

LA POLÍTICA DEL MEDICAMENTO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Guillem López Casasnovas (*)

Ofrecemos en este comentario una valoración cualitativa sobre la situación que atraviesa la política del medicamento en nuestro Sistema Nacional de Salud. Remitimos al lector para entrar en temas de detalle más específicos, inabordable en esta nota, a un trabajo más extenso de próxima publicación para complementar lo aquí expuesto: "La política del medicamento en el contexto de un sistema sanitario multijurisdiccional" en R. Meneu y S. Peiró (eds.): *La gestión de la prescripción farmacéutica en España*. Ed. Masson 2004. Serie Economía de la Salud. Asimismo, para un estudio más elaborado sobre precios de referencia, publicado en *Health Policy* 54 (2000; 87-123), con J. Puig *Review of the Literature on Reference Pricing* y finalmente, para una valoración financiera conjunta a "Algunas consideraciones económicas sobre el gasto farmacéutico en España y su financiación" en J. Puig (2003) *Análisis Económico de la financiación pública de medicamentos*, Ed. Masson. Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria.

1. CALEIDOSCOPIO INSTITUCIONAL

No hay terreno más complejo en la política sanitaria actual que el del medicamento. En general, su estudio ofrece un importante caleidoscopio de la vida social, política y económica. Los cristales, al juntarse y debido a ligeros movimientos, a veces no previstos y aleatorios, causan nuevas imágenes a cuál de mayor interés para el observador. Aristas como las relativas a la importancia de la industria farmacéutica general en la economía de un país, nivel de exportaciones, creación de empleo, inversión en I+D+I, etc., se superponen a cuestiones sociales tales como la sostenibilidad financiera del gasto sanitario, al que se asocia comúnmente una determinada orientación de la innovación terapéutica, con especiales derivaciones en el caso de países menos desarrollados, y en países descentralizados o de haciendas multi-jurisdiccionales.

En estos últimos contextos, la regulación pública referida contiene diversas ramificaciones, que abarcan desde aspectos relativos a patentes, a intervenciones en los precios, autorizaciones de producto, intermediación comercial en general (distribuidores, dispensadores), a los aspectos más concretos de reembolso y prescripción en la gestión sanitaria. Ello comporta que elaborar diagnósticos y recetarios de intervención resulte harto complicado en cuestiones tales como: autorización, evaluación, política de reembolso, comunicación, distribución comercial, prescripción y dispensación de un medicamento.

2. SACAR EL AGUA CLARA

En el sector confluyen en efecto:

1. Políticos y funcionarios que evalúan las consecuencias electorales de sus decisiones ante el mayor o menor crecimiento del gasto sanitario y de los ingresos públicos que los han de acompañar, en una compra/venta de votos para la que no son inocuos los *lobbies* señalizadores de apoyo o protesta, o las regalías de futuros puestos en consejos de administración de la propia industria para los políticos salientes;

2. La industria sanitaria y la de medicamentos en particular, con una capacidad de influencia enorme a la vista del poder que otorgan los beneficios financieros y las innovaciones terapéuticas en el espejo de los mercados: periodistas, profesionales y grupos de pacientes se sitúan para el mantenimiento del poder en su círculo clientelar;

3. Finalmente, nos encontramos el grupo de profesionales sanitarios, deseosos de rentas más elevadas y mayor autonomía de decisión (o al menos la pretensión de evitar determinadas interferencias de las autoridades sanitarias).

Como grupo, los profesionales se encuentran desbordados por la innovación, inundados de mate-

riales informativos y confundidos con el puro marketing comercial de las compañías. Una política dura de rentas y laxa en personal (productividad) ha generado una situación en la que la industria, y la farmacéutica en particular, asume cierto reciclaje profesional ("síntesis" informativa de visitantes médicos) y ofrece compensaciones retributivas, más o menos explícitas, adicionales a la remuneración pública. Los sindicatos al buscar lo imposible favorecen el *status quo*, con lo que su actuación deviene en conservadora, ante unos sistemas sanitarios que gestionados públicamente se muestran incapaces de orientar los servicios de modo que se controlen las variaciones en la práctica clínica, induciendo a los profesionales a una prestación de servicios eficiente, con alta calidad indistinta a ciudadanos ricos o pobres.

Todo lo anterior es bien conocido en todos los países y, de *facto*, se trata de comportamientos que parecen ser considerados socialmente aceptables en las sociedades occidentales. ¿Qué sentido tiene pues ignorar que se trata de un sector industrial más en nuestro país para, a partir de este reconocimiento, buscar espacios de cooperación institucional, donde sea posible, en la sanidad pública y trasladar al mercado privado las zonas de conflicto, de modo que sean los propios usuarios quienes los valoren y los resuelvan?

3. LO ESENCIAL ES LO QUE SE OBSERVA CON MAYOR DIFICULTAD

Lo esencial de la problemática del medicamento en España no es el gasto que representa, sino el caldo de cultivo en el que se produce. Del gasto en medicamentos parece preocupar en España su porcentaje en el total del gasto sanitario público (en torno al 23 por 100 del total), lo que en sí mismo no quiere decir mucho, con pesos relativos en términos de PIB también elevados, pero con niveles medios de gasto per cápita medios no exagerados (claramente por debajo de la media de la Unión Europea) (1). Puede preocupar del gasto en medicamentos su evolución o el que sea un sector que crezca en todas partes a dos dígitos, incluso en contextos de inflaciones que no alcanzan el 3 por 100 anual, sea cual sea la coyuntura económica del país, el nivel de gasto del que se parte, y la disparidad de consumo observado. Ha de preocupar del medicamento su sobre-consumo (y mala praxis, botiquines domiciliarios caducados), incentivado por distintos agentes que buscan participar en las elevadísimas rentas que el negocio gene-

ra, como profesionales, farmacéuticos y pacientes —que cada vez con más abuso moral, menor copago y conciencia de coste buscan la mayor sustituibilidad del fármaco respecto de alternativas asistenciales menos cómodas.

En España se ha intentado abordar el problema del crecimiento del gasto farmacéutico a través de múltiples medidas, especialmente en el ámbito de la prescripción y el reembolso (aunque mucho menos en el tema de autorizaciones, exentas todavía hoy de la cuarta valla de la farmacoeconomía) y, en conjunto, en direcciones dudosas. A la vista están los resultados.

4. LAS PARTES NO PERMITEN VER EL TODO

Todo ello refleja que aún no se ha conseguido integrar la política del medicamento en la perspectiva global de la asistencia sanitaria (a la vista de sus potenciales efectos de sustitución con otras formas de asistencia), ni se ha dotado de un marco de desarrollo estable a un sector que requiere inversión e investigación, y algo más de paz jurídica. Las posibilidades de una negociación en bloque del gasto en medicamentos (contemplando las variaciones en precios y cantidades), y fuera del marco gremial, posiblemente requeriría, como argumentaremos más adelante, ser explorada en el futuro.

En lo que atañe a la determinación de precios, ésta viene afectada por los extremos siguientes:

Demasiado a menudo se trata de una decisión opaca (situada comúnmente fuera de las directivas homogeneizantes de la Unión Europea), relativa a un burdo todo o nada (tras una autorización dicotómica simple de "entra o no entra" en el sistema público universal), en la que se establecen compensaciones encubiertas (de precios regulados ruinosos que sitúa a productos fuera de mercado, de empresas que invierten en el territorio, en mayor o menor grado, en función de los beneficios industriales previstos, valorados en distinto modo en el tiempo, así como de otros factores de más difícil concreción), y de un horizonte de escasa o nula actualización temporal. Es común que, como resultado, los precios permanezcan congelados, fijados así de una vez para siempre sin cambios a la vista de la evolución del consumo y del diferencial de costes. Ello lleva a que los laboratorios luchen por conseguir modificaciones importantes para poder conseguir precios autorizados más elevados, forzando para ello los incentivos a la prescripción.

La negociación de la autorización y la determinación del precio del fármaco es en general de carácter bilateral, poco transparente, con pactos y valoraciones que incluyen compromisos pasados no escritos, interdepartamentales incluso, (Economía, Industria, Investigación y Sanidad), de los que el Ministerio de Sanidad y Consumo resultará último responsable. El gasto resultante y su sostenibilidad financiera se remitirá sin embargo a una negociación global con Farmindustria como pool heterogéneo de intereses (básicamente de intereses nacionales y extranjeros, productores o importadores, con I+D reconocida o no, etc.), con valoraciones burdas al estilo del anclaje del gasto al PIB nominal, a un porcentaje determinado en el peso global del gasto sanitario público, o similar, sin análisis específico por empresa que distinga los componentes de precios de los relativos a la prescripción y al consumo (salvada la criba del copago-pensionistas, etc.). Ello es así, pese a que las políticas que afectan a la variable "cantidades" son sin duda complementarias y no substitutivas de las de "precio", y posiblemente resultan más decisivas en su incidencia en el gasto (aunque la primera siempre puede considerarse condición necesaria, no suficiente respecto de la segunda), incidiendo sobre el prescriptor, el dispensador y el consumidor en el momento de acceso.

5. PARCELAR EL PROBLEMA COMO INICIO DE LA SOLUCIÓN

Empezar a parcelar el problema puede ser, por lo tanto, el inicio de la solución. Negociación por empresa y con la máxima transparencia, por tipología de producto, analizando todos los aspectos del consumo (incluida la inducción a la prescripción a través del coste añadido de los visitantes médicos), y en un contexto multijurisdiccional. Solución, en primer término, a favor de las CC.AA., con competencias hoy ya, al menos sobre el papel, en la gestión de las transferencias sanitarias y en la financiación consiguiente. Y quizás finalmente, a favor de consorcios de proveedores que, de modo más descentralizado, sostengan los costes financieros de dichas decisiones. Ello resulta, por lo demás, coherente con la idea de que el medicamento deber ser considerado como un *input* más de la función de producción de cuidados de salud y, por tanto, con capacidad de ser sustituido respecto de otros *inputs* de modo sensible a la variación observada en los precios relativos de los factores considerados.

La anterior consideración, referida a los diferentes ámbitos jurisdiccionales que inciden en la política del medicamento, permitiría reforzar a favor de la Administración Central y, posiblemente, en el futuro en manos de niveles superiores europeos, las cuestiones de evaluación, autorización y registro. Así, las autorizaciones, en un contexto como el actual, que ofrecen escasas innovaciones reales o *blockbusters*, debieran graduarse por niveles en función de las potencialidades de dicha innovación, con traslado posterior a las políticas de reembolso público y de manera similar a lo que acontece en un país próximo como Francia, cabría segmentar las innovaciones en *mayores, menores, dudosa o nulas*. El Estado debería garantizar la financiación y provisión de las innovaciones principales: pocas como decíamos, y siempre de modo muy atento a las decisiones de organismos similares —como el NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) inglés—, valoradas e incorporadas a la financiación autonómica por el Consejo Interterritorial de Salud y, posiblemente, tras superar una nueva cláusula de farmacoeconomía. Esta cláusula separaría las innovaciones mayores de las intermedias —menores— dudosas, que se remitirían a la decisión de las CC.AA. en cuanto a la evaluación de costes asociada a los supuestos beneficios, más o menos interpretables, para la comunidad. Para ello, las CC.AA. disponen hoy de una financiación más corresponsable, ya sea por la vía de recargos, nuevos impuestos o copagos, o por variación de las opciones presentes en las alternativas de financiación del gasto público. Y para las que sean seguras, pero no contribuyan a una mejora marginal de la ratio coste-efectividad, el Consejo Interterritorial las debería dejar fuera de catálogo y de todo tipo de financiación pública, remitiéndolas en su totalidad a la disposición privada a pagar por ellas.

Las anteriores evaluaciones aislarían las decisiones de financiación de las de autorización. Ello equivaldría a definir unos precios realmente máximos, negociables en la parte de costes que hubiera de asumir el propio financiador con la industria suministradora y con los pacientes (copagos no homogéneos), ya sea por la vía de la reclasificación en los grupos de medicamentos de valor terapéutico intermedio, a igual copago territorial, o sin modificación de clasificación alguna pero con copago diferenciado. Lo anterior se puede incluso hacer compatible con un único precio de venta al público (PVP), aunque no creemos que ello sea una exigencia de la distribución competencial del Estado (precios máximos y no únicos), sino más bien resultado de la conveniencia de los productores.

En los diferentes aspectos vinculados a la gestión del medicamento, el mantenimiento de una esfera propia para las CC.AA. se asocia al hecho de que la innovación en proceso más que en producto está en la base de lo que se observa en las dinámicas de gasto sanitario. Si este es el caso —lo que quiere decir que nos estamos refiriendo a cómo se combinan efectivamente en la práctica el consumo de medicamentos y la atención personalizada, a qué grado de autonomía goza la decisión clínica de los profesionales y a cómo se valora la innovación en aspectos mayormente sociales (2)—, el mantenimiento de las competencias en manos de las CC.AA. resulta coherente con la preferencia política revelada y/o la disposición a pagar por las distintas alternativas de gasto social, complementables desde las jurisdicciones territoriales. Y entre las consideraciones a tener en cuenta para dicha preferencia, también se hallan, por supuesto, las externalidades que genera el medicamento en el sector empresarial (de base territorial) y que, interpretadas políticamente, pasen a ser objeto del apoyo de la política económica de la jurisdicción afectada.

En este sentido, ya sea en razón de la descentralización fiscal (quien soporta el coste fiscal de las diferencias), o por la vía de la profesionalización de los clínicos (entidades asociativas, mayor responsabilidad financiera por parte de los proveedores dentro de un determinado territorio), lo cierto es que el mantenimiento de una gestión centralizada y uniforme de la política del medicamento tiene las horas contadas. La función que ejercen en países como EE.UU. las *Pharmaceutical Benefit Management Companies* (desde la negociación de costes a la dispensación por correo) se va previsiblemente a imponer. No cabe por ello rasgar las vestiduras de la cohesión social (territorial): se presupone, si son uniformes los precios del medicamento (y no sus costes efectivos, dados los márgenes y descuentos de mayoristas y minoristas) y se ignora si existen diferencias en unos productos modulados por distintos niveles de acceso o copago efectivo.

En consecuencia, es inevitable una cierta diversidad, tal como parece suceder con el resto de fungibles del sistema sanitario, y a la vista de que, además, el intento uniformizador llevaría a esferas de intervención inaceptables política y socialmente, más valdría reconocer la realidad y aplicar de manera tendencial y gradual dos principios: el de la liberalización de precios, extensiva a la compra más miscelánea posible institucional y territorial-

mente, y aplicar el principio de responsabilidad fiscal, colectiva e individualmente, a la vista de quién y cómo interprete los beneficios y los costes asociados a las distintas categorías terapéuticas, tal como antes hemos comentado.

6. MISCELÁNEA NO INOCUA

Como es bien sabido, el sector es objeto de una regulación importante. Por un lado, destaca el importante papel del Colegio de Farmacéuticos que, a partir de las dispensaciones, actúa como pagador a sus asociados sobre la base de los convenios establecidos con el financiador público, lo que refuerza su poder. Ello puede responder a razones históricas, pero no parece lógico mantener a perpetuidad este papel tan importante que no señala correctamente las relaciones financieras con el pagador público. Las oficinas están limitadas, bajo números *clausus*, con apertura predeterminada en función de población y distancia, farmacéuticos en paro sin posibilidad de acceso, con pagos por traspaso que permiten recoger privadamente los beneficios de la regulación, y/o sucesión en la explotación de oficinas con vínculos endogámicos familiares, a veces de profesionalización reducida. El “sólo venta en farmacias”, la sobreocupación de espacio para productos parafarmacéuticos, la política de “un farmacéutico una farmacia”, la ausencia de cadenas y el desarrollo importante de las OTC (sin necesidad de receta) generan el resto de críticas, con distinto fundamento, al sector.

Recientemente, los farmacéuticos dispensadores han conseguido reequilibrar el poder a través de legislación que les habilita para la substitución de la prescripción, permitiéndoles recuperar para sí posiciones en la búsqueda de rentas hasta ahora de acceso exclusivo médico.

Por otro lado, el sector de la distribución parece apropiarse de una parte cada vez mayor de la cadena del medicamento, sin que quede muy claro el valor de la integración vertical (cooperativas de farmacéuticos) frente al intermediario con funciones efectivas de *factoring* y entrega a tiempo. Validar o no dicha crítica parece del todo necesario.

Por lo demás, se mantiene una financiación cada vez más extensiva con cargo al sector público y mucho menos a la aportación selectiva del usuario (elasticidades precio bajas, sistema de precios de referencia aún muy incipiente en su aplicación y transparencia en las decisiones de profe-

sionales y consumidores, etc.). De modo interesante, los nuevos decretos de precios de referencia han abierto vías para copagos adicionales que, en el caso de aplicarse a grupos de medicamentos equivalentes, representan una financiación eficiente (el coste del genérico o de referencia más coste efectivo) y a la vez equitativo (en tanto que copago evitable).

Finalmente, los profesionales por cuenta ajena del sistema intentan compensar en el límite una retribución pública que consideran relativamente baja, con otra en especie resultante del mantenimiento de una supuesta libertad de prescripción. Esta en buena parte viene influida por la presión de un elevado número de comerciales que, con prácticas de dudoso valor añadido, compiten por inducir la prescripción, generando a su vez un coste de transacción que ha de superar ya previsiblemente hoy el 10 por 100 del gasto farmacéutico total. Desviaciones de prescripción hacia fármacos fuera de los grupos de referencia son síntoma inequívoco de la fuerza de la industria.

7. APUNTE FINAL: EUROPA EN EL ESPEJO

Las indicaciones de futuro que proceden de Europa, desde los *sancta sanctorum* de los proponentes de reformas sanitarias, para el sector del medicamento en concreto (sector que crece, como comentamos, en todas partes a dos dígitos en contextos de inflaciones que no alcanzan el 3 por 100 anual, sea cual sea la coyuntura económica del país, el nivel de gasto del que se parte y la disparidad de consumo observado) (3) se pueden concretar del modo siguiente:

1. Una cuarta valla, junto a las salvaguardas tradicionales de seguridad, calidad en el proceso de producción y eficacia en términos de no-dañar, parece imponerse para la relación coste efectividad del medicamento. Resulta de otro modo bastante complejo no valorar los resultados de las nuevas entidades químicas atendiendo a criterios relativos (respecto de las existentes) (4) y en consonancia con su coste (beneficios adicionales con respecto a su coste incremental). Ello es particularmente importante en la extensión de los medicamentos a distintos grupos de pacientes (para neutralizar efectos colaterales, mayor facilidad de uso, cobertura de efectos potenciales, etcétera).

2. Un NICE europeo (al estilo del *National Institute for Clinical Excellence* inglés antes comentado),

a similitud de la actual Agencia Europea del Medicamento, ampliada en las extensiones comentadas en el punto anterior, podría estar en el horizonte, lejano pero vislumbrable. Lejano aún, ya que su plena implantación requeriría convergencia en guías de evaluación económica, en procesos de toma de decisiones y en disposición social a pagar por nuevas tecnologías (5); vislumbrable hoy, ya que para una futura *European Drug Pricing and Reimbursement Agency* (6) se producen hoy avances en guías y metodologías de evaluación (7) y en proceso de toma de decisiones, ni que sea paradójicamente la propia industria la que esté exigiendo una mayor convergencia de procedimientos para autorización y determinación de precios (contra el comercio paralelo y las dilaciones no competitivas con respecto a la realidad de EE.UU.) (8).

3. Sin duda "saltar vallas" requiere nueva regulación que permita un mejor *fitness* para la industria innovadora: el *handicap* que impone el burocratismo de nuestros países es excesivo para la carrera de innovación librada con EE.UU.

La preocupación del "G10 Medicamentos" (9) en la materia es ya hoy inequívoca y se expresa en cuestiones tales como: (i) la plena aplicación de la Directiva de Transparencia en las decisiones de fijación de precios y reembolso, (ii) la creación de redes virtuales de instituciones de salud para la coordinación de la investigación clínica y fundamental, (iii) la abreviación de los procedimientos de autorización tras la evaluación científica, (iv) la extensión del alcance de los procedimientos de reconocimiento mutuo entre países tras la evaluación centralizada, (v) las garantías de libre concurrencia para los medicamentos fuera de prescripción, no intervenidos.

4. Las envolturas financieras funcionales, el traslado de riesgo a los proveedores, los pagos prospectivos por actividad, la limitación de la financiación pública a predeterminados *benchmarks*, etc., juegan a favor de las políticas de Gestión de patologías (*Disease Management*). Esta posición permite que la industria del medicamento pueda integrar de atrás hacia delante la función de producción de cuidados sin verse confinada a un peligroso eslabón último de la cadena (como si de un fungible más se tratase). Una gestión coordinada de la atención a la enfermedad y al enfermo puede acabar suponiendo un uso más comprehensivo de la evidencia existente sobre intervenciones preventivas y reparadoras, coste-efectivas, en la combinación del medicamento con el resto de *inputs*

(incluido aquí el tiempo y la dedicación de los profesionales). Ello puede acompañarse de un seguimiento regular de sus resultados, no en utilización de *outputs* intermedios, sino de su impacto en la salud de los pacientes. Claro está que dicha integración de la cadena de valor desde la industria puede priorizar un aumento en el consumo farmacéutico en detrimento de otros componentes asistenciales o preventivos. Para ello, dicha estrategia tiene como únicos frenos la competencia (más de un gestor) y la limitación del pago prospectivo.

5. La revolución genética es probable que sustituya *blockbusters* por medicamentos para colectivos más reducidos y con impactos en costes más elevados. Los dispositivos regulatorios (certificación, autorización, financiación y dispensación) sin duda deberán adecuarse a la nueva situación, pese a que continúe ésta suponiendo hoy una dimensión desconocida.

6. La generación de una nueva literatura sobre el valor de la salud, y "del medicamento" en particular, ya ha empezado a irrumpir. Pero notemos que para que esta literatura sea convincente, no sólo en la difusión sino, y sobre todo, en la autorización a la vista de la evidencia coste-efectividad relativa, medidas por resultados clínicos relevantes, han de substituir las mediciones de aproximación hoy tan comunes: arritmias en lugar de muertes cardíacas, sercolesterol y presión sanguínea, en lugar de enfermedad vascular, etcétera).

7. La farmacoepidemiología va ser cada vez más importante: documentar cumplimiento; registrar infra y sobre consumo por grupos de pacientes; evaluar la efectividad sobre base poblacional real (por ejemplo, con los betabloqueantes en fallo cardíaco); el papel concomitante de otros medicamentos contraindicados o inesperados; la identificación de efectos colaterales, etcétera.

8. En un contexto de reforzamiento del apoderamiento de los usuarios en los sistemas de salud, todo apunta hacia una estrategia de mejora de la información a los pacientes. Medidas como las de transformar las actuales fichas técnicas de los envases (prospectos) en folletos educativos y objetivos con un lenguaje susceptible de ser entendido por los pacientes, puede coadyuvar a hacer más visible a los clínicos que los pacientes conocen las indicaciones y efectos adversos de los fármacos y a valorar los copagos adicionales que impone el sistema de precios de referencia.

9. Al libre movimiento de pacientes y a las directivas de profesionales, se ha de añadir, para destacar la importancia de la armonización europea en este terreno, el caso del de los bienes: de medicamentos (con recomendaciones como las procedentes recientemente del G10 (10), directiva de transparencia y competencias para productos *over the counter*), y el inicio de la definición de políticas de estándares, certificaciones y reconocimiento mutuo para los productos sanitarios en general.

En resumen, todo ello re-formatea el contexto general en el que la industria farmacéutica en su conjunto tendrá que desarrollar su actividad en el horizonte venidero.

NOTAS

(*) Catedrático de Economía y Empresa de la Univ. Pompeu Fabra. Centre de Recerca en Economia i Salut de la UPF.

(1) Un buen texto introductorio sobre la situación española es el de J. PUIG, (2004): "Incentives and Pharmaceutical Reimbursement Reforms in Spain", en *Health Policy*, núm. 67 págs. 149-165.

(2) Como en supuestos de nuevas patologías emergentes, el tratamiento de la depresión vinculada a la vorágine del *shopping*, la medicalización a la educación y a los estilos de vida, etcétera.

(3) Cita MAYNARD (A. MAYNARD *Eurohealth* (págs. 8-11; vol. 8, 5 Winter 2002/3.) como el consumo de medicamentos varía considerablemente dentro de la Unión Europea. El consumo de antibióticos muestra, por ejemplo, una variación de 4 a 1 (Francia el país que más y Holanda el que menos) sin explicación aparente.

(4) Y pese a que ello pueda constituir en sí mismo un "moving target" o referente cambiante.

(5) Este extremo se considera particularmente dilatante vista la diversidad de costes entre países (empezando por los salariales), a efectos de cuantificación de precios, y las desigualdades en renta a efectos de aflorar valores similares en la disposición a pagar por innovaciones diagnósticas y terapéuticas.

(6) DRUMMOND, M. F. (2003): "Will there ever be a European Drug Pricing and Reimbursement Agency?", en *European Journal of Health Economics*, núm. 4, págs. 67-69.

(7) Pese a los condicionantes de que para la comparación de dicha "cuarta valla" la práctica preexistente a comparar pueda diferir entre países.

(8) Los países difieren, en efecto, en sus estrategias, centradas en unos casos en limitaciones en precios, otros en políticas de prescripción o en determinaciones globales de gasto manteniendo niveles elevados de autonomía. Y en este último supuesto, ya sea descentralizando responsabilidades territorial o funcionalmente.

(9) Véase *Communication from the Commission to the Council... Report of the High Level Group on Innovation and Provision of Medicines*, 2003.

(10) "The Internal Market and Health Services Report 2002" de *The High Level Committee on Health*, De la Unión Europea, 2003.