



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Colección Health Policy Papers

2022 – 07

COMO VEO LA EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Guillem López Casasnovas

Catedrático de Economía de la UPF

Director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF)

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).

"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, marzo 2022

COMO VEO LA EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Guillem López Casanovas, Catedrático de Economía de la UPF y director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF).

En diversas ocasiones he tenido oportunidad de ocuparme, en estas narrativas prácticas, del sector Farma (véanse referencias al final). Hoy quisiera hacer un repaso de la situación con atención a los aspectos más novedosos que por mis ocupaciones considero bien vale la atención. Lo haré con lenguaje más práctico, por sus consecuencias económico-asistenciales que con una terminología más técnico médica, que no domino.

Repaso de materias condicionantes

La evolución genómica permite como nunca que el sector del medicamento busque con precisión los objetivos terapéuticos. Las enfermedades, en la medida que son causadas por mutaciones genéticas, permiten identificar dianas a través de biomarcadores que señalan las indicaciones hacia las que los tratamientos se pueden dirigir. Pueden y deben en razón de evitar daños colaterales de otro modo provocados por los propios medicamentos. No sólo es una cuestión de costes sino también de efectos innecesarios y nocivos para la salud.

Todo ello genera múltiples efectos. Por un lado, la idea de especialización médica ‘anatómica’ pierde sentido, al menos en su versión actual, presionada hoy por lo demás con ampliaciones (infectólogos tras la covid) más que recuperando la troncalidad. En este sentido hasta la vigente división entre primaria y especializada puede necesitar recomponerse. La primera, dada su visión más integradora, centrándola en la multi-morbilidad de crónicos y mayores (gerontólogos) y aproximándola más al sector sociosanitario. Menos, por tanto, en el niño sano y en el enfermo agudo. Y la atención hospitalaria ha de aprender a trabajar sobre problemas relativos a la génesis de las patologías y no por su anatomía dañada. Además, se quiera o no, a mi parecer la pandemia ha ahondado aún más la brecha entre las dos funciones asistenciales; puede que, de manera no deseada, pero percibida como tal: una primaria desbordada y que hacía poco más que pinchar, mientras las cuestiones entre la vida y la muerte se dirimían en el terciarismo de más capacidad resolutive, están en su raíz. La evolución de los tratamientos nuevos siguiendo indicaciones precisas de tratamiento antes comentadas, puede hacer hoy que llueva sobre mojado y que los roles respectivos de la atención primaria y especializada deban entrar en revisión, en el binomio capacitación y deseo, entre merecer y poder. Sin embargo, una posible refundación ‘desde dentro’ de la Primaria creo que llega tarde y además ofrece dudas que la puedan realizar los propios líderes del sector. La reconversión de la especializada, tampoco es probable se vaya a hacer desde sus institutos y cátedras actuales; nichos de poder que persiguen su apalancamiento y parcelación reproductiva. Para un economista los incentivos van a ser importantes para tamaños propósitos. En medicamentos de dispensación hospitalaria, la reconversión requiere la permeabilidad entre la gestión del medicamento y la del resto de asistencia, de una u otra especialidad. No hay hoy mayor silo que la del presupuesto de fármacos

hospitalarios, separado del presupuesto general. Son razones inerciales las que mantienen esta separación, de acuerdo con la distinta autonomía que ofrecen ambos presupuestos, para profesionales y gestores, por un lado, y financiadores por otro. Tampoco se cuenta con un sistema de pago que anime la permeabilidad de costes (envoltorios prospectivos de pago, *bundled*). No en vano quien gestiona la financiación, especialmente en el ámbito público, sabe que los ahorros transversales no se están produciendo. Una innovación coste eficiente nunca substituye gasto, sino que acaba aumentándolo, ya que el acompañamiento asistencial no renuncia, y a menudo tampoco puede demasiado, reducir si gasto corriente. La percepción de coste fijo del aparato sanitario sea la que sea la innovación terapéutica, tiene en los tratamientos de la hepatitis C su mejor ejemplo, sin ahorros observados en la especialidad correspondiente pese a la innovación mayúscula que se ha producido en tratamientos. Sin flexibilidad ente especialidades y sin ruptura de presupuestos- silo, los incentivos no funcionarán. Existen pocos límites para no poder acabar substituyendo lo prescindible, con nueva actividad prescindible también.

El reto del multiprecio

El orientar el sector de la innovación farmacológica hacia indicaciones que atacan la mutación genética favorece que se identifiquen como ‘tratamientos de enfermedades raras’, de las que es sabida su asociación a mejores precios. Y es sabido que el tratamiento de una mutación en un caso puede abrir indicaciones adicionales a otras afectas a distintas enfermedades. Cómo solucionar el tema de precios para multiindicaciones está lejos aún de resolverse. ¿Se puede tratar como una forma de discriminación de precios? (Para capturar el excedente del consumidor), o más bien se trata de una forma de extender fármacos ante menores precios o siendo el precio una media ponderada de las indicaciones. Por lo demás: ¿se pueden segmentar los mercados? ¿Quién va a controlar la provisión en presencia como es el caso de múltiples intermediarios? ¿Quién gana al extenderse realmente los tratamientos y quien pierde, ante el mayor volumen, con pérdida de control presupuestario?

Ello genera mucha incertidumbre en el pagador. Si los tratamientos son para casos raros, la fase 3 pierde sentido. El riesgo sobre resultados aumenta. Compartirlos genera cargas adicionales que a menudo los propios profesionales no siempre quieren asumir a la hora de reportar. Y si lo hace la industria, el conflicto de intereses y la credibilidad del proceso queda cuestionado. De modo que quien tiene que decidir precio y seguimiento se acabe frenando en su autorización y deje sin acceso a tratamientos de los que es sabido que, en circunstancias normales y buena gestión desde pagadores autonómicos y gestores hospitalarios, no habría dudas sobre su inclusión a precios razonables. Con ello se pierde efectividad en dianas y se gana ineficiencia en despilfarro y daños colaterales de salud.

Consideraciones propositivas

El qué hacer en estas circunstancias requiere un esfuerzo de financiación hoy poco soluble en nuestro sistema sanitario. La visión paradigma en servicios nacionales de salud, representada por el NICE inglés (en sus extremos, un AVAC es un AVAC, y su actual remisión a ‘modificadores’ ad hoc) requiere revisión. Ciertamente un AVAC no es un AVAC y de ello dependen situaciones como las de ausencia de tratamientos alternativos, el grado de gravedad, el colectivo afectado, etc. Sin necesidad del recurso a la priorización multicriterio, vista a menudo una especie de chapapote de conveniencia, ni a la multiplicación de los parámetros convencionales (30 mil euros o esterlinas o lo que sea) con modificadores, he propuesto en diversos trabajos (referencias al final) la construcción de silos presupuestarios explícitos, al estilo de los *Cancer Fund* ingleses. No ligados a quien gasta sino para qué finalidad se gasta. La dotación del silo es siempre una decisión social: cuanta financiación estamos dispuestos a dedicar a enfermedades raras, terminales o de gravedad severa. Aquí el coste de oportunidad a visualizar es entre estos pocos silos y el general. Para todas aquellas innovaciones que entren por algunas de aquellas ‘taquillas’, el coste de oportunidad es interno, intra silo, entre enfermedades que comparten un mismo objetivo. Los puntos de corte por AVAC pasan a ser aquí variables en función de la competencia en los targets; se mantiene el presupuesto cerrado (o más cerrado que con la parametrización de los modificadores) y se explicitan en mayor medida las concepciones sociales sobre las desigualdades.

REFERENCIAS

López-Casasnovas, G; "A Political Economy analysis of the Spanish health system and its reform." Health Policy Papers Collection 2022-03_GL.
https://www.dropbox.com/s/ip86pigfaldmbuf/Policy_Paper2022-03_GL.pdf?dl=0

López-Casasnovas, G; "Farmacoeconomía y evaluación de medicamentos: Quo vadis?" Health Policy Papers Collection 2021-17_GL.
https://www.dropbox.com/s/y3nn18w47quy60w/Policy_Paper2021-17_GL.pdf?dl=0

López-Casasnovas, G; Pinto-Prades, JL; "Cuan lejos pueden y deben ir los economistas de la salud con el análisis *Coste Efectividad*" Health Policy Papers Collection 2021-14_GL_JP.
https://www.dropbox.com/s/r2dkew56osju106/Policy_Paper2021-14_GL_JP.pdf?dl=0

López Casasnovas, G; "La evaluación económica en su encrucijada institucional. Genética de un Manifiesto". Health Policy Papers Collection 2021-06_GL.
https://www.dropbox.com/s/5znqzwxxy73196/Policy_Paper2021-06_GL.pdf?dl=0

Kanavos, P; López-Casasnovas, G; "Is budget capping a successful macro policy to control drug expenditure? The spanish experience" Health Policy Papers Collection 2020-08_PK_GL. (2020).
<https://repositori.upf.edu/handle/10230/45442>

López-Casasnovas, G; "Los CAR-Ts Como síntoma" Colección Health Policy Papers 2019-08_GL (2019)
<https://repositori.upf.edu/handle/10230/36990>

López-Casasnovas, G; "Cuestiones no resueltas en economía de la salud aplicada al sector del medicamento." Colección Health Policy Papers 2019-12_GL (2019)
<https://repositori.upf.edu/handle/10230/42455>

Últimos Títulos de la Colección Health Policy Papers:

López-Casasnovas, G; "**Petita crònica de les propostes de la comissió d'experts per a la reforma fiscal, amb especial referència final a la fiscalitat indirecta de la sanitat privada.**" Colección Health Policy Papers 2022-06_GL.

López-Casasnovas, G; "**La Subvenció pública en el món de les Arts. Teatre i economia.**" Colección Health Policy Papers 2022-05_GL.

López-Casasnovas, G; "**La economía de la salud 'en cuerpo y alma'.**" Colección Health Policy Papers 2022-04_GL.

López-Casasnovas, G; "**A political economy analysis of the Spanish Health System and its reform.**" Health Policy Papers Collection 2022-03_GL.

López-Casasnovas, G; "**Envelliment, salut i activitat econòmica i empresarial**" Colección Health Policy Papers 2022-02_GL.

López-Casasnovas, G; "**Análisis de economía política del Sistema de Salud Español.**" Colección Health Policy Papers 2022-01_GL.

López-Casasnovas, G; "**Les desigualtats socials a l'entorn urbà centre-perifèria de Barcelona**" Colección Health Policy Papers 2021-18_GL.

López-Casasnovas, G; "**Farmacoeconomía y evaluación de medicamentos: ¿Quo vadis?**" Colección Health Policy Papers 2021-17_GL.

López-Casasnovas, G; "**A propósito del debate Marmot-López sobre desigualdades en salud.**" Colección Health Policy Papers 2021-16_GL.

López-Casasnovas, G; "**Reflexiones post covid ¿Qué hacemos con las desigualdades en salud?**" Colección Health Policy Papers 2021-15_GL.

López-Casasnovas, G; Pinto-Prades, JL; "**Cuan lejos pueden y deben ir los economistas de la salud con el análisis Coste Efectividad**" Colección Health Policy Papers 2021-14_GL_JP.

SabaterMezquita, R; López Casasnovas, G; "**Efectivitat de les mesures contra la transmissió de la COVID-19 a l'Europa Occidental. Hi ha influït la "cultura mediterrània" i/o el model sanitari?**" Colección Health Policy Papers 2021-13_RS_GL.

SabaterMezquita, R; López Casasnovas, G; "**Efectes de la covid-19 a les llistes d'espera de la Catalunya Central. Quin coll d'ampolla té més influència per a la disminució entre 2019 i 2020 dels diagnòstics de càncer?**" Colección Health Policy Papers 2021-12_RS_GL.

Del Llano J, J; Mestre-Ferrandiz, J; Espín, J; Gol-Montserrat, J; Del Llano, A; Bringas, C; "**Public health policies for the common interest: Rethinking eu states' incentives strategies when a pandemic reshuffles all interests.**" Colección Health Policy Paper 2021-11_JD_JM_JE_JG_AD_CB;

López Casasnovas, G; "**La maximización de los AVAC y el óptimo social**" Colección Health Policy Papers 2021-10_GL_LP

López Casasnovas, G; "**Mi visión sobre los cambios que llegan a nuestros sistemas de salud de la mano de la digitalización**" Colección Health Policy Papers 21-09_GL.

<https://www.upf.edu/web/cres/health-policy-papers>

