

INFORME

# Bernat Soria

promovido por **Abbott**

Líder del Proyecto  
Bernat Soria Escoms

Promotor del Proyecto  
Abbott Laboratories, S.A.

Presidente y Consejero Delegado Abbott Laboratories, S.A.  
Esteban Plata

Comunicación  
Ketchum Pleon

Secretaría Técnica  
Adelphi Targis

Diseño Gráfico  
HC BCN

Impresión  
Gráficas MB

Madrid, España. Enero 2011.

© *Informe Bernat Soria, promovido por Abbott*  
Bernat Soria Escoms y Abbott Laboratories, S.A.

© De las tablas y esquemas  
Bernat Soria Escoms, Abbott Laboratories, S.A.  
y fuentes citadas al pie de cada figura

© 2011, Abbott Laboratories, S.A.  
Av. de Burgos 91. 28050, Madrid, España.  
[www.abbott.es](http://www.abbott.es)

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

Printed in Spain – Impreso en España

ISBN: 978-84-693-9619-3  
Depósito Legal: 05450/2001

[www.informebernatsoria-abbott.com](http://www.informebernatsoria-abbott.com)



INFORME

# Bernat Soria

promovido por **Abbott**

# Índice

<b>I. Carta de Bernat Soria</b>	05
<b>II. Objetivo y método de trabajo</b>	11
<b>III. El Sistema Nacional de Salud</b>	27
<b>IV. La Industria Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud</b>	79
<b>V. Conclusiones del informe: El nuevo rol de la Industria Farmacéutica</b>	117
<b>VI. ANEXO I: Memoria de Abbott</b>	
<b>VII. ANEXO II: CD.</b>	
<b>Índice de contenidos:</b>	
1. <i>Executive Summary</i> del <i>Desk Research</i>	
2. <i>Desk Research</i>	
3. Análisis preliminar por <i>Stakeholder</i>	
4. <i>Top Line</i> Asociaciones de Pacientes	
5. <i>Top Line</i> Enfermería	
6. <i>Top Line</i> Médicos	
7. <i>Top Line</i> Farmacéuticos y Distribuidores	
8. <i>Top Line</i> Gestores	
9. Referencias bibliográficas	

# I. Carta de Bernat Soria

## I. Carta de Bernat Soria

Cuando Abbott, a través de su Presidente Esteban Plata, me sugirió la coordinación de un informe sobre el papel de la Industria Farmacéutica en la promoción de la calidad y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), le comenté, tras reflexionarlo, que un informe de estas características precisaba de tres condiciones: contar con todos, especialmente con los pacientes, independencia y difusión.

**1. Participación de todos los agentes de salud.** En este informe, centrado en el paciente, se ha contado con todos los actores del sistema sanitario. El listado, que incluye asociaciones de pacientes, sociedades científicas, colegios profesionales, gestores, políticos, etc. se concibió buscando el equilibrio en términos sectoriales, políticos, territoriales y de género. Como se aclarará más adelante no se trataba de redactar un informe académico sino de “tomarle el pulso” a la sociedad. Creo que lo hemos conseguido.

**2. Independencia.** Desde el primer momento se aceptó que un informe así debe realizarse desde la libertad y la autonomía para expresar cualquier opinión. En las reuniones de trabajo de todos los colectivos, que de forma muy eficiente moderó la periodista y comunicadora Olga Viza, se pidió a los participantes que expresasen su opinión de forma libre y respetuosa. Las técnicas sociológicas y psicológicas, aportadas por la consultora Adelphi Targis, permitieron que Olga expresase hasta la médula a los participantes, a los que hay que agradecer su disponibilidad y colaboración. Las reuniones duraron tres horas y con posterioridad se les remitió a cada uno las conclusiones de su grupo para su revisión y comentarios. Mi papel en dichas reuniones consistió en estar callado y tomar notas. Previamente había trabajado con Adelphi Targis en el diseño de la reunión y en los materiales (*Desk Research*, Anexo II) que se les facilitó a los participantes. El buen diseño del trabajo permitió que en un tiempo récord se consiguiese alcanzar el objetivo sin una ocupación excesiva del tiempo de participantes que por su perfil profesional tienen una agenda apretada.

**3. Difusión.** Este no es el primer informe que se realiza en España sobre el Sistema Nacional de Salud o sobre la Industria Farmacéutica. El excelente Informe Abril Martorell en los 90, o los más recientes, y también excelentes, Informes Moya-Angeler (2008) o Vilardell-2 (2010) contienen reflexiones sólidas y recomendaciones realizadas por expertos, comisiones, etc. A todos ellos hay que agradecer la calidad del trabajo realizado. Por tanto, si realmente queríamos contribuir al cambio que precisa esta sociedad debíamos hacer un esfuerzo adicional de comunicación para que las conclusiones llegasen a los ciudadanos. Del esfuerzo comunicador se encargó desde el principio la agencia Ketchum Pleon.

Este informe es distinto a los ya existentes. Uno de sus méritos es ser “poco académico”. Puede sorprender que un catedrático de universidad afirme que un informe tiene el mérito de ser poco académico. Creo que les debo una explicación.

Quienes estén interesados en el futuro de la Industria Farmacéutica, en sus posibilidades económicas, de inversión, etc. disponen de multitud de informes realizados por consultoras especializadas, algunos de ellos de periodicidad anual acerca de cómo evolucionan los mercados, la I+D+i farmacéutica, las biotecnológicas o la tecnología sanitaria, etc. Este informe no responde a ninguna de esas preguntas; desde el principio se concedió un papel nuclear a los pacientes a los que se preguntó, antes que a nadie, qué esperaban del Sistema Nacional de Salud y de la Industria Farmacéutica y los pacientes hablaron, opinaron y generaron un primer informe (Anexo II) que fue el punto de partida de las siguientes reuniones con médicos, enfermeras, farmacéuticos y gestores del sistema sanitario. Cada uno de estos grupos generó su propio informe (Anexo II) y con posterioridad un coordinador de cada colectivo participó en la reunión de recomendaciones que siguió un procedimiento similar. Durante estos meses se mantuvo abierta una página web para recoger las opiniones de cualquier ciudadano que deseara colaborar. Los participantes, más de 30, no fueron elegidos por ser expertos en economía de la salud o en la Industria Farmacéutica, como correspondería a un informe académico, sino por ser agentes del sistema, por ser los actores que día a día participan en cada una de las etapas y decisiones en la gestión de nuestra salud. No se les pedía que estudiaran complejos informes y elaborasen propuestas, sino simplemente que nos diesen su opinión sincera, directa y sin pulir. Este procedimiento nos permitió acceder a la opinión que la sociedad tiene del Sistema Nacional de Salud y del rol de la Industria Farmacéutica. A partir de estos comentarios, que se incluyen en el texto, se extrajeron las recomendaciones.

En paralelo a este trabajo, como coordinador mantuve reuniones con responsables anteriores o actuales del sistema sanitario a los que fui informando de cómo progresaba el trabajo a la par que obtenía su opinión y colaboración.

En este informe se habló mucho de sostenibilidad del sistema sanitario, del paciente como centro del sistema, del pacto por la sanidad, de la necesaria corresponsabilidad de los diferentes actores, de la adaptación de nuestro sistema no sólo a una situación de crisis, sino al cambio profundo que se está operando en la sociedad y al que la salud no puede ser ajena. En algún momento he sentido que me enfrentaba a un objetivo inalcanzable y soy consciente de las limitaciones del informe.

Por otra parte, aunque el grado de consenso fue mucho más alto de lo esperado en una sociedad madura como la nuestra, no siempre las opiniones de los participantes fueron coincidentes, por lo que no se les pidió que se pusieran de acuerdo, sino que defendiesen con argumentos sus propuestas. Aunque todos los participantes son coautores del informe, la responsabilidad es solo mía. De ahí que el informe lleve mi nombre. No obstante, no sería correcto ni justo dejar de agradecer a todos ellos su disponibilidad, dedicación y la forma afectuosa con la que respondieron a mi invitación.

Este es también el primer informe en el que me implico tras haber abandonado la política, a la que dediqué dos intensos años de mi vida. Haber sido ministro del Gobierno de España, no es sólo un gran honor, sino una oportunidad de servir a mi país con el que siempre estaré en deuda. Cuando has tenido alguna responsabilidad en cualquiera de las altas instituciones del Estado, adquieres al mismo tiempo una (co) responsabilidad que va más allá de tu permanencia en el Gobierno o del signo político del mismo. Esa es la principal razón que me movió a participar en este informe y por la que tengo que pedir disculpas a mi familia, a la que le robé muchos fines de semana en un momento en el que al retomar mi actividad profesional en el Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa también sabía del esfuerzo y dedicación que mi decisión precisaba.

**Bernat Soria Escoms**

Sevilla, 22 de enero de 2011

## II. Objetivo y método de trabajo

## 1. Objetivo

El presente **Informe Bernat Soria, promovido por Abbott**, tiene como objetivo establecer recomendaciones sobre el papel que debería jugar la Industria Farmacéutica en los próximos años para garantizar la calidad del sistema sanitario español y contribuir a su sostenibilidad.

Abbott promueve este debate con motivo de sus 60 años en España. Para liderar el proyecto, Abbott ha decidido contar con la experiencia, el liderazgo y el compromiso del Dr. Bernat Soria, que fue Ministro de Sanidad y Consumo del Gobierno de España (2007-2009).

El Informe analiza las opiniones, expectativas y retos identificados por un amplio grupo de expertos que representan a los distintos agentes del Sistema Nacional de Salud:

- Asociaciones de pacientes
- Enfermería
- Médicos
- Farmacéuticos y distribuidores
- Gestores
- Administración Sanitaria, políticos y otros sectores

## 2. Procedimiento seguido para su elaboración. Plan de Trabajo

A través de reuniones moderadas por la periodista Olga Viza, se ha recogido información de los principales agentes del ámbito de la salud con el fin de:

- Conocer las necesidades, demandas y puntos de vista de cada uno de los colectivos mencionados.
- Realizar una valoración de la situación actual del Sistema Nacional de Salud y el papel de la Industria Farmacéutica.
- Elaborar un documento de recomendaciones para el futuro.

El fin último y más importante del proyecto ha sido orientar el análisis y las recomendaciones hacia la mejora de la asistencia al paciente, objetivo central del Sistema Nacional de Salud.

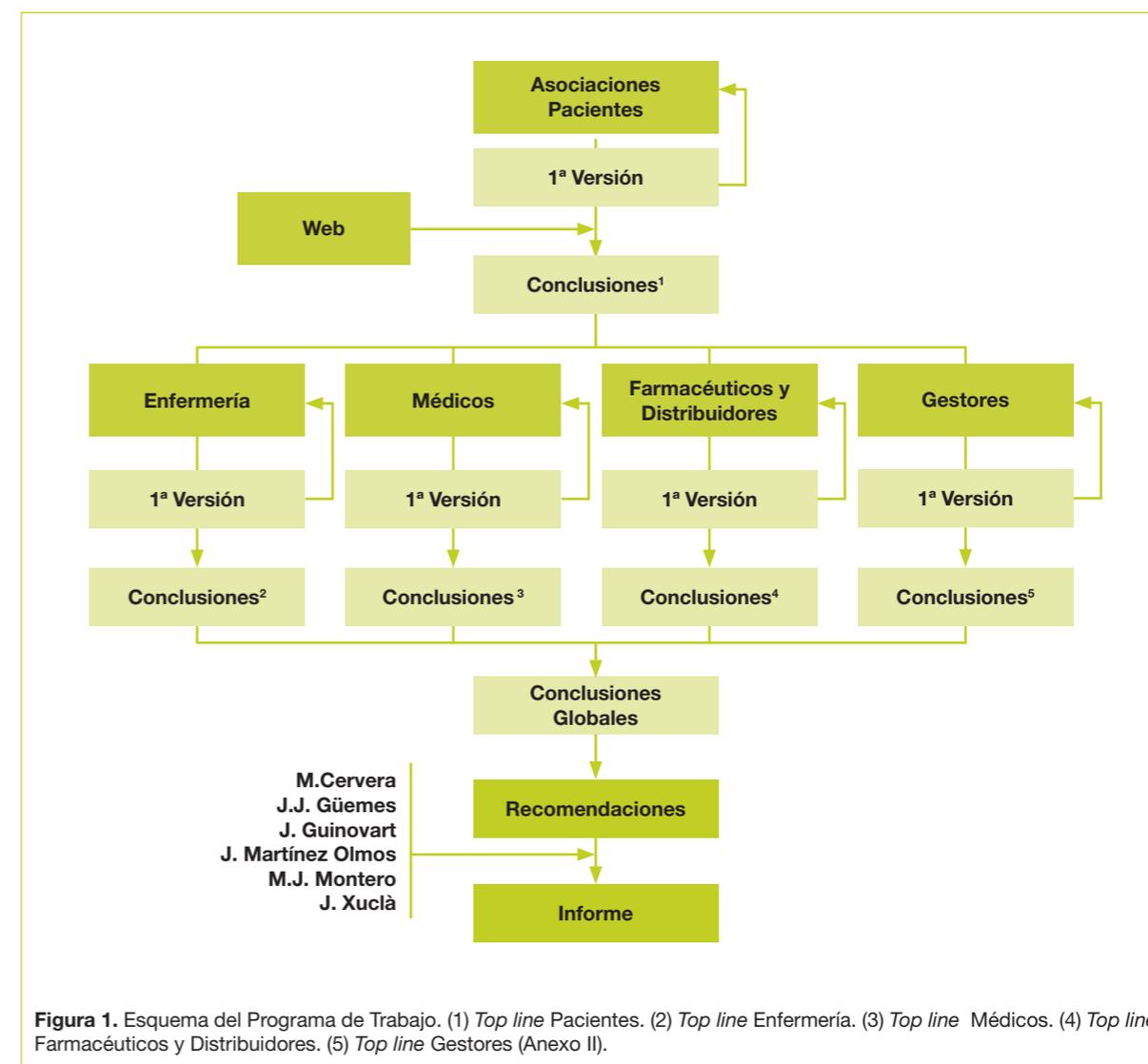
Por ello los pacientes fueron los protagonistas de la primera reunión. Las conclusiones extraídas de ese primer encuentro, se presentaron en las reuniones posteriores con los colectivos de médicos, enfermería, gestores hospitalarios, distribuidores y farmacéuticos (Figura 1).

Al mismo tiempo, el proceso de consultas incorporó dos elementos adicionales importantes. Por un lado, se abrió la posibilidad de que cualquier persona o entidad interesada pudiera enviar sus comentarios a través del correo electrónico de la web [www.informebernatsoria-abbott.com](http://www.informebernatsoria-abbott.com). Por otro lado, el Dr. Bernat Soria recopiló la opinión y la visión de representantes de la Administración Pública, tanto sanitaria como económica, a través de entrevistas en profundidad, cuyos comentarios han sido incorporados al análisis para elaborar el informe final de recomendaciones.

A partir de las aportaciones recogidas durante las reuniones celebradas con los expertos que representan a los distintos agentes del Sistema Nacional de Salud, se generaron informes con las principales conclusiones de cada reunión, que luego se enviaron a cada uno de los colectivos para recoger nuevas aportaciones e incorporarlas en el informe final. Todos ellos se pueden encontrar en un CD adjunto al informe (Anexo II).

Para cerrar el proceso, un representante de cada colectivo participó en una última reunión, cuyo objetivo fue revisar la documentación producida y consensuar las recomendaciones sobre el papel que debe jugar en el futuro Abbott y la Industria Farmacéutica en España en relación con el sistema sanitario de nuestro país.

Tras esta reunión de recomendaciones, se realizó un análisis crítico en profundidad de las conclusiones del proyecto, del cual nace el contenido de este informe. Para el desarrollo del mismo, se han tenido en cuenta informes anteriores de gran valor como son el Informe Abril Martorell (1990), el Informe Moya-Angeler (2008) o el más reciente Informe Vilardell (2010, Grup de Treball per a la Racionalització i el Finançament de la Despesa Sanitària, Document 2).



**Figura 1.** Esquema del Programa de Trabajo. (1) Top line Pacientes. (2) Top line Enfermería. (3) Top line Médicos. (4) Top line Farmacéuticos y Distribuidores. (5) Top line Gestores (Anexo II).

## 3. Participantes

### Líder del proyecto

**Bernat Soria**

Médico, investigador y catedrático de Universidad Exministro de Sanidad y Consumo de España (2007-2009).

### Moderador

**Olga Viza**

Periodista

### Participantes en Grupos de Discusión

**Asociaciones de pacientes**

(14 de julio de 2010)

**Santiago Alfonso Zamora**

Gerente de Acción Psoriasis

**Ángel Cabrera Hidalgo**

Presidente de la Federación de Diabéticos Españoles (FEDE)

**Claudia L. Delgado González**

Directora Nacional de la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER)

**Isabel Oriol Díaz de Bustamante**

Presidenta Nacional de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)

**Eva Pérez Bech**

Miembro de la Asociación de Trasplantados de Hígado

**Roser Romero Soldevila**

Secretaria de Organización de la Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE)

**Alejandro Toledo Noguera**

Presidente de la Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades Renales (ALCER) y Vicepresidente de la Alianza General de Pacientes (AGP)

**Enfermería**

(28 de julio de 2010)

**M<sup>a</sup> Ángeles Álvarez Soriano**

Matrona

**María García Franco**

Presidenta de la Sociedad Española de Enfermería Neonatal (SEEN)

**Misericordia García Hernández**

Presidenta de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG)

**Esther Gil-Zorzo**

Enfermera experta en Educación de Diabetes y Cronicidad

**Máximo Antonio González Jurado**

Presidente del Consejo General de Colegios de Enfermería

**Loreto Maciá Soler**

Profesora Titular de Enfermería, Universitat Jaume I

**Médicos**

(9 de septiembre de 2010)

**Emilio Alba Conejo**

Presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)

**Josep Basora Gallisà**

Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)

**Carlos Macaya Miguel**

Presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

**Juan José Rodríguez Sendín**

Presidente de la Organización Médica Colegial de España

**Ana Sánchez Atrio**

Vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Reumatología (SER)

**Julio Zarco Rodríguez**

Presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

**Farmacéuticos y distribuidores**

(14 de septiembre de 2010)

**Lluís Barenys de Lacha**

Presidente de la Federació Farmacèutica (FedeFarma)

**Jaime Carbonell Martínez**

Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alicante (COFA)

**Sofía Fuentes del Río**

Presidenta del Centro Cooperativo Farmacéutico (CECOFAR)

**Carlos González Bosch**

Presidente de la Sociedad Cooperativa Farmacéutica Española (COFARES)

**Carmen Peña López**

Presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España

**María Jesús Rodríguez Martínez**

Presidenta de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC)

**Gestores**

(19 de octubre de 2010)

**Alberto de Rosa Torner**

Director General del Grupo Ribera Salud (Empresa privada de gestión hospitalaria de la Comunidad Valenciana)

**Joaquín Martínez Hernández**

Director Gerente del Hospital 12 de Octubre (Madrid)

**Josep Monerde Junyent**

Director de Servicios Clínicos del Hospital Vall d'Hebron (Barcelona)

**Francisco Javier Torrubia Romero**

Director Gerente del Hospital Virgen de Rocío (Sevilla)

**Reunión de recomendaciones**

(29 de noviembre de 2010)

**Isabel Oriol Díaz de Bustamante**

Presidenta Nacional de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)

**Loreto Maciá Soler**

Profesora Titular de Enfermería, Universitat Jaume I

**Juan José Rodríguez Sendín**

Presidente de la Organización Médica Colegial de España

**Carlos González Bosch**

Presidente de la Sociedad Cooperativa Farmacéutica Española (COFARES)

**Joaquín Martínez Hernández**

Director Gerente del Hospital 12 de Octubre (Madrid)

## Participantes en Entrevistas

### Administración Sanitaria, Políticos y Otros sectores

**Manuel Cervera Taulet**

Consejero de Sanidad de la Comunidad Valenciana

**Juan José Güemes**

Presidente del Centro Internacional de Gestión Emprendedora de IE Business School

**Joan J. Guinovart Cirera**

Catedrático de Universidad, Presidente de la Confederación de Sociedades Científicas Españolas (COSCE)

**José Martínez Olmos**

Secretario General de Sanidad

**María Jesús Montero Cuadrado**

Consejera de Salud de la Junta de Andalucía

**Jordi Xuclà i Costa**

Diputado en el Congreso por la circunscripción de Girona, Grupo Parlamentario CIU

## Equipo de Trabajo

**Abbott España****Promotor del Proyecto****Esteban Plata**

Presidente y Consejero Delegado, Abbott España

**Belén López**

Directora del Área de Pacientes y Comunicación Estratégica

**Javier Boix**

Gerente de Comunicación Estratégica

**Asunción González**

Técnico de Comunicación Externa

**Romina Alvarez**

Asistente del Área de Pacientes y Comunicación Estratégica

**Ketchum Pleon****Comunicación del Proyecto****Ana González**

Directora Asociada

**Carolina Rodríguez**

Ejecutiva de Cuentas Senior

**Patricia Mansilla**

Ejecutiva de Cuentas

**HC BCN****Diseño Gráfico del Proyecto****Mònica Franzoni**

Directora de Cuentas

**Víctor Navarro**

Director de Arte

**Adelphi Targis****Secretaría Técnica del Proyecto****Maite Artés**

Directora General

**Adela Martín**

Directora del Área de Educación Médica

**Esther Lantigua**

Directora de Investigación de Mercado / Directora de Proyecto

**Jorge Allende**

Coordinador de Proyecto

**Rosi Morales**

Ejecutiva de Proyecto

## 4. Elaboración del Informe. Formato de capítulos y apartados

Con el fin de facilitar la comprensión del texto, los capítulos y apartados utilizan formatos distintos para describir el análisis de la situación (*state of the art*), las opiniones de los *Stakeholders* en cursiva, las recomendaciones y los comentarios del autor en recuadro azul.

Las notas a pie de página remiten a la bibliografía utilizada o al Anexo II que amplía la información.

Para elaborar el Informe se organizaron una serie de reuniones, que contaron con más de 35 representantes de los distintos agentes del Sistema Nacional de Salud. Se diseñó una metodología específica de trabajo encaminada a conocer las preocupaciones y recomendaciones de los expertos al Sistema Nacional de Sanidad y de la Industria Farmacéutica. Esta metodología y el presente documento han sido elaborados por Bernat Soria, con la colaboración de la consultora Adelphi Targis S.L.

Dado el objetivo del estudio, se optó por una aproximación cualitativa, donde se utilizaron dos metodologías diferentes. Por un lado, se realizaron cinco *Focus Groups*, uno por cada uno de los siguientes colectivos: pacientes, enfermería, médicos, distribuidores y farmacéuticos y gestores. Cada grupo, que reunía entre seis y nueve participantes, resultó adecuado para facilitar la asociación espontánea de ideas, el discurso libre, la interacción entre los asistentes y el contraste de opiniones a partir de técnicas de proyección y de evaluación.

Por otro lado, se realizaron entrevistas en profundidad con representantes de la Administración Sanitaria, políticos y profesionales específicos de especial relevancia para este estudio. Esta metodología permitió entrevistas en profundidad con representantes de la Administración Sanitaria, políticos y profesionales específicos de especial interés para este estudio. Esta metodología permite profundizar en las actitudes, motivaciones y comportamientos de forma más personalizada y tratar temas que en un grupo no serían pertinentes. Estas aportaciones fueron recopiladas durante las reuniones celebradas entre julio y diciembre de 2010.

Con todo, esto no significa que todos los participantes, de deliberada composición plural, tengan que identificarse con la literalidad del documento final, ni siquiera con la selección de los temas identificados como candentes.

Desde Abbott queremos agradecer las aportaciones de los agentes participantes en el desarrollo de este proyecto, sin los cuales no habría sido posible realizar este informe.

## 5. El rol de Abbott

Abbott, con motivo de la celebración de sus 60 años en España, ha promovido la realización del análisis que debe jugar en los próximos años la compañía en particular y la Industria Farmacéutica en general para garantizar la calidad del sistema sanitario español y contribuir a su sostenibilidad.

Este proyecto parte de la inquietud de facilitar un debate que integre las opiniones de los diferentes agentes que componen el Sistema Nacional de Salud.

Para ello, hemos tenido el placer de contar con la colaboración de dos grandes profesionales: el Dr. Bernat Soria, exministro de Sanidad del Gobierno de España y la periodista Sra. Olga Viza quien ha moderado los debates con los distintos agentes, entre los que se incluyen más de 35 expertos.

### Vía libre para realizar el informe

Abbott ha creado las condiciones para que tanto el Dr. Bernat Soria como la Sra. Olga Viza se sintieran completamente libres para el desarrollo de este proyecto con el que se pretende conocer de primera mano qué dirección marcan los distintos agentes que componen el Sistema Nacional de Salud para así contribuir al desarrollo de una sanidad mejor y más sostenible, siempre en beneficio del usuario final de la sanidad pública: el paciente.

# III. El Sistema Nacional de Salud

## 1. Introducción

El **Sistema Nacional de Salud** es el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA) que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

La Ley General de Sanidad, del 25 de abril de 1986<sup>1</sup>, instauró el Sistema Nacional de Salud mediante la integración de diversos subsistemas sanitarios públicos, dejando atrás el sistema existente de seguridad social (financiado por las empresas y/o trabajadores y ligado a la asistencia de los trabajadores y sus familias) para pasar a ser un Sistema Nacional de Salud (solidario, es decir, financiado con los impuestos de todos los ciudadanos y con cobertura universal). Otras leyes posteriores<sup>2</sup> ampliaron y definieron el contexto, la estructura y las competencias del Ministerio de Sanidad<sup>3</sup>.



Figura 2. Transición de un Sistema de Seguridad Social a un Sistema Nacional de Salud

La finalidad del Sistema Nacional de Salud es, según el artículo 1, “la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución”.

1. Ley General de Sanidad (1986)  
2. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003); Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (2006)  
3. Aunque el Ministerio de Sanidad llevó asociado Consumo hasta 2009 y con posterioridad ha recibido otras competencias (Políticas Sociales, Igualdad), en este Informe nos referiremos al Ministerio de Sanidad para centrarnos solamente en las competencias de tipo sanitario.

Las principales características de este modelo son:

- Financiación pública con cargo a impuestos, universalidad<sup>4</sup> y gratuidad<sup>5</sup> de los servicios sanitarios<sup>6</sup>.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas.
- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.

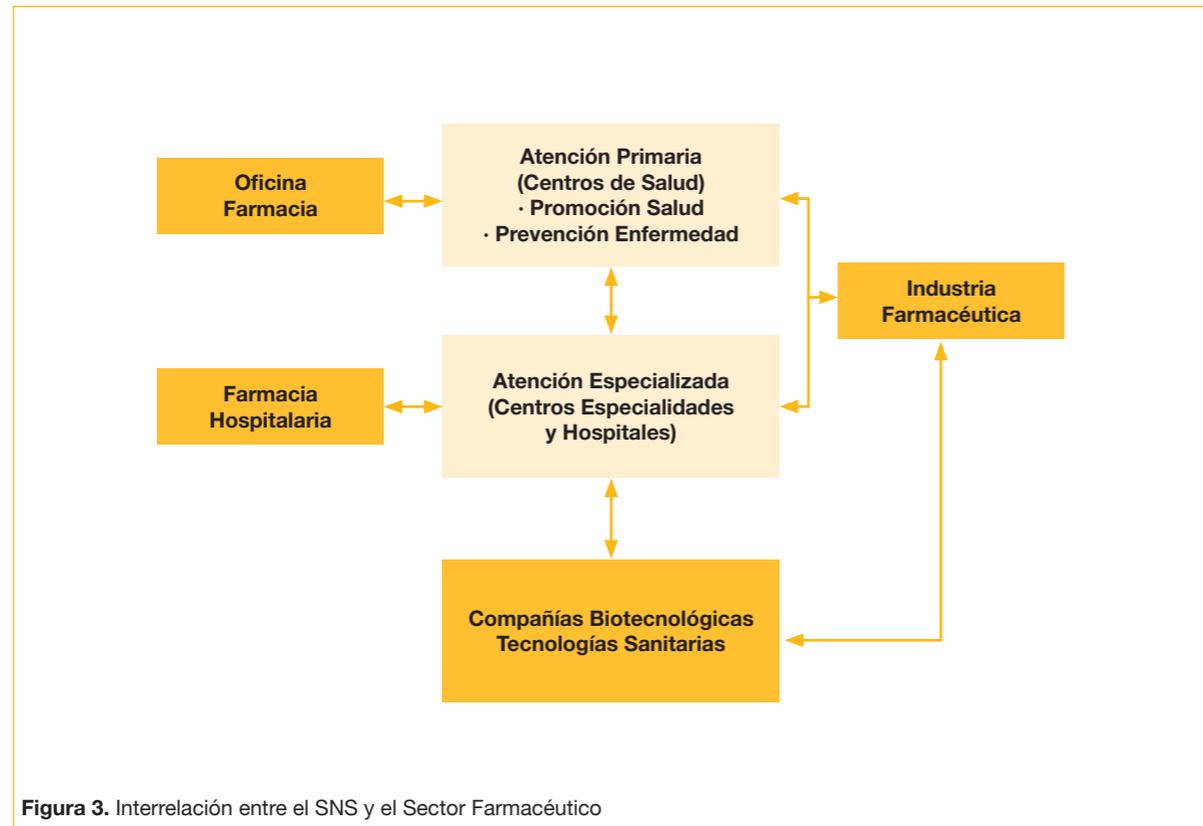


Figura 3. Interrelación entre el SNS y el Sector Farmacéutico

4. Aunque está extendida la idea de que la cobertura es universal, eso no es así. Se estima que entre 200.000 y 250.000 ciudadanos españoles no disponen de cobertura por el Sistema Nacional de Salud.  
5. Existe copago de la prestación farmacéutica en población activa y en mutualidades (MUFACE, ISFAS, etc.).

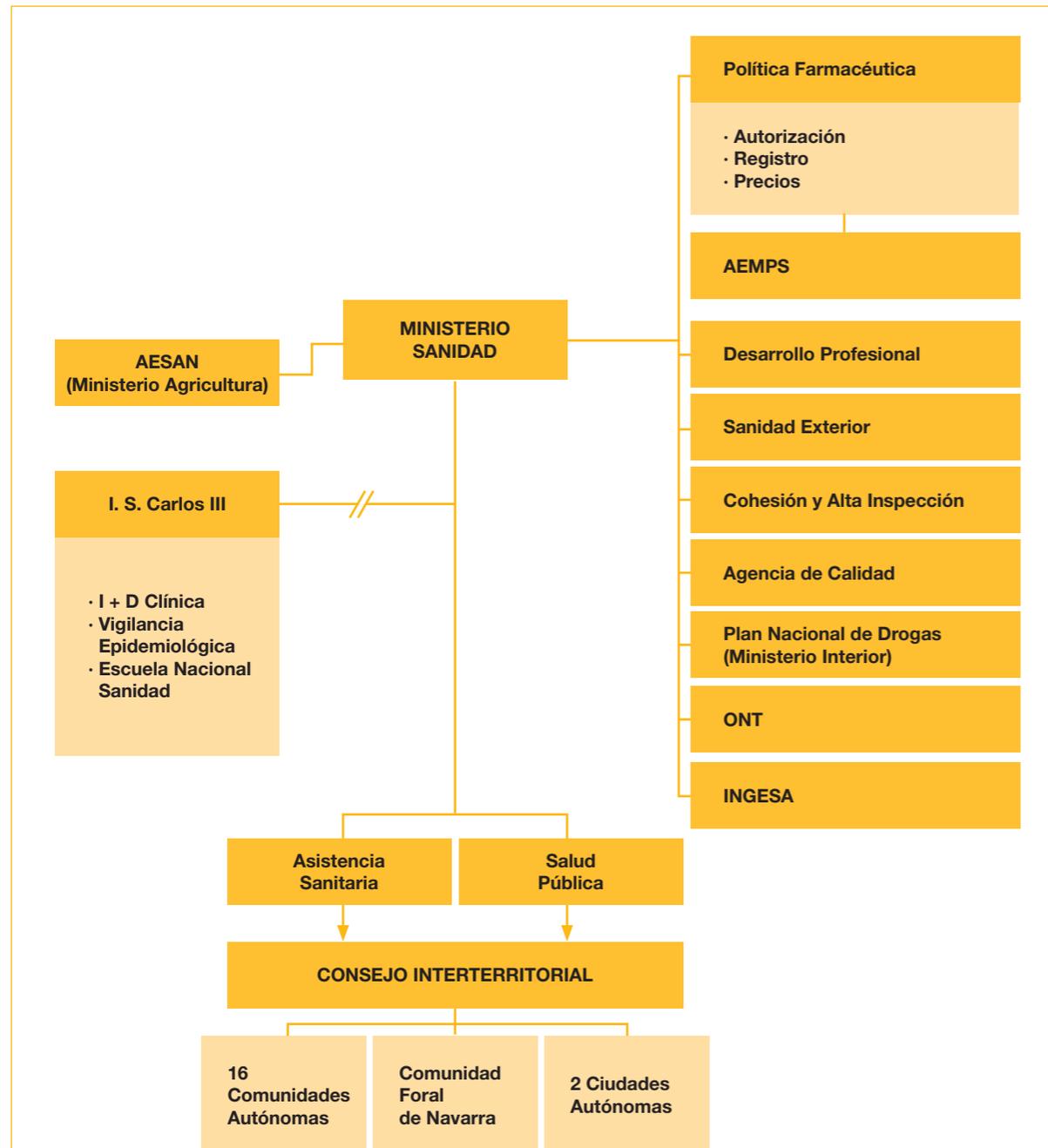
### Competencias del Ministerio de Sanidad

Existe la idea equivocada de que, puesto que las competencias en materia de asistencia sanitaria están transferidas a las Comunidades Autónomas, el Ministerio de Sanidad carece de competencias. Hay quien incluso ha defendido su desaparición.

Igual que otros departamentos del Gobierno de España, el Ministerio de Sanidad posee competencias exclusivas (política farmacéutica, sanidad exterior, representación de España en el Consejo de Ministros y otros organismos de la Unión Europea, OMS, etc.), competencias compartidas (salud pública, desarrollo profesional, etc.) y es responsable de la coordinación y cohesión del Sistema Nacional de Salud a través del Consejo Interterritorial. Estrategias comunes como el Plan Nacional de Drogas, la Organización Nacional de Trasplantes, la interoperabilidad de la Sanidad Electrónica o la correcta gestión de las alarmas sanitarias, no serían posible sin un Ministerio de Sanidad. Es, por tanto, el garante del cumplimiento no sólo del artículo 43 sobre el derecho a la protección de la salud, en lo que respecta a la asistencia sanitaria y a las políticas de salud pública, sino del 139, que garantiza que todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones (a su vez contenidos en los Artículos 1 y 2 sobre la igualdad y el artículo 138 sobre la solidaridad territorial).

Al tratarse de un Ministerio muy regulador y poco inversor, su presupuesto es inferior al de otros departamentos, aunque no así sus funciones. En la práctica regula y coordina una de las partidas de gasto más grandes del Estado: el gasto sanitario en 2006 fue superior a 80.000 millones de euros. En el primer gobierno de UCD, se asoció a Trabajo (Trabajo y Seguridad Social), hasta que con el primer gobierno socialista adquirió carta de naturaleza junto a Consumo. En abril de 2009 se le agregaron las Políticas Sociales y, a partir de 2010, la Igualdad. Alguno de los expertos consultados ha sugerido que las políticas de Sanidad y Bienestar Social deberían agruparse en un solo Ministerio.

6. El SNS dispone de una de las carteras de servicios (aprobada por el Consejo Interterritorial) más completa del mundo. Sin embargo, no todo está incluido: por ejemplo, con excepción de la población de 5 a 15 años, la atención bucodental no está incluida, como tampoco lo están las dietas especiales para celíacos y otras prestaciones. Dentro de la cartera de prestaciones del Sistema Nacional de Salud español destaca la prestación farmacéutica, una de las más amplias del mundo, ya que incorpora la práctica totalidad de los medicamentos.



**Figura 4.** Estructura del Ministerio de Sanidad. AEMPS: Agencia Española de Medicamento y Productos Sanitarios. AESAN: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. ONT: Organización Nacional de Trasplantes. INGESA: Instituto de Gestión Sanitaria (responsable de la asistencia sanitaria en Ceuta y Melilla).

### El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, creado por la Ley General de Sanidad en 1986, es según establece la Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003, el órgano permanente de coordinación, cooperación y comunicación entre la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas. Su misión es promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado. En el Pleno del Consejo Interterritorial, que preside el Ministro de Sanidad, están representadas las 16 Comunidades Autónomas, la Comunidad Foral de Navarra y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Se reúne con una periodicidad trimestral o superior cuando así lo exigen las decisiones. El funcionamiento de la Comisión Delegada, que reúne el trabajo de varias Comisiones Técnicas (tanto en la Comisión Delegada como en la Técnicas están representadas las instituciones anteriores), es frecuente que genere consensos muy amplios, cuando no la unanimidad. Sin embargo, el Consejo Interterritorial es también un órgano de debate político donde los distintos partidos expresan posturas contrapuestas. Si se desea que el Consejo Interterritorial sea un órgano ejecutivo cuyas decisiones sean seguidas por todas las Comunidades Autónomas sería deseable que el voto fuese ponderado al peso real de la población o al tamaño de su representación parlamentaria y que los responsables autonómicos asumiesen sus resoluciones. Aunque esta necesidad se expresa públicamente una y otra vez por diversas organizaciones no parece probable que se alcance un consenso que se visualiza muchas veces como una disminución de competencias. Este debería ser uno de los puntos de acuerdo del Pacto por la Sanidad: dotar al Consejo Interterritorial de capacidad ejecutiva en determinados puntos, dejando las labores de coordinación para el resto.

Así pues en este contexto, todos los estudios sitúan a la sanidad pública española entre las cinco o siete más eficientes entre los países más desarrollados<sup>7</sup>.

En 2006 el gasto público en salud supuso en España alrededor del 6 por 100 del PIB, mientras que la suma entre público y privado es del 8,4%, lo que suma un coste por ciudadano de alrededor de 1.800 euros al año. Este valor se encuentran entre el 11,1% de Francia y el 7,3% de Luxemburgo y cerca de la media de la Europa de los 15 (9,6%).

En 2008, el gasto sanitario alcanzó 9,0% en España del PIB, similar al promedio de los países de la OCDE. Por debajo de Estados Unidos (16,0%), Francia (11,2%), Suiza (10,7%) y Alemania y Austria (los dos con 10,5%) y del promedio de la OCDE en términos de gastos totales per cápita (2.902 USD ajustado por poder de paridad de compra), mientras que el promedio en la OCDE alcanza 3.060USD.

7. Health Affairs 27: 58-71, 2008; British Medical Journal 323(7308):307-10, 2001; WHO World Health Report 2000. Health Systems. Improving Performance

### ¿Es el Sistema Nacional de Salud español uno de los mejores del mundo?

Si bien es cierto que el Sistema Nacional de Salud está considerado por los expertos como uno de los mejores del mundo en cartera de servicios, mortalidad perinatal y otros indicadores, cuando se utiliza el criterio "amputación del pie diabético" introducido por la OCDE (OECD Health 2009. Comparing health statistics across OECD countries. Disponible en: [www.oecd.org](http://www.oecd.org)) España, con 26 amputaciones por 100.000 habitantes se sitúa en el lugar 19 de los 20 países analizados. El último país de la escala es EEUU con 36 amputaciones por 100.000 habitantes, el que más recursos dedica a la asistencia sanitaria (16% del PIB) y menos a la prevención. Este indicador puede estar reflejando la ausencia de políticas eficaces en medicina preventiva.

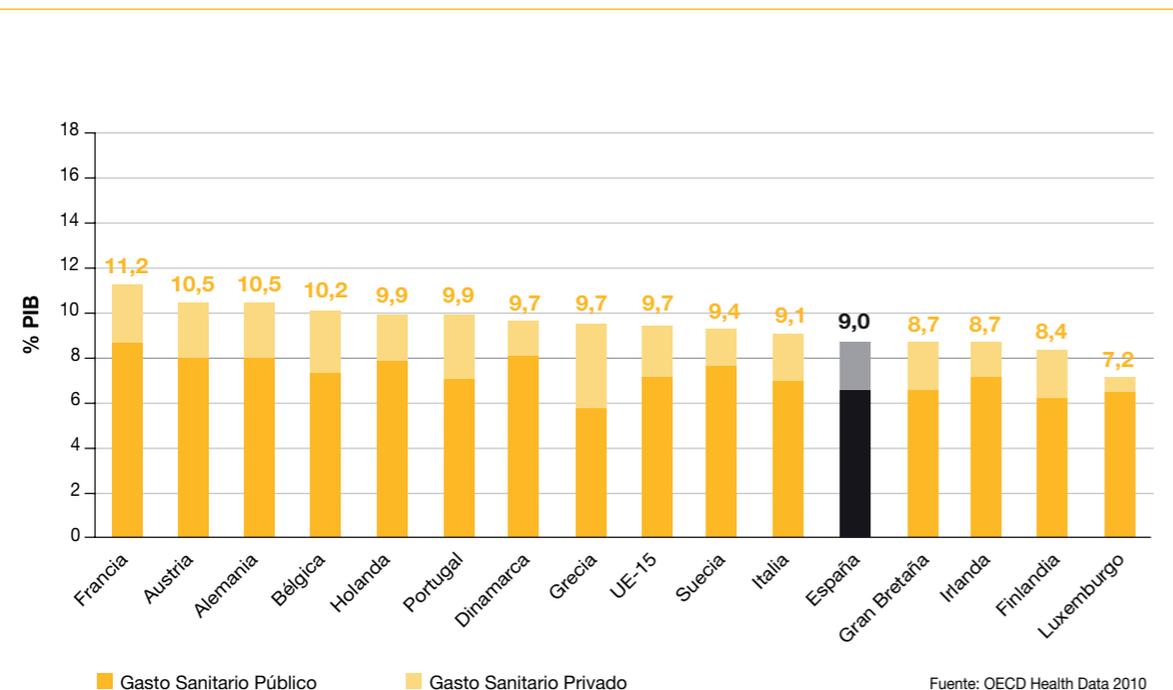


Figura 5. Gasto sanitario privado y público europeo.

Este presupuesto que supone entre el 30 y el 40% del gasto de las Comunidades Autónomas (CCAA) se distribuye de la siguiente forma: servicios hospitalarios, 54,2%; Atención primaria, 15,1%; Farmacia, 21,5%; gastos financieros, 3,8%; servicios de salud pública, 1,2%, etcétera.

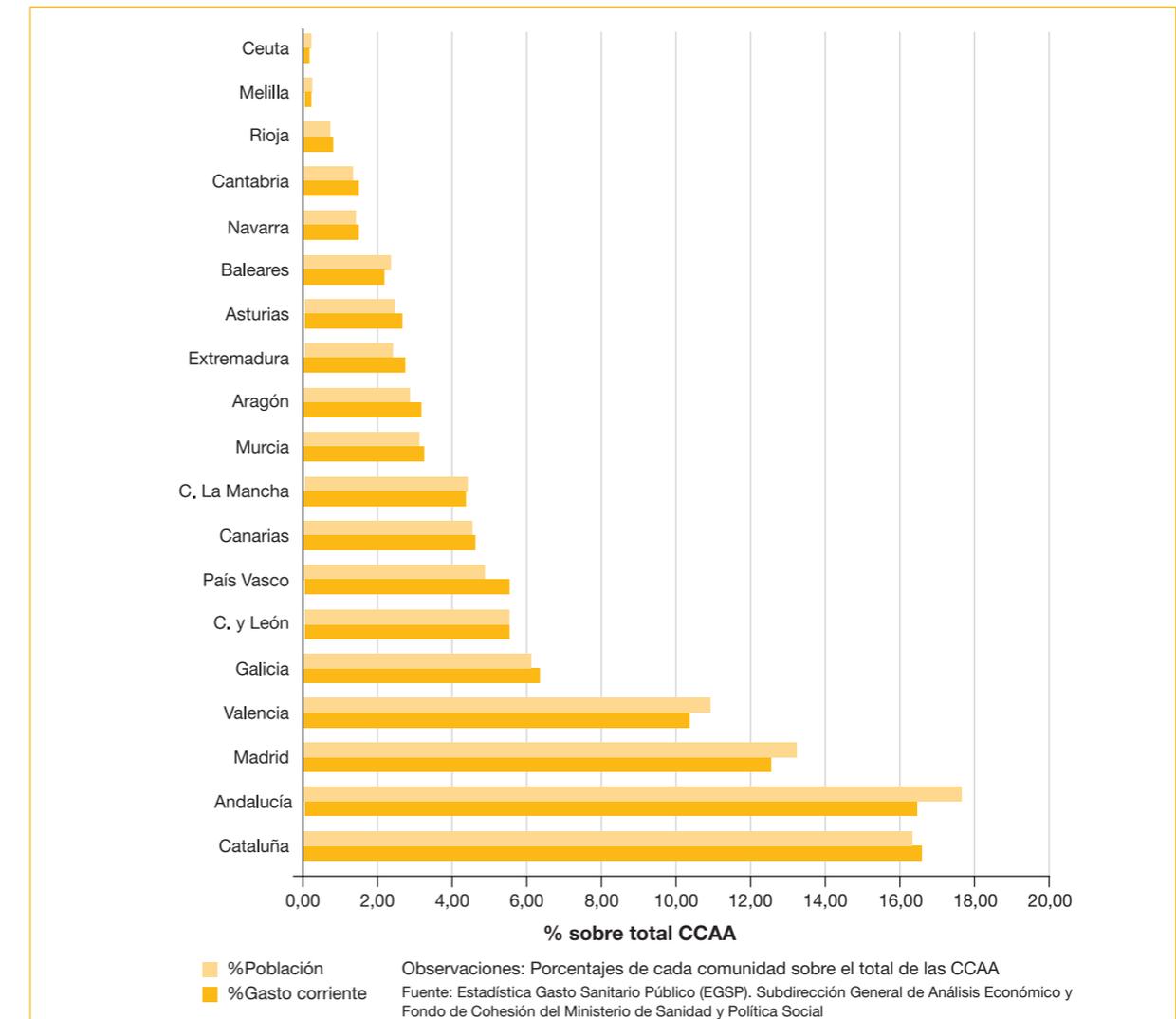
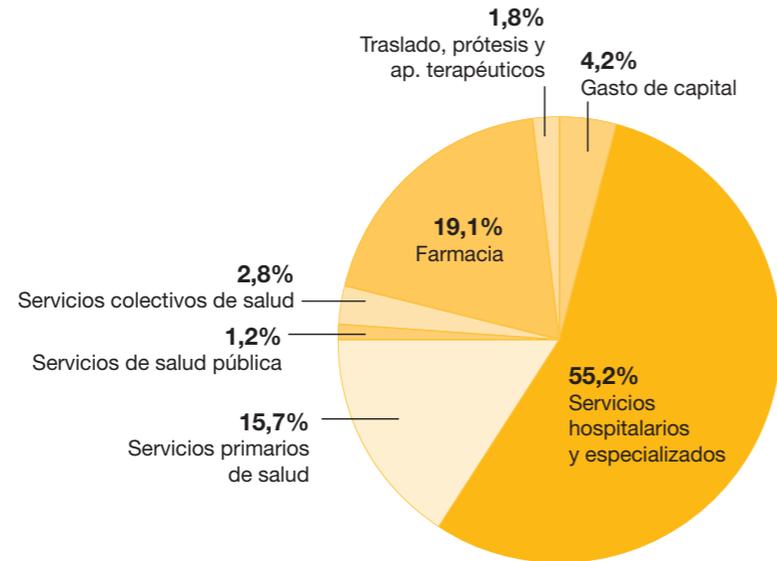
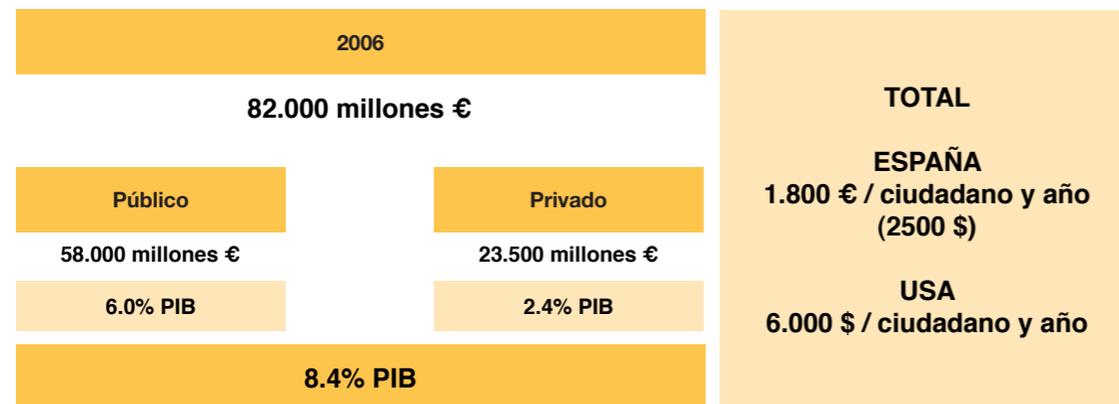


Figura 6. Porcentajes de población y gasto sanitario público



Fuente: Gasto sanitario público 2002-2008. Ministerio de Sanidad y Política Social

Figura 7. Gasto sanitario público



Fuente: Ministry of Health and Consumer Affairs. Public Health Expenditure Statistics, 2006.

Figura 8. Gasto sanitario público y privado.

% gasto CCAA s/PIB					
	2003	2007		2003	2007
<b>Andalucía</b>	6,05	6,12	<b>Valencia</b>	5,16	5,46
<b>Aragón</b>	5,06	5,28	<b>Extremadura</b>	8,15	8,81
<b>Asturias</b>	6,54	6,23	<b>Galicia</b>	6,39	6,41
<b>Baleares</b>	4,08	4,64	<b>Madrid</b>	3,32	3,65
<b>Canarias</b>	5,59	6,01	<b>Murcia</b>	5,86	6,53
<b>Cantabria</b>	6,28	6,21	<b>Navarra</b>	4,59	4,66
<b>Castilla y León</b>	5,57	5,44	<b>País Vasco</b>	4,49	4,65
<b>Castilla La Mancha</b>	6,05	6,80	<b>Rioja</b>	4,65	7,16
<b>Cataluña</b>	4,25	4,56	<b>Media CCAA</b>	4,76	5,21

Fuente: Estadística Gasto Sanitario Público. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Nacional de Estadística

Figura 9. Gasto sanitario público como porcentaje PIB por Comunidades Autónomas

La distribución autonómica del gasto sanitario en función del PIB es también heterogénea. Mientras que Extremadura dedica más del 8% de su PIB a sanidad, Madrid dedica menos del 4%.

## 2. Sector privado

A diferencia de otros países<sup>8</sup> en nuestro Sistema Nacional de Salud conviven el sector público y el privado. El sector privado español tiene diversos formatos.

### Sectores concertados con el sector público

a. Prestación privada de determinadas prestaciones de la cartera de servicios.

- Prestación farmacéutica: producción, distribución y dispensación.
- Transporte.
- Servicios “hoteleros”: limpieza, comidas, etcétera.

b. Sector privado concertado con el sector público.

- Existen instituciones sanitarias propiedad de fundaciones, órdenes religiosas, privados o de otras instituciones, que concertan con el sector público la prestación asistencial.
- Concierto para la prestación de servicios como la hemodiálisis o la interrupción del embarazo.

c. Sector privado que gestiona hospitales públicos.

- Modelo Ribera Salud.

d. Empresas públicas.

- Hospital del Alto Guadalquivir.
- Hospital Costa del Sol.

e. Concertación mediante canon anual de la construcción y servicios no médicos de un hospital.

8. Canadá carece de sector privado. Los médicos privados pueden ejercer sí y solo sí cumplen con sus cuotas estatales. Estas cuotas son calculadas para que un médico se dedique a atender a la gente en hospitales públicos, es decir, no disponen de mucho tiempo para atender a los pacientes privados.

## Sector privado

Muchos ciudadanos, sobre todo en ciertas Comunidades Autónomas como Madrid, Cataluña y Baleares, mantienen un seguro médico privado a la par que son usuarios del sistema público. Se trata de un sistema subsidiario del público, ya que se utiliza sólo para ciertos servicios: enfermedades crónicas, obstetricia y ginecología, pediatría, etc., pero que en caso de hospitalización o para casos más graves se utiliza el sistema público.

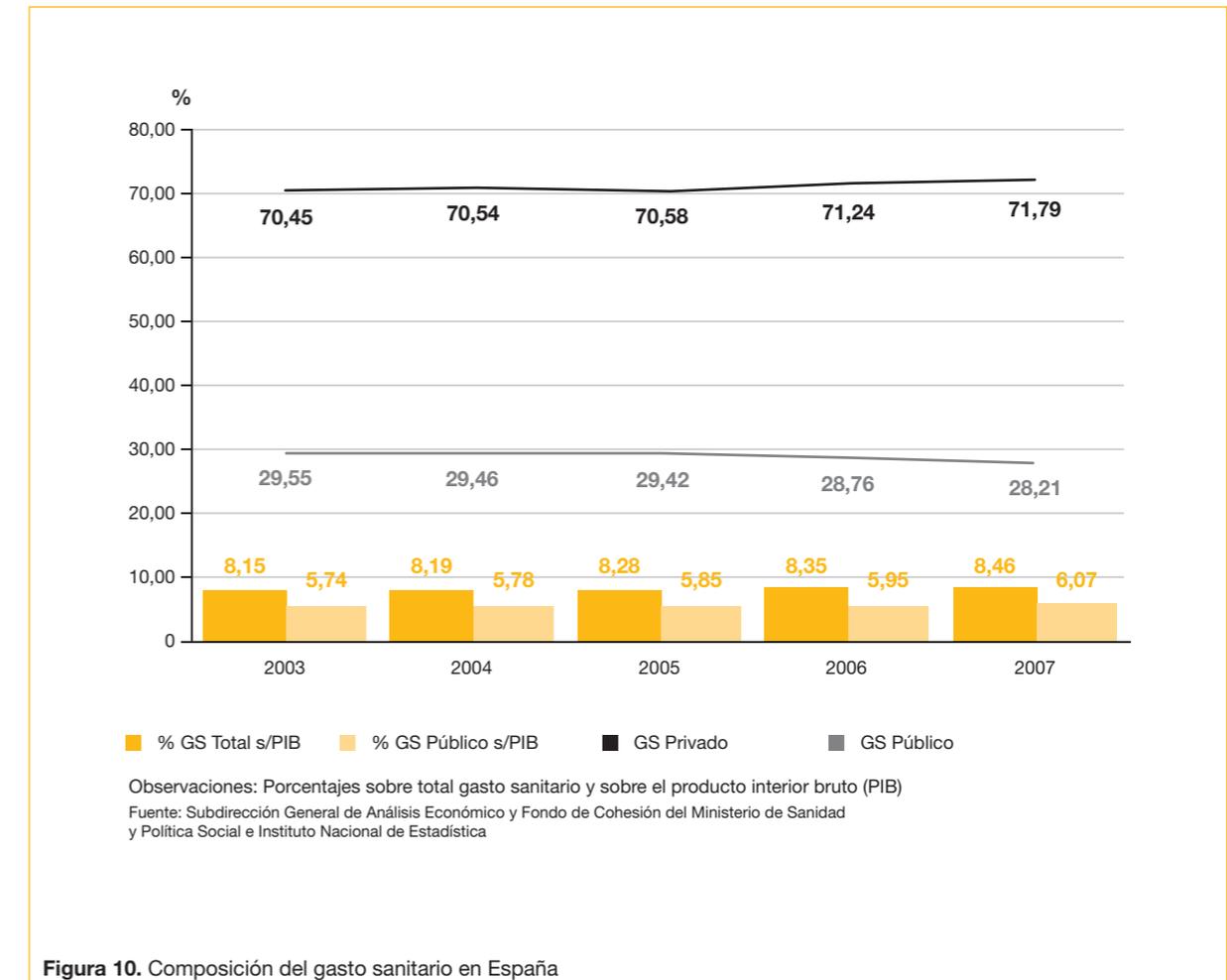


Figura 10. Composición del gasto sanitario en España

### 3. Situación económica y sectores estratégicos

El período 1997-2007 se caracterizó por el éxito de la economía española, con un crecimiento superior a la media de EEUU y eurozona, crecimiento del empleo, y un superávit de las cuentas públicas. La economía española se convirtió en la 7ª economía mundial y, a su vez, España se convirtió en el 6º mayor inversor neto en el extranjero, 8º mayor receptor de inversión extranjera, 10º país con mayor volumen de inmigrantes, 13º en el Human Democracy Index y 16º en el EIU's Democracy Index. A pesar del éxito económico, el modelo productivo español se caracterizaba en 2007 por un peso excesivo del sector de la construcción (9,9% del valor Añadido Bruto, duplicando el de la eurozona), un alto déficit Exterior (8,8% del PIB, 2006), deterioro de la competitividad, baja productividad e insuficiente inversión en tecnologías<sup>9</sup>.

En 2008 empieza una crisis financiera internacional (hipotecas subprime EEUU, valores estructurados, extensión a Islandia, Irlanda, Reino Unido, etc.), seguida de una crisis económica internacional en la que aún nos encontramos. En España la crisis se ha caracterizado por una disminución de la actividad industrial, el aumento del desempleo (del 9 al 20%) y las necesarias medidas de ajuste<sup>10</sup>.

En 2010 España se situaba en el duodécimo lugar en cuanto al PIB (detrás de EEUU, China, Japón, Alemania, Francia, Reino Unido, Italia, Brasil, Canadá, Rusia e India) y en el lugar 27º en PIB/habitante, por debajo de Japón y Corea del Sur y por encima de Italia e Israel.

9. Informe Moya-Angeler (2008) *Farmaindustria*

10. Fundación IDEAS

### Valor estratégico del Sistema Nacional de Salud

#### Valor Estratégico del Sistema Nacional de Salud

*El Sistema Nacional de Salud no es solamente un garante de la asistencia sanitaria, y por lo tanto del estado de salud del país. Más allá de esa función dicho sistema representa un valor estratégico, como otras infraestructuras del Estado necesarias para una adecuada actividad económica.*

*Por un lado garantiza la salud laboral de los trabajadores y, por tanto, aumenta la productividad de los mismos, además de:*

- a. Permitir que los ciudadanos puedan asumir otros riesgos (compra de vivienda, etc.) al contar con cobertura sanitaria garantizada públicamente.*
- b. Generar empleo de alta calidad no deslocalizable.*
- c. Ser una fuente directa de riqueza por el retorno de la inversión (aproximadamente de un 40%).*
- d. Tratarse de un nicho para la diversificación de la actividad industrial: Biotecnología, Industria Farmacéutica, Servicios e Industria Turística.*

La salud, la Industria Farmacéutica y la biotecnología son sectores que se plantean como estratégicos en el cambio del modelo productivo de España para los próximos años<sup>11</sup>.

La biotecnología, como palanca e impulso económico, es un sector con potencial para movilizar y transformar industrias tradicionales como la de la alimentación, la química o la farmacéutica. Se estima que el 50% de los productos que están en fase de investigación clínica en todo el mundo tienen origen biotecnológico. Se trata de una actividad fundamental para el cambio de modelo productivo y, aunque hablamos de un sector emergente que únicamente supone en España el 1,2% del PIB, su evolución va a ser determinante.

En España hay ejemplos claros de los buenos resultados obtenidos por algunas Comunidades Autónomas tras su apuesta decidida por la biotecnología. Cataluña y Andalucía han apostado por el sector, lo que se refleja en el ratio de creación de empresas que ambas comunidades lideran. Destaca también Navarra, que se ha unido al pelotón de cabeza autonómico en el impulso biotecnológico. En estos momentos, sus empresas pueden realizar el ciclo completo de desarrollo farmacéutico: descubrimiento, producción y puesta en el mercado<sup>12</sup>.

11. Ministerio de Ciencia e Innovación. Orden 1337/2010 (BOE 22 Mayo 2010-Anexo I)

12. Entrevista a Rafael Camacho. Director general de la Fundación Genoma España

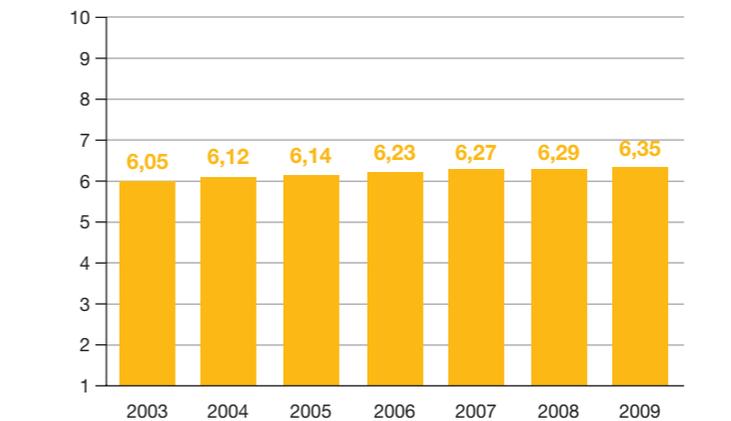
Main variables	Less than 250 employees	More than 250 employees	Total 2008	Total 2007	Growth rate
Companies engaged in biotechnology-related activities	861	81	942	764	23,3%
Companies for which biotechnology is the major and/or exclusive focus	287	18	305	257	18,7%
Companies engaged in R&D activities in the field of biotechnology	609	53	662	561	18,0%
Total employment	29.936	78.438	108.374	103.911	4,3%
Business income (million euros)	6.700	24.402	31.101	26.149	18,9%
Employees engaged in biotechnology R&D (total persons)	4.751	1.651	6.402	5.228	22,5%
Internal private expenses on biotechnology R&D (in k€)	317.090	143.563	460.653	376.146	22,5%
Companies applying biotechnology patents	11	11	11	11	-
Number of patent applications	213	52	265	302	-12,3%

Fuente: ASEBIO: "Informe anual 2009" (Julio 2010)

Figura 11. El sector Biotecnológico en España

## 4. Valoración del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud español, tal y como lo conocemos, inició su andadura con la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986, hace ahora 25 años. Muchos son los cambios acontecidos desde entonces.



Fuente: Barómetro Sanitario 2009. Agencia de calidad del SNS – Instituto de Información Sanitaria

Figura 12. Grado de satisfacción de los ciudadanos con respecto al Sistema Sanitario Público (Escala 1-10)

La satisfacción general con el funcionamiento del sistema sanitario en España es elevada y, al mismo tiempo, compatible con la opinión de que el funcionamiento del actual sistema es mejorable. Lo más valorado por los ciudadanos son los profesionales sanitarios (9 sobre 10) y lo menos valorado las listas de espera. Se trata de una de las instituciones más valoradas, junto con las Fuerzas Armadas, los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y la Casa Real.

El proceso que comenzó lentamente con la integración progresiva de los diversos subsistemas sanitarios públicos para dar una cobertura equitativa y universal a todos los ciudadanos, ha conseguido muchos logros situándose entre uno de los sistemas sanitarios más valorados del mundo.

Los participantes de este informe coinciden en que nuestro Sistema Nacional de Salud es:

- “Un patrimonio importante cuya prioridad es garantizar la salud, que puede estar poco valorado por sus usuarios, quienes conciben la cobertura sanitaria como un derecho adquirido”

- *“Un sistema concebido para ofrecer una buena calidad de vida a sus usuarios, pero que debido a los constantes obstáculos, entre ellos, cambios legislativos, financiación, gestión, etc., no ha terminado de consolidarse”*
- *“Como Sistema Nacional de Salud, es en sí mismo, un indicador de bienestar”*

En general, todos los agentes del Sistema Nacional de Salud, tanto pacientes como profesionales sanitarios, gestores y Administración, tienen un alto concepto del mismo, y las características más valoradas son su:

- *Naturaleza universal: comprende a la totalidad de la población española y otorga derecho universal a la asistencia sanitaria para los ciudadanos españoles y residentes.*
- *Equidad: todos los ciudadanos reciben la misma calidad de servicio, en términos de acceso a la salud, y utilización de la asistencia sanitaria, e igualdad de gasto sanitario per cápita.*
- *Accesibilidad: es un sistema gratuito financiado por los impuestos de los ciudadanos, con una de las mayores carteras de prestaciones de servicios sanitarios del mundo en la actualidad.*

Los participantes coincidieron en que hay que trabajar para mantener estas características en el tiempo bajo la titularidad pública en la cual surgieron, para poder conservar la identidad y el valor del actual modelo de sanidad español.

Asimismo, todos los colectivos participantes en el informe coinciden en que actualmente es uno de los mejores modelos de sistema sanitario del mundo y que debemos preservarlo para que pueda continuar siéndolo. Sin embargo, a pesar de reconocer la valía del Sistema Nacional de Salud, los diferentes agentes participantes en el Informe consideran necesario realizar una revisión de los distintos aspectos que son susceptibles de un proceso de renovación y actualización del modelo a la realidad actual, para optimizar y mejorar su funcionamiento y eficiencia.

## 5. Debilidades señaladas en el modelo actual del Sistema Nacional de Salud

### Análisis de la situación

Los recursos y partidas presupuestarias dedicadas al Sistema Nacional de Salud se han visto reducidos debido a la situación de crisis económica global. Esta situación, que no se sabe con certeza hasta cuándo se puede prolongar, es una razón más de peso para optimizar los recursos disponibles, de manera que sean más efectivos y eficientes.

Con este fin, se ha realizado una reflexión sobre aquellos puntos susceptibles de mejora en el Sistema Nacional de Salud, aquellos necesitados de una actualización o aquellos que requieren sustitución por otros servicios más eficientes.

### Comentarios de Stakeholders

Fruto de las reuniones y el debate que llevaron a la creación de este Informe, se señalaron distintas áreas como mejorables dentro del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, como son:

#### 1. Sobre el rol del paciente

- *Los profesionales del Sistema Nacional de Salud reconocen al paciente como el eje central del sistema, aunque en la práctica diaria no se le considera ni otorga la importancia suficiente.*
- *Los pacientes se consideran a sí mismos como un agente social implicado en el modelo sanitario que puede cambiar cosas y que quiere ser parte implicada en el cambio sanitario. Sin embargo, denuncian que su participación se ve muy limitada y no se les da ni la importancia ni el peso que, como beneficiario final del sistema, deberían tener.*
- *La práctica totalidad de los profesionales sanitarios, opinan que para conseguir un funcionamiento más eficiente y una mejor adaptación a las necesidades del paciente es*

*necesario que los mismos pacientes participen más activamente y se les reconozca como agentes de cambio en las administraciones públicas.*

## Cambio de modelo en el ejercicio de la medicina

*El paciente es una figura que ha evolucionado de manera significativa en los últimos tiempos debido a un aumento en las expectativas de calidad de vida, y a un aumento de la información de la que dispone, en una sociedad cada vez más comunicada a través de las nuevas tecnologías. Los pacientes han dejado de actuar como entes pasivos para convertirse en agentes activos que quieren participar de las decisiones de sus terapias y estar informados de los tratamientos y opciones que tienen a su disposición.*

## Corresponsabilidad del paciente en la gestión de su salud

*El colectivo de profesionales sanitarios da la bienvenida a esta situación en su mayoría, con una matización: el paciente debe tener un rol más decisivo y participativo en su tratamiento y en su paso por la sanidad, pero a la vez debe también corresponsabilizarse de los resultados de salud, creando así un vínculo que refuerce el compromiso con el autocuidado y el cumplimiento terapéutico del paciente. En definitiva, el paciente debe erigirse como usuario “responsable” de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.*

## 2. Potenciar la prevención

*Se requiere implementar un modelo de sistema preventivo con una visión holística de la enfermedad, no sólo desde el tratamiento, sino desde la prevención.*

*España es uno de los países de la OCDE que menos invierte en prevención sanitaria. Según un informe publicado por este organismo<sup>13</sup>, España sólo destinó a prevención y programas de salud pública un 1,4% de su gasto sanitario frente a la media de todos los países, que se situó en un 3,1%<sup>14</sup>.*

*La prevención comprende un amplio espectro de actuaciones: identificación de riesgos, identificación de hábitos no saludables, programas de concienciación, etc. A pesar de la evolución de la medicina preventiva en las últimas décadas, todavía queda un gran camino por recorrer, sobre todo en patologías de gran prevalencia y consumo de recursos como son las enfermedades crónicas.*

13. Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition.

14. Según el Informe Vilardell 2 este dato puede ser una infraestimación de la realidad, ya que no considera la aportación de la Atención Primaria a la Medicina Preventiva.

## 3. Salud en todas las políticas

### Política sanitaria: algo más que el Ministerio y las Consejerías de Sanidad

*La política sanitaria debe revisar la reorganización de recursos para reforzar la medicina preventiva, de modo que se estimule la concienciación y se desarrollen programas de **formación sanitaria y educación** en la salud desde las primeras etapas de educación de la población, que evite gastos y que mejore los resultados en calidad del Sistema Nacional de Salud.*

*Esta actuación deberá incluir tanto a las instituciones como agentes de prevención de la enfermedad, como a los propios pacientes, mediante una reorganización de los recursos destinados a sanidad, con el objetivo de conseguir un beneficio a largo plazo.*

## 4. Planificación y racionalización de la cartera de servicios

*En los últimos años la oferta de servicios del Sistema Nacional de Salud ofrecidos al paciente se ha incrementado sin suficiente priorización, ya que no sólo comprende necesidades de salud del paciente, sino que en algunos casos abarca aspectos de otro orden sanitario como la estética, el confort o el estilo de vida. Se entiende por ello es necesario racionalizar la oferta para no generar expectativas que no siempre se podrán satisfacer.*

*Para ello se contempla la posibilidad de actualizar la cartera de servicios a partir de **criterios de evidencia sobre el coste-efectividad de la prestación**, en el marco del modelo legal actual del sistema de salud. Es conveniente también revisar los servicios que no sean críticos para la asistencia sanitaria fundamental que sean financiados públicamente.*

*Esta racionalización debe ir acompañada de una racionalización de la demanda del usuario.*

## 5. Uso indiscriminado de los servicios sanitarios

*Todos los agentes participantes en el informe señalan que se da un uso indiscriminado de los servicios sanitarios. Esto es en gran parte debido a una falta de educación sanitaria y concienciación del verdadero coste de la sanidad por parte del paciente. Se reclaman más programas de formación y concienciación tanto a la sociedad en general como a los profesionales sanitarios, para hacer un uso responsable de los recursos del Sistema Nacional de Salud.*

En el proceso de elaboración del Informe se discutieron posibles medidas para dar a conocer al usuario el verdadero coste de la factura sanitaria a partir de la implementación de la factura sombra, el ticket moderador o el copago, aspectos de los que se hablará en más profundidad más adelante en este informe, aunque la tendencia mayoritaria fue aumentar la concienciación ciudadana acerca del coste real de los servicios sanitarios.

## 6. ¿Sistema Nacional de Salud o 17 sistemas sanitarios?

Uno de los aspectos señalados como una de las mayores debilidades del Sistema Nacional de Salud es su funcionamiento como modelo descentralizado. Existe la percepción de que en España conviven 17 sistemas de salud diferentes. Esta percepción incluye el que se:

- Identifican desigualdades entre diferentes Comunidades Autónomas en prestaciones y servicios, e incluso entre hospitales de la misma comunidad.
- Señala la ineficacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en llevar a la práctica modelos de gestión que favorezcan la cohesión del Sistema Nacional de Salud y la equidad en todo el territorio nacional.
- Denuncia la falta de garantías de dedicación de los presupuestos autonómicos destinados a salud. Se debate la necesidad de que al menos nuevos fondos tengan carácter finalista para contribuir a la sostenibilidad.

Existe la percepción de que se han generado 17 sistemas de gestión de la salud diferentes. En el uso de sus competencias cada Comunidad Autónoma decide cómo gestionar su presupuesto, lo que deriva en diferencias en las prestaciones y coberturas y variabilidad en la práctica clínica, lo que se percibe como falta de equidad. Es necesario reforzar el papel del Consejo Interterritorial para promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud.

De esta forma, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud necesita llevar a la práctica modelos de gestión equitativos, coordinando, cooperando y comunicando la Administración del Estado con las Comunidades Autónomas, favoreciendo así la cohesión del Sistema Nacional de Salud y la equidad en todo el territorio nacional.

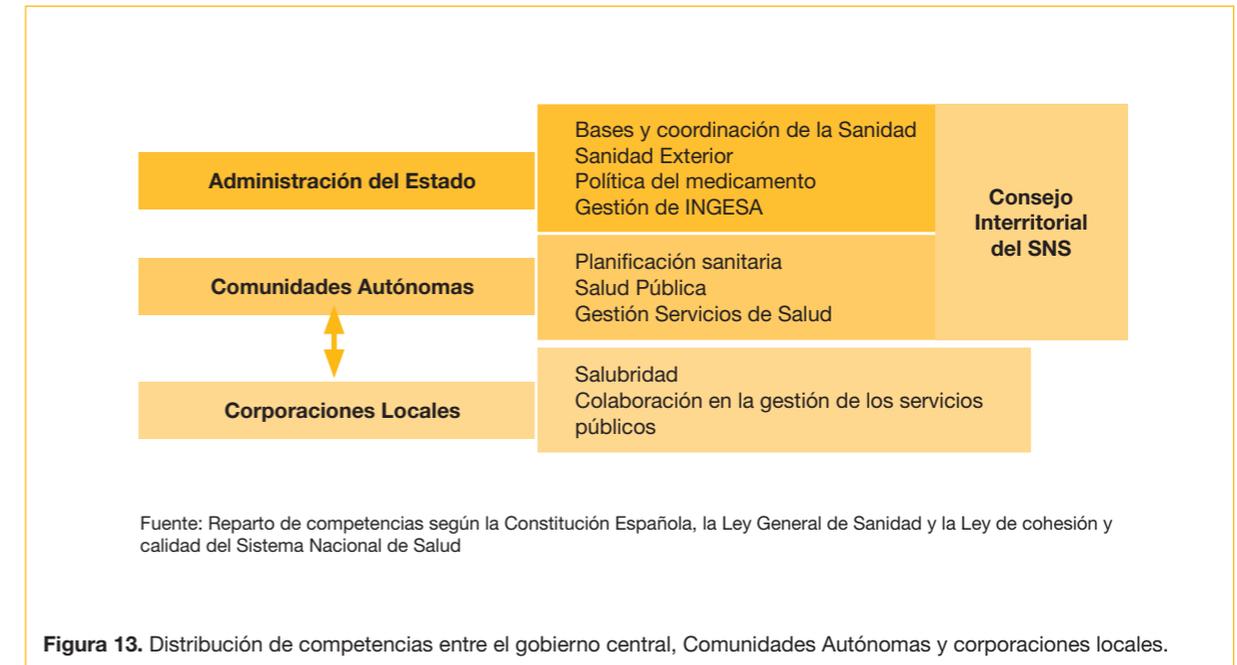


Figura 13. Distribución de competencias entre el gobierno central, Comunidades Autónomas y corporaciones locales.

## 7. Pacto por la Sanidad

### El Pacto de Estado por la Sanidad continúa siendo necesario

Durante la elaboración del informe fue sorprendente el alto grado de consenso existente entre los diversos agentes de nuestro sistema sanitario, pero con diferencia el tema que generó un consenso mayor fue la necesidad de un Pacto por la Sanidad.

El Pacto por la Sanidad fue propuesto por el autor de este informe en su primera comparecencia parlamentaria en esta legislatura. Fue el primer Pacto de Estado que propuso el Gobierno. Aunque tuvo poca repercusión en los medios en dicho momento, fue muy bien acogido por los diversos actores.

En los meses siguientes, el entonces Ministro de Sanidad y Consumo se reunió bilateralmente con todos los consejeros y consejeras de las 17 CCAA y de las dos ciudades autónomas, además de con pacientes, profesionales, Industria Farmacéutica, sindicatos, etc.

*En septiembre de 2008 se anunció, en el salón Ernest Lluch del Ministerio de Sanidad y ante más de trescientos representantes de los diversos colectivos, los objetivos del Pacto y el inicio de los trabajos de las distintas Comisiones. Poco tiempo después, se constituyó en el Congreso de los Diputados la Subcomisión para el Pacto por la Sanidad, que hasta la fecha no ha alcanzado el objetivo buscado.*

De forma unánime, todos los colectivos implicados en este Informe, se han posicionado a favor de que desde las distintas administraciones se alcance un Pacto por la Sanidad. El Sistema Nacional de Salud es además de patrimonio de todos los españoles, una infraestructura necesaria para el correcto funcionamiento del Estado. Dicho pacto debe cohesionar y abordar los problemas que tiene la sanidad española. En particular se insistió en:

- Descripción de la situación actual con total transparencia por parte de todos los agentes.
- Toma de decisiones y puesta en marcha de medidas proporcionales a la dimensión del problema.
- La despolitización de la sanidad y la no utilización de la misma como arma electoral.
- Fomento de un pacto por la sostenibilidad y proceder a la revisión de las transferencias de las competencias a las CCAA.

## 8. Eficiencia en la gestión

Existe un modelo de gestión poco eficiente y sensible a mejoras, que revierte contra los intereses de los agentes sanitarios y el ciudadano. Los gestores del Sistema Nacional de Salud afirman que el modelo de gestión se ha quedado anticuado y que necesita renovarse ya que:

- Se percibe como excesivamente burocratizado y funcional.
- Hay un desaprovechamiento de los recursos en distintas áreas de gestión, susceptible de mejora a través de un análisis de situación.
- Se reclama una mayor eficiencia en la gestión de los recursos humanos (profesionales sanitarios).

- Hay un distanciamiento entre los profesionales sanitarios y gestores hospitalarios que los propios gestores señalan como negativo e invitan a una redistribución de las competencias de la gestión

## 9. Política de Recursos Humanos

Las normas funcionariales y el modelo de “funcionario” contienen incentivos que no siempre favorecen los intereses de los pacientes. Cerca del 50% del gasto del Sistema Nacional de Salud corresponde a gastos de personal y la retribución económica de éstos no está necesariamente vinculada al desempeño.

En la situación actual resulta muy difícil premiar a los profesionales que alcanzan la excelencia en el desempeño de su función, y penalizar a aquellos que no cumplen su labor, debido a la rigidez del modelo de contratación de la figura del profesional sanitario. Según el artículo 9 de la Ley 7/2007, por el que se aprueba el Estatuto Básico del Empleado Público, son funcionarios de carrera quienes, en virtud de nombramiento legal, están vinculados a una Administración Pública por una relación estatutaria regulada por el Derecho Administrativo para el desempeño de servicios profesionales retribuidos de carácter permanente.

Los gestores sanitarios plantean la posibilidad de estudiar de nuevo el modelo y las características de contratación del personal del sistema sanitario, para conseguir una gestión más eficiente y promover un sistema de trabajo más orientado a resultados y basado en incentivos por alcanzar unos objetivos predefinidos, lo que repercutiría en un aumento de la calidad del Sistema Nacional de Salud.

Estas debilidades comentadas por los colectivos participantes en la discusión, se consideran subsanables, y para ello se propusieron una serie de medidas y propuestas de mejora.

## 5. Propuestas de mejora del Sistema Nacional de Salud

### Comentarios de Stakeholders

Después de describir algunas de las debilidades del actual Sistema Nacional de Salud, los participantes del Informe realizaron una reflexión sobre posibles actuaciones y acciones encaminadas a fortalecer y optimizar estos aspectos. El actual contexto sanitario y económico facilita la realización de estos cambios, cuya implementación añadiría valor al Sistema Nacional de Salud.

Las siguientes propuestas fueron planteadas en el transcurso de las diferentes discusiones que han dado lugar a este informe:

#### 1. Revisión del modelo de gestión sanitaria

- *La gestión no consensuada de los recursos del sistema es vista como una consecuencia del modelo histórico de gestión sanitaria. Estas actuaciones desagregadas se consideran ineficientes y susceptibles de revisión.*
- *Para conseguir una gestión integral de los recursos disponibles del Sistema Nacional de Salud es necesario armonizar las decisiones sanitarias entre todos los agentes de salud, compartiendo información y las necesidades de cada uno de ellos. Estas decisiones deben ser el resultado del acuerdo común de los siguientes agentes:*
  - *Gestores sanitarios-Asociaciones de pacientes-Profesionales sanitarios-Administración Central y autonómica. Las decisiones vertebrales de gestión de un hospital local se podrían implementar siempre que supongan un beneficio en el ámbito autonómico e idealmente en el ámbito nacional, de modo que la oferta sanitaria quedase en igualdad de condiciones y se evitaran las desigualdades geográficas.*
  - *Se debería fomentar el uso de la economía de escala como gran empresa de salud nacional. En el actual modelo hospitalario descentralizado, cada centro de salud gestiona su factura sanitaria de forma independiente actuando como una microempresa, desaprovechando así las ventajas del organismo único y centralizado del Sistema Nacional de Salud. Esta tendencia se ve contraria a la actual tendencia empresarial de fusiones y concentración para obtener beneficios derivados de la economía de escala.*

- *Debe promoverse la fórmula de concursos hospitalarios a la hora de buscar proveedores para fomentar la competitividad y conseguir sacar el máximo partido a los presupuestos sanitarios hospitalarios.*

#### 2. Corresponsabilidad en la gestión

- *Se denuncia desde los agentes sanitarios del sistema, un distanciamiento entre los profesionales y los gestores sanitarios.*

*En la práctica profesional habitual, los gestores señalan que en determinadas áreas sanitarias son los propios profesionales sanitarios los que tienen el conocimiento profundo de las necesidades y resultados de su ámbito de actuación y recomiendan transferir a éstos la capacidad de gestión de su área, bajo supervisión de resultados. Así pues es necesario acercar las posturas de estos dos colectivos, y facilitar nuevas vías de comunicación, para que el profesional sanitario y el gestor realicen una labor conjunta y logren la implementación de políticas que aseguren la sostenibilidad del sistema.*

#### 3. Evitar la politización

- *Deben evitarse los efectos perjudiciales de una **politización de la gestión**, tanto en la Administración Central como en la autonómica, que segmenta la sanidad española.*

*La sensación general percibida es que la sanidad es usada sistemáticamente como un arma electoral, lo cual repercute negativamente en la calidad y funcionamiento del sistema sanitario. Sería conveniente separarla de los discursos políticos cambiantes, y hacerla permanecer como un ente independiente.*

#### 4. Necesidad de una Agencia de Evaluación independiente

*Por parte de los participantes se cree necesaria una **Agencia Española de Evaluación** independiente, con capacidad ejecutiva en el ámbito estatal. Esta agencia ofrecería valoraciones objetivas de los impactos sanitario, social, ético, organizativo y económico de las técnicas y procedimientos de uso médico-sanitario, que contribuirían a sustentar sobre bases científicas las decisiones de autoridades y demás agentes sanitarios y permitiría:*

- La introducción sistematizada de las nuevas tecnologías en la práctica clínica.
- La definición de los criterios de uso apropiado de las tecnologías ya establecidas.
- La organización de los servicios de salud.

## 5. Alianzas con la Industria Farmacéutica

A los gestores sanitarios les gustaría **encontrar formas de colaboración y forjar alianzas con la Industria Farmacéutica**, en las que se busque un beneficio común. Se apuesta por una colaboración en la que se persiga una mayor calidad sanitaria ofrecida por la correcta aplicación de los recursos de la Industria Farmacéutica, que afiancen una relación de confianza con los gestores que, en el largo plazo, derive en un beneficio mutuo.

## 6. Paciente como actor principal del sistema

Se considera que es necesario situar al paciente en el centro del sistema, y hacerle partícipe de los distintos procesos sanitarios en los que debe quedar integrado como otro agente decisor sanitario.

A pesar de que la figura del paciente es identificada por todos los agentes sanitarios como la razón de ser y figura principal del Sistema Sanitario de Salud, en la práctica no se le concede esa importancia, y es tratado como un mero receptor de servicios.

Como acciones encaminadas a este fin se sugiere:

- La humanización del sistema, darle una mayor importancia al contexto humano y social de los usuarios:
- Se reclama tener una visión más global de la situación de los pacientes, que incluya aspectos socio-sanitarios. Por ejemplo, tener en cuenta a las familias que desempeñan un papel fundamental en el cuidado del enfermo.
- Una mayor igualdad y coherencia entre la atención recibida en los servicios de atención primaria y los de atención especializada, así como en la derivación de uno al otro.
- En el Sistema Nacional de Salud el paciente organizado (asociaciones de pacientes) es un cliente deseado para la Administración, ya que quiere involucrarse y participar de las decisiones sanitarias.

- En los últimos años, las asociaciones han cobrado mayor importancia y tienen más capacidad de influencia en las decisiones del gobierno, lo que ha supuesto un cambio importante para el movimiento asociativo.
- Debido a la reciente proliferación de asociaciones de pacientes en España, las mismas asociaciones han sugerido que se implementen una serie de criterios por los que las asociaciones de pacientes puedan obtener un sello de calidad, de manera que las que tienen más importancia y hacen un mejor trabajo tengan a su vez un mayor peso a la hora de colaborar con la Administración.
- Los pacientes desean participar activamente en el proceso de creación e implementación de políticas sanitarias con el papel de consultor (ofreciendo información), colaborador (negociando la implementación de nuevas políticas) y evaluador (realizando un seguimiento de las políticas implementadas).
- El colectivo médico propone que la Administración promueva y fomente programas de seguimiento al paciente para mejorar la adherencia a los tratamientos y, por tanto, la calidad y resultados de los mismos, para así conseguir un posible ahorro de recursos a largo plazo derivado de un correcto seguimiento del tratamiento.
- Se sugiere también la creación de un contrato médico-paciente, donde si el paciente incumpliera su tratamiento podría ser penalizado de alguna manera, como mecanismo de control para motivar al paciente en el cumplimiento del tratamiento.

## 7. Educación sanitaria

Hay una demanda por parte de todos los colectivos en cuanto a implantar y fomentar programas de **educación sanitaria**, tanto dirigidos a los ciudadanos como a los profesionales sanitarios. El objetivo sería fomentar el uso racional de los recursos del sistema desde momentos tan tempranos como la educación primaria.

La ética en la salud y la gestión del Sistema Nacional de Salud, junto con las técnicas y estudios económicos y farmacoeconómicos, deben ir de la mano de la educación.

Algunas medidas propuestas son:

- Mayor inversión en prevención y en educación para la salud desde asociaciones de pacientes y profesionales, fundaciones, Administración, Industria Farmacéutica y medios de comunicación.
- Mayor concienciación del profesional sanitario y el paciente para un uso racional de los recursos del sistema de salud.

- *Transmitir el valor real de gratuidad y equidad del sistema sanitario al paciente y fomentar la co-responsabilidad ciudadana.*
- *En España se asume que el acceso al sistema sanitario es un derecho de todo ciudadano. Por ello, la persona exige una alta calidad y eficiencia en el servicio, lo cual tiene un coste que frecuentemente el ciudadano no reconoce.*
- *Promocionar hábitos saludables de vida en pacientes y concienciar a la población (desde la infancia) sobre la importancia del uso responsable del sistema sanitario.*

## 8. Competencias de los profesionales sanitarios

Se sugiere llevar a cabo una **regulación y control de las competencias de los profesionales sanitarios** para optimizar la actuación de los mismos en el ámbito sanitario, con vistas a un mayor aprovechamiento de sus conocimientos clínicos y a mejorar su eficiencia.

- *El sistema de contratación actual no permite premiar al profesional que realiza su labor con excelencia. Esto deriva en una pérdida de motivación en el desarrollo de la labor profesional, por lo que se debe considerar el modelo de retribución ligado a resultados.*
- *En cuanto a la prescripción en enfermería, se considera necesario y muy positivo desarrollarla, siempre después de una formación especializada, restringida a las áreas que se definan. El colectivo de enfermería coincide en valorar positivamente la medida e incide en que está de acuerdo en incorporar la prescripción dentro de sus funciones, en la medida que la ley les permita. Existe evidencia probada en los países de nuestro entorno, y más concretamente en el Reino Unido, que la prescripción de enfermería ha resultado ser una medida positiva e importante como instrumento para contener el gasto sanitario.*
- *Se considera también pertinente definir el alcance de la Atención Farmacéutica. El farmacéutico, como experto en medicamentos y la Oficina de Farmacia por su cercanía al ciudadano, pueden desarrollar un papel insustituible en el uso racional del medicamento y la adherencia al tratamiento. Por parte del colectivo farmacéutico se postuló la posibilidad de extender la capacidad de prescripción al farmacéutico titulado, dentro de un marco regulado. Se considera que revertiría también en una mejora de la calidad asistencial y sanitaria a la vez que un desahogo para el colapsado sistema sanitario actual.*

### Redefinir el rol de la Oficina de Farmacia en el Sistema Nacional de Salud

*Por su preparación, competencia y cercanía a los pacientes, la Oficina de Farmacia puede convertirse en el colaborador más eficaz del Sistema Nacional de Salud, especialmente en las etapas de Atención Primaria. El aumento de las enfermedades crónicas que, en muchas ocasiones, exigen polimedicación hace necesario un seguimiento del paciente, de su adherencia al tratamiento y de formación en el uso racional del medicamento y los productos sanitarios. Su papel en la educación sanitaria y en la prevención primaria y secundaria puede ser especialmente importante en pacientes con síndrome metabólico, diabetes tipo 2 y riesgo cardiovascular elevado. Los pacientes, especialmente los más mayores, agradecen el consejo farmacéutico, algo que ha facilitado la prescripción electrónica, en la que España también es pionera. Por tanto, las Oficinas de Farmacia han dejado de ser meros dispensadores de medicamentos para convertirse en agentes del sistema sanitario en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en colaboración con los profesionales de los Centros de Salud.*

## 7. La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

### Análisis de la situación

La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud es un tema que preocupa profundamente a todos los colectivos, y se considera un problema que se viene arrastrando durante los últimos años, tanto en la sanidad española como fuera de nuestra geografía.

Las predicciones de gasto sanitario para el futuro coinciden en que la tendencia es un aumento del uso de recursos, lo que exige una mayor inversión del PIB para afrontar esta demanda. Así pues, las predicciones según un estudio de PriceWaterhouseCoopers indican que para el año 2020 los países de la OCDE alcanzarán un porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB de un 16%, cifra que duplica el impacto del gasto sanitario sobre el PIB actual.

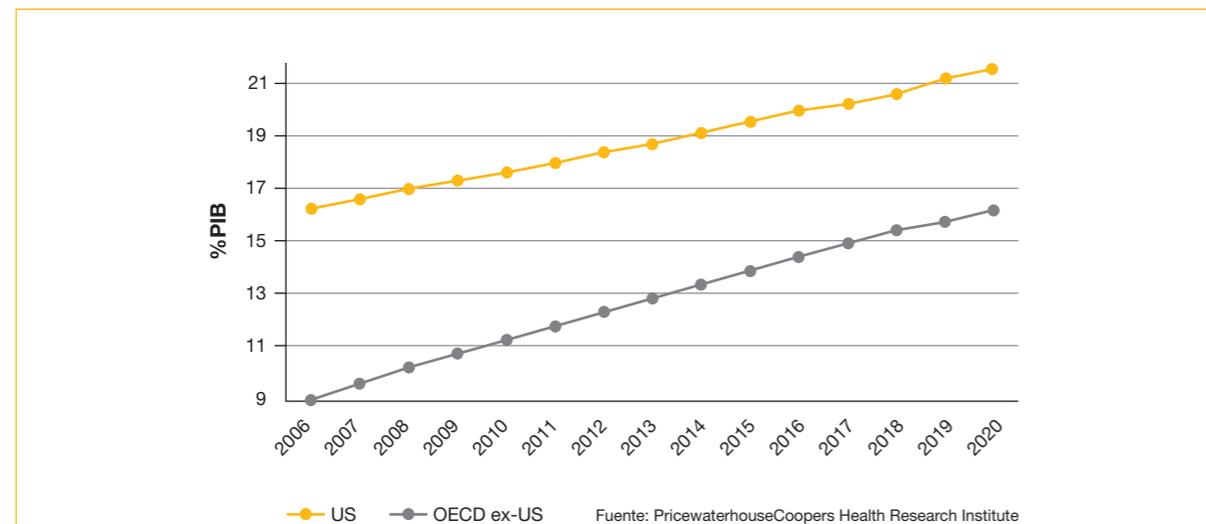


Figura 14. Tendencias en gasto sanitario expresado como porcentaje del PIB en países de la OCDE<sup>15</sup>

La sanidad y el aseguramiento de la salud es uno de los temas que más preocupa a los españoles, y el debate sobre la sostenibilidad se encuentra cada día más presente en los medios y en la calle. A día de hoy se calcula que existe una deuda sanitaria de alrededor de 11.000 millones de euros<sup>16</sup>, lo que produce inquietud y exige medidas de racionalización del gasto.

15. PriceWaterhouseCoppers Health Research Institute

16. El déficit del Sistema Nacional de Salud se estima entre 7.000 millones de € (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) y 11.000 millones de € (CCAA)

Desde finales de los años 90, el ritmo de crecimiento del gasto sanitario ha superado en más de un 2% el crecimiento del PIB. Teniendo en cuenta esta tendencia de crecimiento, unida a las proyecciones demográficas y al cambio previsible en las tecnologías sanitarias, se estimó que entre 2004 y 2013 el gasto sanitario experimentarían un crecimiento promedio que superaría la previsión de crecimiento del PIB.

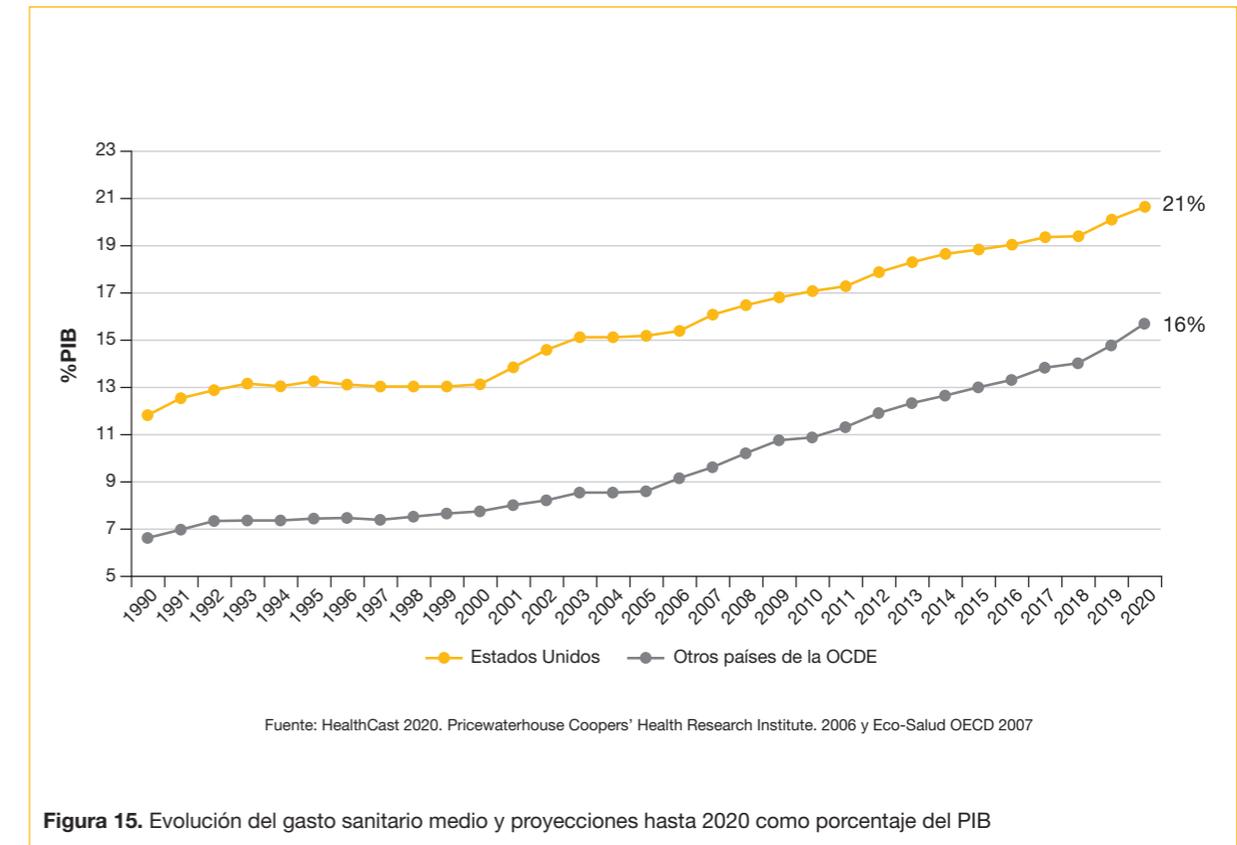
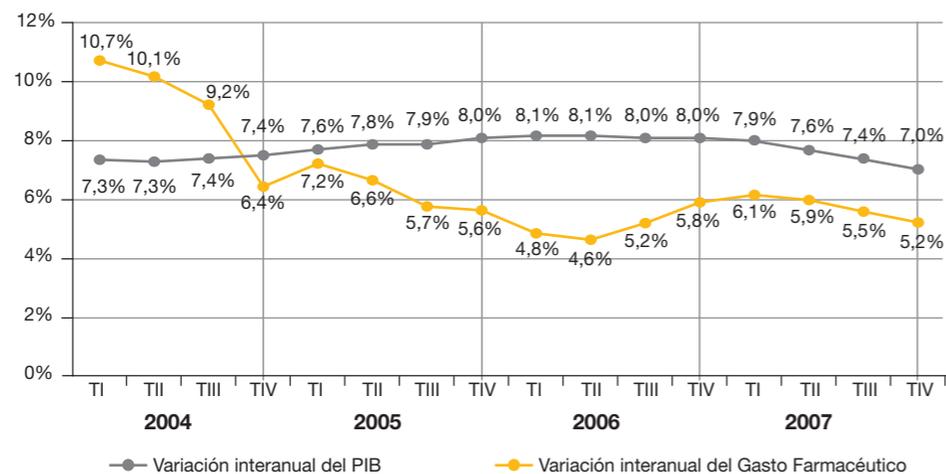


Figura 15. Evolución del gasto sanitario medio y proyecciones hasta 2020 como porcentaje del PIB

Es necesario promover campañas de prevención, involucrando a la Administración, los profesionales sanitarios y la Industria Farmacéutica, que contribuyan a optimizar el gasto sanitario a corto plazo.

En los últimos tiempos muchas son las medidas que se han aplicado para esta contención, casi todas centradas de manera directa en el gasto farmacéutico, o lo que es lo mismo, actuando principalmente sobre recortes de los precios de los medicamentos. Sin embargo, España cuenta con un gasto farmacéutico total por debajo de los promedios europeos, que no justifica el llamado "despilfarro farmacéutico" como motor y causa principal del gasto sanitario.



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo e INE

Figura 16. Evolución de la tasa de crecimiento interanual del PIB y del gasto farmacéutico (valores a final de cada trimestre)

Hay una serie de factores interrelacionados que explican este aumento de recursos y que son de sobra conocidos por todos los colectivos: el aumento de la esperanza de vida media, la mayor demanda de calidad de vida en los últimos años, el aumento de la población, la cronificación de las enfermedades, etc. con un especial peso de la adopción de las nuevas tecnologías sanitarias, que tienen un impacto económico cada vez más importante<sup>17</sup>.

Existe un consenso acerca de que la sostenibilidad del modelo sanitario es posible siempre que se tomen una serie de medidas para asegurarla desde el diálogo común y el consenso de todos los agentes implicados.

Para conseguir que estas medidas sean eficaces es necesario que no se apliquen de manera aislada, sino que sean integradas como un todo.

## Motivos por los que se cuestiona la sostenibilidad

Como se ha mencionado, la dificultad para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud no es debida a un área exclusiva o foco de gasto aislado, sino más bien a un compendio de áreas y actuaciones que se deben revisar de forma separada para poder alcanzar un modelo de actuación sostenible derivado de un uso racional y previsor de los recursos.

## Comentarios de Stakeholders

Los principales motivos señalados en el desarrollo de este informe fueron los siguientes:

### 1. Motivos sociodemográficos

- El modelo actual de sistema sanitario no responde a los cambios en las necesidades de la sociedad desde su creación hace 25 años. Se insiste en que se ha producido una falta de adaptación, por lo que son necesarios cambios estructurales del sistema que respondan a las necesidades actuales desde una revisión de todos los niveles del sistema sanitario.
- El aumento de la esperanza de vida y progresivo envejecimiento de la población ha aumentado en gran medida el gasto sanitario, no en vano este segmento de la población es el que mayor porcentaje supone del presupuesto sanitario total.

### Gestión eficiente de las enfermedades agudas, no así de las crónicas.

- La cronificación de las enfermedades está suponiendo una gran carga en el gasto sanitario. La medicina actual ha disminuido la prevalencia de "enfermedades agudas" y la tendencia en los últimos años es hacia la cronificación de las enfermedades, con la carga económica que esto implica.
- Cada vez hay se hace más énfasis en la calidad de vida del paciente. Son muchas las innovaciones sanitarias que aparecen a lo largo del año y el paciente reclama una atención personalizada y ser tratado con las últimas novedades disponibles.

17. Según el Informe Vilardell-2 sólo un 10% del aumento del gasto sanitario en España se debe al envejecimiento de la población, mientras que el 30% se debería a la introducción de nuevas tecnologías, productos sanitarios y medicamentos

## 2. Gestión sanitaria

- *Se ha producido un aumento poco planificado de la oferta de servicios del Sistema Nacional de Salud, lo cual ha desembocado en el amplio abanico de prestaciones ofertadas. Esta situación ha provocado una demanda mayor de lo que se puede asumir en muchos casos, y ha implicado desequilibrios presupuestarios.*
- *El sistema es visto por los propios gestores como un modelo desordenado que no implica a todos los agentes en el uso de recursos.*
- *Las características del actual modelo sanitario descentralizado provoca que se perciban desigualdades entre las distintas Comunidades Autónomas. Las Comunidades Autónomas son las que en última instancia gestionan su propio presupuesto y, aunque desde el gobierno central se dote de una partida presupuestaria para sanidad, esto no implica ni evita que esa misma partida se pueda destinar a otro objetivo.*
- *En el colectivo de profesionales sanitarios se detecta un absentismo laboral promedio de más de 20 días al año. El modelo laboral establecido no protege al buen profesional ni considera el mal desempeño.*
- *Hay un compromiso importante con la innovación, lo cual es uno de los principales mensajes políticos en materia sanitaria, asociado con un gasto muy relevante. La innovación supone una de las mayores cargas para el sistema sanitario en los últimos tiempos.*

## 3. Indicadores

*Estos son algunos de los síntomas que apuntan que la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud requiere una revisión:*

- *En los últimos meses se están produciendo mayores retrasos y largos periodos de espera en el pago a proveedores del sistema sanitario, lo cual no genera confianza.*
- *La mayoría de las Comunidades Autónomas están aplazando pagos como medida ante la falta de presupuesto. La solución al problema no pasa por ignorarlo.*
- *Algunos de los expertos consultados coinciden en que tras las elecciones autonómicas del 2011 alguna de las Comunidades Autónomas podrían empezar a declararse en quiebra técnica.*

### Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

*Cuando se habla de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud se insiste en su sostenibilidad financiera y es razonable que esto sea sí en un sistema cuyo déficit se estima entre 7.000 y 11.000 millones de €. Sería conveniente que dentro de la financiación autonómica se estableciese el carácter finalista de la financiación sanitaria. La financiación es necesaria pero no suficiente. La sostenibilidad tiene otros componentes como la política de recursos humanos, la eficiencia en la gestión de procesos sanitarios y la incorporación de la calidad e innovación en el sistema.*

## 8. Medidas sugeridas para alcanzar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

La sostenibilidad es un problema financiero, pero no sólo financiero. Para hacer sostenible nuestro sistema se precisa de financiación, política de recursos humanos, gestión eficiente de los recursos y la incorporación de la innovación y calidad.

Por tanto, no se identifica una fórmula exclusiva o asociada a un solo agente o área de actuación, sino diferentes áreas sobre las que actuar para mejorar la eficiencia.

### 1. Gestión y administración del Sistema Nacional de Salud

En cuanto a **medidas que afectan a la gestión y administración**, se valoran las siguientes iniciativas:

- **Despolitizar el sistema sanitario**, que debe estar en manos de expertos y emplear criterios de indicadores económicos de eficiencia.
- Es necesario que exista una mayor **coordinación entre administraciones** para evitar desigualdades y mejorar la gestión para conseguir un modelo bidireccional: la información debe ser transmitida de manera fluida y con transparencia entre las administraciones autonómicas y la Administración Central para lograr una revisión y una regulación continua del gasto
- Se debe revisar las características del **modelo descentralizado** sanitario estatal, para evitar desigualdades entre las distintas Comunidades Autónomas, y revisar la asignación real de las partidas presupuestarias sanitarias de cada comunidad.
- Se considera necesario también explorar **modelos de gestión sanitaria públicos-privado** que permitan incorporar las ventajas de la gestión de empresa privada en el sector público.
- Se recomienda explorar nuevos modelos de gestión clínica mediante acuerdos con los profesionales sanitarios y delegar la gestión de sus áreas de actuación:
  - Acordando el presupuesto sanitario para cada área profesional.

- Otorgando suficiente capacidad de decisión dentro de un margen razonable.
- Estipulando cuáles van a ser sus objetivos de mejora cada año en los límites de lo posible.
- Estableciendo un vínculo y generando corresponsabilidad con los gestores sanitarios.
- Valorar la incorporación de medidas como la factura sombra, o la factura informativa. Este es un documento meramente informativo para el paciente en el que se le informa del coste que ha supuesto su tratamiento y que se le entrega en el momento en el que se le da el alta. Con ello se pretende concienciar al paciente del coste real del sistema de salud. Mediante este sistema se intenta disminuir el uso no siempre justificado que se hace de la sanidad. Por ejemplo, se ha detectado que hasta un 80% de las visitas a urgencias no requieren de hospitalización.
- Sin embargo desde los colectivos participantes en la discusión se remarca que es necesario para que esta medida sea eficiente que debe cuidarse que los costes de esta transacción no sean superiores a lo recaudado ya que más bien se trata de una medida disuasoria.

Algunas de estas medidas ya se están incorporando en algunas Comunidades Autónomas como Andalucía y Aragón y se prevé que el gobierno las implemente en el resto de las Comunidades Autónomas en los próximos meses.

### 2. Alianzas entre agentes de salud y la Industria Farmacéutica

Se considera necesario que **la Industria Farmacéutica establezca alianzas con la administración**, y sea una agente más de la sanidad implicado en las decisiones sanitarias desde el principio.

### 3. Rol de la Oficina de Farmacia

- Se debe **potenciar la labor del farmacéutico de Oficina de Farmacia** como elemento de información al paciente y difusor de programas de prevención sanitaria, así como su potencial como educador sanitario o como organismo de control de un correcto cumplimiento y seguimiento terapéutico del paciente.

Se debe aprovechar el potencial del farmacéutico como profesional sanitario capaz de hacer un eficiente seguimiento farmacoterapéutico, sobre todo en aquellos pacientes polimedicados, con dependencia, y pacientes de centros sociosanitarios. El farmacéutico como profesional sanitario que desarrolla su actuación en el ámbito de la Atención Primaria debe colaborar con médicos y enfermeras a través de los procedimientos de atención farmacéutica para alcanzar los objetivos de control con la mejora en la salud

de los pacientes que eso conlleva. Es necesario aprovechar y reconvertir a la Oficina de Farmacia hacia un elemento clave del sistema sanitario.

#### 4. Incorporación de nuevos medicamentos, productos y tecnologías sanitarias

En cuanto a la **incorporación de nuevos medicamentos, productos y tecnologías sanitarias**, se coincide en que hay que revisar la estrategia y alianzas del sistema de salud con la Industria Farmacéutica y la de tecnología sanitaria para llegar a acuerdos de mutuo beneficio y aumentar la eficiencia de las incorporaciones:

- Se propone establecer un **mecanismo de toma de decisiones** que involucre a gestores, administración, Industria Farmacéutica y colectivos de pacientes a la hora de incorporar nuevas tecnologías. Se considera necesario alcanzar acuerdos en común para racionalizar el gasto y garantizar la inclusión eficiente.
- Establecer rigor en la incorporación de tecnologías farmacéuticas: es necesaria la aplicación de **la evaluación económica de medicamentos y tecnologías sanitarias** para la decisión de la incorporación de nuevas tecnologías. Todo ello dirigido por una agencia estatal de evaluación de nuevas tecnologías con capacidad ejecutiva.
- Esa evaluación debe basarse en la determinación de la eficiencia (relación entre costes y efectos) de una nueva tecnología sanitaria y su comparación con otras opciones, con el fin de seleccionar aquella con una relación coste/efectividad más favorable.
- Los recursos del Sistema Nacional de Salud son limitados, por lo que estas evaluaciones ayudarán a identificar las tecnologías susceptibles de inclusión de acuerdo a su eficiencia.
- Implementar con la Industria Farmacéutica **modelos de responsabilidad compartida** dependiente de resultados, e implantar modelos de alineación de incentivos y alianzas en la asunción del riesgo compartido.
- Estos contratos son un conjunto de acuerdos económicos en los que el riesgo es compartido entre financiador y proveedor. Ambos acordarían la eficiencia esperada de un determinado medicamento y el proveedor vería modificados sus beneficios en función de los resultados del producto.

Existen diversos tipos de contratos de responsabilidad compartida:

- En los acuerdos de precio-volumen el precio del medicamento se reduce según se incrementa el volumen de ventas en función de un esquema acordado entre financiador y proveedor.
- El fabricante acuerda monitorizar el uso de estos fármacos en el tiempo y reembolsar al Siste-

ma Nacional de Salud su parte del coste total de dichos fármacos si su tasa de coste-efectividad no alcanza un umbral determinado

- Hay acuerdos ligados a la utilización de los medicamentos, su efectividad y los resultados clínicos obtenidos.

#### 5. Práctica Clínica

Debe garantizarse el correcto **desempeño de la práctica clínica** para asegurar la calidad en el servicio, a la vez que se mantiene la disponibilidad de recursos sanitarios:

- Convertir la atención primaria de salud en un auténtico primer eslabón del sistema junto a la Oficina de Farmacia.

**La Oficina de Farmacia debe integrarse en este proceso colaborando en la promoción de la salud, la mejora de la adherencia al tratamiento, el buen uso de los medicamentos y la prevención de la enfermedad.**

- Se propone elaborar un plan centrado en el tratamiento de pacientes crónicos. Es importante revisar el coste y la adherencia al tratamiento en la práctica clínica.

Se insiste que la Industria Farmacéutica realice una propuesta de valor en la prevención y tratamiento de crónicos con disminución de los períodos agudos (prevención secundaria y terciaria) que suponga un compromiso en términos de salud y sostenibilidad.

- Es necesario abordar la **variabilidad en la práctica clínica**. Sin ser intrínsecamente algo negativo sí que puede constituir un peligro potencial de ineficiencia y problemas de seguridad. La seguridad tiene que abordarse, ya que la no calidad tiene un coste.
- Tener un mayor nivel de seguridad en las prescripciones, extendiendo los sistemas electrónicos de prescripción con suficientes alertas, incluso con dispensación automática, para evitar **excesos de inventario**.
- Estimular la elaboración de guías clínicas de actuación basadas en la evidencia científica que ayuden a erradicar prácticas obsoletas poco efectivas y eficientes.
- Perfilar adecuadamente el sistema de incentivos de los profesionales sanitarios del sector público a fin de que usen de forma adecuada los recursos sanitarios.

- Potenciar la investigación clínica y evaluación de resultados de programas y tratamientos.

## 6. Educación sanitaria

La **educación sanitaria** se plantea como uno de los pilares básicos para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud a largo plazo. Debe ser multidisciplinar y estar dirigida tanto a pacientes como a profesionales sanitarios.

- Fomentar un uso responsable y razonable de los medicamentos y de los servicios sanitarios, tanto entre el colectivo sanitario como en la población en general. Se debe hacer especial hincapié en el colectivo de la población mayor y enfermos crónicos, como usuarios más asiduos y generadores de gasto del sistema de salud.
- Implicar a colectivos de pacientes, fundaciones y líderes de opinión sanitarios en el diseño y divulgación de la información sanitaria.
- Es necesario establecer formas de participación en el debate sanitario sobre la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, que contribuyan a generar acuerdos en aspectos de interés común.

## 9. Las medidas de ahorro en el gasto farmacéutico adoptadas por el gobierno

Aunque el **Informe Bernat Soria, promovido por Abbott** es de carácter estructural y las medidas de ahorro adoptadas en 2010 son de carácter coyuntural, la libertad en el debate de los expertos que han participado en este Informe ha hecho que expresasen su opinión que se refleja en las siguientes páginas.

### Análisis de la situación

La crisis económica global que estamos atravesando comenzó en 2008 en Estados Unidos como bien es sabido y desde entonces se ha ido propagando al resto de países. España no ha sido una excepción y 2 años después, cuando algunos países de la Unión Europea están ya mostrando síntomas de recuperación, se anticipa que todavía queda un largo camino por recorrer para recuperar la senda del crecimiento económico anterior.

Las consecuencias de la actual crisis económica afectan a todas las actividades y servicios en mayor o menor medida, y la sanidad se sitúa como una de las áreas más afectadas dentro de la administración del país. Con todo ello, el Ministerio de Sanidad es uno de los pocos que no ha visto reducido su presupuesto en estos años.

La factura y el gasto sanitario, son temas recurrentes de revisión de gasto y es por eso que durante los últimos años, se han ido publicando distintos decretos de ley destinados a disminuir la factura sanitaria como:

- Real Decreto-ley 4/2010, del 26 de marzo del presente año, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud
- Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios

El 12 de mayo de 2010 se publicaron una serie de medidas de ahorro por parte del gobierno que afectaban directamente al gasto farmacéutico y sanitario las cuales no han estado exentas de controversia.

El 18 de marzo, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud publicó una serie de acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. El espíritu de estas medidas, es el de actuar para mantener la sostenibilidad de la calidad, de la innovación en infraestructuras y en tecnología, así como haciendo viable la respuesta al incremento y envejecimiento de la población y a las nuevas

necesidades sanitarias, y se clasificaron en medidas inmediatas, y medidas a medio plazo, que serán estudiadas y acordadas a lo largo de 2010, para su aplicación progresiva en el periodo 2010-2013<sup>18</sup>.

En el marco de este informe, se pidió una opinión abierta a los participantes en este informe sobre estas medidas y acuerdos y sus posibles resultados y consecuencias. Fruto de esta petición surgieron las siguientes reflexiones.

### Comentarios de Stakeholders

- a. Existe una sensación generalizada en todos los colectivos participantes de que las medidas tomadas recientemente por el gobierno han sido medidas de emergencia para solucionar un problema económico acuciante que no contaban con el consenso ni de los profesionales sanitarios ni de los pacientes. Son medidas cuyos efectos a corto plazo han sido notados por todos los colectivos, aunque de diferente forma, pero se duda de que vayan a funcionar a medio y largo plazo.
- b. Todos los colectivos están de acuerdo en que se echa de menos introducir medidas racionales que impliquen una mejor **planificación y gestión a largo plazo**.
- c. La amplia cartera de servicios ofertada por el Sistema Nacional de Salud puede generar en la sociedad una idea de gratuidad, de los servicios, lo cual puede llevar a la **“medicina del deseo”** lo que incrementa la demanda y el gasto sanitario de la población. Esto es debido a áreas que no son de primera necesidad para la salud, pero que implican un importante gasto para los presupuestos sanitarios.
- d. El colectivo de pacientes cree que estos últimos recortes han sido decisiones tomadas de manera irreflexiva y conllevarán, de seguir así a largo plazo, consecuencias muy negativas para los profesionales de la salud y para los servicios al paciente.
- e. Este es un ejemplo de una más de las causas que han llevado al aumento del gasto sanitario, consecuencia de una gestión mejorable. Deben de solucionarse estas imperfecciones para evitar la necesidad de estos o nuevos recortes en el futuro.
- f. Algunas de las consecuencias que estas medidas pueden acarrear para la Industria Farmacéutica pueden ser:
  - Reducción de inversión en I + D.
  - Menor participación en programas de formación para profesionales sanitarios y pacientes.

- Reducción del empleo directo e indirecto, recortes y ajustes de plantilla en los laboratorios farmacéuticos.
  - Pérdida de inversión directa e indirecta en el país por parte de inversores y empresas extranjeras.
- g. El colectivo farmacéutico se considera uno de los más castigados por estas medidas. Consideran que han afectado directamente a la farmacia, la cual ha absorbido gran parte de estos recortes. Algunos de los efectos de las medidas tomadas por el gobierno que el colectivo farmacéutico menciona son:
- Los últimos recortes como el Real Decreto Ley 4/2010 y 8/2010 influyen sobre la posibilidad de mantener la prestación farmacéutica con los actuales niveles de calidad y de eficiencia.
  - Puede comprometerse la solidez del empleo generado por algunas farmacias. Un tercio de las farmacias (7.500 farmacias) se encuentran en situación de riesgo.
  - Se aplica el control del gasto sanitario sobre la partida sobre la cual se puede incidir más directamente: el coste del medicamento, una de las bazas más eficientes.
  - Adicionalmente, aún se sufren los efectos de medidas tomadas previamente, como el Real Decreto 5/2000. Se consideran medidas no equitativas que afectan desproporcionadamente a la farmacia con respecto al resto del sector.

18. Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 18 de marzo 2010

## 10. Copago y ticket moderador

### Análisis de la situación

El debate sobre el copago es un tema recurrente y una de las medidas más controvertidas sobre la sanidad; no hay consenso debido a la complejidad de una implementación equitativa que garantice beneficios a largo plazo.

El copago y el ticket moderador son medidas por las que los pacientes tendrían que pagar una pequeña cantidad de dinero por los servicios ofrecidos o por los medicamentos consumidos. Este pago podría ser una cantidad fija o depender de la renta de cada persona.

Dentro de estas medidas el asegurador, sea público o privado, y el paciente comparten en alguna medida la responsabilidad del coste de los servicios sanitarios, incluyendo la prestación farmacéutica bajo una serie de parámetros.

Existen múltiples maneras de integrar estas medidas en función de su aplicación:

- **En relación al paciente o usuario:** puede consistir en una tasa única para todo usuario o bien variar atendiendo al nivel socioeconómico del paciente (la tasa puede ajustarse al nivel de renta).
- **En relación al producto o servicio:** la tasa puede adaptarse al coste o a la naturaleza del servicio o producto.

El copago teóricamente persigue algunos de los efectos que se detallan a continuación, todos ellos interrelacionados:

- Financiación adicional para asegurar el mantenimiento de los servicios de salud.
- Racionalización del uso de servicios sanitarios, al buscar que el ciudadano sólo los utilice cuando sean realmente necesarios.
- Moderación del gasto sanitario (“ticket moderador”), consecuencia directa de la racionalización del uso.
- Concienciación sobre el coste sanitario de los servicios.

Existen varios elementos asociados al copago a considerar para su implantación:

- Valor de la aportación o contribución directa financiera del paciente.
- Cantidades deducibles.
- Límite máximo a pagar por paciente y/o asegurador.
- Prestaciones excluidas de la cobertura aseguradora.

Actualmente, en España ya existe un copago de este tipo en la prestación farmacéutica para pacientes en activo. Su cuantía se relaciona directamente con el precio de venta al público del producto y el porcentaje varía según se trate de un medicamento destinado a un problema agudo o crónico.

El copago está instaurado en varios países de nuestro entorno en diferentes grados, con diferentes resultados obtenidos desde su implementación.

Algunos de los ejemplos del copago en países de nuestro entorno son:

**Alemania:** (Sistema de Seguro Público) Ticket moderador: Los pacientes pagan 10 € por la primera consulta ambulatoria de cada trimestre. El bono dura tres meses con independencia del número de consultas y pruebas (Excepciones: pediatría, etc).

**Bélgica y Francia:** Pago por adelantado y reembolso. Se elige el médico que se desea. El Estado reembolsa el 80% del coste. En algunos casos se paga la comida del hospital, la cama de acompañante o la habitación individual.

**Reino Unido:** Médico de primaria filtra el acceso al hospitalario. Pago por receta, con un tope de 50 € año.

**Italia:** Médico de familia gratuito, pero se pagan ciertas pruebas y tratamientos. Especialista: 15-20 €. Se penaliza el abuso en el uso de las urgencias. Las visitas a un especialista pueden costar hasta 36 €.

**Portugal:** 2,20 € por visita al centro de salud y entre 3 y 4,5 € en los hospitales. Las visitas a urgencias suponen 8,40 € y por cada día de ingreso 5,20 €. Exentos: menores de 12 años, embarazadas, desempleados y ancianos.

**Holanda:** Seguro obligatorio (paquete básico 92 €/mes, sistema de ayudas para rentas bajas). Concurso entre aseguradoras, fundaciones, hospitales universitarios, etc. Han eliminado las listas de espera.

## Comentarios de Stakeholders

- La implementación del copago y/o el ticket moderador son medidas por lo general valoradas negativamente por los agentes participantes en este informe; se cuestiona su validez como medidas eficientes para asegurar el ingreso de recursos o como medida disuasoria que contribuyan a la sostenibilidad del sistema sanitario.*
- Se considera que la implementación del copago podría tener un efecto beneficioso económicamente en el Sistema Nacional de Salud a corto plazo, aunque a largo plazo podría trasladarse el gasto a otros ámbitos (recursos humanos para administración del copago, mayores ingresos hospitalarios, urgencias, etc.).*
- El ticket moderador provoca la misma impresión por lo general y en un principio no se considera adecuada su implementación. El pago disuasorio o el ticket moderador deben disuadir de conductas perversas y no tienen que impedir el acceso a la salud, que es una de las dificultades encontradas para su implementación.*
- El mal uso del Sistema Nacional de Salud, sin embargo, afecta a la equidad de los pacientes más graves: oncológicos, dializados, etc. En una situación de mal uso de los recursos, se sugiere estudiar la utilidad de medidas para regular las visitas a urgencias principalmente imponiendo un ticket moderador o copago para evitar el mal uso de este servicio.*
- Como principales dificultades para conseguir un copago justo y eficiente en el Sistema Nacional de Salud se encuentran principalmente:*
  - *Pérdida de prestigio del Sistema Nacional de Salud, ya que podría perder parte de su universalidad y accesibilidad actual.*
  - *Dificultad de conseguir un copago **justo y equitativo** (según ingresos del paciente, según demanda justificada o no, etc.)*
  - *Podría llevar a **situaciones injustas**, como la no demanda médica necesaria en personas con pocos ingresos, incluso pudiendo al final aumentar el gasto sanitario por no actuar a tiempo.*
  - *Existe el peligro que los **costes de transacción** podrían ser superiores a lo recaudado, ya que más bien se trata de una medida disuasoria.*
  - *Implica un delicado estudio prospectivo previo de la eficacia económica y sanitaria para evitar que su implementación constituya una traba de acceso que desencadene desigualdades sociales y una peor calidad de vida de la población.*

- f. Es necesario comprometerse con los ciudadanos a gestionar de forma excelente sus impuestos para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y optimizar los múltiples procesos susceptibles de mejora en el sistema antes de valorar la posible aplicación de cualquiera de estas medidas.
- g. Después de esta revisión y de las posibles reformas, en caso de necesidad se podría estudiar la aplicación del copago o ticket moderador como parte de un conjunto de medidas, pero nunca al revés.
- h. En cualquier caso, por parte de los agentes del sistema sanitario no se prevé una implementación de estas medidas en el futuro debido a la mala imagen que proyectaría sobre el partido político que lo decidiera y la consiguiente repercusión política.

## Alternativas al copago

Los agentes participantes en la elaboración de este informe sugieren medidas que se deben llevar a cabo antes de una posible implementación del copago:

- **Racionalizar el consumo** a través de la educación sanitaria para disminuir el gasto sanitario. El precio del medicamento en España se sitúa un 23% por debajo de la media europea y apenas ha crecido un 1% en el último ejercicio sin embargo el consumo de medicamentos en España es uno de los mayores de la Unión Europea.
- Establecimiento de una **bolsa de puntos**, que se agotan por el uso inadecuado del sistema, momento en el cual se podría acudir a charlas profesionales sobre uso y abuso de medicamentos.
- Si se demuestra que una persona está haciendo un mal uso, por ejemplo visitas innumerables a urgencias por motivos no justificados, se le podría enviar un primer aviso con una **"factura informativa"**.
- **Factura sombra**: hacer entrega a los pacientes de una factura con el coste de sus tratamientos para concienciarlos sobre el uso racional del sistema.
- **Sensibilización del prescriptor**. Se debe concienciar al prescriptor, para que prescriba en las situaciones que así se demande según las guías clínicas, y así evitar la sobreprescripción
- Para la población que acude o visita España esporádicamente, se sugiere aplicar un precio a cada recurso demandado, lo que evitaría mucha parte de lo que se denomina en la actualidad **"turismo médico"** y que supone un gasto sanitario muy elevado.

- Estudiar y racionalizar el **gasto de los pacientes crónicos**, que representan el 20% de la población y consumen una parte muy importante de los recursos sanitarios.
- Regular la forma en que se ofrecen los servicios desde el Sistema Nacional de Salud. **Planificación de la oferta sanitaria**, de modo que no se creen expectativas a los pacientes que no siempre se pueden satisfacer.
- Implantar un sistema de **autogestión** para hospitales y centros de atención primaria, así como para profesionales, asignando partidas presupuestarias en función del número de pacientes del área sanitaria y fomentando una mayor responsabilidad sobre resultados.

El 11 de noviembre de 2010, Leire Pajín, Ministra de Sanidad, comunicó que las fórmulas de copago sanitario tienen un alto riesgo de inequidad y pueden disuadir a los ciudadanos de acudir al médico con determinados síntomas, por lo que ha descartado su debate con las Comunidades Autónomas alegando que "hay otras muchas medidas de las que hablar antes".

La Ministra Leire Pajín ha subrayado que fórmulas de financiación como la del copago no van a entrar en la agenda del ministerio porque cree "profundamente en la equidad del sistema". "Mi apuesta está encaminada a medidas que mejoren la financiación sanitaria, pero que preserven un Sistema Nacional de Salud (Sistema Nacional de Salud) equitativo para todos y todas y con las garantías que hasta ahora hemos tenido" afirmó.

### El copago ya existe

El Sistema Nacional de Salud se financia con impuestos que de forma solidaria abonan los ciudadanos, por lo tanto el copago ya existe. Se trataría por lo tanto de re-pago, de un pago adicional e individualizado. Sus defensores lo proponen como medida disuasoria, más que como medida recaudatoria. Sin embargo, las dudas acerca de su efectividad, junto con otros efectos perversos desaconsejan su aplicación. Parece más razonable plantear una gestión más eficiente de nuestros recursos y la corresponsabilidad de todos los agentes en el buen uso del sistema sanitario. Por ejemplo, reforzando la figura del profesional sanitario, corresponsabilizándolo en la gestión de nuestros recursos y también, formando a los pacientes en la gestión de su propia salud.

# IV. La Industria Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud

## 1. Introducción y contexto

### Análisis de situación

La Industria Farmacéutica es un importante elemento de los sistemas de asistencia sanitaria de todo el mundo; está constituida por numerosas organizaciones públicas y privadas dedicadas al descubrimiento, desarrollo, fabricación y comercialización de medicamentos para la salud humana y animal.

La Industria Farmacéutica representa en España un sector con un carácter eminentemente innovador, cuya principal aportación a la sociedad es el medicamento.

Constituye un sector que ofrece una serie de importantes beneficios para la sociedad de nuestro país y la economía<sup>19</sup>:

1. Se trata de un sector industrial con alta productividad. El Valor Añadido Bruto (VAB) por persona empleada en 2008 fue de 108.600 euros, más de 100% por encima del promedio de la industria manufacturera española.
2. Es muy competitiva en los mercados internacionales. Las exportaciones de medicamentos suponen más de 8.100 millones de euros y representan el 5,1% del total de las exportaciones españolas.
3. Es una fuente de empleo cualificado. Alrededor del 50% de los empleados de la Industria Farmacéutica son graduados universidad y más del 10% de la fuerza de trabajo lleva a cabo su actividad en I + D.
4. Es líder en I + D y en la biotecnología. La Industria Farmacéutica invierte más de 1.000 millones de euros anuales, lo que supone alrededor del 20% de toda la inversión en I + D en toda la industria española.
5. Es un inductor de efectos positivos sobre otros sectores. Esta industria genera 40.000 empleos directos en España y es responsable de otro 160.000 puestos de trabajo indirectos en el resto de la economía.

Además, los medicamentos son un bien preferente, debido a las ganancias en la esperanza y calidad de vida que proporcionan y su contribución a la productividad al reducir el absentismo.

19. *Farmaindustria. La Industria Farmacéutica en España. La necesidad de acciones del gobierno. Septiembre 2010*

Todos estos puntos muestran la importancia estratégica de esta industria como un sector de futuro y su posible contribución a la transformación económica de España con el fin de garantizar un crecimiento sostenible. Se podría decir que la Industria Farmacéutica constituye un sector industrial que cualquier país quisiera tener establecido en su territorio.

La Industria Farmacéutica contribuye a la promoción de la salud por medio de la investigación y el desarrollo de medicamentos que contribuyen a alargar y mejorar la calidad de vida del paciente. Entre el año 1986 y el año 2000 se registró un 40% de aumento en la esperanza de vida debido a los nuevos medicamentos aparecidos durante ese periodo<sup>20</sup>.

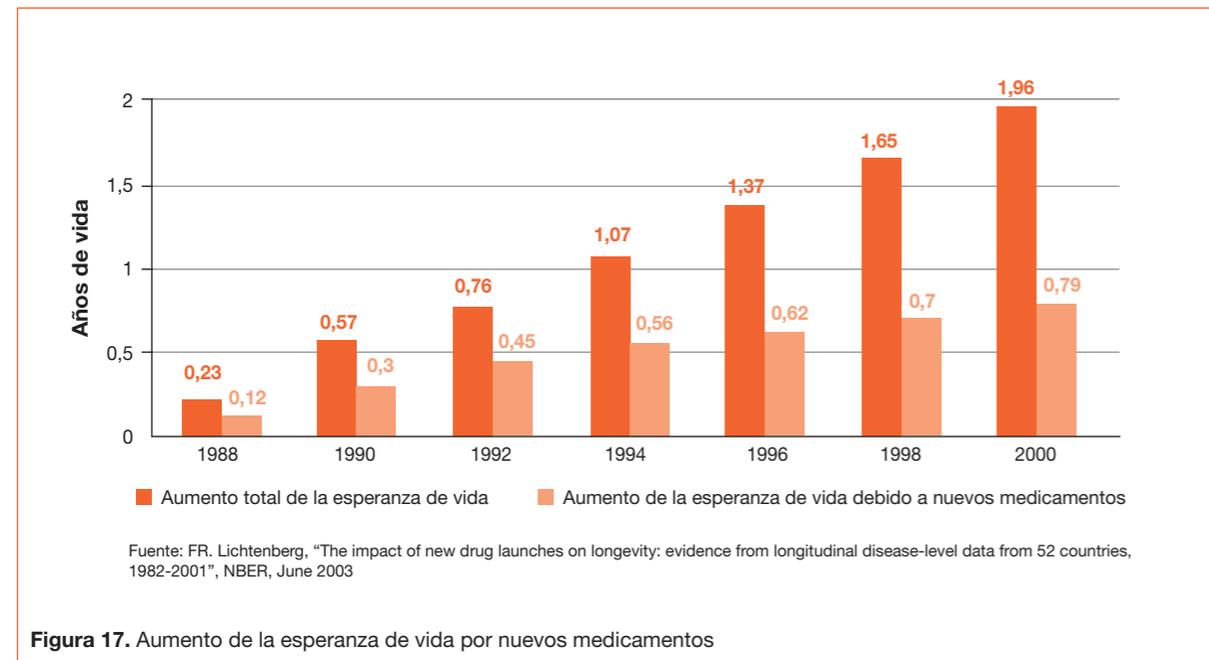


Figura 17. Aumento de la esperanza de vida por nuevos medicamentos

20. FR. Lichtenberg, "The impact of new drug launches on longevity: evidence from longitudinal disease-level data from 52 countries, 1982-2001", NBER, Junio 2003



Figura 18. Evolución anual del número de empresas dedicadas a la fabricación de productos farmacéuticos

El sector farmacéutico constituye un importante motor económico para la economía española. Es un sector generador de empleo muy importante, tanto directo (40.000) como indirecto (95.000) e inducido (65.000). Total estimado: 200.000 empleos.

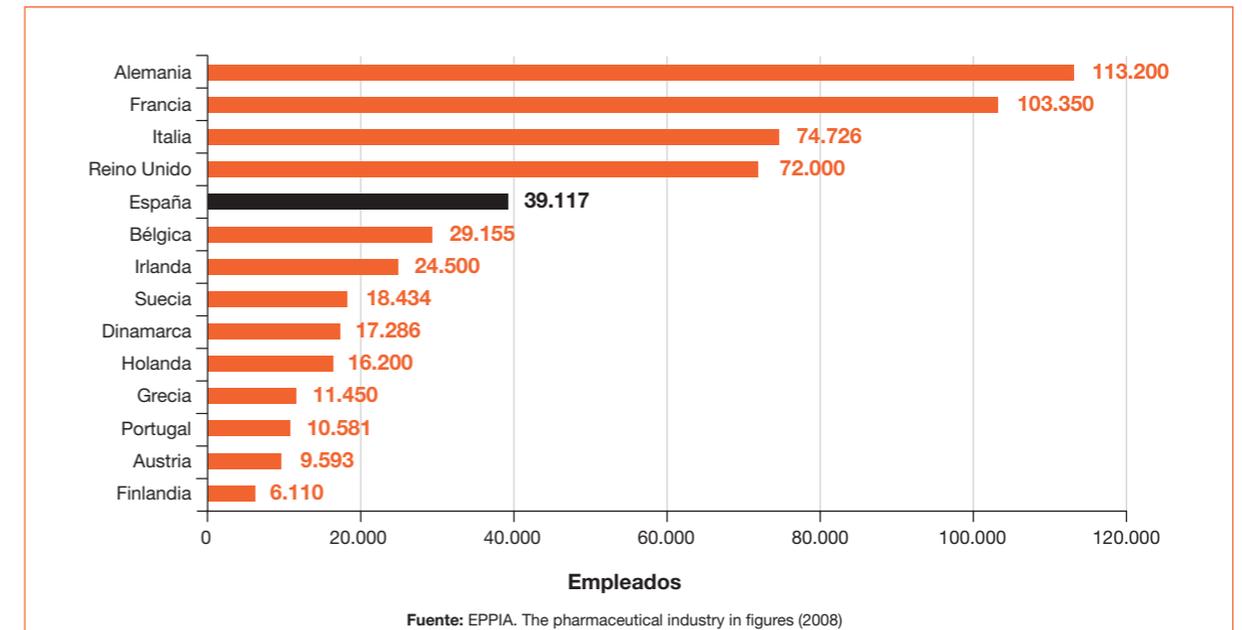


Figura 19. Número de empleados de la Industria Farmacéutica en la Unión Europea

La Industria Farmacéutica en España es uno de los sectores más productivos: España es la quinta potencia farmacéutica en el ámbito europeo en ventas, la sexta en producción y la sexta en todo el mundo, con un crecimiento en cuota de mercado por encima de la media (alrededor del 5%).

País	USD Mil Millones 2009	% Cuota de mercado 2009	% Crecimiento Const USD 2009	TCAC* 04-08
<b>10 Mercados Clave</b>	<b>\$560.6</b>	<b>77.7%</b>	<b>3.8%</b>	<b>5.9</b>
Estados Unidos	288.5	40.0	2.4	6.3
Japón	71.6	9.9	3.0	3.0
Francia	41.0	5.7	2.1	5.4
Alemania	40.1	5.6	4.2	4.1
Italia	25.7	3.6	3.9	4.1
<b>España</b>	<b>22.0</b>	<b>3.0</b>	<b>7.7</b>	<b>8.0</b>
Reino Unido	20.9	2.9	4.1	3.1
China	20.8	2.9	25.2	22.0
Canadá	18.0	2.5	5.8	8.1
Brasil	12.0	1.7	11.9	11.6

\* TCAC: Tasa de crecimiento anual compuesta

Fuente: IMS Health, MIDAS, MAT Mar 2009

Figura 20. Ventas y crecimiento farmacéutico

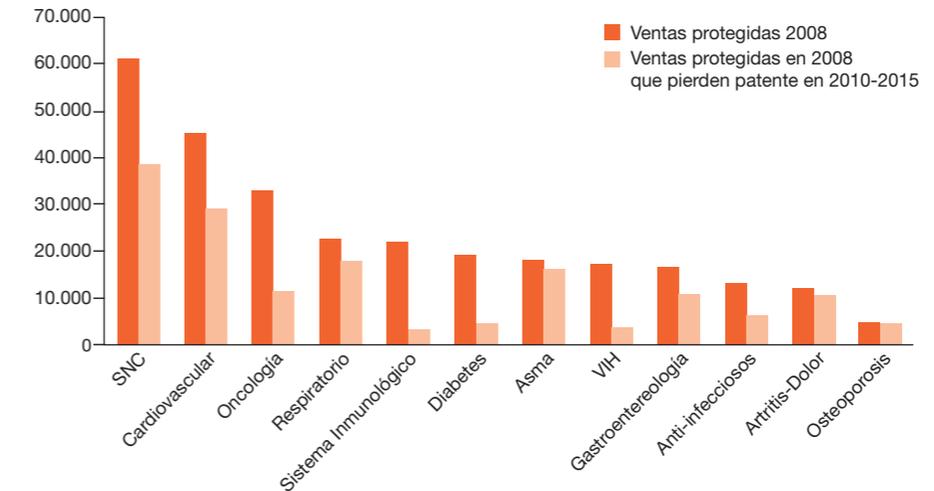
## 2. Marco regulador

Durante los últimos tiempos, el clima de inestabilidad se ha traducido en una serie de medidas de ahorro desfavorables para la Industria Farmacéutica. Las últimas medidas de recorte presupuestario al Sector Farmacéutico reducen el presupuesto sanitario en 1.300 millones de euros, que se suman a los 1.500 millones de recortes recientes.

Debido a esta inestabilidad, la industria está buscando nuevos modelos de acceso al mercado que le permitan adaptarse a la situación actual de crisis.

Otras barreras importantes a las que se enfrenta la Industria Farmacéutica son:

- La previsión de la duplicación del gasto sanitario en 10 años, al ritmo de crecimiento actual.
- La pérdida de numerosas patentes provocarán una pérdida estimada de 241 mil millones en ventas en los próximos años.



Fuente: IMS Health. Evolución y tendencias del mercado farmacéutico. Junio 2009

Figura 21. Productos expuestos a la pérdida de patentes (2010 - 2015)

La Industria Farmacéutica se enfrenta a diversos retos en el futuro cercano con el fin de adaptarse al nuevo entorno social y económico.

La actual situación económica reflejada en medidas como los recortes presupuestarios, la creciente complejidad del entorno regulatorio, las dificultades ante lanzamientos de nuevas moléculas y el problema de mala imagen al que se enfrenta la Industria Farmacéutica son algunos de los obstáculos que se tendrán que sortear para perdurar en el sector.

### 3. La Industria Farmacéutica: una gran desconocida

#### Análisis de situación

A pesar de tratarse de uno de los sectores más regulados y cuyos datos son accesibles dado que se trata de empresas que cotizan en bolsa, la Industria Farmacéutica es un sector con mala imagen no solo en España, sino en todo el mundo. En el Informe Anual del 2009 realizado por Harris Interactive para medir la reputación de distintas industrias se aprecia como la imagen percibida de la Industria Farmacéutica es de las menos populares y cómo ha sufrido un descenso en su valoración durante el último año. En principio no cabe esperar que una industria que se ocupa de mejorar la salud de los ciudadanos tenga tan mala imagen, pero la realidad de esta situación lleva a estudiar los motivos que la propician.

Todos los agentes implicados en la realización de este informe mantienen contacto en mayor o menor medida con la Industria Farmacéutica en su desempeño laboral, y de estas experiencias y reflexiones proviene el análisis de la Industria Farmacéutica que aquí se presenta.

	Positive ratings 2008	Positive ratings 2009	Change (2009-2008)
	%	%	%
1. Technology	67	72	5
2. Travel and Tourism	48	52	4
3. Retail	43	52	9
4. Consumer products	43	49	6
5. Telecom	43	47	4
6. Manufacturing	33	40	7
7. Pharmaceutical	31	29	-2
8. Energy / Utilities	29	33	4
9. Airlines	23	24	1
10. Insurance	22	23	1
11. Automotive	16	25	9
12. Tobacco	11	11	0
13. Financial Services	11	16	5

Fuente: Informe Anual Harris Interactive 2009

Figura 22. Reputación de las distintas industrias

Llama la atención que otros sectores industriales que causan más muertos y contaminación que la farmacéutica tengan una mejor imagen y además que esté mejorando mientras la imagen de la Industria Farmacéutica está empeorando.

## Comentarios de Stakeholders

*La Industria Farmacéutica se sitúa más cerca del marketing y la filosofía de mercado que del mundo de la salud; a pesar de remarcar y valorarse su función como investigadora y productora de medicamentos que preservan y alargan la salud de los ciudadanos, la sensación que transmite en cierto modo es de desconfianza.*

- a. *Los colectivos aprecian en la Industria Farmacéutica actitudes que la **sitúan más cerca del marketing** y de la filosofía de mercado que del mundo de la salud, aunque se está de acuerdo en que la Industria Farmacéutica es absolutamente necesaria y se entiende como una esperanza de futuro para la salud y de curación para el paciente. Sin embargo, se mezcla la salud, la gratuidad, el sistema, con una actividad de tipo empresarial que intenta obtener el máximo beneficio. Esto implica una presión económica importante para el sistema sanitario lo cual puede estar en el origen de la mala imagen.*
- b. *En general, la Industria Farmacéutica es percibida por los distintos colectivos como un gran organismo muy corporativizado, frío, distante en su trato y muy sistematizado.*
- c. *El principal motivo denunciado por todos los colectivos que aparece de forma recurrente como causante de la mala imagen de la industria es la **falta de transparencia** que proyecta en sus operaciones, lo cual genera una desconfianza en toda la sociedad.*

### La mala imagen de la Industria Farmacéutica

*Las empresas farmacéuticas están obligadas a ser transparentes ya que pertenecen al sector empresarial más regulado de los que trabajan con la Administración Pública. La transparencia deja de ser una opción y se convierte en un requisito del propio sistema sanitario. Sin embargo, el desconocimiento de la estricta regulación a la que está sometida la Industria Farmacéutica hace que sea percibido como un sector poco transparente.*

*Según la legislación vigente, se pueden comercializar únicamente aquellos productos que el Estado aprueba, algo que no sucede en ningún otro sector industrial. Las compañías tienen una estricta legislación que regula la comunicación directa a los pacientes sobre fármacos que requieren prescripción médica.*

*Asimismo, la Administración debe aprobar cualquier material que la industria comparta con un profesional sanitario. Esto significa que la relación con los pacientes está estrictamente regulada, ya que son las autoridades quienes deciden qué información se puede o no compartir con ellos.*

*En un sistema interdependiente y multidisciplinar como el sanitario, es necesario que todos los agentes involucrados conozcan las actividades que llevan a cabo las compañías, así como la regulación a la que están sometidas, para contar así con la confianza de la sociedad.*

## 4. Causas de la falta de transparencia “percibida”

### Comentarios de Stakeholders

- a. La **búsqueda de un beneficio** económico a través del medicamento no se entiende por parte de los ciudadanos; éstos identifican prácticas de promoción agresivas destinadas a conseguir beneficios a costa de su salud a través de la venta de medicamentos. La relación y acercamiento a los pacientes/profesionales sanitarios se siente dirigida por intereses comerciales en muchas ocasiones, lo cual genera una desconfianza por parte del profesional sanitario. Se opina que en algunas ocasiones las decisiones del prescriptor pueden estar influenciadas por intereses de la Industria Farmacéutica, a pesar de que la administración actúe como financiadora y regule el precio de los medicamentos.
- b. **Modelo de negocio:** Se cree que ha llegado el punto en el que el modelo de marketing usado hasta ahora (congresos, incentivos por prescripción, etc.) ya no funciona como antes. Se espera que este modelo se reinvente y se adapte más a las necesidades actuales.
- c. **I+D:** Se detecta una falta de interés e inversión de las multinacionales en la investigación de **enfermedades raras**. Asimismo, se produce un abandono de áreas poco rentables (el caso de los antibióticos, por ejemplo) en favor de otras más rentables, y más en línea con la actualidad como la medicina individualizada.
- d. Los ensayos clínicos, una de las actividades más promocionadas por la Industria Farmacéutica, implican para los participantes en el informe no solo una actividad de investigación, la cual es elogiada, sino también una actividad comercial ya que se perciben como sesgados y, a menudo, como estrategia de introducción de medicamentos en el dossier hospitalario.
- e. La realización de estudios coste-efectividad y de guías de práctica clínica por parte de la Industria Farmacéutica actuando como cliente y evaluador al mismo tiempo no otorga confianza entre los profesionales sanitarios hacia los resultados publicados.
- f. Las nuevas prestaciones y orientaciones sanitarias están muy mediatizadas por la información que se va generando desde la industria.
- g. La opinión generada por los medios de comunicación (retirada de medicamentos, pleitos, gripe,...) junto a películas de los últimos años, han publicitado de manera sensacionalista y poco rigurosa **conductas sensacionalistas** de la Industria Farmacéutica.

### Buena imagen de la Industria Farmacéutica

La buena imagen de la Industria Farmacéutica se asocia a:

- Aportaciones de la Industria Farmacéutica a la mejora de la salud a través de la investigación.
- Papel en la formación de profesionales sanitarios y pacientes.

Es en esas áreas donde todos los colectivos coinciden en que la industria realiza una aportación de gran valor al Sistema Sanitario de Salud: de hecho todos los agentes esperan que se siga apoyando y desarrollando a lo largo del tiempo.

En contraposición a la imagen negativa descrita anteriormente, la “pequeña” Industria Farmacéutica especialmente la biotecnológica, aquella que innova, investiga y desarrolla medicamentos para pacientes muy específicos, goza de una imagen positiva y cercana, focalizada en los problemas del paciente, el interés por su bienestar y su conexión con el entorno investigador.

En esta línea se subraya como las medidas del recorte del gasto sanitario van todas dirigidas al 25% del gasto en medicamentos, mientras otros componentes del gasto como ‘medical devices’ tienen una connotación positiva y no se ven tan criticados por el público en general y la Administración.

## 5. Recomendaciones

### Soluciones para la transparencia

#### Análisis de situación y contexto

La Industria Farmacéutica es una de las industrias más reguladas actualmente debido a la función que cumple en la promoción de la salud de todos los ciudadanos.

Farmaindustria es la Asociación Nacional Empresarial de la Industria Farmacéutica establecida en España. Agrupa a una gran mayoría de Laboratorios Farmacéuticos que representan la práctica totalidad de las ventas de medicamentos de prescripción en España. Es una de las asociaciones más influyentes del sector sanitario y farmacéutico. Entre sus filas están incluidos la mayoría de los laboratorios más potentes.

El Código Deontológico de Farmaindustria es un código de autorregulación de las relaciones de la Industria Farmacéutica con los profesionales sanitarios, donde también se regulan las relaciones de la industria con las asociaciones de pacientes. Este código nació hace ya varios años para regular básicamente la celebración de eventos y congresos médicos por parte de la Industria y dotar de transparencia a todas estas actividades comerciales, muy criticadas por la sociedad en general<sup>21</sup>.

La misión de Farmaindustria como asociación se centra en los siguientes objetivos:

- Colaborar con las Administraciones Públicas para configurar un marco regulador y económico estable que propicie el crecimiento equilibrado del mercado, el aumento de las actividades de I+D y el desarrollo de la Industria Farmacéutica.
- Potenciar la percepción pública de la Industria Farmacéutica y del medicamento, transmitiendo a ciudadanos, líderes de opinión y responsables públicos el valor que aportan las medicinas a nuestro progreso social y a nuestra calidad de vida.
- Proporcionar servicios de valor añadido a los laboratorios asociados en los campos de la información, el asesoramiento y la colaboración empresarial.
- Representar a la Industria Farmacéutica establecida en España, tanto a nivel nacional como internacional<sup>22</sup>.

El camino para conseguir la transparencia y la buena reputación de la Industria Farmacéutica, comprende un conjunto de actuaciones multidisciplinares de forma continuada en distintas áreas, que consigan recuperar una imagen más positiva de la Industria Farmacéutica en la sociedad y agentes sanitarios para recobrar la confianza de los mismos.

21. Fuente: <http://www.pmfarma.es/articulos/707-nuevo-codigo-deontologico-de-farmaindustria-y-su-implicacion-en-los-estudios-de-mercado.html>

22. Fuente: web Farmanindustria

## 6. Acciones sugeridas para mejorar la imagen de la Industria Farmacéutica

### Comentarios de Stakeholders

#### Cambio del modelo de negocio

A pesar de la crisis económica global, la evolución demográfica y los avances científicos hacen que las expectativas para la Industria Farmacéutica se contemplen de forma positiva. Los expertos calculan que el valor del mercado farmacéutico se va a duplicar de aquí al 2020 con las consiguientes oportunidades empresariales que esto conlleva. Sin embargo, el modelo de negocio que se requerirá para ello se prevé que tendrá que adaptarse a las nuevas circunstancias, ya que según los expertos actualmente no se adapta a los requerimientos del cambiante entorno farmacéutico a nivel global.

No existe un consenso sobre cómo de desgastado está el actual modelo de negocio de la Industria Farmacéutica, pero si se puede encontrar una opinión común sobre la necesidad de una actualización y una orientación diferente a la que ha podido emplear hasta el momento.

La **imagen percibida de la Industria Farmacéutica** en este momento se identifica como mayoritariamente comercial, sin embargo, se cree que está en proceso de transición y se identifican oportunidades para el replanteamiento del modelo de negocio.

Es necesario generar una cuota de mercado cada vez más grande, con una retribución de beneficios y márgenes menores, pero consiguiendo una cuota de mercado más grande a través de la excelencia.

Algunas de las claves que se apuntan como pilares de cambio para un nuevo modelo de negocio de la Industria Farmacéutica apuntan a la necesidad de:

- Demostrar una ética empresarial, transparencia y colaboración con el resto de los agentes sanitarios.
- Hacer público los gastos invertidos en marketing, publicidad e incentivos a profesionales sanitarios, como símbolo de transparencia.
- Buscar un beneficio mutuo a través de la búsqueda de los resultados clínicos, versus la búsqueda de cantidad de ventas. Este proceso fideliza a los clientes mediante la eficiencia en los servicios y productos.

- Ampliar los niveles de comunicación: además de establecer cauces de comunicación con los profesionales sanitarios, se debe del mismo modo contar con la administración, contar con los gestores, y asociaciones de pacientes para alinear intereses y objetivos.
- Generar confianza en todos los agentes que hay desde el financiador, la Administración o la empresa, el prescriptor hasta el profesional.
- Profesionalizar la fuerza comercial dándole un perfil clínico, menos agresivo comercialmente y más colaborador con las necesidades del sistema.
- Reforzar las relaciones institucionales y las alianzas estratégicas a largo plazo junto con las alianzas orientadas sobre todo a formación de mano de los gestores, administración, etc. ayudando de forma transparente a poder cubrir aquellas limitaciones que tiene el sistema, no sólo de formación.

Del mismo modo se debe hacer un esfuerzo por poner en valor la contribución de la Industria Farmacéutica. A día de hoy no se percibe la Industria Farmacéutica como colectivo, sino como una serie de agentes independientes. Se debe de hacer público las contribuciones de la Industria Farmacéutica a la sociedad anualmente como colectivo, explicando y detallando su contribución a la sociedad.

La situación producida durante la última crisis sanitaria genera las condiciones para que la Industria Farmacéutica se replantee su imagen de cara a los profesionales sanitarios y sociedad.

#### Formación

La formación en salud es un elemento positivamente valorado por los pacientes. Por ejemplo, promocionar hábitos saludables de vida y concienciar a la población sobre la importancia del uso responsable del sistema sanitario.

Los profesionales sanitarios saben que necesitan de la formación continuada, y la Industria Farmacéutica se lo facilita, a lo cual le dan un gran valor, aunque reconozcan que esta formación está a veces sesgada por parte de la Industria Farmacéutica.

A esta cara de la Industria Farmacéutica, la que ellos describen como industria amable, los profesionales sanitarios le otorgan un gran valor y se sienten muy beneficiados por ella.

No hay discusión en que la Industria Farmacéutica se considera un ente facilitador de formación y recursos en general, pero se reclama una mayor transparencia y claridad a la hora de distribuir esos recursos. Se señala una falta de comunicación, claridad y transparencia de la cantidad de recursos

que la Industria Farmacéutica dedica a las estrategias de promoción de sus productos.

A la hora de optimizar los recursos de formación ofrecidos por la Industria Farmacéutica, se sugiere:

- Las actividades de formación organizadas por la Industria Farmacéutica deberían ser reguladas por los directores de las unidades clínicas, además de orientarse a temas de interés para la institución y no sólo para el laboratorio.
- Incrementar el acercamiento a toda los agentes sanitarios y promover planes de colaboración conjunta en cuanto a formación y financiación de I+D frente a la Administración.
- Promover una comunicación abierta y fluida con los gestores hospitalarios, respetando su posición de directores y gerentes hospitalarios para realizar labores conjuntas de formación continuada.
- Reforzar las relaciones institucionales y alianzas estratégicas a largo plazo junto con las alianzas orientadas sobre todo a formación de mano de los gestores, administración, etc. ayudando de forma transparente a poder cubrir aquellas limitaciones que tiene el sistema.

Es necesario que la Industria Farmacéutica colabore en la labor de formación con una una postura más colaborativa y transparente, de modo que actúen como promotores de calidad en la sanidad trabajando en equipo con administradores y profesionales sanitarios.

Desde el colectivo de pacientes se pide a la Industria Farmacéutica un mayor acceso a la información, generando conciencia en los pacientes a través de formación y campañas para transmitir la importancia de una correcta adherencia al tratamiento, y una mayor información sobre patologías y tratamientos existentes.

## Responsabilidad Social Corporativa

El campo de Responsabilidad Social Corporativa es uno de los pilares de trabajo sugeridos que deben de explotarse en los años venideros con el objetivo de mejorar la imagen de la Industria Farmacéutica de cara al paciente y los profesionales sanitarios.

Como Responsabilidad Social Corporativa se entienden acciones encaminadas a aumentar la contribución activa y voluntaria en relación a la mejora social y económica por parte de la Industria Farmacéutica.

Dentro del rango de actividades sugeridas para mejorar la imagen de la Industria Farmacéutica se encuentran:

- Aumento de partidas presupuestarias encaminadas a la investigación de enfermedades raras y desarrollo de tratamientos para éstas.
- Desarrollo de programas sociales que mejoren el nivel sanitario de la sociedad: programas de formación, concienciación, adherencia al tratamiento, información sobre resultados de terapias y enfermedades, etc.
- Impulso y promoción de actividades que contribuyan al aumento de la importancia y número de acciones encaminadas a la promoción de la salud preventiva como camino del aseguramiento de la salud a largo plazo.
- Humanización de la imagen de la Industria Farmacéutica.

Se considera necesario del mismo modo el desarrollo de un “Registro de intereses” de la Industria Farmacéutica de carácter público que integre un código ético de actuación integrado dentro del apartado de Responsabilidad Social Corporativa.

En esta línea, se debe de ofrecer una mayor información de la Industria Farmacéutica a todos los agentes sanitarios:

- Disponibilidad de información y objetivos buscados.
- Trazabilidad en todos los medicamentos producidos.
- Estrategia de introducción de nuevos medicamentos en el contexto hospitalario y farmacéutico.
- Transparencia en las relaciones con los gestores, profesionales sanitarios y pacientes.
- Replantear el perfil del comercial del laboratorio como nexo entre la Industria Farmacéutica y el profesional sanitario.

**Responsabilidad social corporativa en el Sector Farmacéutico**

La sostenibilidad y la responsabilidad social corporativa (RSC) son valores fundamentales que están muy presentes en el sector. Si bien algunas farmacéuticas son muy reconocidas por acciones de RSC, en la mayoría de los casos no existe una comunicación uniforme sobre las acciones que realizan.

El compromiso de la Industria Farmacéutica con acciones de RSC es muy alto y colabora con numerosos proyectos. Sin embargo, debería hacer un esfuerzo con el objeto de acercar a la población un mayor conocimiento de estas acciones, que van desde las colaboraciones en el país de origen como la ayuda a países en vías de desarrollo del tercer mundo.

**Imagen de la Industria Farmacéutica y transparencia**

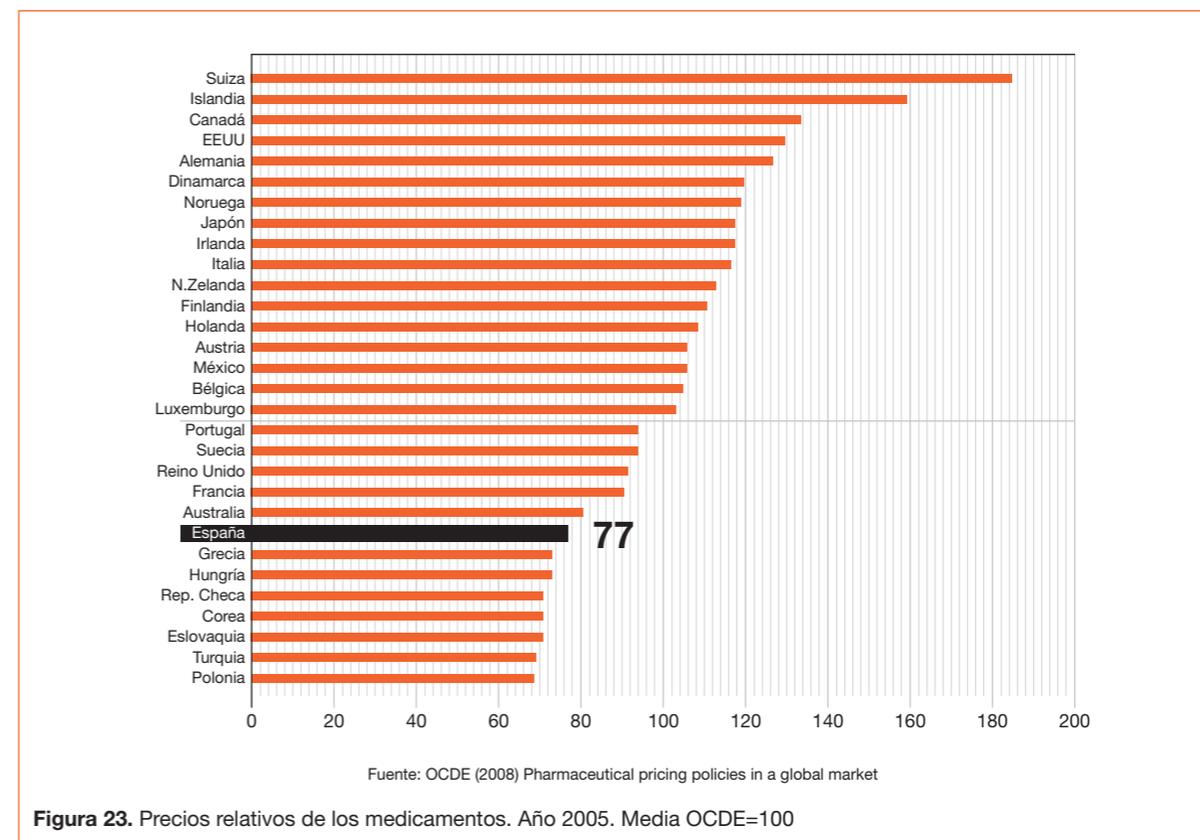
Una y otra vez se refleja en este informe la necesidad perentoria de que las empresas farmacéuticas tienen que aumentar la transparencia. Esta percepción puede sorprender ya que al tratarse de empresas muy reguladas, que además cotizan en bolsa, los datos de las mismas son accesibles. Por otra parte, es un sector necesario en el cambio de modelo productivo, el que más invierte en I+D+i, que genera empleo de calidad necesario para nuestra salud, etc. La percepción parece deberse a que resulta difícil aceptar que un sector "haga negocio con nuestra salud", que se inventan enfermedades, etc. A otros sectores más contaminantes, que invierten menos en I+D+i y cuyas decisiones afectan mucho más a la equidad y al acceso a la salud, no se les pide esa transparencia. Por otra parte, el cambio social en el que estamos inmersos debe facilitar el cambio de imagen del sector en un proceso en el que la información objetiva sienta las bases para establecer alianzas entre agentes de salud.

**7. La importancia del medicamento:  
genéricos vs. marcas**

**Análisis de situación**

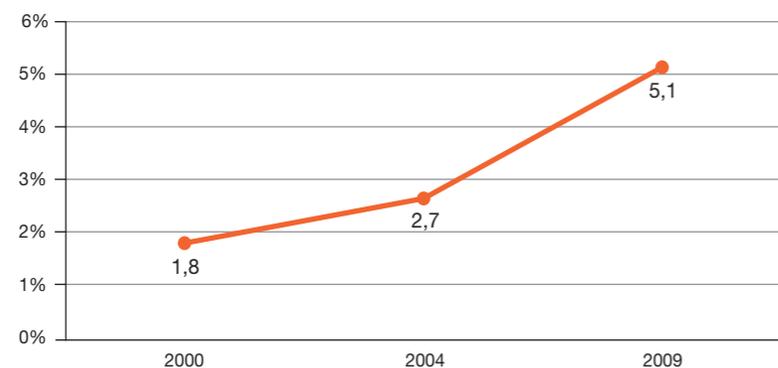
El medicamento es uno de los bienes más valorados por la sociedad, ya que se identifica inmediatamente por la sociedad con salud y bienestar.

Económicamente, los precios del medicamento en España son un 23% inferiores a la media europea, aunque el consumo farmacéutico se sitúa entre los mayores de la comunidad europea por habitante.



En un contexto internacional el saldo de comercio exterior farmacéutico en España es una importante fuente de ingresos para el mercado. Las exportaciones de la Industria Farmacéutica sobre el total de

exportaciones se han duplicado en los últimos 8 años, experimentándose su mayor período de crecimiento entre 2004 y 2009.



Fuente: Secretaría de Estado de Comercio. Estadísticas del comercio exterior español

Figura 24. Exportaciones de la Industria Farmacéutica sobre exportaciones totales

## Comentarios de Stakeholders

- El medicamento se identifica como el bien más valioso de la Industria Farmacéutica para todos los agentes participantes del informe y su razón de ser, y es considerado el principal producto de valor que ofrece a la sociedad como fruto de su actividad.
- El medicamento contribuye a la sociedad tanto desde un punto de vista social como económico: mejora la calidad de los años vividos y repercute en una mayor productividad de los trabajadores. La asistencia sanitaria asegurada por el Estado, produce una liberación de recursos económicos y socio-sanitarios antes dedicados a la atención de personas enfermas, que desemboca en un mayor crecimiento económico del país.
- La producción y la investigación en nuevos medicamentos constituyen el principal motivo de la Industria Farmacéutica, seguido por la posibilidad de rentabilizar dicha producción.
- Desde el punto de vista económico, los **medicamentos de última generación** se consideran especialmente caros desde una perspectiva social. En este sentido se han realizado esfuerzos desde la Administración transfiriendo la dispensación de medicamentos más costosos desde las oficinas de farmacia hasta las farmacias hospitalarias, o la implantación de modelos de riesgo compartido entre laboratorios farmacéuticos y Administración.

- Para la incorporación de estas nuevas tecnologías sanitarias, se coincide en la necesidad de una revisión de la estrategia y alianzas del sistema de salud con la Industria Farmacéutica, para llegar a acuerdos de mutuo beneficio, y aumentar la eficiencia de las incorporaciones.
- A la hora de mejorar su imagen de cara a la sociedad, se le pide a la Industria Farmacéutica que incida y ponga su propuesta de valor en:
  - Trabajar por conseguir un **tándem Administración-Industria Farmacéutica**, donde se puedan llegar a pactos por los medicamentos y la sanidad que mantengan la viabilidad del Sistema Nacional de Salud.
  - Fomentar la investigación y desarrollo, y lanzar al mercado nuevos productos farmacéuticos que mejoren la salud y calidad de vida de la población.
  - Tener en cuenta el **coste-efectividad** en sus nuevos medicamentos para poder ser sostenible y estar en línea con las necesidades del Sistema Nacional de Salud.
  - Se recomienda el enfoque hacia los mercados de enfermedades crónicas, ya que se observa que la medicina actual es más de tratamiento que de curación.
  - Investigación en patologías raras que a pesar de no ser rentables, responden a una necesidad social que contribuiría a mejorar su imagen.
  - El papel de la Industria Farmacéutica a la hora de implementar algunas guías de práctica clínica se ha regido, en ocasiones, por intereses económicos, lo que la desacredita ante los médicos y la Administración.
  - Estudiar las necesidades actuales e incidir en las áreas necesarias no cubiertas.
- En cuanto a los **ensayos clínicos y observacionales** desarrollados por la Industria Farmacéutica, se pide:
  - Respetar la norma de transparencia sobre objetivos e incentivos de buenas prácticas.
  - Erradicar ensayos clínicos sin interés científico que son realizados en ocasiones con la finalidad de fidelizar a los profesionales sanitarios, en vez de fines clínicos.
- Con respecto a la práctica de venta de medicamentos a distribuidores como farmacias hospitalarias a precio cero:

- Se consideran un arma de fidelización de la Industria Farmacéutica.
- Es necesario regularizar esta práctica, para hacerla un arma de sostenibilidad.

## Los medicamentos genéricos

- En general, los distintos agentes confían en los genéricos, no obstante, en ocasiones, el colectivo médico y farmacéutico expresan sus dudas sobre la eficacia de los mismos, especialmente en aquellos genéricos usados para tratar situaciones clínicas más complicadas.
- Esta confianza limitada acerca de la fiabilidad de los genéricos sugiere trabajarse en esta área, con formación y educación destinada a la promoción de los medicamentos genéricos, así como a garantizar su bioequivalencia, biosimilaridad y bioapariencia.
- Otros factores que contribuyen a la falta de confianza en el genérico por usuarios y profesionales sanitarios son:
  - La diferencia de precio entre genéricos y marcas, tanto si es muy elevada como muy pequeña.
  - La falta de transparencia en la comunicación, tanto en la bioequivalencia como en la necesidad real y la decisión del precio.
  - Los propios laboratorios de la marca, desprestigian los genéricos competidores cuando éstos salen al mercado.
  - La falta de promoción de la Administración puede ser otro de los factores por los que no se ha extendido tanto su uso como en otros países de nuestro contexto.
- El colectivo de gestores y el médico cuestionan el ahorro de los genéricos en ciertos ámbitos de actuación hospitalaria, aunque lo entienden en otros ámbitos como la Atención Primaria.
- Todos los colectivos están de acuerdo en que el mercado de los genéricos seguirá creciendo como medida para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, y se sugieren medidas como:

- Debe mantenerse desde la administración un riguroso seguimiento de los medicamentos genéricos, donde se monitorice la bioequivalencia, biosimilaridad y la bioapariencia.
- Potenciar la inclusión de medicamentos genéricos en distintas líneas terapéuticas.

### Investigación, principio activo y genéricos

Las patentes protegen durante un tiempo la comercialización de nuevas moléculas. Cuando este período termina, el principio activo innovador protegido por la patente puede ser comercializado por otras empresas. La protección dada por la patente permite a las empresas recuperar el esfuerzo económico en I+D+i que se estima en unos mil millones de € por molécula nueva que se incorpora a la clínica. Las empresas que fabrican genéricos no soportan el peso de la I+D+i por lo que el precio baja sensiblemente. Como consecuencia de una investigación cada vez más costosa y de una regulación más exigente, el número de medicamentos que llegan a la sociedad está disminuyendo.

La Industria Farmacéutica se enfrenta no sólo a la disminución del número de moléculas, sino a la disminución del precio de las existentes. Esta situación se visualiza como marca versus genérico, pero no es así porque cuando aparece el genérico la marca también ha disminuido su precio, en ocasiones por debajo del genérico. Esta disminución de costes debe ser un estímulo positivo en la sostenibilidad financiera del SNS. Sin embargo, los genéricos deben garantizar efectos similares a las marcas (bioequivalencia) dado que el principio activo es el mismo. Cuando el medicamento no es una molécula, sino una proteína recombinante o un anticuerpo monoclonal, la bioequivalencia es más difícil de demostrar y se habla de biosimilaridad. Por último y dado que muchos pacientes, especialmente los más mayores, identifican a los medicamentos por su forma y color, se postula que se incluya la bioapariencia (aspecto similar), para evitar las confusiones y aumentar la adherencia.

## 8. Relación de la Industria Farmacéutica con los agentes sanitarios

La Industria Farmacéutica se percibe en general como un ente poderoso y sólido económicamente, donde el sector sanitario es un engranaje más dentro de la industria. Está representado más por multinacionales, aunque se echa en falta una mayor presencia de las farmacéuticas españolas competitivas a nivel global.

La cara positiva de la Industria Farmacéutica se identifica como su papel de motor económico de innovación y generación de empleo que contribuye no sólo al sistema sanitario sino a la economía del país.

La parte menos amable se identifica por el tipo de interacción con los diferentes colectivos en situaciones de interés, y la preocupación por la sostenibilidad del sistema sanitario y el aumento de la factura sanitaria por el coste de las nuevas tecnologías cada vez más costosas. Existen así mismo algunos sentimientos encontrados en cuanto a la autenticidad del compromiso social que existe detrás de la Industria Farmacéutica.

La situación de posible beneficio mutuo de la sociedad con la Industria Farmacéutica es una oportunidad a desarrollar de cara a asegurar la sostenibilidad del sistema e impulsar la mejora de la eficiencia del sistema sanitario para la Industria Farmacéutica.

### Comentarios de Stakeholders

#### Pacientes

- Por lo general los pacientes tienen una visión negativa del laboratorio “multinacional”, donde el principal objetivo consiste en lucrarse a partir de la venta de medicamentos.
- La relación con los pacientes de la Industria Farmacéutica es percibida en muchas ocasiones como “instrumental” y una manera de promocionar la marca del medicamento.
- Se pide una mayor información de la Industria Farmacéutica, más allá de los medios de comunicación y sus actividades.
- Del mismo modo el paciente reclama una mayor facilidad de acceso a información sobre sus enfermedades y los distintos tratamientos que desde la Industria Farmacéutica se ofrecen para ello. Así pues desde

las asociaciones de pacientes se demanda una mayor colaboración y apoyo de la Industria Farmacéutica a la hora de recibir formación.

- El paciente organizado en “asociaciones de pacientes” pide un mayor protagonismo a la hora de colaborar con la Industria Farmacéutica. En esa línea se alaba el apoyo recibido a la hora de la financiación de las mismas, pero existe un miedo implícito en perder su autonomía e independencia por esto.

#### Médicos

- La figura del médico es la que históricamente ha tenido más contacto con la Industria Farmacéutica en proyectos de formación e investigación. Desde hace unos años, el colectivo médico ha perdido protagonismo en relación con la red de ventas, debido a una mayor distribución de atención entre pacientes y resto de profesionales sanitarios.
- Por otra parte la relación con la industria está cada vez más regulada por organismos como Farmaindustria, lo cual se ha traducido en una reducción de incentivos, y un mayor control de la relación entre médicos e Industria Farmacéutica.
- Se pide un mayor conocimiento de la Industria Farmacéutica en el sector profesional. El vínculo es el comercial, y para muchos es el único contacto con la Industria Farmacéutica. El médico tiene la impresión de que el delegado está sometido a una gran presión por parte de los laboratorios, que a su vez traslada al médico.
- Una de las actividades a las que el médico da más valor es la formación continuada que la Industria Farmacéutica facilita, aunque reconozcan que esta formación está a veces sesgada por parte de la Industria Farmacéutica.

#### Enfermeras

- En el colectivo de enfermeras, la industria se considera un ente facilitador de formación y recursos en general, pero se reclama una mayor transparencia y claridad a la hora de distribuir esos recursos.
- Históricamente no ha existido una relación estrecha con la Industria Farmacéutica, pero a partir de la nueva legislación sobre la “prescripción” en enfermería, están recibiendo una mayor atención por su parte.
- A nivel asistencial expresan un desconocimiento de la Industria Farmacéutica, y señalan al médico como receptor casi exclusivo del interés de la Industria Farmacéutica.

- d. El colectivo de enfermeras se muestra interesado en colaborar con la Industria Farmacéutica para que mejore su imagen y contribuya a garantizar la calidad y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, pero a la vez denuncian una preocupación por ser objetivo de una incentivación de cara a prescribir y pérdida de objetividad.

## Gestores

- a. Desde el colectivo de gestores se pide un balance entre los objetivos de la Industria Farmacéutica como empresa y un modelo de negocio coherente con las necesidades de la administración. Este balance debe estar marcado por la comunicación, la transparencia, la planificación y el control.
- b. Ha habido un cambio recientemente en la relación de la Industria Farmacéutica y los gestores donde antes no tenían mucho contacto y ahora, cada vez más la Industria Farmacéutica se dirige a ellos y les explica lo que están haciendo y se brinda como colaboradora.
- c. Se pide que se establezcan acuerdos de colaboración y que se cuente con ellos a la hora de gestionar la formación de sus empleados. Si unen fuerzas la formación estará mejor enfocada. Así pues sugieren planear conjuntamente las formas y contenido de los profesionales sanitarios conjuntamente para que resulte más eficiente.
- d. Otra de las áreas que los gestores espera revise la Industria Farmacéutica, es la introducción de nuevos medicamentos hospitalarios. Se detecta que los ensayos clínicos son una puerta para esto usada con frecuencia y que no responde a criterios clínicos de mejora en todas las ocasiones.

¿Cómo es la **relación entre los agentes farmacéuticos?: Industria Farmacéutica, distribuidores/mayoristas y Oficina de Farmacia.**

La relación entre estos agentes farmacéuticos es en muchas ocasiones tensa debido a las características del modelo empresarial. No actúan como colectivo, ya que se rigen por las normas empresariales de máximo beneficio.

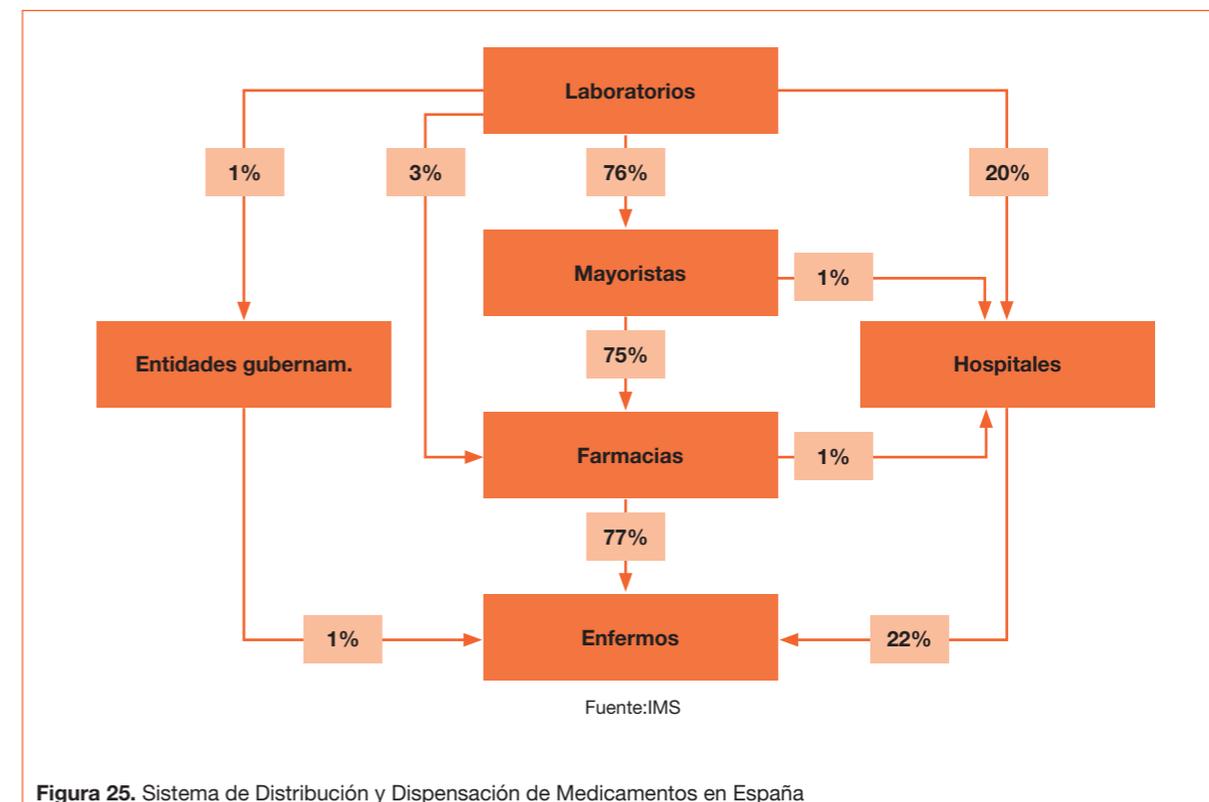


Figura 25. Sistema de Distribución y Dispensación de Medicamentos en España

## Oficina de Farmacia

- a. El colectivo de pacientes tiene una imagen positiva y de mucha confianza ante los farmacéuticos porque les considera el primer eslabón en la cadena de asistencia sanitaria. Ese papel de orientar al paciente y la confianza que éste deposita en su diagnóstico muchas veces pasa desapercibido, por lo que se hace un llamamiento para reposicionar el rol del farmacéutico.
- b. Los farmacéuticos se sienten el colectivo más afectado por las medidas de ahorro, por lo que tienen que aunar sus fuerzas como colectivo, para conseguir una situación sostenible que les permita ofrecer un servicio de calidad que ayude a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.
- c. Consideran que su rol como profesional sanitario ha sido poco valorado por el resto de stakeholders sobre todo la Industria Farmacéutica y la Administración, en relación al verdadero impacto que poseen frente al paciente.

- d. *La Industria Farmacéutica se ve como financiadora de eventos y actividades de formación, lo que es muy valorado, pero el colectivo de farmacéuticos se ve menos favorecido que otros colectivos, y se demanda una mayor participación en las actividades con la Industria Farmacéutica.*
- e. *Del mismo modo se reclama una mayor atención a la Oficina de Farmacia desde la Industria Farmacéutica, que se considera no es foco de atención de la misma debido a su capacidad de distribuidora, y no como prescriptor. Por lo general, el único contacto con la Industria Farmacéutica es el comercial del laboratorio.*
- f. *Es necesario aumentar la utilización del potencial de las oficinas de farmacia dentro del Sistema Nacional de Salud y las capacidades profesionales de los farmacéuticos, debido a su posición privilegiada de contacto con los pacientes.*

## Distribuidores

- a. *La sensación percibida es que la Industria Farmacéutica mantiene una relación de afinidad y tensión con el resto de eslabones de la cadena de distribución, ya que desea lograr cada vez más un contacto directo con el paciente, sin intermediación.*
- b. *El distribuidor se considera a sí mismo como una entidad propia que juega un papel importante en el modelo sanitario, a pesar de sentirse poco valorado y castigado por la Administración. Desde su modelo de distribución actual, toda la red farmacéutica tiene cobertura independientemente de su localización e índice de ventas, lo que es muy apreciado y se opina debe ser mantenido en el tiempo.*
- c. *Los distribuidores se plantean el por qué no externalizar el servicio de farmacia hospitalaria, mientras que los farmacéuticos hospitalarios plantean la inclusión de nuevos medicamentos hospitalarios.*
- d. *A la Industria Farmacéutica le gustaría poder ser más protagonista en la distribución, al igual que la Oficina de Farmacia y la farmacia hospitalaria, por lo que es difícil el entendimiento.*
- e. *Del mismo modo, se detecta una relación tensa entre la industria y los distribuidores farmacéuticos al acordar condiciones de comercialización, ya que la industria procura defender sus intereses económicos, mientras que los distribuidores mantienen la calidad, accesibilidad y equidad del modelo que ofrecen.*

## Alianzas necesarias, alianzas estratégicas

*Desde todos los sectores se estima que las alianzas necesarias y estratégicas entre diversos sectores son necesarias y pueden contribuir a un cambio en el esquema de relaciones que mantienen entre sí. La necesidad mutua se convierte en corresponsabilidad en los procesos.*

*Estas propuestas, aún poco definidas, suponen el inicio de un camino que lleva a un cambio de cultura empresarial al que los agentes se refieren como "cambio en el modelo de negocio". La crisis económica ha coincidido, pero no es la única causa, con la crisis del sistema de bienestar social cuyas raíces son más profundas. En el nuevo contexto que está apareciendo, todos los agentes del Sistema Nacional de Salud tendrán que cambiar el chip.*

*Los pacientes corresponsabilizándose en la gestión de su salud ya no son meros receptores de servicios de un sistema paternalista, sino que reclaman ser actores y por lo tanto acceden a una cuota correspondiente de responsabilidad. Los profesionales sanitarios se identifican con los objetivos del sistema y piden más información sobre el coste-efectividad de los instrumentos diagnósticos y terapéuticos que manejan.*

*En este entorno el sector farmacéutico se convierte en un partner necesario para todas las partes y, por lo tanto, liga sus objetivos a los del Sistema Nacional de Salud.*

## 9. I+D en la Industria Farmacéutica

### Análisis de situación

En el contexto actual, la I+D es uno de los pilares más importante para la Industria Farmacéutica, debido a su carácter eminentemente innovador, y su necesidad de adaptarse al contexto actual del mercado, donde las patentes farmacéuticas conceden durante 20 años la exclusividad a las compañías farmacéuticas antes de la aparición de medicamentos genéricos en el mercado.

Desde la solicitud de la patente hasta que el medicamento llega al mercado pueden pasar entre 10 y 15 años. El coste de desarrollo de un nuevo medicamento puede alcanzar los 1.000 millones de dólares de promedio. Por lo tanto, la compañía debe ser capaz de recuperar dicha inversión en el período de cinco años en el que va a disfrutar de exclusividad.

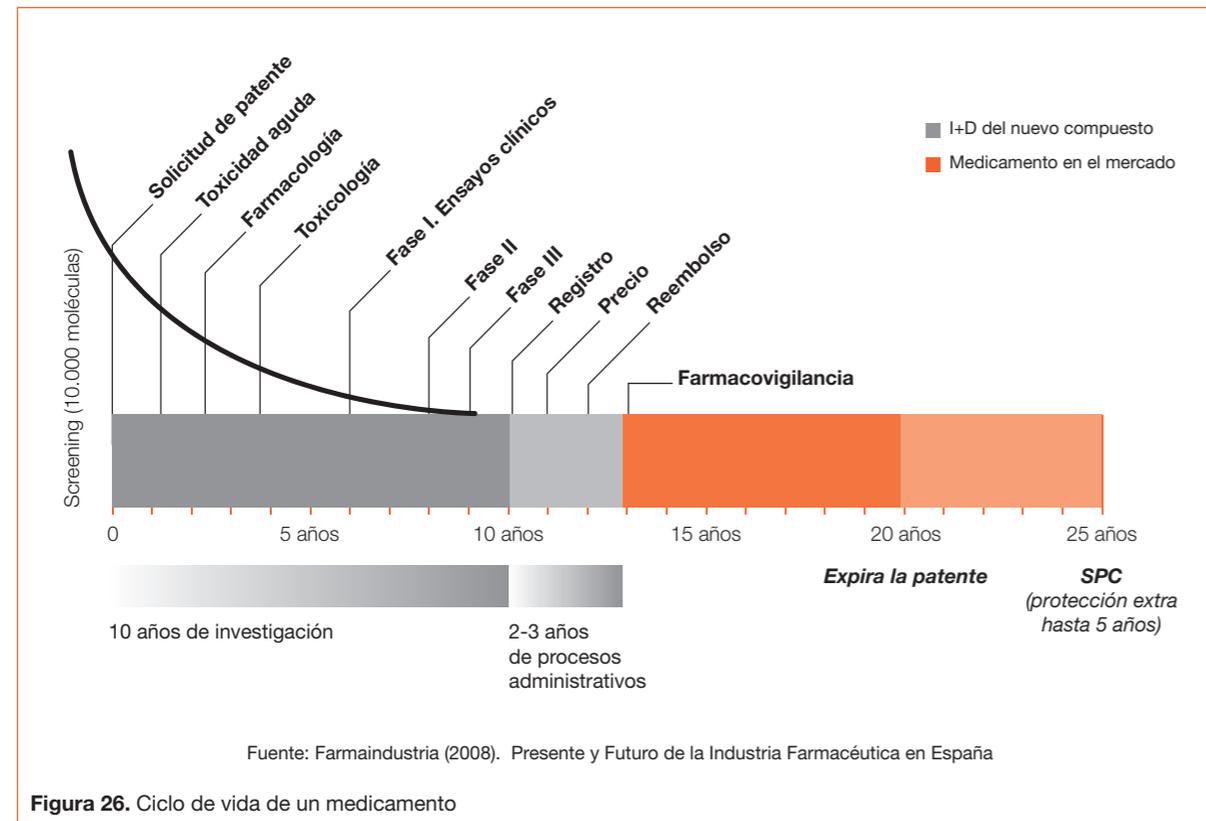


Figura 26. Ciclo de vida de un medicamento

Aproximadamente, sólo 3 de cada 10 medicamentos comercializados generan ingresos que superan los costes medios de I+D.

La investigación de nuevos medicamentos es extraordinariamente larga (entre 10 y 12 años), arriesgada (sólo una de cada 10.000 moléculas investigadas llegan a convertirse en un producto económicamente viable) y costosa (el coste medio de investigación de un nuevo medicamento supera los 800 millones de euros); y, por otro lado, es un sector fuertemente intervenido en el que el regulador estatal (que controla todo el proceso de investigación, producción y comercialización de los medicamentos, incluyendo sus precios) es además el principal cliente (3 de cada 4 medicamentos son financiados por el **Sistema Nacional de Salud**).

La Industria Farmacéutica es uno de los sectores que más ha aumentado su esfuerzo en inversión en I+D por encima del crecimiento de su cifra de negocios.

En España frente al crecimiento de las inversiones en I+D al inicio de la década superiores al 20%, hemos pasado a crecimientos inferiores al 10%, aunque en los últimos años se está revirtiendo esta tendencia.

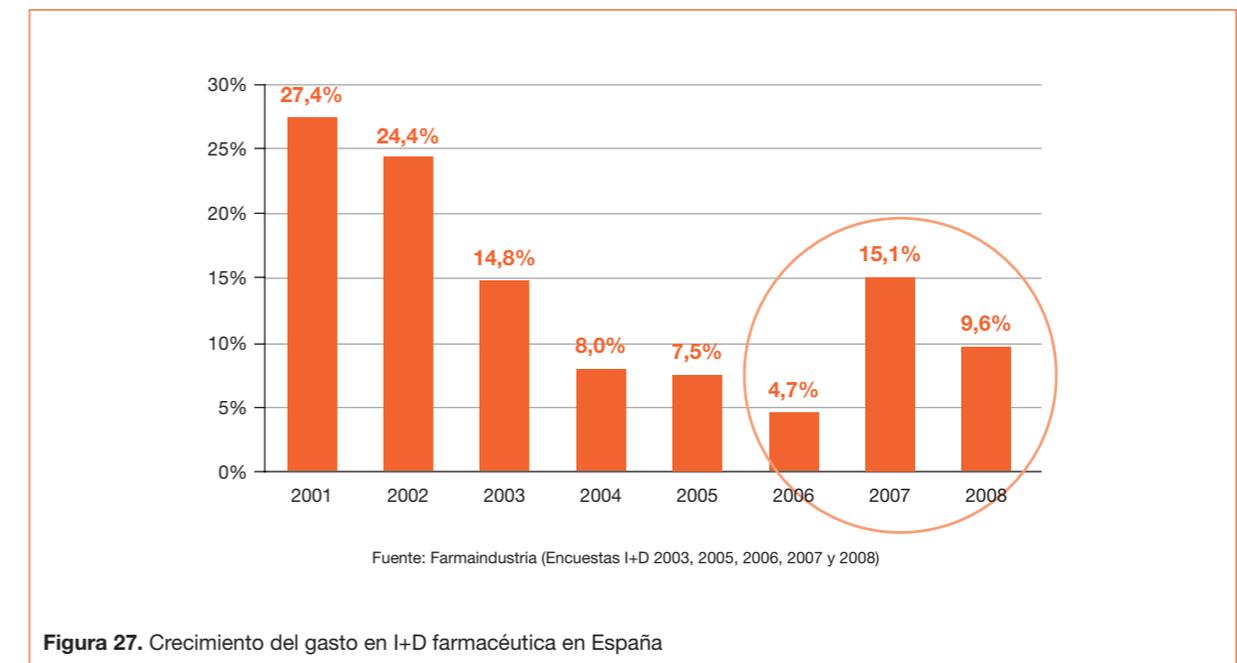
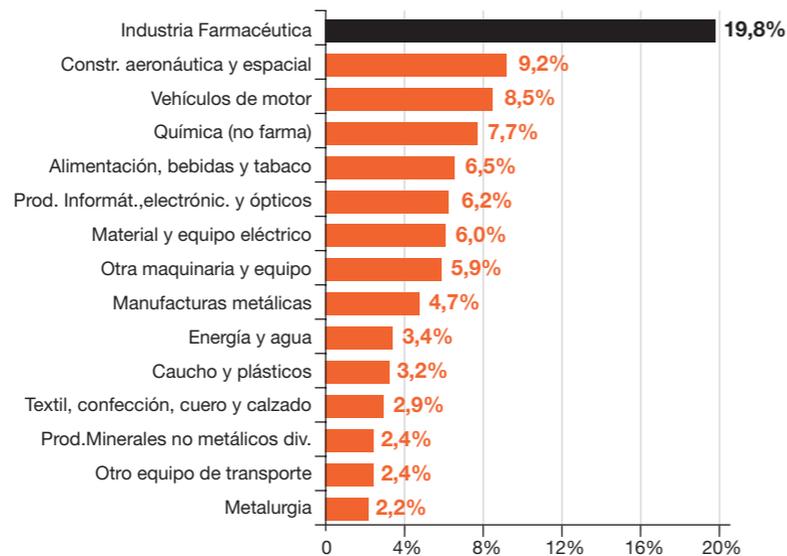


Figura 27. Crecimiento del gasto en I+D farmacéutica en España

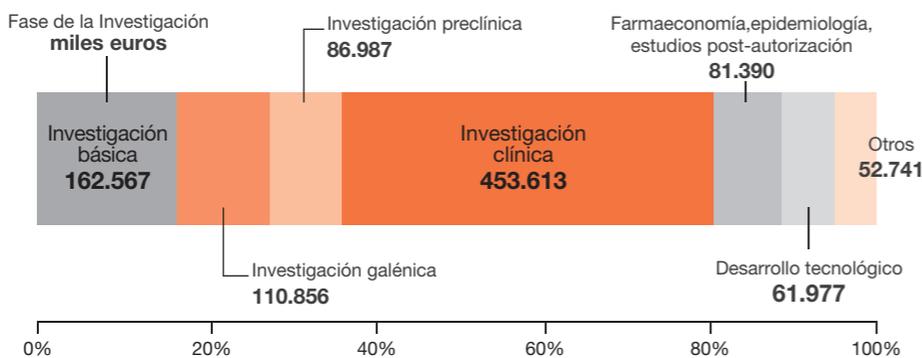
El 19,8% de los recursos que la industria española dedica a I+D proceden de la Industria Farmacéutica.



Fuente: INE. Encuesta sobre Innovación Tecnológica en las Empresas 2008

**Figura 28.** Inversión en I+D como % de todos los sectores industriales

La Industria Farmacéutica invirtió más de 1.010 millones de euros en I+D en el 2008. El grueso del gasto se dedicó a ensayos clínicos, y se invirtieron más de 162 millones de euros en investigación básica. En virtud de los acuerdos alcanzados entre la Industria Farmacéutica y el Ministerio de Sanidad y Consumo, a principios de 2009, la Industria Farmacéutica aumentó su contribución a la I+D+i tanto intramural (en sus propias empresas) como extramural (a disposición de las Comunidades Autónomas).

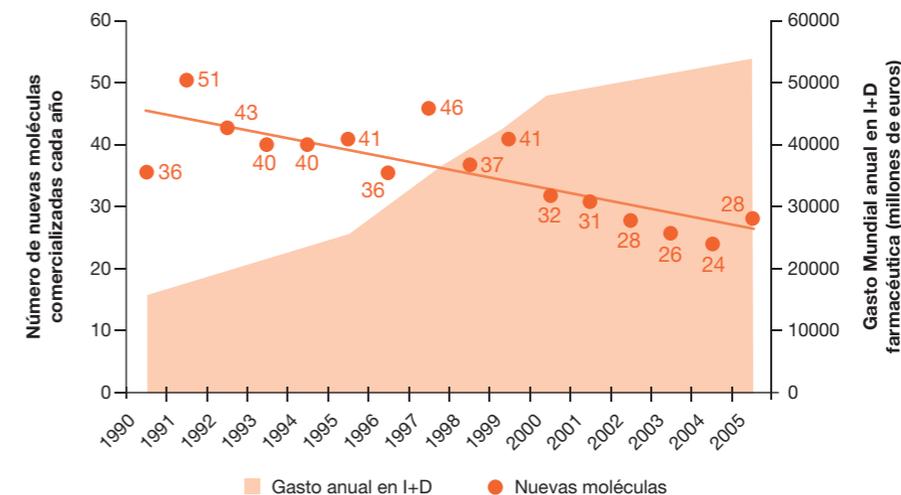


Fuente: Farmaindustria

**Figura 29.** Desglose del coste de desarrollo de un medicamento

A pesar de todos los esfuerzos, sin embargo, la inversión en I+D farmacéutica cada vez resulta más compleja de realizar debido a los altos coste asociados y la dificultad de encontrar nuevas moléculas de interés.

Se puede apreciar el aumento del gasto en I+D farmacéutica en las últimas décadas, que se ha correspondido con el descenso de nuevas moléculas nuevas por lo que una mayor inversión no asegura una rentabilidad.



Fuente: EPPIA; citando a CMR Internacional y datos de las asociaciones nacionales de la Industria Farmacéutica

**Figura 30.** Nuevas moléculas comercializadas y gasto en I+D farmacéutica

En los últimos años se ha estado realizando un importante esfuerzo en la innovación dentro del campo de la biotecnología y la medicina personalizada, que se perfilan como motor de la innovación en los próximos años. Así, en 2008 se invirtieron en España más de 192 millones de euros en biotecnología, lo que supone el 19,8 por ciento de la I+D farmacéutica nacional<sup>23</sup>.

### Comentarios de Stakeholders

El I+D+i es considerado por todos los colectivos como una de las actividades más importantes de las desarrolladas por la Industria Farmacéutica. En España, sin embargo, se percibe como una actividad poco desarrollada en comparación con otros países, que además no consigue en muchas ocasiones conseguir que sus investigadores desarrollen su labor en España.

23. Fuente: I+D en la Industria Farmacéutica 2008. Farmaindustria

Existe un desconocimiento importante sobre la inversión real necesitada para lanzar un medicamento nuevo en la mayoría de los agentes sanitarios que se sitúa alrededor de los 1.000 millones de dólares de promedio.

Debido al coste de la investigación y la falta de garantías de retorno, existe una preocupación de un posible abandono de interés de la Industria Farmacéutica en la investigación. Esta situación cada vez promueve más la alianza de financiación pública-privada para mantener la I+D+i como motor de la Industria Farmacéutica y el cambio de modelo productivo.

Debido a la dificultad para conseguir medicamentos con que consiguen una gran cantidad de retorno económico ("Blockbusters"), la investigación se sitúa en diferentes áreas como la biotecnología o la medicina personalizada que causan el abandono de otras áreas menos rentables pero de interés para la sociedad. La investigación con células madre, investigación en enfermedades huérfanas y terapias rehabilitadoras encaminadas a recuperar a los pacientes con enfermedades degenerativas avanzadas son áreas en las que se pide investigar para mejorar la calidad de vida de la sociedad, y se señalan como instrumento para generar una buena imagen de la Industria Farmacéutica.

Como sugerencias para mejorar la I+D se valoran:

- Una mejora sustancial de las condiciones fiscales para la I+D tanto a nivel público como privado.
- Transformarse en un mercado más atractivo para el talento nacional para poder permitir que los investigadores no tengan que dejar España para realizar su actividad profesional con los medios necesarios.
- Dirigir la I+D hacia necesidades reales a nivel sanitario y asistencia -mayor compromiso social- buscando asesoría de profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos) como puente para conocer las necesidades del paciente.
- Es necesaria la implicación cada vez mayor del Estado y la Administración en los procesos regulatorios de registro de medicamentos para mejorar su coste-eficacia.
- Fomentar el partenariado Industria Farmacéutica-Administración-Profesionales sanitarios como solución para fomentar la I+D en España.
- Alianzas estratégicas en el marco del plan estratégico de cada centro.
- Orientar nuevas líneas de investigación para que sean lo más aplicable posible.

- Planificación anual de proyectos de investigación dentro de lo posible con los gestores y la Administración.
- Transparencia en las partidas de incentivos a los profesionales sanitarios.

#### Industria Farmacéutica, biotecnológicas, investigadores y cambio del modelo productivo

En los últimos 25 años España ha realizado un enorme esfuerzo en la consolidación de un sistema de ciencia y tecnología con una inversión cercana al 1,2% del PIB en I+D+i. Estas cifras, aunque lejanas a lo deseable (3% del PIB) han permitido a nuestro país dotarse de una masa crítica de investigadores con un gran potencial. En paralelo el Sistema Nacional de Salud ha conseguido unos indicadores de salud que nos sitúan entre los primeros del mundo. Además, uno de los agentes del Sistema Nacional de Salud, el sector farmacéutico, se encuentra en condiciones óptimas para participar en el proceso de cambio del modelo productivo. Es muy probable que estemos sentados sobre una mina de oro y no nos hayamos dado cuenta. La Industria Farmacéutica, junto con el sector biotecnológico, puede ser motor en el cambio de modelo productivo que el país necesita. Para acercarnos a los porcentajes que otros países dedican a I+D+i (Suecia, Canadá, EEUU) se necesita de la participación del sector privado. El Sistema Nacional de Salud dispone de un sector profesional de alta calidad y demostrada eficiencia. La Industria Farmacéutica precisa de la colaboración de dicho sector para el desarrollo de sus productos. El SNS debe incorporar la innovación y calidad que aportan los sectores innovadores como sanidad electrónica, farmacéutico, etc. Este informe puede ser el primer paso en este proceso de integración de voluntades y de objetivos.

V.  
**Conclusiones  
del informe:  
El nuevo rol de la  
Industria  
Farmacéutica**

## Introducción

Existen dos características que definen de manera determinante el entorno analizado y que son sin duda, la base de una de las más potentes y profundas conclusiones de este trabajo.

- El marco regulador claramente establecido que rige el Sistema Nacional de Salud y al que deben atenerse todos los agentes que en él operan.
- La inevitable interdependencia entre todos los agentes, responsable del equilibrio dinámico que garantiza el éxito y la sostenibilidad del sistema sanitario.

Por tanto, uno de nuestros primeros aprendizajes es el siguiente:

***No será posible acometer ninguna acción efectiva de manera unilateral. El único camino que puede garantizar y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario conlleva necesariamente la implicación y el compromiso de los múltiples agentes que en él intervienen.***

Basándonos en esta máxima, identificamos 4 áreas de interés en las que la Industria Farmacéutica puede actuar como motor de cambio, buscando la alineación de todos los agentes implicados en cada uno de ellos.

1. ALIANZAS ENTRE AGENTES
2. I+D+i
3. FOMENTO DE LA FORMACIÓN
4. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

### 1. Alianzas entre agentes

- a. Al tratarse de un sistema que integra el esfuerzo de distintos agentes no es posible el análisis por separado sin analizar el conjunto. Es por ello que desde todos los colectivos se insiste en la necesidad de un Pacto por la Sanidad. Todos los colectivos reivindican que desde la Administración se alcance un pacto que cohesione y aborde los problemas de la sanidad española, donde no se utilice la sanidad como un arma política y donde disminuyan las desigualdades territoriales.
- b. Se recomienda una mejor coordinación entre la industria, distribución y farmacia en la búsqueda de necesidades del resto de los agentes del sistema sanitario (pacientes, administraciones, etc.). Se propone que se lleven a cabo proyectos de valor en los que se asuma el riesgo de demanda y donde se compar-

tan objetivos con la Administración a través de esquemas de riesgo compartido. Estos contratos son un conjunto de acuerdos económicos en los que el riesgo es compartido entre financiador y proveedor.

- c. Se considera necesario establecer cauces de participación de los distintos agentes en el debate sanitario sobre la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud de modo que se generen acuerdos en aspectos de interés común.
- Adaptarse al objetivo de optimizar costes de la sanidad y prestar un servicio más completo: incorporar el factor coste-efectividad.
  - Diseñar un portfolio/cartera en el que los productos y los proyectos respondan a las necesidades de los pacientes de forma continua.
  - Plantearse el objetivo estratégico de calidad y adaptación a las necesidades sanitarias vs. cantidad de consumo.
- d. La Industria Farmacéutica debe trabajar de forma conjunta con el gobierno, los profesionales sanitarios y el resto de agentes de salud, valorando las necesidades prioritarias de una sociedad donde se produce un aumento continuo de la demanda y por lo tanto, con un mercado creciente en cuanto a medicamentos.
- e. Periódicamente, se debe revisar el rol que la Industria Farmacéutica debe jugar en la consecución de objetivos de interés social que asegure la sostenibilidad de la sanidad española.

## 2. I+D+i

La Industria Farmacéutica, por sus características estructurales, se encuentra mejor preparada que otros sectores para contribuir al cambio de modelo productivo y reforzar el sector de I+D+i en España. Uno de los déficits de la I+D+i en España es el escaso peso del sector privado. En este contexto se recomienda:

- a. La alineación de intereses con Administración y profesionales sanitarios.
- b. Aumentar el esfuerzo de investigación en enfermedades crónicas y enfermedades de baja prevalencia (“enfermedades raras”).
- c. Aumentar la interacción con el sector público y con las *spin-offs* y biotecnológicas españolas.
- d. Contribuir a la internacionalización del sector.
- e. Evitar la proliferación de ensayos clínicos sin interés sanitario.

Es necesario estudiar las fórmulas de colaboración entre organismos públicos y entidades privadas para promover y facilitar el desarrollo de la investigación en España. Esta herramienta de desarrollo se presenta como uno de los pilares básicos en España de recuperación de la actual crisis económica.

## 3. Fomento de la formación

La Industria Farmacéutica debe participar, junto con el resto de agentes, en la educación sanitaria y en la promoción de la formación en la salud.

- a. Trabajando, junto con otros agentes, con los ciudadanos y de forma más activa con pacientes, asociaciones de pacientes y profesionales sanitarios.
- b. Promoviendo un uso racional de las prestaciones del sistema sanitario.
- c. Participando más activamente en los programas de medicina preventiva.
- d. Facilitando información de calidad no mediatizada por intereses comerciales.
- e. Alineándose con gestores sobre los objetivos y contenidos de la formación.

## 4. Transparencia y acceso a la información

Es necesario **facilitar proactivamente el acceso a la información sobre los objetivos y actuaciones** de la Industria Farmacéutica a todos los agentes sanitarios y a la sociedad en general.

Se recomienda la puesta en marcha de herramientas tales como:

- a. Disponibilidad de información y objetivos buscados.
- b. Estrategia de introducción de nuevos medicamentos en el contexto hospitalario y farmacéutico.
- c. Transparencia en las relaciones con los distintos agentes: gestores, profesionales sanitarios, pacientes, institutos de investigación, universidades etc.

Ésta puede ser una ecuación sin solución ya que se recomienda aumentar la transparencia y la información cuando en las políticas regulatorias tanto nacionales como europeas se restringe el contacto directo entre la Industria Farmacéutica y los agentes del sistema, especialmente con los pacientes. En una sociedad madura y donde se les pide a los ciudadanos corresponsabilidad en la gestión de su propia salud debería considerarse la modificación de dichas normas.

**Entre las recomendaciones para aumentar la transparencia se recomendó la puesta en marcha de herramientas tales como:**

- a. **“Registro de intereses”** de la Industria Farmacéutica, de carácter público, que refleje las partidas presupuestarias destinadas a sus actividades. De esta manera, todos los ingresos económicos procedentes de la misma estarían declarados y registrados.
- b. **Memorias de Responsabilidad Social Corporativa** que reflejen de manera clara su contribución activa y voluntaria a la mejora social y económica, como vehículo de acercamiento a la sociedad.
- c. **Mejora de su plan de comunicación**, en el sentido de reforzar la información dada al conjunto de la sociedad de su actividad en I+D, contratos y convenios con OPIs y pequeñas biotecnológicas, generación de empleo, contribución al cambio del modelo productivo, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, etc. La Industria Farmacéutica debería comunicar sus hallazgos y cómo estos influyen en la calidad de vida de los pacientes.

INFORME

# Bernat Soria

promovido por **Abbott**

[www.informebernatsoria-abbott.com](http://www.informebernatsoria-abbott.com)  
[www.abbott.es](http://www.abbott.es)

60 Años en España

06300013 (ENE11)

Con la colaboración de:

 **Abbott**  
A Promise for Life