcentaje del medicamento en el gasto sanitario público no significa tampoco una tara para la política sanitaria sin atender a la financiación de dicho gasto, a la cuantía del denominador computado y del valor del resultado, siempre con referencia expresa al gasto por tratamiento por paciente beneficiario.

Resulta igualmente curiosa cuando menos la posición de los analistas sobre la necesaria transparencia de los precios y el libre mercado. Aquí en un extremo se encuentran los economistas de la salud que preconizan unos precios que consideren la capacidad de pago que muestren los países compradores. Pero atendiendo a ello, la aceptación de un mercado global, competitivo y abierto sin fronteras contradice el reconocimiento anterior, ya que su conjunción lleva al comercio paralelo, al arbitraje y a la convergencia de precios. Todos los antidotos para conseguir lo mejor de los dos mundos se muestran de regulación muy compleja: cuotas por países, mercados segmentados de provisión frente a potenciales desabastecimientos, etc. La pretensión de precios equitativos choca con los que resultan de mercados eficientes, desde el respeto siempre de la protección de patentes. Conocedoras las partes de que los precios de referencia internacionales se imponen en la fijación de precios nacionales, la transparencia

¹ *Agradezco los comentarios de R Meneu, C Campillo y S Peiró a una versión preliminar de este texto.*

completa genera efectos no deseados al parecer para todos los agentes. Pero su opuesto, la ausencia de transparencia, viola directivas de la Unión Europea y genera mercados ‘bazar’. No se puede en este sentido ‘decir misa y tocar la campana’ como ha acuñado el saber popular. Los economistas del medicamento se han de aclarar.

Los datos tampoco amparan un análisis suficientemente robusto para solucionar algunas cuestiones relevantes a partir de las observaciones empíricas. Así, las virtudes de la compra conjunta están lejos de ser probadas en la práctica, más allá de lo que supone confrontar al proveedor con un monopsonio de demanda a expensas de la negociación resultante. Se contraponen la superioridad de la eficiencia asignativa del comprador conjunto con la eficiencia económica e incentivo del comprador individual. La disparidad de precios (ajenos éstos a los costes unitarios efectivos) tras rebajas, descuentos y precios según valores cruzados de cestas de medicamentos, dificulta el estudio. Ello hace que, por ejemplo, cuando se computa el gasto en medicamento hospitalario se apliquen a las cantidades efectivas consumidas los precios teóricos y no reales, lo que exagera el importe final del consumo en medicamentos.

Con frecuencia a los economistas del medicamento se les llena la boca con la idea del precio basado en el valor. Pero la definición de éste es muy compleja, y básicamente se reconoce ‘ex post’. Los intentos de concreción ‘ex ante’ de dicho valor, propios de las agencias de evaluación, chocan con la crítica obvia de que no constituyen suficiente *real world evidence*. Las agencias de evaluación no están pensadas para definir precios. Pero aun aceptando lo anterior, si el valor ha de resultar del análisis coste efectividad incremental, y el precio se ha de basar en el valor, la identificación es inevitable. De hecho algunos países están juntando ya las agencias de autorización y las de evaluación de tecnologías. Por lo demás, el valor se mueve según indicaciones terapéuticas, y sólo después de constatar su efectividad (y no sólo la eficacia), restaría probado dicho valor. En consecuencia, modificar el precio según indicaciones -en cualquiera de sus diferentes acepciones- lleva, sin embargo, a la necesidad, muy difícil de satisfacer en la práctica, de segmentar sub-mercados y aceptar una discriminación de precios que supone, de hecho, el objetivo de quien quiera maximizar el excedente del productor. Lo contrario precisamente de a lo que aspiraría el regulador.

Notemos en cualquier caso que el grueso de la contribución de los economistas del medicamento a la política sanitaria pivota en los *thresholds* del coste eficacia (eficacia, realmente, más que de efectividad). Como he comentado en otros trabajos (CRES, HPP 2019), la metodología utilizada para su cálculo es más que discutible, pero aunque no lo fuera, su identificación sería igualmente la base de una mala regulación. Anticipar el umbral incentiva a favorecer una relación más o menos encubierta entre valor y precio cercanos al umbral, lo que de nuevo permite a que, dentro del máximo, el excedente del productor sea el mayor posible. Y es que o se cree en mercados competitivos (incluyo aquí el monopolio bilateral), o se cree en la regulación pública bien hecha con capacidad de subyugar los mercados en favor del bien común. Las dos cosas a la vez por el momento no se han mostrado compatibles.

La mala regulación se exagera cuando ésta consiste en una regla dicotómica del tipo 'entra no entra' y 'si entra, el copago es el mismo sea cual sea la relación precio/ valor'. Hacen falta grises cuando no todo es blanco o negro. La efectividad relativa y un copago diferenciado sería un ejemplo. También lo sería una buena política de precios de referencia que dejara abierto al copago una contribución variable dependiente de cuanto se aleje la elección del paciente del fármaco comparador o bioequivalente. Por lo demás se mantienen equívocos de copagos que quieren frenar utilización (supuestos de demanda elástica, *deterrents* en la terminología anglosajona, de alta intensidad en medicamentos de menor valor terapéutico, siendo su éxito no recaudar sino reducir gasto) y el copago que, con motivación diferente, pretende complementar la financiación para la que no llega -o no tiene lógica que lo haga- el contribuyente, y lo substituya el usuario (con copagos extensivos de baja intensidad que no cambien consumo, con demandas inelásticas). El dislate ha llevado a algunos economistas del medicamento a medir elasticidades en general y para demandas discontinuas (lo son todas en realidad, excepto quizás en enfermos crónicos !), o en la determinación del efecto del copago en el número (!) de condiciones mórbidas; tan o más disparatado que anotar valores de las elasticidades extraídas de otros países, contextos, operativas de sistemas sanitarios y una muy distinta naturaleza de las relaciones entre médicos-pacientes-financiadores, fuera de tiempo y lugar (por ejemplo, del experimento de la RAND de los años setenta en Estados Unidos).

Por lo demás, la lectura del copago como un impuesto al enfermo, sin distinguir entre aquellas dos modalidades, suele generar en algunos analistas una mala conciencia por falta de equidad fiscal, que se acostumbra a 'limpiar' con la propuesta de 'ligar copagos a renta'. A no ser que se opte como he propuesto en otras ocasiones (El País 15/06/2012) por llevar el copago a la declaración de la renta y no viceversa, la factibilidad de los copagos según renta, graduados, dinámicos en el tiempo, según prueba de medios, con cláusulas 'stop loss' por períodos y una retahíla de exenciones configura una situación con elevados costes de transacción... es de escasa aplicabilidad práctica, segmenta y estigmatiza además a sus beneficiarios, lo que hace que se pueda fácilmente acabar pensando que 'la salsa es más cara que el pescado'.

Finalmente, el debate del medicamento anda enrocado en las cuestiones de protección de la innovación. La substitución del sistema de patentes por alguna otra fórmula que abra relaciones diferentes a las del monopolio, que reconozca que parte de la investigación se haya financiado públicamente, que el Estado convierta la innovación en 'bien público' o que el valor de la patente resulte de una subasta competitiva abierta, continúa siendo hoy un simple *desideratum*. A su vez, computar en los éxitos de precio de los nuevos productos los costes hundidos de los fracasos permite en exceso el abuso moral en la investigación. Pero dificultar su repercusión parece imposible en economías de mercado de las que se espera que tarde o temprano expulse a los ineficientes.

Constatado lo anterior todo parece apuntar a que pensando en los 'trazos gruesos' del sector se está infravalorando la menudencia de aspectos tales como la adherencia, las malas prácticas, las corruptelas, estrategias anticompetitivas, la formación de 'músculo' regulador en una status quo en la que muchos de aquellos economistas del medicamento acaban formando parte.

En resumen, los economistas en este ámbito, a menudo, funcionamos un poco a ciegas y ‘por aluvión’. Desde la literatura comparada acostumbramos a recoger aquella parte de argumentos que son propicios para nuestras propias tesis, olvidando contexto y matices. Y adicionalmente, con escaso análisis crítico, arrastramos trabajos discutidos y discutibles consolidándolos como de si parte de la ‘doctrina’ se tratase. Con ello resulta difícil la revisión de las posiciones encontradas y aislarse de tópicos. Si se intenta, se queda uno a a riesgo de salirse del bucle general y del ‘desclase’ (descategorización) de lo que en parte es ya un sector de negocio creado desde la economía de la salud, en connivencia o respaldo con parte de la industria farmacéutica, y perdido el cauce normativo no deja de ser un agente más para erosionar lo que suele ser la parte más débil de la defensa del interés público.

Últimos Títulos de la Colección Health Policy Papers:

López-Casasnovas, G; "**Els reptes de futur del sector sanitari. La provisió pública des de la concertació sanitària.**" Colección Health Policy Papers 2019-11_GL.

López-Casasnovas, G; "**Indicadores y políticas públicas. Objetivos de salud y realidades sanitarias**" Colección Health Policy Papers 2019-10_GL.

Maynou, L; Hernández-Pizarro, HM; Herisson, M; Saez, M; "**Physical activity and mental health: a systematic review**". Colección Health Policy Papers 2019-09_HH_LM_MH_MS.

López-Casasnovas, G; "**Los CAR-Ts Como síntoma**" Colección Health Policy Papers 2019-08_GL.

López-Casasnovas, G; "**La capacitat de decidir i la cohesió social: el cas de la concertació educativa i sanitària**" Colección Health Policy Papers 2019-07_GL.

López-Casasnovas, G. "**Futuribles per al nostre sistema de salut**" Colección Health Policy Papers 2019-06_GL.

López-Casasnovas, G. "**El futuro de la formación y la investigación en economía de la salud**" Colección Health Policy Papers 2019-05_GL.

López-Casasnovas, G. "**El futur de les pensions. La necessitat del consens i les raons del disens**" Colección Health Policy Papers 2019-04_GL.

López-Casasnovas, G. "**Reflexió sobre la cohesió i la desigualtat social al nostre país**" Colección Health Policy Papers 2019-03_GL.

López-Casasnovas, G. "**Nous reptes per a la gestió pública**" Colección Health Policy Papers 2019-02_GL.

López-Casasnovas, G. "**A vueltas con los umbrales de coste efectividad**" Colección Health Policy Papers 2019-01_GL.

López-Casasnovas, G. "**Envejecimiento y bienestar. Macroeconomía y programas de acompañamiento: pensiones salud y dependencia. Retos: la sostenibilidad financiera**" Colección Health Policy Papers 2018-11_GL.

López-Casasnovas, G. "**El medicamento: ¿Vale lo que cuesta? ¿Cuesta lo que vale?**" Colección Health Policy Papers 2018-10_GL.

