

Consejo Andaluz de Colegios
Oficiales de Farmaceúticos

BASES PARA UN CONTRATO SOCIAL POR LA FARMACIA ANDALUZA

Julio de 2006

Este documento está disponible en

www.cacof.es

ÍNDICE

I. PRESENTACIÓN	Pág. 3
II AGENTES CONVOCADOS AL PROCESO	Pág. 5
III. CONTENIDOS DEL CONTRATO SOCIAL QUE SE PROPONE	Pág. 7
IV. PRIMER CONTENIDO: LA FARMACIA DE PROXIMIDAD COMO VIA PARA EL MEJOR SERVICIO A LOS CIUDADANOS	Pág. 9
V. SEGUNDO CONTENIDO: CONSOLIDACIÓN DEL MODELO ESPAÑOL DE FARMACIA	Pág. 12
VI. TERCER CONTENIDO: COMPROMISO DE LA FARMACIA ANDALUZA CON LA SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA DEL SISTEMA SANITARIO	Pág. 16
VII. CUARTO CONTENIDO: POTENCIACIÓN DEL SISTEMA SOLIDARIO DE DISTRIBUCIÓN MAYORISTA	Pág. 21
VIII. QUINTO CONTENIDO: IMPULSO A LOS NUEVOS PARADIGMAS PROFESIONALES	Pág. 24
IX. SEXTO CONTENIDO: SUPERACIÓN DE LA DOBLE POSTERGACIÓN DE ANDALUCÍA EN LOS PROGRAMAS FARMACÉUTICOS EN I+D	Pág. 26
X: NOTA FINAL	Pág. 48

I. PRESENTACIÓN

Durante el próximo otoño el Gobierno Andaluz remitirá al Parlamento Autonómico el Proyecto de Ley de Farmacia de Andalucía (LFA), cuyo Anteproyecto ya ha cubierto su trámite de audiencia pública.

La LFA será formalmente una ley autonómica, pero dadas las circunstancias que concurren, su significación puede ir mucho más allá y, de alguna forma, ser el preludio de la futura dinámica farmacéutica en España.

Será la primera norma con rango de ley que se aborde tras la petición de la Comisión Europea al Reino de España, mediante el correspondiente “dictamen motivado”, para que modifique la actual normativa en materia de establecimiento de farmacias. Cuando se proceda a la tramitación parlamentaria de la LFA estará sobradamente vencido el plazo para la respuesta española a esta iniciativa comunitaria promovida por el Comisario de Mercado Interior, Charlie McCreevy. Para bien o para mal, lo que sea la LFA marcará el rumbo de los acontecimientos en España.

La LFA será, además, la primera ley autonómica tramitada íntegramente tras aprobarse la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios por las Cortes Españolas y, por tanto, también la primera ley autonómica tras la transposición de las directivas de aplicación de la reforma de la legislación farmacéutica europea culminada en 2004. Por tanto, será también la primera oportunidad de adaptar lo establecido en dichas normas a la realidad farmacéutica actual, incluida la articulación competencial entre las distintas Administraciones Sanitarias.

Y además, debe añadirse que la LFA se tramitará cuando se esta produciendo una profunda inflexión, en muchos sentidos, del ciclo farmacéutico mundial (y también del europeo y del español).

La LFA se va a producir, por tanto, en un momento de intensos cambios. Y precisamente para que la nueva Ley pueda conformar el marco estable que se requiere para afrontarlos satisfactoriamente, el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos ha acordado la iniciativa de proponer a todas las partes interesadas el establecimiento de un **“contrato social por la farmacia andaluza”**.

El objetivo de esta propuesta, que no sólo se plantea a la Administración Andaluza y a los Grupos Parlamentarios Autonómicos, sino también a todos los

componentes interesados de la sociedad civil, es lograr un amplio acuerdo social sobre determinados valores que se aceptarían como de común interés, y que serviría como sustrato de estabilidad para la futura Ley de Farmacia de Andalucía.

Los contenidos, agentes y procedimientos para este “contrato social por la farmacia andaluza” se tratan con cierto detalle en las siguientes secciones de este documento.

II. AGENTES CONVOCADOS AL PROCESO

Aunque la iniciativa proceda del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, un “contrato social” requiere inexcusablemente la activa participación de todos los agentes implicados. De ahí que, con la mayor anticipación posible a la tramitación parlamentaria de la futura Ley de Andalucía, dicho Consejo Andaluz desarrollará un extenso programa de contactos bilaterales con todos los agentes interesados que, en su caso, podrán seguirse de contactos multilaterales.

El procedimiento para dichos contactos será la remisión a todos los agentes del presente documento, que se acompañará con la petición por escrito de una entrevista.

La relación de agentes a los que el Consejo Andaluz solicita contactos no puede ser exhaustiva en este momento, pues se parte del principio de que deben incorporarse al proceso de diálogo cuantos se manifieste legítimamente interesados. No obstante, y a título indicativo y preliminar, se indican los destinatarios de las primeras peticiones de entrevista, que son los siguientes:

1. **Junta de Andalucía:** Consejerías de Salud y de Innovación, Ciencia y Empresa.
2. **Grupos Parlamentarios Autonómicos:** Socialista, Popular, Izquierda Unida y Andalucista.
3. **Federaciones Andaluzas de Consumidores y Usuarios:** Al-Andalus, Facua y UCA, con petición de una sesión monográfica del Consejo Andaluz de los Consumidores y Usuarios.
4. **Organizaciones de pacientes** con implantación en Andalucía.
5. **Confederaciones sindicales y otras entidades sociales.**
6. **Secciones andaluzas de Sociedades Científicas Farmacéuticas:** SEFAP, SEFH, SEFAC,...
7. **Confederación Empresarial de Oficinas de Farmacia de Andalucía (CEOFA)**

8. **Organizaciones médicas andaluzas**, tanto colegiales como sociedades científicas.
9. **Organizaciones colegiales andaluzas de otros profesionales sanitarios:** odontólogos, veterinarios, enfermeros,...
10. **Industria farmacéutica** en sus distintos segmentos.
11. **Entidades andaluzas de distribución farmacéutica mayorista de gama completa.**
12. **Facultades de farmacia** de Granada y Sevilla y, subsidiariamente, los órganos procedentes de sus correspondientes Universidades.
13. **Entidades andaluzas de estudios y análisis** de contenido económico, sanitario, tecnológico, científico y docente.
14. **Medios andaluces de comunicación general.**
15. **Prensa sanitaria nacional.**

III. CONTENIDOS DEL CONTRATO SOCIAL QUE SE PROPONE

Los contenidos del “contrato social por la farmacia andaluza” no pueden establecerse de antemano como un conjunto cerrado, pues el propio proceso de diálogo implica que cada uno de los agentes pueda proponer los que considere oportunos.

Tampoco se pretende una unanimidad absoluta y cerrada sobre la totalidad de los temas relacionados con la farmacia andaluza. Se trataría de conseguir un núcleo de consenso básico, compartido por todos o casi todos los agentes de la sociedad civil andaluza –y por sus representantes políticos–, pero asumiendo que fuera del mismo puedan darse apreciaciones y actitudes diversas.

No obstante lo anterior, parece una responsabilidad obligada de los convocantes de un proceso como el que aquí se pretende que aporten unas propuestas iniciales que contribuyan a perfilarlo. Y en este sentido, la Asamblea del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, celebrada en Salobreña el 30 de junio, aprobó con carácter preliminar algunas propuestas sobre contenidos del “contrato social por la farmacia andaluza”. La reproducción literal de los contenidos sugeridos es la siguiente:

- 1. Reforzamiento de los servicios de la farmacia de proximidad o comunitaria**, que es el resultado de nuestro modelo tradicional de farmacia, en permanente mejora por las innovaciones tecnológicas, profesionales y funcionales como
 - 1.a.- Generalización de la receta electrónica (Receta XXI)**, y ampliación de sus aplicaciones para mejorar la comodidad y calidad del servicio farmacéutico a los ciudadanos.
 - 2.a.- Normalización y generalización progresivas de las actividades de atención farmacéutica**, en base a criterios reglados y consensuados tanto con la Administración Sanitaria como con los prescriptores.
- 2. Consolidación del modelo tradicional de farmacia**, al que se asegurará la necesaria estabilidad normativa, económica y funcional.
- 3. Compromiso de la farmacia andaluza con la sostenibilidad económica del sistema sanitario**, en la línea ya materializada desde el acuerdo de “precios máximos” con el SAS, que está contribuyendo solidariamente a

que puedan mejorarse las dotaciones económicas de otros servicios sanitarios. En cualquier caso, este compromiso deberá ser compatible con la estabilidad económica de la farmacia a la que antes se ha hecho referencia.

4. **Reforzamiento en Andalucía del actual sistema solidario de distribución mayorista (de gama completa)**, que constituye la retaguardia imprescindible del vigente modelo de farmacia. Se trataría de protegerlo frente a eventuales estrategias que busquen desplazarlo.
5. **Intensificación de las actividades de los farmacéuticos en formación continuada, investigación aplicada y trabajo en equipo con otros profesionales sanitarios.**
6. **Compromiso expreso y articulado de contribuir, para Andalucía y dentro del área farmacéutica, al desarrollo la sociedad y la economía basadas en el conocimiento, según los objetivos de la denominada “Agenda de Lisboa”,** como expresión de responsabilidad social corporativa de los farmacéuticos andaluces. Se trataría de estimular las inversiones en Andalucía de los laboratorios farmacéuticos, especialmente en I+D. Considerando que, a partir de 2014, se producirá una intensa minoración de los mecanismos por los que Andalucía se ha venido beneficiando de la solidaridad europea, como la Política Agrícola Común y los Fondos Feder, este objetivo reviste gran importancia para Andalucía ante el panorama globalizado que caracterizará al presente siglo.

En siguientes secciones de este documento se tratan con mayor detenimiento los contenidos propuestos para el “contrato social por la farmacia andaluza” que se han apuntado más arriba.

IV. PRIMER CONTENIDO: LA FARMACIA DE PROXIMIDAD COMO VIA PARA EL MEJOR SERVICIO A LOS CIUDADANOS

1. EL CIUDADANO COMO CENTRO DEL SISTEMA DE PRESTACIONES FARMACÉUTICAS.

Las encuestas de opinión y las reclamaciones tramitadas por las asociaciones de consumidores y por el Defensor del Pueblo señalan una notable aceptación por los ciudadanos andaluces –y españoles– del servicio que les presta la actual red de farmacias. No es casual. La farmacia de proximidad o comunitaria –que es el resultado del modelo español o mediterráneo– satisface los requerimientos de atención inmediata, personalizada y continuada que plantean las nuevas realidades sociales, demográficas y sanitarias

Quizá la mayor de las prioridades que se desprende de estas nuevas realidades sea el “uso racional del medicamento”, definido por la Organización Mundial de la Salud como que “los pacientes reciban los fármacos apropiados a sus necesidades clínicas, a dosis ajustadas a su situación particular, durante un período adecuado de tiempo, y al mínimo coste posible para ellos y la comunidad”. No se trata, por tanto, de que los pacientes reciban más fármacos y más caros, sino precisamente aquéllos que sus problemas de salud requieran, y administrados y controlados en forma debida. Porque incluso el medicamento teóricamente más perfecto, si no se indica y administra correctamente, puede ser inútil y hasta peligroso para los pacientes.

En el pasado se ha ido produciendo una indiscutible fetichización de los medicamentos, hasta el punto de desplazar al ciudadano (o al paciente) del centro del sistema. Lo que importaban eran los medicamentos de última generación – aunque aportaran poco y fueran más caros– más que las necesidades concretas de cada paciente, incluidos sus condicionamientos para su administración. La bibliografía médica nos muestra hasta qué punto ello ha producido situaciones indeseables e insostenibles, pues ofrece numerosas referencias de cómo la inadecuada utilización de medicamentos origina graves riesgos en España y en este momento. Como ejemplos: hasta un 33% de las urgencias hospitalarias pueden deberse a problemas relacionados con los medicamentos. Un 56% de las prescripciones antibióticas no se siguen adecuadamente. Un 22% de los pacientes crónicos polimedicados duplican inadvertidamente al menos una parte de sus tratamientos. Los perfiles de prescripción en distintos centros sanitarios ofrecen niveles de dispersión que resultan completamente injustificables. España es el país europeo con mayores consumos de antibióticos por habitante, y el de

mayores resistencias bacterianas. Y así, cabría añadir innumerables referencias más.

Son las consecuencias, en la práctica, de que el medicamento haya venido desplazando al paciente como centro de la atención sanitaria. Lo que se pretende con el “uso racional del medicamento” es recuperar para el ciudadano el centro del sistema. No es gratuito que la Organización Mundial de la Salud ponga tanto énfasis en ese “uso racional”, ni que se haya incorporado a la denominación de la Ley recientemente aprobada por las Cortes Generales. Y es que los medicamentos no deben asimilarse a bienes de consumo ordinario, a simples mercancías, sino que deben ser instrumentos –necesarios, pero con condicionamientos y riesgos– de unos cuidados sanitarios integrales e integrados.

Una consecuencia necesaria de esta centralidad del paciente es el mayor protagonismo activo de las organizaciones sociales dedicadas a los problemas inmediatos de los ciudadanos. Pero también, esta recuperación de la centralidad del paciente que se pretende con el uso racional del medicamento requiere, necesariamente, la potenciación del papel de los profesionales sanitarios que le atienden personalmente: su médico prescriptor y su farmacéutico dispensador, cuando menos. Tales profesionales deben disponer de los medios y condiciones de ejercicio necesarias para que sus actuaciones a cada paciente pueden ser cualitativa y cuantitativamente los adecuados.

2. POR LA MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO FARMACÉUTICO.

Desde la perspectiva de uso racional del medicamento que se acaba de exponer, y con objeto de que la farmacia de proximidad mejore sus servicios a los ciudadanos, se propone incorporar al “contrato social por la farmacia andaluza” las siguientes iniciativas:

1. Generalización de las tecnologías de la información a toda la red andaluza de farmacias, y extensión de sus aplicaciones, cuya materialización inmediata es la receta electrónica (Receta XXI). Gracias a los acuerdos establecidos entre el Servicio Andaluz de Salud y las organizaciones colegiales farmacéuticas, Andalucía es –con mucho– la Comunidad Autónoma con más avanzado desarrollo de la receta electrónica, cuya implantación estará generalizada a todo su territorio en 2007. Sus ventajas inmediatas en aspectos como las recetas de crónicos, con la consiguiente comodidad y seguridad para estos pacientes, así como su descarga de consultas a los médicos de atención primaria, son ya ampliamente conocidas. Pero sus aplicaciones en beneficio del paciente no se quedan ahí: la receta electrónica es también puerta de entrada para la

ampliación y extensión reglada de la atención farmacéutica y para la profundización del trabajo en equipo entre médicos y farmacéuticos.

2. Normalización y generalización progresivas de las actividades de atención farmacéutica, tomando como soporte el sistema de receta electrónica. La implantación de estas actividades de atención farmacéutica se haría de forma paulatina pero generalizada, una vez realizadas las correspondientes experiencias piloto, y sobre la base del consenso entre Administración Sanitaria, organizaciones de médicos y entidades farmacéuticas, para asegurar la armonía entre tales agentes y la comunicación permanente y labor de equipo entre ellos que, en última instancia, son requisitos imprescindibles para extender las estrategias de uso racional del medicamento. Así mismo, se establecerían cauces para la participación activa de los intermediarios sociales, sobre todo asociaciones de consumidores y organizaciones de pacientes. También se promoverán iniciativas para extender los sistemas de dosificación y dispensación personalizada (SDDP) para aquellos pacientes que, a juicio del médico prescriptor o del farmacéutico dispensador, puedan ofrecer mayores problemas de adherencia a los tratamientos (fundamentalmente, determinados pacientes crónicos, mayores y polimedicados que carecen de cuidadores permanentes).

Porque, en definitiva, lo que se pretende con este primer elemento del “contrato social para la farmacia andaluza” es proporcionar a los ciudadanos un servicio más eficaz, más seguro y más personal mediante el “uso racional del medicamento”.

V. SEGUNDO CONTENIDO: CONSOLIDACIÓN DEL MODELO ESPAÑOL DE FARMACIA.

1. NUESTRO MODELO TRADICIONAL DE FARMACIA.

Como en otros países de nuestro entorno, los condicionamientos históricos, geográficos y culturales han conformado el que se conoce como “modelo territorializado o mediterráneo de farmacia”, de antecedentes arábigo-helenísticos que, a diferencia de países de otras áreas, logró consolidarse mucho antes de que aparecieran los medicamentos industriales. Su razón era dotar a cada pueblo, a cada barrio, a cada núcleo de convivencia, de un establecimiento cuyo interés para la población atendida radicaba mucho más en la actuación experta del profesional al frente (establecimiento sanitario) que en los componentes propiamente mercantiles de los remedios (medicamentos artesanales o naturales, preparados officinales) que bajo su criterio y actuación se dispensaban. En cuanto al carácter funcional y patrimonial de estos establecimientos, a semejanza de los talleres artesanales –y de los posteriores gabinetes profesionales–, lo propio era que estuviera al frente un profesional de calificación contrastada, auxiliado por uno o varios ayudantes y/o aprendices y que, siempre que el nuevo titular acreditara la necesaria cualificación, se transmitiera con frecuencia de padres a hijos.

Podría haber sucedido que, como ocurrió en otras áreas, la irrupción de la farmacia industrial hubiese provocado el final de nuestro modelo tradicional. De hecho, en países donde las farmacias eran inexistentes –o casi– cuando comenzó la producción y venta de medicamentos industriales, el tratamiento que se dio a aquellas se asimilaba con frecuencia al de establecimientos para la venta de bienes de consumo ordinario (“drugstores” en USA, “chemist-shops” en el Reino Unido), y sólo tras constatarse los requerimientos específicos que planteaban estos productos, se hizo obligatoria la presencia en estos establecimientos minoristas de profesionales con formación adecuada (“pharmacist”). De cualquier forma, en estos países siempre ha dominado la percepción de que en estos establecimientos cuenta más la distribución minorista de los medicamentos (concepción predominantemente mercantil) que el uso racional de los mismos (concepción primordialmente sanitaria), y de ahí que sus farmacias se ubiquen frecuentemente en grandes superficies comerciales, o que las denominadas especialidades publicitarias (OTC) también se adquirieran en establecimientos como supermercados, gasolineras, etc.

En los países desarrollados, y durante las últimas décadas, han sido frecuentes las tensiones entre estas dos concepciones –la sanitaria y la mercantil– de las farmacias y, en general, los enfoques mercantiles han ido ganando terreno. También en España estas tensiones se han dado periódicamente, pese a que la Ley 14/1986, General de Sanidad, establecía que “las oficinas de farmacia se consideran establecimientos sanitarios” (art. 103.2), “sujetas a la planificación sanitaria” (art. 103.3), y que “sólo los farmacéuticos podrán ser propietarios y titulares de las oficinas de farmacia abiertas al público” (art. 103.4). Diez años más tarde, no obstante se registrarían movimientos desestabilizadores del modelo tradicional, impulsados singularmente desde las grandes superficies comerciales. Sin embargo, tras la Ley 16/1997, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, la situación se fue reconduciendo, ya que el modelo tradicional de farmacia ha ido superando (con matizaciones en Navarra) las diecisiete reválidas autonómicas (la última será la de Andalucía) que han consagrado su consolidación. Además, también la Ley de Garantías y Uso Racional recién aprobada por las Cortes Generales reitera, en su artículo 84.4, que “las oficinas de farmacia tienen la consideración de establecimientos sanitarios privados de interés público”.

2. INICIATIVAS PARA CONSOLIDAR EL MODELO DE FARMACIA.

Los signos de aceptación por la población y el curso de la dinámica social, sanitaria y política indican la notable adaptación del modelo de farmacia a la realidad andaluza y española. Sin embargo, acontecimientos muy recientes aconsejan que el “contrato social por la farmacia andaluza” incorpore determinadas iniciativas al respecto, como son:

1. Expresa reafirmación legislativa del modelo de farmacia en la futura Ley de Farmacia de Andalucía. De hecho, ya lo hacía el Anteproyecto sometido a trámite de audiencia. Sin embargo, sucesos muy recientes han modificado el panorama. Y, si bien aún no han culminado su tramitación las leyes autonómicas de Asturias y Extremadura, por haberse gestado y desarrollado antes de tales acontecimientos, éstos apenas serán tenidos en cuenta para su aprobación. **Será la andaluza la primera norma legal que se elabore íntegramente bajo las nuevas circunstancias, por lo que su significación no se circunscribirá a Andalucía, sino que se interpretará como una manifestación de España ante toda Europa.**

¿Cuáles son los acontecimientos sobrevenidos a que se hace referencia?
Con fecha de 28 de junio, y a iniciativa del **Comisario de Mercado**

Interior, Charlie McCreevy, la Comisión Europea aprobó un “dictamen motivado” donde se instaba al Reino de España (hubo iniciativas análogas para Italia y Austria) a que modificase su **normativa nacional en materia de establecimiento de oficinas de farmacia**, por considerarla contraria a los artículos 43 y 56 del Tratado de la Unión, relativos a la libertad de establecimiento y a la libre circulación de capitales en la Unión Europea, apercibiendo que, de no obtener respuesta satisfactoria, la Comisión podría llevar el tema al Tribunal Europeo de Justicia.

Los motivos del “dictamen motivado” hacen referencia a diferentes cuestiones que, en el caso de la normativa española de ordenación farmacéutica, son las siguientes:

- a) Normas de planificación territorial** en función de módulos de población y distancias que, en criterio de la CE, introducen limitaciones desproporcionadas e incluso contraproducentes (módulos de población de 2.800 habitantes y de distancias de 250 metros).
- b) Normas de propiedad:** sólo los farmacéuticos pueden ser propietarios y titulares de una farmacia, y de una única farmacia.
- c) Criterios utilizados en los procedimientos de concesión de autorizaciones administrativas,** que considera discriminatorios en los casos de algunas normativas autonómicas.

Como es obvio, los motivos aducidos no responden a una lógica sanitaria: precisamente por sus criterios de planificación, España es –junto a Bélgica y Grecia– el país europeo con menor tasa de habitantes por farmacia y, en términos absolutos, el que asegura mayor proximidad física a una farmacia en cualquier punto habitado. Por el contrario, el dictamen sigue un discurso estrictamente económico: limitaciones a la libre circulación de capitales y a la libertad de establecimiento comercial. Y ello, con independencia de que la planificación y regulación sanitarias, en base al principio de subsidiariedad, sea competencia exclusiva de cada uno de los Estados miembros de la Unión Europea, y prevalezca expresamente sobre los citados artículos del Tratado de la Unión.

No procede aquí extenderse en rebatir las argumentaciones del citado “dictamen motivado”, al que están prestando especial dedicación la práctica totalidad de las administraciones sanitarias y organizaciones profesionales de España. Sólo cabe reiterar que, **puesto que la Ley de Farmacia de Andalucía será la primera norma con rango de ley que deba aprobarse tras el dictamen motivado del Comisario McCreevy, sus contenidos tendrán como significación la respuesta de España a**

cualquier pretensión de ajustar la política farmacéutica a criterios predominantemente mercantiles.

Es un momento excelente para reafirmar el “uso racional del medicamento”, incluso hasta sus últimas implicaciones políticas, y ser consecuentes con el criterio de que una farmacia debe ser un centro sanitario antes que un establecimiento mercantil, y que el medicamento es un instrumento para la atención que el médico y el farmacéutico deben prestar a cada paciente antes que una mercadería.

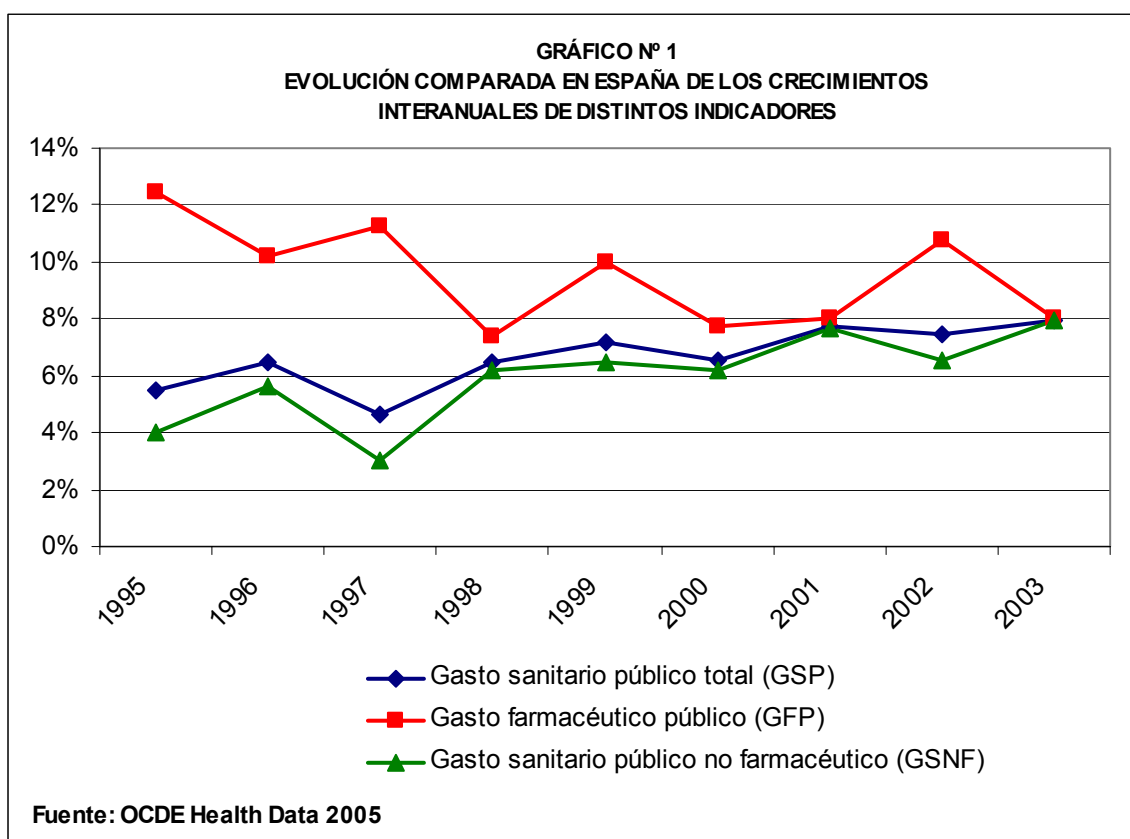
2. Asegurar la estabilidad normativa, económica y funcional del modelo de farmacia, para que sea factible el desarrollo de la farmacia de proximidad, señalado como primer contenido del “contrato social por la farmacia andaluza”.

Como es obvio, iniciativas como las del Comisario McCreevy no resultan gratuitas, sino que suelen venir impulsadas por determinados intereses, los que sean (no procede aquí especular sobre su identidad). Sin embargo, si se articula una sólida y fundamentada defensa del modelo español de farmacia, tales intereses deberán desistir (con lo que se habrían conjurado los riesgos cierto tiempo) o manifestarse abiertamente. En tal caso, se dispondría de los elementos necesarios para un debate a fondo sobre lo que está en juego.

VI. TERCER CONTENIDO: COMPROMISO DE LA FARMACIA ANDALUZA CON LA SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA DEL SISTEMA SANITARIO.

1. CONTRIBUCIÓN DE LAS FARMACIAS ANDALUZAS A LA SOSTENIBILIDAD.

Se ha convertido en lugar común responsabilizar a los crecimientos del gasto farmacéutico de las carencias que padecen otros servicios de nuestro sistema sanitario. Y aunque nos duela como farmacéuticos, nos cerraríamos a la evidencia si negáramos que, al menos durante algún tiempo, efectivamente sucedió así. Tal lo indican las series de la OCDE, donde puede apreciarse que, a partir de 1995 y hasta 2003, los crecimientos interanuales del gasto farmacéutico en España se mantuvieron por encima de los del gasto sanitario total, y por tanto, resultaron muy superiores a los del gasto sanitario no farmacéutico, tal como se muestra en el GRÁFICO N° 1.



Esta disociación de crecimientos entre gasto farmacéutico y no farmacéutico ha sido causa determinante –aunque no única– de una creciente

descapitalización de otros servicios sanitarios que, trascurrido el tiempo, han ofrecido manifestaciones bastante notorias: alargamiento de listas de espera, reducción de tiempos de consulta por paciente, creciente sobrecarga y malestar en muchos profesionales asistenciales, etc.

No obstante, para una correcta imputación de cargas, procede diferenciar cuáles han sido las incidencias relativas de los diferentes agentes de la cadena del medicamento en esta expansión del gasto farmacéutico. Así, y referida exclusivamente a la evolución del gasto por recetas del Sistema Nacional de Salud, la incidencia relativa de tales agentes evolucionó según indica la TABLA N° 1.

TABLA N° 1
EVOLUCIÓN PORCENTUAL DE LOS DISTINTOS COMPONENTES DEL
GASTO Y CONSUMO PÚBLICO POR RECETAS A CARGO DEL SNS
AÑOS 1996-2003

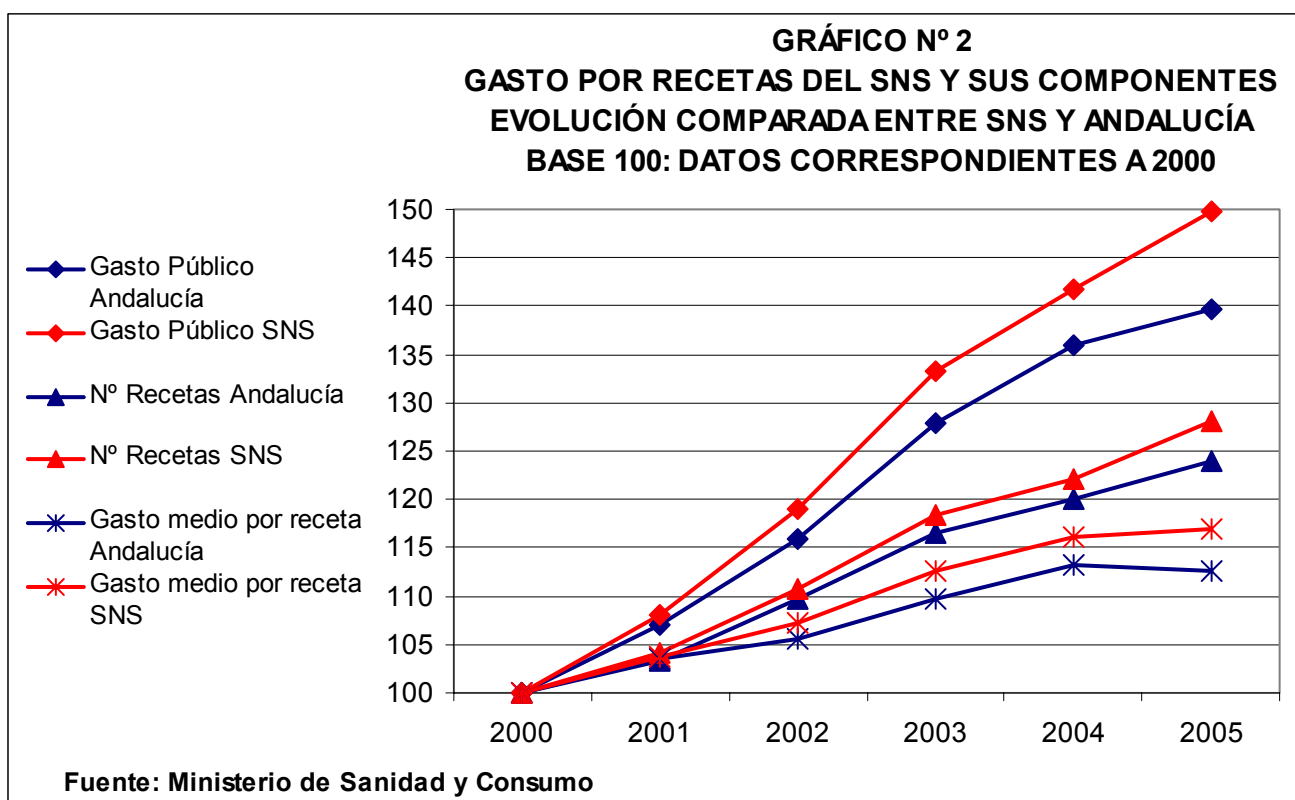
	dic-96	dic-97	dic-98	dic-99	dic-00	dic-01	dic-02	dic-03
Facturación (a PVL) Industria	59,30%	61,70%	61,70%	62,70%	65,86%	66,10%	66,57%	67,51%
Margen bruto distribución mayorista	8,10%	7,60%	7,60%	6,60%	6,37%	6,44%	6,42%	6,41%
Margen bruto oficinas de farmacia	28,80%	26,80%	26,80%	26,80%	23,86%	23,56%	23,11%	22,18%
IVA	3,80%	3,90%	3,90%	3,90%	3,90%	3,90%	3,90%	3,90%
Gasto Público Final (G.P.F.)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Copagos (% G.P.F.)	9,65%	9,01%	8,50%	8,17%	7,53%	7,65%	7,69%	7,72%
Descuentos O. F. RDL 5-2000 (% G.P.F.)	(-)	(-)	(-)	(-)	2,02%	2,59%	2,97%	3,86%
Consumo farmacéutico público	109,65%	109,01%	108,50%	108,17%	109,55%	110,23%	110,66%	111,58%

Si bien la facturación por recetas del SNS de la industria mantuvo durante 1996-2003 crecimientos constantes en torno al 11,19% interanual, el crecimiento del gasto público resultó inferior gracias a la progresiva minoración de las participaciones de otros agentes. Así, la participación efectiva de las oficinas de farmacia en el gasto por recetas del SNS bajó del 28,80% en 1996 al 22,18% en 2003, y la de la distribución mayorista, del 8,10% en 1996 al 6,41% en 2003.

Sin perjuicio de ello, los farmacéuticos andaluces demostraron muy pronto su sensibilidad ante los problemas de sostenibilidad económica del sistema sanitario y su solidaridad con los demás elementos del mismo, y lo demostraron con hechos, como claro ejemplo de lo que se denomina “Responsabilidad Social Corporativa”. Fue en 2001, cuando el Consejo Andaluz de Colegios

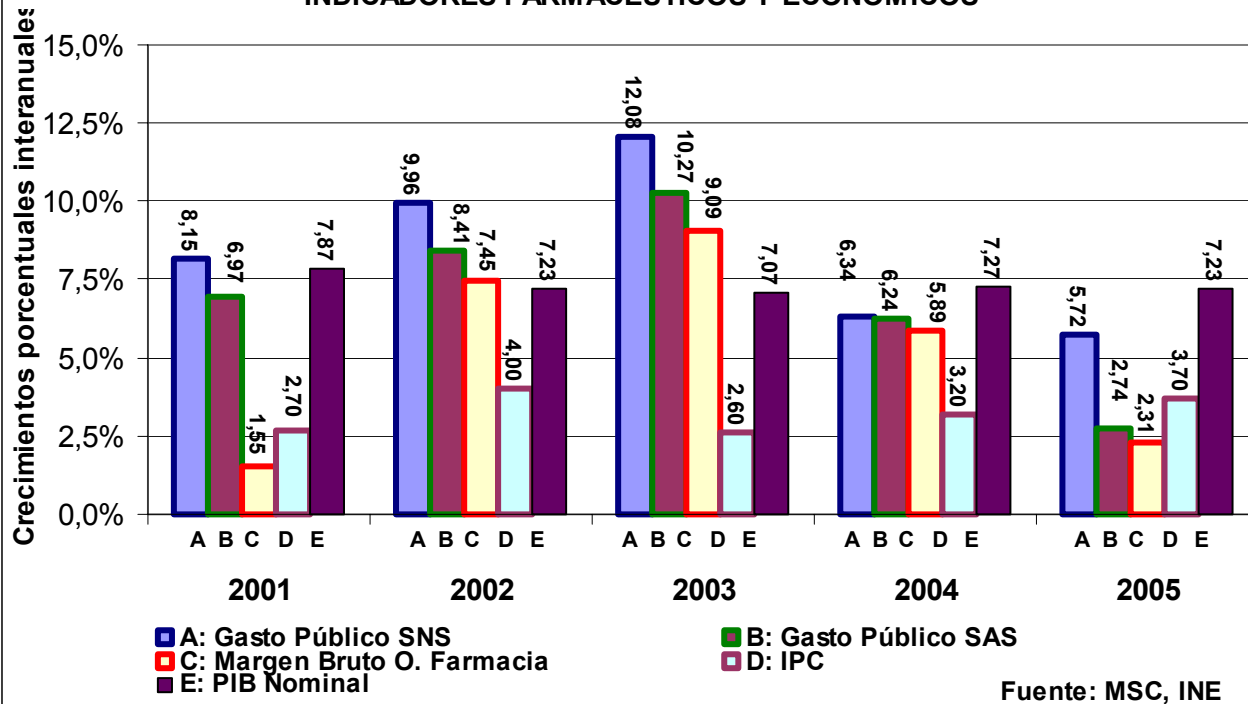
Farmacéuticos suscribió con el Servicio Andaluz de Salud un acuerdo sobre “precios máximos”, que permitió a éste llevar a la práctica sus políticas de fomento de la prescripción por principio activo. Un acuerdo criticado por muchos en su momento, pero que hoy se busca reproducir en múltiples zonas de la geografía española.

Este acuerdo facilitó una notable moderación del gasto por recetas del SAS, como se aprecia en el GRAFICO N° 2, donde se ofrece la evolución comparada en el SAS y en el conjunto del SNS durante el período 2000-2005.



Esta contribución a la sostenibilidad no se ha producido sin sacrificios para las farmacias andaluzas, como puede comprobarse en el GRAFICO N° 3, donde se muestra la evolución de los crecimientos anuales de distintas variables: gasto público por recetas en el conjunto del SNS, gasto por recetas del SAS, márgenes brutos de la red andaluza de oficinas de farmacia, índice de precios al consumo (IPC) y producto interior bruto nominal (PIB nominal), todos ellos referidos al período 2000-2005.

GRÁFICO Nº 3
CRECIMIENTOS ANUALES COMPARADOS DE DETERMINADOS
INDICADORES FARMACÉUTICOS Y ECONÓMICOS



Puede apreciarse que, en todas las anualidades de la serie, los crecimientos del gasto por recetas del SAS (columnas B) fueron significativamente menores que los correspondientes del SNS (columnas A), si bien tendieron a mantenerse por encima de los del PIB nominal (columnas E) en los primeros años, hasta invertirse esta tendencia en 2004 y, sobre todo, 2005. En contraste, los crecimientos de los márgenes de las farmacias andaluzas (columnas C) siempre han sido significativamente menores que los del gasto del SAS (columnas B), y en algunas anualidades –2001 y 2005– incluso menos que los del IPC (representado por las columnas D).

La responsabilidad social corporativa demostrada por las farmacias andaluzas, por tanto, les ha supuesto renunciaciones y sacrificios. Aunque hoy pueden manifestar con orgullo que, de esa forma, han aportado su contribución a las mejoras introducidas en el sistema sanitario andaluz y, singularmente, al acuerdo recientemente suscrito en materia de recursos humanos entre la Administración Sanitaria Andaluza y las organizaciones sindicales.

2. DISPOSICIÓN PARA EL FUTURO.

Afortunadamente, el crecimiento del gasto público por recetas se muestra ahora contenido en Andalucía, más aún que en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. En tales circunstancias, **¿puede pedirse a las farmacias andaluzas que mantengan los niveles de responsabilidad social que han demostrado en los últimos años?**

Sería en todo caso razonable que, ya superadas las circunstancias del pasado, a tal responsabilidad se le estableciera un límite máximo: **que los crecimientos anuales en los márgenes económicos de la red andaluza de farmacias nunca sean inferiores al índice de precios al consumo (IPC)**, toda vez que sus gastos fijos siempre crecerán más. Pero, puesto que el gasto sanitario público en su conjunto tenderá en próximos años a crecer como el PIB nominal, o algo más, se abriría aquí un diferencial no despreciable en absoluto.

Sin desentenderse en ningún caso de la sostenibilidad inmediata, que ahora mostrará menores exigencias, **las farmacias andaluzas estarían dispuestas a reorientar su responsabilidad social corporativa hacia el sexto elemento que se propone para el “contrato social por la farmacia andaluza”: el impulso de la sociedad y la economía basadas en el conocimiento, según los objetivos de la denominada “Agenda de Lisboa”, en lo referido a Andalucía y al sector biofarmacéutico.** Dado que, a partir de 2014, es previsible la conclusión de Política Agrícola Común y que Andalucía deje de ser Objetivo I de los Fondos Feder, esta meta ofrecería el máximo interés para el futuro económico y científico de Andalucía en el marco globalizado que caracterizará este nuevo siglo.

La forma de articular esta responsabilidad social corporativa de las farmacias andaluzas **debería concertarse en su momento con las firmas farmacéuticas y biotecnológicas que suscribieran el “contrato social por la farmacia andaluza”**, así como con los poderes públicos.

VII. CUARTO CONTENIDO: POTENCIACIÓN DEL SISTEMA SOLIDARIO DE DISTRIBUCIÓN MAYORISTA.

1. AMENAZAS PARA UN SOPORTE IMPRESCINDIBLE.

El modelo español de farmacia, que asegura a todos los ciudadanos la accesibilidad inmediata a cualquier medicamento, incluso en los puntos geográficos más remotos e inaccesibles, resulta viable por estar sostenido sobre un sistema solidario de distribución mayorista. Se le denomina solidario por compensar sus servicios que resultan económicamente deficitarios con los rentables, de la misma forma que las farmacias que atienden menos población o presentan dificultades de acceso pueden ofrecer prácticamente los mismos servicios en las mismas condiciones que aquéllas de servicio fácil y entornos populosos, al renunciar éstas a condiciones más ventajosas para así cubrir los mayores costes del servicio a aquéllas. Este sistema solidario se sustenta en entidades de distribución denominadas “de gama completa”, porque sirven todos los medicamentos disponibles a todas las farmacias existentes, sin excepción, en contraposición a la “distribución de gama restringida”, que sólo opera con líneas de productos más rentables y/o sobre farmacias económicamente más atractivas.

Sin embargo, se están produciendo iniciativas en el mercado farmacéutico que suponen amenazas para este sistema solidario. Y no sólo por la continua disminución de los márgenes económicos de la distribución mayorista. Las mayores amenazas proceden de estrategias internacionales de determinados segmentos de la industria, que buscan excluir a las entidades de distribución de la cadena del medicamento, desplazándolas directamente o mediante operadores logísticos. También son crecientes las amenazas que se plantean desde determinadas concepciones alternativas de la distribución mayorista donde se invierten las prioridades: si la oficina de farmacia como establecimiento sanitario es el centro del modelo solidario de distribución, que adopta respecto a ella una función subordinada (hasta el extremo de que las farmacias suelen ser propietarias de las entidades de distribución), en las concepciones alternativas – muy en la línea de la reciente iniciativa del Comisario McCreevy – está integración vertical muestra un sentido inverso, porque son los distribuidores quienes buscan hacerse propietarios de los “puntos de venta” (con una terminología bastante expresiva de un enfoque primordialmente mercantil de la farmacia).

Estas estrategias de desplazamiento se manifiestan en ocasiones abiertamente, pero es más habitual que operen de forma más encubierta, y vinculada a otras cuestiones, como el comercio farmacéutico paralelo.

No cabe discutir que el cometido y obligación principal del sistema solidario de distribución es asegurar el abastecimiento que precisan las farmacias para prestar el mejor servicio a los ciudadanos, tal como establece la nueva Ley de Garantías y Uso Racional en su artículo 68.2, y cualquier otra actividad - por legítima que sea - debe subordinarse a ello. Así mismo, es apreciación generalizada que nuestra distribución debe evolucionar para adaptarse a la nueva situación. Pero esta adaptación debe responder a un mejor servicio para los ciudadanos, y no a las conveniencias de determinadas multinacionales.

Las tensiones entre nuestro sistema de distribución y estas estrategias que buscan desplazarlo tuvieron su primer choque abierto durante el primer semestre de 2005, cerrado con un acuerdo entre las partes de evidente precariedad. Desde entonces, estas tensiones se han mostrado más o menos contenidas, manifestándose ocasionalmente con motivo de desabastecimientos puntuales de algunos medicamentos, cuyas causas no siempre pueden establecerse, al no estar disponibles unos adecuados sistemas de información.

2. INICIATIVAS QUE SE PROPONEN.

En atención a lo señalado, y dando por supuesto el acuerdo y la colaboración de las entidades andaluzas de distribución mayorista, se plantea incluir en el “Contrato social por la farmacia andaluza”, como el cuarto de sus contenidos, la “potenciación del sistema solidario de distribución farmacéutica mayorista”, que pasaría por las siguientes iniciativas:

1. Solicitar a la Administración Autonómica y a los Grupos Parlamentarios Andaluces que, **en la prevista Ley de Farmacia de Andalucía, se refuercen las exigencias de calidad de servicio para las entidades de distribución que ya vienen establecidas en el artículo 70.1 de la nueva Ley de Garantías y Uso Racional**, en orden a la mejor atención a los ciudadanos.
2. Reclamar a la Administración Autonómica que, **mediante acuerdo con los almacenes de distribución mayorista, se establezca un sistema permanente de información sobre situaciones de desabastecimiento**, que permita conocer en cada caso sus causas, e identifique a los responsables de la situación, para adoptar las iniciativas que permitan su inmediata resolución y actuar contra las entidades causantes.
3. Los cambios tan intensos que muestra el mercado farmacéutico pueden determinar que, de no ponerse los medios para asegurar sus postulados sanitarios, se alteren las funciones relativas entre los diferentes agentes de

la cadena del medicamento y, particularmente, entre laboratorios, almacenes y farmacias. Las prácticas promocionales y comerciales pueden tener especial incidencia al respecto. Por ello, la reciente Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios ha delimitado las reglas a seguir en tal materia.

Si bien el **Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos ha venido propugnando la regulación de las bonificaciones en especie a las farmacias**, sustentándolo con sus correspondientes razones, finalmente han quedado **prohibidas en la nueva ley**. Como no puede ser de otra manera, **este Consejo Andaluz asume lo aprobado por las Cortes Españolas**.

En el **marco de relaciones comerciales de los laboratorios y almacenes mayoristas con las oficinas de farmacia** que se establecen en la nueva ley, queda prohibida cualquier práctica comercial a la oficina de farmacia, salvo **una muy concreta excepción**. Únicamente se permiten aquellas prácticas que cumplan con las siguientes condiciones:

- a) Que se traten por descuentos por pronto pago o volumen de compras.
- b) Que sean realizadas por los almacenes mayoristas.
- c) Que no incentiven la compra de un producto frente a sus competidores.
- d) Que queden reflejadas en la correspondiente factura.

Todos los participantes en el sistema andaluz de prestaciones farmacéuticas deberán asumir las implicaciones de este nuevo marco, y el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos promoverá las iniciativas para que todos ellos sean informados lo antes posible, y adopten las pautas que procedan al respecto.

VIII. QUINTO CONTENIDO: IMPULSO A LOS NUEVOS PARADIGMAS PROFESIONALES.

1. LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN LA NUEVA ETAPA.

En un tiempo de acelerada evolución de la actividad sanitaria, como es el actual, la práctica cotidiana de sus profesionales se ve sometida a intensos cambios. Los esquemas sobre los que se articulan los programas formativos de pregrado y las trayectorias a elegir por los nuevos profesionales, que eran apropiados para un determinado momento, pronto deben readaptarse ante la aparición de elementos nuevos, muchos de ellos no previsibles poco tiempo antes.

Esta dinámica de cambio es común al conjunto de las profesiones sanitarias pero, por ser mayores las diferencias entre los paradigmas vigentes en distintos países, quizá se muestre de forma más acusada en la farmacéutica.

En los últimos años, la actividad farmacéutica española viene ofreciendo una intensa evolución, con exponentes tales como la plena incorporación de las nuevas tecnologías de la información a las oficinas de farmacia, la aparición de los farmacéuticos de atención primaria, los desarrollos de la atención farmacéutica, la labor en equipo con otros profesionales sanitarios, etc. Sin embargo, el rápido curso de los acontecimientos ha determinado que parte de estas nuevas realidades se hayan materializado a través de abordajes necesariamente parciales, sin margen para una satisfactoria integración de todos ellos.

2. ENFOQUE ANTE LA NUEVA ETAPA.

El devenir de los acontecimientos, la nueva Ley de Garantías y Uso Racional y la próxima Ley de Farmacia de Andalucía son elementos que aconsejan una reconsideración global de la situación actual y previsible de la actividad profesional, sobre la que actualizar las estrategias de formación, de investigación aplicada y de recursos humanos.

Por exceder del ámbito autonómico, no se hará aquí referencia a la formación pregraduada y postgraduada, pese a su trascendental interés. Pero, aún así, parece procedente que en Andalucía se realice una **recapitulación integral** sobre determinados aspectos de la actividad farmacéutica, **con participación destacada de las entidades académicas, las sociedades científicas**

farmacéuticas y las organizaciones colegiales de otros profesionales sanitarios. Entre los aspectos a incluir en esta recapitulación estarían los siguientes:

1. Estrategia general para la **formación continuada**, en conexión con el Plan Nacional de Formación Continuada del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
2. Estrategia general de **normalización y generalización de la atención farmacéutica**, en colaboración con la Administración Sanitaria y las organizaciones colegiales y científicas de los médicos, además de las sociedades científicas farmacéuticas.
3. Estrategia general del **trabajo en equipo de los farmacéuticos con otros profesionales sanitarios**, en coordinación con los distintos Consejos Andaluces de Colegios Profesionales Sanitarios.
4. Plan Andaluz para la **Investigación Aplicada en la Práctica Farmacéutica**, en coordinación con las sociedades científicas farmacéuticas y de las Facultades de Farmacia así como, en su caso, de otras instancias procedentes.

Para el desarrollo de tales actividades, el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos solicitará al Ministerio de Sanidad y Consumo financiación, con cargo a los Programas de Actuación en Materias de Cohesión Sanitaria.

IX. SEXTO CONTENIDO: SUPERACIÓN DE LA DOBLE POSTERGACIÓN DE ANDALUCÍA EN LOS PROGRAMAS FARMACÉUTICOS EN I+D.

1. DETERMINANTES DE UNA NUEVA ETAPA

Por diversas razones, la próxima Ley de Farmacia de Andalucía deberá aprobarse en una encrucijada donde ya serán manifiestas muchas de las tendencias que marcarán la etapa que ahora se inicia.

A efectos de esta propuesta de “contrato social por la farmacia andaluza”, se resaltarán dos de estos procesos: el profundo cambio que desde 2003 se viene produciendo en el panorama farmacéutico mundial, y la redefinición de los equilibrios interterritoriales derivada de la acelerada globalización de la economía y del conocimiento. Cuestiones ambas que serán determinantes en el futuro farmacéutico de Andalucía

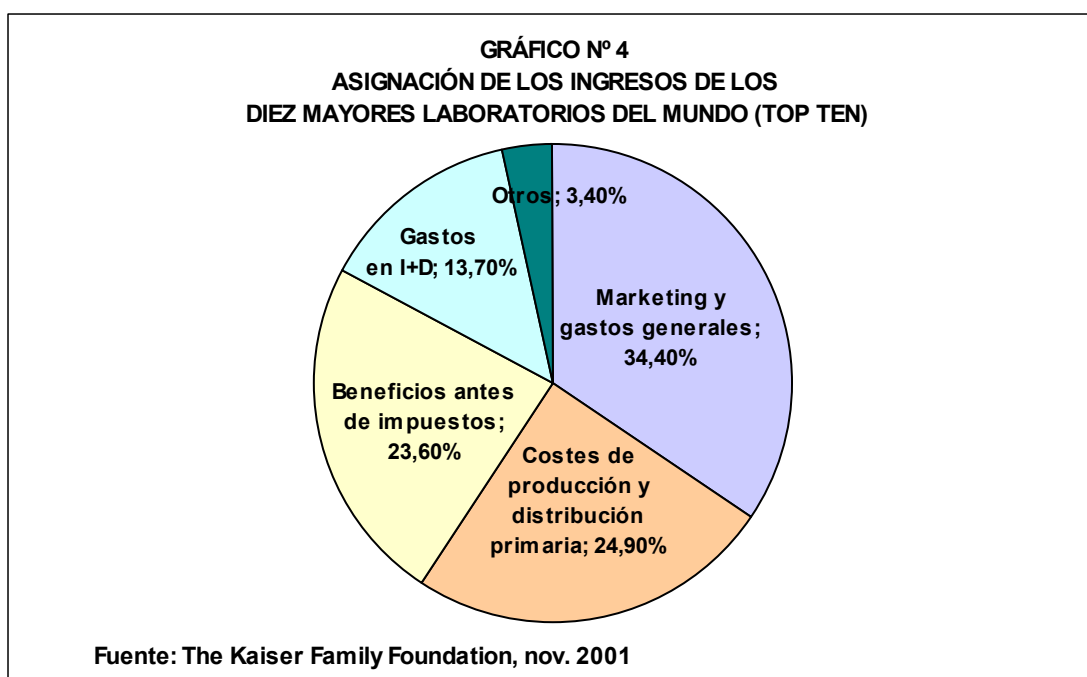
2. UNA PROFUNDA INFLEXIÓN EN EL CICLO FARMACÉUTICO MUNDIAL

Las últimas décadas del siglo pasado supusieron, en lo cualitativo y en lo cuantitativo, un periodo de intensa expansión farmacéutica, donde el mercado farmacéutico mundial mantuvo permanentemente crecimientos anuales superiores al 12% y donde este sector se mostró el más pujante del mundo, tanto por sus niveles de rentabilidad como por la evolución de sus cotizaciones bursátiles. Era la recompensa que recogía la innovación farmacéutica, sustentada entonces en la bioquímica de síntesis, por aportar soluciones satisfactorias a los nuevos desafíos de salud planteados a nuestra civilización. O, al menos, a sus países desarrollados, cada vez más opulentos pero más envejecidos, con el consiguiente aumento de determinadas patologías (hipertensión, diabetes tipo 2, hipercolesterolemia, artropatías, etc.). Un éxito que, no obstante, se circunscribía preferentemente a patologías crónicas de alta prevalencia en sociedades ricas, desatendiendo las propias de países en desarrollo (malaria, tuberculosis, etc.), las de incidencia menor (procesos pediátricos, enfermedades raras,...) e, incluso, cosechando ciertos fracasos ante algunos procesos de creciente significación (neurodegenerativos, autoinmunes, determinados oncológicos,...).

Sin perjuicio de tales insuficiencias, la respuesta de la industria farmacéutica a los desafíos considerados predominantes en las últimas décadas del siglo pasado se saldó con un claro éxito, sin duda, que se tradujo por unos

equilibrios de mercado donde la oferta (de nuevos medicamentos) ejercía una absoluta hegemonía sobre la demanda (la de unas sociedades ricas que reclamaban nuevas soluciones a cualquier precio).

Ello determinó que los equilibrios económicos de los laboratorios innovadores (se obvian aquí fabricantes de genéricos y medicamentos no sujetos a prescripción) adoptasen expresivas características, que se muestran en el GRÁFICO N° 4.

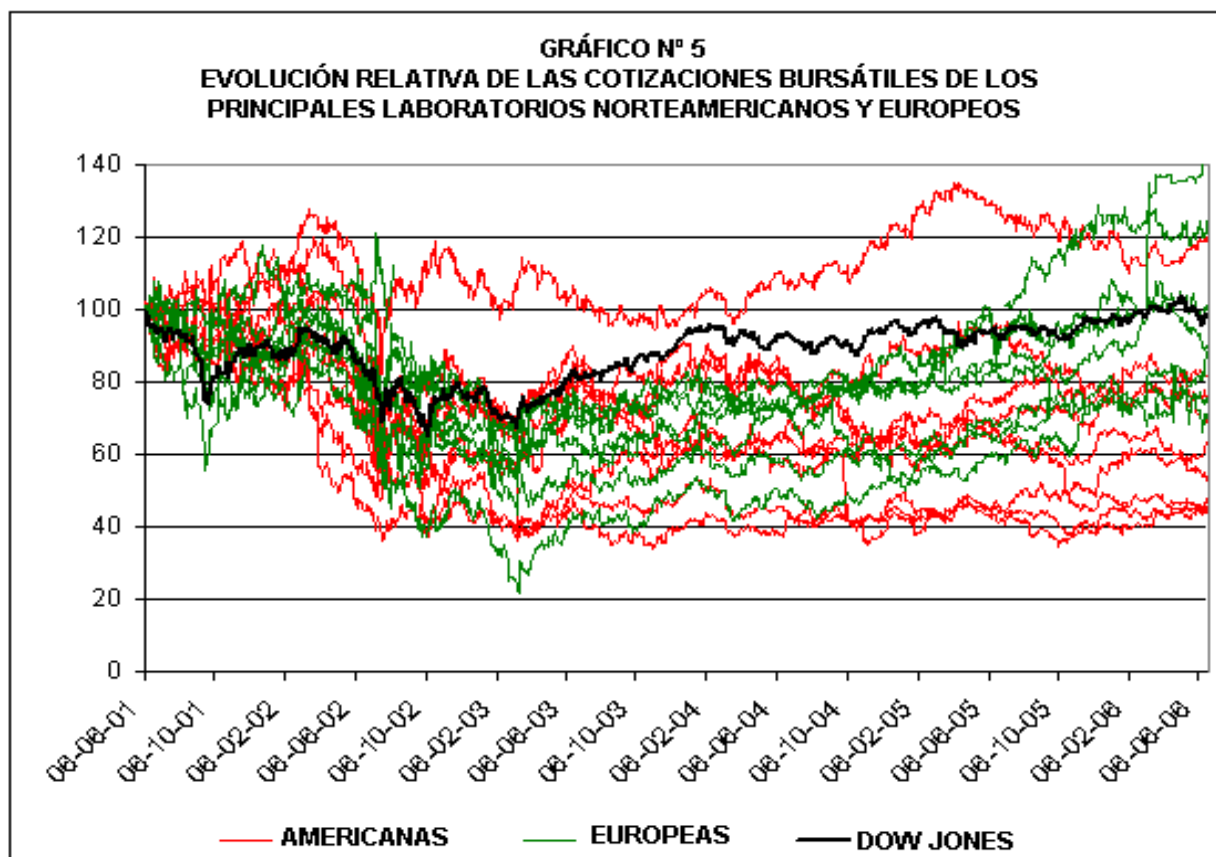


En el gráfico anterior, que refleja la información agregada de los diez mayores laboratorios del mundo en el momento de máxima expansión farmacéutica (2001), puedan apreciarse tales características. Los costes propiamente fabriles sólo supusieron la cuarta parte (24,90%) de las ventas a precio de laboratorio. Los beneficios sobre ventas (23,60%) resultaban elevados, pero ese no eran entonces –ni tampoco ahora– el principal motivo de las críticas surgidas, en un proceso que, iniciado en determinados sectores de la sociedad civil norteamericana, se ha ido generalizando más tarde. El factor principal de crítica fue, y sigue siendo, que la industria innovadora dedicase entre dos y tres veces más recursos a las actividades de promoción y gestión (34,40% del equivalente de ventas) que a actividades en I+D (13,70%).

Sin embargo, desde 2003 se vienen dando crecientes signos de agotamiento de la anterior fase de expansión, sobre todo en la escasez de nuevos lanzamientos de productos innovadores que compensen la expansión de los genéricos según vencen las patentes de anteriores moléculas. Antes ya se habían generalizado las críticas hacia los “**me-too**”, medicamentos similares a otros previos con mínimas o nulas ventajas comparativas, pero siempre de precios más elevados. Así mismo, aumentaron los problemas de seguridad tras algunos lanzamientos. Al hilo de estas incidencias de seguridad, se consolidó la apreciación de que, incluso el medicamento teóricamente más perfecto podría ser inútil, y hasta peligroso, si no se utiliza correctamente, fortaleciéndose el concepto de “uso racional del medicamento” que había acuñado la Organización Mundial de la Salud, y que conlleva la valoración implícita de que, más importante que contar con nuevos medicamentos, es utilizar bien los ya disponibles (excepto, como es obvio, en aquellas patologías para las que no se dispone de tratamiento razonablemente satisfactorio).

De hecho, en determinados centros de la industria ya se venían constatando estas carencias y, consecuentemente, impulsando líneas de actuación completa o parcialmente alternativas a las precedentes, como los medicamentos biotecnológicos y los elementos de la denominada “medicina individualizada”. Son líneas claramente prometedoras para un futuro más o menos remoto pero que, hasta el momento, han aportado limitadas aplicaciones prácticas, pues su proceso de maduración está resultando más largo, laborioso y costoso de lo que algunos esperaron inicialmente.

Las primeras expresiones del cambio de ciclo las manifestaron los propios dueños de los grandes laboratorios –sus accionistas– a través de sus cotizaciones bursátiles, cuya evolución respecto al “índice Dow-Jones”, se muestra en el GRÁFICO N° 5. Si bien se ha excluido el nombre del laboratorio correspondiente a cada trayectoria, se ha asignado el color rojo para los laboratorios norteamericanos y el verde para los europeos.



La serie histórica representada en el gráfico toma como inicio la situación inmediatamente anterior a la depresión que experimentó el índice Dow-Jones en 2001, y que se hizo nítida tras los atentados del 11-S. Se aprecia que inicialmente las cotizaciones farmacéuticas hicieron honor a su consideración tradicional de “valores refugio”, tendiendo a su mantenerse por encima de los índices generales. Sin embargo, desde mediados de 2002, los valores farmacéuticos experimentaron mayores descensos que el Dow-Jones, y no le siguieron en la recuperación que éste mostró en 2003. Desde 2004, y hasta la actualidad, las cotizaciones de los laboratorios norteamericanos tienden a mantenerse planas en valores que – como media – son un 40% inferiores a los de mediados de 2001, mientras que los europeos parecen haber recuperado a partir de 2005 un tono acorde con la evolución general de la economía.

Tras esta primera expresión bursátil, el agotamiento de la etapa de expansión también se hizo manifiesto en 2004 y, sobre todo, 2005 mediante la desaceleración de los crecimientos del mercado farmacéutico mundial, como se refleja en la TABLA N° 2.

TABLA N° 2
VENTAS MUNDIALES DEL MERCADO
FARMACÉUTICO

Áreas y Países	Volúmenes Mill. Dólares	Crecimiento Interanual 05/04
NORTEAMÉRICA	197.400	4%
Estados Unidos	185.100	4%
Canadá	12.300	6%
EUROPA (top 5)	91.500	4%
Alemania	26.700	7%
Francia	24.700	7%
Reino Unido	14.900	-3%
Italia	14.400	1%
España	10.800	6%
JAPÓN (*)	59.600	6%
IBEROAMÉRICA	17.200	22%
México	7.600	11%
Brasil	7.400	40%
Argentina	2.100	14%
AUSTRALIA/N. ZELANDA	5.700	4%

(*) Incluye hospitales

Fuente: IMS-Health

Si se exceptúan determinados países emergentes, el cambio de ciclo se ha expresado mediante una notable moderación en los crecimientos del mercado mundial que, si durante los años noventa mostraban ritmos superiores al 12% interanual, a partir de 2004 han bajado a menos de la mitad.

En España estos crecimientos del mercado se han reducido hasta el 7% en 2004 y el 6% en 2005, según IMS, lo que ha producido frecuentes manifestaciones de sorpresa y de queja. Pues bien, esta sorpresa debería modularse, pues cabe señalar que en el acumulado de estas dos anualidades – 2004 y 2005- España ha sido el país europeo de mayores crecimientos, y que durante 2005 el mercado norteamericano creció menos que el español, como se aprecia en la tabla anterior.

No obstante, y al menos por ahora, procede evitar dramatizaciones excesivas sobre estos hechos. Si han sido notables los descensos en las cotizaciones bursátiles - con cierta recuperación en las europeas -, se ha debido mucho más al recorte de expectativas a medio y largo plazo que a la caída de las rentabilidades inmediatas, que siguen comparables a las de los mejores sectores. Sin duda, la privilegiada asignación de recursos de la etapa anterior –la mostrada

en el gráfico n° 4– será difícil de mantener con el actual cambio del mercado pero, aun así, sigue siendo envidiable, como se desprende de la TABLA N° 3, que recoge datos de 2004 y 2005 correspondientes a los diez principales laboratorios.

TABLA N° 3
DATOS ECONÓMICOS DE LOS DIEZ PRINCIPALES LABORATORIOS (TOP TEN) EN 2004-2005

A.-Valores absolutos correspondientes a distintos conceptos

	Ventas totales			Beneficios			Gastos en I+D			Promoción y ventas		
	(En millones de dólares USA)			(En millones de dólares USA)			(En millones de dólares USA)			(En millones de dólares USA)		
	2004	2005	% Δ 05/04	2004	2005	% Δ 05/04	2004	2005	% Δ 05/04	2004	2005	% Δ 05/04
GlaxoSmithkline	36.600	39.500	7,9%	7.300	8.700	19,2%	5.100	5.600	9,8%	13.200	13.300	0,8%
Sanofi-Aventis	31.300	34.000	8,6%	2.900	2.900	0,0%	5.000	5.000	0,0%	9.800	10.300	5,1%
Novartis	28.200	32.200	14,2%	5.400	6.100	13,0%	4.200	4.800	14,3%	8.900	9.800	10,1%
Roche	23.800	28.500	19,7%	5.700	5.400	-5,3%	4.200	4.600	9,5%	6.700	7.700	14,9%
Bayer	23.300	27.400	17,6%	700	1.600	128,6%	1.900	1.900	0,0%	-	-	-
Astrazeneca	21.400	24.000	12,1%	3.700	4.700	27,0%	3.500	3.400	-2,9%	8.300	8.700	4,8%
Total Europeas	164.600	185.600	12,8%	25.700	29.400	14,4%	23.900	25.300	5,9%	46.900	49.800	6,2%
Pfizer	52.500	51.300	-2,3%	11.400	8.100	-28,9%	7.700	7.400	-3,9%	16.900	17.000	0,6%
Johnson & Johnson	47.300	50.500	6,8%	8.500	10.400	22,4%	5.200	6.300	21,2%	15.900	16.900	6,3%
Merck (MSD)	22.900	22.000	-3,9%	5.800	4.600	-20,7%	4.000	3.800	-5,0%	7.200	7.200	0,0%
Bristol-Myers Squibb	19.400	19.200	-1,0%	2.400	3.000	25,0%	2.500	2.700	8,0%	6.400	6.700	4,7%
Total Americanas	142.100	143.000	0,6%	28.100	26.100	-7,1%	19.400	20.200	4,1%	46.400	47.800	3,0%
Total General	306.700	328.600	7,1%	53.800	55.500	3,2%	43.300	45.500	5,1%	93.300	97.600	4,6%

B.- Valores relativos sobre ventas totales de cada laboratorio

	Porcentaje sobre ventas					
	Beneficios		Gastos en I+D		Gastos en promoción y ventas	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
GlaxoSmithkline	19,9%	22,0%	13,9%	14,2%	36,1%	33,7%
Sanofi-Aventis	9,3%	8,5%	16,0%	14,7%	31,3%	30,3%
Novartis	19,1%	18,9%	14,9%	14,9%	31,6%	30,4%
Roche	23,9%	18,9%	17,6%	16,1%	28,2%	27,0%
Bayer	3,0%	5,8%	8,2%	6,9%	-	-
Astrazeneca	17,3%	19,6%	16,4%	14,2%	38,8%	36,3%
Total Europeas	15,6%	15,8%	14,5%	13,6%	28,5%	26,8%
Pfizer	21,7%	15,8%	14,7%	14,4%	32,2%	33,1%
Johnson & Johnson	18,0%	20,6%	11,0%	12,5%	33,6%	33,5%
Merck (MSD)	25,3%	20,9%	17,5%	17,3%	31,4%	32,7%
Bristol-Myers Squibb	12,4%	15,6%	12,9%	14,1%	33,0%	34,9%
Total Americanas	19,8%	18,3%	13,7%	14,1%	32,7%	33,4%
Total General	17,5%	16,9%	14,1%	13,8%	30,4%	29,7%

Fuente: "Branding the Cure", Consumers International, 2006

De las tablas anteriores se desprende que, si bien con alguna moderación que en etapas anteriores, siguen aumentando tanto las ventas como los beneficios en general, aunque con significativas diferencias entre unos y otros laboratorios, y con mejor evolución relativa para los europeos. Las tasas de gasto en I+D sobre ventas permanecen básicamente en los niveles de la etapa anterior, aunque con cierta tendencia al descenso. Y lo que resulta más llamativo: si bien los gastos en promoción y gestión de ventas son algo más bajos que en la etapa anterior, aún se mantienen en un 30%, lo que supone más del doble de los gastos en I+D (alrededor de un 14%). No obstante, se aprecia que esta continuidad de los “patrones clásicos” es más acusada en los laboratorios norteamericanos que en los europeos.

¿Puede sostenerse esta situación durante mucho tiempo? Desde diversos laboratorios se prodigan anuncios de próximos lanzamientos que compensarían ampliamente las caídas de ventas actuales y previstas por próximos vencimientos de patentes. De ser así, podría incluso recuperarse la bonanza anterior. Pero, por los elementos de criterio disponibles, existen serias dudas de que efectivamente suceda.

Por el contrario, y al menos para el futuro inmediato, parece más probable que los nuevos lanzamientos sigan siendo escasos – y con resultados comerciales menos espectaculares que en el pasado -, que las patentes sigan venciendo y que los medicamentos genéricos sigan aumentando sus cuotas de mercado. En general, no son tiempos cómodos para la industria innovadora. Y será así hasta que, transcurrido cierto tiempo, acabe asentándose un nuevo paradigma biofarmacéutico.

Hasta tanto, y con salvedades en algunos países emergentes – gracias principalmente a los genéricos -, los crecimientos del mercado mundial permanecerán bastantes contenidos. Los laboratorios que quieran seguir siendo líderes deberán incrementar más aún sus inversiones en I+D, sean éstas directas, mediante “spin-off” o por adquisiciones de empresas o procesos biotecnológicos. Como efecto de ello, las rentabilidades inmediatas para sus accionistas tenderán a seguir disminuyendo, así como sus gastos promocionales. De hecho, la principal reclamación que hoy plantean las sociedades desarrolladas a los grandes laboratorios es que reduzcan significativamente sus todavía elevadísimos gastos en promoción y publicidad para aumentar las inversiones en I+D.

Puesto que, además, concurren factores que hacen prever importantes crecimientos del gasto en otros tipos de servicios sanitarios, la tendencia en casi todas las sociedades desarrolladas, sobre todo tras pasar la hegemonía desde la oferta a quien controla la demanda, es hacia una mayor contención del gasto farmacéutico, especialmente sobre los productos de la industria innovadora.

Hasta el extremo de ser posible que no pueda sobrevivir ningún laboratorio sin la complicidad consciente de aquellas sociedades que sustentan sus mercados principales. O, lo que es lo mismo, tales sociedades sólo renunciarán a una mayor contención de su gasto farmacéutico si perciben que una parte del mismo es por invertir en sostenibilidad a largo plazo.

De ahí que, salvo una improbable vuelta a la situación anterior, el futuro de la industria biofarmacéutica innovadora dependerá en buena medida de la complicidad y cooperación activa que consigan de las sociedades que sustentan sus mercados principales.

3. READAPTACIÓN DE LOS EQUILIBRIOS TERRITORIALES POR EFECTO DE LA GLOBALIZACIÓN.

Las dinámicas progresivas de globalización de la economía y del conocimiento están introduciendo profundos cambios en los equilibrios territoriales. Y no sólo en sus obvias expresiones de deslocalización y relocalización de actividades económicas y de movilidad de personas, capitales y bienes. También en la redefinición de las funciones institucionales de las estructuras políticas, tanto nacionales como supra e intranacionales.

En lo referido específicamente a la actividad farmacéutica, tales impulsos de readaptación institucional han sido diversos y relevantes en los últimos tiempos.

Uno de los más significativos ha sido la Cumbre Europea celebrada en Lisboa, en marzo de 2000, cuyo objeto fue establecer una estrategia para recuperar la competitividad de la economía europea frente a la norteamericana, y a los desafíos de determinados países emergentes, como China e India. En la denominada “Agenda de Lisboa” se fijó como objetivo conseguir que Europa fuera en 2010 “la economía basada en el conocimiento más competitiva del mundo”. En la posterior Cumbre de Barcelona, en junio de 2002, se concretaron algunos aspectos en tal sentido, como que la Unión Europea debía alcanzar para 2010 unas inversiones en I+D equivalentes al 3% de su PIB, además de reafirmar el área biofarmacéutica como una de las de impulso preferente.

Sin embargo, y quizá por la actual crisis de la Unión Europea, la “Agenda de Lisboa” marcha con significativo retraso. Según el “Informe Cotec 2006 sobre Tecnología e Innovación en España”, los gastos de I+D en 2004 se situaban en la Unión Europea (UE-25) en el 1,82% del PIB, mientras que para el conjunto de la OCDE era el 2,26%. En cuanto a España, y pese a los avances registrados en los últimos años, sólo se alcanzaba en 2004 poco más de la mitad de las ya

insatisfactorias tasas europeas, pues el gasto en I+D aún permanecía en el 1,07% del PIB, siendo más acusadas las carencias en lo relativo al sector empresarial (0,57% del PIB en España frente a 1,30% en la UE-25). En cuanto a Andalucía, que representa el 17,80% de la población y el 13,70% del PIB de España, sus gastos en I+D supusieron un 9,86% del conjunto nacional y de ellos, sólo el 32% correspondía a empresas privadas. Ello implica que si, la Unión Europea debe aumentar sus esfuerzos por cumplir con la “Agenda de Lisboa”, tales esfuerzos deben ser mayores para España, sobre todo en el sector empresarial, y más marcados aún en Andalucía. Así pues, Andalucía afronta aquí una muy importante asignatura pendiente.

Otro de los recientes impulsos de reacomplamiento institucional para el sector farmacéutico ha sido la revisión de la legislación farmacéutica europea culminada en 2004, una de cuyas notas ha sido el progresivo deslizamiento de competencias estatales hacia las instancias comunitarias. La Agencia Europea del Medicamento (EMA) asumirá cada vez mayores cometidos en evaluación, autorización y registro de nuevos medicamentos, así como sobre farmacovigilancia. En contraste se mantienen las competencias de los Estados en materia de fijación de precios y financiación pública de los medicamentos. Así mismo, son competencia de los Estados – en España están transferidas a las Comunidades Autónomas – las actuaciones en política de demanda farmacéutica: gestión de la prescripción y dispensación, gestión de pacientes, educación sanitaria, participación social,...

Y un acontecimiento estrechamente relacionado con el anterior, por implicar su transposición nacional, es la reciente Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, aprobada por las Cortes Españolas el pasado 29 de junio. En su tramitación también se han dado tensiones sobre distribución de competencias entre diferentes administraciones, toda vez que frente a los impulsos centrípetos (hacia las instancias comunitarias) inducidos por la nueva legislación europea, se oponían otros impulsos centrífugos (hacia las comunidades autónomas), propiciados por la culminación de las transferencias sanitarias y el sistema de financiación autonómica en vigor desde 2002. El desenlace final ha sido, con matizaciones, el mantenimiento básico del esquema de distribución de competencias ya prefigurada en la Ley 25/1990, del Medicamento, y que confirmó la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Con ello, queda delimitado el marco en que deberá articularse la futura Ley de Farmacia de Andalucía, así como el escenario donde había de producirse el “contrato social por la farmacia andaluza”.

La incorporación de España a espacios supranacionales, y especialmente a la Unión Europea, ha sido muy beneficiosa para Andalucía y para España. Como

expresión de ello en cuanto a los aspectos farmacéuticos, ha impulsado el acceso de los ciudadanos españoles a unas atenciones de la mayor calidad, lo que también puede valorarse en términos cuantitativos.

Como es conocido, el mercado farmacéutico español es, por su volumen, el quinto europeo y el octavo mundial. Contra lo que a veces se escucha, y aunque en ocasiones no nos convenga a los farmacéuticos, los consumos comparados de España no resultan escasos, sino todo lo contrario, en relación con su desarrollo económico y social. Es cierto que, como en los demás países mediterráneos, Francia incluida, nuestros precios unitarios son más bajos que en otras naciones europeas, pero ello se compensa con mayores consumos de unidades por habitante, como efecto de nuestras peculiaridades culturales sanitarias.

Así lo indican las series de la OCDE publicadas en 2005 sobre datos de la OCDE, que se muestran en el GRÁFICO N° 6

GRÁFICO N° 6

III.5. PHARMACEUTICAL EXPENDITURE

Chart 3.14. Expenditure on pharmaceuticals, per capita, 2003

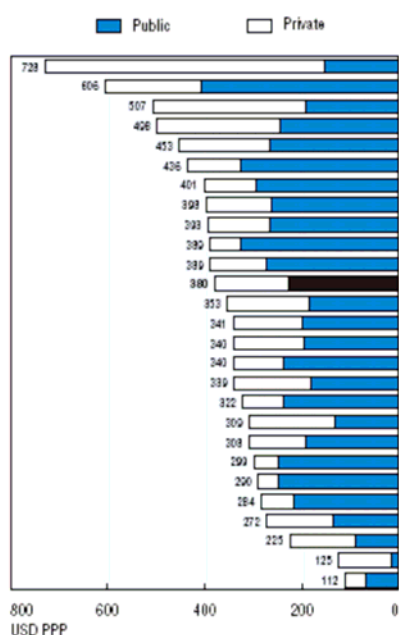
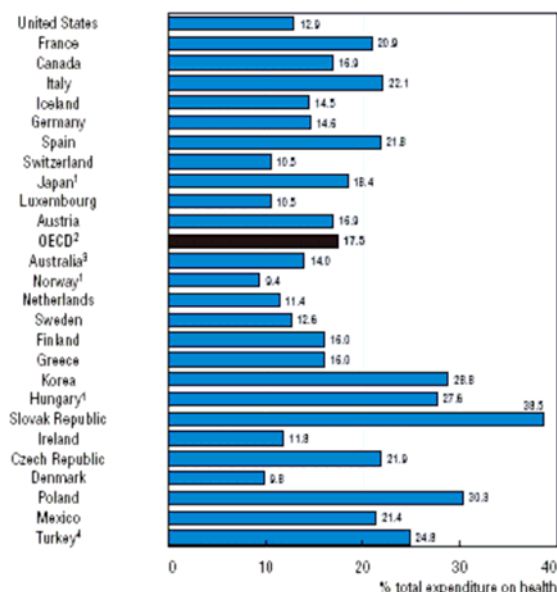


Chart 3.15. Pharmaceutical spending as a percentage of total health expenditure, 2003



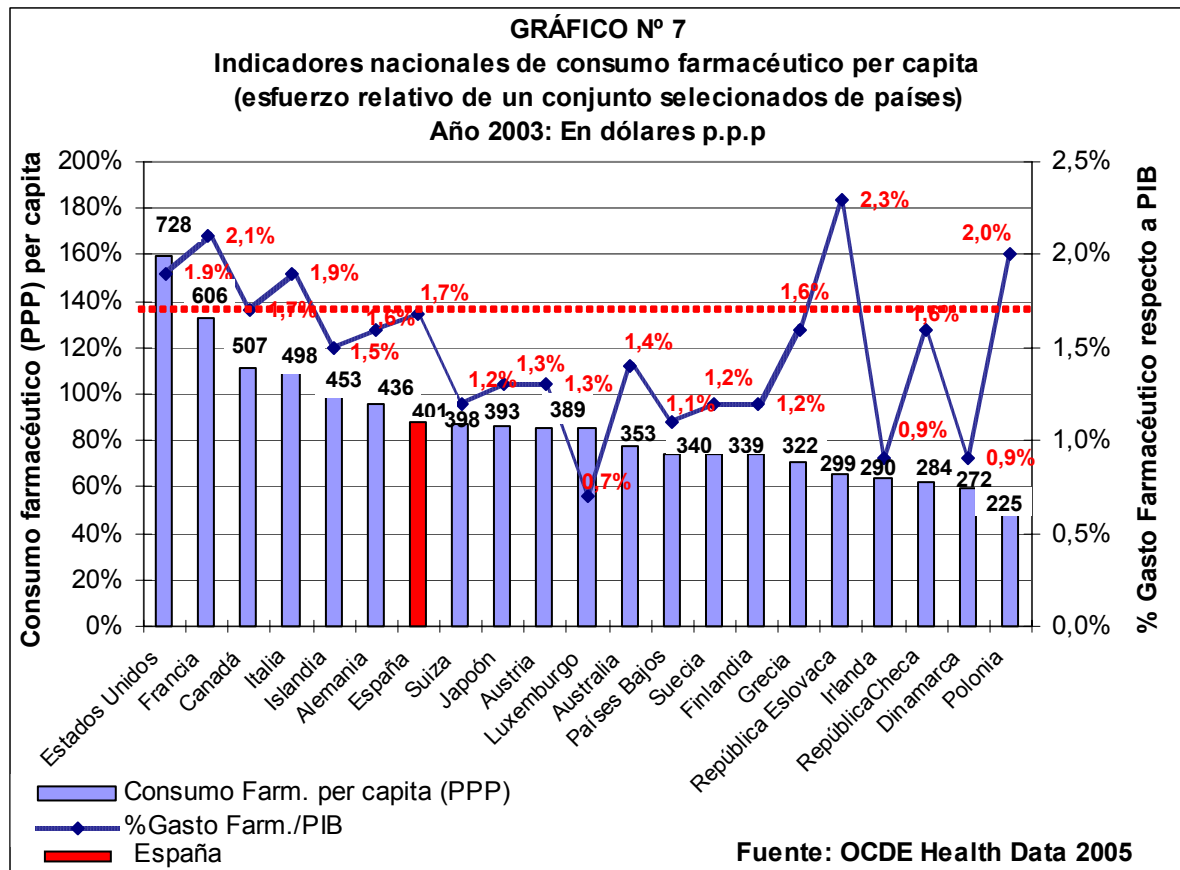
1. 2002.
 2. OECD average excludes Poland and Turkey because of the unavailability of consistent time series.
 3. 2001.
 4. 2000.

Aunque podrían darse pequeñas variaciones de expresarse en unidades monetarias a tipo de cambio, la OCDE publica sus datos –y no por capricho– en dólares en paridad de poder de compra (dólares p.p.p.).

En el gráfico de la izquierda (3.14) se puede apreciar, siempre en dólares p.p.p., que **España fue en 2003 el séptimo país con mayores consumos absolutos per capita del panel**, sólo por detrás de Estados Unidos, Francia, Canadá, Italia, Islandia y Alemania. Debe precisarse que en las series faltan algunos países, como el Reino Unido, que se situaría en niveles inferiores a España, o Bélgica, con niveles algo superiores. En todo caso, debe retenerse el dato de que, en términos de dólares p.p.p., **España está entre los primeros países del mundo en consumos farmacéuticos per capita** y, como se comentará, **por encima de muchos otros con mayores niveles de renta**.

En el gráfico de la derecha (3.15) se constata que, como es común a otros países mediterráneos (Italia, Francia...), la participación del gasto farmacéutico en el gasto sanitario total se sitúa en España por encima del 20%, bastante más que los restantes países norteamericanos y europeos occidentales. Una situación que, sin embargo, también se produce recientemente en algunos europeos orientales.

En el GRÁFICO N° 7, y para más fácil visualización, se han simplificado los valores del primero de los gráficos anteriores (3.14), y se les ha relacionado con la participación de su consumo farmacéutico con el respectivo PIB. Por simplificación expositiva, se ha prescindido de algunos países (como Turquía, México o Corea), todos ellos en los niveles inferiores de la serie.



Pues bien, se aprecia que España ofrecía en 2003 consumos absolutos por habitante superiores a otros países de mayores rentas y, por tanto, su participación relativa en el PIB resultaba aún mayor. De hecho, salvo Estados Unidos (1,9%) y, de nuevo, las mediterráneas Francia (2,1%) e Italia (1,9%), ningún otro país desarrollado superaba el 1,7% del PIB que correspondía a España, salvo los atípicos y ya comentados casos de Eslovaquia (2,3%) y Polonia (2,0%).

A efectos de lo que aquí se trata, los consumos farmacéuticos por habitante en Andalucía serían bastante asimilables a los del conjunto de España. Sin duda, ello ha sido posible en parte gracias a los procedimientos de solidaridad europea de los que se ha beneficiado Andalucía tras el ingreso de España en la Unión Europea. Sin embargo, los tiempos cambian y los procesos de integración supranacional producen situaciones nuevas, que también afectan a los mecanismos por los que Andalucía ha disfrutado de esa solidaridad europea. Para el año 2014 resulta bastante previsible que se dé por concluida la Política Agrícola Común, y que Andalucía deje ser Objetivo I de los Fondos Feder. Lo

que hace obligado que la sociedad andaluza active otros potenciales para asegurarse un porvenir satisfactorio, con especial atención a los relacionados con la “Agenda de Lisboa”.

4. LA ASIMETRÍA DE FUNCIONES EN EL MERCADO FARMACÉUTICO EUROPEO: LA POSTERGACIÓN DE ESPAÑA EN I+D.

Como se ha expuesto, España es el quinto mercado farmacéutico europeo, y sus consumos por habitante sólo son superados por Francia, Italia y Alemania.

¿Qué suponen para los distintos países unos mayores o menores niveles de consumo farmacéutico? En principio, cabría suponer que unas mejores atenciones a la salud de su población, si bien los hechos y críticas generalizadas a partir de 2004 aconsejan matizaciones a esa aseveración. En otro orden, los consumos farmacéuticos también favorecen en esas sociedades determinadas externalidades o, si se prefiere, determinados valores añadidos, tales como mayores inversiones en I+D, mejora de la balanza comercial, generación de empleo cualificado, etc. En suma, **las notas que caracterizan a la economía basada en el conocimiento**, o si se prefiere, **los objetivos promovidos por la “Agenda de Lisboa”**.

Pues bien, los datos oficiales de la propia EFPIA, difundidos por Farmaindustria, indican que **tales contrapartidas en valores añadidos son en España notablemente escasas para el volumen de su mercado farmacéutico**, tal como se refleja en la TABLA N° 4

TABLA N° 4
PANORÁMICA FARMACÉUTICA: Algunos indicadores comparativos entre países

Países	(1) Consumo Farmacéutico Total % P.I.B. (2002)	(2) Ocupación ‰ población empleada total (2002)	(3) Tasa cobertura Exportaciones/ importaciones (2001)	(4) % Inversión en I+D sobre ventas interiores (2001)
Alemania	1,7	3,2	158,8	16,8
Austria	1,2	2,3	81,0	(n.d.)
Bélgica	1,7	5,6	112,1	41,4
Dinamarca	1,0	5,6	314,3	72,0
España	1,9	2,4	55,1	4,9
Finlandia	1,4	3,0	38,9	16,6
Francia	2,1	4,0	176,0	17,9
Grecia	2,7	2,8	26,1	(n.d)
Holanda	1,1	2,0	111,5	14,0
Irlanda	1,0	11,4	474,4	6,2
Italia	1,7	3,8	104,3	5,8
Portugal	2,6	2,1	28,4	(n.d)
Reino Unido	1,3	2,9	141,9	34,3
Suecia	1,2	5,0	285,6	45,1
Total UE-11	-	3,4	-	19,4
Noruega	0,9	2,0	31,5	9,1
Suiza	1,2	7,5	201,8	93,1
Total EFPIA	-	3,2	-	20,5
Estados Unidos	-	-	89,4	17,0
Japón	-	-	54,2	8,5

Fuente: Farmaindustria, "La Industria Farmacéutica en cifras, 2004" (LIFEC-04)

(1).-LIFEC-04, Pág. 145

(2).-LIFEC-04, Pág. 17

(3).-LIFEC-04, Pág. 111

(4).-LIFEC-04, Pág. 42

Los parámetros españoles son los propios de un **mercado de significativo volumen, pero pasivo, dependiente y poco creativo**. Así, puede apreciarse que en 2002 el consumo farmacéutico total equivalía en España al 1,9% del PIB, superado sólo por otros países mediterráneos: Grecia (2,7%), Portugal (2,6%) y Francia (2,1%). En contraste, mostraba una baja tasa porcentual de gastos en I+D sobre ventas interiores: 4,9% en España, frente a unos valores medios del 19,4% para la UE-11, y del 20,5% para el conjunto de la EFPIA. Ofrecía tasas de empleo del 2,4‰ sobre el total de la población ocupada, cuando la media de la UE-11 era del 3,4‰, y del 3,2‰ para el conjunto de la EFPIA. Por último, se

registraba en España una balanza comercial exterior netamente deficitaria, con una tasa de cobertura de exportaciones sobre importaciones de tan sólo el 55,1%.

Los parámetros en los demás países europeos, y su comparación con sus volúmenes de mercado y sus consumos unitarios, permiten deducir una notable diversificación de roles en el mercado europeo.

Así, nos encontramos con las dos potencias clásicas, **Francia y Alemania**, que además de suponer **los mercados europeos más importantes, presentan consumos bastante altos** (1,7% del PIB en Alemania y 2,1% en Francia). **Son potencias creativas con fuerte capacidad de liderazgo** (tasas de I+D en torno al 17% de sus ventas interiores) **y su balanza comercial es claramente excedentaria** (115,8% para Alemania y 176,0% para Francia). Fuera de la Unión Europea, habría que señalar a la también “clásica” **Suiza** que, pese a su limitado mercado interior, orienta sus máximos esfuerzos hacia la I+D (93,1% de sus ventas interiores), que le posibilita una **notable actividad exportadora** (201,8% de cobertura).

En contraste con estas potencias farmacéuticas, los **países mediterráneos** –exceptuada Francia– comparten los perfiles de España en sus elevados niveles de consumo (del 1,7 al 2,7% del PIB) y en su posición dependiente y poco creativa, si bien Italia (quizás por ser el tercer mercado europeo) ofrece algo más de dinamismo exportador.

Entre los países europeos con bajos consumos, su interés en la actividad farmacéutica es diverso. Algunos, como **Austria o Noruega**, casi **se desentienden de ella** en la práctica, para empeñarse en otras áreas. Por el contrario, hay otros países de consumos bajos y reducidos volúmenes de mercado que, sin embargo, se esfuerzan con éxito por lograr **un papel relevante en la actividad biofarmacéutica europea**, como son los casos de **Suecia y Dinamarca**.

Consideración especial merecen el Reino Unido e Irlanda. El Reino Unido ha mantenido desde 1957, y mediante el conocido PPRS, una **política tendente a captar inversiones en I+D, aunque compatibilizándola con unos niveles bajos en su gasto farmacéutico** (de hecho, sus consumos unitarios son bastante inferiores a los de España, y el volumen de su mercado interior, aun siendo el cuarto europeo, es menor que el de Italia). Pero ha logrado un notable éxito, pues sus inversiones en I+D equivalen al 34,3% de sus ventas interiores, y su balanza comercial, pese a su atención menor a las actividades fabriles, resulta excedentaria (141,9%). Por tanto, **el Reino Unido ofrece netos perfiles de potencia biofarmacéutica creativa y con claro afán de liderazgo, dedicando sólo un interés secundario a los aspectos estrictamente fabriles**.

El rol farmacéutico de **Irlanda** es tan reciente como su ingreso en la Unión Europea, a finales de los años ochenta, cuando buscó el apoyo de determinados segmentos de la industria (sobre todo, de laboratorios norteamericanos) para convertirse en una **especie de complemento fabril de la actividad farmacéutica del Reino Unido**. De esta forma, un país de consumos farmacéuticos muy bajos (en torno al 1% del PIB) y con un mercado interior muy reducido (aproximadamente la mitad del andaluz) ha logrado las posiciones que reflejan los datos de la tabla. Si bien su tasa de gastos en I+D sobre ventas interiores es sólo de un 6,2% (en todo caso, superior a la de Italia o España), ocupa nada menos que al 11,4‰ de la población empleada irlandesa, y la cobertura de sus importaciones sobre sus exportaciones ofrece el record europeo: 474,4%.

Resulta bastante claro que, en cuanto a estas externalidades relativas a la economía basada en el conocimiento, las notables diferencias que se dan entre los distintos países europeos han venido respondiendo –al menos hasta ahora– a un juego de suma cero: lo que uno gana, otro lo pierde.

Y en tal sentido, puede afirmarse que uno de los resultados de este juego es que **España se ha visto claramente postergada**. Como, por otra parte, también ha sucedido con los demás países mediterráneos, si se excluye Francia.

Quizá ello resulte explicable, y hasta admisible, por las diferencias en el tiempo y las condiciones con que se han incorporado a la Unión Europea los Estados que la integran. Es posible que la citada postergación haya sido uno de los precios a pagar por España a cambio de los beneficios de la Política Agrícola Común y de los Fondos Feder. Pero, puesto que se anuncia el ocaso de éstos, procede también recomponer los demás elementos del equilibrio vigente hasta ahora.

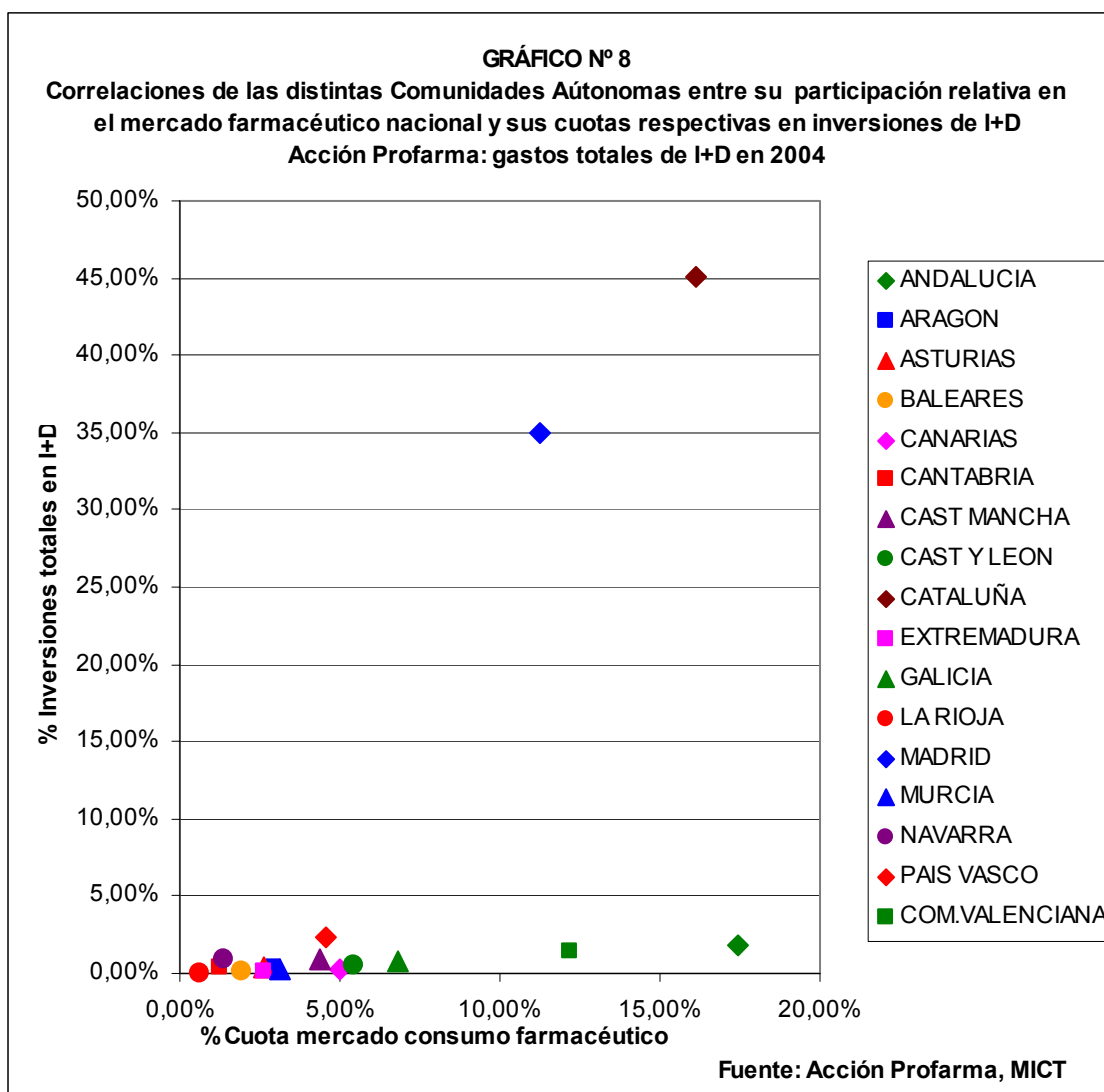
La redefinición de estos equilibrios se verá dinamizada por las nuevas condiciones del mercado farmacéutico tras su actual cambio de ciclo: si hasta ahora el polo hegemónico se había situado del lado de la oferta, comienza a pasar al de la demanda. En un futuro previsible, quien tenga capacidad para gestionar la demanda estará en posición más favorable para aprovechar los equilibrios del mercado. Y a este respecto, España cuenta con no despreciables ventajas.

5. LA DOBLE POSTERGACIÓN DE ANDALUCÍA EN I+D.

Si, como se ha expuesto, el mercado farmacéutico español ha quedado postergado en lo relativo a la economía basada en el conocimiento, en el caso concreto de Andalucía puede hablarse con propiedad de una **doble postergación**:

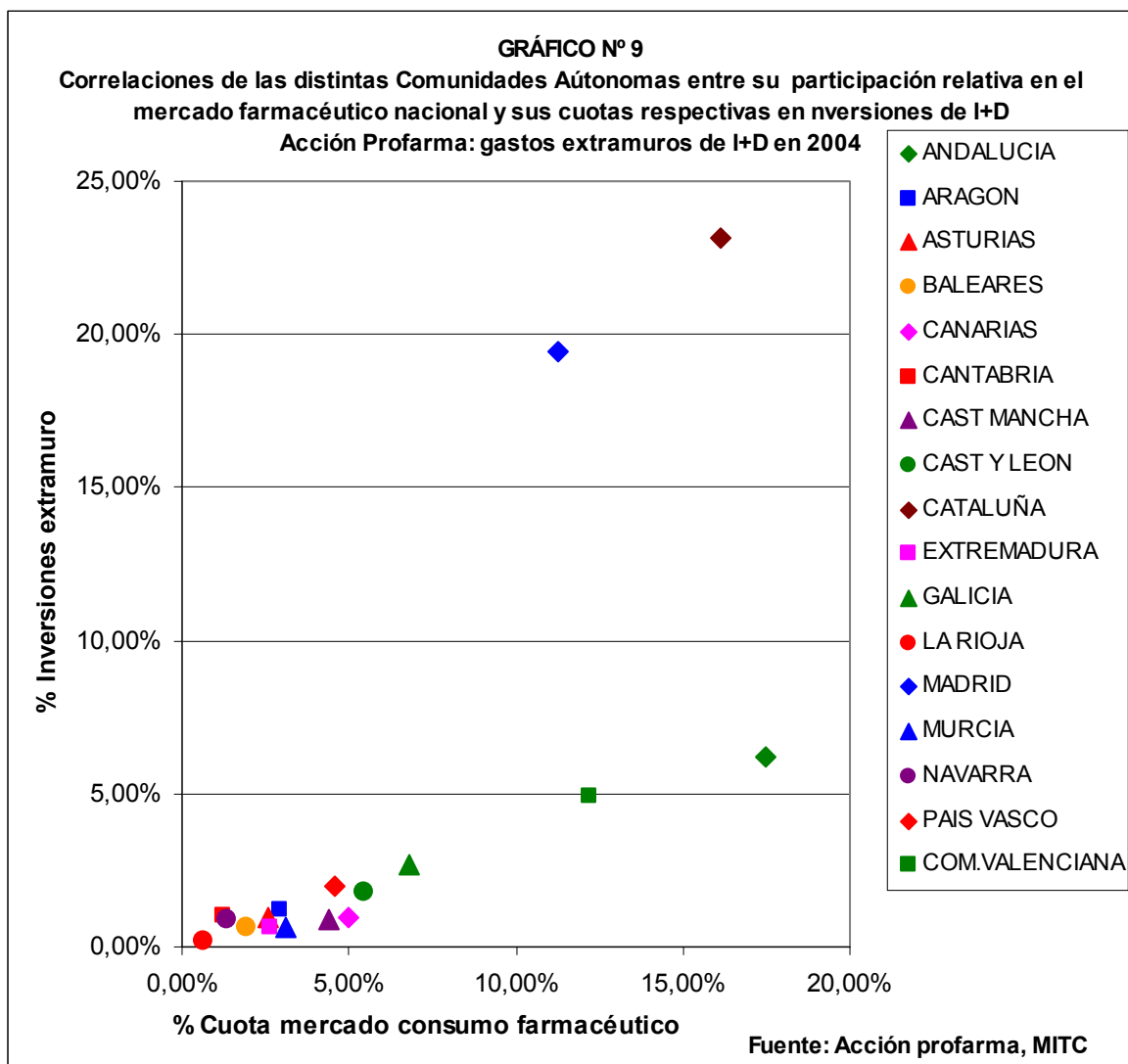
la que le es propia por su pertenencia a España, y la que le resulta específica respecto al conjunto del Estado.

Andalucía supone casi la quinta parte del mercado farmacéutico español. Sin embargo, cuando se regionalizan los indicadores correspondientes a las citadas externalidades, se comprueba su minimización en Andalucía. Así lo muestran los datos incorporados en el GRAFICO N° 8, que corresponden a “Acción Profarma”, y que incluyen la territorialización de las inversiones en I+D en 2004 de los laboratorios acogidos a ese programa, cuyas ventas conjuntas de medicamentos éticos distribuidos a través de farmacias se estiman en un 93% del total nacional.



En este cuadro de doble entrada, se ha representado en el eje de abscisas la cuota de participación de cada Comunidad Autónoma en el conjunto del gasto farmacéutico nacional (público y privado) a través de oficinas de farmacia, y en el eje de ordenadas, su cuota de participación en las inversiones en I+D realizadas por los participantes en “Acción Profarma”. Puede apreciarse que Andalucía, con una cuota del mercado nacional del 17,46%, sólo es destinataria del 1,89% de tales gastos en I+D. La casi totalidad de las mismas se localizó en Cataluña (45,10%) y Madrid (35,03%).

Es cierto que Andalucía carece casi por completo de tradición industrial farmacéutica y, por tanto, difícilmente cabría esperar una significativa participación en gastos intramuros (materializados directamente por la empresa promotora), al menos con los esquemas conceptuales y operativos predominantes hasta hace poco. Pero, en cambio, Andalucía ofrece un tejido científico de calidad y masa crítica más que razonables para sustentar una parte más significativa de sus gastos extramuros (externalizados). Los datos disponibles, que se muestran en el GRAFICO N° 9, indican que tampoco sucede así.



Como puede apreciarse, Andalucía sólo fue receptora del 6,26% de los gastos extramuros, pese a las condiciones que se acaban de señalar. También estos gastos extramuros se concentraron, aunque no tan contundentemente como los totales en I+D, en Cataluña (23,16%) y Madrid (19,46%). Procede señalar, no obstante, que el 31,69% de tales gastos extramuros de los participantes en “Profarma” se materializaron en el extranjero (principalmente en ensayos clínicos).

Los datos antes expuestos parecen suficientemente esclarecedores de la magnitud de la doble postergación que padece Andalucía en materia de inversiones farmacéuticas en I+D. Algo que, si se quiere responder a la “Agenda de Lisboa”, procede superar cuanto antes.

6. LA I+D Y EL CONTRATO SOCIAL POR LA FARMACIA ANDALUZA.

La previsión de que, a partir de 2014, serán obligados profundos reajustes en el equilibrio entre Andalucía y la Unión Europea, los imperativos derivados de la “Agenda de Lisboa” y la comentada doble postergación en I+D hacen **absolutamente ineludible que, ante la próxima tramitación de la Ley de Farmacia de Andalucía, la sociedad andaluza abra un profundo debate sobre su disposición ante el sector biofarmacéutico.** De hecho, el Anteproyecto de la citada Ley, ya apunta en su Título VIII, bajo la denominación “De los medicamentos estratégicos”, referencias preliminares sobre esta materia.

En todo caso, la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, recién aprobada por las Cortes Españolas, así como –subsidiariamente– las Directivas y Reglamentos derivados de la reciente actualización de la legislación farmacéutica europea, delimitan el **marco normativo** al que deberán ajustarse las deliberaciones e iniciativas que deban producirse en Andalucía.

Andalucía supone aproximadamente el cuatro por mil del mercado farmacéutico mundial. Cabría considerar que su relevancia cuantitativa resulta muy escasa para influir en unas dinámicas cada vez más globalizadas. Pero los desequilibrios de Andalucía se reproducen en muchas regiones españolas, y en otras italianas, y en Portugal, y en Grecia. Además, el reciente cambio de ciclo ha invertido los **equilibrios de mercado**, desplazando la posición predominante desde el lado de la oferta al de la demanda, con lo que el peso de los mercados objetivamente interesados en modificar situaciones anteriores adquiere especial relevancia.

Nadie puede razonablemente pretender que los cambios deseables se materialicen de forma súbita, ni que se recorten primariamente los beneficios de los grandes laboratorios. De hecho, el objetivo que resulta plausible es **que la gran industria desplace hacia actividades de I+D una parte significativa de los excesivos recursos que aún dedica a promoción y publicidad** y que, para ello, busque la **complicidad expresa de las sociedades que sustentan sus mercados**, sobre la base de hacerlas participes de sus externalidades coincidentes con los objetivos de la “Agenda de Lisboa”. De no hacerse así, estas sociedades podrían verse abocadas a actitudes defensivas, contando a su favor con la actual hegemonía de la demanda: los grandes laboratorios necesitan imperiosamente consolidar las ventas de sus nuevos lanzamientos, y tales sociedades podrían dificultárselo en beneficio de sus competidores.

Además, **sin la complicidad expresa de estas sociedades, los principales argumentos de la gran industria se ven socavados en sus propias bases.** Tal vez si, como sucedía en décadas pasadas, las perspectivas de nuevos lanzamientos lucieran más halagüeñas, nadie plantearía objeciones a asegurar a los laboratorios unos importantes beneficios para ampliar las actividades en I+D, pero no sucede así en la actualidad. En la presente situación, y sin tales complicidades,

- ¿Cómo pueden pretender los grandes laboratorios de que se acepte la necesidad de mayores beneficios para financiar más actividades en I+D, si no dan participación en tales actividades a las sociedades que sustentan sus mercados?
- ¿Cómo pueden reclamar ante tales sociedades que se amplíen en el tiempo las protecciones de patente?
- ¿Cómo pueden esperar unos precios muy superiores para las denominadas “innovaciones incrementales” cuando su valor terapéutico añadido sea inexistente o casi?
- ¿Cómo van a interiorizarse por tales sociedades, a pesar del Real Decreto 725/2003, los argumentos de los grandes laboratorios contra el comercio paralelo, cuando está respaldado por el Tratado de la Unión y promovido por los sistemas sanitarios de **aquellos Estados donde tienen su sede social los principales laboratorios?**
- ¿Cómo pueden aceptar estas sociedades los resultados de determinados estudios que anticipan recortes de gastos en I+D sobre la premisa de la continuidad de una situación que es precisamente la que demandan cambiar?
- ¿Cómo pueden acoger estas sociedades las proclamas de la industria farmacéutica sobre su responsabilidad social corporativa, cuando uno de los principales imperativos de ésta debería ser su inexistente implicación local en actividades de I+D?

La primera obligación de los profesionales farmacéuticos andaluces es proporcionar a los ciudadanos un servicio de calidad, próximo, equitativo y humanizado, así como promover su continua mejora. Y en base a ello se justifican los contenidos primero, segundo, cuarto y quinto de la propuesta que el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos presenta para un “contrato social por la farmacia andaluza”

Además de ello, los farmacéuticos andaluces han demostrado su **responsabilidad social corporativa** mediante su **compromiso con la sostenibilidad económica del sistema sanitario andaluz**, contribuyendo así a liberar medios para la mejora de otros servicios sanitarios, incluidas las mayores dotaciones para recursos humanos acordadas recientemente en Andalucía. Y a ello hace referencia el contenido tercero

Hasta ahora estos compromisos de responsabilidad social por parte de los farmacéuticos andaluces han tenido como objeto la **sostenibilidad económica inmediata** del sistema sanitario. Sin embargo, con los elementos de previsión disponibles en este momento, esta sostenibilidad inmediata parece menos comprometida que en el pasado, al menos en un horizonte temporal inmediato.

Paradójicamente, **los problemas más preocupantes sobre esta sostenibilidad no se plantean a corto, sino a medio y largo plazo**, y su solución pasa –entre otros aspectos– por un importante **impulso a las actividades en I+D** y, de forma destacada, en materia biofarmacéutica.

Una vez más, los farmacéuticos hacen pública su disposición a contribuir a una satisfactoria resolución de este desafío que tiene planteado Andalucía pero, en ningún caso, podrían afrontarlo ellos solos: **ésta es una cuestión que debe decidir y canalizar el conjunto de la sociedad andaluza, a ser posible, con el acuerdo de la industria farmacéutica.**

A través de sus representantes, **la sociedad andaluza debe establecer un amplio y profundo diálogo con la industria farmacéutica** que posibilite la resolución del **dilema que está objetivamente planteado: colaboración o confrontación**. La vía de la confrontación podría suponer para la sociedad andaluza –y para sus farmacéuticos– algunas ventajas a corto plazo, pero dejaría abiertas importantes incertidumbres a medio y largo. Sin duda, **la vía deseable es la de la colaboración**, pero ello requeriría compromisos expresos de la industria sobre su razonable implicación activa en Andalucía. O lo que es lo mismo, que de alguna forma los laboratorios se incorporasen al “contrato social por la farmacia andaluza”.

X: NOTA FINAL.

El Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéutico ha dado su conformidad al presente documento en julio de 2006 si bien, en consideración a los condicionamientos del período estival, se procederá a difundirlo en septiembre.