



www.fundacionfundamed.org

Patronos

Roberto García-Soto Díaz Presidente

Santiago de Quiroga Bouzo Vicepresidente

Vicente Díaz Sagredo Consejero delegado de Cap Gemini España

Enrique Sánchez de León Pérez Ex ministro de Sanidad y Seguridad Social

Federico Plaza Director General, Fundación Abbott

Jesús Díaz Olmo Secretario

Director Técnico

José María López Alemany

Comité Científico

Arturo Fernández-Cruz Presidente del Comité Científico Catedrático de Medicina Universidad Complutense de Madrid

Alfonso Domínguez-Gil Hurlé Presidente de la Comisión de la Real Farmacopea Española. Catedrático de Farmacia Universidad de Salamanca

Santiago Grisolia Premio Príncipe de Asturias de Ciencia y Tecnología

César Nombela Cano Ex presidente del CSIC. Catedrático de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid

Editado por:

[c o n t e n i d o s]
contenidos e información de salud s.l.

Presidente:	Roberto García-Soto
Consejero Delegado:	Santiago Quiroga
Director General:	Carlos M. Casado
Subdirector General:	Jesús Díaz
Consejeros:	Vicente Díaz Ricardo Garrastazu Antonio Villaró

Redacción y edición:	Olivier Blázquez
Diseño y Producción:	Aurelio Gamero Virginia Rodríguez
Fotografía:	Carlos Siegfried
Imprenta:	Arte Gris S.L.
Depósito legal:	M-24042-2005

Contenidos e Información de Salud, s.l.

Redacción MADRID

Hnos. García Noblejas, 37A 2º
28037 Madrid
Teléfono: 913 834 324
Fax: 913 832 796

Redacción BARCELONA

Bailén 20, 4º
08010 Barcelona
Teléfono: 932 440 441
Fax: 932 659 308

APP
ASOCIACION
DE PRENSA
PROFESIONAL

FIPP
MIEMBRO DE LA FEDERACION
INTERNACIONAL DE LA
PRENSA PERIODICA

Prestación Farmacéutica

Introducción _____	9
Situación en España _____	17
Anexo: Plan estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud _____	33

Retribución

Introducción _____	43
Experiencia española. Efectos de los cambios retributivos ____	59
Anexo: RD 2402/2004 _____	69

ORGANIZA



COLABORA



Instituciones participantes en el Aula de Opinión



adefarma
ASOCIACION DE EMPRESARIOS
DE FARMACIA DE MADRID

*ADEFARMA. Asociación Empresarios
Farmacéuticos de Madrid*



anefp
Asociación para el Autocuidado de la Salud

*ANEFP. Asociación Nacional de
Especialidades Farmacéuticas Publicitarias*



**CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE FARMACÉUTICOS**

*Consejo General
de Colegios Oficiales de Farmacéuticos*



**COL·LEGI DE
FARMACÈUTICS**
DE LA PROVINCIA DE BARCELONA

*Colegio Oficial de Farmacéuticos
de Barcelona*



*Colegio Oficial de Farmacéuticos
de Madrid*



*Colegio Oficial de Farmacéuticos
de Valencia*



*FEFE. Federación Empresarial
de Farmacéuticos Españoles*



*FEDIFAR: Federación de Empresas
de Distribuidores Farmacéuticos*



CESCOFAR



COFARES



HEFAGRA



Federació Farmacéutica



Grupo Safa Farmacéutica



HEFAME



Fundación Abbott



Instituto de Estudios Farmacéuticos



Fundación de Ciencias Farmacéuticas y de la Naturaleza



Prestación farmacéutica

documento
nº **2**

Situación en España

Anexo: Plan Estratégico
de Política Farmacéutica
para el Sistema Nacional de Salud



A la tercera Aula de Opinión Sanitaria asistieron:

Luis Alonso Pérez-Tinao - *Cecofar*

M^a Carmen Isbert - *Anefp*

Carmen Recio - *CGCOF*

Antonio López - *Adefarma*

Carlos González-Bosch - *Cofares*

Roberto García-Soto - *Fundamed*

Santiago Quiroga - *Contenidos*

José María López - *Fundamed*

José Enrique Hours - *COFM*

Isabel Vallejo - *FEFE*

Javier Climent - *COFV*

Rafael Conde - *Fundación de Ciencias Farmacéuticas*

Jesús Díaz - *Contenidos*

i

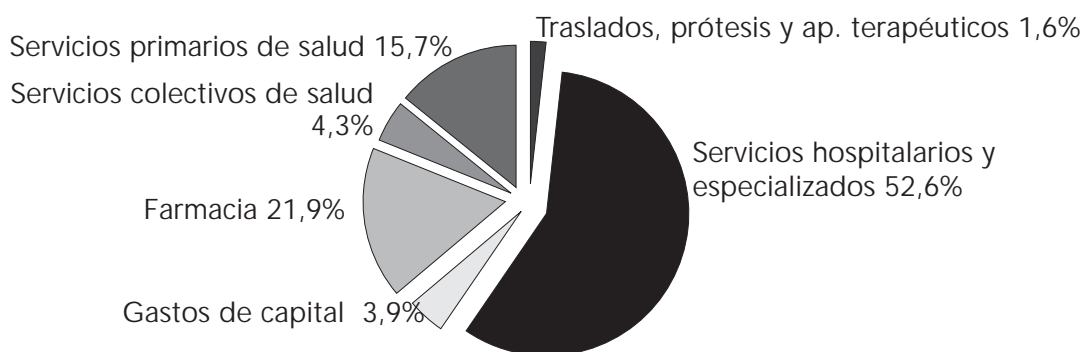
Introducción

Composición del gasto sanitario

El gasto sanitario total se compone de gasto público y gasto privado. En los últimos años, el gasto privado ha ido incrementándose, alcanzando en la actualidad casi el 29% del total. Este gasto privado en salud comprende los desembolsos de las aseguradoras y terceros pagadores distintos de la seguridad social, los servicios de salud que según lo estipulado deben ofrecer los empleadores y otros servicios de salud proporcionados por las empresas, la atención sanitaria financiada por instituciones no lucrativas y organizaciones no gubernamentales, las inversiones privadas en servicios médicos y los pagos directos realizados por los hogares, según la definición de la OMS.

El gasto sanitario público presenta una serie de partidas de gran importancia de las que depende su evolución.

Figura 1. Gasto sanitario público según clasificación funcional. Distribución porcentual. España 2001

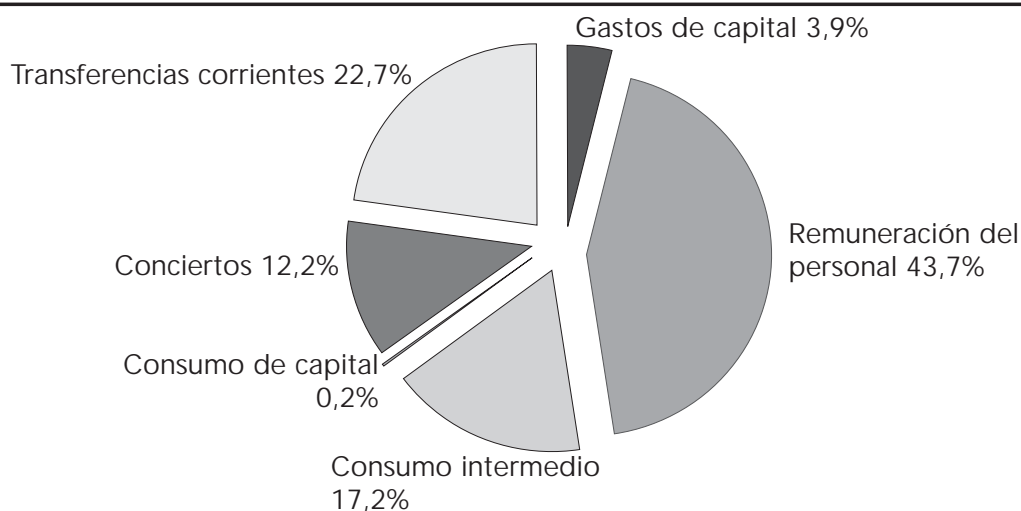


Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

Según la clasificación funcional del gasto, descrito en la figura 1, la Atención Especializada consume más de la mitad del gasto sanitario público total; la Atención Primaria, el 15,7%, y el gasto en medicamentos, el 21,9%.

En su clasificación económico-presupuestaria, la remuneración del personal asciende al 43,7%, siendo la mayor partida según esta clasificación.

Figura 2. Gasto sanitario público según clasificación económico-presupuestaria. Distribución porcentual. España 2001



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

La composición del gasto sanitario, y dentro de ella, el porcentaje correspondiente al gasto en medicamentos, es muy diferente en los países de la OCDE. Aparte de los factores correspondientes directamente al gasto en medicamentos, se encuentran los factores estructurales de cada sistema sanitario, como pueden ser la propia estructura demográfica del país, la mayor o menor protección sanitaria de la población, o los sistemas de copago establecidos entre otros factores. En la tabla 1 se exponen los datos de gasto en medicamentos en 2002, para diferentes países analizados. Entre ellos destacan el 9,2% de gasto en medicamentos frente al gasto sanitario total en Dinamarca, o el 37% que tienen en Eslovaquia. Con niveles de gasto en medicamentos similar a España podemos encontrar la República Checa, Francia, Italia, y México, con porcentajes cercanos al 20%.

Desde 1980, el gasto en medicamentos en España como porcentaje del gasto sanitario total se ha mantenido estable en torno al 20%.

En cuanto al gasto sanitario sobre el Producto Interior Bruto, las cifras de los países seleccionados de la OCDE se encuentran entre el 14% que dedica EEUU y el 6,1% de Polonia según los datos correspondientes al año 2002.

España dedica a sanidad un 7,6% del PIB, situándose en la franja medio-baja de los países de nuestro

Tabla1. Gasto en medicamentos total (% gasto sanitario total)

	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Australia	8	8,1	9	11,2	11,5	11,7	11,9	12,4	13,4	13,8	
Austria				11,1	11,2	13,1	14	14,6	15,4	15,8	16,1
Bélgica	17,4	15,7	15,5	16,3	15,5	16,2					
Canadá	8,5	9,6	11,5	13,8	14	14,8	15,2	15,5	16	16,3	16,6
Rep. Checa			21	25,6	25,5	25,3	23,2	22,7	22	21,9	22,6
Dinamarca	6	6,6	7,5	9,1	8,9	9	9	8,7	8,7	8,8	9,2
Finlandia	10,7	9,7	9,4	14,1	14,4	14,8	14,6	15,1	15,5	15,7	15,9
Francia	16	16,2	16,9	17,6	17,6	18	18,6	19,5	20,3	20,9	20,8
Alemania	13,4	13,8	14,3	12,7	12,8	12,9	13,4	13,5	13,6	14,3	14,5
Grecia	18,8		14,3	15,7	16,1	16,2	13,9	14,4	15,4	15,6	15,3
Hungría				25	26	25,9				28,5	27,6
Islandia	15,9	16,6	13,5	13,4	14	13,6	13,6	14,1	14,1	14	
Irlanda	10,9	9,9	12,2	10,4	10,5	10,2	10,4	10,5	10,6	10,3	11
Italia			21,2	20,9	21,1	21,3	21,8	22,3	22,3	22,4	22,4
Japón	21,2	18	21,4	22,3	21,6	20,6	18,9	18,4	18,7	18,8	
Corea		27,1	24,5	21	19	16,3	13,4	13,5	16	22,4	
Luxemburgo	14,5	14,7	14,9	12	11,5	12,6	12,3	11,9	12	12	11,6
México								18,6	19,5	19,9	21,6
Países Bajos	8	9,3	9,6	11	11	11	10,2	10,6	10,8	10,6	10,4
Nueva Zelanda	11,9	13,3	13,8	14,8	14,5	14,4					
Noruega	8,7	9,1	7,2	9	9,1	9,2					
Portugal	19,9	25,4	24,9	23,6	23,8	23,8	23,4				
Rep. Eslovaca								34	34	34	37,3
España	21	20,3	17,8	19,2	19,8	20,8	21	21,5	21,3	21,2	21,5
Suecia	6,5	7	8	12,5	13,7	12,5	13,8	14	13,9	13,3	13,1
Suiza		11,3	10,2	10	10	10,3	10,2	10,5	10,7	10,6	10,3
Reino Unido	12,8	14,1	13,5	15,3	15,6	15,8					
Estados Unidos	9,1	9	9,2	8,9	9,2	9,6	10,3	11,2	11,9	12,4	12,8

Fuente: OCDE Health DATA 2004, 1ª EDICIÓN

entorno, entre los que se podría destacar a Alemania con un 10,9% y a Suiza con un 11,2% del PIB. España se sitúa en los mismos niveles de gasto que Austria, Finlandia, Hungría, Irlanda y el Reino Unido. Estos datos se exponen en la tabla 2.

Tabla 2. Gasto sanitario total (%PIB)

	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Australia	7	7,4	7,8	8,2	8,4	8,5	8,6	8,8	9	9,1	
Austria	7,6	6,6	7,1	8,2	8,3	7,6	7,7	7,8	7,7	7,6	7,7
Bélgica	6,4	7,2	7,4	8,7	8,9	8,6	8,6	8,7	8,8	9	9,1
Canadá	7,1	8,2	9	9,2	9	8,9	9,2	9	8,9	9,4	9,6
Rep. Checa	5	7,3	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,3	7,4		
Dinamarca	9,1	8,7	8,5	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,4	8,6	8,8
Finlandia	6,4	7,2	7,8	7,5	7,6	7,3	6,9	6,9	6,7	7	7,3
Francia	7,1	8,2	8,6	9,5	9,5	9,4	9,3	9,3	9,3	9,4	9,7
Alemania	8,7	9	8,5	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9
Grecia	6,6		7,4	9,6	9,6	9,4	9,4	9,6	9,7	9,4	9,5
Hungría		7,5	7,2	7	7,3	7,4	7,1	7,4	7,8		
Islandia	6,2	7,3	8	8,4	8,4	8,1	8,6	9,4	9,2	9,2	9,9
Irlanda	8,4	7,6	6,1	6,8	6,6	6,4	6,2	6,3	6,4	6,9	7,3
Italia	8	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1	8,3	8,5		
Japón	6,5	6,7	5,9	6,8	7	6,9	7,2	7,4	7,6	7,8	
Corea	4	4,4	4,4	4,6	4,7	4,8	5	5,1	5,9		
Luxemburgo	5,9	5,9	6,1	6,4	6,4	5,9	5,8	6,2	5,5	5,9	6,2
México	4,8	5,6	5,1	5,3	5,4	5,6	5,6	6	6,1		
Países Bajos	7,5	7,4	8	8,4	8,3	8,2	8,1	8,2	8,2	8,5	9,1
Nueva Zelanda	5,9	5,2	6,9	7,2	7,2	7,4	7,9	7,8	7,9	8	8,5
Noruega	7	6,6	7,7	7,9	7,9	7,8	8,5	8,5	7,7	8,1	8,7
Portugal	4,9	5,6	6	5,7	6	5,9	5,7	6	6,1		
Rep. Eslovaca	5,6	6	6,2	8,2	8,4	8,5	8,4	8,7	9,2	9,3	9,3
España				5,8	5,7	5,8	5,5	5,6	5,7		
Suecia	5,4	5,5	6,7	7,6	7,6	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,6
Suiza	9,1	8,7	8,4	8,1	8,4	8,2	8,3	8,4	8,4	8,8	9,2
Reino Unido	7,3	7,7	8,3	9,7	10,1	10,2	10,3	10,5	10,4	10,9	11,2
Estados Unidos	5,6	5,9	6	7	7	6,8	6,9	7,2	7,3	7,5	7,7
	8,7	10	11,9	13,3	13,2	13	13	13	13,1	13,9	14,6

Fuente: OCDE Health DATA 2004, 1ª EDICIÓN

Consumo de fármacos

El gasto público total en medicamentos viene establecido por el número de recetas y su precio medio. En este aspecto, sobresalen las amplias diferencias

que se presentan al comparar determinadas variables relacionadas con el consumo de medicamentos en España y otros países de nuestro entorno.

España es uno de los países en los que se consume un mayor número de medicamentos per capita. Así, el número de recetas per capita es muy superior que en el resto de países, duplicando, por ejemplo a Alemania e Italia. Por su parte, el precio de los medicamentos, o más concretamente el precio medio por receta en España es el menor de los países estudiados.

Otros factores a considerar son tanto la utilización de medicamentos genéricos como en el mercado de OTC. En ambos mercados, la situación española se sitúa en las zonas más bajas. En cuanto al mercado de genéricos, el Reino Unido quintuplica a España, aunque haya otros países como Italia o Bélgica en los que la cuota de mercado de EFG sea casi testimonial. En el mercado OTC, España se sitúa también en la zona baja de las cuotas de mercado (tabla 3).

El mercado de medicamentos sin receta ha tenido en los últimos años una reducción en términos porcentuales en casi todos los países de Europa. La media europea entre los años 1996 y 2000 se redu-

Tabla 3. Características de las prescripciones de medicamentos y consumo farmacéutico

Consumo de medicamentos					
Año 2000	Nº de recetas (millones)	recetas/población	precio medio receta (euros)	Cuota de genéricos sobre total	Mercado de OTC sobre el total
Alemania	600	7,5	40,90	32%	16%
Bélgica	100 al sist. público	9,8	12,81	1%	17%
España	596,8	14,9	11,49	10%	7%
Holanda	118	8,3	20,89	39,9%	2,26%
Italia	351	6,0	28,63	0,75%	11,8%
Reino Unido	613	10,3	16,85	46,45% del total de recetas	

Fuente: Colegios farmacéuticos europeos, 2002.

jo en un 20%, mientras que para el caso de España la reducción alcanzó un 31%, situando el consumo en nuestro país entre los más bajos de toda Europa. Estos datos se reflejan en la tabla 4.

	1996	1997	1998	1999	2000	Dif 96-00
Austria	11,5%	10,8%	10,1%	9,5%	9,0%	-21,74
Bélgica	21,2%	19,9%	19,1%	17,7%	17,9%	-15,57
Dinamarca	16,3%	14,8%	14,2%	13,9%	13,5%	-17,18
Finlandia	16,5%	14,9%	14,2%	14,1%	13,2%	-20,00
Francia	33,8%	31,5%	30,1%	28,7%	27,2%	-19,53
Alemania	34,1%	32,1%	30,2%	28,9%	25,5%	-25,22
Irlanda	21,4%	21,0%	16,8%	21,2%	19,6%	-8,41
Italia	14,0%	13,9%	13,1%	12,6%	11,5%	-17,86
Países Bajos	14,7%	12,5%	12,1%	15,3%	14,6%	-0,68
Portugal	11,6%	10,8%	9,0%	8,5%	4,7%	-59,48
España	15,5%	15,5%	14,6%	11,8%	10,7%	-30,97
Suecia	9,3%	10,3%	9,7%	10,1%	9,7%	4,30
Reino Unido	27,4%	24,0%	23,4%	28,1%	28,1%	2,55
T o t a l	25,2%	23,5%	22,3%	22,0%	20,3%	-19,44

Fuente: Modificada de AESGP. Asociaciones nacionales

Está claro que la reducción de cuota en tratamientos que no requieren de prescripción implica un incremento equivalente de los tratamientos de prescripción, y por tanto en muchos casos, financiables.

El consumo de envases de medicamentos es otro factor a considerar en el gasto en medicamentos en España, uno de los países con mayor consumo, solamente superado por Francia y levemente por Italia.

La tabla 5 expone el consumo total de envases farmacéuticos per capita, tanto los de prescripción como los de venta libre.

Lógicamente, la causa del incremento de la factura farmacéutica española obedece al número de recetas ya que su ascenso es continuo, mientras que el precio de los medicamentos y el incremento del pre-

cio medio por receta es muy inferior al del resto de países de nuestro entorno.

Todos los países europeos han aprobado medidas para la contención del gasto en medicamentos. Los recursos más utilizados son la creación de listas negativas, el recorte de precios y la promoción de genéricos. España es el país que tiene implantadas más medidas de contención, seguida de Italia.

La mayoría de las acciones van dirigidas al control de precio de los medicamentos, y por tanto, sólo atajan uno de los dos factores responsables del gasto en medicamentos.

Tabla 5. Consumo de envases farmacéuticos per cápita, 2000

Alemania	19,4
Austria	20,5
Bélgica	22,7
Dinamarca	12,1 (1998)
España	26,1
Finlandia	16,2
Francia	48,8
Grecia	22,9 (1998)
Holanda	14,0 (1998)
Irlanda	16,8
Italia	26,6
Portugal	23,3
Reino Unido	15,6
Suecia	12,5 (1998)

Fuente: Fundación de Estadísticas Farmacéuticas de Holanda

Tabla 6. Métodos de control del gasto en medicamentos

	Alemania	Bélgica	España	Francia	Holanda	Italia	Reino Unido
Control de precios	x	x	x	x	x		x
Precio medio						x	
Comparación Internacional			x		x	x	
Control beneficios						x	x
Precio de referencia	x		x		x		
Lista negativa	x	x	x	x	x	x	x
Congelación de precios	x	x			x		x
Recorte de precios	x	x	x	x	x	x	x
Precio de coste			x				
Presup. médico	x	x		x		x	x
Techo de gasto en medicamentos		x	x			x	
Promoción de genéricos	x	x	x	x	x	x	x
Devoluciones industria y farmacia			x	x		x	
Corrección de márgenes	x	x	x	x			

Fuente: Elaboración de www.e-informes a partir de los datos obtenidos de la Association Pharmaceutique Belge, la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France, el Bundesvereinigung Deutscher, la KNMP holandesa, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, la Royal Pharmaceutical Society of Great Britain y el London School of Economics.

2.1

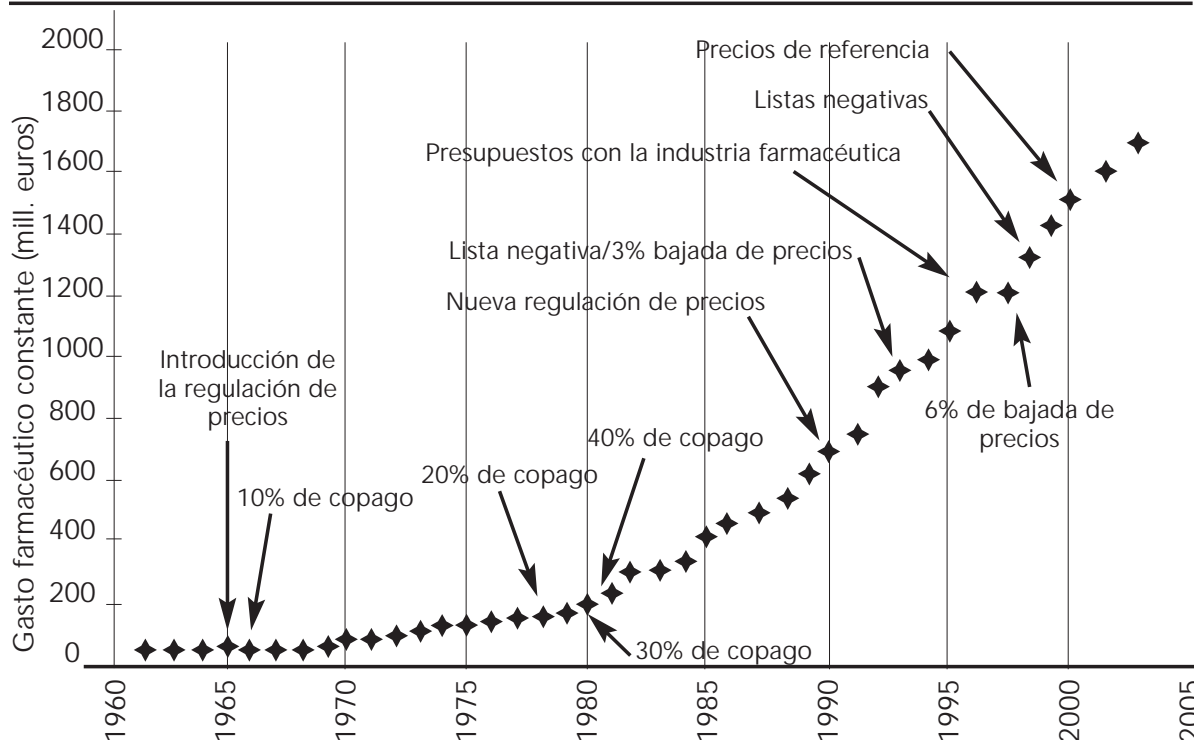
Situación en España

El control del gasto en medicamentos ha sido uno de los objetivos de los gobiernos españoles desde hace más de cuatro décadas. La regulación de precios, la introducción del copago y las listas negativas de fármacos, incluyendo las rebajas de precio o las listas de precios de referencia, han sido medidas aplicadas por diferentes administraciones.

La mayoría de las acciones puestas en marcha en España durante los últimos años para intentar frenar el crecimiento del gasto en medicamentos han tenido un efecto bastante leve.

En la figura 3 se presenta la evolución del gasto en medicamentos, en millones de euros constantes,

Figura 3. Evolución del gasto en medicamentos y medidas de contención de costes del SNS.



Fuente: López Bastida J (Modificada de López Bastida J, Mossialos E. Pharmaceutical expenditure in Spain: cost and control. Int J Health Serv 2000;30:597-616.). Ricard Meneu, Salvador Peiró. Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica. Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Ed. Masson

desde 1962 así como las medidas de contención del gasto.

En los últimos años, prácticamente desde 1986, la tendencia alcista del gasto en medicamentos no se ha detenido por ninguna de las medidas propuestas. El resultado buscado con la aplicación de medi-

Tabla 7. Evolución del gasto en medicamentos y otros factores relacionados

	1998	1999	2000	2001	2002
o Importe total (PVP) (mill. €)	6.166,80	6.754,01	7.307,15	8.005,69	8.649,28
o Aportación beneficiario (mill. €)	474,54	496,96	520,57	559,72	602,79
o %Aportación/Importe PVP	7,69%	7,36%	7,12%	6,99%	6,97%
o Gasto previo (Importe a PVP-Aportación) (mill. €)	5.692,26	6.256,75	6.786,58	7.445,97	8.046,50
- Gasto activos	1.359,25	1.461,20	1.535,18	1.724,14	1.807,42
- Gasto pensionistas	4.333,01	4.795,55	5.251,40	5.721,83	6.239,08
o Gasto final	0,00	0,00	6.723,57	7.255,01	7.972,67
o Gasto previo (variación respecto al año anterior)	10,50%	9,95%	8,47%	9,71%	8,06%
o Gasto final (variación respecto al año anterior)	0,00%		7,40%	7,90%	9,89%
o Gasto según contingente (mill.€):					
- Especialidades farmacéuticas	5.119,25	5.637,96	6.094,88	6.745,30	7.662,25
- Efectos y accesorios	285,58	304,88	323,09	346,24	344,11
- Fórmulas magistrales, vacunas antialérgicas	287,43	313,90	368,61	354,43	40,14
o Recetas (mill.):	562,00	569,00	597,00	621,00	654,50
- Recetas activos	180,00	178,00	183,00	188,00	199,56
- Recetas pensionistas	382,00	391,00	414,00	433,00	454,94
o Recetas (variación respecto al año anterior)	0,09%	1,38%	4,92%	4,02%	5,39%
o Importe/receta (€):	10,98	11,86	12,24	12,89	13,27
- Activos	10,22	10,99	11,22	11,79	12,08
- Pensionistas	11,34	12,25	12,69	13,36	13,71
o Gasto/receta (€):	10,13	10,99	11,26	11,68	12,06
- Activos	7,57	8,20	8,39	8,84	9,06
- Pensionistas	11,34	12,25	12,69	13,35	13,71

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

das dirigidas al control del gasto en medicamentos no ha tenido la repercusión esperada.

En la tabla 7 se exponen los datos correspondientes al gasto en medicamentos, la aportación de los beneficiarios, el número de recetas y el importe de las mismas tanto en beneficiarios activos como pensionistas durante los años 1998-2002.

La tabla 8 expone los incrementos experimentados en cada uno de los apartados de la tabla 7 en el año 2002 respecto a 1998.

En los últimos años, el incremento del precio medio por receta ha experimentado una moderación en su tendencia alcista, mientras que el número de recetas se ha incrementado de manera muy importante.

Tabla 8. Incremento del gasto y otros factores relacionados (1998-2002)

Incrementos 1998-2002	%
Gasto total	41,36
Gasto activos	32,97
Gasto pensionistas	43,99
Nº recetas	16,46
Recetas activos	10,87
Recetas pensionistas	19,09
Importe receta	20,85
Importe receta activos	18,23
Importe receta pensionistas	20,95
Gasto receta	19,02
Gasto receta activos	19,64
Población Total	4,98
Población < 65 años	3,96
Población > 65 años	10,24

Fuente: Elaboración propia

En el año 2002, según los datos de la tabla 7, a los usuarios activos se les prescribió una media de 5,75 recetas per capita, mientras que en los pensionistas, el número de recetas ascendió a 63,45. Ade-

más, la tendencia indica que cada año se incrementa el número de recetas per capita, aunque lo hace de manera más acusada en el caso de los usuarios pensionistas. Así, entre los años 1998 y 2002, el número de recetas para usuarios activos se incrementó en un 10,87% mientras que para los pensionistas el incremento se situó en un 19,09%. Otro factor clave, el envejecimiento de la población en los últimos años es claro. El incremento del porcentaje de población mayor de 65 años ha triplicado al incremento de la población menor de 65 años.

La estructura demográfica en España y su variación en los últimos años se refleja en la tabla 9.

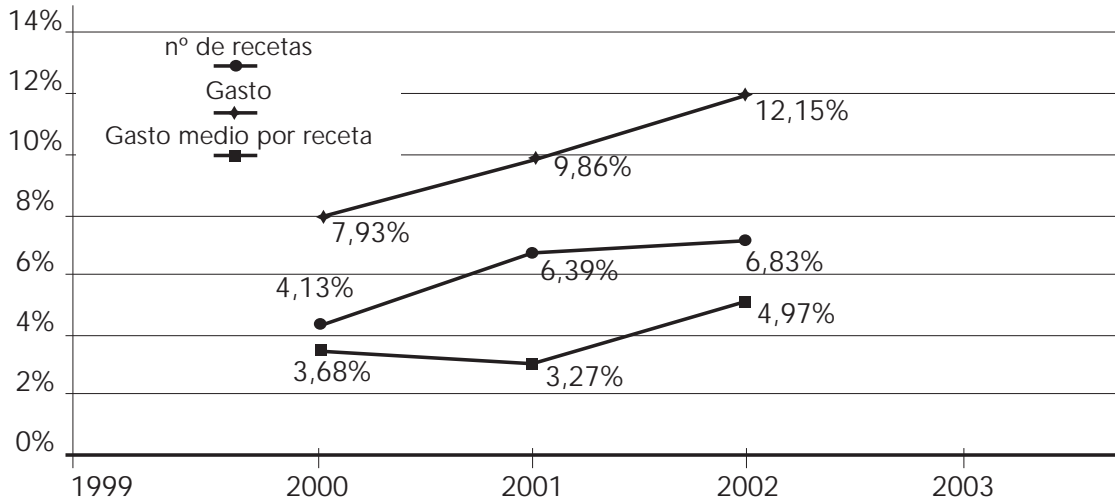
Tabla 9. Población española en grupos de edad (mayores y menores de 65 años)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
< de 65	33.348.882	33.462.597	33.657.647	34.079.289	34.668.457	35.440.444
> de 65	6.503.768	6.739.561	6.842.143	7.037.553	7.169.437	7.276.620
Total	39.852.650	40.202.158	40.499.790	41.116.842	41.837.894	42.717.064
% < de 65	83,68	83,24	83,11	82,88	82,86	82,97
% > de 65	16,32	16,76	16,89	17,12	17,14	17,03

Fuente: Elaboración propia

En los últimos años se ha registrado en España una fuerte inmigración, responsable en gran parte de las ligeras modificaciones de las pirámides poblacionales en nuestro país. Gracias a la inmigración, por primera vez en muchos años, en el año 2003 la tendencia decreciente, en términos de porcentaje, de población menor de 65 años ha cambiado y se ha incrementado con respecto al año anterior. La tendencia, iniciada en el año 2002, se ha confirmado. En cinco años, la población española se ha

Figura 4. Incremento del gasto en medicamentos y los factores influyentes

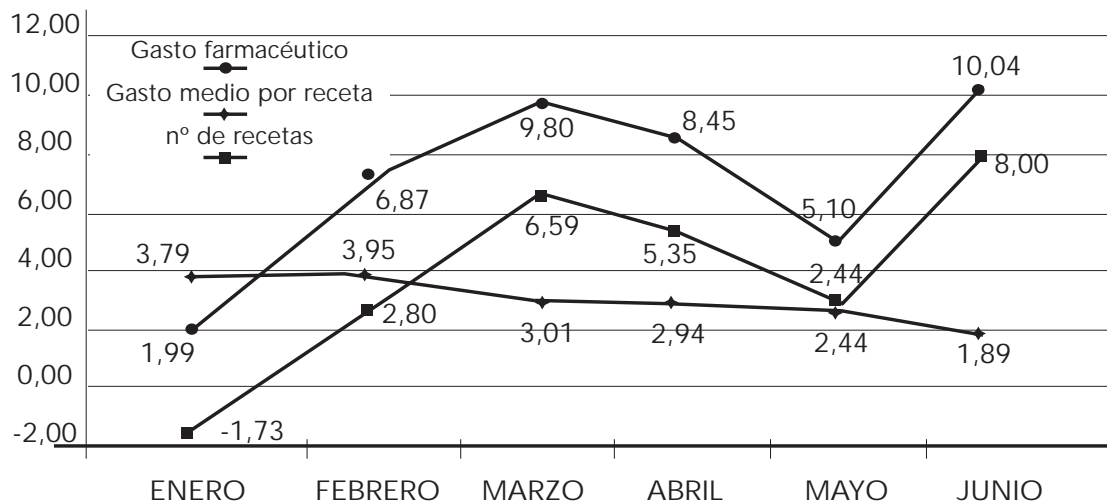


Fuente: Elaboración propia

incrementado en casi tres millones de personas inscritas en los censos de población, lo que supone un crecimiento del 7,2 % desde 1998.

Esta leve modificación de la estructura poblacional española en cuanto al porcentaje de mayores de 65

Figura 5. Evolución de la facturación de recetas del SNS (enero-junio 2004/03)



Fuente: Observatorio del medicamento

años, da lugar a una reducción de los incrementos de los precios medios por receta.

Este incremento actual y sobre todo futuro a causa de la inmigración, principalmente, hace pensar que en los próximos años la población en España seguirá incrementándose de manera importante, por lo que la población con cobertura sanitaria aumentará.

En los últimos años, según se observa en la figura 4, el gasto en medicamentos ha venido creciendo principalmente por el incremento del número de recetas en medida mucho mayor que por el coste medio por receta.

Según se observa en la figura 5, elaborada por el Observatorio del medicamento, en los primeros meses de 2004, el gasto medio por receta se ha mantenido estable con una tendencia a la baja, mientras que el número de recetas ha crecido de manera importante respecto al año anterior.

Factores de influencia en el gasto en medicamentos

Según el estudio NERA, realizado para Farmaindustria, los factores que influyen en el gasto en medicamentos se pueden clasificar en factores estructurales, de comportamiento y aleatorios.

1. Factores estructurales. Los factores estructurales se encuentran fuera de las posibilidades de actuación de las administraciones sanitarias, al menos a corto plazo. Estos factores incluyen las variables demográficas, socio-económicas, medioambientales, los estilos de vida, etc.

2. Factores de comportamiento. La actuación

sobre estos factores es posible por parte de las autoridades sanitarias. Entre estos factores podemos encontrar los estilos de la práctica médica (guías y protocolos de actuación), la regulación sectorial (listas positivas y negativas; presupuestos de prescripción) y la información clínica (indicaciones de nuevos fármacos). La formación y la información tanto a profesionales sanitarios como a los propios pacientes puede incidir positivamente en la evolución del gasto en medicamentos.

3. Factores aleatorios. Estos factores, como su propio nombre indica no son controlables y pueden hacer variar el gasto en medicamentos en uno u otro sentido. Entre estos factores aleatorios podemos encontrar las epidemias y las enfermedades de tipo estacional.

Tal y como se ha descrito en la definición de cada uno de ellos, únicamente se podrá actuar sobre los dos primeros factores.

En el caso de los factores estructurales, se debería trabajar en mejorar la calidad de vida y económica de la población, evitar y proteger sobre los factores medioambientales que pudieran dar lugar a patologías y actuar sobre los ciudadanos incidiendo sobre la importancia de mejorar los hábitos de vida.

Tabla 10. Actuaciones dirigidas al control de precios

Control de precios		
Precio		Reembolso
DIRECTO	INDIRECTO	
Control de precios	Precios de referencia	Precios de referencia
Reducción de precios	Precios de referencia internacionales	Precios de referencia internacionales
	Copago	Copago
	Control de beneficios	
	Evaluaciones económicas	

Fuente: Office of Health Economics

La actuación en alguno de los factores estructurales pueden acarrear, a corto plazo, un efecto contrario al que se persigue. Como ejemplo de esta situación se puede citar el control de la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia. A corto plazo incrementa el número de visitas médicas y el número de recetas y consecuentemente el gasto, aun-

Tabla 11. Actuaciones dirigidas al control del volumen de medicamentos vendidos

Control de precios		
Empresas	Medicamentos	Médicos/farmacéuticos
Límites a la promoción	Listas +/-	Sustitución genéricas
Límites en volumen	Formularios	
	Evaluaciones económicas	

Fuente: Office of Health Economics

Tabla 12. Actuación dirigidas al control del gasto en medicamentos

Control de gasto		
Empresas	Médicos	pacientes
Control de ventas	Presupuestos medicamentos	Presupuestos medicamentos
Acuerdos precio-volumen	Presupuestos sanitarios	Copago
Control de beneficios		Precios de referencia

Fuente: Office of Health Economics

que a largo plazo se obtengan unos beneficios claros tanto a nivel económico como sanitario y de calidad de vida.

Además de las actividades dirigidas a alterar la importancia de cada uno de los factores enumerados anteriormente, se deben realizar acciones dirigidas a controlar los elementos reales del gasto en medicamentos: el número de recetas y el coste por receta.

Existen diversas acciones encaminadas a controlar el gasto en medicamentos actuando en función del objetivo que se persigue.

Hay actuaciones dirigidas a controlar los precios de los medicamentos, a controlar el volumen de medicamentos, o en general al control del gasto. Las listas positivas y negativas, así como las sustituciones por genéricos no limitan como tal el volumen de ventas, sino que lo dirigen hacia otros fármacos con un precio menor o con un perfil de coste-efectividad más favorable.

Actuaciones en España:

Las actuaciones de contención del gasto más importantes llevadas a cabo en España durante los últimos años para controlar el gasto en medicamentos han sido:

- Pacto con la industria farmacéutica.
- Actuaciones sobre la promoción de medicamentos.
- Rebajas de márgenes.
- Pactos de crecimiento conjunto (industria, farmacia, distribución).
- Listas negativas.
- Precios de referencia.
- Promoción de EFG.
- Promoción de autocuidado de la salud responsable.
- Copago.
- Otras.

Número de recetas:

El número de recetas del SNS se incrementará en los próximos años debido a diferentes factores estructurales:

- Aumento de la población.

- Incremento de la proporción de usuarios pensionistas.
- Demandas de la población en relación a su salud. Las actuaciones dirigidas a reducir el número de recetas podrían ser las siguientes (algunas son medidas puestas en marcha en España y otras son medidas que podrían ser instauradas en los próximos años):
 - Campañas de uso racional del medicamento dirigidas tanto a profesionales como a población general.
 - Incremento de la formación y actualización de conocimientos de los médicos.
 - Mejoría de las listas de espera (que redundaría en un menor consumo farmacéutico ya que los pacientes no consumirían tratamientos, en algunas ocasiones innecesarios y en otras, meramente paliativos, que en la actualidad, durante los meses de demora desde la prescripción de pruebas diagnósticas hasta que se realizan las mismas y se optimiza el tratamiento, si se consumen).
 - Visados de inspección.
 - Listas positivas/negativas de fármacos.
 - Utilización de nuevas tecnologías (receta electrónica y otros).
 - Control del fraude.
 - Presupuestos indicativos a los médicos.

Coste medio por receta:

El coste medio por receta se incrementará en los próximos años debido a:

- Utilización de fármacos modernos con altos costes de investigación.
- Incremento de la proporción de usuarios pensionistas.



Medidas dirigidas a controlar el precio de los medicamentos y coste por receta.

Algunas son medidas puestas en marcha en España y otras son medidas que podrían ser instauradas en los próximos años:

- Límites a la promoción de medicamentos.
- Evaluaciones económicas de medicamentos.
- Impulso/sustitución de las EFG. Actuando tanto en médicos, farmacéuticos y pacientes.
- Precios de referencia.
- Copago.
- Reducción y/o control de precios.
- Revisión de las participaciones de copago de los pacientes (precio por receta, incremento del copago, incremento de población sujeta a copago en función de la renta, copago variable en función de la importancia terapéutica del medicamento).
- Presupuestos indicativos a los médicos

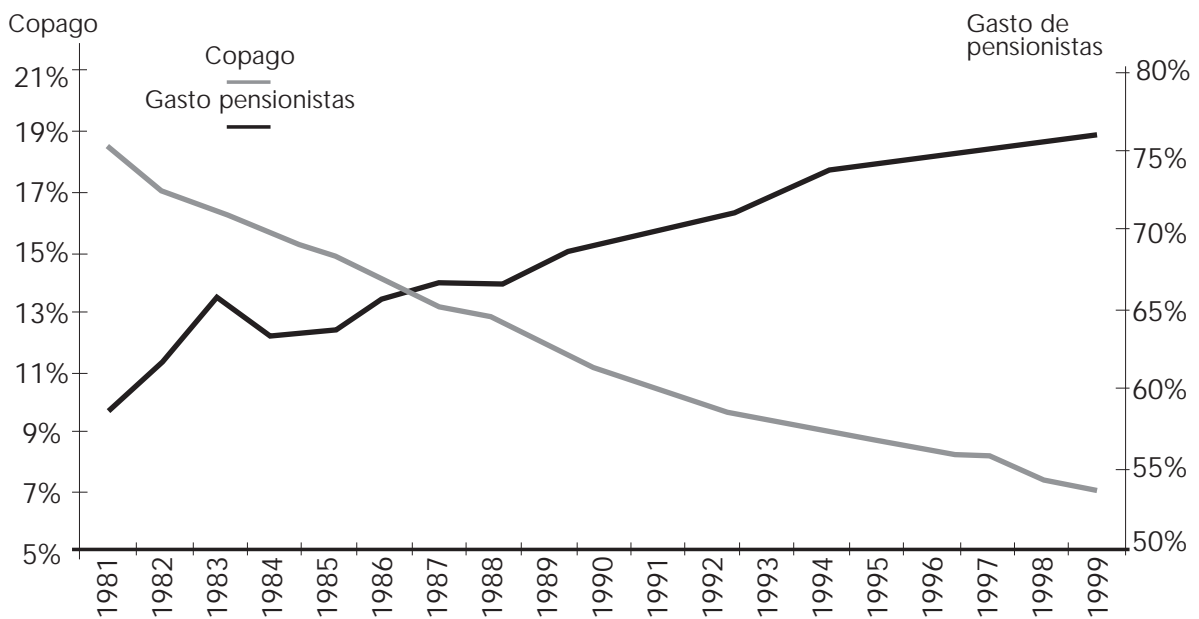
Casi todas las medidas de contención del gasto llevadas a cabo en los últimos años han tenido como objetivo controlar el precio de los medicamentos y el coste medio por receta, demostrando la escasa influencia en el control del gasto. Además, las medidas llevadas a cabo repercuten exclusivamente en médicos, farmacéuticos, industria o distribución.

Por tanto, parece ser que las actuaciones más adecuadas para lograr un control del gasto en medicamentos en España deberían ser las que controlaran el número de recetas.

No hay que olvidar que España es el país donde más recetas per capita se prescriben, por lo que es posible reducirlas sin afectar a la calidad asistencial de los pacientes, mientras que el precio de los medicamentos y el precio medio por receta, situados

entre los más baratos de toda Europa, puede no tener un mayor recorrido de rebaja que el realizado hasta la actualidad.

Figura 6. Evolución del copago y porcentaje de gasto en medicamentos atribuible a los pensionistas



Fuente: Informa NERA. Farmaindustria

Las medidas que podrían ser más eficaces en el control del gasto en medicamentos de acuerdo con la coyuntura española podrían ser la optimización de la prescripción de fármacos tanto en número de recetas como en la elección de los medicamentos a prescribir. Uno de los factores a analizar debería ser la proporción de copago existente en España. El copago como medida de corresponsabilización del gasto ha perdido importancia en los últimos años como se refleja en la figura 6.



DATOS DE INTERÉS

- El gasto en medicamentos en España se ha mantenido en niveles próximos al 20-21% del gasto sanitario total en los últimos años.
- El porcentaje del gasto en medicamentos sobre el gasto sanitario en España es de los más altos de los países industrializados junto con Francia.
- España dedica aproximadamente el 7,5% del PIB a sanidad. Una cifra sensiblemente menor que en otros países de nuestro entorno.
- Los países que invierten más en sanidad, invierten un menor porcentaje en farmacia.
- En España se consumen muchos más fármacos per capita que en otros países (14,9 recetas y 26,1 envases per capita).
- El precio de los medicamentos es de los más bajos de la Unión Europea.
- El mercado de fármacos de no prescripción ha bajado en los últimos años en todo el mundo, pero de manera más acusada en nuestro país.
- En España se han implantado gran cantidad de medidas dirigidas a la contención del gasto en medicamentos. Es el país que dispone de una mayor variedad de este tipo de actuaciones.
- La evolución del gasto en medicamentos presenta una tendencia alcista inalterable independientemente de las medidas de contención que se han puesto en marcha en los últimos 20 años.
- El incremento en el número de recetas es el factor que tira del gasto en medicamentos.
- El envejecimiento de la población, con mayor consumo de fármacos y más caros, es el principal factor de gasto en medicamentos.

- El copago está perdiendo importancia en el control del gasto en medicamentos. En 2002, los usuarios activos se hicieron cargo únicamente del 6,97% del gasto en medicamentos total.
- La inmigración ha conseguido iniciar la inversión de la tendencia al envejecimiento de la población española. En seis años, hay casi tres millones más de personas en España (incremento del 7,2%). Se debe incrementar la financiación pública de la sanidad para hacer frente al incremento demográfico.
- En los últimos años, los incrementos porcentuales en número de recetas han superado a los incrementos de precio por receta.
- Las actividades preventivas de la salud, a pesar de sus beneficiosos efectos a medio y largo plazo, a corto plazo dan lugar a un consumo de recursos sanitarios muy elevados.
- Las listas de espera como mecanismo de control del gasto indirecto en la Atención Especializada provoca un mayor consumo de recursos de la Atención Primaria y en Farmacia.



LA OPINIÓN DEL FORO

Para mejorar la gestión de la prestación sanitaria:

- Se debería establecer un gran acuerdo sanitario como un pacto de Estado por la Sanidad al que el foro llamó "un Pacto de Toledo por la Sanidad" (por comparación con el Pacto de Toledo por las pensiones), con el que asegurar la sostenibilidad y la estabilidad del sistema, evitando los vaivenes políticos y electorales.
- Deberían tomarse medidas encaminadas a modificar la demanda. Algunos participantes en el Aula opinan que hasta ahora las medidas adoptadas por la Administración van encaminadas a la oferta porque actuar sobre la demanda es una medida que se considera mal valorada por el electorado.
- Se deberían establecer medidas para evitar el fraude.
- La receta electrónica, una buena medida para evitar el fraude.
- Reducir los tiempos de espera reduce el gasto en medicamentos.
- Compromiso de pacientes, farmacéuticos, médicos e industria.
- Campañas de información para la concienciación de los pacientes sobre el valor de los recursos sanitarios públicos.
- Incentivar a los médicos por el uso de protocolos para la prescripción.
- Potenciar la prescripción por principios activos.
- Aumentar el tiempo de consulta por paciente para los médicos, entendiendo que el tiempo escaso es un factor de presión que influye negativamente sobre la prescripción racional.
- Potenciar el autocuidado corrigiendo las barreras que impiden su desarrollo.
- Generalizar los estudios coste-efectividad para la evaluar las novedades terapéuticas.
- Apoyo al uso de los genéricos.

2.2

ANEXO: Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud español (23-noviembre-2004)



El Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud español (23-noviembre-2004)

Algunas de las medidas del plan para mejorar la gestión sanitaria:

Para las oficinas de farmacia

- Acceso a Raefar (Registro y Autorización de especialidades Farmacéuticas).
- Impulsar la receta electrónica y la compatibilidad de los distintos servicios de salud para favorecer la atención a los pacientes desde cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.
- Erradicar la dispensación sin receta de fármacos de prescripción.
- Participación de las farmacias en el Programa de Lucha contra el Dopaje, con la colaboración del Consejo Superior de Deportes.
- Potenciación de la gestión de la calidad, apoyo a nuevas tecnologías y a la Atención Farmacéutica y al seguimiento farmacoterapéutico, en pacientes crónicos, polimedicados y personas mayores. Se propone que la farmacovigilancia esté más ligada a las necesidades del paciente y que se desarrollen proyectos de AF en hospitales y en oficinas de farmacia que apoyen estudios de prevalencia y evitabilidad de PRM.
- Incorporación de los farmacéuticos a impulsar la calidad y el seguimiento farmacoterapéutico en residencias de mayores.
- Desarrollar modelos de relación entre las oficinas de farmacia y los médicos de familia, farmacólogos clínicos y farmacéuticos de Atención Primaria y Especializada para establecer acciones que permitan el uso correcto de los fármacos.

- Plan de formación en Atención Farmacéutica para buscar una mayor implicación de los farmacéuticos de oficina de farmacia en esta práctica.
- Potenciar la figura del farmacéutico en los equipos de Atención Primaria en el desarrollo de estrategias para el uso racional de medicamentos.
- Evaluación y mejora del sistema de dosis unitarias.
- Modificación del RD 5/2000. Se actualizará la vigente escala de deducciones a farmacias, siendo el volumen de ventas el criterio básico. A mayor volumen de ventas, mayor porcentaje de descuento. Se actualiza el umbral de medicamentos con margen fijo elevándolo de 78,34 euros a 89,62 euros.
- El margen que perciben las farmacias por la dispensación de genéricos, que se equiparan al resto de los medicamentos y pasa del 33 al 27,9%, para conseguir un precio inferior de 5,1% en beneficio de pacientes y del SNS.
- Ampliación del número de farmacias.
- Incorporación de nuevos criterios para la apertura de oficinas de farmacia. Ordenación de las bonificaciones.

Para la industria

- Financiación selectiva de los medicamentos.
- Adecuar ciertas presentaciones a tratamientos personalizados, identificando tratamientos susceptibles de ser estandarizados que influirán en las presentaciones farmacéuticas acordes a estos tratamientos y se retirarán las presentaciones inadecuadas para la duración media del tratamiento.
- Nueva regulación de la promoción de medicamentos.

- Elaboración de un prospecto informativo que asegure mejor comprensión para favorecer el cumplimiento del tratamiento.
- Establecimiento de criterios comunes de visita médica en el SNS.
- Incremento del mercado de EFP y desarrollo de marcas paraguas, creando un grupo de trabajo para analizar estrategias que permitan homogeneizar el mercado español con el europeo.
- Agilizar los trámites de autorización de la patente y fijación de precios de EFG. Se procederá a la aplicación del criterio europeo de las diferentes sales, esteres, etc, como el mismo principio activo si se garantiza que son intercambiables y así se garantiza la adecuación permanente del genérico a su especialidad de referencia. Se incorporaran a los genéricos formas farmacéuticas novedosas (flash, retard). Se favorecerán las medidas de promoción de los genéricos adecuando a la legislación su publicidad dirigida a los profesionales.
- Se suspenden los precios de referencia, para suspender provisionalmente la entrada de nuevos principios activos en este sistema antes de su modificación legal.
- Se rebaja el precio de todos los medicamentos con más de un año en el mercado, que será de 4,2% en 2005 y de 2% adicional en 2006, que espera ser más equitativo y transparente que los precios de referencia.
- Se establecerá un nuevo sistema de precios de referencia.

Para la distribución

- Rebaja de dos puntos de los márgenes de la distribución. Se actualiza el margen general fijado para la distribución actualmente en 9,6% sobre el PVL, produciendo la disminución de un punto en 2005 y un punto en 2006.
- Fomento de una mayor competencia en el sector
- Mayor y mejor regulación de las exportaciones paralelas para evitarlas.

- Se actualiza el umbral de medicamentos con margen fijo elevándolo de 78,34 euros a 89,62 euros.

Para los médicos

- Facilitar el acceso a la información a través de Rae-far (Registro y Autorización de especialidades Farmacéuticas).
- Editar un vademécum de medicamentos para distribuir entre médicos y farmacéuticos, con información objetiva y actualizada.
- Realizar protocolos terapéuticos y guías de práctica clínica compartidas entre Atención Primaria y Especializada, basadas en la evidencia científica disponible.
- Impulso de la prescripción por DCI.
- Revisión de la competencia de la OMC en formación continuada.
- Nueva regulación de la formación de los médicos en el uso racional de los medicamentos patrocinada por la industria.
- Establecimiento de un modelo único de receta médica tanto para el sistema público como privado.
- Controlar el uso adecuado de medicamentos huérfanos.
- Facilitar la prescripción de genéricos, con acciones de formación e información.

Para los pacientes

- Información a los consumidores sobre el uso de genéricos con campañas de educación sanitarias, enfatizando en sus garantías y en su beneficio económico.
- Disminución del activo del 40% al 30% en EFG.
- Excluir de la aportación reducida a fármacos que tienen genérico.



- Campañas educativas en los medios de comunicación sobre el uso adecuado de los medicamentos y la automedicación no responsable, la exigencia de receta previa para los medicamentos que lo requieran por ley.
- Colaboración con las organizaciones de consumidores para evitar la acumulación de medicamentos en botiquines domésticos.