

## EL GASTO FARMACÉUTICO PÚBLICO Y EL ACUERDO DE LA SUBCOMISIÓN: UNA NOTA

Enrique COSTAS LOMBARDÍA

En el epígrafe «4. Desarrollo de nuevas fórmulas para la racionalización de la prestación farmacéutica», se acentúa la impresión de *déjà vu* que produce el Acuerdo de la Subcomisión de Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud (1). De entrada, el texto del epígrafe contradice su título: no hay «nuevas fórmulas» ni originalidad alguna en las propuestas. Incluso el fin declarado —«la racionalización de la prestación farmacéutica»— es, desde hace años, el lugar común predilecto de las abundantes disertaciones acerca del consumo farmacéutico. Una muletilla, por otra parte simple y retórica, que no ayuda a acreditar el Acuerdo. Porque el «uso racional del medicamento» es un concepto vaporoso que admite enunciados muy distintos, y cualquiera de ellos (por ejemplo, éste: el empleo del fármaco adecuado, en el enfermo que realmente lo necesita, cuando lo precisa, en la forma farmacéutica y dosis apropiadas, tomas oportunas, vigilancia mantenida y al menor coste) depende de criterios subjetivos de cada médico. Ni los escasos protocolos bien hechos pueden suprimir la incertidumbre. El «uso racional» no es otra cosa que una aspiración ideal de casi imposible traducción a la práctica clínica. Un objetivo ilusorio —y por ello

irracional— que hasta ahora sólo ha servido de señuelo o coartada para encubrir la ausencia de medidas efectivas de contención del consumo farmacéutico o para demorar su establecimiento en beneficio de intereses mercantiles o políticos.

### EL GASTO FARMACÉUTICO PÚBLICO EN ESPAÑA

El gasto farmacéutico público en España es, como se sabe, desmesurado, y tanto por su elevada cuantía como por su gravoso coste de oportunidad constituye uno de los factores críticos del futuro del Sistema Nacional de Salud (SNS). Crece sin pausa y a una tasa más alta que las del PIB nominal y del gasto sanitario público, de modo que cada año la prestación farmacéutica amplía su cuota en los recursos del Sistema a costa de encoger las posibilidades de las restantes actividades (primaria, hospitales, programas específicos, inversiones...).

El gasto, en 1990, en farmacias (por recetas) más el estimado en hospitales (cuadro n.º 1) —472.467 millones de pesetas, equivalentes al 21,76 por 100 del gasto sanitario público— se ha duplicado en el corto período de siete años: 963.531 millones en 1997, el 26,83 por 100

del gasto total del Sistema, un porcentaje desmedido, incluso pasmoso, en todo el mundo industrializado. La comparación directa de las cifras de 1990 con las de 1997 (cuadro n.º 2) resalta esta rapidísima progresión del gasto farmacéutico público en España: aumento del 103,9 por 100 en términos absolutos e incrementos notables en los porcentajes que absorbe del gasto sanitario y del PIB. Naciones con rentas per cápita y presupuestos de sanidad por encima de los españoles gastan en medicamentos proporcionalmente mucho menos; por ejemplo —datos de 1995 ó 1996, los últimos recogidos en Eco-Sanidad, OCDE, 1997— el gasto en farmacias (sin hospitales) en Alemania ha supuesto el 11,8 por 100 del gasto sanitario público; en Canadá, el 6,2 por 100; en Francia, el 13 por 100; en Italia, el 10,7 por 100; en Reino Unido, el 12 por 100; en Suecia, el 13,7 por 100. Y en Japón, donde el consumo farmacéutico está muy avivado por el interés económico de los médicos, que allí no sólo prescriben los fármacos sino también los venden en su consulta al enfermo, el 18,4 por 100. En los mismos años de 1995 y 1996, los porcentajes semejantes en España fueron muy superiores, el 22,05 y el 22,71 respectivamente (cuadro número 3).

CUADRO N.º 1

**SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
GASTO FARMACÉUTICO PÚBLICO / GASTO SANITARIO PÚBLICO  
(En millones)**

AÑOS	Gasto sanitario público SNS (a)	Porcentaje de incremento	Gasto farmacéutico en farmacias (b)	Porcentaje de incremento	Gasto farmacéutico en hospitales (c)	Gasto farmacéutico público (d)	Porcentaje gasto farmacéutico público s/ gasto sanitario público
1990.....	2.171.000	—	419.971	—	52.496	472.467	21,76
1991.....	2.475.000	14,0	491.616	17,0	61.452	553.068	22,34
1992.....	2.756.000	11,3	565.027	14,9	70.628	635.655	23,06
1993.....	2.993.000	6,5	609.398	9,4	76.175	685.573	23,37
1994.....	2.982.000	1,7	643.701	5,6	80.462	724.163	24,28
1995.....	3.256.000	9,2	717.972	11,5	89.746	807.718	24,80
1996.....	3.526.000	8,3	800.648	11,5	100.081	900.729	25,55
1997.....	3.592.000 (e)	1,9	856.472	7,0 (f)	107.059	963.531	26,83

## NOTAS:

(a) El gasto sanitario público o del Sistema Nacional de Salud es, en los años 1990-94, el «gasto sanitario efectivo» calculado, en su día, por la Dirección General de Programación Económica del Ministerio de Sanidad y Consumo; en los años 1995-97 es el «presupuesto liquidado sin saneamientos» (inferior seguramente al «gasto sanitario efectivo», que se desconoce; así pues, si éste pudiera aplicarse, disminuirían los porcentajes de gasto farmacéutico público/gasto sanitario público, aunque no de modo sensible, ni mucho menos reducirían su trascendencia). Cifras redondeadas.

(b) Cantidades después de deducir la aportación de los beneficiarios y el descuento especial de farmacias.

(c) No hay cifras agregadas oficiales del gasto farmacéutico en los hospitales públicos; se estima (a la baja) en un 12,5 por 100 del gasto en farmacias.

(d) Suma del gasto farmacéutico en farmacias más el gasto farmacéutico en hospitales.

(e) Cifra provisional.

(f) La diferencia con la tasa oficial de incremento, 5,43 por 100, se debe a que, en sus cálculos, la Administración no deduce de la cifra de gasto farmacéutico en farmacias el descuento especial de las farmacias, que ha supuesto 12.029 millones en 1996, y sólo 317 millones en 1997.

(Por otra parte, en 1997 se rebajaron los márgenes de los almacenes y farmacias, con una disminución del precio de venta al público del 3,87 por 100; por consiguiente, la tasa real de incremento, según los cálculos que hace la Administración, sería de 9,3 por 100 (5,43 más 3,87) y de 10,87 de acuerdo con los datos de este cuadro).

## LAS POLÍTICAS DE CONTROL

Tan mayúsculo gasto español es la consecuencia de una política farmacéutica oficial hecha de artificios y desconsiderada con el dinero público que, por motivos desconocidos, han seguido los gobiernos socialista y popular en los pasados años, una inexplicable política de entretenimiento que:

a) Emplea medidas moderadoras de orden menor y las aplica de forma premiosa y tímida, diríase que con cuidado de no disminuir el consumo ni bajar los precios, como son las «recomendaciones y presiones a los médicos de atención primaria» (con cierta influencia en los médicos cuyo empleo es precario, contratados e interinos, y poca en los médicos funcionarios); el «control de los talonarios de recetas»

(otro modo de presionar al médico de efectos contraproducentes: penaliza los fármacos baratos, al darles ante el médico el mismo valor —una receta— que los caros, desanima la competencia por el precio y fomenta el uso de envases grandes más costosos); las «listas negativas» (siempre de resultados débiles, muy temporales y con el riesgo del «efecto rebote» debido a la sustitución de los medicamentos excluidos por otros más caros; el ruido social que ha originado la reciente segunda «lista» sólo puede explicarse por la manipulación partidista); la «participación del usuario» (minada por la exención de los pensionistas, que generan el 66 por 100 de las recetas y el 75 por 100 del gasto); la «reducción de los márgenes de distribuidores y de farmacéuticos» (medida de una sola aplicación y que no afecta al consu-

mo), y los «pactos con la industria» (contraproducentes también; su fin real es asegurar el desorden: el dinero que transfiere la industria no es, de hecho, más que un canon de mantenimiento del *statu quo*, un descuento que impide al gobierno emprender acciones efectivas de contención, y además es abonado en un 35 por 100 por el Estado, con menores ingresos en el impuesto sobre beneficios de las sociedades).

b) Prescinde de casi todas las medidas de contención de eficacia probada en otros países, como el «presupuesto indicativo» (una cantidad previamente fijada como referencia, no como límite riguroso, que el médico general debe procurar que no supere el coste de los fármacos recetados durante un período de tiempo); el «presupuesto

CUADRO N.º 2

**GASTO SANITARIO PÚBLICO, GASTO FARMACÉUTICO PÚBLICO Y PIB  
1990-1997 (En millones)**

	1990	1997	Porcentaje de incremento
GASTO SANITARIO PÚBLICO (a) .....	2.171.000	3.592.000	65,4
<b>GASTO FARMACÉUTICO PÚBLICO</b>			
En farmacias (b) .....	419.971	856.472	103,9
En farmacias y hospitales (c) .....	472.467	963.531	
<b>PORCENTAJE GASTO FARMACÉUTICO / GASTO SANITARIO</b>			
En farmacias .....	19,34	23,84	23,3
En farmacias y hospitales .....	21,76	26,83	
<b>PORCENTAJE GASTO FARMACÉUTICO / PIB</b>			
En farmacias .....	0,84	1,12	33,3
En farmacias y hospitales .....	0,94	1,26	

NOTAS:

(a), (b) y (c) ver notas en cuadro n.º 1.

CUADRO N.º 3

**GASTO PÚBLICO EN FARMACIAS (O POR RECETAS) / GASTO SANITARIO PÚBLICO  
(En millones)**

AÑOS	Gasto sanitario público (a)	Gasto público en farmacias (b)	Porcentaje gasto público en farmacias s/ gasto sanitario público
1990 .....	2.171.000	419.971	19,34
1991 .....	2.475.000	491.616	19,86
1992 .....	2.756.000	565.027	20,50
1993 .....	2.933.000	609.398	20,76
1994 .....	2.982.000	643.701	21,58
1995 .....	3.256.000	717.972	22,05
1996 .....	3.526.000	800.648	22,71
1997 .....	3.592.000	856.472	23,84

NOTAS:

(a) y (b) ver notas en cuadro n.º 1.

global» (previsión que enlaza el gasto farmacéutico y los salarios de los médicos, de modo que el déficit en la partida de medicamentos se cubre con una disminución igual en la de honorarios); las «referencias médicas» (ciertas directrices de prescripción de obligado cumplimiento para el médico); la «cláusula de economía sanitaria» (antes de ser autorizada la financiación pública de un nuevo fármaco, éste debe demostrar un valor socioeconómico

superior a los similares existentes en el mercado), etcétera.

c) Desvirtúa aquellas medidas útiles que el apremio de la situación obliga a introducir, siquiera para «hacer que se hace». Así ha ocurrido con los «medicamentos genéricos» y los «precios de referencia», dos claras muestras de lo que los americanos llaman *regulatory capture*: cuando la normativa legal protege menos los intereses del consu-

midor que los beneficios de la industria que regula.

Los «genéricos» en España han nacido (2) maniatados por absurdos requisitos, únicos en el mundo: son muy pocos en número, y el procedimiento para su registro es lento y, al decir de muchos, está oficiosamente cerrado para aquellos «genéricos» que propongan un precio más bajo del 25 por 100 del que tiene el fármaco original. (De ser así,

el Ministerio de Sanidad y Consumo estaría haciendo un raro ejercicio de administración del dinero público: reprimir la baja de precios de medicamentos que el Sistema paga, e impedir, por tanto, posibles ahorros en el gasto público y coartar la competencia por el precio en el mercado farmacéutico. En Estados Unidos y en el resto de Europa, los precios de los genéricos son a menudo inferiores en un 40 por 100 y más a los de los fármacos con marca). También la función moderadora de los «precios de referencia» (o precios/techo que el Sistema paga) ha sido aquí desbaratada (3). Fuera de nuestras fronteras —en Alemania—, se establecen «precios de referencia» en tres grupos de medicamentos: 1) aquellos con idénticos principios activos (fármacos originales y sus copias, los genéricos, cuyos precios son habitualmente los de referencia); 2) medicamentos con principios activos farmacológica y terapéuticamente comparables, y 3) los que producen efectos terapéuticos semejantes. En España se excluyen los grupos 2) y 3), los más nutridos, y únicamente se aplicarán en el primero, de modo que el alcance de los «precios de referencia» —la competencia por el precio que introducen— queda restringido al escasísimo número de fármacos genéricos. Utilidad casi nula.

Esta manifiesta situación de consentido crecimiento fácil, sin trabas reales, del gasto farmacéutico público en España no parece, sin embargo, que haya sido percibida por la Subcomisión. Ni tampoco la urgente necesidad de modificar tal estado de cosas para aminorar el notable desequilibrio financiero que sufre el Sistema y amenaza su futuro. Porque las recomendaciones que hace la Subcomisión son débiles, burocráticas en su mayor parte, sólo tangenciales al control del gasto, y hasta mal expresadas. No responden, ni mucho menos, a la gravedad del asunto. En forma resumida, la Subcomisión propone:

- «Progresiva separación entre registro y financiación por el Sistema Nacional de Salud de las nuevas especialidades y regular la financiación selectiva (determinadas indicaciones) en algunos medicamentos».

- «Promover los medicamentos genéricos e implementar los precios de referencia».

- «Mejorar los instrumentos de gestión mediante la identificación de los datos del paciente»... y «con incentivos e instrumentos de gestión (para el médico), tales como el establecimiento de presupuestos farmacéuticos en cada unidad asistencial».

- «Modificación de la Ley del Medicamento regulando la facultad de sustitución de especialidades por los farmacéuticos teniendo en cuenta los «precios de referencia» y la libertad de prescripción facultativa sobre principios activos y no sobre especialidades».

- «Mayor compromiso (de las farmacias) en los programas de uso racional del medicamento y control del gasto».

- «Escalonar los márgenes de farmacia según el precio del medicamento»... en «una cuantía atribuible al acto profesional de la dispensación».

No hay más. La Subcomisión omite, al igual que los gobiernos, todas las medidas de reconocida eficacia comentadas en párrafos anteriores (presupuesto indicativo, presupuesto global, etc.), únicos hilos resistentes para tejer una red útil de contención. Como se ve, las recomendaciones de la Subcomisión configuran un programa de consejos superficiales, un mal programa. En efecto:

a) La propuesta de «separación progresiva entre registro y financiación por el SNS de las nuevas especialidades» no conduce a nada por sí misma (¿para qué se-

pararlos?, ¿por qué de manera progresiva y no completa e inmediata?), y, además es, de hecho, innecesaria desde 1993, cuando la primera «lista negativa» abrió la vía de exclusión de determinados medicamentos del pago con dinero público; la recomendación apropiada para encauzar el flujo de nuevos fármacos hubiera sido la de establecer la «cláusula de economía sanitaria»; respecto al consejo de fraccionar la financiación por indicaciones en algunas especialidades no se advierten beneficios, y sí muchas complicaciones.

b) «Promover los genéricos e implantar los precios de referencia» resulta un consejo casi irónico bajo la jurisdicción de una normativa aprobada varios meses antes del Acuerdo, que desmanteló en la práctica ambas medidas; aquí, la única propuesta sería que cabe, a mi entender, es la de abolir la regulación actual y hacer otra acorde con las de los demás países desarrollados.

c) La «mejora de los instrumentos de gestión mediante la identificación de los datos del paciente», algo así como la utilización del enfermo para ejercer una mayor presión burocrática sobre el médico, ya empleada por el Insalud (Terminal de Identificación de Pacientes, TAIR), rompe la confidencialidad de la historia clínica, ha sido mal acogido por los médicos y, al margen de su dudoso provecho, probablemente infringe la Ley Orgánica de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos de Carácter Personal de 1992.

d) La sugerencia de fijar «incentivos al médico relacionados con un presupuesto farmacéutico» por unidad asistencial también repite lo que ya se hace, sin que por ello haya cedido el gasto, pero podría tener sentido en caso de entenderse como un primer paso hacia la implantación del «presupuesto indicativo».

e) Las tres últimas recomendaciones —«sustitución de especialidades por el farmacéutico», «mayor compromiso (del farmacéutico) en el uso racional del medicamento y control del gasto», «escalonar los márgenes según precios»—, que consideran a la farmacia, chocantemente, como potencial

centro moderador del gasto en medicamentos, no pasan de simples variaciones administrativas con cierto punto de ingenuidad.

En fin, un programa vacío. El Acuerdo, ciertamente, no hace, en su epígrafe 4, a mi juicio, ningún favor al Sistema Nacional de Salud.

#### NOTAS

(1) «Acuerdo de la Subcomisión de Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, aprobado a su vez por la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados en su sesión del 21 de octubre de 1997». Madrid, mimeo.

(2) Ley del Acompañamiento de los Presupuestos del Estado de 1997.

(3) Ley de Acompañamiento antes citada.