

# El consumo de medicamentos: políticas y pacto social

(Consumption of drugs: policies and social pact)

**E**l consumo de medicamentos genera un alivio en los pacientes pero tiene su contrapartida en la carga económica que ha de soportarse, principalmente desde los presupuestos públicos. Estas características, junto con otras derivadas de su seguridad, han llevado a que tales bienes sean objeto de numerosas regulaciones administrativas y a que la sociedad esté muy sensibilizada por las políticas públicas que afecten a su consumo.

En primer lugar, y dado que desde diferentes foros se ha venido mencionando con cierta insistencia que el consumo de medicamentos en España es excesivo, merece la pena presentar las cifras referentes a este mercado y valorar si tales aseveraciones están fundadas. Seguidamente, tras reseñar algunos datos que enmarcan la situación desde una perspectiva económica, se comentarán las políticas o medidas de regulación que pueden implicar un cambio cultural importante al modificar las reglas del juego de las últimas décadas.

## El mercado

En economía se entiende por mercado un conjunto de precios y de cantidades, o bien la relación entre los ofertantes y demandantes dando lugar a las transacciones. En este orden de ideas, el consumo de medicamentos con prescripción o con receta médica de la Seguridad Social se situó, en 1999, en torno al billón de pesetas. Si se añade el consumo de fármacos OTC (que no precisan receta) y el de otras mutuas públicas (Muface, Isfas, Megeju), tal cifra asciende a 1,3 billones, y a aproximadamente 1,5 billones al incluir una estimación (según Costas<sup>1</sup>) del consumo hospitalario de fármacos; en conjunto, casi un 2% del PIB.

En términos relativos, el consumo *per capita*, en 1998, fue de unas 33.500 pesetas (excluidos los medicamentos de uso hospitalario)<sup>2</sup> lo cual situó a España en consumos parecidos a los de Dinamarca, Grecia, Italia, Irlanda, Portugal, Suecia (que superan esa cuantía en menos de 4.000 ptas.) y mayores que los del Reino Unido. Sólo Alemania, Austria y Francia registraron consumos *per capita* superiores en 10.000 ptas. a los de España. Además, la proporción del gasto farmacéutico dentro de los presupuestos sanitarios, un 25%, también es mayor que el 10-15% destinado en los otros países europeos (a excepción de Grecia y Por-

tugal)<sup>3</sup>. En la actual década, los incrementos anuales del consumo han sido en términos medios superiores al 10%, valor mayor al de cualquier otra partida de los presupuestos sanitarios<sup>4</sup>.

El precio medio ponderado es de unas 1.200 ptas. por envase, siendo España junto con Francia los dos países de precios menores. Por ejemplo, Holanda y Alemania tienen precios medios por envase cercanos a las 2.600 ptas. Lo cual, como podemos apreciar, refuerza la idea de que el consumo real de fármacos es más elevado que en los países del entorno, ya que al ser el valor *per capita* del consumo agregado similar al de los otros países, con unos precios medios por envase más reducidos, se sigue que el número de envases *per capita* ha de ser necesariamente mayor (habida cuenta de que el tamaño de los envases no presenta grandes diferencias entre países). Además, el precio medio de los medicamentos está llamado a subir continuamente ya que los nuevos productos incorporan más investigación que los anteriores y cada vez va a ser más difícil que la Administración Pública autorice precios inferiores a los del entorno europeo porque tal regulación potenciaría las importaciones paralelas.

La oferta, medida por el número de especialidades farmacéuticas incluidas en el catálogo vigente, es elevada, unas 7.900, únicamente superada por Alemania que dispone de unas 9.400. Gran parte de los países de la UE disponen de menos de 4.000<sup>4</sup>, lo cual puede darnos una idea de la gran dispersión de productos que existe o del elevado número de productos similares para una misma indicación. Una de las razones para el elevado número de los incluidos en el catálogo español es la política de patentes de proceso, vigente hasta 1992. Desde entonces, mediante la nueva patente de producto, se registra el principio activo que dará lugar, después, a la especialidad farmacéutica que podrá venderse en un régimen de monopolio durante los 20 años de vida teórica de la patente (en la práctica, el lapso de tiempo desde la inscripción del principio activo hasta que se comienza a comercializar el producto es de unos 10 años —ya que deben desarrollarse tales principios hasta elaborar el fármaco y llevarse a cabo los consiguientes ensayos clínicos— y, por tanto, el período se ve acortado a casi la mitad).

En cuanto a la vertiente de la demanda, los medicamentos suelen consumirse por indicación expresa de una tercera persona que conoce la relación entre el estado de salud del paciente y la respuesta previsible que

se espera de su administración. Esta tercera persona, el agente (en términos económicos) aconseja, prescribe, pero no paga ni consume el fármaco directamente. En España, por ejemplo, cada médico de atención primaria, en promedio, prescribe anualmente por un valor de unos 34 millones de pesetas, detectándose grandes diferencias sin aparentes causas. El 57% del presupuesto de la Atención Primaria se destina al consumo de fármacos, proporción mayor que en los países de nuestro entorno. Los pensionistas, un 17% del total de la población, consumen el 76% de los medicamentos prescritos. Por otro lado, la participación del usuario o el pago directo del consumidor en el coste de los fármacos con prescripción (el 40% para los no pensionistas o el 30% tanto para los activos como pensionistas de MUFACE, por ejemplo) cuando se considera de forma agregada constituye, tan sólo, un 7,9% del total consumido en 1998, con una tendencia a la baja, siendo el valor inferior al de los países de nuestro entorno.

Como resumen de lo anterior, puede decirse que España es un gran consumidor de medicamentos medido en número de envases *per capita* y en valor. También resalta que a dicho consumo van destinadas proporciones elevadas del gasto sanitario público y que de la atención primaria de la salud, el consumo de dichos productos suponga más de la mitad de los presupuestos. Además, haciendo una valoración breve y quizás algo simplista, las tendencias naturales del consumo son crecientes debido a los precios más altos a los que se espera que se autoricen los nuevos productos y al aumento en el número de pensionistas, destinatarios principales de estos productos.

---

### Vías de avance

Hasta el presente, y desde antaño, ha habido políticas encaminadas a la contención del gasto farmacéutico cuyo importe se ha tildado de elevado (recuerdo haber leído una Memoria del antiguo INP, de 1959, en el que ya se mostraba preocupación por este fenómeno). Tales políticas intentaban autorizar precios bajos, facilitar la introducción de productos similares (mediante las patentes de proceso, quizás con la esperanza de que hubiese mayor competencia), y elevar paulatinamente las aportaciones del paciente para disminuir la carga pública. La industria, los distribuidores, los médicos y los consumidores se han ido adaptando a esta situación y sólo los gestores sanitarios, los vigilantes de las cuentas públicas y algunos ciudadanos preocupados por esas variables observan el proceso con inquietud. Sin embargo, las mencionadas políticas están agotadas por haber cambiado los contextos: la autorización de nuevos productos con precios sensiblemente inferiores a los

de los otros países de la UE ya no es posible y tiende a haber una aproximación a los precios medios europeos; los medicamentos nuevos con patente no admiten durante un largo período (20 años, en teoría) otros competidores; y no parece aconsejable, en términos económicos, sanitarios y políticos, subir con carácter general la aportación del usuario.

Las nuevas fórmulas, que se adaptarían al contexto dibujado en la primera parte, tampoco son soluciones universales y es posible que no contenten a casi ninguna de las partes en juego. Sin embargo, tienen la virtud de introducir un cambio cultural que está llamado a dar sus frutos, en un futuro, sin resquebrajar la estructura cristalizada con los años y permitir que la política sanitaria pública siga siendo viable. Concretamente, me gustaría enfocar la reflexión en torno a las siguientes posibilidades: financiación selectiva de medicamentos, precios de referencia, genéricos, e incentivos a médicos o, con carácter más amplio, la presupuestación de centros sanitarios.

Muy brevemente, por las limitaciones de espacio y aun a riesgo de ser impreciso, comentaré algunos aspectos de estas propuestas. La *financiación selectiva de medicamentos* ha sido empleada, últimamente, en dos ocasiones para excluir sendas listas de fármacos ya antiguos. Los efectos económicos sobre el gasto farmacéutico y el sistema sanitario son poco concluyentes: por cierto, valdría la pena, si ha lugar otra vez, diseñar, parejo a los decretos de exclusión de la financiación pública, un sistema de seguimiento para conocer con fiabilidad el logro de los resultados perseguidos. Sin embargo, a pesar de existir un marco legal preciso que permite decidir sobre la financiación pública de cada nuevo fármaco registrado, de una manera individualizada, se ha empleado en pocas ocasiones para la exclusión de algún producto —Viagra, uno de los más significativos— y no con otros «fármacos nuevos» (más bien pseudo-innovaciones en numerosos casos) pero de precios más elevados. La aplicación de esta medida puede ser drástica para los laboratorios, en ciertas ocasiones, pero los precios de referencia (a los que me referiré más adelante), aplicados en un sentido amplio, podrían paliar los efectos de una exclusión total.

Los *medicamentos genéricos*, aunque propiamente no podrán aplicarse en España hasta el año 2012 —por existir las patentes de producto, vigentes durante 20 años, desde 1992— se han comenzado a introducir para aquellos productos cuya patente internacional está caducada. Los genéricos suelen introducirse en los mercados para aquellos fármacos de probada eficacia y seguridad y de alto consumo; además se ha de demostrar que son idénticos en su composición y efectos. Su precio suele ser significativamente inferior, hasta de un 50%, del precio del producto líder. En España, se han autorizado 55 productos genéricos<sup>5</sup> (enero de 2000) pero su cuota de

mercado es muy reducida, un 1,7% del total del gasto público farmacéutico. En otros países superan ampliamente el 15%. Hasta la fecha, sin una práctica de prescribir la denominación genérica —generalmente los médicos recetan el nombre de fantasía o de marca, lo cual no obedece a su formación farmacológica recibida, basada fundamentalmente en la genérica— y sin una regulación para que la oficina de farmacia sustituya el de mayor coste por el genérico —ya que los ingresos son función directa del precio del envase—, su empleo está llamado a ser simbólico. En el caso de que los genéricos alcanzasen el 10% de las recetas, empleando una aproximación propuesta por Lobo<sup>6</sup>, el ahorro estimado sería de unos 50.000 millones de ptas. al año; una cantidad apreciable, que ha de servir para reflexionar acerca de las medidas que habría que introducir para su fomento.

Los *precios de referencia*, consistentes en establecer ciertos precios para grupos de productos fijando así el límite del valor que sería financiado desde las arcas públicas siendo el resto pagado por el consumidor, son otra de las nuevas políticas enmarcadas en la nueva situación. Los precios de los medicamentos en la UE tienden a su igualación por las restricciones del mercado único; sin embargo, las políticas de bienestar social todavía dependen de las diferentes administraciones públicas y responden a diferentes criterios políticos. De esta forma, el instrumento de los precios de referencia permite graduar la política social en función de múltiples objetivos sin interferir con el mercado único. Mediante su empleo, la administración pública conciliaría el mantenimiento del bienestar social permitiendo el acceso gratuito de la población a los tratamientos farmacéuticos, con la libertad propia de cualquier comprador que elegiría, a igualdad de condiciones, lo más barato sin tener por qué pagar un sobreprecio. Esta medida podría aplicarse con independencia de la situación de los pacientes —activos o pensionistas— sin menoscabo de la política general de bienestar. Puesto que el establecimiento de tales precios admite diferentes formas (véase Lobo<sup>6</sup> y Puig<sup>7</sup>), dependiendo del criterio farmacéutico de bioequivalencia, conviene ser muy cuidadoso con la forma de su introducción y analizar los casos especiales que podrían darse entre los laboratorios; pero el camino, sin ser la panacea, es prometedor ya que modificaría los comportamientos tendentes a desviar al sistema de la eficiencia general por parte de todos los implicados en el consumo de los fármacos. Además, esta política puede emplearse de forma complementaria con las anteriores. De nuevo, la repercusión en los presupuestos públicos de esta medida es difícil de precisar, pero habría que aspirar a que al menos lograrse una reducción del gasto farmacéutico en torno al 5-10% para que fuese interesante su implantación, habida cuenta de los costes intangibles de información que conllevaría.

La última de las medidas sugeridas, los *incentivos a los prescriptores*, generalmente incluida en un término más amplio como es el de la presupuestación de los centros sanitarios, es otro instrumento de política sanitaria que puede servir, de manera más local, para propiciar el cumplimiento de objetivos. (En el mundo empresarial es frecuente relacionar el establecimiento de nuevos objetivos con un esquema de incentivos vinculados con su logro.) Recuérdese que, hasta hace bien poco, el modelo de gestión de las instituciones sanitarias de carácter más bien administrativo no facilitaba ni fomentaba el empleo de nuevos instrumentos de gestión. Con la institucionalización de los nuevos equipos de gerencia y su profesionalización tales posibilidades quedan abiertas.

Así como las anteriores medidas eran de implantación general, ésta admite diferentes versiones según las administraciones autonómicas con transferencias sanitarias. Las experiencias habidas han sido diseñadas de forma excesivamente estándar dentro de sus ámbitos geográficos y sus resultados son poco concluyentes cuando no insignificantes. Sería interesante potenciar aplicaciones más locales y restringidas a unos pocos centros, seguir de cerca los comportamientos de los médicos y pacientes (no romper la relación de confianza que ha de haber entre médico y paciente porque éste llegue a pensar que no actúa como «su mejor agente» al buscar otras compensaciones...), ligar estas actuaciones con las de uso racional del medicamento, y diseñar medidas adaptadas a las peculiaridades de los grupos participantes. El marco legal actual permite tales políticas y, de nuevo, vale la pena intentarlo.

En cualquier caso, sopesando los distintos elementos que configuran este mercado, sería útil plantear un pacto social o un acuerdo colectivo para buscar una forma de progresar como sociedad disponiendo de alivios para las nuevas enfermedades a un coste razonable y evitando excesos de consumo que puedan ser innecesarios y contraproducentes para la salud. En este sentido, tal pacto social debería llevar a que los ofertantes aceptasen más fácilmente los genéricos sin ejercer tantas presiones sobre la administración pública (al igual que existen en otros países europeos), que se desarrollasen los precios de referencia debidamente, que los prescriptores entendiesen que además de médicos interesados esencialmente por la salud de sus pacientes son agentes de un sistema público y que han de velar por las finanzas de todos, que el control y las guías terapéuticas desde las áreas de salud no son caprichos de los gestores y, que sobre todo, los pacientes como consumidores y pagadores de impuestos comprendan que no es mejor médico quien más prescribe, que las consultas no han de tener necesariamente por final «un triunfo» en forma de receta y que hay que consumir los fármacos con cuidado.

Lo difícil es «ponerle el cascabel al gato»; en cualquier caso, y a modo de reflexión, frecuentemente hemos observado que con medidas drásticas introducidas sin una campaña informativa previa y sin acuerdos entre las partes implicadas no se obtienen más que efectos secundarios y no deseados. Seguramente, pueden intentarse otras vías.

Agradezco a Jaume Puig sus comentarios a la primera redacción de este texto.

**Fernando Antoñanzas Villar**  
*Dpto. de Economía y Empresa*  
*Universidad de La Rioja. Logroño*  
*fernando.antonanzas@dee.unirioja.es*

---

#### Bibliografía

1. Costas E. El gasto farmacéutico público y el acuerdo de la Subcomisión: una nota. *Papeles de Economía Española* 1998;76:141-7.
  2. Insalud. Indicadores de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Volumen anual y resumen de facturación de recetas médicas. Madrid: INSALUD; 1998.
  3. OCDE. Health data; 1998.
  4. Anuario de la Sanidad y del Medicamento en España. El Médico. 1999;712- Sup.
  5. El PAÍS, 4-1-2000, pág. 30. Citando al Ministerio de Sanidad y Consumo y Vademécum Internacional, ed. 1999.
  6. Lobo F. La creación de un mercado de genéricos en España. En: G. López y D. Rodríguez (eds). «La regulación de los servicios sanitarios en España». Civitas, 1997:393-435.
  7. Puig J. Regulación y competencia de precios en el mercado farmacéutico: mercado de medicamentos en España. *Papeles de Economía Española* 1998;76:96-112.
-