

EL PODER DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL CONSUMO FARMACEUTICO

En este artículo de **Leopoldo Arranz Alvarez** se describe el proceso de control informático del consumo de productos farmacéuticos, del cual se puede deducir, a través del control del análisis de los talonarios de recetas, aspectos tales como tipología de los consumidores (activos o pensionistas), coste de las recetas, número de recetas y coste de las mismas por persona protegida.

De esta forma, la información permite cualificar, cuantificar y localizar las relaciones existentes entre los laboratorios, los médicos, las farmacias y la Administración.

INTRODUCCION

LO primero que hay que explicar es la motivación que tuvo la Seguridad Social española para lanzarse a la aventura de informatizar su consumo, porque aventura, y grande, fue asumir el riesgo que supone la toma de datos —22 dígitos— en cuarenta millones de recetas mensuales.

Pues bien, de los cinco motivos mayores que se pueden identificar, el primero tuvo que ver con la virtud de la humildad, ya que se trataba, nada menos, que del difícil reconocimiento de la magnitud de la propia ignorancia; el segundo fue la sospecha de irracionalidad que se tenía, tanto sobre la oferta como sobre el consumo de medicamentos; el tercero pudo ser definido como el descubrimiento de los efectos que produce, en la prescripción, la insuficiencia del equipamiento sanitario ante la creciente demanda de cuidados de salud; el cuarto fue la conciencia del riesgo que corría un poder, como el de la Se-

guridad Social, dominado por la ignorancia; y el quinto la convicción de que sólo la información permite superar las situaciones de indigencia mental y puede lograr el diseño de un nuevo modelo de servicio farmacéutico capaz de corregir las causas que hacen inadaptable e insostenible el sistema en vigor.

Cinco motivaciones que dibujan otra convicción: la de que, en el fondo, era necesario sustituir un «estado de siniestro» —el de la ignorancia— por una «situación de riesgo», la de una operación informática compleja, difícil y costosa.

I. PRINCIPIOS INFORMADORES DE LA EXPERIENCIA

Descrita la motivación, es necesario inventariar los principios informadores de la experiencia para que el lector comprenda más fácilmente el «desde dón-

de» el Instituto Nacional de Previsión de España tomó la decisión de informatizar las recetas- cheques que pagaba.

Esos principios pueden resumirse en seis que, por su evidencia, no requieren muchas explicaciones. El primero, que la información equivale a poder, porque la información es el «conocimiento», sobre el que se asienta la *autoritas*, que legitima la *potestas*. El segundo, que la información al médico, ordenador del consumo, la tienen los laboratorios, porque son los que más «saben» del medicamento, ya que lo construyen siempre y en ocasiones lo descubren. El tercero es que la Seguridad Social paga el consumo que genera el laboratorio a través de su ordenador —el médico—. El cuarto principio está constituido por el hecho de ser la Informática, al proceso farmacéutico, una especie de microscopio que descubre un mundo de relaciones laboratorios-médicos, y pautas de comportamiento de la población, que no son observables a simple vista. El quinto, que la Informática hace posible la existencia de una política del medicamento capaz de racionalizar el consumo, al posibilitar la información institucionalizada de la Seguridad Social a los médicos, ya que, por su objetividad, puede neutralizar las técnicas promocionales que van más lejos de la información.

En definitiva, que la información es la base de la enseñanza objetiva en una sociedad libre, pues se puede afirmar que la docencia en el docente genera en el discente docilidad, mientras que el mandato en el que tiene poder genera en el súbdito la obediencia. En el primer

caso nos encontramos con la libertad que suscita la democracia; en el segundo, nos topamos con la dictadura que pro-

duce el totalitarismo. Por eso la información objetiva institucional es liberadora de la opresión sofocante de la publicidad, ma-

nipuladora del monopolio de la prescripción del medicamento, para convertirlo en dictadura de la prescripción por marca.

EL METODO

El método descansa sobre los principios anteriores. Si el laboratorio, con la promoción expresada a través de las técnicas de información-publicidad, genera la prescripción de los médicos en las recetas que, dispensadas por las farmacias, son pagadas por la Seguridad Social, quiere decirse que la asistencia farmacéutica es un proceso; un proceso complejo, cuyos distintos elementos quedan recogidos en las recetas oficiales de la Seguridad Social que, en talonarios numerados, son entregadas a los médicos como los bancos entregan a sus cuentacorrentistas los cheques. Así se comprende la base de la metodología aplicada: un soporte informativo que se entrega al prescriptor, y que, facturado por la farmacia, permite ser analizado.

1) *El soporte de la información*

La receta es el soporte de la información, porque contiene los datos que permiten la identificación del médico, de la prescripción, de la especialidad, del laboratorio, del precio, de la farmacia, del titular del derecho a la asistencia, aparte de la localización donde se produzca la prescripción y la dispensación.

Esa información es traducible a 22 dígitos, susceptibles de lectura óptica, y a la que la memoria incorpora el grupo farmacoterapéutico. Si el lector considera la receta como un «cheque nominativo», es muy posible que el método lo vea muy claro.

2) *El control previo: la expedición de talonarios*

Como las recetas se editan en talonarios debidamente numerados que son entregados a los médicos por la Seguridad Social, como los Bancos entregan a sus clientes los talonarios de cheques, quiere decirse que, antes de que se produzca la dispensación, ya es posible un control previo del consumo, pues el sistema español es capitativo y, por lo tanto, se conoce el número y naturaleza del colectivo al que cada médico tiene que facilitar su asistencia.

Los índices de número de talonarios solicitados por mil titulares del derecho a la asistencia, son un primer indicador, dado que la prestación es, por principio, de un solo envase por receta.

3) *El proceso de facturación*

Se ha de observar que la Seguridad Social paga los medicamentos a las farmacias mediante unas facturas que tienen como justificantes a las recetas. Por ello resulta que esas facturas son unos listados en los que aparecen relacionadas todas las recetas dispensadas, mediante totales parciales de 25 asientos.

Dado el volumen de las farmacias dispensadoras, son todas las del país, más de quince millares, y de las recetas dispensadas, más de cuarenta millones mensuales, tales facturas son elaboradas por los colegios profesionales provinciales, mediante cinta magnética.

Los colegios presentan mensualmente las facturas de todas y cada una de las farmacias, acompañadas de las cintas magnéticas y de los justificantes —recetas— en cajas estandarizadas, conteniendo todas el mismo número de recetas, 500, en paquetes de 25, que permiten la fiel verificación de unas y otros.

Este proceso de facturar tiene, entre otras virtudes, la de hacer posible la exigencia de responsabilidad en la prescripción y dispensación, forzando la legitimidad de la receta y, por ende, la corrección sanitaria de la comercialización de la especialidad farmacéutica.

4) *El control «post dispensación»: el análisis de las recetas*

Dado que el precinto incorporado a la receta contiene la información del laboratorio, se puede efectuar el análisis de su consumo en unidades y valores y, por lo tanto, se pueden descubrir los centros de gravedad de la promoción de cada uno de ellos, ya que sólo se vende lo que se promociona.

Si se analizan las recetas a nivel de cada médico y, por principios activos, las especialidades prescritas, se pone de

manifiesto el grado de fidelidad del prescriptor a la doctrina farmacéutica dominante en su área sanitaria.

Si, además, se examina la información a partir de la farmacia, se puede evaluar la dispensación; y si, por último, el análisis se realiza desde la perspectiva de la Administración, la estructura de los precios en unidades e importes adquiere una especial significación.

Estos análisis se efectúan en 25 programas en el doble plano espacial —provincial, nacional— y temporal —mensual y anual—, en un ordenador central que remite la información, por teleproceso, a las 52 unidades gestoras —provincias— de la asistencia farmacéutica.

5) *El sistema de indicadores*

a) Para el análisis de la oferta se utiliza la correlación, por grupos terapéuticos, de las distintas especialidades ofertadas con sus consumos, lo que permite descubrir, a escala provincial y nacional, la realidad de la medicación de elección, de la básica y de la estratégica, realidad que, con frecuencia, es desmitificadora de creencias sociológicas. No debe olvidarse que por el «comfort mental» que proporcionan esas creencias, existe una tendencia en todos los estamentos, incluido el administrador, a creerse las propias mentiras.

b) Para el análisis del consumo se distinguen dos momentos, el anterior y el posterior.

Antes de que se produzca el consumo, mediante la correlación de la demanda de talonarios de recetas por el médico, con la estructura del colectivo al que tiene que facilitar su asistencia. Dada la existencia de dos colectivos, el de personas dependientes de trabajadores en activo y el formado por los pensionistas, con dos tipos distintos de recetas, los resultados de tales análisis son extraordinariamente elocuentes, puesto que parece existir una estrecha correlación entre los sistemas de retribución del prescriptor con los tipos de receta que utilizan y el tamaño de los medicamentos que prescriben.

Después que se produzca el consumo, los indicadores más expresivos son los del coste por receta, número de recetas y coste de las mismas por persona protegida. Su análisis por cada uno de los sujetos del proceso —laboratorio, médico, farmacia— ha descubierto la existencia de correlaciones atípicas que han servido de punto de partida para la actuación ordenadora. Un ejemplo de correlación atípica es cuando el 80 por 100 de la cifra de negocio de un laboratorio está prescrita por menos del 10 por 100 del colectivo prescriptor.

En conclusión, puede afirmarse que el método descansa sobre el procesamiento de la receta, porque la información que contiene permite cualificar, cuantificar y localizar las relaciones existentes entre los laboratorios, los médicos, las farmacias y la Administración.

6) El control presupuestario

La información disponible ha permitido llegar a formar series de los indicadores desde la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, sobre los que se ha construido un modelo econométrico que por sucesivas revisiones registra las componentes estacional y espacial.

Es decir, que ha sido posible construir el presupuesto no sólo nacional anual, sino también provincial mensual, que permite el seguimiento en cifras absolutas y relativas mes a mes, y acumuladas de las variables económicas (consumo a PVP, aportación del asegurado, costo para la Seguridad Social) y de las variables explicativas (recetas y titulares del derecho). Y esta información del consumo no sólo en relación con el presupuesto, sino también con el del año anterior.

Dada la rigurosidad del proceso, se ha logrado la reducción de errores a cifras prácticamente irrelevantes, y a disponer de la información en tiempo real, pues se cuenta con los resultados del control de la gestión en días 25 de cada mes, es decir, a los cuatro días de pagar la factura —los días 20— de los suministros del mes anterior.

7) El Banco de Datos de Medicamentos (1)

Es un fruto del proyecto CINIME (Centro Interinstitucional de Información de Medicamentos) patrocinado desde

1974 por el Fondo de Descuento Complementario con la Fundación para el Desarrollo de la Función Social de las Comunicaciones (FUNDESCO). Es, pues, el resultado de siete años de trabajo de un equipo que ha tenido por alma a Antonio García Iñesta, y que ha pasado recientemente por la prueba de fuego de realizar la última revisión de precios, en unas condiciones de objetividad y transparencia sorprendentes. Y es «un» fruto, porque el equipo ha hecho posible la existencia de un Centro de Información y la asunción de la responsabilidad de la redacción de la Revista de *Información Terapéutica de la Seguridad Social*, que es el gran instrumento de información objetiva institucional que, con una tirada de 70.000 ejemplares, el Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FIS) distribuye a todos los médicos y farmacéuticos que prestan servicio a la seguridad Social.

El banco contiene, de todas las especialidades farmacéuticas comercializadas en España, los datos terapéuticos, farmacéutico-farmacológicos, económicos, tecnológicos, de gestión y de Administración sanitarios, tratados por ordenador y con acceso mediante teleproceso desde cualquier punto del país. Es la información de 20.680 presentaciones distintas, bajo 8.467 nombres comerciales, de 367 laboratorios en 117 formas farmacéuticas por 28 vías de administración, y que contienen 4.169 principios activos y 2.245 excipientes, encuadrados en 299 grupos terapéuticos.

Esta información al día permite una mejora sustancial de las actividades de gestión (comprobaciones de altas y cambios en registro, revisiones de precios, obtención de nomenclator, etc.); un control rápido y eficaz de la oferta farmacéutica, tanto en su aspecto sanitario (conocimiento inmediato de las especialidades con determinado contenido activo), como en su aspecto económico (control de la contribución del asegurado en el precio, anomalías de las bandas de precios para productos de igual composición, coste tratamiento-día, modificaciones del ITE, tecnología de fabricación, procedencia de materias primas), la creación de un sistema de farmacovigilancia, etc.

Y este banco, unido con los datos del consumo, permite no sólo el análisis con el sistema de indicadores referenciado más arriba (punto 5), sino también conocer la cobertura del consumo por

la industria nacional, las tendencias, tanto cualitativas como cuantitativas, del consumo, con las incalculables consecuencias que tiene en orden a formular las previsiones a corto plazo sobre la estructura del poder farmacéutico, lo que permite preparar las decisiones utilizando las técnicas de simulación, sobre el modelo ya experimentado, MIDAS (Modelo Integrado de Asistencia Sanitaria) aplicando la tecnología de la dinámica de los sistemas.

El banco de datos constituye, pues, la herramienta racionalizadora de la prestación farmacéutica.

(1) Este banco es semejante al BIAM (Banque d'Information Automatisée sur les médicaments), Francia; al SWÉDIS (Drug Information System), Suecia; al Informations System Roten Liste, Alemania; al JAPIC (Japon Pharmaceutical Information Center), Japón; al A Computerised Licensed Medicinal Products, Inglaterra.

II. RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA

Para el hombre de gobierno, las medidas valen en tanto que son realizables, y los resultados de su gestión, cualificados, cuantificados y localizados, constituyen el mejor indicador de su eficacia. A las ideas, como a los hombres, se las puede «conocer» por sus frutos.

1. Conocimiento de la magnitud de la propia ignorancia

El primer resultado lo constituye la respuesta a la primera motivación de la experiencia; el descubrimiento de la magnitud de la propia ignorancia, tanto de la oferta como del consumo.

1.1. *La ignorancia de la oferta*, pues se discurría pensando que ésta era razonable, dado que se presuponía la solvencia de los ofertantes, laboratorios, y de los controles registrales a que les sometía la Administración. Pues bien, el análisis informático de la realidad puso al descubierto una situación que tiene poco de razonable y bastante de irracional por el número de presentaciones, de principios activos, de las dosis, de los tamaños y del nivel de los precios.

En España el número de presentaciones, 20.680, es excesivo, porque ha habido año en el que de 5.000 de ellas no se ha consumido un solo ejemplar. De principios activos, porque tal número de presentaciones corresponde a 4.169, con 2.245 excipientes, cuando la

medicación, desde una perspectiva médico-clínica, es de «elección», en torno a los 700; desde un ángulo farmacológico-clínico merecen el calificativo de «básicos» unos 400, y desde una preocupación de emergencia pueden considerarse como «estratégicos» un centenar. Es más, la clarificación de las presentaciones por principios activos, descubre que su concentración guarda una estrechísima relación con el consumo; en 1976, los cuatro primeros grupos terapéuticos, desde esta perspectiva, totalizaban nada menos que 7.349 presentaciones distintas.

El análisis de la variedad de dosis, v. gr. en penicilina o gammaglobulinas, podría producir cierto rubor intelectual; y si de las dosis se pasa al de los tamaños, se descubriría que la exigencia de los tratamientos está oscurecida por la preocupación de aumentar las cifras de negocio, la cual, a su vez, guarda una cierta correlación con el sistema de retribución del ordenador de la prescripción, en el régimen de la Seguridad Social.

La retribución capitativa tiende a generar envases grandes, mientras que la del acto médico estimula los pequeños, para frenar o estimular, en su caso, la demanda de servicios.

Y si el análisis se desplaza al área de los precios, se observará un deslizamiento del consumo a los principios activos de mayor precio.

En conclusión, que, en la oferta, las exigencias científicas aparecen sepultadas por las de otra naturaleza, pues el número de presentaciones no guarda relación con las necesidades del consumo; en las dosis y tama-

ños no operan sólo las exigencias sanitarias y en los precios no parece tenerse en cuenta suficientemente las posibilidades económicas del pagador.

1.2. *Ignorancia del consumo*, pues si bien parecía legítimo pensar en una correlación con la morbilidad resulta que, ante los consumos de antibióticos —y más en concreto de cloranfenicol y rifampicinas— o de vitaminas, se pueden sacar unas conclusiones desmentidas por la realidad. La correlación podría encontrarse con la sagacidad de los ejecutores de las técnicas de promoción, y más en concreto con los visitantes médicos.

El análisis de las cifras en unidades y en sus valores absolutos y relativos, en su distribución geográfica, en su clasificación por grupos terapéuticos y por especialidades, por niveles de precios y por los protagonistas del proceso asistencial farmacéutico, desde los productores a los pagadores, pasando por los distribuidores, dispensadores, ordenadores y personas protegidas, pone de manifiesto la existencia de un modo de relaciones imperceptible a simple vista, que somete a revisión las bases sobre las que están contruidos buena parte de los tópicos en circulación.

El autor de este trabajo no tiene ningún rubor en reconocer públicamente que, gracias a la informática, ha podido descubrir primero, y medir después, la magnitud de su ignorancia, lo cual puede explicar su actitud relativista, puesto que sus reflexiones se asientan sobre hipótesis sostenidas desde una creencia en la dinámica de lo provisional. Pretende descubrir la realidad por aproximaciones

sucesivas ordenadas en el tiempo, dejando las discusiones al campo de las explicaciones de los hechos, porque sabe que tales explicaciones pueden ser muy distintas, según la ideología en que se milite.

2. Determinación del contenido de una política farmacéutica de la Seguridad Social

Ha sido gracias a la información facilitada por esta experiencia como se ha podido llegar a una descripción de la situación de la prestación farmacéutica y de sus líneas de tendencia a corto plazo, así como a formular un repertorio de 15 objetivos, al servicio de los cuales se elaboró un elenco de 69 medidas (1).

Esos objetivos están definidos desde la perspectiva general de:

- Que la asistencia farmacéutica forma parte del derecho a los cuidados de la salud y al patrimonio, que son los que permiten el ejercicio de las libertades que la Constitución del país reconoce a sus ciudadanos. El derecho a la asistencia no nace, pues, del *status* laboral, sino del hecho de ser ciudadano español.

- Que la planificación de la asistencia farmacéutica:

- ha de ser coherente con la filosofía política a que responde la de la Seguridad Social, y
- que ha de ser realista, y por lo tanto debe tener en cuenta los condicionantes estructurales del país, tanto sanitarios como económicos.

- Que en España, el medicamento, por la situación en que lo ha colocado el poder que decide sobre él, es una mercancía de interés social, dentro de un presunto sistema denominado de economía de mercado, en un contexto social calificado de consumo.

- Que si se quieren cambiar los comportamientos de cuantos mandan o intervienen en la prestación, es necesario modificar los condicionantes, tanto económicos como administrativos, en que aquéllos se producen.

Desde esa perspectiva general, se llega a formular un objetivo, no menos general, de lograr una prestación farmacéutica sanitariamente correcta para las personas protegidas:

- con respecto a los intereses legítimos de cuantos participan en ella, en particular de los que crean y producen servicios, y

- a un coste soportable para el sistema protector.

La hipótesis que subyace es la de que, en el proceso de la asistencia farmacéutica, hay dos fuerzas que sobresalen entre las demás:

- la productora, que es la que decide sobre la composición, estructura y precios de la oferta, y genera la demanda; está dominada por empresas multinacionales y actúa a escala mundial, y

- la pagadora, que es la que decide sobre la composición y estructura del consumo, dominada por el Instituto Nacional de la Salud y que actúa a escala nacional.

Las restantes: distribuidores, dispensadores, prescriptores y

personas protegidas, no pasan de ser fuerzas interpuestas que se comportan dentro de los condicionantes —estimuladores o represivos— generados por productores y administradores.

Por ello, las medidas arrancan de la negociación entre la FIIM y los organismos regionales y mundiales, como la OISS y la AISS, para hacer posible, en el futuro, un nuevo modelo de asistencia farmacéutica, dado que el actual es insostenible e inviable. A configurar ese nuevo modelo va dirigido el elenco referido de las 69 medidas, que actúan tanto sobre la oferta como sobre el consumo, así como sobre todos y cada uno de los protagonistas del proceso, para racionalizar su comportamiento.

Destacaré que las medidas buscan hacer operativa la exigencia de responsabilidad en la creación, en la expansión y en la desviación del consumo; en la creación, para suprimir en ella el estímulo no sanitario en la prescripción; en la expansión del consumo, para defender los beneficios legítimos, y en la desviación del consumo, para cegar las fuentes de financiación de las conductas no éticas.

3. Efectos de las medidas adoptadas con el apoyo logístico informático

Expuestos los principios informadores, y el método seguido por la Seguridad Social en la aplicación de la informática al área de su prestación farmacéutica (ver recuadro), es llegado el momento de verificar sus resultados, verificación que ha de ser cuantitativa y localizada, como consecuencia de la transparencia

alcanzada en cada momento a partir de su implantación en 1973. Ha sido esta transparencia la que ha permitido actuar con un rigor inteligente, hasta entonces desconocido, porque, en definitiva, el tratamiento informático, al lograrla, hacía dominables las hasta ahora oscuras, por complejas, relaciones entre los protagonistas del proceso asistencial farmacéutico.

3.1. *Los efectos en la oferta*

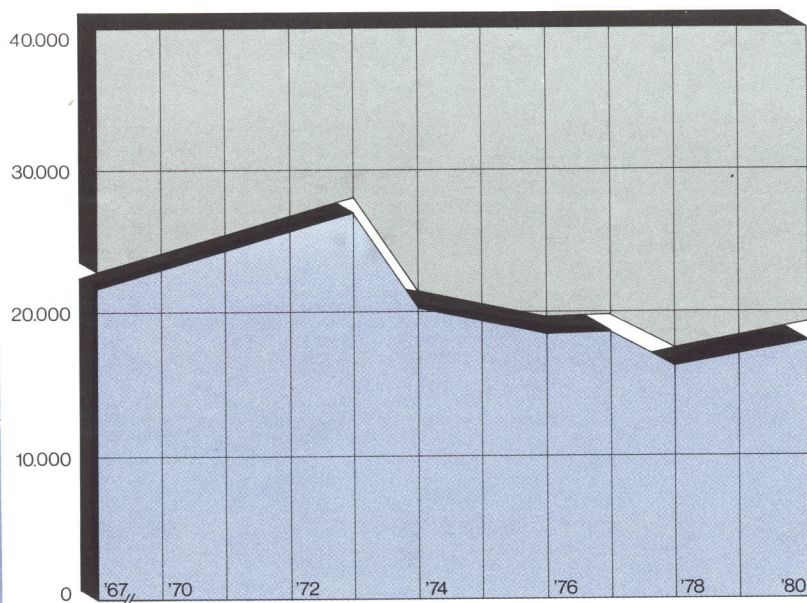
El gráfico 1 pone al descubierto cómo el número de presentaciones existente en el mercado y, por lo tanto, ofertadas a la Seguridad Social, ha comenzado a reducirse a partir de 1973, y con cifras significativas. Esta reducción hace presumible que, para 1985, el mercado farmacéutico español tenga una oferta razonable, pues simultáneamente a la reducción del número de presentaciones, se ha producido una tipificación en los tamaños y dosis, junto con una reducción del abanico de precios entre presentaciones iguales.

Fue el conocimiento en profundidad de la oferta lo que permitió discriminar, en la revisión de precios de 1976, los principios activos y especialidades que debían bajar sus precios, con los espectaculares efectos que se cuantifican en los cuadros del consumo.

3.2. *Los efectos en el consumo*

A consecuencia de las actuaciones derivadas del conocimiento de la oferta y del consumo, una de las primeras incidencias registradas fue la pro-

**GRAFICO 1
NUMERO DE PRESENTACIONES EN ENVASE NORMAL**



ducida sobre las técnicas de promoción. Los cuadros números 1 y 2, en pesetas corrientes, hablan por sí solos, tanto de la reducción de los recursos invertidos en ella como de su distribución entre los distintos medios.

Estas acciones han sido acompañadas por la iniciación de publicaciones de información objetiva institucionalizada (2).

Para objetivizar los efectos cuantitativos lo más posible, a continuación se refleja, en cifras absolutas y relativas, las series desde la entrada en vigor de la Ley General de la Seguridad Social en 1967, en pesetas constantes de este año (cuadro número 3 y gráfico 2).

La confrontación del gasto farmacéutico con el costo de la asistencia sanitaria pone de ma-

nifiesto que su expansión ha sido dominada y contenida, primero, y reducida después, a diferencia de los otros capítulos de gastos que no han sido ni dominados ni contenidos. La informática es una clave que ayuda a entender esta distinta evolución de los gastos.

Si de la evolución en cifras absolutas se pasa a la de las cifras relativas, en los indicadores del precio de la receta, precio por envase y gasto por asegurado (gráficos 3, 4 y 5), se observará la confirmación del cambio de la tendencia a partir del año 1973, en que se implanta la informática farmacéutica.

GRAFICO 2
ASISTENCIA SANITARIA
Y PRESTACION
FARMACEUTICA
 (En pesetas constantes
 de 1967)

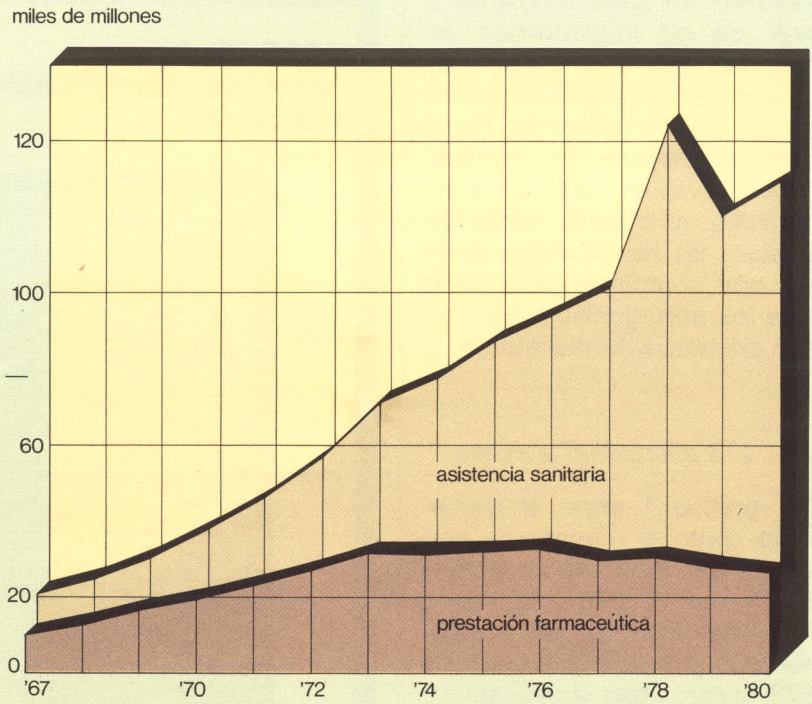


GRAFICO 3
PRECIOS POR RECETA
 (En pesetas constantes)

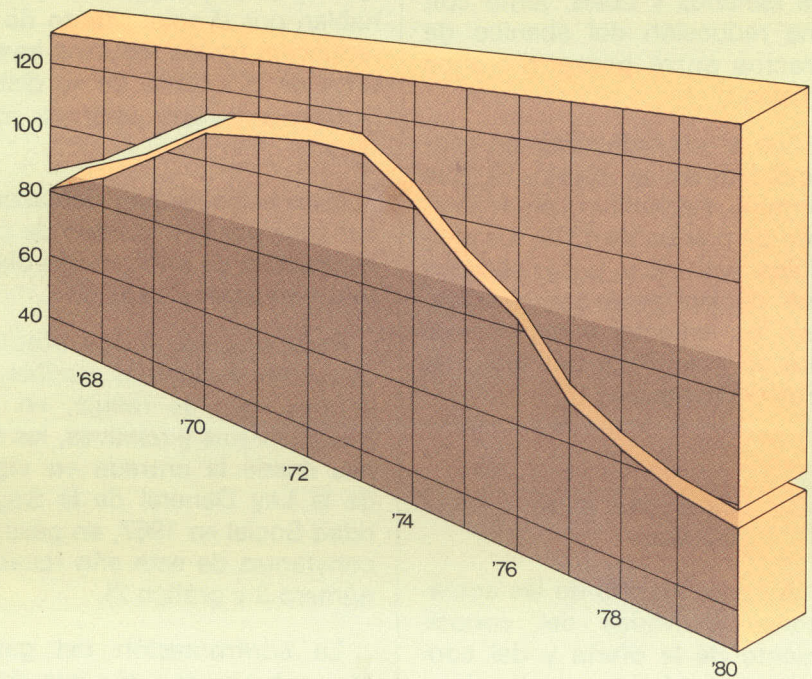
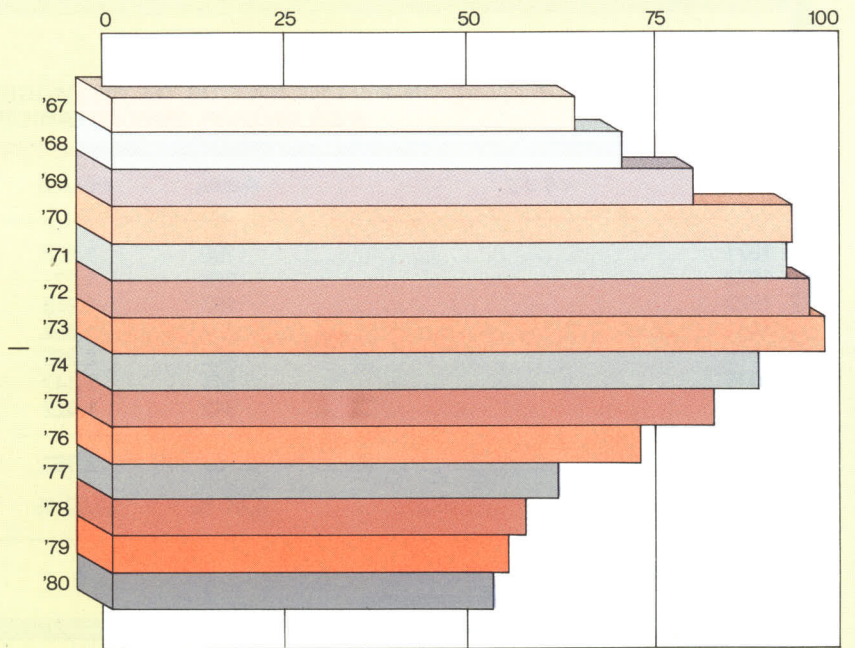
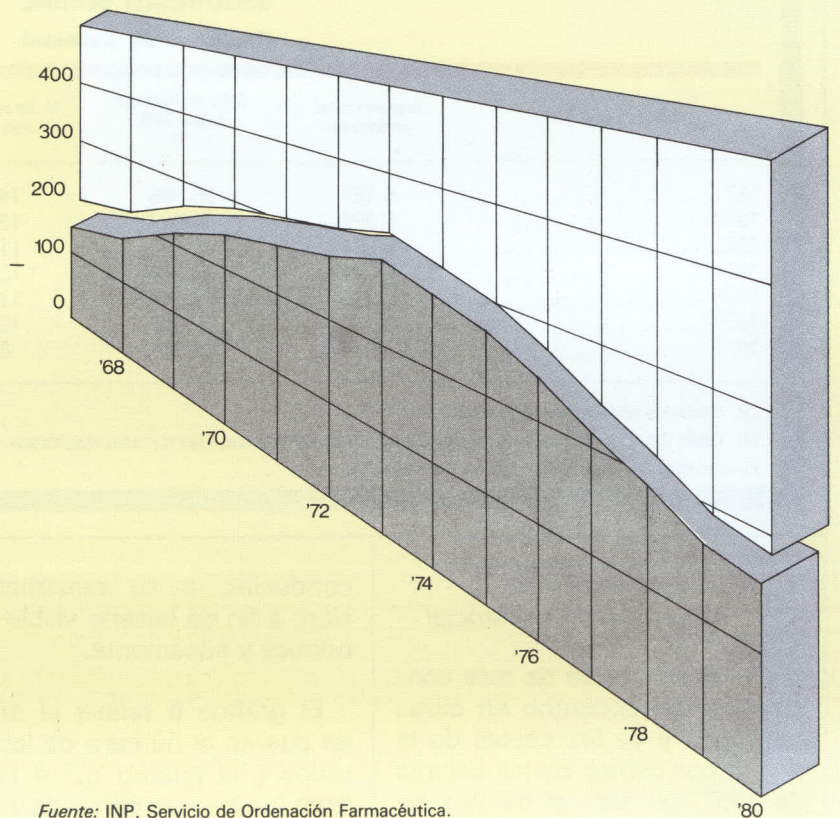


GRAFICO 4
PRECIO MEDIO POR
ENVASE
 (En pesetas constantes
 de 1967)



Fuente: INP, Servicio de Ordenación Farmacéutica.

GRAFICO 5
GASTO POR ASEGURADO
Y MES
 (En pesetas constantes
 de 1967)



Fuente: INP, Servicio de Ordenación Farmacéutica.

CUADRO N.º 1

**EVOLUCION DE LOS GASTOS DE PROMOCION DEL CONSUMO
(POR MEDIOS PUBLICITARIOS) (1)**

A Ñ O S	Folletos	Muestras	Visitas	Páginas de revistas	Total
1971	186	1.558	2.286	1.157	5.187
1972	265	1.271	2.701	1.059	5.296
1973	187	1.618	2.748	1.441	5.994
1974	232	1.852	3.858	1.775	7.717
1975	422	2.285	4.327	976	8.010
1976	541	2.147	6.394	686	9.768
1977	342	1.422	5.043	577	7.384
TOTALES	2.157	12.153	27.357	7.671	49.356
Porcentajes	4,41 %	24,62 %	55,43 %	15,54 %	100 %

(1) Importe expresado en millones de pesetas.

Fuente: INP. Servicio de Ordenación Farmacéutica.

CUADRO N.º 2

**GASTOS DE PROMOCION Y PORCENTAJES SOBRE CIFRA DE NEGOCIO Y COSTE
SEGURIDAD SOCIAL
(Millones de pesetas)**

A Ñ O S	Importe total publicidad	Cifra de negocio según IMS (1)	% de publicidad s/ cifra negocio	Coste consumo Seguridad Social (2)	% de publicidad s/ coste Seguridad Social
1971	5.187	36.865	14,07	27.851	18,62
1972	5.296	41.987	12,61	34.901	15,17
1973	5.994	51.202	11,71	46.239	12,96
1974	7.717	57.774	13,36	53.161	14,52
1975	8.010	67.919	11,79	62.516	12,81
1976	9.768	76.065	12,84	75.202	12,99
1977	7.384	82.911	8,91	86.015	8,58

(1) Excluidas adquisiciones directas.

(2) Coste del consumo de especialidades farmacéuticas. No incluye las fórmulas magistrales, ni los efectos y accesorios.

Fuente: INP. Servicio de Ordenación Farmacéutica.

3.3. Los efectos en el «dispositivo» asistencial

La consecuencia de esta contracción del consumo en cifras absolutas y de los costes de la receta por debajo de los valores de 1967, ha sido el cambio de situación para el «dispositivo asistencial farmacéutico», para

conducirlo a su reestructuración, a fin de hacerlo viable económica y éticamente.

El gráfico 6 refleja el efecto en cuanto al número de laboratorios y el cuadro n.º 4 la estructura de sus cifras de negocio, habida cuenta que el consumo de la Seguridad Social

supone el 80 por 100 del mercado total. La revisión de precios a la baja de las especialidades desviadas, supuso el cegar las fuentes de financiación de las prácticas ilegítimas de creación del consumo y, en su consecuencia, el saneamiento ético del mercado. El sistema ético de indicadores establecido regis-

CUADRO N.º 3

EL COSTE DE LA ASISTENCIA SANITARIA Y DE LA PRESTACION FARMACEUTICA EN PESETAS CONSTANTES 1967

A Ñ O S	PESETAS CORRIENTES				Indice coste vida	PESETAS CONSTANTES			
	Asistencia Sanitaria		Farmacia a coste			Asistencia Sanitaria		Farmacia a coste	
	Importe	% aumento	Importe	% aumento		Importe	% aumento	Importe	% aumento
1967	20.780	15	10.083	—	100,00	20.780	—	10.083	—
1968	25.550	23	12.860	28	104,93	24.350	17	12.256	22
1969	32.654	28	17.366	35	107,24	30.449	25	16.194	32
1970	44.059	35	21.692	25	113,33	38.877	28	19.141	18
1971	56.738	29	28.056	29	122,67	46.252	19	22.871	19
1972	76.333	35	35.187	25	132,84	57.462	24	26.483	16
1973	105.088	38	46.670	33	148,06	70.977	24	31.521	19
1974	133.699	27	53.834	15	171,25	78.072	10	31.436	— 0,2
1975	177.108	32	63.614	18	200,31	88.417	13	31.758	1
1976	221.927	25	76.910	21	235,57	94.209	6	32.648	3
1977	319.646	44	88.831	15	293,10	109.057	16	30.307	— 7
1978	428.943	34	107.473	21	351,00	122.206	12	30.619	1
1979	439.980	8	113.070	6	408,87	107.608	12	27.654	— 9,6
1980	543.448	23	126.350	11	472,25	114.646	7	26.754	— 3,2

tra, en 1979, la práctica desaparición de esa anómala situación y la automarginación de sus protagonistas.

La reconversión registrada en los laboratorios, se está produciendo ahora en las farmacias, ya que su expansión ha sido correlativa a la de la población protegida (gráfico 7).

El análisis del consumo en 1977 puso de manifiesto dos hechos:

- Que su 80 por 100 estaba prescrito por un número de médicos equivalente al de visitantes médicos, 13 millares.

- Que su 49,38 estaba ordenado por 4.843 prescriptores.

La gestión de buenos oficios, acompañada de la pertinente información, ha supuesto, en 1979, la confirmación de la hi-

CUADRO N.º 4
NUMERO DE LABORATORIOS Y CONCENTRACION DEL VOLUMEN DE SUMINISTROS

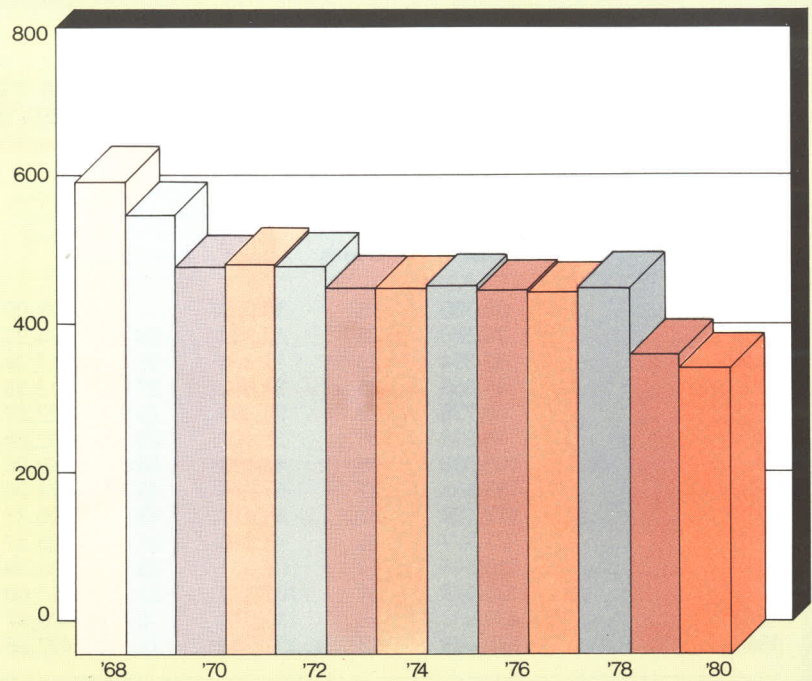
A Ñ O S	Total laboratorios con oferta a la Seguridad Social (1)	LABORATORIOS QUE SUMINISTRAN EL:		
		50 %	70 %	90 %
1968	643	24	46	103
1969	595	26	51	106
1970	525	28	54	107
1971	529	30	55	115
1972	528	31	58	118
1973	494	34	63	123
1974	494	34	65	127
1975	497	35	67	130
1976	491	35	68	132
1977	490	35	67	133
1978	494	33	63	125
1979	404	34	65	129
1980	386	34	65	129

(1) Incluye laboratorios desaparecidos, pero con productos en el mercado.

pótesis: una reducción del consumo sobre las previsiones del orden de los 6.000 millones para el primer semestre.

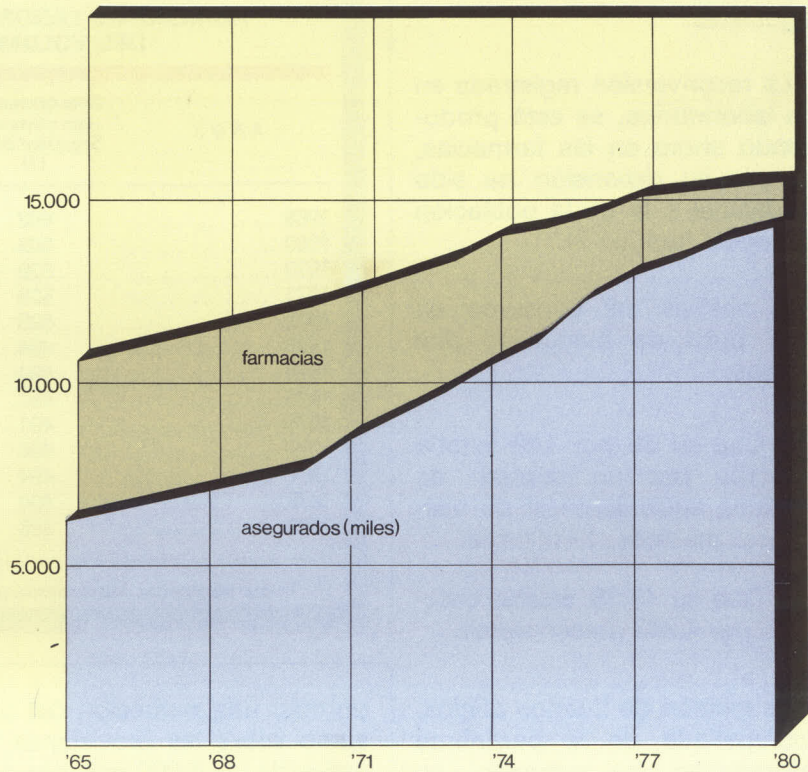
La difusión discreta de la información a los interesados ha provocado una acentuación de la responsabilidad. Es curioso

**GRAFICO 6
NUMERO DE
LABORATORIOS CON
OFERTA A LA
SEGURIDAD SOCIAL**



Fuente: Cuadro n.º 4.

**GRAFICO 7
NUMERO DE FARMACIAS
Y ASEGURADOS EN
ASISTENCIA
(En miles)**



observar que, en las provincias donde no se ha actuado, la expansión del consumo ha continuado al ritmo previsto en el modelo, con lo que, en apariencia, no parece que haya tenido efecto apreciable el incremento del 10 al 30 por 100, y más tarde al 40 por 100, que experimentó la participación en el coste del medicamento de las personas protegidas.

3.4. *Los efectos para la Administración*

Con independencia de las economías alcanzadas sobre las previsiones del modelo de consumo para los años 74/76 y que superaron en el quinquenio los 29.000 millones, el resultado más importante ha sido un deslizamiento del centro de gravedad del poder hacia la Administración, con las consiguientes tensiones con los que, hasta ahora, lo detentaron a su servicio. Hoy, la Administración Pública farmacéutica, está en condiciones de asegurar el servicio del dispositivo asistencial farmacéutico a la satisfacción de las necesidades reales de la población, con respecto a los intereses legítimos y a un coste soportable, triple finalidad alcanzable dentro de un nuevo modelo de asistencia farmacéutica, que forma parte de un no menos nuevo sistema de cuidados de salud.

4. **Conclusión: La Informática y la Ética**

En conclusión diría que la Informática, al descubrir un nuevo universo de relaciones entre los protagonistas de la asistencia farmacéutica, cualificándo-

los, ha sido un factor iluminador, primero y racionalizador después que, por sus resultados, puede considerarse como una fuerza moralizadora.

El ordenador, tan denostado por su capacidad violadora de la intimidad personal, también puede ser un instrumento generador de comportamiento ético.

Pero es que, además, permite obtener la información generadora de la *autoritas* que legitima la *potestas*, lo que equivale a decir que, gracias a la informática, son posibles unas relaciones equilibradas, por razonables, entre el poder productor —de los laboratorios— y el poder pagador —de la Seguridad Social—.

La informática farmacéutica es una especie de tanque, *currus catafractus*, que por su potencia racionalizadora puede imponer el buen sentido, el pacto, a las fuerzas dominadoras del mercado farmacéutico: la Industria Farmacéutica y la Administración Sanitaria de la Seguridad Social.

NOTAS

(1) Vid. del autor, *La Prestación Farmacéutica*, Instituto Nacional de la Salud, Serie Monografías Farmacéuticas de la Seguridad Social, n.º 7, Madrid, 1979.

(2) *Información Terapéutica de la Seguridad Social*. Publicación mensual del Centro de Información de Medicamentos, CINIME, de distribución gratuita a los médicos y farmacéuticos que prestan servicio a la Seguridad Social.