

## 15 artículo

Nieves Martin [[Buscar autor en Medline](#)]



### Dimensión, descripción de la magnitud y evolución del gasto farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud en Atención Primaria

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

#### Texto completo

##### Estructura del gasto farmacéutico

Una de las formas de considerar la estructura del gasto farmacéutico es precisar que está conformado tanto por el gasto a través de receta como por el gasto a través de los servicios de farmacia de hospital, alcanzando el 30% del conjunto del gasto del SNS (datos del estudio de Saniline), lo que supera ampliamente la información que suele utilizarse de un porcentaje entorno al 25% del gasto sanitario público (**Fig. 1**).

Sin embargo, en un análisis por niveles asistenciales realizado en Castilla y León, tal como se recoge en la **Fig. 2**, en Atención Especializada se encuentra como mínimo el 37% del gasto farmacéutico total, que incluye tanto el consumo directo a través de los Servicios de Farmacia (20,67% en 2006) como el asignado a través de receta (17,60% en 2006). Este análisis no se corresponde con la creencia de que un porcentaje muy elevado del gasto farmacéutico corresponde a Atención Primaria.

Finalmente, si nos centramos exclusivamente en el gasto a través de receta, algunas valoraciones detalladas en el ámbito de los Servicios de Salud de las CCAA, permiten afirmar que de todo este bloque, la parte que corresponde inexcusablemente a atención Especializada, bien por prescripción directa, por tratarse de medicamentos sometidos a visado o bien medicamentos antineoplásicos, supone entorno al 22% del conjunto de la prescripción a través de receta. Hay que precisar que no se contabiliza en este grupo la parte correspondiente a la denominada "prescripción inducida" que se estima entre un 24,5% y un 55,3% en función de los diferentes estudios realizados.

##### Evolución del gasto

En primer lugar precisar que los datos se van a referir al conjunto del gasto a través de receta del Sistema Nacional de Salud, ya que son los datos que se difunden habitualmente y que se asimilan generalmente al gasto en Atención Primaria.

La evolución del gasto farmacéutico en términos absolutos (**Fig. 3**), en los últimos 20 años, ha pasado de 1.540 M€ en 1987 a 10.636 veinte años después en 2006. Se ha multiplicado por tres en los 10 años entre 1987 y 1996 y se ha multiplicado por 2,2 veces en los últimos 10 años. Produciéndose un incremento en el periodo de casi 7 veces.

Sin embargo, en la gráfica de evolución del crecimiento porcentual interanual (Fig4) se observan claramente dos etapas, la primera de ellas hasta 1992, en la que los crecimientos superaban el 15% y la segunda a partir de 1993 en la que los crecimientos oscilan entre un 5 y un 12%, presentando una gran variabilidad que depende fundamentalmente de las medidas de contención del gasto aplicadas para el conjunto del Sistema Nacional de Salud y en los últimos años, de las actuaciones de los Servicios de Salud de las CCAA.

Al observar el segundo periodo de la gráfica, se puede apreciar que los años de mayor crecimiento (1995, 1996 y 2003) corresponden a periodos en los que no ha tenido incidencia ninguna medida de carácter general. Los años de menor crecimiento se encuentran afectados por medidas, bien de elevado impacto o que afectan a una gran parte del año natural.

En la **Tabla 1** se recogen las medidas más importantes aplicadas entre los años 1993 y

#### bibliografía

1. Farmaindustria. La industria Farmacéutica en Cifras 2004. Madrid: Asociación de Empresarios de la Industria Farmacéutica; 2005.
2. IMS Pharmaceutical Pricing and Reimbursement 2007. IMS HEALTH. London. 2006
3. Instituto Nacional de la Salud. Serie Legislación Sanitaria: Farmacia. Madrid; 2001.
4. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.
5. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. **Ver más**

#### enlaces

No hay enlaces de interés



2007 y los crecimientos interanuales del gasto, pudiéndose apreciar el crecimiento en función del impacto de las mismas. Se corresponden con las que se suelen denominar "medidas estructurales".

Al revisar las medidas de carácter general adoptadas en los últimos 10 años hay que destacar dos aspectos de especial relevancia:

- la estimación del impacto en las memorias de las normas afecta de forma directa al crecimiento en los 12 meses siguientes al inicio de su aplicación efectiva, por lo que no corresponde exactamente con los años naturales.
- el mayor impacto se consiguió con la implantación de los precios de referencia de enero de 2004, por afectar de forma muy importante al cambio en el sistema de cálculo del precio de referencia y obligar en la práctica a reducir el precio de todos los medicamentos afectados entorno a un 25%.

### **Medidas adoptadas en el SNS**

Una forma de abordar las medidas de contención del crecimiento del gasto farmacéutico es dividir las en dos grupos:

- a. Medidas sobre la oferta, que corresponde abordar/elaborar al Estado y que permanecen en el tiempo, pero cuya visibilidad sobre el crecimiento del gasto se limita al primer año de implantación. Aunque la normativa reguladora de estas medidas corresponde al Estado, su implantación efectiva la realizan los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Habitualmente se denominan "medidas estructurales" y el impacto económico es similar para todos los Servicios de Salud (**tabla 2**)
- b. Medidas sobre la demanda, que corresponde definir, elaborar e implantar a los Servicios de Salud de las CCAA. Tratan de actuar modificando los hábitos y perfiles de prescripción de los profesionales, por lo que tienen una difusión, implantación y visibilidad sobre el crecimiento del gasto muy lenta, pero son acumulativas en el tiempo y se prolonga su permanencia (**tabla 3**)

Para abordar de una forma ordenada el conjunto de las medidas implantadas se tratarán según el eslabón de la cadena terapéutica principalmente afectado: Industria, distribución, oficina de farmacia, médico y paciente.

En algunos casos, las medidas pueden afectar tanto a la oferta como a la demanda y a varios eslabones de la cadena terapéutica, por lo que se abordará en uno solo de los apartados, indicando la forma en que se encuentran implicados los demás.

### **Medidas sobre la oferta**

#### ***Sistemas de intervención de precios: Características y necesidad***

Todos los países de la Unión Europea cuentan con sistemas propios de intervención de precios que son legales y se ajustan a la Directiva 89/105/CEE, sobre transparencia en las decisiones de los Estados Miembros sobre precios y financiación. Es uno de los pocos sectores en el que no se ha producido la liberalización del mercado. Las diferentes formas de intervención de precios se recogen en la **Tabla 4**.

Los motivos por los que se produce esta intervención y los factores que la condicionan son, entre otros (**Tabla 5**):

- La necesidad de alcanzar una mayor eficiencia en el gasto público en medicamentos y mejorar la equidad en el acceso a los mismos, proporcionando cobertura de las necesidades terapéuticas a un coste sostenible.
- El gasto público de la prestación farmacéutica representa la mayor parte del consumo total en medicamentos.
- Se ha producido una importante concentración de las compañías farmacéuticas lo que ha dado lugar a posiciones de cuasi monopolio en algunas de las áreas terapéuticas.
- La creación de la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos, ha contribuido al registro de nuevos medicamentos por los procedimientos de registro centralizado y de reconocimiento mutuo, obligando a la introducción casi simultánea de estos en todos los países de la Unión Europea y creando de hecho un mercado único, con un elevado porcentaje de financiación pública.

Estas circunstancias han dado lugar, en los últimos años, a una gran convergencia de precios entre los países, que se mueven en una banda cada vez más estrecha, con independencia de las diferentes formas de intervención, las características de la prestación farmacéutica pública y/o el poder adquisitivo de las administraciones sanitarias y de los ciudadanos.

En general, cuentan con precios más altos los países del norte de Europa, con mayor poder adquisitivo y precios libres y se encuentran en el límite inferior de la banda de precios los

países del sur, con menor poder adquisitivo e intervención directa de precios como Francia, Italia, Grecia, Portugal y España.

- Inelasticidad de la demanda respecto a las variaciones de precio, pues este sector no se rige por las normas generales del mercado, en las que el comprador elige, paga y consume, sino que, con carácter general, lo precio y las condiciones de financiación las decide el Estado, el medicamento lo elige el médico, pagan los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y consume el paciente.

Algunas de las actuaciones más relevantes en cuanto a la intervención de los precios en España, son:

- La liberalización de los precios de los medicamentos no financiados, en 1997.
- La creación de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, presidida por el Subsecretario de Sanidad y Consumo, en la que participan los Ministerios de Economía y Hacienda, de Industria, Turismo y Comercio, y cuyo fin es el establecimiento de los precios industriales máximos de las especialidades farmacéuticas y productos sanitarios financiados.
- Reducción de un 3% en los precios, en 1993, reducción del 6%, en 1999. Reducción de un 4,2% en 2005 y de un 2% en 2006.

A pesar de ello, el crecimiento del gasto medio por receta casi se ha duplicado entre 1994 y 2006, pasando de 7,9€ a 13,36€ (**Fig. 5**).

### **Sistemas de Precios de Referencia**

El concepto de precio de referencia se refiere, en general, al precio máximo que abonará el Sistema Nacional de Salud por un determinado medicamento o grupo de medicamentos. Se aplica a productos o grupos de productos para los que ha vencido la patente y para los cuales se comercializan los genéricos correspondientes.

Los elementos que caracterizan y diferencian los sistemas existentes en Europa son: El procedimiento de cálculo y las condiciones de dispensación y sustitución por el farmacéutico.

Algunos de los resultados más importantes de los Sistemas de 2004 y 2007 son que la reducción de los precios de los medicamentos, tienen un impacto inicial de más del 5% en la factura farmacéutica del conjunto de los 12 meses siguientes y su revisión en los plazos anuales establecidos permite continuar con el efecto de los mismos y prever el posible impacto en el crecimiento del gasto.

### **Financiación selectiva de medicamentos**

Cuando se trata el tema de la financiación selectiva de medicamentos, casi siempre se identifica con las denominadas "listas positivas y negativas", sin embargo, afecta a una gran variedad de decisiones y a los criterios utilizados para adoptarlas. Se trata de reorientar la financiación pública de medicamentos con el fin de alcanzar una utilización más eficiente de los mismos.

Aunque afectan a la oferta de medicamentos y al volumen de ventas de la industria, también se encuentran implicados los profesionales sanitarios y los ciudadanos, pues deberán considerar las condiciones de acceso y el coste de los tratamientos a efectos de prescripción, dispensación y utilización.

Algunas de las medidas relacionadas con la financiación selectiva e implantadas en Europa son:

- Listas positivas y negativas
- Financiación en función de coste/tratamiento. Revisión estructurada de grupos o clases de productos financiados, produciéndose cambios en sus condiciones previas en cuanto a precios y/o reembolso
- Financiación selectiva de indicaciones
- Sistemas especiales de acceso a algunos medicamentos
- Establecimiento de protocolos de uso, autorizados con carácter previo a al inicio del tratamiento.

### **Distribución farmacéutica**

#### **Regulación del margen comercial**

Los sistemas de regulación del margen comercial aplicados generalmente en Europa son diversos y muchas veces complejos en cuanto a su estructura, aunque se pueden establecer los siguientes tipos:

- Márgenes fijos porcentuales sobre el precio de la especialidad farmacéutica, como Italia, Portugal o Holanda

- Márgenes escalonados en función del intervalo de precio de los medicamentos, como Alemania, Austria y Francia.
- Sistemas mixtos, porcentual hasta un límite, como en España y Bélgica.

Los márgenes en Europa, oscilan entre un 5% del precio de venta de almacén en Holanda, hasta un 9,25% en Italia. En algunos casos, una parte de su margen se distribuye como descuento a las oficinas de farmacia y en países como Francia tienen establecida una contribución a la Seguridad Social de un porcentaje sobre el crecimiento de sus ventas.

En España los márgenes aplicados actualmente son los establecidos en el Real Decreto 2402/2004, según el cual son de un 7,6% (sobre el precio de venta de almacén) para las especialidades con PVL inferior a 89,62€, y para las que superen dicho precio, una cantidad fija de 7,37€.

## **Oficina de farmacia**

### ***Retribución profesional del farmacéutico:***

De forma similar a lo establecido con respecto a los almacenes de distribución, la retribución profesional del farmacéutico en Europa fluctúa en una banda entre el 16% en Suecia y el 26,7 en Italia, obtenido como promedio estimado sobre el PVP. Puede ser de los siguientes tipos:

- Porcentaje fijo sobre el precio del medicamento. Este sistema está implantado en Portugal (25,9% de PVP) Italia (26,7% de PVP) y Grecia (19,15% de PVP)
- Porcentaje fijo por medicamento hasta un límite de precio, en que se establece una cantidad fija. Este sistema está vigente en Bélgica y España. En nuestro país, está recogido en el Real Decreto 2402/2004, es de un 27,9% del PVP, para medicamentos que tengan un PVP inferior a 139,90€, y a partir de ese precio es una cuantía fija de 37,53€ por envase.
- Porcentajes escalonados en función de los tramos de precio. En Francia fluctúa del 26,1% al 6% y en Bélgica del 31% al 2,61%
- Cantidad fija por receta dispensada. Este sistema está establecido en Irlanda con 3,26 o 2,98€ por prescripción y en Reino Unido con 0,90 Libras por prescripción y 0,0324 Libras por envase.

Estos sistemas de márgenes se pueden complementar en algunos países con descuentos o aportaciones a los Servicios de Salud como consecuencia de normas o acuerdos. Este sería el caso de Austria y de España, que en el Real Decreto 2402/2004, establece una aportación de las Oficinas de Farmacia en función de sus ventas mensuales.

## **Concertación**

A través de la concertación entre los Servicios de Salud y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, se han venido incorporando medidas, entre las que podemos citar los acuerdos de prescripción por principio activo y dispensación de una especialidad genérica de menor precio, el descuento del 2% que se incorporó a los conciertos de la mayoría de las CCAA entre 1994 y 1996 o el descuento sobre el importe de los absorbentes de incontinencia urinaria.

## **Usuarios**

### ***Financiación Selectiva***

Recogido en el apartado de la industria.

### ***Participación económica***

La prestación farmacéutica es la única en la que participa económicamente el ciudadano, aunque en los últimos años esta participación ha sufrido una disminución considerable debido tanto al envejecimiento de la población, que conlleva la gratuidad de los medicamentos, como al incremento en la utilización de medicamentos de aportación reducida. La evolución de su cuantía porcentual sobre el importe total a PVP, en los últimos años, se recoge en la **Fig. 6**.

En todos los países europeos el usuario participa económicamente en la prestación farmacéutica, aunque presenta algunas diferencias, encontrándose España y Reino Unido entre los que cuentan con menor aportación y Dinamarca y Finlandia entre los más elevados.

Presenta diferentes modalidades, pero en todos los países existen amplios grupos de pacientes exentos de aportación. Algunas de estas modalidades son:

- Cuantía fija por prescripción como Alemania.
- Cuantía fija por prescripción con un límite mensual o anual como Reino Unido o Irlanda
- Un porcentaje en función del precio con o sin límite como Francia.

- Un porcentaje pero con un límite anual de gasto como Suecia.
- Una escala de porcentajes en función del medicamento prescrito como en Bélgica (5 niveles).

Esta es una medida, cuyo debate en cuanto a su modificación, provoca una gran controversia, fundamentalmente por los problemas relacionados con la equidad en el acceso a la prestación debido al posible abandono de tratamientos necesarios en los ciudadanos con menor nivel de renta.

### ***Precios de referencia***

Ambas medidas están explicadas en el apartado de la industria farmacéutica, aunque afectan a todos los eslabones de la cadena terapéutica.

La financiación selectiva afecta al usuario porque determina las especialidades farmacéuticas que están financiadas y las condiciones de acceso a dicha financiación, contribuyendo indirectamente a la participación económica del paciente en la prestación farmacéutica, puesto que debe abonar la cuantía íntegra de los medicamentos no financiados.

Se considera que los sistemas de precios de referencia benefician al usuario, porque las reducciones de precios de los medicamentos implican una reducción de su aportación económica, aunque también pueden establecer algunas restricciones en la capacidad de elección, como el caso de prescripción de medicamentos de marca, con precio superior al de referencia, en cuyo caso se debe sustituir por otro de menor precio o el paciente abonará el importe total.

### **Fiscales**

En Europa existe una gran variabilidad en las condiciones impositivas para los medicamentos y productos sanitarios, fluctuando entre el 25% en Dinamarca y el 0% para medicamentos de prescripción en Reino Unido. En España ha sido de un 6% hasta 1993, en que se redujo al 3% y actualmente es de un 4% para los medicamentos desde enero de 1995.

### **Medidas sobre la demanda**

#### ***Control de la publicidad y el patrocinio***

Según Puig Junoy, la promoción se revela como el instrumento más efectivo de difusión de las innovaciones y pseudoinnovaciones, siendo muy superior su impacto al que pueda tener la publicación de un ensayo clínico robusto en la mejor revista del mundo. Por ello, es muy importante efectuar un buen seguimiento y control de las mismas en todos los niveles asistenciales y de gestión.

Se puede considerar que existen dos formas de control de la publicidad y patrocinio de la industria farmacéutica, una de ellas es el autocontrol por la propia industria o sus asociaciones empresariales y la segunda es la aplicación estricta de las normas sobre la materia como el Real Decreto 1416/1994, sobre publicidad de los medicamentos de uso humano.

Sería deseable la aplicación efectiva de los Códigos Éticos de la Industria Farmacéutica, tanto en lo que afecta a la competencia entre las compañías, como en cuanto a la transparencia en las actividades promocionales y de patrocinio, hacia las autoridades sanitarias, los profesionales y la población. En aras de esta transparencia, sería interesante que las compañías comunicaran, periódicamente a los Servicios de Salud, las actividades promocionales y de patrocinio realizadas en su ámbito de gestión o dirigidas a sus profesionales. Así mismo, los Servicios de Salud deberían contar con información sobre los aspectos más relevantes de los nuevos productos que se van a promocionar, así como de su impacto estimado, con carácter previo a su presentación a los médicos.

#### ***La visita médica***

El objetivo de esta actividad es proporcionar información y hacer publicidad de los medicamentos, basándose en la transmisión de los conocimientos técnicos adecuados para valorar la utilidad terapéutica, con el fin de promover el uso adecuado de los medicamentos.

Los Servicios de Salud son los responsables de establecer las condiciones específicas en que debe realizarse la visita médica en los centros sanitarios de su ámbito de gestión. Hay que entender que se trata de regular la forma en que unos profesionales ajenos a estas Organizaciones Sanitarias, acceden a los centros sanitarios, en horario de trabajo, para informar, promocionar sus productos e incrementar las ventas de los mismos. Sin embargo, teniendo en cuenta que se van a financiar con fondos públicos, sería deseable una mayor orientación hacia la información y no a la promoción y al patrocinio de algunas actividades.

Se puede comprender fácilmente la necesidad que tiene una organización privada de regular y controlar las acciones promocionales que afectan a los resultados de su actividad, por lo que también debe serlo para los de carácter público, en los que habría de prevalecer la actividad asistencial y el interés general sobre cualquier otro interés.

Los aspectos mas relevantes que recogen las regulaciones de la visita médica son:

- Forma de acreditación de visitantes
- Modalidad de la visita, individual a cada médico o colectiva a un grupo.
- Nº máximo de visitantes por día y centro
- Nº máximo de visitas por laboratorio y año a cada centro

## **Oficinas de farmacia**

### ***Reorientación de la actividad de la oficina de farmacia hacia programas de Atención Farmacéutica***

Los cambios que ha experimentado la actividad profesional del farmacéutico de oficina de farmacia o "Farmacéutico Comunitario" en los últimos años, han conducido a una nueva forma de realizar su función sanitaria, pasando de centrarse solo en el medicamento a hacerlo en el paciente, con el fin de mejorar el uso de los medicamentos, la salud de los ciudadanos y la prevención de enfermedades.

Los conceptos y las formas en que se puede desarrollar la atención farmacéutica están recogidos en el documento de consenso publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en diciembre de 2001 y que engloba tanto la dispensación como las actuaciones relacionadas con medicamentos que no requieren prescripción, la educación sanitaria, la farmacovigilancia y el seguimiento farmacoterapéutico.

Una de las pruebas de su importancia es que la mayoría de los nuevos Conciertos entre los Servicios de Salud y los Colegios de Farmacéuticos incorporan algún apartado que se refiere a los programas de Atención Farmacéutica. No obstante, es la población y el resto de los profesionales sanitarios los que deben percibir el valor añadido de esta actividad y reconocerlo de forma explícita, mediante la demanda de dichos servicios.

### ***Acuerdos de precios máximos para prescripción por principio activo***

Recogido en el apartado correspondiente a los prescriptores.

## **Prescriptores**

El objetivo de todas las medidas incluidas en este apartado es alcanzar una prescripción racional y por tanto adecuada para cada paciente y al menor coste.

### ***Medidas de formación e información***

Estas medidas tratan de proporcionar al prescriptor información independiente, evaluada y accesible sobre medicamentos y terapéutica, que permitan realizar una selección correcta de los medicamentos. Un elemento clave en la implantación de estas medidas, es la incorporación de la figura del Farmacéutico de Atención Primaria en los Servicios de Salud de todas las CCAA.

Los instrumentos utilizados con mas frecuencia son:

- Guías farmacoterapéuticas, elaboradas por grupos de profesionales para cada ámbito asistencial, mediante la revisión de todos los grupos terapéuticos, fomentando la formación continuada y la orientación de la prescripción.
- Protocolos terapéuticos, elaborados con el fin de que el mayor número de médicos traten a los mismos tipos de pacientes con iguales criterios y que estos sean los que procedan de las publicaciones mas rigurosas e independientes.
- Boletines sobre farmacoterapia y medicamentos, elaborados por grupos de profesionales del área o del Servicio de Salud y que responden a las dudas o necesidades de información debidas a la introducción de nuevos principios activos o cambios en los criterios de utilización de medicamentos para determinados grupos de pacientes.
- Sesiones clínicas especialmente relacionadas con la farmacoterapia y en las que participen los profesionales de cada centro.
- Perfiles farmacoterapéuticos, remitidos periódicamente, en los que figuren de forma organizada los datos e indicadores de prescripción de cada médico, en relación con los de su centro y su área de salud.
- Información evaluada sobre el contenidos de los soportes promocionales entregados a los profesionales.

Como complemento de todas estas actividades se está trabajando en los Servicios de Salud, con los sistemas de prescripción informatizada, de forma que se incorporen a los mismos herramientas de ayuda inmediata en la toma de decisiones sobre farmacoterapia. Entre estos instrumentos de ayuda se encuentran las Guías Farmacoterapéuticas, las bases

de datos de interacciones, las fichas técnicas de los medicamentos, los excipientes de declaración obligatoria, las condiciones de prescripción, dispensación y financiación de los medicamentos y un largo etcétera, que facilitarán al médico su actuación con respecto a la prescripción y la individualización de decisiones para cada paciente.

### **Medidas participativas**

Los elementos más característicos de este tipo de medidas son:

- La descentralización de la gestión
- La corresponsabilización de los profesionales en todos los niveles de la organización.
- La mejora de la eficiencia y de la calidad de la atención sanitaria
- El establecimiento de objetivos bien definidos, tanto farmacoterapéuticos como económicos. Una muestra de ellos son el cumplimiento de normas técnicas de tratamiento, la adhesión a guías de práctica clínica, los objetivos presupuestarios, establecidos en función de las características de la población atendida, la prescripción de genéricos, la reducción de la prescripción de medicamentos novedosos considerados de limitada utilidad terapéutica.
- Establecimiento de un sistema de incentivación, tanto por la consecución de objetivos individuales como por los colectivos, de cada centro o de cada área. Los incentivos pueden ser de carácter económico, profesional, de mejoras en la formación etc.

### **Fomento de la utilización de genéricos**

Las actividades relacionadas con la autorización, prescripción y dispensación de genéricos comenzaron en España en el año 1996, con la modificación de los artículos 8, 16 y 90 de la Ley del Medicamento y el mantenimiento de los mismos en la nueva Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.

Estos medicamentos tienen unas características que están condicionadas por aspectos de carácter sanitario, industrial y económico, entre las que destacan:

- Ser bioequivalente con una especialidad de referencia, que es la especialidad original o innovadora.
- Tener la misma forma farmacéutica y composición que una especialidad de referencia, con perfil de seguridad y eficacia avalados por su continuado uso clínico.
- Denominación constituida por la Denominación Oficial Española (DOE) y el nombre o marca del titular o fabricante. Se identificarán con las siglas EFG.
- Son especialidades que llevan en el mercado más de 10 años, con el fin de pueda haber vencido el periodo de protección de la patente.
- Con carácter general, sus precios se encuentran un 25% por debajo del correspondiente al medicamento de referencia. Con la introducción de los nuevos sistemas de precios de referencia, la reducción en algunos casos supera el 50%.

El impacto de la presencia de medicamentos genéricos en el mercado se puede contemplar desde varios enfoques:

- La existencia de competencia de precios para un determinado grupo de productos entre los diferentes laboratorios que los comercializan, produciéndose una reducción de los mismos para alcanzar cuota de mercado.
- La posibilidad de establecer un sistema de precios de referencia y la consiguiente reducción en los precios de los medicamentos afectados.
- La importante reducción del importe medio de los conjuntos de productos para los que existe genérico en el mercado. El importe medio por envase de este grupo de productos es de 8,77€ y el de el resto del mercado de 18,38€.

Además, el importe por envase de medicamentos genéricos se encuentra en 6,14€ y el importe por envase para los medicamentos iguales pero de marca es de 11,81€. Esto implica que para un mismo principio activo y presentación, la prescripción de un medicamento genérico cuesta la mitad que el de marca, tanto para el paciente como para el sistema sanitario.

Por todo ello, desde 1996, en el conjunto del Sistema Nacional de Salud se ha realizado un gran avance en la utilización de medicamentos genéricos en España, existiendo en la actualidad varias Comunidades Autónomas en las que la utilización de genéricos supera el 20%, que es la cuota que se estableció como objetivo para considerar que podíamos contar con un mercado de genéricos consolidado.

Una de las medidas que más han contribuido al incremento de la utilización de genéricos, ha sido la inclusión de objetivos específicos de prescripción en los Planes o Contratos Anuales de Gestión de los Servicios de Salud. Sin embargo, en el futuro, el avance se puede conseguir manteniendo estos objetivos, con los sistemas de precios de referencia y promoviendo la prescripción por principio activo, favorecida desde los programas de prescripción asistida por ordenador.

## ***La prescripción por principio activo o prescripción DOE***

Una de las medidas recomendadas por la OMS y recogidas en la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, para promover el Uso Racional de los Medicamentos es la prescripción por Principio Activo o Prescripción DOE (Denominación Oficial Española). Esta medida está firmemente implantada en países de nuestro entorno, como el Reino Unido, en los que está apoyada tanto por los sistemas de prescripción asistida por ordenador como por la actividad del farmacéutico en la dispensación.

Entre las ventajas de la prescripción por Principio Activo se encuentran:

- Mejora la comunicación entre profesionales sanitarios y con los pacientes al utilizar siempre la misma denominación del producto prescrito.
- Evita duplicidades, al detectar fácilmente medicamentos con el mismo principio activo o del mismo grupo terapéutico. En cambio dos marcas diferentes pueden tener el mismo principio activo y provocar confusión en el paciente, de forma que duplique la utilización del mismo medicamento.
- Reduce el número de nombres a utilizar, ya que en la DOE cada principio activo solo tiene una denominación. En España existen 9.674 presentaciones de especialidades financiadas y solo 1401 principios activos o DOE.

Un complemento de esta modalidad de prescripción son los acuerdos de dispensación y facturación con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, de forma que se establece la obligación de dispensar un medicamento de precio menor o bien un genérico, y se factura siempre por debajo del "precio menor acordado".

Por todo ello, un número creciente de Servicios de Salud han incorporado esta iniciativa en sus planes de actuación relacionados con farmacia y en sus sistemas de prescripción informatizada, de forma que está tomando un nuevo impulso la utilización de genéricos en estas comunidades autónomas, consiguiendo además un cierto efecto de contención del crecimiento del gasto, manteniendo la calidad de la prestación farmacéutica al ciudadano.

## **Usuarios**

La práctica totalidad de las medidas citadas en este documento afectan al usuario como destinatario final de la asistencia sanitaria, sin embargo existen algunas que se centran exclusivamente en el ciudadano, entre las que destacan:

### ***Información y educación sanitaria en el uso de medicamentos***

Los medios utilizados generalmente son las campañas publicitarias, tales como:

- El uso racional de antibióticos y el cumplimiento terapéutico
- La promoción del conocimiento de los medicamentos genéricos
- Las campañas de vacunación antigripal o infantil
- El control de los botiquines domésticos

También hay una iniciativa promovida por la Comunidad Autónoma de Madrid para actuar sobre los pacientes polimedicados, con el fin de mejorar la utilización de los medicamentos y el cumplimiento terapéutico, contando para ello con todos los profesionales sanitarios, médicos, enfermería y farmacéuticos de oficina de farmacia.

### ***Participación económica***

Está recogido en el apartado de medidas sobre la oferta, por corresponder al Estado la fijación de su modalidad o cuantía.

### ***Restricciones en la utilización de determinados medicamentos***

Este apartado ha sido tratado también en las "Medidas sobre la Oferta" de la industria farmacéutica, entre las que se encuentra el visado y los protocolos de uso.

### ***Control del fraude***

Las medidas para el control del fraude se basaban en revisiones específicas de determinados grupos de medicamentos prescritos en un tipo de recetas de utilización improbable, como anticonceptivos en receta de pensionistas. Pero la implantación de los sistemas de prescripción informatizada y la tarjeta sanitaria han dado lugar a un cambio muy importante, que tiene un enfoque preventivo del fraude, por el continuado seguimiento de la historia clínica de cada paciente. Además, la incorporación de la identificación del paciente en caracteres que se pueden captar mediante lectura óptica y los nuevos sistemas de Información Farmacéutica, que permiten la explotación de toda la información, permiten mejorar el seguimiento de las prescripciones. La introducción de la receta electrónica supondrá un paso más en este control.

## **Conclusiones**



La variedad de las medidas recogidas en este documento, aunque amplia, sin embargo no es exhaustiva, pues existen muchas mas que podrían haber sido abordadas, pero con ello lo que se pretende reflejar es que el uso racional o adecuado de los medicamentos es una materia muy extensa que no se alcanza con una sola actuación individual y para la cual no existe una solución que resuelva todas las distorsiones que se producen en un ámbito tan complejo como el farmacéutico e inmerso en un fuerte proceso de concentración y globalización.

Por otra parte, todos los modelos sanitarios tratan de aplicar medidas de este tipo, combinando las de los diferentes apartados, de la forma mas equilibrada posible y adaptándose a las características de su entorno sanitario, social, industrial y económico, pero la dinámica innovadora del mundo del medicamento y la multitud de agentes que participan en la prestación farmacéutica, obligan a las autoridades sanitarias a trabajar y perseverar en el seguimiento y la moderación del gasto, para garantizar la sostenibilidad del sistema y el acceso a la innovación tecnológica.

