

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

**FACULTAD DE FARMACIA
DEPARTAMENTO DE FARMACIA Y TECNOLOGÍA
FARMACÉUTICA**



TESIS DOCTORAL

**MEDIDAS DE CONTENCIÓN
DEL GASTO FARMACÉUTICO.
IMPACTO EN UN ÁREA SANITARIA
DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

BELÉN TARAVILLA CERDÁN

Directores:

**María del Carmen Francés Causapé
Gonzalo Escribano Francés**

Madrid, 2010

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE FARMACIA
DEPARTAMENTO DE FARMACIA Y TECNOLOGÍA
FARMACÉUTICA

MEDIDAS DE CONTENCION
DEL GASTO FARMACÉUTICO.
IMPACTO EN UN ÁREA SANITARIA
DE LA COMUNIDAD DE MADRID

TESIS DOCTORAL

BELÉN TARAVILLA CERDÁN

MADRID, 2010

A mis padres

Agradecimientos

En primer lugar quiero expresar mi agradecimiento a la Profesora Dra Dña. Irene Teresa Molina Martínez, Directora del Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica, por las facilidades dadas para la realización de esta Tesis Doctoral.

El presente trabajo de Tesis Doctoral debe lo mejor que pueda ofrecer a la orientación, sugerencias y estímulo de sus Directores, la Profesora Dra. Dña M^a del Carmen Francés Causapé y al Profesor Dr. D. Gonzalo Escribano Francés, quienes han conducido la investigación con talante abierto y generoso e inmejorable disposición.

Debo agradecer de manera especial y sincera a la Dra. Francés por aceptar la presentación de esta Tesis Doctoral bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta Tesis, sino también en mi formación como investigador.

Al Dr. Escribano le debo entre otras cosas, su punto de vista siempre acertado en la redacción de esta investigación. No cabe duda que su dirección ha enriquecido el trabajo realizado.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la Dra. Isabel del Cura González, por su paciencia, disponibilidad y generosidad para compartir su experiencia como investigadora. Ella juzgó un primer borrador de esta Tesis aportando valiosas observaciones y correcciones que he procurado atender en la medida de lo posible.

Gran parte de esta investigación ha sido factible gracias a la información facilitada por la Directora Gerente del Área 9 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, durante los años 2004-2009, Dña. M^a Luisa Illescas Sánchez, a quien manifiesto mi gratitud por su actitud generosa y paciente.

He de agradecer asimismo la ayuda de Beatriz Medina Bustillo, mi amiga incondicional a la que quiero y admiro, que atendió con extrema amabilidad mis consultas y dudas y me animó y acompañó desde el primer momento de este trabajo aportándome su alegría y no dejándome vencer por el desánimo.

También quiero expresar mi gratitud a todos los compañeros que en distintos momentos de esta investigación me han aportado su consejo y ayuda para la obtención de los datos de este trabajo.

Y, por supuesto, el agradecimiento más profundo y sentido va para mi familia. Sin su apoyo habría sido imposible llevar a cabo esta dura empresa. Especialmente a Javier al que le debo entre otras cosas su orientación no sólo en la redacción de este trabajo sino especialmente en mi vida personal.

A mi padre, a mi hermana Estrella, a mi cuñado Rafael y a mis sobrinos Lucía y Juan por su apoyo en estos años de trabajo.

ÍNDICE

0. INTRODUCCIÓN	Página 7
0.1. GASTO FARMACÉUTICO. ESTADO DE LA CUESTIÓN	Página 8
0.2. OBJETIVOS	Página 14
0.3. METODOLOGÍA	Página 16
0.3.1. ESTRUCTURA	Página 18
0.4. ABREVIATURAS	Página 20

PRIMERA PARTE: EL GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

CAPITULO I EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

I.1 El Sistema Nacional de Salud. Cobertura poblacional	Página 25
I.2 Trece años de Gasto Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud (1993-2005)	Página 31
I.3 Indicadores de calidad de prescripción farmacológica	Página 38
I.4 Factura farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud en los años 2004 y 2005	Página 44

CAPITULO II: MEDIDAS IMPULSADAS POR LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PARA LA CONTENCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

II.1 MEDIDAS APLICADAS EN 1993	Página 57
II.1.1 Ley 37/92 de 28 de diciembre del Impuesto sobre el valor añadido	Página 57
II.1.2 RD 83/93 de 22 de enero por el que se regula la selección de medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud	Página 57
II.1.3 Incremento de la aportación reducida del beneficiario	Página 61

II.1.4	Reducción de precio de comercialización de las especialidades farmacéuticas	Página 61
II.1.5	Programa de Uso Racional del Medicamento en Atención Primaria del Instituto Nacional de la Salud	Página 62
II.2	MEDIDAS APLICADAS EN 1994	Página 76
II.2.1	Acuerdo con Oficinas de Farmacia sobre la facturación total a la Seguridad Social	Página 76
II.2.2	Orden de 19 de octubre de 1994 sobre el incremento de la aportación reducida del beneficiario	Página 76
II.3	MEDIDAS APLICADAS EN 1995	Página 77
II.3.1	Ley 40/94 del 30 de diciembre.- Incremento del Impuesto del Valor Añadido	Página 77
II.3.2	Orden 18 de octubre de 1995.- Incremento de la aportación reducida del beneficiario	Página 78
II.4	MEDIDAS APLICADAS EN 1996	Página 78
II.4.1	Real Decreto 9/1996 de 15 de enero, por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación, suministro y dispensación	Página 78
II.5	MEDIDAS APLICADAS EN 1997	Página 79
II.5.1	Ley 13/96 del 30 de diciembre.-Modificación Ley del Medicamento	Página 79
II.5.2	Reducción de los márgenes de distribución mayorista	Página 90
II.5.3	Reducción de los márgenes de la Oficina de Farmacia	Página 91
II.6	MEDIDAS APLICADAS EN 1998	Página 92
II.6.1	Ley 66/97 de 30 de diciembre de modificación de la Ley del Medicamento	Página 93
II.6.2	Real Decreto 1663/1998 de 24 de julio de financiación selectiva de los medicamentos	Página 93
II.7	MEDIDAS APLICADAS EN 1999	Página 95
II.7.1	Real Decreto-Ley 6/99 de 16 de abril	Página 95
II.7.2	Real Decreto 1035/99 de 18 de junio	Página 96
II.7.3	Real Decreto- Ley 12/99 de 31 de julio	Página 98

II.8	MEDIDAS APLICADAS EN 2000	Página 100
II.8.1	Real Decreto-Ley 5/2000 de 23 de junio	Página 100
II.8.2	Orden de Precios de Referencia	Página 102
II.9	MEDIDAS APLICADAS EN 2001	Página 104
II.9.1	Resoluciones del 18 de julio de 2001 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la revisión de precios de especialidades farmacéuticas	Página 104
II.10	MEDIDAS APLICADAS EN 2002	Página 105
II.11	MEDIDAS APLICADAS EN 2003	Página 106
II.11.1	Márgenes correspondientes a la dispensación	Página 106
II.11.2	Orden Ministerial de Precios de Referencia	Página 107
II.12	MEDIDAS APLICADAS EN 2004	Página 109
II.12.1	Revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas	Página 109
II.13	MEDIDAS APLICADAS EN 2005	Página 112
II.13.1	La Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos	Página 112
II.14	OTRAS MEDIDAS	Página 119

SEGUNDA PARTE: EL GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

CAPITULO III: EVOLUCION DEL GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

III.1	Datos demográficos de la Comunidad de Madrid	Página 125
III.1.1	Población total empadronada	Página 125
III.2	Del Instituto Nacional de Salud al Servicio Madrileño de la Salud	Página 127
III.3	Evolución del Gasto Farmacéutico en la Comunidad de Madrid	Página 132
III.3.1	Gasto Farmacéutico en la Comunidad de Madrid en los años 2004 y 2005	Página 135
III.3.2	Población y actividad asistencial	Página 141

TERCERA PARTE: EL GASTO FARMACÉUTICO EN EL ÁREA 9 DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID _____ Página 146

CAPITULO IV: EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO EN EL ÁREA 9 DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID _____ Página 147

IV.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA 9 DE LA COMUNIDAD DE MADRID _____ Página 148

IV.1.1 Descripción geográfica _____ Página 148

IV.1.2 Equipos de Atención Primaria que configuran el Área 9 de la Comunidad de Madrid _____ Página 149

IV.2 SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ANTECEDENTES _____ Página 152

IV.2.1 Sistemas de Información de prescripción farmacéutica en el Área 9 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid _____ Página 155

IV.3 CONTRATO DE GESTION _____ Página 157

IV.4 CONSUMO FARMACÉUTICO EN EL ÁREA 9 DE LA COMUNIDAD DE MADRID (2001-2005) _____ Página 158

IV.4.1 Gasto Farmacéutico _____ Página 158

IV.4.1.1 Presupuesto consumido _____ Página 158

IV.4.1.2 Evolución del gasto farmacéutico _____ Página 159

IV.4.2 Indicadores del consumo farmacéutico _____ Página 160

IV.4.2.1 Cuantitativos _____ Página 160

IV.4.2.2 Cualitativos _____ Página 165

CAPITULO V: MEDIDAS LOCALES DE CONTENCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO LLEVADAS A CABO POR LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA 9 DE LA COMUNIDAD DE MADRID _____ **Página 171**

V. 1 Elaboración de Protocolos y pautas farmacoterapéuticas _____ **Página 174**

V.2 Transmisión de información sobre medicamentos a los profesionales sanitarios _____ **Página 176**

V.2.1. Definición y objetivos de los Boletines Farmacoterapéuticos.

Requisitos de los Boletines Farmacoterapéuticos _____ **Página 177**

V.2.2. Hojas de evaluación de medicamentos _____ **Página 179**

V.2.3. Revisiones farmacoterapéuticas _____ **Página 182**

V.3. Información sobre la medicación a los pacientes, seguimiento de los tratamientos y farmacovigilancia _____ **Página 186**

V.4. Colaboración con los Hospitales y Servicios de Atención Especializada _____ **Página 187**

V.5. Impulso y participación en la educación de la población sobre medicamentos, su empleo racional y la prevención de su abuso _____ **Página 187**

V.6. La custodia y correcta conservación de los medicamentos a su cargo _____ **Página 191**

V.7. La dispensación de medicamentos a los pacientes por un farmacéutico o bajo su supervisión, con plena responsabilidad profesional y de acuerdo con la prescripción, o según las orientaciones de la ciencia y el arte farmacéutico en el caso de los autorizados sin receta, informándoles, aconsejándoles e instruyéndoles sobre su correcta utilización _____ **Página 192**

V.8. Otras actividades relacionadas con el Uso Racional del Medicamento _____ **Página 192**

V.9. Consumo Farmacéutico _____ **Página 197**

VI. RESULTADOS	Página 200
VII. CONCLUSIONES	Página 217
VIII. FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA	Página 222
VIII.1. Fuentes legislativas	Página 223
VIII.2. Bibliografía	Página 227
VIII.3. Páginas web	Página 232
IX. ANEXOS	Página 233
IX.1 Índice de tablas	Página 234
IX.2 Índice de gráficos	Página 237

0. Introducción

0.1. GASTO FARMACEUTICO. ESTADO DE LA CUESTIÓN

El artículo 43 de la Constitución Española (CE) de 1978 reconoce el derecho a la protección de la salud y atribuye a los poderes públicos la competencia para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, estableciendo al mismo tiempo que los derechos y deberes de todos los ciudadanos al respecto constituyen reserva de ley, lo que implica que el contenido del derecho a la protección de la salud ha de ser fijado por el legislador ordinario, en el marco de competencias que corresponden al Estado y a las Comunidades Autónomas (CCAA) de acuerdo con la distribución constitucional (artículos 148.1.21, y 149.1.16 y 17) y con lo que establezcan en cada caso los respectivos Estatutos de Autonomía¹.

El desarrollo y la regulación general de este derecho, es el objeto fundamental de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. Dichas Leyes, junto con la Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local² forman parte del sistema normativo de la sanidad, que a su vez enlaza con diversos preceptos constitucionales y, en definitiva, con el conjunto del ordenamiento jurídico.

Marcando como objetivo una asistencia clínica de calidad, es indiscutible la importancia del uso racional de los medicamentos no sólo como objeto de evaluación y mejora sino como parte integrante de esa asistencia.

La **Prestación Farmacéutica** (PF) tiene un enorme peso presupuestario dentro de la Atención Primaria (AP). Además, su utilización adecuada tiene una enorme importancia para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria y el desarrollo de líneas

¹ *Constitución Española*.(1978). Aprobada por Las Cortes en sesiones plenarias del Congreso de los Diputados y del Senado celebradas el 31 de octubre de 1978. Ratificada por el pueblo español en referéndum de 6 de diciembre de 1978 y sancionada por S.M. el Rey ante Las Cortes el 27 de diciembre de 1978. Madrid, imprime Sucesores de Rivadeneyra S.A.

² Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local. BOE nº 80, 03-04-1985.

de **Uso Racional de los Medicamentos**³. Tal y como se señala en el capítulo correspondiente, la existencia de sistemas de información sobre prescripción hace posible el desarrollo de políticas del medicamento, lo que permite detectar los problemas del sistema farmacéutico establecido. De este modo, orienta a los gestores en sus prioridades hacia un uso eficiente, eficaz y seguro de los medicamentos. Además, contribuye a controlar el acceso a los mismos por parte de los pacientes, lo que posibilita detectar usos indebidos, contraindicados o fraudulentos. Finalmente, ayuda a establecer los recursos económicos (presupuestos) necesarios para poder contar con una adecuada prestación de servicios en el ámbito terapéutico. En definitiva, carecer de un buen sistema de información significa no alcanzar el objetivo deseado, es decir, una PF de calidad, segura y eficaz tal y como disponía en su momento el artículo 10 de la Ley del Medicamento⁴ y en la actualidad en la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios en su artículo 10⁵.

La definición de “Uso Racional de los medicamentos” fue formulada en la Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de los Medicamentos (Nairobi, 1985) y suscrita por la Asamblea de la Salud.

El **uso racional del medicamento** (URM) implica que se prescriba el medicamento adecuado, se dispense en las condiciones debidas y se tome a las dosis indicadas en los intervalos y durante el tiempo prescritos, todo ello al menor coste para el usuario y para la comunidad.

³ *Atención Primaria en el Insalud. Diecisiete años de experiencia* (2002) INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa.

Disponible en <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/capituloI.pdf>

⁴ Ley 25/1990 del Medicamento. BOE nº 306, 22-12-1990, p. 38228-38246, p. 38232.

⁵ Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. BOE nº 178, 27-07-2006, p. 28122-28165, p. 28129.

El crecimiento del Gasto Farmacéutico (GF) desde la década de los noventa del siglo pasado, se debe fundamentalmente al aumento del precio medio por receta unido al aumento en la prescripción a población pensionista.

Se han generado numerosos estudios sobre los factores condicionantes de la prescripción farmacéutica. Según la política de URM los objetivos se centran en la contención del GF manteniendo la calidad de la prescripción.

Es destacable el estudio elaborado por José Luis Perona, ex-secretario de Estado de Sanidad en 2007⁶. Este informe analiza la evolución del GF desde 1990 y concluye que la naturaleza de las medidas utilizadas para la moderación del GF es muy diversa; frente a la reducida importancia de algunas, como las modificaciones del tipo de copago o las revisiones de los precios de venta de los laboratorios (PVL), otras han significado modificaciones de relevancia, como el sistema de precios de referencia o los genéricos, incluso la financiación selectiva.

En términos económicos, los medicamentos son un bien público que generan externalidades no recogidas por el mercado. En consecuencia, la teoría económica justifica la intervención en este mercado a través de las medidas de política necesarias para corregir los fallos del mercado en su provisión.

Asimismo, la contención del GF preocupa a todos los países de la Unión Europea. Es en estos países donde se han establecido una serie de medidas como son la inclusión de medicamentos en listas negativas o exclusión de las positivas, la fijación de precios de referencia (PR), el fomento en la prescripción de genéricos o los acuerdos con la industria en cuanto a su control de beneficios⁷.

⁶ Perona Larraz J.L. (2007). *Mitos y paradojas de la sanidad en España. Una visión crítica*. Edita: Círculo de la Sanidad.

⁷ Calvo Alcántara M.J., Iñesta García A. (1999). Impacto de una estrategia de intervención en la prescripción de genéricos en un área de atención primaria. *Atención Primaria*. 23, 7:419-424.

La utilización de indicadores de calidad de prescripción permite evaluar la actividad prescriptora, si bien no es un instrumento que permita una evaluación concluyente, sí permite comparar la actividad de diversos centros y ésta con los estándares planteados en base a consideraciones farmacológicas, epidemiológicas y de práctica médica.

Tanto la elevada frecuencia de la utilización de recursos farmacológicos como su amplia extensión por la población justifican la importancia del medicamento en los valores culturales y sociales de nuestro entorno, reforzada por el elevado interés económico que el mundo del medicamento genera.

El **uso racional de los medicamentos** consiste en *maximizar los beneficios que se obtienen del uso de los medicamentos, minimizar los riesgos que comporta su uso, minimizar los costes que originan y tener en cuenta las preferencias del paciente con relación a los medicamentos elegidos*⁸.

En términos económicos se trata de mejorar la eficiencia en la asignación de recursos relacionados con el gasto farmacéutico.

Frecuentemente, el punto final tras el diagnóstico médico en la práctica general es la decisión sobre la elección de uno u otro medicamento⁹.

La prescripción de medicamentos constituye una parte integral del cuidado de la salud, representando esta alternativa un relativamente seguro, efectivo y barato modo de tratamiento. Por tanto, los programas de calidad de prescripción de medicamentos son hoy por hoy necesarios.

El GF público en España ha crecido en la última década a una tasa superior al gasto sanitario público y este diferencial de crecimiento es aún superior al

⁸ Iñesta García, A. (1996). Uso racional de los medicamentos en atención primaria, indicadores y estudios de intervención. *Ars Pharmaceutica*. 37, 2: 221-238.

⁹ Rokstad K., Straand J., Fugelli P. (1995). Can Drug treatment be improved by feedback on prescribing profiles combined with therapeutic recommendations?. A prospective, controlled trial in general practice. *Journal of Clinical Epidemiology*. 48, 8: 1061-1068.

experimentado por el producto interior bruto (PIB). Como consecuencia de esta evolución, la participación del GF sobre el gasto sanitario público ha crecido de forma constante en España en la última década, hasta alcanzar valores superiores al 20% del gasto sanitario en el año 2000.

Para conocer los motivos de este crecimiento progresivo del GF será necesario profundizar en los factores que afectan a cada una de estas dos variables: el volumen de medicamentos prescritos y los precios de los mismos.

En cuanto al volumen de medicamentos, el número medio de recetas por habitante ha aumentado en la última década en España, pero no de forma significativa (se ha pasado de 13,1 a 14,4 recetas por habitante y año). Por otra parte, la población española tampoco ha crecido de forma significativa en este periodo, aunque sí ha envejecido sustancialmente: la población mayor de 65 años ha pasado de suponer el 13,6% del total en 1990 al 16,8% en 2000. Es este segmento de la población el que realiza un mayor consumo de medicamentos.

Dado que el incremento de precios, el aumento de la población y el número de recetas por habitante no son variables que hayan crecido sustancialmente, los principales responsables del crecimiento del GF parecen ser el envejecimiento de la población y las modificaciones en los productos recetados para incluir un mayor número de medicamentos de última generación, que incorporan en su precio una prima por innovación.

La importancia del **envejecimiento** en el gasto sanitario se debe al mayor gasto e incidencia de enfermedades crónicas asociado a las personas mayores y al incremento de la esperanza de vida.

El envejecimiento conlleva un inevitable aumento del GF, puesto que las personas de mayor edad son los mayores consumidores de medicamentos.

Como media, el GF efectuado por un pensionista es más de 9 veces el de un trabajador en activo. A su vez, el número de recetas por pensionista ha aumentado en la última década a una tasa superior al 1% anual, mientras que el número de recetas por trabajador en activo prácticamente no ha variado.

Todos los países europeos cuentan con medidas para contener el crecimiento del GF. Aunque todas ellas sirven a un mismo propósito, no todas las medidas acaban por tener una eficacia similar, tanto por la naturaleza de cada medida individual como por el conjunto de medidas ya vigentes en un país. Por este motivo, resulta muy complicado prever el efecto de la introducción de una determinada medida de contención del GF, sin considerar cuáles son las medidas en vigor y cuáles son sus características principales.

La importancia que el GF tiene en el SNS lo prueba el hecho de que se publique en 2006 una Resolución del Ministerio de Presidencia por la que se dispone la publicación del acuerdo de encomienda de gestión entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, hoy Ministerio de Sanidad y Política Social, y el Centro de Investigaciones Sociológicas para la realización de la encuesta Barómetro Sanitario 2006¹⁰. La encuesta consta de dos partes, una parte fija y la otra variable. En la parte fija se incidirá entre otros en los aspectos relacionados con la “percepción de las medidas de racionalización del gasto en medicamentos”.

¹⁰ Resolución de 16 de junio de 2006, de la Subsecretaria, por la que se dispone la publicación del acuerdo de encomienda de gestión entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Centro de Investigaciones Sociológicas para la realización de la encuesta Barómetro Sanitario. BOE nº 147, 21-06-2006, p. 23451-23452, p. 23451.

0.2. OBJETIVOS

En el conjunto de la política sanitaria, la política de medicamentos tiene una relevancia estratégica. El gasto en medicamentos no sólo repercute en el conjunto de los presupuestos sanitarios, sino que también se corresponde con la relación existente entre el uso adecuado de los medicamentos y una asistencia sanitaria de calidad.

La dimensión que alcanzó el GF y su ritmo de crecimiento en el periodo estudiado hicieron que se impulsaran un gran número de medidas de política sanitaria de diferente naturaleza específicamente diseñadas para influir sobre el nivel o sobre la tasa de crecimiento del GF. Todas ellas orientadas a garantizar la viabilidad del propio sistema, manteniendo los principios básicos de universalidad y equidad.

En el estudio del impacto de las diferentes medidas de contención del GF en el Área 9 de la Comunidad de Madrid (CAM), el estudio se limita al ámbito de AP. Esto es debido a dos motivos:

- El Programa de Uso Racional que el Ministerio de Sanidad y Consumo impulsa en 1992 se sustenta en dos pilares fundamentales: la Comisión de Uso Racional del Medicamento (CURM) como órgano asesor de la Gerencia de Atención Primaria y la figura del Farmacéutico de Atención Primaria que ejerce como secretario de la misma.
- No hay que olvidar que en el año 2003 en la CAM el GF a través de receta fue de un 60,08% en AP frente a un 38,7% en Atención Especializada (AE) y un 0,5% de GF dispensado y facturado en la CAM procedente de prescripciones efectuadas por médicos de otras Comunidades Autónomas¹¹. Es decir, del total del GF en 2003 más de la mitad es imputable a las recetas prescritas por facultativos de AP.

¹¹ *Memoria 2003* (2003). Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

Asimismo esta investigación no pretende abordar el momento político en el que cada medida legislativa fue adoptada. La repercusión y el impacto que han tenido se valoran en términos de estimación del ahorro producido en función de las variaciones del GF, teniendo en cuenta el año en el que entraron en vigor, sin evaluar otras medidas que requerirían estudios farmacoeconómicos posteriores. Por último, tampoco se ha procedido a la revisión de la documentación en prensa escrita que la factura farmacéutica ha tenido, sin duda, en estos años. Estos aspectos aún siendo de gran interés, requerirían investigaciones precisas que podrían ser objeto de otras Tesis.

Nuestra investigación se propone como **OBJETIVO GENERAL** el análisis de la evolución del GF a través de receta en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en el periodo 1993-2005 y la evaluación del impacto de las medidas de contención del GF, adoptadas por la Administración estatal, junto con las impulsadas por la propia Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria 9 de la Comunidad de Madrid.

El estudio particular de la evolución del GF en el Área 9 de Atención Primaria de la CAM en los años 1998-2005 nos permitirá relacionar las modificaciones en el crecimiento del gasto de este Área sanitaria con las medidas correctoras llevadas a cabo tras la implantación del Programa de Uso Racional de Medicamentos del Ministerio de Sanidad y Consumo en 1992.

El periodo de estudio en el caso del Área 9, se ha acotado a los años 1998-2005 puesto que las Memorias de Gestión y Documentos relativos al GF en este ámbito, facilitados por la Dirección Gerencia de este Área únicamente han estado disponibles a partir del año 1998.

0.3. METODOLOGÍA

La metodología llevada a cabo en este trabajo de investigación ha consistido en el análisis de las medidas estatales que han sido adoptadas en el periodo de estudio (1993-2005), que han tenido como finalidad tratar de frenar el creciente aumento del GF en el Sistema Nacional de Salud.

Por este motivo, en primer lugar se han estudiado todas las disposiciones que han sido impulsadas por la Administración Central y que han afectado en unos casos al prescriptor, en otras al profesional encargado de la dispensación y en otras al paciente como usuario del Sistema Sanitario.

Dado que la contención del GF ha sido, y continúa siendo una preocupación de gestores y políticos, las medidas estatales han incidido de manera fundamental en los ámbitos autonómicos y locales, pero en cada uno de ellos y de forma paralela, se han impulsado también otras medidas concretas que han tenido el mismo objetivo, el freno del GF.

Por ello, en segundo lugar se han estudiado, las medidas que han sido impulsadas por la Comunidad Autónoma de Madrid y en tercer lugar las que han sido implantadas en una de las once Áreas sanitarias de Atención Primaria de esta Comunidad Autónoma, concretamente en el Área 9.

Por tanto, se ha realizado un **estudio observacional descriptivo retrospectivo** sobre la evolución del GF en el SNS durante los años 1993-2005. La tesis explora, de este modo, el impacto económico que ha tenido la puesta en marcha de todas estas medidas a nivel de los ámbitos marcados en los objetivos de esta investigación: Sistema Nacional de Salud, Comunidad Autónoma de Madrid y Área 9 de Atención Primaria. Esta última parte de la investigación se ha centrado en la búsqueda de todas las actividades promovidas por la Gerencia de Atención Primaria del Área 9 en el contexto

de la creación del Programa de Uso Racional del Medicamento impulsado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1992.

Puesto que el contenido de este trabajo abarca el estudio de las medidas de contención del gasto tanto a nivel estatal, autonómico (Comunidad de Madrid) y local (Área 9 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid), ha sido imprescindible consultar el Boletín Oficial del Estado y el Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Asimismo, la literatura científica, haya sido documental o bibliográfica, nos ha proporcionado, como es lógico, una gran parte de la información necesaria para desarrollar nuestro trabajo.

Dado que nuestra labor investigadora se ha llevado a cabo en la Comunidad de Madrid, se ha tenido acceso a la documentación publicada en los Boletines y Memorias de actividad y gestión editadas por la Consejería de Sanidad de esta Comunidad y por la Gerencia de Atención Primaria del Área 9.

Además, distintas publicaciones nacionales e internacionales han dedicado artículos y editoriales al GF y las distintas medidas de contención del mismo como medida para frenar el vertiginoso aumento que se venía produciendo en el periodo de estudio.

De modo complementario, han sido consultados otros elaborados por Farmaindustria (Asociación Nacional Empresarial de la Industria Farmacéutica que agrupa a una gran mayoría de Laboratorios Farmacéuticos) con información relativa a informes globales de GF analizados por consultorías externas, o por la Asociación Española de Medicamentos Genéricos.

Finalmente esta investigación se ha apoyado en libros publicados sobre GF o sobre medicamentos genéricos, puesto que en el periodo de estudio de este trabajo el tema de la contención del gasto ha sido abordado en repetidas ocasiones.

Para la obtención, lectura y posterior análisis de las distintas fuentes consultadas en los apartados 4.2.1 - 4.2.3, el acceso a las nuevas tecnologías ha permitido la consulta de una gran parte de las mismas a través de las direcciones electrónicas correspondientes pudiendo de este modo acceder tanto a disposiciones normativas y legislativas estatales a través del Boletín Oficial del Estado (BOE), como a las autonómicas a través del Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (BOCAM). Además las publicaciones, artículos y documentación accesible a través de Internet han sido descargadas en formato electrónico.

De manera complementaria las fuentes documentales relativas al ámbito local de la Gerencia de Atención Primaria del Área 9 han sido obtenidas a través de la propia Dirección Gerencia, puesto que se trata de documentos cuya difusión se limita a ese ámbito, no estando disponibles en formato electrónico.

0.3.1. ESTRUCTURA

Este trabajo de investigación se ha estructurado en TRES PARTES. La **primera parte** ha sido dividida en DOS capítulos, tratándose en el primero de ellos de la “Evolución del gasto farmacéutico a través de receta en el Sistema Nacional de Salud”. En él se ha tratado de dar una visión general de cómo han sido los trece años del gasto farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud en el periodo de estudio (1993-2005).

El segundo capítulo de esta primera parte expone la legislación, ordenada cronológicamente en 14 apartados. En los primeros 13 se relacionan las “Medidas impulsadas por la Administración Pública para la contención del Gasto Farmacéutico a

través de receta en el Sistema Nacional de Salud”. A lo largo de estos 13 apartados se revisan todas las medidas estatales desde los años 1993 y hasta el año 2005, dedicándose el apartado 14 a “otras medidas” que, a pesar de no tener la categoría de normas legislativas, son iniciativas estatales llevadas a cabo por la Administración Central.

La **segunda parte**, titulada “El Gasto Farmacéutico en la Comunidad de Madrid”, comprende el estudio de la evolución del gasto a nivel de esta Comunidad Autónoma. Se compone de un único capítulo, el III, en el que se aborda el proceso de las transferencias sanitarias en todas las CCAA que han tenido lugar en el periodo de estudio. Se analiza de modo general cómo ha sido la evolución cuantitativa del GF en la Comunidad de Madrid, dedicando un apartado específico a los años 2004 y 2005 con el fin de realizar un estudio más detallado comprobando si la tendencia a la moderación en el incremento del gasto analizado en el Sistema Nacional de Salud en el Capítulo II, también se producía en el contexto de la Comunidad de Madrid, en la que se encuentra el Área sanitaria de Atención Primaria que se aborda en el Capítulo IV.

La **tercera parte** de este trabajo, dedicada al “Gasto farmacéutico en el área 9 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid” consta de dos capítulos. El primero de ellos, el Capítulo IV aborda el análisis del GF en este Área de Atención Primaria, comenzando con una descripción geográfica y estructural de la misma. Se tratan también los sistemas de información de prescripción farmacéutica en el ámbito de Atención Primaria y en el ámbito de este área sanitaria. Finalmente se expone el análisis cuantitativo del GF en relación al presupuesto asignado a esta Gerencia de Atención Primaria en el periodo de estudio.

En el Capítulo V de esta tercera parte se abordan las medidas locales de contención del GF que han sido llevadas a cabo desde la Gerencia de Atención Primaria de este área sanitaria.

Finalmente se destinan cuatro últimos apartados a los Resultados, Conclusiones, Fuentes y Bibliografía y uno final que contiene la relación de tablas y gráficos reseñados a lo largo de esta investigación.

I.4. ABREVIATURAS

AE: Atención especializada

AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

AP: Atención Primaria

AR: Aportación reducida

BFT: Boletín farmacoterapéutico

BOCAM: Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid

BOE: Boletín Oficial del Estado

CAM: Comunidad de Madrid

CCAA: Comunidad Autónoma

CIAS: Código de Identificación de Asistencia Sanitaria

CMBD: Conjunto mínimo básico de datos

CPD: Cupón precinto diferenciado

CS: Centro de Salud

CURM: Comisión de Uso Racional del Medicamento

DDD: Dosis Diaria Definida

DGFPS: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios

DH: Diagnostico hospitalario

EAP: Equipo de Atención Primaria

EC: Envase clínico

EF: Especialidad Farmacéutica

EFG: Especialidad Farmacéutica Genérica

EFP: Especialidad Farmacéutica Publicitaria

EXO: Excluido de la Seguridad Social

FAP: Farmacéutico de Atención Primaria

GAP: Gerencia de Atención Primaria

H: Uso Hospitalario

HEM: Hoja de Evaluación de Medicamentos

ICP: Indicador de calidad de prescripción

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud

ISFAS: Instituto Social de las Fuerzas Armadas

IPC: Índice de Precios al Consumo

LOSCAM: Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid

MUFACE: Mutualidad Farmacéutica Civil del Estado

MUGEJU: Mutualidad General de Justicia

MSC: Ministerio de Sanidad y Consumo

OF: Oficina de Farmacia

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAS: Programa de Actuación Sanitaria

PF: Prestación Farmacéutica

PR: Precio de Referencia

Pts: Pesetas

PURM: Programa de Uso Racional del Medicamento

PVL: Precio venta laboratorio

PVP: Precio venta al publico

RD: Real Decreto

SERMAS: Servicio Madrileño de Salud

SGAP: Subdirección General de Atención Primaria

SIFAR: Sistema de Información de Farmacia

SNS: Sistema Nacional de Salud

SUAP: Servicios de Urgencia de Atención Primaria

TLD: Tratamiento de larga duración

TSI: Tarjeta Sanitaria Individual

UF: Unidad Funcional

URM: Uso Racional del Medicamento

UTB: Utilidad terapéutica baja

VM: Visita medica

ZBS: Zona Básica de Salud

Primera Parte

El Gasto Farmacéutico a través de receta en el

Sistema Nacional de Salud

Capítulo I

*Evolución del Gasto Farmacéutico
a través de receta
en el Sistema Nacional de Salud*

I.1. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. COBERTURA POBLACIONAL

Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio del derecho a la protección de la salud contemplado en la CE, se regulan por la Ley 14/1986, General de Sanidad¹² y se concretan en:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas (CCAA).
- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el SNS.

El SNS español es un sistema de aseguramiento universal y público que persigue la prestación de una atención integral a la salud, orientada tanto a la promoción de la salud como a la prevención de enfermedades y con actuaciones asistenciales y de rehabilitación, siempre procurando un alto nivel de calidad y excelencia.

Dispone de un amplio catálogo de prestaciones cuyo objeto es garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral de calidad en el conjunto de

¹² Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº 101, 29-04-1986. Modificada por Ley 25/1990 del Medicamento, por Ley 55/99 y por Ley 62/2003, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden social Parcialmente derogada por Ley 41/2002, por Ley 16/2003, por la Ley 55/2003 y por la Ley 62/2003.

los servicios, destacando entre ellas la PF¹³. Esta prestación se ha regido por lo dispuesto en la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, que supuso un hito de enorme importancia para el SNS, y desde su publicación en el Boletín Oficial del Estado el 27 de julio de 2006, por la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios¹⁴.

El SNS es, por lo tanto, el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las CCAA que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

La CE de 1978 diseñó una organización territorial del Estado que posibilita la asunción por las CCAA de competencias en materia de sanidad. Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos Estatutos de Autonomía, todas las CCAA han asumido paulatinamente competencias en esta materia. El proceso de transferencia de la asistencia sanitaria gestionada por el Instituto Nacional de la Salud - INSALUD se inició en 1981 y culminó en el año 2002, manteniendo la Administración Central del Estado la gestión de la sanidad en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, a través de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria - INGESA. De este modo, las CCAA ejercen sus competencias en las siguientes materias:

- Planificación sanitaria
- Salud pública
- Asistencia sanitaria

¹³ “*Por un uso racional del medicamento*” *Plan estratégico de Política farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Español*. (2004). Ministerio de Sanidad y Consumo.

Disponible en http://www.rmedica.es/redaccion_medica/images/redaccion/plan_farmacia.pdf

¹⁴ *Vid.* nota (5)

Para ello, las CCAA han asumido las funciones y servicios, los bienes, derechos y obligaciones relativos a dichas competencias, el personal y los créditos presupuestarios adscritos.

En la tabla 1 figuran por orden cronológico, cada una de las normas legislativas por las que se transfieren a las diferentes CCAA del territorio nacional, las competencias en materia sanitaria¹⁵. Las primera CCAA que tienen transferidas estas competencias son Cataluña y el País Vasco en 1981. Veinte años después, todas las CCAA tienen ya competencia en materia de sanidad.

La Comunidad de Madrid (CAM) recibió las competencias de la gestión sanitaria el 31 de diciembre de 2001. Con anterioridad al traspaso, el 21 de diciembre de 2001, el Gobierno autonómico aprobó la Ley de Ordenación Sanitaria de la CAM (LOSCAM)¹⁶.

TABLA 1: PROCESO DE TRANSFERENCIAS DE LA ASISTENCIA SANITARIA GESTIONADA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD-INSALUD.

PROCESO DE TRANSFERENCIAS DE LA ASISTENCIA SANITARIA GESTIONADA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD-INSALUD	
Comunidad Autónoma	Real Decreto
Cataluña	RD 1571/1981 de 8 de julio
Andalucía	RD 40/1984 de 22 de febrero
País Vasco	RD 1536/1981 de 8 de julio
Comunidad Valenciana	RD 1612/1987, de 27 de noviembre
Galicia	D 1679/1990, de 28 de diciembre
Navarra	RD 1680/1990, de 28 de diciembre
Canarias	RD 446/1994, de 11 de marzo
Asturias	RD 1471/2001 de 27 de diciembre
Cantabria	RD 1472/2001 de 27 de diciembre

¹⁵ SNS. *Sistema Nacional de Salud* (2006). Edita MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones: 1-95, p.18.

¹⁶ Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. BOCAM nº 306, 26-12-2001, p. 8-39.

PROCESO DE TRANSFERENCIAS DE LA ASISTENCIA SANITARIA GESTIONADA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD-INSALUD	
Comunidad Autónoma	Real Decreto
La Rioja	RD 1473/2001 de 27 de diciembre
Murcia	RD 1474/2001 de 27 de diciembre
Aragón	RD 1475/2001 de 27 de diciembre
Castilla La Mancha	RD 1476/2001 de 27 de diciembre
Extremadura	RD 1477/2001 de 27 de diciembre
Madrid	RD 1479/2001 de 27 de diciembre
Castila y León	RD 1480/2001 de 27 de diciembre

Tabla adaptada de <http://publicaciones.administracion.es>

Cada CCAA cuenta con un Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

Los principios relacionados con la coordinación sanitaria a nivel estatal están recogidos en la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, que además concreta los instrumentos de colaboración y crea como órgano de coordinación el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Posteriormente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud¹⁷ contempla el Consejo Interterritorial con este mismo carácter de órgano de coordinación, y profundiza en materia de coordinación y cooperación dentro del SNS.

La asunción de competencias por las CCAA constituye un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle así garantías en cuanto a la equidad, calidad y participación. La experiencia y la práctica de las relaciones entre el

¹⁷ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 128, 29-05-2003, p. 20567-20588.

Estado y las CCAA en el ámbito de la protección de la salud proporcionan referencias importantes para el desarrollo de la cohesión en el Estado autonómico. El esfuerzo compartido que, en este sentido, realizan todos sus integrantes, tiene como objetivo que el SNS mantenga una identidad común y responda a los principios constitucionales de unidad, autonomía y solidaridad en los que se fundamenta el Estado autonómico.

Son **titulares** de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria:

- Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 1.2 de la Ley Orgánica 4/2000¹⁸.

- Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.

- Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea, que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos. Los funcionarios públicos y las personas de ellos dependientes pueden acogerse a regímenes especiales de aseguramiento a través de las mutualidades civiles (MUFACE), militares (ISFAS) o de la judicatura (MUGEJU).

El acceso a los servicios se realiza a través de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) expedida por cada Servicio de Salud, documento que identifica a cada ciudadano como usuario en todo el SNS.

Cabe citar en este sentido la publicación de la Orden 1285/2006, de 22 de junio, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula la TSI en el ámbito de

¹⁸ Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE nº 10, 12-01-2000. Reformada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre. BOE nº 307, 23-12-2000.

la Comunidad de Madrid¹⁹. Según el artículo 34 f) de la Ley 12/2001 de 21 de diciembre de Ordenación Sanitaria de la CAM, “se atribuye a la Consejería de Sanidad la emisión de la TSI”²⁰.

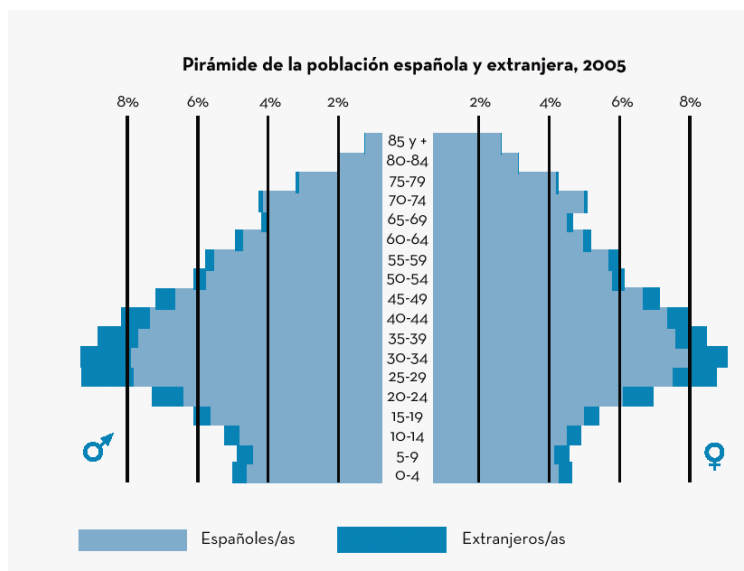
Mediante la entrada en vigor de esta Orden, se procede a una regulación más concreta de la tarjeta sanitaria determinando un sistema para su gestión y tramitación.

COBERTURA POBLACIONAL

La población española empadronada a 1 de enero de 2005 es de 44,108 millones de habitantes, de los cuales un 8,4% son extranjeros.

La pirámide de población española y extranjera de 2005 (gráfico 1) muestra una estructura demográfica caracterizada por un importante envejecimiento de la población, de tal modo que el 16,7 % es mayor de 65 años²¹.

GRÁFICO 1: PIRÁMIDE DE POBLACIÓN ESPAÑOLA Y EXTRANJERA 2005



Fuente: *Instituto Nacional de Estadística*. Explotación estadística del Padrón Municipal a 01-01-2005.

¹⁹ Orden 1285/2006 de 22 de junio, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula la tarjeta sanitaria individual en el ámbito de la Comunidad de Madrid. BOCM. nº 163, 11-07- 2006.

²⁰ *Loc. cit.* nota (16). Pág. 19.

²¹ *Instituto Nacional de Estadística*. Explotación estadística del Padrón Municipal a 01-01-2005. Disponible en <http://www.ine.es/>

Las cifras oficiales de población española por CCAA se incluyen en la tabla 2.

TABLA 2: CIFRAS OFICIALES DE POBLACIÓN ESPAÑOLA. REFERIDA A 1 ENERO de 2005

COMUNIDAD AUTÓNOMA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Andalucía	3.960.194	3.889.605	7.849.799
Aragón	636.879	652.148	1.126.027
Asturias	560.506	516.329	983.131
Baleares	490.489	492.642	1.968.280
Canarias	980.050	988.230	562.309
Cantabria	287.582	274.797	2.510.849
Castilla y León	1.270.399	1.2040.450	1.894.667
Castilla La Mancha	943.691	950.976	6.995.206
Cataluña	3.526.971	3.468.233	6.995.206
Comunidad Valenciana	2.360.166	2.332.285	4.692.449
Extremadura	544.654	539.225	1.083.879
Galicia	1.431.495	1.330.703	2.762.198
Madrid	3.076.425	2.887.718	3.964.143
Murcia	658.743	677.049	1.355.792
Navarra	296.885	296.387	593.472
País Vasco	1.084.321	0.40.525	2.124.846
La Rioja	149.354	151.730	301.084
Ceuta	36.961	38.385	75.276
Melilla	32.166	33.322	65.488
Total	22.327.661	21.780.869	44.108.530

Fuente: *Instituto Nacional de Estadística*. Explotación estadística del Padrón Municipal a 01-01-2005.

I.2. TRECE AÑOS DE GASTO FARMACÉUTICO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (1993-2005).

Los medicamentos constituyen uno de los principales elementos que han permitido importantes mejoras en la salud y en la calidad de vida de la sociedad española.

Cuantitativamente, el medicamento es el recurso terapéutico más utilizado y en consecuencia, el GF es, después de los gastos de personal el capítulo más importante de los recursos consumidos en el SNS²².

Cualitativamente la selección correcta del fármaco tiene una enorme trascendencia, no sólo para la resolución del problema de salud para el que ha sido

²² *Comisión de Análisis y Evaluación del SNS: Sucinta descripción del sistema y evaluación del mismo*. Apéndice del informe de la Comisión 1991.

seleccionado, sino para que no cause otros como la iatrogenia o el consumo innecesario.

La selección inadecuada del fármaco es un ejemplo típico de asignación ineficiente de los recursos que, en términos económicos, supone un descenso del bienestar social al distraer recursos de usos en que podrían satisfacer otras necesidades.

Tanto la prolongación de la vida hasta edades avanzadas como la aparición de patologías en la vida adulta (cardiopatías, enfermedades cardiovasculares, enfermedad de alzheimer, cáncer, etc...), hacen que además de requerir tratamiento medicamentoso se precise de una atención altamente especializada.

Desde la Ley General de Sanidad de 1986²³, la política farmacéutica se ha orientado a asegurar la disponibilidad de los medicamentos y productos sanitarios, para cubrir las necesidades de los pacientes.

La prescripción de medicamentos cumple, según indica P.J. Saturno Hernández en un artículo publicado en 1996²⁴, “las tres características / guía: alta frecuencia, alto riesgo y tendencia a presentar problemas; que se sugieren para seleccionar aspectos importantes de la calidad de la atención sobre los que dirigir actividades de evaluación y monitorización”.

En España, el gasto público de la PF ha presentado tradicionalmente elevadas tasas de crecimiento muy por encima de los incrementos reales del PIB y de los aumentos de la mayor parte de las partidas presupuestarias²⁵.

²³ Vid. nota (12).

²⁴ Saturno Hernández P.J. (1996), Monitorización del uso de medicamentos para mejorar la calidad de la prescripción. Problemas, métodos e indicadores. *Atención Primaria*, 6,18:331-338.

²⁵ Luances Martín A. (2003). Necesidad de contener el gasto farmacéutico. Crónica de una década (1993-2002). *Revista de la Real Academia de Farmacia de Catalunya*, 24: 99-112, pp. 99,100.

En el desarrollo de la PF, las estructuras de atención a la salud más relevantes según el artículo 3 de la citada Ley General de Sanidad son:

- Los laboratorios farmacéuticos
- Los importadores
- La distribución mayorista
- Las Oficinas de Farmacia (OF) y los Servicios de Farmacia de los Hospitales en los que trabajan los farmacéuticos
- Los Centros de Salud (CS) y Hospitales en los que trabajan los médicos, que son los que tienen la responsabilidad de la prescripción del medicamento

Como se ha mencionado anteriormente, con las transferencias de competencias sanitarias a las CCAA, el SNS español es un sistema ampliamente descentralizado. Por tanto, y siempre con el objeto de buscar el beneficio en términos de salud para los ciudadanos, el SNS se concibe como el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de las CCAA convenientemente coordinados.

En el Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, se establecen las prestaciones sanitarias del SNS²⁶. La PF, según el artículo 16 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad²⁷, comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales,

²⁶ Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del SNS. BOE nº 35, 10-02-1995. En este RD se incluyen las prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas por el SNS y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la Sanidad, y que incluyen la atención primaria, atención especializada, Prestación Farmacéutica y prestaciones complementarias. En la Disposición Adicional Tercera se establece que la Prestación Farmacéutica se rige por sus disposiciones propias. Es decir, se rige por lo dispuesto en la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.

²⁷ *Vid* nota (17)

durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

Puesto que el GF esta condicionado por múltiples factores complejamente interrelacionados entre sí, es necesario tener un conocimiento en profundidad y desagregado de la realidad. Es decir, cuando las dimensiones de la información a través de receta, hicieron inabordable su manejo de modo manual, se requirió del desarrollo de técnicas informáticas. Fue en el año 1973 con el proceso P-11 cuando comenzó, impulsado por Leopoldo Arranz, la aplicación de la informática a la asistencia farmacéutica pública. Motivado como el mismo autor indica, “por el reconocimiento de la magnitud de la propia ignorancia y la sospecha de irracionalidad, tanto de la oferta como del consumo”²⁸. El desarrollo de este primer proceso cristalizó en el P-29 que desde 1975 ha permitido el análisis de la información en un doble plano: temporal (mensual y anual) y espacial (provincial y nacional), lo que llevó a Leopoldo Arranz a asegurar en 1979 que en la Administración Pública se había producido un cambio cualitativo “con su salida de la ignorancia y la utilización inteligente de su poder (...) y la progresiva distinción de los planos políticos y gestor”²⁹.

La facturación de las Recetas Médicas del SNS se efectúa utilizando un listado informatizado, el Nomenclátor, que contiene la relación de los productos que forman parte de la PF y cuya actualización efectúa mensualmente la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (DGFPS) del Ministerio de Sanidad y Consumo. El Nomenclátor así elaborado es el que oficialmente se utiliza en la facturación de las recetas y contiene los datos relativos a la identificación del producto farmacéutico,

²⁸ Vid. Arranz Álvarez L. (1973). *Investigación sobre la Asistencia Farmacéutica en España*. Capítulo VIII. Madrid, Instituto Nacional de Previsión.

²⁹ Vid. Arranz Álvarez L. (1979). *La prestación farmacéutica*. Capítulo IV. Madrid, Instituto Nacional de Previsión.

precios y aportación del usuario a aplicar a cada caso, que son los imprescindibles para la facturación y además en algún caso se acompaña de datos de composición del medicamento.

Sin embargo, para que este listado permita analizar el consumo farmacéutico desde un punto de vista cualitativo es necesario tener identificada la composición para todos los productos e incluir, de forma generalizada, la información necesaria para incorporar al sistema de información de consumo farmacéutico un parámetro adecuado de medida, como puede ser la Dosis Diaria Definida (DDD)³⁰, mejorando las unidades de medición tradicionales como han sido el importe, las recetas y, en algunos casos, el número de envases consumidos. El importe sólo es útil para describir la significación económica del consumo, y el número de envases o de recetas agrupa a formatos comerciales con cantidades de medicamentos muy diferentes, de manera que el análisis del consumo comparado podría llevar a conclusiones erróneas.

La PF abarca un sector que facturó en recetas al SNS una cifra global de 8.940 millones de euros lo que supuso un 22,4% del presupuesto sanitario español en el año 2003³¹.

A continuación (tabla 3) se muestra el gasto sanitario público en el SNS en el periodo 2001-2005³².

³⁰ Es la dosis diaria de mantenimiento de un principio activo utilizada en su principal indicación, expresada en cantidad de principio activo. Además de ser oficial para la OMS, se ha impuesto como la mejor forma de analizar el consumo de medicamentos.

³¹ *Vid* nota (13).

³² Estadística del Gasto Sanitario Público. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario/tablasEstEGSP/home.htm>

CAPÍTULO I
EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

TABLA 3: GASTO SANITARIO PÚBLICO EN EL SNS. 2001-2005.

Salud y servicios sociales- Recursos y asistencia sanitaria					
Gasto sanitario público por tipo de clasificación					
Miles de euros corrientes					
	2001	2002	2003	2004	2005
Clasificación Económica-Presupuestaria					
Gasto consolidado	3.904.377	4.111.636	4.512.209	5.091.677	5.828.229
Remuneración de personal	1.919.842	2.090.028	2.220.343	2.496.695	2.765.909
Consumo intermedio	805.834	785.867	956.005	1.052.207	1.444.458
Consumo de capital fijo	4.525	4.034	3.796	-	-
Gasto en conciertos	201.113	203.312	277.529	337.667	338.173
Transferencias corrientes	739.879	863.547	874.974	1.016.876	1.087.139
Gastos de capital	233.184	164.848	179.563	188.232	192.550
Clasificación Funcional					
Gasto	3.904.377	4.111.636	4.512.209	5.091.677	5.828.229
Servicios					
Hospitalarios y especializados	2.322.736	2.444.188	2.742.314	3.108.078	3.695.438
Primarios de salud	455.414	501.979	543.752	595.677	655.542
De salud pública	70.738	74.116	69.510	84.437	82.574
Colectivos de salud	59.601	95.775	110.802	100.109	111.644
Farmacia	731.717	791.597	825.687	961.946	1.027.991
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	30.466	30.459	31.234	43.420	47.302
Capital	233.184	164.848	179.583	188.232	192.550
Transferencias a otros sectores	521	8.672	9.346	9.778	15.188

Fuente: Estadística del Gasto Sanitario Público. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Desde 1995 hasta 2005, en España se incrementó el peso relativo del gasto en prescripción farmacéutica respecto al gasto sanitario.

TABLA 4: % GASTO SANITARIO vs GASTO FARMACÉUTICO SNS (1995-2005)

AÑO	% Gasto Sanitario vs Gasto Farmacia
1995	19,2
1996	19,8
1997	20,8
1998	21,0
1999	21,5
2000	21,3
2001	21,1
2002	21,8
2003	22,9
2004	22,8
2005	22,9

Fuente: <http://www.msc.es>

La tabla 5 recoge la evolución del GF a través de receta en el decenio 1990-1999 en el SNS.

TABLA 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (1990-1999)³³.

AÑO	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
APORTACIÓN DEL ESTADO (millones de €)	2.524,7	2.954,7	3.395,9	3.662,6	3.868,7	4.315,1	4.871,8	5.155,2	5.690,4	6.256,9
% INCREMENTO / año anterior	-----	17,03	14,93	7,85	5,63	11,54	12,90	5,82	10,38	9,96

Fuente: Tabla adaptada de la información facilitada por el Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en <http://www.msc.es> <http://www.msc.es>

Corresponde a 1996 el año con el **mayor incremento** en el GF en todo el decenio.

El incremento experimentado por el gasto sanitario en los países de nuestro entorno ha provocado una crisis de financiación de los sistemas sanitarios. La mayoría de estos países han planteado medidas que permitan contener dicho gasto y mejorar la eficiencia.

Nuestro país no ha quedado excluido de este proceso. De las partidas que componen el gasto sanitario, el farmacéutico es el que ha causado mayor preocupación³⁴.

³³ Tabla adaptada de la información facilitada por el Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en <http://www.msc.es>

³⁴ *Coste de farmacia: variabilidad y diseño de un instrumento para la asignación de presupuestos de farmacia a los EAP* (2001). Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD.

I.3 INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA

La complejidad del análisis del consumo farmacéutico requiere disponer de una metodología que facilite su comprensión y resuma sus características más importantes, a la vez que ayuden a reorientarlo. En este contexto y, dentro del Programa de Uso Racional del Medicamento (PURM) se sitúa la constitución, en 1993, de un grupo de expertos para la determinación de indicadores que permitieran evaluar la calidad de prescripción a partir del consumo de medicamentos³⁵.

Utilizar indicadores de calidad de prescripción (ICP) es, sin duda, una útil herramienta de la que dispone el médico prescriptor para mejorar la calidad de la asistencia y el URM, por ser instrumentos que permiten medir y evaluar la actividad prescriptora y actuar para su mejora.

La principal limitación que presenta la utilización de indicadores de consumo farmacéutico, como medida de calidad de prescripción, es la de no relacionar el tratamiento con el diagnóstico. Sin embargo, sin ser un instrumento que permita una evaluación concluyente de la labor terapéutica de los profesionales, puede ser de gran ayuda al permitir comparar la actividad de diversos centros y ésta con los estándares planteados en base a consideraciones farmacológicas, epidemiológicas y de práctica médica.

Los indicadores cuantitativos de la PF del SNS se elaboran con los datos procedentes de las facturaciones mensuales de las recetas dispensadas en las OF que presentan los Colegios Oficiales de Farmacéuticos a las Entidades Gestoras del SNS. En

³⁵ *Programa de mejora de la prescripción farmacológica en atención primaria* (1998) Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Dirección General de Atención Primaria y Especializada. Subdirección General de Atención Primaria.

estas facturaciones no van incluidas Especialidades Farmacéuticas (denominación eliminada de la legislación en virtud de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios de 2006) de Uso Hospitalario, por no ser dispensadas en OF.

En la tabla 6 se incluyen los indicadores de la PF del SNS a través de receta desde el año 1998 hasta el 2005 que han sido dados a conocer en la publicación periódica del Ministerio de Sanidad y Consumo titulada “*Información Terapéutica del SNS*”.^{36,37,38,39,40,41,42,43, 44}

TABLA 6: INDICADORES DE LA PRESTACION FARMACÉUTICA DEL SNS A TRAVÉS DE RECETA (1998-2005)

	IMPORTE TOTAL	APORTACIÓN BENEFICIARIO	APORT./IMPORTE PVP (%)	GASTO PREVIO (importe a PVP – aportación)	INCREMENTO GASTO FARMAC. FINAL* (%)
1998	1.026.070 mill. de pesetas	78.957 mill. de pesetas	7,69	947.113 mill. de pesetas	10,50
1999	1.123.772 mill. de pesetas	82.687 mill. de pesetas	7,36	1.041.035 mill. de pesetas	9,95
2000	1.215.807 mill. de pesetas	86.616 mill. de pesetas	7,12	1.129.192 mill. de pesetas	7,40
2001	1.332.034 mill. de pesetas	93.129 mill. de pesetas	6,99	1.238.905 mill. de pesetas	7,9
2002	8.649,28 mill de €	602,79 mill de €	6,97	8.046,50 mill. de €	9,89
2003	9.747,65 mill. de €	668,20 mill de €	6,86	9.079,45 mill. de €	12,15
2004	10.303,04 mill. de €	655,54 mill de €	6,36	9.647,5 mill de €	6,42
2005	11.105,11 mill de €	694,80 mill de €	6,26	10.410,31 mill de €	5,63

mill: millones. Fuente: Elaboración propia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* (1998-2006)

*Gasto final una vez deducidos los márgenes de oficina de farmacia como consecuencia de la aplicación del Real Decreto Ley 5/2000.

³⁶ Informaciones de interés (1998). *Información Terapéutica del SNS*, 23, 3: 94

³⁷ Informaciones de interés (1999). *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24, 2: 54

³⁸ Informaciones de interés (2000). *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24, 2: 65

³⁹ Informaciones de interés (2001). *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 26, 2: 61

⁴⁰ Informaciones de interés (2002). *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 28, 2: 55

⁴¹ Informaciones de interés (2003). *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 28, 5: 128

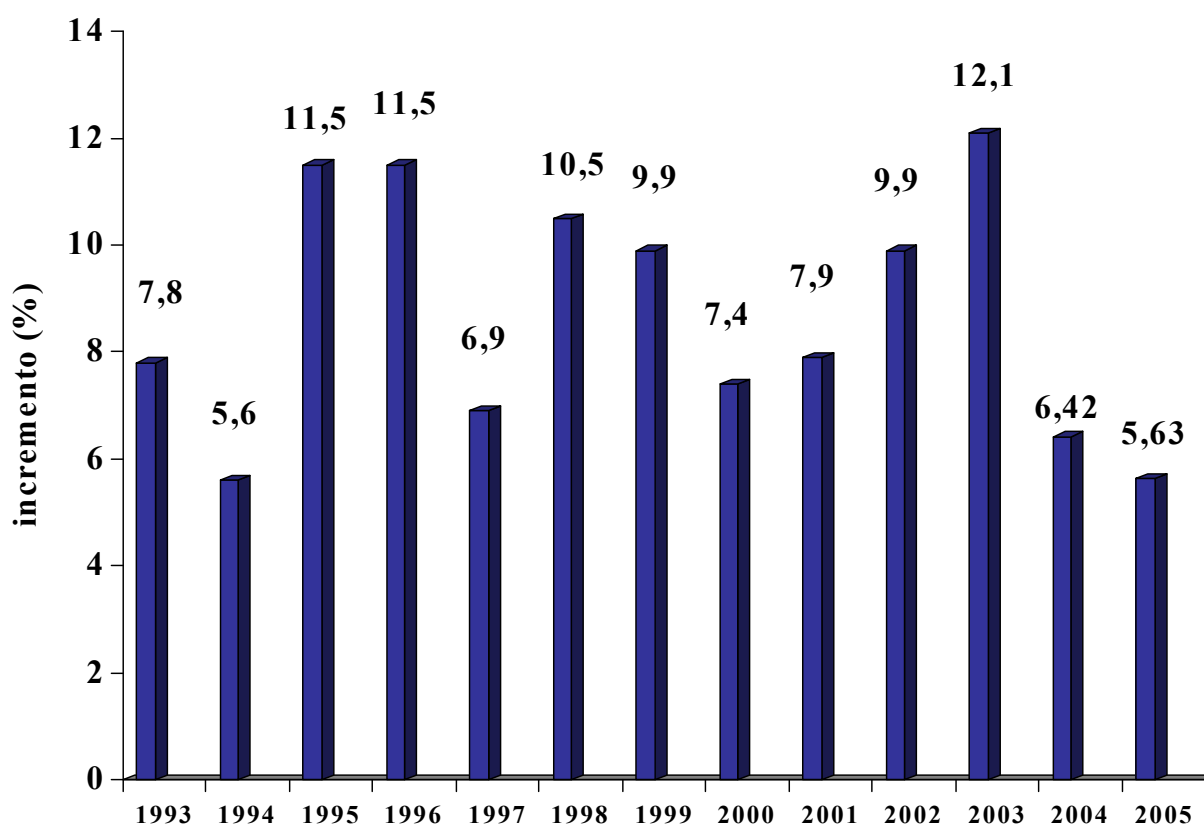
⁴² Informaciones de interés (2004). *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29, 2: 55

⁴³ Informaciones de interés (2005). *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 30, 2: 58

⁴⁴ Indicadores de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud a través de receta. Año 2005 (2006). *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 30, 2: 58

En el año 2003 es cuando se produce un mayor porcentaje de GF. El incremento interanual del GF tiende a una desaceleración desde el año 2003 en el que se alcanza el máximo del GF de todos los valores del periodo (12,1%), experimentando un importante descenso en los años posteriores, como puede observarse en el gráfico 2.

GRÁFICO 2: INCREMENTO INTERANUAL DEL GF A TRAVÉS DE RECETA (1993-2005)



Fuente: Gráfico de elaboración propia a partir de los datos de Información Terapéutica del SNS.

El GF final se refiere al gasto resultante una vez deducido el margen de la OF como consecuencia de la aplicación del artículo 2 del Real Decreto 5/2000⁴⁵. El margen profesional de las OF se fija en el 33% sobre el precio de venta al público sin impuestos (artículo 2).

⁴⁵ Real Decreto Ley 5/2000 de 23 de junio de medidas urgentes de contención del Gasto Farmacéutico público y de racionalización del Uso de los Medicamentos. BOE nº 151, 24-06-2000, p. 22438-22440, p. 22438.

El **GF** es la resultante de dos componentes:

- Número de recetas
- Coste de las mismas

El aumento de estas dos variables ha marcado el progresivo aumento en el GF, aunque en su progresivo crecimiento intervienen distintos factores relacionados.

La tabla 7 muestra el incremento en el número de recetas desde el año 1998 hasta el 2005 en el SNS, la tabla 8 el gasto por receta y colectivo y la tabla 9 el importe por receta en el mismo periodo.

Hay que tener en cuenta que cuando se especifica “pensionistas” se incluyen: los jubilados y todas aquellas personas exentas de aportación dentro de la PF del SNS (síndrome tóxico, minusválidos y recetas de accidentes de trabajo y enfermedad profesional).

TABLA 7: INCREMENTO EN NÚMERO DE RECETAS EN SNS (1998-2005)⁴⁶

AÑO	INCREMENTO NUMERO DE RECETAS (%)
1998	0,09
1999	1,38
2000	4,92
2001	4,02
2002	5,39
2003	6,59
2004	3,40
2005	6,00

Fuente: Tabla de elaboración propia con los datos obtenidos de: <http://www.msc.es>

⁴⁶ Tabla de elaboración propia con los datos obtenidos de: <http://www.msc.es>

TABLA 8: GASTO POR RECETA EN SNS (1998-2005)⁴⁷

AÑO	GASTO RECETA ACTIVOS	GASTO RECETA PENSIONISTAS	GASTO POR RECETA
1998	1.260 pts.	1.866 pts.	1.686 pts.
1999	1.364 pts.	2.039 pts.	1.828 pts.
2000	1.396 pts.	2.112 pts.	1.874 pts.
2001	1.471 pts.	2.221 pts.	1.943 pts.
2002	9,06 €	13,71 €	12,06 €
2003	9,56 €	14,54 €	13,01 €
2004	10,12 €	14,77 €	13,37 €
2005	10,34€	15,02€	13,15€

Fuente: Tabla de elaboración propia con los datos obtenidos de: <http://www.msc.es>

TABLA 9: IMPORTE POR RECETA EN SNS (1998-2005)

AÑO	IMPORTE POR RECETA ACTIVOS	IMPORTE POR RECETA PENSIONISTAS	IMPORTE POR RECETA
1998	1.700 pts	1.886 pts.	1.827 pts.
1999	1.828 pts.	2.039 pts.	1.973 pts.
2000	1.867 pts.	2.112 pts.	2.037 pts.
2001	1.962 pts.	2.223 pts.	2.144 pts.
2002	12,08 €	13,71€	12,27 €
2003	12,69 €	14,54 €	13,97 €
2004	13,15 €	14,77 €	14,28 €
2005	13,37€	15,02€	14,52€

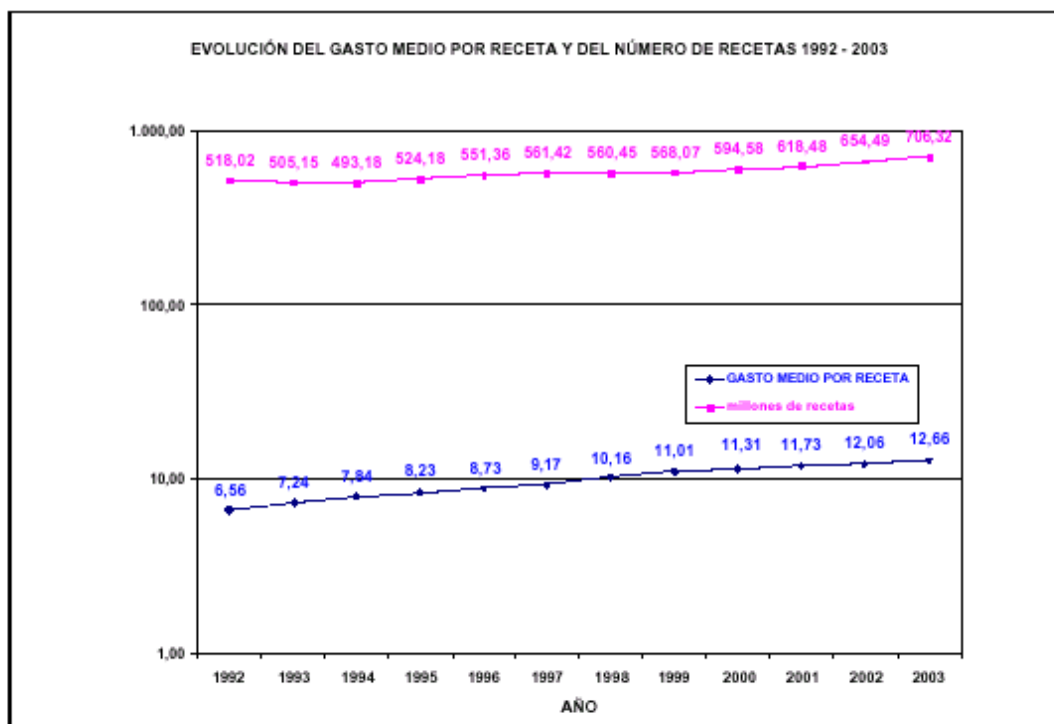
Fuente: Tabla de elaboración propia con los datos obtenidos de: <http://www.msc.es>

Como puede observarse en las tablas anteriores, el importe y el gasto por receta han ido aumentando progresivamente desde el año 1998.

La evolución del gasto medio por receta y del número de recetas entre los años 1992 y 2003 queda representado en el gráfico 3.

⁴⁷ Vid nota (46)

GRÁFICO 3: EVOLUCION DEL GASTO MEDIO POR RECETA Y DEL NÚMERO DE RECETAS
1992-2003



Fuente. Situación actual del Gasto Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud

Es importante destacar el impacto y eficacia que las medidas legislativas han tenido en la contención del GF desde el año 2003. La más llamativa desaceleración en el crecimiento del GF a través de receta se produce en el año 2004 donde el incremento se sitúa 5,68 puntos por debajo del año previo. Igualmente en el año 2005 continúa la moderación y se produce un descenso de 0,79 puntos respecto al año 2004.

Por este motivo, nos parece oportuno analizar con más detalle la evolución de la factura farmacéutica en el SNS en los años 2004 y 2005.

I.4. FACTURA FARMACÉUTICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN LOS AÑOS 2004 Y 2005.

El GF ascendió en 2004 este año a 9.515,35 millones de €, lo que supuso una tasa de crecimiento del 6,42% respecto al año anterior como puede observarse en el gráfico 3. La aplicación del Real Decreto Ley 5/2000 y la reducción en la aportación de los usuarios hicieron que se produjera un ahorro para el Estado.

En 2004, el importe por receta es significativamente mayor en población pensionista (14,77 €) que en población activa (10,12 € sin contar su aportación). Al comparar los indicadores de consumo farmacéutico del año 2004 con los del 2003, vemos que el ratio: aportación /importe PVP de los beneficiarios, se ha reducido pasando del 6,86% en 2003 al 6,36% en 2004. En importe, significa que los usuarios aportaron en este periodo 655,54 millones de euros, lo que sumado al gasto realizado por el Estado (9.647 millones de euros), sin contar el descuento efectuado por la contribución de las OF, supone una factura farmacéutica total de 10.303 millones de euros⁴⁸.

En las tablas 10-12 se muestran los datos de GF, gasto medio por receta y número de recetas, respectivamente, correspondientes al SNS en 2004 desglosado por CCAA.

⁴⁸ Informaciones de interés (2004). *Información Terapéutica del SNS*, 29, 2: 55.

CAPÍTULO I
EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

TABLA 10: GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA OFICIAL DEL SNS (2003-2004)⁴⁹

COMUNIDAD AUTONOMA	2004 (€)	2003 (€)	%04/03
ANDALUCIA	1.616.940.282,57	1.523.561.451,19	6,13
ARAGON	302.410.271,00	283.747.124,73	6,58
ASTURIAS	272.002.433,13	255.933.164,54	6,28
BALEARES	165.826.879,55	153.378.150,79	8,12
CANTABRIA	119.657.635,21	110.829.302,96	7,97
CASTILLA LA MANCHA	446.019.263,76	425.826.135,82	4,74
CASTILLA LEON	565.209.757,09	527.664.051,83	7,12
CATALUÑA	1.551.361.179,15	1.483.198.111,60	4,60
CANARIAS	399.652.510,32	368.658.700,44	8,41
EXTREMADURA	265.149.007,02	249.666.838,29	6,20
GALICIA	689.599.316,72	656.618.461,20	5,02
MADRID	971.504.399,43	907.419.106,19	7,06
MURCIA	304.258.072,71	275.193.811,87	10,56
NAVARRA	127.052.311,51	119.661.004,57	6,18
C. VALENCIANA	1.186.602.093,89	1.103.069.808,61	7,57
PAIS VASCO	446.963.913,41	420.141.268,33	6,38
LA RIOJA	63.668.847,27	59.157.590,66	7,63
CEUTA	11.071.980,40	10.062.549,61	10,03
MELILLA	8.351.677,20	7.661.595,88	9,01
NACIONAL	9.513.301.831,34	8.941.448.229,11	6,40

Fuente: Datos de facturación de receta medica 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en <http://www.msc.es>

Como puede observarse en la tabla anterior, la CCAA que ha experimentado un mayor incremento interanual entre los años 2004 y 2003 es la CCAA de Murcia, seguida de Ceuta.

La CCAA de Cataluña es la que experimentó un menor incremento en el GF a través de receta en el año 2004 respecto al año previo.

⁴⁹ Datos de facturación de receta medica 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en <http://www.msc.es>

CAPÍTULO I
EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

TABLA 11: GASTO MEDIO POR RECETA FACTURADA DEL SNS (2003- 2004)

COMUNIDAD AUTONOMA	2004 (€)	2003 (€)	% 04/03
ANDALUCIA	12,14	11,78	3,01
ARAGON	13,54	13,04	3,86
ASTURIAS	13,86	13,55	2,22
BALEARES	13,50	13,00	3,84
CANTABRIA	13,21	12,69	4,10
CASTILLA LA MANCHA	13,17	12,79	2,95
CASTILLA LEON	13,63	13,07	4,28
CATALUÑA	12,97	12,77	1,57
CANARIAS	13,52	12,87	5,03
EXTREMADURA	13,27	12,80	3,70
GALICIA	13,86	13,46	2,99
MADRID	12,36	12,08	2,34
MURCIA	13,47	12,85	4,83
NAVARRA	13,65	13,27	2,86
C. VALENCIANA	13,45	12,92	4,09
PAIS VASCO	13,61	13,10	3,84
LA RIOJA	13,42	12,94	3,68
CEUTA	12,20	11,95	2,10
MELILLA	11,42	10,69	6,83
NACIONAL	13,06	12,66	3,13

Fuente: Datos de facturación de receta medica 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo.
Disponibile en <http://www.msc.es>

El gasto medio por receta muestra que Melilla es la que tiene un menor gasto medio por receta facturada al SNS en 2004, seguida de la CCAA de Andalucía. La CCAA de Cataluña es la que experimenta un menor incremento interanual 2004/2003.

TABLA 12: NÚMERO DE RECETAS FACTURADAS EN EL SNS 2004/2003

COMUNIDAD AUTONOMA	2004	2003	% 04/03
ANDALUCIA	133.215.717	129.296.441	3,03
ARAGON	22.335.169	21.765.803	2,62
ASTURIAS	19.631.419	18.882.331	3,97
BALEARES	12.282.447	11.796.105	4,12
CANTABRIA	9.058.466	8.734.497	3,71
CASTILLA LA MANCHA	33.870.468	33.290.512	1,74
CASTILLA LEON	41.459.670	40.362.166	2,72
CATALUÑA	119.603.107	116.145.306	2,98
CANARIAS	29.558.803	28.638.344	3,21
EXTREMADURA	19.980.356	19.508.891	2,42
GALICIA	49.750.077	48.787.871	1,97
MADRID	78.574.934	75.106.502	4,62
MURCIA	22.582.274	21.410.691	5,47
NAVARRA	9.310.903	9.019.915	3,23
C. VALENCIANA	88.237.090	85.383.687	3,34

CAPÍTULO I
EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

PAIS VASCO	32.849.763	32.064.523	2,45
LA RIOJA	4.744.748	4.570.729	3,81
CEUTA	907.568	842.126	7,77
MELILLA	731.579	716.974	2,04
NACIONAL	728.684.558	706.323.414	3,17

Fuente: Datos de facturación de receta medica 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Disponible en <http://www.msc.es>

En cuanto al número de recetas facturadas al SNS y como puede verse en la tabla anterior, es Ceuta la que presenta un mayor incremento y Castilla La Mancha la CCAA con un incremento menor.

Por otra parte, unos 5.500 medicamentos bajaron su precio un 2% el 1 de marzo de 2005 al entrar en vigor el Real Decreto 2402/2004 y la actualización de su Anexo. Este Real Decreto establece la bajada lineal en el precio de venta del laboratorio (PVL) de todos los medicamentos incluidos en la PF del SNS anterior a 1 año, con un PVL por encima de 2€ y de los que no hubiera especialidad farmacéutica genérica (EFG), es decir que no estuvieran incluidos dentro de los precios de referencia⁵⁰.

El GF se cerró en el año 2005 con un crecimiento del 5,63%, mismo valor que en 1994 (y mínimo) cuando entran en vigor 4 de las medidas legislativas que más impacto han tenido en la contención del GF en relación con el año anterior, confirmando la tendencia a la moderación que comenzó a apreciarse no solamente tras la entrada en vigor del Real Decreto 2402/2004 de 30 de diciembre, de rebaja del precio de los medicamentos, sino también con la intensificación de los PURM y la expansión de los genéricos⁵¹.

⁵⁰ Disposición adicional única del RD 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990 de 20 de diciembre del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico. BOE nº 315, 31-12-2004.

⁵¹ Nota de Prensa del Ministerio de Sanidad y Consumo (17-01-2006): el Gasto Farmacéutico confirma su moderación durante 2005, con un incremento del 5,63% respecto al año anterior. El Ministerio de Sanidad y Consumo muestra su satisfacción por estos resultados y agradece a las CCAA y profesionales

CAPÍTULO I
EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En las tablas 13-15 se muestran los datos de GF, gasto medio por receta y número de recetas, respectivamente, correspondientes al SNS en 2005 desglosado por CCAA.

TABLA 13: GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA OFICIAL DEL SNS (2004- 2005)⁵²

COMUNIDAD AUTONOMA	2005 (€)	2004 (€)	% 05/04
ANDALUCIA	1.663.198.372,63	1.618.919.501,07	2,74
ARAGON	321.209.841,21	302.410.001,00	6,22
ASTURIAS	285.401.434,99	272.002.433,13	4,93
BALEARES	177.707.642,94	165.826.879,55	7,16
CANTABRIA	126.495.507,77	119.657.635,21	5,71
CASTILLA LA MANCHA	474.646.174,62	446.025.647,08	6,42
CASTILLA LEON	596.220.179,63	565.209.757,09	5,49
CATALUÑA	1.617.875.397,25	1.551.361.178,99	4,29
CANARIAS	433.156.388,22	399.652.510,32	8,38
EXTREMADURA	278.853.981,38	265.149.007,02	5,17
GALICIA	734.949.583,96	689.664.181,21	6,57
MADRID	1.034.484.041,09	971.504.399,43	6,48
MURCIA	330.604.268,66	304.258.072,71	8,66
NAVARRA	135.591.707,95	127.052.311,51	6,72
C. VALENCIANA	1.269.610.392,70	1.186.602.093,89	7,00
PAIS VASCO	481.933.736,23	446.964.113,41	7,82
LA RIOJA	68.376.836,23	63.668.847,27	7,39
CEUTA	11.966.711,20	11.071.980,41	8,08
MELILLA	9.095.426,94	8.351.677,20	8,91
NACIONAL	10.051.377.625,60	9.515.352.227,50	5,63

Fuente: Datos de facturación de receta médica 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en <http://www.msc.es>

Por Comunidades y Ciudades Autónomas, las que han registrado un menor crecimiento del GF durante 2005 han sido Andalucía (2,74%), Cataluña (4,29%) y Asturias (4,93%). Por su parte, Melilla (8,91%), Murcia (8,66%) y Canarias (8,38%) han sido las que han experimentado mayores incrementos. Los datos aportados no

sanitarios el trabajo desarrollado en el fomento en el uso racional del medicamento. Disponible en: <http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/ desarrolloNotaPrensa.jsp?id=520>

⁵² Datos de facturación de receta médica en el Sistema Nacional de Salud. 2005. Disponible en <http://www.msc.es>

CAPÍTULO I
EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

deben usarse en términos comparativos entre CCAA dado que entre otras razones no consideran variaciones poblacionales acaecidas en las respectivas CCAA.

TABLA 14: GASTO MEDIO POR RECETA FACTURADA EN EL SNS (2004-2005).

COMUNIDAD AUTONOMA	2005 (€)	2004 (€)	% 05/04
ANDALUCIA	12,09	12,15	-0,53
ARAGON	13,69	13,54	1,10
ASTURIAS	13,85	13,86	-0,01
BALEARES	13,66	13,50	1,16
CANTABRIA	13,34	13,21	0,95
CASTILLA LA MANCHA	13,29	13,17	0,90
CASTILLA LEON	13,78	13,63	1,09
CATALUÑA	12,94	12,97	-0,26
CANARIAS	13,65	13,52	0,98
EXTREMADURA	13,39	13,27	0,92
GALICIA	14,01	13,86	1,05
MADRID	12,46	12,36	0,77
MURCIA	13,76	13,47	2,15
NAVARRA	13,83	13,65	1,37
C. VALENCIANA	13,68	13,45	1,75
PAIS VASCO	13,76	13,61	1,13
LA RIOJA	13,69	13,42	2,04
CEUTA	12,21	12,20	0,09
MELILLA	11,44	11,42	0,20
NACIONAL	13,15	13,06	0,67

Fuente: *Datos de facturación de receta medica 2004*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
Disponibile en <http://www.msc.es>

TABLA 15: RECETAS FACTURADAS EN EL SNS (2004 -2005)

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2005	2004	% 05/04
ANDALUCIA	137.580.880	133.214.720	3,28
ARAGON	23.466.033	22.335.169	5,06
ASTURIAS	20.599.710	19.631.419	4,93
BALEARES	13.011.615	12.282.447	5,94
CANTABRIA	9.485.924	9.058.466	4,72
CASTILLA LA MANCHA	35.723.987	33.870.950	5,47
CASTILLA LEON	43.261.747	41.459.670	4,35
CATALUÑA	125.056.043	119.603.107	4,56
CANARIAS	31.724.448	29.558.803	7,33
EXTREMADURA	20.820.542	19.980.356	4,21
GALICIA	52.468.493	49.750.810	5,46
MADRID	83.030.428	78.574.934	5,67
MURCIA	24.020.839	22.582.274	6,37
NAVARRA	9.801.929	9.310.903	5,27
C. VALENCIANA	92.789.118	88.237.090	5,16
PAIS VASCO	35.024.561	32.849.763	6,62
LA RIOJA	4.993.658	4.744.748	5,25
CEUTA	980.012	907.568	7,98
MELILLA	795.130	731.579	8,69
NACIONAL	764.635.097	728.684.776	4,93

Fuente: Datos de facturación de receta medica 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo.
Disponibile en <http://www.msc.es>

La moderación del GF durante 2005 se ha manifestado tanto en el gasto medio por receta, que ha aumentado tan sólo un 0,67% con respecto al año anterior (pasando de 13,06 € a 13,15 €), como en el número de recetas facturadas, que se ha incrementado un 4,93%.

El estudio realizado por José Parreño Fernández, Patricia Ordóñez de Pablos y Raúl Pino Díez, publicado en 2008 da una visión general del análisis del GF en España en el Sistema Nacional de Salud⁵³.

En este artículo se aborda el proceso de descentralización de las responsabilidades de la asistencia sanitaria del gobierno central a la regional,

⁵³ Parreño Fernández J., Ordóñez de Pablos P., Pino Díez R. (2008). Analysis of expenditure on pharmaceuticals in the Spanish Public Health System. *World Review of Entrepreneurship, Management and Sustainable Development*, 4, 1: 74-84.

consecuencia de las transferencias en materia sanitaria, centrándose en el caso del Principado de Asturias.

Se aplica una metodología mediante dos herramientas de previsión, que se utilizan para las variables de pronóstico relacionadas con el gasto en farmacia en Asturias: el número de prescripciones de atención a la población activa y a población pensionista.

El estudio concluye que las herramientas metodológicas aplicadas, proporcionan buenos pronósticos para las dos series de tiempo analizado, y también permiten detectar los cambios en las tendencias.

La capacidad de realizar una buena previsión puede ser de gran interés para las Administraciones locales o las nacionales cuando se trata de la toma de decisiones en los sistemas sanitarios, decisiones estratégicas que a menudo necesitan ser tomadas con muchos meses de antelación.

Capítulo II

*Medidas impulsadas por la Administración
Pública para la contención del
Gasto Farmacéutico a través de receta en el
Sistema Nacional de Salud*

La PF del SNS es uno de los logros más relevantes de la política sanitaria que contribuye a favorecer una mejor calidad en la prevención y el tratamiento de las enfermedades y de sus consecuencias en la salud de las personas.

El importante arsenal terapéutico disponible para la práctica clínica provoca que la PF repercuta en gran medida en el proceso asistencial, lo cual contribuye a dotar de un relevante peso económico a esta prestación en los presupuestos sanitarios, que supone alrededor de un 25% del total de los recursos destinados a la protección y atención a la salud. El presupuesto farmacéutico ha tenido unos crecimientos anuales cuyas cuantías, cercanas y superiores a veces al 10 por ciento, requieren de la adopción de una serie de medidas de contención del GF público que garanticen la seguridad, la calidad y la eficacia de esta importante prestación.

El papel protagonista que la PF empezó a suponer del gasto total en el conjunto del SNS, como hemos analizado en el capítulo anterior, hizo que el coste del consumo de medicamentos pasara a ser una preocupación de gestores sanitarios, políticos y de la sociedad en general.

Desde los años noventa se adoptaron medidas para intentar detener la tendencia alcista del gasto farmacéutico.^{54,55,56}

⁵⁴ Azagra Ledesma R. (1993). ¿Podemos disminuir los costes de farmacia? [editorial]. *Atención Primaria*, 2: 117-118. p. 117.

⁵⁵ Camarena Fuertes Y., Sicilia Ruiz A. (1999) Consumo de especialidades con denominación genérica en el área I de la Comunidad Autónoma de Aragón. *Atención Primaria*, 23: 301-305. p. 301.

⁵⁶ Gómez Martínez M.E., Ruiz Romero J.A., Martínez Olmos J.(1999) Políticas de URM en Europa. *Revista Administración Sanitaria*, 3: 93-107. p. 93.

Como veremos a continuación, el año 1993 es una fecha clave en el desarrollo de una serie de medidas correctoras llevadas a cabo por parte de la Administración. Las medidas aplicadas, de distinta naturaleza, han tenido en unos casos un impacto inmediato, como las económicas, mientras que en otros las consecuencias se han visto reflejadas a medio o largo plazo, como las medidas legislativas o reglamentarias.^{57,58,59}

Todas las medidas correctoras están orientadas a garantizar la viabilidad del propio sistema sanitario, manteniendo los principios básicos de universalidad y equidad, y a la vez pretenden racionalizar el consumo y ajustar la evolución del coste de esta prestación a la capacidad financiera del Estado y a sus recursos limitados.

Desde 1993, han sido muchas las iniciativas llevadas a cabo en materia de política sanitaria orientadas a tratar de contener el acelerado crecimiento del GF en el SNS.

La política de URM que propicia la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo de Europa obliga a utilizar los instrumentos validos disponibles para que se consuman sólo los medicamentos necesarios y, de ellos, los de mejor balance utilidad terapéutica/coste.

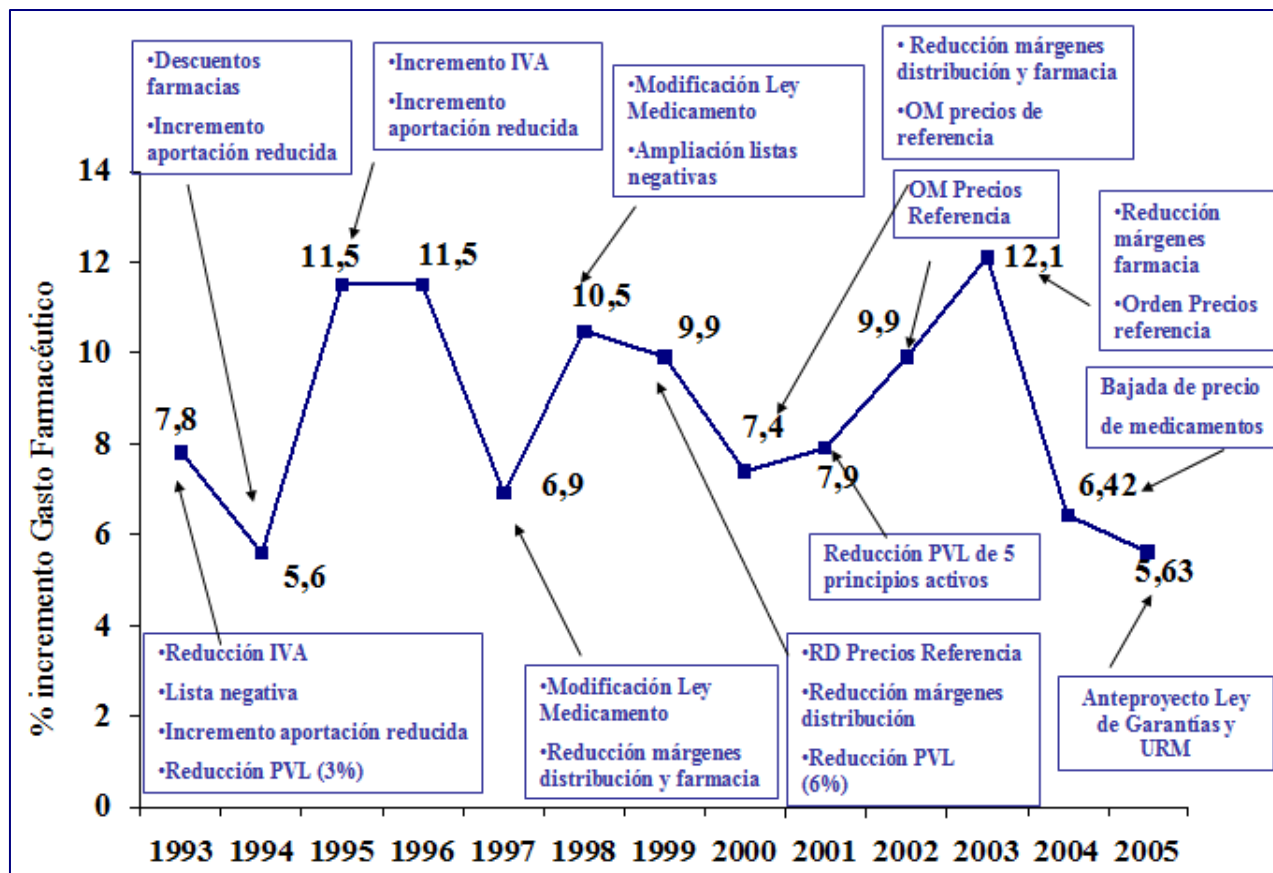
El gráfico 4 pone de manifiesto cómo las distintas medidas han modificado el gasto con mayor o menor intensidad en función de su propia naturaleza, su capacidad correctora y el segmento de mercado al que han sido orientadas. Las medidas dirigidas a reducir directamente el precio del medicamento son las que han producido un impacto más inmediato y visible.

⁵⁷ Cabedo García V.R., Poveda Andrés J.L., Peiró Moreno S., Nacher Fernández A., Goterris Pinto M.A. (1995) Factores determinantes del gasto por prescripción farmacéutica en atención primaria. *Atención Primaria*, 16: 407-415, p. 407.

⁵⁸ *Indicadores de Prestación farmacéutica del SNS*. Subdirección General de Atención Primaria. Madrid: INSALUD, 1989-1996.

⁵⁹ Arnau J.M. (1994) Medidas de contención del gasto farmacéutico e indicadores de calidad en el uso de los medicamentos: ¿prescribir menos o prescribir mejor? [editorial]. *Atención Primaria* 13: 155-158, p. 155.

GRÁFICO 4: MEDIDAS DE CONTROL DEL GASTO FARMACÉUTICO 1993-2005⁶⁰



Fuente: Gráfica tomada y modificada de Luances Martín A. (2003). Necesidad de contener el gasto farmacéutico. Crónica de una década (1993-2002). *Revista de la Real Academia de Farmacia de Catalunya*, 24: 99-112.

Las medidas legislativas o reglamentarias adoptadas en el periodo analizado, se enmarcan cada una de ellas en el año de su entrada en vigor, independientemente de su fecha de publicación.

Por riguroso orden cronológico, se describen a continuación los aspectos económicos más relevantes de las medidas adoptadas por la Administración, señalando cómo se ha incidido sobre el GF público en el SNS en el periodo analizado.

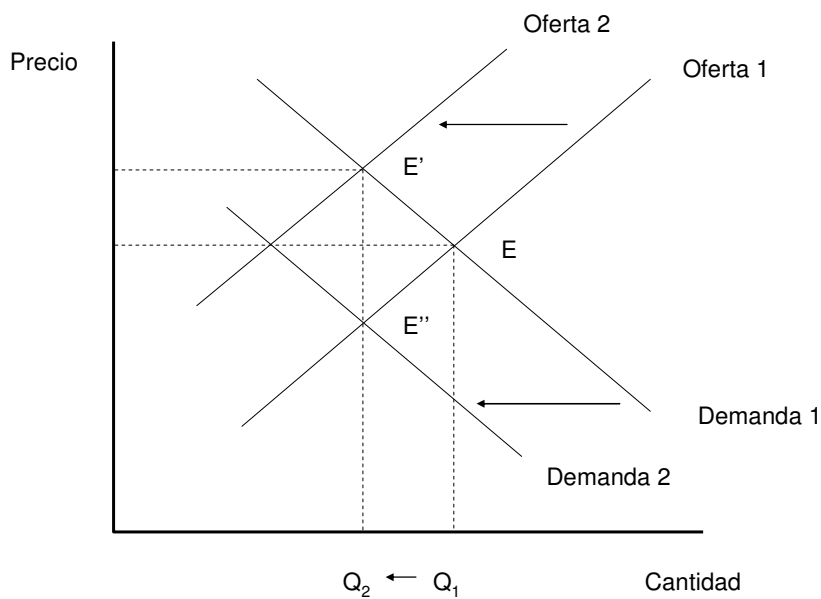
A efectos económicos, las distintas medidas correctoras aplicadas pueden ser calificadas como orientadas hacia la demanda, actuando por ejemplo aumentando el

⁶⁰ Gráfica tomada y modificada de Vid. nota (25), p. 111

porcentaje que debe pagar el beneficiario, o bien actúan restringiendo la oferta, como por ejemplo la exclusión de algunos medicamentos de la prestación.

En el gráfico adjunto se aprecia el impacto de las medidas de demanda y las de oferta. A partir del punto de equilibrio inicial E, una medida de oferta como excluir productos de la PF desplaza la curva de oferta de Oferta 1 a Oferta 2, pasando el equilibrio del punto E al punto E', con el consiguiente descenso en la cantidad de medicamentos de Q1 a Q2. Por el lado de la demanda, un aumento de la participación del beneficiario, por ejemplo, puede desplazar la curva de demanda de Demanda 1 a Demanda 2, con el mismo resultado en términos de descenso de la cantidad de medicamentos.

GRÁFICO 5: IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE OFERTA Y DEMANDA



II. 1. MEDIDAS APLICADAS EN 1993

En 1993 fueron cinco las medidas correctoras aplicadas. La repercusión de estas medidas fue tan importante que rebajó en más de 7 puntos porcentuales el valor del GF alcanzado en 1992, que fue del 14,9%⁶¹.

Profundizaremos a continuación en cada una de esas medidas correctoras:

II.1.1 LEY 37/92 de 28 de diciembre del Impuesto sobre el valor añadido⁶².

La entrada en vigor de esta Ley el 1 de enero de 1993, supuso la reducción en 3 puntos del tipo de Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) aplicado al precio final de las EF, pasando del 6% a un tipo del 3%.

II.1.2 RD 83/1993 de 22 de enero por el que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud.

El RD 83/93 de 22 de enero, por el que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el SNS⁶³ y la Orden Ministerial de 6 de abril de 1993⁶⁴ que la desarrollaba, establecieron una primera relación de medicamentos, a efectos de su exclusión de la financiación.

La entrada en vigor de este RD es una medida orientada hacia la OFERTA.

⁶¹ Informaciones de interés (1992). *Información Terapéutica de la Seguridad Social*, 16, 4: 77-98.

⁶² Ley 37/1992 de 28 de diciembre del Impuesto sobre el Valor añadido. BOE nº 312, 29-12-1992.

⁶³ Real Decreto 83/1993 de 22 de enero, del Ministerio de Sanidad y Consumo por el que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el SNS. BOE nº 43, 19-02-1993.

⁶⁴ Orden de 6 de abril de 1993, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se desarrolla el Real Decreto 83/1993 de 22 de enero, que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el SNS. BOE nº 88, 13-04-1993.

En el artículo 1 se dispone que “la financiación de los medicamentos con cargo a fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la Sanidad, dentro del SNS, prescritos y dispensados a los pacientes no hospitalizados que tengan derecho a ello, queda regulada en los términos que se establecen en este Real Decreto”⁶⁵ y la citada disposición establece los criterios por los que los medicamentos se incluyen o excluyen de la PF de la Seguridad Social. En cuanto a las exclusiones, estas pueden ser generales o individualizadas.

Las Exclusiones generales que se establecen en el artículo 2⁶⁶ y que a su vez diferencia entre exclusiones de la PF y exclusiones de la financiación, son las siguientes:

1. Quedan excluidos de la PF de la Seguridad Social los cosméticos o productos de utilización cosmética, dietéticos y productos de régimen, aguas minerales, elixires bucodentales, dentífricos, artículos de confitería medicamentosa y jabones medicinales.
2. Quedan excluidas de la financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la Sanidad las siguientes EF:
 - a) Las EF calificadas como publicitarias.
 - b) Las EF autorizadas como suplementos alimenticios, anabolizantes o productos antiobesidad, adscritas a los grupos o subgrupos terapéuticos del apartado 2 del anexo I del Real Decreto.

⁶⁵ *Farmacia. Tomo III* (2001). Serie: Legislación Sanitaria. Madrid. Edita: Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Área de Estudios, Documentación y Coordinación Normativa, p. 1365- 2124, p. 1462.

⁶⁶ *Ibidem*.

- c) Las EF cuya finalidad terapéutica sea la de higiene o para síntomas o síndromes dermatológicos y estén adscritas a los grupos o subgrupos terapéuticos del apartado 1 del anexo I del Real Decreto.
 - d) Las EF que destinadas a síntomas menores estén adscritas a los grupos o subgrupos terapéuticos del apartado 3 del anexo I del Real Decreto.
3. Por Orden Ministerial, previo informe de la Comisión Nacional de Uso Racional de los Medicamentos, se especificarán las EF incluidas en cada uno de los grupos o subgrupos terapéuticos de los apartados del Anexo I a que se refiere el apartado anterior, y que quedan excluidas de la PF de la Seguridad Social.

En el artículo 3 se incluyen las siguientes Exclusiones individualizadas⁶⁷:

1. En el momento de la autorización y registro de una especialidad farmacéutica se decidirá si se incluye, modalidad en su caso, o se excluye de la PF de la Seguridad Social, teniendo en cuenta los siguientes criterios establecidos en el artículo 94.1 de la Ley del Medicamento:

- a) Gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías.
- b) Necesidades de ciertos colectivos.
- c) Utilidad terapéutica y social del medicamento.
- d) Limitación del gasto público destinado a PF.
- e) Existencia de medicamentos ya disponibles y otras alternativas mejores o iguales para las mismas afecciones a menor precio o inferior coste de tratamiento.

⁶⁷ *Loc. cit.* nota (65). Página 1463.

La comparación en función del precio de venta al público (PVP) se realizará entre EF que tengan igual composición cuantitativa y cualitativa de sustancias medicinales e igual vía de administración.

La comparación en función del coste del tratamiento se realizará entre EF que tengan efecto terapéutico equivalente.

Al evaluar el efecto terapéutico, se tendrán en cuenta las indicaciones y los efectos secundarios de cada medicamento.

Para comparar los costes de tratamiento, se deberá tener en cuenta la posología y la duración estimada del tratamiento.

2. La decisión de no incluir las EF a que se refiere el apartado anterior deberá ser motivada, se comunicará al solicitante y expresará los recursos que procedan y los plazos para interponerlos.

3. Las EF ya incluidas en la PF de la Seguridad Social y las que al ser autorizadas y registradas se incluyan en la misma, podrán ser excluidas teniendo en cuenta los criterios establecidos en el apartado 1 del artículo 3 siempre que haya transcurrido un año, como mínimo, desde su inclusión en la PF de la Seguridad Social. La decisión se adoptará previo informe de la Comisión Nacional para el Uso Racional de los Medicamentos, deberá ser motivada, se comunicará a la persona responsable y expresará los recursos que procedan y los plazos para interponerlos.

La aplicación de esta medida tuvo como consecuencia la exclusión de 1.105 formatos del vademécum de la Seguridad Social, habiendo afectado a 215 laboratorios y estimándose la minoración producida sobre el gasto en 147 millones de euros ⁶⁸.

⁶⁸ *Vid.* nota (25). Pág. 103.

II.1.3 Incremento de la aportación reducida del beneficiario

El RD 83/93 de 22 de enero también modificó la aportación reducida del beneficiario para el tratamiento de enfermedades crónicas. Desde este punto de vista, este RD y la entrada en vigor del aumento de la aportación reducida del beneficiario puede calificarse como una medida orientada hacia la DEMANDA.

Así se establece en su artículo 5 y bajo el epígrafe “aportación reducida de los beneficiarios”, que para las EF clasificadas en los grupos o subgrupos terapéuticos incluidos en el Anexo II de dicho RD, la participación económica de los beneficiarios pasaría a ser, a partir de su entrada en vigor, del 10 por ciento del precio de venta al público, sin que el importe total de la aportación excediera de las 400 pesetas (2,40 € aproximadamente). Se incrementaba así la aportación reducida del beneficiario de 0,30 hasta 2,40 € como el importe máximo de la misma, suponiendo un ahorro estimado según Antonio Luances Martín, de 74 millones de euros⁶⁹. Este importe máximo de 2,40 € se debería actualizar según esta Disposición en función de la evolución del índice de precios al consumo.

II.1.4 Reducción del precio de comercialización de las Especialidades farmacéuticas.

La última actualización de 1993, fruto del Pacto entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y Farmaindustria, fue el Acuerdo alcanzado en el mes de noviembre de reducir el precio de comercialización de las EF en un porcentaje medio del 3% por un periodo de 3 años.

⁶⁹ Vid nota (25).

Esta medida, dirigida hacia la OFERTA, de importante trascendencia, al haberse logrado un amplio consenso con la industria farmacéutica, afectó prácticamente a todo el vademécum, con las siguientes excepciones:

- 1 Especialidades con precio de venta laboratorio (PVL) igual o inferior a 1,80 €.
- 2 Especialidades no dispensables con cargo a la Seguridad Social.
- 3 Especialidades calificadas de uso hospitalario.
- 4 Especialidades inscritas en el Registro con fecha posterior a 1 de enero de 1993.
- 5 Envases clínicos.
- 6 Contrastes radiológicos
- 7 Anestésicos generales.

La minoración de los precios se realizó por tramos en función del PVL autorizado, aplicando porcentajes de reducción entre el 2,7% y el 4,2%.

II.1.5 Programa de Uso Racional del Medicamento en Atención Primaria del Instituto Nacional de la Salud.

En 1993, el INSALUD pone en marcha el Programa de Uso Racional del Medicamento en Atención Primaria⁷⁰.

Esta medida está orientada hacia la OFERTA, desde el punto de vista de ordenación de la misma.

Este programa contemplaba actividades encaminadas a realizar un uso más racional de los medicamentos, e incorporaba la actuación de un Farmacéutico de AP. Muchas de estas actividades ya se venían desarrollando en algunas áreas sanitarias del territorio INSALUD antes de iniciarse el Programa.

⁷⁰ Vid. nota (3).

La OMS, en su Conferencia de Expertos, celebrada en Nairobi en noviembre de 1985, estableció que, cuando el tratamiento más adecuado para el paciente sea el farmacológico, el empleo del medicamento ha de hacerse de forma responsable, y consagra así el concepto del URM.

El URM queda definido como “el acto por el que los enfermos reciben el fármaco indicado para su situación clínica, en dosis que satisfagan sus necesidades individuales, durante el periodo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad”.⁷¹

En el ámbito del INSALUD, son muchas las iniciativas encaminadas a conseguir que todos los requisitos establecidos en la definición de URM por la OMS se hicieran realidad.

En el año 1992, la Subdirección General de Atención Primaria (SGAP) colaboró con la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, bajo la tutela de la Dirección General del INSALUD, en definir el perfil del **Farmacéutico de AP**, teniendo en cuenta experiencias previas de actividad de algunos farmacéuticos en este nivel asistencial. Junto a ella, intervinieron otras Unidades Directivas (Subdirección General de Ordenación y Asistencia Farmacéutica de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y la entonces Área de Prestaciones Farmacéuticas del INSALUD).

El Programa de URM se sustenta así en dos elementos fundamentales: *el Farmacéutico de AP y la Comisión de URM*⁷². El primero es el profesional experto en la materia, asesor del medicamento a la Gerencia de Atención Primaria (GAP) y sus

⁷¹*Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS* (2002). 5. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales WHO /EDM/2002.3: 1-6

⁷² Real Decreto 1274/1992 de 23 de octubre, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se crea la Comisión Nacional para el Uso Racional de los Medicamentos. BOE nº 269, 9-11-1992.

profesionales. La segunda es el órgano colegiado que constituye el foro de expresión y participación de los distintos estamentos de la GAP cuya actuación afecta al ámbito del URM.

El objetivo primordial de la Ley 25/1990 de 20 de diciembre del Medicamento (vigente en el año 1.993) era avanzar en el proceso de atención a la salud. Para ello era preciso profundizar no sólo en los requisitos que ha de cumplir el producto, sino también en las condiciones para su uso racional, conforme a las normas establecidas en la propia Ley. Al regular, en su Título VI, los aspectos sustantivos del régimen de utilización racional de los medicamentos y en la medida que resulte necesario a los productos sanitarios y de higiene personal, la Ley se refiere en dos ocasiones (artículos 84.4 y 94.3) a la Comisión Nacional para el URM, configurándola como órgano consultivo y de asesoramiento, pero sin precisar su composición y funciones.

Con fecha 22 de junio de 1993 fue aprobada la **Circular 5/93** del INSALUD sobre regulación de los Servicios Farmacéuticos de AP⁷³. Esta Circular, basada en normas de mayor rango legislativo (Ley 25/1990 del Medicamento y Ley General de Sanidad) define las funciones, oficializa y encuadra el marco de actuación de los Servicios Farmacéuticos de AP, para garantizar y promover el URM en al ámbito de la atención sanitaria de INSALUD. Atribuye al farmacéutico de los servicios farmacéuticos de AP la responsabilidad de promover el URM en su ámbito asistencial, es decir, en el área de salud.

La Ley 14/1986 General de Sanidad de 25 de abril, en su artículo 103, atribuye a los servicios de farmacia de las estructuras de AP del SNS, la facultad de custodia y

⁷³ *Loc. cit.* nota (65). Página 2023.

dispensación para los medicamentos que sean aplicados dentro de estas instituciones o para aquellos que requieran un especial control ⁷⁴.

Por otro lado, la Ley 25/1990 de 20 de diciembre del Medicamento, en su artículo 84 establecía las actuaciones que las Administraciones Publicas deberán emprender en el ámbito del URM. En su artículo 87 establece las funciones que garantizan el URM en la AP de Salud. La síntesis de ambos artículos define las áreas de actividad esenciales en este campo, como la formación continuada sobre farmacia clínica de los profesionales sanitarios, la información científica y objetiva sobre medicamentos, la selección y valoración de los medicamentos y de su empleo, la custodia y dispensación de medicamentos, la creación de guías farmacológicas para el uso por los profesionales y la información y educación sanitarias de la población.

El INSALUD, como entidad gestora de provisión de servicios sanitarios, ha tenido la responsabilidad de impulsar, en su ámbito territorial, todas aquellas medidas encaminadas a mejorar la calidad de la atención sanitaria. Con la publicación de la Resolución de 2 de octubre de 1992 del Director General del INSALUD se prevé la existencia de un farmacéutico en las plantillas de AP de todas las Áreas de Salud de su ámbito de gestión. Complementaria de la anterior, la Resolución de 15 de enero de 1993 de esta misma Dirección General especifica las características retributivas de estos puestos. Además, el Contrato Programa de 1993 recoge, dentro de los compromisos para la AP, varias medidas de racionalización del uso de los medicamentos que deberán ser llevadas a cabo en cada área de Salud.

La contratación por el INSALUD de 59 farmacéuticos (uno por cada Gerencia de AP) en enero y febrero de 1993 y el Curso de Formación, organizado por el Área de

⁷⁴ Vid nota (12).

Gestión de Farmacia que les fue impartido, permitieron dotar al Programa de un profesional cualificado con los conocimientos, técnicas y actitudes precisos para implantar y desarrollar el concepto de URM en el ámbito de la AP, según las directrices del INSALUD. El número de farmacéuticos se ha ido ampliando progresivamente para ir dotando de más de un farmacéutico a aquellas Gerencias de mayor población, número de médicos y dispersión geográfica de los CS.

Los recursos necesarios contemplados en este Programa para cada Área de Salud fueron los siguientes:

- Recursos humanos

- Al menos un farmacéutico de AP en cada una de las 59 áreas sanitarias del entonces INSALUD.
- Un auxiliar administrativo a tiempo total o parcial, para llevar a cabo las tareas de carácter administrativo-burocrático.
- Un celador, encargado de la preparación y distribución de los pedidos de medicamentos para los botiquines de urgencia de los centros de AP.

- Recursos materiales

- Dotación bibliográfica:
 - Revistas recomendadas:
 - The Annals of Pharmacotherapy
 - The Medical Letter
 - Drugs and Therapeutics Bulletin
 - Información Terapéutica del SNS
 - Review Prescrire
 - Otras

- Libros de consulta recomendados
 - Martindale. The Extra Pharmacopoeia
 - USP. Drug Information
 - Drug Facts and Comparisons
 - American Hospital Formulary Service.
 - Physicians Desk Reference. Drug interactions and Side Effects
 - Goodman and Gilman. The pharmacological basis of therapeutics
 - Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- Sistemas de archivo
- Dotación informática: ordenador personal

El Farmacéutico de AP juega un papel primordial en todas las estrategias, principalmente en aquellas de tipo indirecto y educativo, que pretenden conseguir una utilización más racional del medicamento, disminuyendo la incertidumbre del clínico y proporcionándole una información objetiva e independiente. Es, por su ámbito de trabajo cercano al profesional asistencial y al gestor, un eslabón fundamental para potenciar puntos de encuentro, consenso y acuerdo con cada uno de los estamentos implicados en la utilización de medicamentos.

Son tan numerosas y diversas las variables que pueden influir sobre los hábitos de prescripción en cada sociedad que resulta imposible elaborar un modelo previsible y reproducible para reorientar o modificar la prescripción de medicamentos. Los estudios de utilización de medicamentos son una herramienta básica que permiten dar respuesta a

algunas cuestiones, y además pueden servir para adoptar medidas adecuadas en el URM. Este tipo de estudios como medida aislada tiene poca influencia en la prescripción, en cambio, su intervención en estrategias de información más globales puede ser muy valiosa⁷⁵.

Entre los elementos que puede y debe aportar el farmacéutico desde un punto de vista clínico encontramos:

- Metodología de selección de medicamentos.
- Información objetiva e independiente sobre medicamentos.
- Diseño de estudios que permitan realizar auditorías internas de la prescripción.
- Implementación de programas de control de calidad del empleo de medicamentos.

Desde un punto de vista comunitario cabría mencionar:

- Conocimiento de los medicamentos que consume la población
- Evaluación de los efectos del uso agudo y crónico de medicamentos por parte de la población global así como de subgrupos específicos de alto riesgo, entre otros.

En la actualidad estos y otros aspectos están siendo abordados, con mayor o menor grado de desarrollo, por los FAP que prestan sus servicios en las estructuras de AP de los distintos Servicios de Salud del territorio nacional, donde este profesional se configura como un valioso asesor sobre medicamentos para los médicos y para otros profesionales sanitarios, y para las estructuras de Gestión, constituyendo un apoyo en la consecución del uso eficiente de los medicamentos.

⁷⁵ Díaz Paradela M., Díaz Mantis R., Bravo Díaz L., Marhuenda Requena E. (2000) Estudios de utilización de Medicamentos: revisión. *Pharmaceutical Care España*, 2: 3-7. p. 3.

Su actuación se desarrolla en tres vertientes:

- Asesor de los médicos en materia de URM.
- Asesor del Equipo Directivo en todo lo relativo a la prestación farmacéutica.
- Proveedor y gestor de atención farmacéutica.

Paralelamente al desarrollo funcional de estos Servicios Farmacéuticos de AP, se ha intentado dotar a estos profesionales del marco legal necesario para que puedan constituirse en Servicios Farmacéuticos debidamente acreditados por las CCAA de su ámbito territorial. Y ello con el fin de que se puedan llevar a cabo todas las funciones establecidas en la Circular 5/93, fundamentalmente aquellas que se refieran a la adquisición y dispensación de medicamentos en los centros y estructuras de AP, con arreglo a lo establecido en la Ley General de Sanidad y en la Ley del Medicamento.

En el caso de la Comisión de URM la Circular que regula el funcionamiento de las Comisiones de URM, fue aprobada el 11 de junio de 1993⁷⁶. En ella se establece su carácter de **órgano asesor de la Gerencia** en la planificación y coordinación de las actuaciones que promuevan el URM en el Área. La conexión entre ambas figuras se consigue al hacer que el Farmacéutico de AP sea el **secretario** de esta Comisión.

Por otro lado, el Programa de Trabajo específico de los Servicios Farmacéuticos de AP aparece recogido en los contratos-programa o contratos de gestión de cada Gerencia de AP. Desde el inicio del PURM en 1993, las diferentes Gerencias Asistenciales han firmado un Contrato-Programa o Contrato de Gestión con los Órganos de Dirección del INSALUD hasta que se producen las transferencias en el año 2002, en materia de sanidad a las distintas CCAA.

⁷⁶ *Loc. cit.* nota (65). Página 2019.

En las Gerencias de AP, se fijan objetivos, metas y sistemas de evaluación relacionados con el URM. El grado de cumplimiento de los objetivos y metas a los que se comprometen cada una de las Gerencias de AP es evaluado por la SGAP (antes de las transferencias sanitarias) y después por cada Servicio de Salud.

De acuerdo con los resultados de cada año, se fijan los objetivos del siguiente, con carácter progresivo conforme a las diferentes situaciones organizativas, geográficas, demográficas y de disponibilidad de recursos de los que disponen las diferentes GAP.

En los diferentes contratos programa o contratos de gestión de cada Gerencia de AP, se han ido incorporando una serie de compromisos, tanto de carácter organizativo como de calidad, en lo concerniente a⁷⁷ :

- Puesta a punto de un sistema informático de información de consumo.
- Explotación de los datos a nivel del área por el Farmacéutico.
- Remisión mensual y trimestral, inicialmente sólo a las unidades de provisión y posteriormente a todos los facultativos de AP, de sus perfiles de prescripción de datos económicos y de calidad de la prescripción, acerca del consumo farmacéutico generado. Con el fin de orientar a las GAP sobre el contenido y tipo de información que se debía enviar a los equipos y médicos de AP, se confeccionó un “Manual de información sobre consumo farmacéutico” en 1994.
- Realización de, al menos, cuatro sesiones al año de la Comisión de URM. En su seno se aprueba el programa de trabajo anual para esa GAP que se remite a la Subdirección General de AP para su valoración y seguimiento.

⁷⁷ *Opus cit.* nota (3).

- Elaboración de, al menos, cuatro boletines farmacoterapéuticos al año, con información sobre temas farmacológicos de interés. A partir de 1999 esta línea de trabajo se desarrolla de acuerdo con el documento “Boletines Farmacoterapéuticos en AP” del INSALUD, diferenciándose el tipo de boletines en Revisiones farmacoterapéuticas y Hojas de evaluación de medicamentos.
- Realización de un número de sesiones farmacoterapéuticas por fármaco al año. Este número varía entre 25 y 35 como un mínimo fijo, dependiendo de los temas a tratar, aunque en ocasiones puede ser menor, si se trata de Áreas sanitarias pequeñas en cuanto a EAP o profesionales.
- Elaboración de protocolos farmacoterapéuticos sobre las patologías más relevantes.
- Elaboración y revisión de la Guía Farmacoterapéutica del Área.
- La inclusión en los Contratos de Gestión de una línea de potenciación de la prescripción de EFG, supuso el despegue en el ámbito del INSALUD de estas especialidades. En concreto, en 1999 el indicador de EFG (% prescripción EFG / total) formó parte de la **fórmula de incentiación**; en el año 2000 se asoció además prescripción de EFG a la productividad específica de los médicos (medicina familiar y pediatría) y en el año 2001 han vuelto a formar parte de la fórmula de incentiación general de los profesionales.

Según concluye un estudio de intervención con grupo control, basado en la metodología de evaluación y mejora de calidad, publicado por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Consejería de Sanidad de

Galicia en 2005, en el que participaron 1.970 médicos de AP pertenecientes al Servicio Gallego de Salud, la utilidad del sistema de incentivos basados en indicadores como instrumento para la mejora de la calidad de la prescripción y el control del GF. Los mejores resultados se obtuvieron en la combinación de estrategias de incentivación y medidas regulatorias como el visado⁷⁸.

- Prescripción de especialidades eficientes. En algunos casos, se han desarrollado planes específicos de fomento de prescripción de medicamentos más baratos de entre los de igual composición.
- Objetivos anuales específicos para cada GAP de diferentes indicadores de calidad en la prescripción. La calidad de prescripción farmacéutica medida a través de estos indicadores forma parte tradicionalmente de la fórmula de incentivación de los profesionales.
- Coordinación con Atención Especializada (AE). Si bien la Coordinación con AE ha sido un tema prioritario para AP desde el inicio del Programa del URM, es en 1997 cuando el Contrato Programa incluye dos apartados relativos al trabajo conjunto. En concreto, se establece que es necesario efectuar una armonización de las Guías Farmacoterapéuticas y elaborar conjuntamente cinco protocolos farmacoterapéuticos. En 1999 se firma por ambos niveles, una Guía de Antimicrobianos y de la prescripción de EFG. En 2000 y 2001 ha continuado la coordinación aunque no de forma eficaz de manera que este sigue siendo una de las grandes ausencias y retos de trabajo en URM.

⁷⁸ Pombo Romero J., Portela Romero M., Chavarri Arzamendi P., Vizoso Hermida J.R. (2005). Evaluación de un programa de incentivación de la calidad de la prescripción en atención primaria. *Revista Gallega de Actualidad Sanitaria* 4, 1: 46-51. p 50.

Según afirma Carmen Alberola Gómez-Escolar, no puede hablarse de URM, si no se promueve un uso racional coordinado en Atención Primaria y Especializada. Sería necesario establecer una estrategia de coordinación de actuaciones⁷⁹.

Además de las actuaciones coordinadas institucionalmente desde el Área de Gestión de Farmacia, cada Gerencia de AP ha ido desarrollando su propio plan de actuación en URM, lo que complementa el marco general descrito, de acuerdo con las funciones de los Farmacéuticos de AP. Así, se han llevado a cabo iniciativas individuales de realización de cursos de introducción al URM para profesionales sanitarios, se han puesto en marcha programas de fomento de prescripción de medicamentos eficientes, se han introducido nuevos indicadores de calidad, se ha prestado asistencia al programa de vacunación de meningitis C, se ha participado en ensayos clínicos, programas de investigación, publicaciones y foros de discusión etc...

Las tareas desarrolladas actualmente por los Servicios Farmacéuticos de AP se resumen en la tabla 16.

⁷⁹ Alberola Gómez-Escolar C. (1998). Uso racional de medicamentos y planificación estratégica. *Revista de Administración Sanitaria*. 1,7:1-7, p. 4.

TABLA 16: ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

ÁREA DE ACTUACION	TEMA	ACTIVIDAD
Información sobre medicamentos	Información activa	Realización de sesiones farmacoterapéuticas Elaboración y difusión de Boletines de Medicamentos Otras actividades de información activa
	Información pasiva	Contestación de consultas de los profesionales
	Docencia	Organización e impartición de cursos sobre URM a profesionales Participación en el programa docente de MIR-FIR
Selección de medicamentos	Guías	Elaboración, difusión y actualización de la Guía Farmacoterapéutica Elaboración, difusión y actualización de la Guía de antimicrobianos Elaboración, difusión y actualización de otras Guías Elaboración de la lista de medicación disponible en los centros de AP
	Otros	Elaboración de la lista de medicación disponible en los centros de la tercera edad concertados Participación en la elaboración de protocolos Farmacoterapéuticos
Información sobre consumo de medicamentos	Sistema informático	Actualización de los datos mensuales de consumo de medicamentos
	Indicadores de calidad de prescripción	Diseño y determinación de objetivos de los Indicadores de Calidad en la Prescripción
	Perfiles	Difusión y análisis de los perfiles de prescripción de los profesionales
Gestión de la Prestación Farmacéutica	Gestión económica	Elaboración y seguimiento de los presupuestos anuales de farmacia de los equipos de AP Elaboración de informes sobre productividad los profesionales sanitarios ligada a Farmacia Seguimiento del consumo de productos especiales (tiras reactivas, absorbentes, vacunas, etc.) Seguimiento del consumo de medicamentos distribuidos a los centros de AP Seguimiento del consumo de medicamentos distribuidos a los centros de la tercera edad
	Genéricos	Difusión de información específica sobre medicamentos genéricos Promoción, seguimiento y evaluación del uso de medicamentos genéricos
	Sellos y talonarios	Supervisión de codificación de médicos y entrega de sellos y talonarios de recetas oficiales Entrega y control de talonarios de estupefacientes
Gestión de medicamentos	Medicamentos	Adquisición de medicamentos para los centros de AP Gestión de almacén de medicamentos de AP Control y supervisión de los botiquines de los

CAPITULO II
 MEDIDAS IMPULSADAS POR LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
 PARA LA CONTENCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA EN EL SNS

	Otros productos	centros de AP Gestión de compras y distribución de la medicación para las residencias concertadas de la tercera edad Gestión de compras y distribución de tiras reactivas Gestión de compras y distribución de absorbentes Gestión de compras y distribución de vacunas Gestión de compras y distribución de otros productos especiales
Coordinación con Atención Especializada	Selección de medicamentos	Participación en la elaboración de guías consensuadas con Atención Especializada Participación en otras actuaciones de selección de medicamentos en Atención Especializada
	Consumo de medicamentos	Análisis del consumo de medicamentos en Atención Especializada Obtención y difusión a médicos de AE de sus perfiles de prescripción
Participación en Comisiones	Atención Primaria	Secretaría y/o vocalía de la Comisión de URM del Área Vocalía o participación de la Comisión de Calidad del Área Vocalía o participación del Consejo de Gestión del Área Miembro del Comité Ético de Investigación Clínica
	Atención Especializada	Vocalía o participación de la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital
Educación sanitaria	Educación sanitaria	Elaboración de documentación destinada a informar a la población Coordinación y participación en campañas sobre medicamentos dirigidas a la población
Relaciones con otros estamentos	Administración	Relaciones con la Inspección Farmacéutica Relaciones con la Comunidad Autónoma
	Otros	Relaciones con el Colegio Oficial de Farmacéuticos Control de la visita médica
Investigación sobre medicamentos	Ensayos clínicos	Participación a través de la distribución de muestras de medicamentos para ensayos clínicos
	Farmacovigilancia	Participación en las actividades de detección de reacciones adversas a medicamentos y/o colaboración con el centro de referencia de farmacovigilancia
	Estudios de utilización de medicamentos	Realización de estudios de utilización de Medicamentos
Otras actividades	Atención farmacéutica	Participación en programas de colaboración con OF destinados a promover la atención farmacéutica a los pacientes
	Asesoría	Asesoría farmacéutica a los órganos directivos del Área

Fuente: Elaboración propia

II.2 MEDIDAS APLICADAS EN 1994

II.2.1 Acuerdo con las Oficinas de Farmacia sobre la facturación total a la Seguridad Social.

El acuerdo con las OF de realizar unos descuentos sobre la facturación total al SNS a partir de enero de 1994, medida ésta dirigida hacia la OFERTA, fue la medida de mayor impacto económico de ese año.

El efecto continuado de las medidas implantadas el año anterior, junto con las impulsadas en este año, redujeron la tasa de crecimiento del GF de 1994 respecto al periodo precedente en 2,2 puntos porcentuales, situándola en el 5,6%, que será la mas baja junto con el dato obtenido en el 2005, en los 13 años estudiados.

II.2.2 Orden de 19 de octubre de 1994 sobre el incremento de la aportación reducida del beneficiario

El artículo 5 del RD 83/1993, de 22 de enero, por el que se regula la selección de medicamentos a efectos de su financiación por el SNS, dispuso que la participación económica de los beneficiarios de la Seguridad Social en la dispensación de las EF clasificadas en los grupos o subgrupos terapéuticos que se incluyen en su Anexo II sería del 10% del precio de venta al publico (PVP), sin que el importe total de la aportación pudiera exceder de los 2,40 €. La Orden de 6 de Abril de 1993, que desarrolla el RD 83/1993 de 22 de enero estableció que el importe máximo de 400 pesetas se aplicaría a partir del 25 de julio de 1993.

Por otra parte, la Orden de 19 de octubre de 1994 modificó, a partir del 25 de noviembre⁸⁰ la aportación reducida del beneficiario, incrementando de 2,40 hasta 2,52 € (419 pesetas) el importe máximo de la misma. Esta medida por lo tanto está dirigida hacia la DEMANDA.

II.3 MEDIDAS APLICADAS EN 1995

II.3.1 Ley 40/94 del 30 de diciembre sobre el incremento del Impuesto del Valor Añadido.

El año 1995 se inicia con una actuación administrativa negativa para la moderación del gasto, modificando al alza el IVA de las EF, constituyendo así una medida dirigida hacia la OFERTA.

La posterior actualización de la aportación reducida del beneficiario tuvo, como en los años anteriores, unas consecuencias económicas irrelevantes. Todo ello unido a la ausencia de medidas correctoras eficaces en ese año, contribuyó a duplicar ampliamente la tasa de variación precedente, situándola en el 11,5%.

La aplicación de la Ley 40/1994 de 30 de diciembre, a partir del 1 de enero de 1995, supuso el incremento en un punto del tipo de IVA, pasando del 3% establecido en 1993 al 4%.

⁸⁰ Orden de 19 de octubre de 1994 por la que se actualiza el importe máximo de la aportación de los beneficiarios de la Seguridad Social en la dispensación de las especialidades farmacéuticas, clasificadas en los grupos o subgrupos terapéuticos incluidos en el Anexo II del Real Decreto 83/1993 de 22 de enero. BOE nº 260, 31-10-1994.

II.3.2 Orden de 18 de octubre de 1995 sobre el incremento de la aportación reducida del beneficiario.

De signo contrario, aunque con una repercusión mucho menor, fue la actualización a partir del 25 de noviembre de la aportación reducida del beneficiario, aumentando de 2,52 a 2,64 € el importe máximo de esta contribución, en cumplimiento de la Orden de 18 de octubre de 1995⁸¹, constituyendo una medida orientada hacia la DEMANDA.

II.4 MEDIDAS APLICADAS EN 1996

II.4.1 Real Decreto 9/1996 por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación, suministro y dispensación.

La entrada en vigor de este RD constituye una medida orientada hacia la OFERTA.

En este año, entra en vigor el RD 9/1996 de 15 de enero, por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la Sanidad y su régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados que determina en su artículo 3 que solamente serán **financiados** con cargo a fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la sanidad los efectos y accesorios citados en el artículo 2 de este RD⁸².

A efectos de este RD se definen como efectos y accesorios, aquellos productos sanitarios de fabricación seriada que se obtienen en régimen ambulatorio y que están

⁸¹ Orden de 18 de octubre de 1995 por la que se actualiza el importe máximo de la aportación de los beneficiarios de la Seguridad Social en la dispensación de las especialidades farmacéuticas, clasificadas en los grupos o subgrupos terapéuticos incluidos en el Anexo II del Real Decreto 83/1993 de 22 de enero. BOE nº 264, 4-11-1995.

⁸² Real Decreto 9/96 de 15 de enero, por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la Sanidad y su régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados. BOE nº 33, 7-02-1996, p. 4155.

destinados a utilizarse con la finalidad de llevar a cabo un tratamiento terapéutico o ayudar al enfermo en los efectos indeseados del mismo. Según el artículo 2 de este RD tienen carácter de efecto y accesorio los siguientes productos sanitarios:

- materiales de cura
- utensilios destinados a la aplicación de medicamentos
- utensilios para la recogida de excretas y secreciones
- utensilios destinados a la protección y reducción de lesiones y malformaciones internas.

Los efectos y accesorios se clasifican en grupos, conforme a lo especificado en los Anexos I y II de este RD, que se desagregan en tipos de acuerdo a sus características y usos.

Además de este RD, las medidas llevadas a cabo en los años anteriores, hacen que la tasa de crecimiento se mantenga y se sitúe de nuevo en un 11,5%.

Este año podría ser clasificado como de transición por la Administración sanitaria y de aparente inactividad, al no promover la Administración ninguna nueva iniciativa en este campo.

II.5 MEDIDAS APLICADAS EN 1.997

II.5.1 LEY 13/96 del 30 de diciembre de modificación de la Ley 25/90 del Medicamento.

El 1 de enero de 1997, entra en vigor una medida legislativa de carácter estructural de una importantísima repercusión: la Ley 13/96 del 30 de diciembre que

vino a modificar la Ley del Medicamento⁸³. La aparente inactividad administrativa de 1996 se rompe a partir de esta fecha con la modificación, mediante la Ley 13/96 de 30 de diciembre, de los artículos 8, 16, 90 y 94 de la vigente Ley del Medicamento, como paso previo a la incorporación de las EFG al vademécum español y la posterior implantación del Sistema de Precios de Referencia.

Dos meses más tarde, se procedió a reducir el margen comercial de la distribución mayorista y de la OF (medida de ordenación de la OFERTA) con la entrada en vigor de dos Reales Decretos.

La tasa de crecimiento se sitúa en este año en un 6,9%, disminuyendo 4,6 puntos respecto al año 1996. Si bien la reforma estructural que implicó la Ley 13/1996 no tuvo efectos económicos inmediatos, la reducción de los márgenes de distribución y dispensación podrían justificar este importante descenso en la tasa interanual.

Con esta finalidad se define la **Especialidad Farmacéutica Genérica** y se modifican los siguientes artículos de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento:⁸⁴

-Se añade un apartado 6 bis al artículo 8 con la siguiente redacción:

“6 bis. Especialidad farmacéutica genérica: La especialidad con la misma forma farmacéutica e igual composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales que otra especialidad de referencia, cuyo perfil de eficacia y seguridad esté suficientemente establecido por su continuado uso clínico. La especialidad farmacéutica genérica debe demostrar la equivalencia terapéutica con la especialidad de referencia mediante los correspondientes estudios de

⁸³ Ley 13/1996 de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. BOE nº 315, 31-12-1996, pp. 38974-39064.

⁸⁴ *Ibidem*. Página 39052.

bioequivalencia. Las diferentes formas farmacéuticas orales de liberación inmediata podrán considerarse la misma forma farmacéutica siempre que hayan demostrado su bioequivalencia”.

- Se añaden dos párrafos al apartado 1 del artículo 16 con la siguiente redacción:

“Cuando la denominación de la especialidad farmacéutica sea una marca comercial o nombre de fantasía y sólo contenga una sustancia medicinal, deberá ir acompañada de la Denominación Oficial Española (DOE) o en su defecto, de la Denominación Común Internacional (DCI). Cuando se trate de EFG, la denominación estará constituida por la DOE o en su defecto, por la denominación común o científica acompañada del nombre o marca del titular o fabricante. Las EFG se identificarán por llevar la sigla EFG en el envase y etiquetado general”⁸⁵.

-Se modifica el párrafo segundo del apartado 1 del artículo 90, con la siguiente redacción:

“Si el médico prescriptor identifica en la receta una EFG, sólo podrá sustituirse por otra EFG”⁸⁶.

-Se añade un apartado 6 en el artículo 94 con la siguiente redacción:

“6. El Gobierno, previo informe del Consejo Interterritorial del SNS, podrá limitar la financiación pública de medicamentos, estableciendo que, de entre las distintas alternativas bioequivalentes disponibles, sólo serán objeto de financiación con cargo al SNS las EF cuyos precios no superen la cuantía que para cada principio activo se establezca reglamentariamente. Esta limitación en la financiación de las EF financiadas con fondos públicos no excluirá la

⁸⁵ *Loc. cit* nota (83). Página 39052.

⁸⁶ *Ibidem*.

posibilidad de que el usuario elija otra especialidad farmacéutica prescrita por el médico que tenga igual composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales, forma farmacéutica, vía de administración y dosificación y de precio más elevado, siempre que, además de efectuar, en su caso, la aportación económica que le corresponda satisfacer de la especialidad farmacéutica financiada por el Sistema, los beneficiarios paguen la diferencia existente entre el precio de ésta y el de la EF elegida”⁸⁷.

El establecimiento del marco normativo regulador de los medicamentos genéricos, viene a cubrir el vacío legal existente en España hasta 1997.

Esta medida dirigida hacia la OFERTA, permite aumentar la cantidad ofertada a un precio menor, desplazando la curva de oferta hacia la derecha.

La importancia que tuvo la reforma de la Ley del Medicamento en este sentido hizo que fuera necesario aclarar algunas cuestiones en relación con las EFG.

En España, al igual que en otros países europeos, los medicamentos genéricos han sido generalmente considerados por las distintas Administraciones como una opción que permitiría reducir la elevada factura farmacéutica sin, lo que es más importante, modificar o limitar el correcto tratamiento del enfermo.

Como ejemplo, podemos citar a Bélgica, en el que el mercado de genéricos es comparativamente menor que en otros países. Para promover su uso, el gobierno introdujo el sistema de Precios de Referencia en el año 2001. Con la implantación de esta medida gubernamental, el mercado de genéricos se incrementó en este país desde un 2,05% (enero 1998-junio 2001), hasta un 6,11% (julio 2001- diciembre de 2003)⁸⁸.

⁸⁷ *Loc. cit* nota (83).Página 39052.

⁸⁸ Simoens S, De Bruyn, K; Bogaert M.; Laekeman G. (2005). Pharmaceutical Policy Regarding Generic Drugs in Belgium. *PharmacoEconomics* 23, 8: 755- 766.

De forma objetiva, las EFG son medicamentos con menor precio. Este hecho se ha convertido casi en el distintivo de estos productos y en muchos casos se asume el concepto de genérico como sinónimo de "medicamento barato" sin entrar en otras consideraciones técnicas⁸⁹.

Realmente, la garantía de mantener el nivel de calidad terapéutica, es el aspecto que mayor preocupación produce entre los profesionales sanitarios y, consecuentemente, en los pacientes.

Como establece M^a Val Díez Rodrigálvarez, para entender adecuadamente el concepto de genérico y conocer el lugar que ocupan éstos en el mercado, es preciso revisar brevemente el vademécum terapéutico español. Al consultar en el "*Catálogo de Medicamentos*"⁹⁰ aquellos que están autorizados en nuestro país, lo más habitual es encontrarse que, para un determinado principio activo, forma farmacéutica y dosis, existan numerosas especialidades con nombres distintos, pertenecientes a distintos laboratorios farmacéuticos. Todas estas especialidades pueden agruparse en cuatro categorías desde el punto de vista de la titularidad, o derechos de propiedad de la investigación realizada con la molécula en cuestión: innovador, licencias, copias y genéricos⁹¹.

1. **Medicamento original o 'innovador'**.- es aquel que contiene un principio activo nuevo y con el que se ha realizado una investigación y desarrollo completo, desde su síntesis química hasta su utilización clínica. Es por tanto el primero, y a veces el único, que aporta datos propios de seguridad y eficacia

⁸⁹ Díez Rodrigálvarez M.V. (1999) *Genéricos. Claves para su conocimiento y comprensión*. Capítulo 1. Madrid, Editores Médicos, p. 17-33, p. 19.

⁹⁰ *Catálogo de Medicamentos* (2007). Colección Consejo Plus. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Elaborado por el Departamento Técnico del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Edita y distribuye: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Imprime: Cinsa.

⁹¹ Díez Rodrigálvarez M.V. (1998). Aclaraciones al concepto de genérico. *Información Terapéutica del SNS*, 22, 3: 68-72, p. 68.

terapéutica del principio activo, administrado en una especialidad farmacéutica concreta, a una dosis determinada y en unas indicaciones específicas. Generalmente está comercializado en distintos países por el mismo titular, incluso con el mismo nombre, y en algunas ocasiones su marca llega a ser considerada por los prescriptores como sinónimo del principio activo.

2. **Licencias o “segundas marcas”**.- se trata de los mismos productos que el innovador, comercializados por otras compañías farmacéuticas con autorización expresa del investigador. La solicitud de registro del medicamento consiste en este caso en documentación cedida por el primer laboratorio, que tras un acuerdo comercial proporciona al interesado toda la información técnica necesaria de su propio expediente de registro, constituyendo lo que podríamos llamar un medicamento clónico del original. De esta manera el laboratorio innovador pretende ampliar su cuota de mercado, ya que, bajo una aparente competencia, se trata de sumar el potencial de diversas redes comerciales introduciendo un mismo producto.

3. **"Copias" o productos "esencialmente similares" a otros ya autorizados:** Bajo el término no oficial de “copia”, los profesionales sanitarios se han referido de forma coloquial a todos los medicamentos que pretendían ser iguales al producto original, entendiéndose con este término que, con sólo copiar la fórmula, de alguna manera se han beneficiado de la investigación realizada por la compañía innovadora. En esta categoría se pueden por tanto agrupar todas aquellas EF que son comercializadas después del innovador, conteniendo el mismo principio activo, pero sin consentimiento de éste. Evidentemente, han de cumplir los mismos criterios de calidad que los anteriores pero, al carecer de

ensayos clínicos propios, basan sus datos de seguridad y eficacia terapéutica en la documentación publicada que existe sobre dicho principio activo.

En julio de 1993, se produce un cambio importantísimo en las exigencias legales de autorización de este tipo de medicamentos, con la entrada en vigor del RD 767/1993⁹² de 21 de mayo sobre evaluación, autorización y registro de medicamentos, modificado por el RD 2000/1995 de 7 de diciembre⁹³. En él se alude a las copias como a especialidades “esencialmente similares” a otras ya comercializadas, siendo necesario para su autorización la demostración de que el producto es intercambiable con el anterior y reservando a la DGFPS el establecimiento de los requisitos específicos que han de cumplirse para ser considerado esencialmente similar⁹⁴. En la práctica, esto se traduce en que todos los productos copia evaluados a partir de entonces han tenido que demostrar equivalencia terapéutica con una especialidad de referencia mediante los correspondientes ensayos de bioequivalencia.

4.- Genéricos: Las EFG se identifican por llevar las siglas EFG en el envase y en el etiquetado general. A partir de esta definición se equipara la situación española a la existente desde hace años en otros países y se introduce un distintivo que identificará a los genéricos (en España EFG, en Francia GE o en Italia AICIG). De que tanto la equivalencia terapéutica como los demás requisitos se cumplan, ya se ocupará la Autoridad Sanitaria competente, que evaluará si la especialidad es merecedora de ser considerada genérico (tabla 17).

⁹² Real Decreto 767/1993 de 21 de mayo por el que se regula la evaluación, autorización, registro y condiciones de dispensación de especialidades farmacéuticas y otros medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. BOE nº 157, 02-07-1993.

⁹³ Real Decreto 2000/1995 de 7 de diciembre de modificación del Real Decreto 767/1993 de 21 de mayo por el que se regula la evaluación, autorización, registro y condiciones de dispensación de especialidades farmacéuticas y otros medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. BOE nº 11, 12-01-1996.

⁹⁴ Díez Rodríguez M.V. (1999) *Genéricos. Claves para su conocimiento y comprensión*. Capítulo 2. Madrid, Editores Médicos, p. 33-61, p. 38.

Este marchamo, por tanto, implica que el producto no sólo ha superado la evaluación de todos los aspectos de calidad de la misma manera que cualquier otro medicamento, sino que ha demostrado su equivalencia terapéutica con el medicamento innovador, a través de un estudio de bioequivalencia.

TABLA 17.- RESUMEN COMPARATIVO DE LOS REQUISITOS QUE CARACTERIZAN A LAS EFG⁹⁵

Mismo principio activo y dosis	Misma forma farmacéutica ¹	Bioequivalencia demostrada	Nombre de la especialidad	Identificada por EFG	Consideración
SI	SI	SI	DCI+TITULAR	SI	Genérico
SI	SI	SI	MARCA	NO	Esencialmente similar ²
SI	SI	SI	DCI+TITULAR	NO	Esencialmente similar ³
SI	SI	NO	MARCA DCI	NO	Copia ⁴

¹ según la Ley 25/1990 del Medicamento: “las diferentes formas farmacéuticas orales de liberación inmediata podrán considerarse la misma forma farmacéutica siempre que hayan demostrado su bioequivalencia”

² podría obtener la condición de EFG si cambia el nombre por la DCI seguida del nombre del titular o fabricante

³ podría obtener la condición de EFG con solo solicitarlo a las Autoridades Sanitarias competentes

⁴ para obtener la condición de EFG tendrá que presentar el estudio de bioequivalencia y, en caso necesario, adaptar el nombre.

En diciembre de 2005, las OF de España disponían de 3.343 presentaciones o formatos comerciales de EFG con un total de 132 principios activos. Esto supone que había una media de 25,3 formatos por cada principio activo (tabla 18)⁹⁶.

TABLA 18: PRINCIPIOS ACTIVOS Y FORMATOS EN EFG (MAYO 2000-DICIEMBRE 2005)

CONCEPTO	MAYO 2000	ABRIL 2002	NOVIEMBRE 2004	DICIEMBRE 2005
Principios activos	60	84	123	132
Formatos comerciales	701	1.553	2.997	3.343
Formatos /principio activo	11,7	18,5	24,4	25,3

Fuente: Medicamentos genéricos en España: una visión actualizada (2006) *Farmacéuticos*, 306: 50-55

⁹⁵ *Loc. cit.* nota (89). Página 25.

⁹⁶ Medicamentos genéricos en España: una visión actualizada (2006) *Farmacéuticos*, 306: 50-55, p.50.

El grupo terapéutico con mayor número de EFG en el mercado es el grupo J (antiinfecciosos sistémicos), con 1.220 formatos, lo que representa el 36% del total, seguido del C (cardiovascular) con 714 formatos (tabla 19).

TABLA 19: DISTRIBUCIÓN DE PRINCIPIOS ACTIVOS DE EFG POR GRUPOS TERAPÉUTICOS (DICIEMBRE DE 2005)⁹⁷

GRUPO TERAPEUTICO	PRINCIPIOS ACTIVOS	FORMATOS	FORMATOS/ PRINCIPIO ACTIVO
A: APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO	6	277	46
B: SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYETICOS	2	34	17
C: APARATO CARDIOVASCULAR	31	714	23
D: DERMATOLÓGICOS	3	38	13
G: APARATO GENITOURINARIO	3	15	5
H: HORMONAS (EXCL. SEXUALES)	3	13	4
J: ANTIINFECCIOSOS SISTÉMICOS	29	1220	42
L: ANTINEOPLASICOS E INMUNOMODULADORES	11	86	8
M: APARATO LOCOMOTOR	7	95	14
N: SISTEMA NERVIOSO	26	767	29
P: ANTIPARASITARIOS	2	4	2
R: APARATO RESPIRATORIO	6	67	11
S: ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	1	2	2
V: VARIOS	2	3	2

Fuente: Medicamentos genéricos en España: una visión actualizada (2006) *Farmacéuticos*, 306: 50-55

Como puede observarse en la tabla anterior el grupo terapéutico correspondiente a los Antiinfecciosos sistémicos posee un mayor número de formatos de EFG mientras que es el grupo terapéutico correspondiente a Aparato cardiovascular el que mayor número de principios activos comercializados como EFG tiene. El grupo terapéutico A posee un mayor número de formatos / principio activo.

En cuanto a las características administrativas de las EFG, no todas tienen las mismas condiciones de financiación. Dentro de los 3.343 formatos comerciales de EFG

⁹⁷ *Opus. cit.* nota (96)

en diciembre de 2005, hay un total de 936 (28% de todas las EFG) que incluyen cíceros (punto negro en el cupón precinto) y tienen por tanto aportación reducida. Hay 794 formatos (23%) que tienen calificación de “tratamiento de larga duración” (TLD) y 141 (5,8%) requieren visado de inspección para su dispensación en la OF (tabla 20).

TABLA 20: CARACTERÍSTICAS ADMINISTRATIVAS DE LAS EFG⁹⁸

CARACTERÍSTICAS	MAYO 2000	ABRIL 2002	NOV. 2004	DIC. 2005
Envases clínicos	167	362	773	801
Uso hospitalario (H)	67	119	243	280
Diagnostico hospitalario (DH)	70	124	204	207
Dispensable en OF (excl. H y EC)	486	1.191	2.067	2.429
Excluidos de la oferta de la Seguridad Social (EXO)	10	14	22	34
Requerimiento de visado de inspección (CPD)	-	-	131	141
Tratamiento de larga duración (TLD)	170	405	728	794
Aportación reducida (AR)	167	370	748	936
TOTAL	701	1.553	2.997	3.343

Fuente: Medicamentos genéricos en España: una visión actualizada (2006) *Farmacéuticos*, 306.

El año 2003, se publicó en *Gaceta Sanitaria* un estudio sobre el conocimiento y actitudes que tenían los médicos sobre los medicamentos genéricos⁹⁹. Para ello se elaboró un cuestionario que se distribuyó entre 1.220 médicos españoles. Los factores analizados fueron el conocimiento sobre estos medicamentos, cuál era su actitud frente a la posible prescripción de los mismos, cómo influiría la entrada en el mercado de las EFG en el control del GF y finalmente qué pensaban los médicos que debía ser un medicamento genérico.

El artículo concluía que la primera medida a tomar con vistas a conseguir el objetivo de racionalizar el gasto sanitario a través de la implantación de los genéricos era la de aumentar el nivel de conocimientos de los médicos sobre ellos, proporcionando más información, clara e independiente, sobre lo que son las EFG.

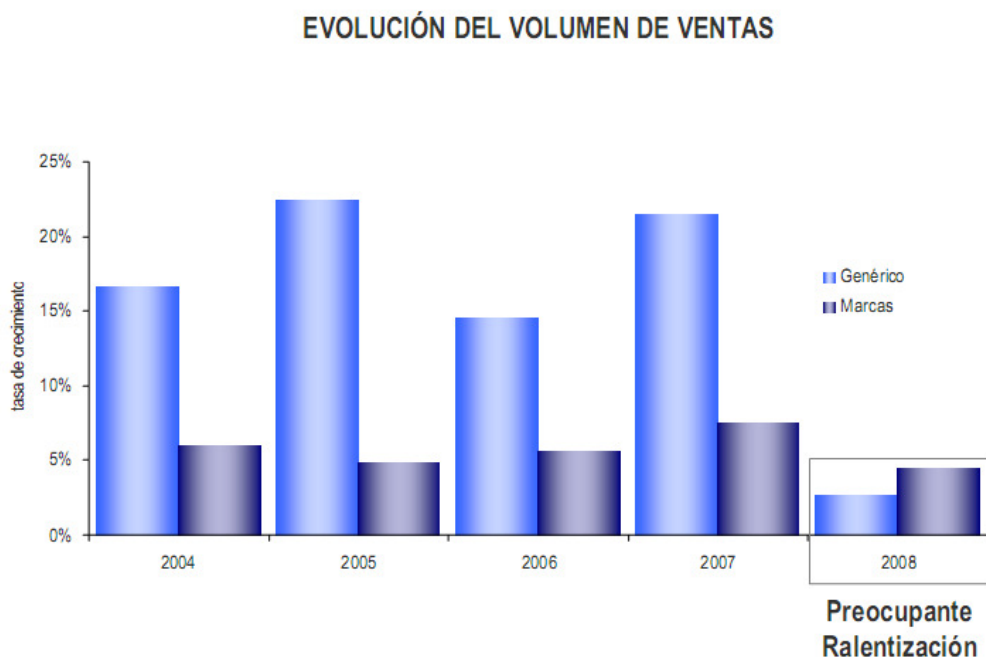
⁹⁸ *Loc. cit.* nota (96). Página 52.

⁹⁹ García, A.J., Martos, F, Sánchez de la Cuesta, F. (2003). Genéricos: ¿buenos o malos? Conocimientos y actitudes de los médicos ante los medicamentos genéricos. *Gaceta Sanitaria* 17, 2: 144-149.

Asimismo, según el Informe de la Asociación Española de Medicamentos Genéricos del año 2009¹⁰⁰, se está produciendo un “estancamiento, cuando no recesión, del mercado de tales fármacos en España, a pesar de que deberían haberse convertido en uno de los instrumentos fundamentales para la sostenibilidad de nuestro SNS”. Frente al 6,5% de cuota en España, la participación de los genéricos en Europa se sitúa, en media, por encima del 30%. Sólo Italia se encuentra por detrás de España, mientras que la cuota es muy superior en la mayoría de países de nuestro entorno.

A pesar de que en los últimos años el sector de los medicamentos genéricos ha presentado tasas de crecimiento superiores al resto de medicamentos, en el 2008 se ha observado una preocupante ralentización (gráfico 6).

GRÁFICO 6: EVOLUCIÓN VOLUMEN DE VENTAS EFG (2004-2008)¹⁰¹



Fuente: *La industria y el mercado del genérico en España* (2009) Asociación Española de Medicamentos Genéricos

¹⁰⁰ *La industria y el mercado del genérico en España* (2009) Asociación Española de Medicamentos Genéricos. AESEG, p. 1-26

Disponible en: http://www.aeseg.es/industria_gen_Esp.pdf

¹⁰¹ *Loc. cit.* nota (100) Página 15.

Tomando como fuente los datos publicados por el Ministerio de Sanidad y Política Social, en diciembre de 2005, el consumo de genéricos alcanzó un 15,02%, respecto al total de envases vendidos y un 7,68% en importe económico.

Las EFG, per se, reducen el precio medio por entrar en competencia frente a otras marcas comerciales¹⁰².

II.5.2 Reducción de los márgenes de la distribución mayorista

Con otra orientación, y pretendiendo un efecto más inmediato, la modificación del margen de la distribución mayorista y de la OF es la medida correctora orientada hacia la OFERTA, llamada a contener el gasto de este año.

Durante los últimos años, el vademécum de EF viene sufriendo una profunda transformación como consecuencia de la aparición de nuevos fármacos más seguros y eficaces, cuyo precio es sensiblemente superior a los existentes. Estos nuevos medicamentos tienen un rápido impacto en el consumo, incrementando notablemente el precio medio del mercado. Con objeto de una utilización más racional de los medios financieros destinados al SNS, y teniendo en cuenta las restricciones presupuestarias, resultó aconsejable la modificación del margen de los almacenes farmacéuticos. Además, los citados márgenes afectan también al precio de los medicamentos que adquieren privadamente los consumidores.

A partir del 1 de marzo de 1997, con la aprobación del RD 164/97 de 7 de febrero¹⁰³, el margen de los almacenes farmacéuticos de uso humano percibido por la

¹⁰² Valverde López JL. (2007) Los medicamentos genéricos en el marco jurídico de la Unión Europea. En: *Medicamentos genéricos. Una aproximación interdisciplinar*. Capítulo VI. Ediciones Universidad de Navarra S.A. Pamplona. p: 85-270. p. 142.

¹⁰³ Real Decreto 164/1997 de 7 de febrero, por el que se establecen los márgenes correspondientes a los almacenes mayoristas por la distribución de especialidades farmacéuticas de uso humano. BOE nº 34, 8-02-1997.

distribución mayorista pasó del 12% de su precio de venta, al 11% del precio de venta del almacén sin impuestos, manteniéndose en el 5% del precio de venta del almacén sin impuestos para los envases clínicos.

II.5.3 Reducción de los márgenes de las Oficinas de Farmacia

La Ley 25/1990 de 20 de diciembre, del Medicamento, modificada por la Disposición Adicional decimonovena de la Ley 22/1993, de 29 de diciembre¹⁰⁴, disponía en su artículo 100.1 párrafo segundo, que los precios correspondientes a la distribución y dispensación de las EF fueran fijados con carácter nacional por el Gobierno, previo acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos, de forma general o por grupos o sectores tomando en consideración criterios o valores de carácter técnico-económico y sanitario. Asimismo, el artículo 104.2 de la citada Ley, faculta al Gobierno para revisar los precios correspondientes a la distribución y dispensación de los medicamentos. La Orden de 26 de julio de 1988 fijó el margen profesional de la OF por dispensación al público de EF en una cuantía del 29,9 por 100 sobre el precio de venta al público sin impuestos, actuando con esta medida sobre la OFERTA.

Además, los márgenes de dispensación al público de EF no sólo afectan al gasto sanitario público sino que tienen una repercusión importante para la PF y han motivado la adopción de una serie de medidas orientadas a la reducción de este gasto.

Los márgenes de dispensación al público de EF tienen además una repercusión importante sobre el paciente que adquiere medicamentos no financiados por el SNS.

¹⁰⁴ Ley 22/1993 de 29 de diciembre, de medidas fiscales, de reforma del régimen jurídico de la función pública y de la protección por desempleo. BOE nº 313, 31-12-1993.

Con respecto a la OF, y tomando como punto de vista el año 1997 se había producido un sensible y continuado aumento de sus ingresos, superior en todo caso tanto al nivel de crecimiento de la economía española en su conjunto como al índice general de precios lo que hacía aconsejable promover un reajuste del margen vigente en el momento que, por otra parte, se encontraba entre los más elevados de los países de la Unión Europea (UE). Ello permitió, a la vez, una utilización más racional de los recursos destinados al sistema sanitario para atender de forma eficaz los objetivos esenciales de la salud individual y colectiva.

El RD 165/97¹⁰⁵, redujo el margen profesional percibido por las OF por dispensación y venta al público de EF de uso humano del 29,9% de su precio de venta sin IVA al 27,9%, continuando en un 10% el de los envases clínicos.

II.6 MEDIDAS APLICADAS EN 1998

El año 1998 se inauguró con una nueva modificación del artículo 94 de la Ley del Medicamento¹⁰⁶, relacionada con la dispensación de las EF en el Sistema de Precios de Referencia y más tarde, en el mes de julio, se amplió la relación de medicamentos excluidos de la financiación pública, actuando así sobre la OFERTA.

La modificación legislativa realizada no tenía efecto económico alguno. En cuanto a la exclusión de especialidades de la financiación, dada su entrada en vigor en el segundo semestre y el moderado PVP de la mayoría de los medicamentos afectados, tampoco tuvo un efecto corrector apreciable.

¹⁰⁵ Real Decreto 165/1997, de 7 de febrero, por el que se establecen los márgenes correspondientes a la dispensación al público de especialidades farmacéuticas de uso humano. BOE nº 34, 8-02-1997.

¹⁰⁶ Ley 66/1997 de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, Administrativas y del Orden Social. BOE nº 313, 31-12-1997.

En consecuencia, la tendencia natural del mercado se impuso ante la ausencia de medidas eficaces, incrementando la tasa de variación del GF del año anterior en 3,6 puntos porcentuales situándola en el 10,5%.

II.6.1 Ley 66/97 de 30 de diciembre de modificación de la Ley del Medicamento

La Ley 66/97 de 30 de diciembre, incorporó en el artículo 94 de la Ley del Medicamento, la obligatoriedad de sustitución por el farmacéutico de la especialidad farmacéutica prescrita si su precio supera la cuantía establecida como precio de referencia por la EFG correspondiente¹⁰⁷.

II.6.2 Real Decreto 1663/1998 de financiación selectiva de los medicamentos

A partir del 1 de septiembre, con la finalidad de actualizar el vademécum nacional en función de los criterios de Uso Racional y en base a los conocimientos científicos del momento, se procedió a excluir de la financiación un nuevo grupo de medicamentos (medida dirigida hacia la OFERTA) en virtud de lo establecido en el RD 1663/98 de 24 de julio¹⁰⁸ y en la Circular 14/98 de la DGFPS, de aplicación del RD 1663/98¹⁰⁹.

¹⁰⁷ Vid nota (106)

¹⁰⁸ Real Decreto 1663/1998 de 24 de julio, por el que se amplía la relación de medicamentos a efectos de su financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la Sanidad. BOE nº 177, 25-07-1997.

¹⁰⁹ Circular nº 14/1998 de 6 de agosto, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, sobre aplicación del Real Decreto 1663/1998 de 24 de julio de 1998, por el que se amplía la relación de medicamentos a efectos de su financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la Sanidad.

El RD 1663/1998 de 24 de julio, por el que se amplía la relación de medicamentos a efectos de su financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad, amplía la selección de medicamentos a efectos de su financiación por parte del SNS iniciada con el RD 83/1993 de 22 de enero¹¹⁰.

Este RD establece los subgrupos terapéuticos que quedan excluidos de la financiación (en su ANEXO I). No obstante, se detallan tres subgrupos terapéuticos financiados para determinadas indicaciones o para utilización por colectivos específicos que son los siguientes:

A06A5.– LAXANTES OSMÓTICOS ORALES: serán financiables las especialidades monofármacos que contengan como principio activo único lactitol, lactulosa y similares para la prevención y tratamiento de la encefalopatía portosistémica, para mayores de 65 años y en su caso, cuando estén contraindicados otros laxantes.

C01D3.– OTROS PREPARADOS PARA LA TERAPIA DEL MIOCARDIO: serán financiables las especialidades que contengan carnitina como único principio activo exclusivamente en pacientes diagnosticados en AE de déficit primario o secundario de dicho principio activo. Para su dispensación con cargo al SNS, estas especialidades precisan visado de inspección.

R05C2.– EXPECTORANTES, INCLUIDOS MUCOLÍTICOS SIN ANTIINFECCIOSOS: serán financiables las especialidades monofármacos para tratamiento de enfermos de EPOC y enfermedades asociadas, según la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª edición.

Entre los medicamentos excluidos cabía distinguir dos clases:

¹¹⁰ Ampliación de la financiación selectiva de medicamentos en el SNS (1998) *Información Terapéutica del SNS*, 22, 4: 95-102, p. 95.

1. Especialidades que sólo proporcionan a los pacientes un beneficio terapéutico limitado, denominadas de "utilidad terapéutica baja" y cuya prescripción no se recomienda en la práctica médica habitual.

2. Especialidades indicadas en problemas de salud de menor entidad o cuyo uso es de corta duración (tratamiento del acné leve, los fármacos para reblandecer el cerúmen o los antihemorroidales), pero de eficacia suficientemente respaldada.

Según Ana Plaza Ugalde y Antonio Iñesta García¹¹¹, el RD de financiación selectiva de medicamentos repercutió de forma muy significativa en la disminución de los subgrupos terapéuticos excluidos de financiación. En los subgrupos no afectados solo lo ha hecho de forma significativa en la prescripción de tres subgrupos terapéuticos, A02B1 (antagonistas H₂, B04A (hipolipemiantes) y C05C (protectores capilares), suponiendo en este último caso una mejora en la calidad de prescripción.

II.7 MEDIDAS APLICADAS EN 1.999

II.7.1 Real Decreto-Ley 6/99 de 16 de abril

La Ley 13/96 y Ley 66/97, ya citadas, requerían un desarrollo reglamentario que estableciera los criterios para la determinación de los PR, así como el procedimiento operativo para su aplicación efectiva.

El RD-Ley 6/99 modificó a partir del 1 de junio de 1999 el margen de la distribución de EF reduciéndolo del 11% al 9,6%. Así en el artículo 9 se establece que: "El margen de los almacenes farmacéuticos en la distribución de especialidades

¹¹¹ Plaza Ugalde A., Iñesta García A. (2002), Efectos del Real Decreto de financiación selectiva de medicamentos en 1998, en la prescripción de pensionistas de un Area sanitaria de Madrid. *Revista Española de Economía de la Salud*, 1, 3: 48-59, p. 58.

farmacéuticas de uso humano se fija en el 9,6 por 100 del precio de venta del almacén sin impuestos”¹¹². Esta medida desplaza la oferta a la derecha.

II.7.2 Real Decreto 1035/1999 de 18 de junio

Las políticas de establecimiento de PR como estrategia de contención del GF, consisten en definir un nivel máximo de reembolso para la financiación pública de fármacos prescritos, siendo a cargo del paciente la diferencia entre dicho nivel y el PVP del medicamento en cuestión. Esta es una medida que actúa en la DEMANDA, desplazándola hacia la izquierda. La cuantía máxima reembolsable o PR, se determina en relación a un grupo de fármacos alternativos, considerados comparables o equivalentes. Desde su introducción en Alemania en 1989, los sistemas de PR se han aplicado en Holanda, Suecia, Dinamarca, Nueva Zelanda, Canadá, Noruega, Italia y Australia¹¹³.

El RD 1035/99 de 18 de junio¹¹⁴ vino a regular en España el **Sistema de Precios de Referencia**, estableciendo las bases para la determinación de los conjuntos homogéneos, el método de cálculo de los PR así como las posibles sustituciones entre EF bioequivalentes.

Según el artículo 3 del RD 1035/1999: “El Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos, aprobará los PR aplicables a cada uno de los conjuntos de presentaciones de EF a las que se refiere este RD. Asimismo, con periodicidad mínima trienal, aprobará los

¹¹² Real Decreto- Ley 6/1999 de 16 de abril, de medidas urgentes de liberalización e incremento de la competencia. BOE nº 92, 17-04-1999, p. 14350-14356, p.14353. Este Real Decreto modifica el Artículo 1 del Real Decreto 164/1997, de 7 de febrero, por el que se establecen los márgenes correspondientes a los almacenes mayoristas por la distribución de especialidades farmacéuticas de uso humano.

¹¹³ Puig Junoy J., López Casanovas G. (1999) La Aplicación de Precios de Referencia a los medicamentos. *Cuadernos de Información Económica*, 143, 77-89, p. 78.

¹¹⁴ Real Decreto 1035/1999 de 18 de junio, por el que se regula el Sistema de Precios de Referencia en la financiación de medicamentos con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la Sanidad. BOE nº 154, 29-06-1999, p. 24521-24523.

correspondientes a nuevos conjuntos que se puedan crear por haberse comercializado, desde el último acuerdo del mencionado órgano colegiado, presentaciones previamente inexistentes de EFG”¹¹⁵.

Las presentaciones de EF que se autoricen y que, por sus características, puedan incluirse en uno de los conjuntos homogéneos ya existentes, quedaran integradas en los mismos desde el momento de su comercialización, formulándose la oportuna declaración explícita para dejar constancia efectiva de dicha integración.

El Ministro de Sanidad y Consumo, previo Acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos, podrá revisar los PR, teniendo en cuenta los criterios establecidos en el. En cualquier caso, el PR fijado para cada conjunto homogéneo, tendrá un plazo de validez mínimo de un año.

En relación al etiquetado, y tal como establece el artículo 4: “las presentaciones de las EF que tengan la calificación de bioequivalentes y que estén incluidas en un conjunto homogéneo, llevarán incorporadas las siglas EQ en el cupón precinto al objeto de garantizar su correcta identificación y permitir la efectividad, en su caso, de la sustitución prevista en el. Lo anterior será, asimismo, de aplicación a las presentaciones de las EFG que, además, llevan las siglas EFG conforme a lo que establece el artículo 16.1 tercer párrafo de la Ley 25/1990 del Medicamento”¹¹⁶.

Además en la Circular 01/2001 emitida por la DGFPS y la Agencia Española del Medicamento, hoy Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, se

¹¹⁵ *Loc. cit* nota (114). Página 24522.

¹¹⁶ *Ibidem*

establecen las Instrucciones relativas a la calificación de bioequivalente de acuerdo con lo dispuesto en el RD 1035/1999¹¹⁷.

El RD 1035/1999 establece que compete al Director de la Agencia Española del Medicamento calificar una especialidad como bioequivalente, al objeto de que la DGFPS determine su inclusión en los conjuntos homogéneos, y demás actuaciones previstas en la Orden Ministerial de 13 de julio de 2000¹¹⁸. Habida cuenta de que no existe un procedimiento específico previsto para la determinación de la condición de bioequivalencia, resulta de aplicación el procedimiento general previsto en la Ley 30/92 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, que establece que la Administración debe resolver las solicitudes de los administrados en un plazo de 3 meses, tras el preceptivo trámite de audiencia.

La referida disposición a su vez necesitaba la aprobación de Órdenes Ministeriales de desarrollo, como veremos más adelante.

II.7.3 Real Decreto Ley 12/1999 de 31 de julio

La tercera actuación administrativa en 1999 consistió en la publicación del Real Decreto-Ley 12/99 de 31 de julio de medidas urgentes para la contención del gasto farmacéutico en el SNS¹¹⁹, que contempló la reducción del precio industrial máximo de las EF a partir del 1 de noviembre de 1999.

¹¹⁷ Circular 01/2001 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y la Agencia Española del Medicamento por la que se establecen las instrucciones relativas a la calificación de bioequivalente de acuerdo con lo dispuesto en el Real Decreto 1025/1999.

¹¹⁸ Orden de 13 de julio de 2000 por la que se determinan los conjuntos homogéneos de presentaciones de especialidades farmacéuticas y se aprueban los precios de referencia. BOE nº 177, 25-07-2000.

¹¹⁹ Real Decreto Ley 12/1999 de 31 de julio, de Medidas urgentes para la contención del gasto farmacéutico en el SNS. BOE nº 195, 16-08-1999, 30337-30338, p. 30337.

Aunque la reducción promedio de los precios industriales máximos se situó en el 6%, la bajada efectiva de los precios de comercialización fue del 4,3% dado que se encontraba todavía vigente el acuerdo suscrito con Farmaindustria de 1993 que afectó a estos últimos precios.

Se excluyeron de esta rebaja las EF con precio industrial máximo igual o inferior a 2,10 €, las presentaciones no dispensables con cargo a la Seguridad Social, las de uso hospitalario, los envases clínicos, los contrastes radiológicos y los anestésicos generales.

Asimismo el citado RD Ley recogía, en el marco del Sistema de Precios de Referencia y en relación con las presentaciones de EF no bioequivalentes, la reducción obligatoria de sus precios hasta el nivel de referencia.

Con esta disposición se pretendía que el usuario en ningún caso tuviera que realizar obligatoriamente una aportación adicional a la que le correspondiese satisfacer en función del precio de referencia establecido.

El RD Ley 12/1999 de 31 de julio¹²⁰ de medidas urgentes para la contención del gasto en el SNS vino a regular los precios de determinadas presentaciones de EF no bioequivalentes que superaban el correspondiente precio de referencia. Esta regulación contribuyó a evitar un incremento de costes, además de los beneficios adicionales obtenidos por los laboratorios fabricantes de las presentaciones no intercambiables por genéricos, que terminarían soportando los usuarios y el SNS. La entrada en vigor de este RD afectaba al supuesto no contemplado en el artículo 94.6 de la Ley del Medicamento y por tanto tampoco en el RD 1035/1999.

¹²⁰ *Opus cit.* nota (119). Página 30337.

El precio industrial máximo de las EF, a que se refiere el artículo 100.2 de la Ley 1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, se redujo, desde el 15 de septiembre de 1999 en el porcentaje que resultaba de aplicar la fórmula siguiente:

$$\% \text{ REDUCCIÓN} = 10,31 - 30.518,26 / (\text{PVL} + 5.027,03)$$

Cuando el precio resultante de aplicar la fórmula anterior resultara inferior a 2,10 €, el nuevo precio industrial máximo sería de 2,10 €.

Quedan fuera del ámbito de aplicación de este RD las EF con precio industrial máximo igual o inferior 2,10 € , las especialidades no dispensables con cargo a la Seguridad Social, las especialidades con la calificación de Uso Hospitalario, los envases clínicos, los contrastes radiológicos (grupo terapéutico V04A) y los anestésicos generales (grupo terapéutico N01A).

II.8 MEDIDAS APLICADAS EN 2000

II.8.1 Real Decreto-Ley 5/2000 de 23 de junio

Con la entrada en vigor de este Real Decreto se modifica el artículo 1 del RD 165/1997 que queda redactado de la siguiente forma:

“El margen profesional de las OF por dispensación y venta al público de EF de uso humano se fija en el 27,9 % sobre el PVP sin impuestos, para aquellas especialidades cuyo precio de venta de laboratorio sea igual o inferior a 78,34 € (13.035 pesetas).

Para las presentaciones de EF de precio de venta de laboratorio superior a 13.035 pesetas el margen es de 5.580 pesetas por envase”¹²¹.

Esta es una medida de ordenación de la OFERTA.

El margen profesional de las OF por dispensación y venta al público de EFG se fija en el 33 % sobre el PVP sin impuestos.

En el caso de la dispensación de EFP, las OF disponen de la facultad de aplicar descuentos de hasta el 10% en el PVP impuestos incluidos, fijado en el envase, que será considerado precio máximo de venta al público, de acuerdo con lo previsto en la disposición adicional octava de la Ley 25/1990 del Medicamento.

Por último, establecía descuentos a efectuar por las OF al SNS, por el suministro de EF, consistentes en la aplicación de una escala de deducciones por tramos de ventas a partir de una facturación mensual superior a 27.646,56 € , con descuentos entre el 7% y 13% (tabla 21).

TABLA 21: ESCALA DE DEDUCCIONES POR TRAMOS DE VENTAS

Ventas. Total PVP IVA Hasta pesetas	Deducción - Pesetas	Resto hasta (pesetas)	Porcentaje aplicable
4.600.000	0	6.200.000	7
6.200.000	112.000	8.300.000	8
8.300.000	280.000	17.100.000	9
17.100.000	1072000	29.600.000	10
29.600.000	2.322.000	42.000.000	11
42.000.000	3.686.000	En adelante.	13

Por otra parte, el 20 de julio de 2006 se publicó en el BOE la Cuestión de Inconstitucionalidad nº 3169-2005 en relación con el Real Decreto-Ley 5/2000, de 23

¹²¹ Artículo 2 del Real Decreto- Ley 5/2000 de 23 de junio, de Medidas Urgentes de contención del gasto farmacéutico público y de racionalización del uso de los medicamentos. BOE nº 151, 24-06-2000: 22438-22440, p.22438

de junio, de medidas urgentes de contención del gasto farmacéutico público y de racionalización del uso de los medicamentos¹²².

Así pues, el Tribunal Constitucional admitió a trámite la Cuestión de Inconstitucionalidad, por posible vulneración de los artículos 14, 31.1 y 86.1 de la CE.

II.8.2 Orden de Precios de referencia

El RD 1035/1999, de 18 de junio, por el que se regula el Sistema de Precios de Referencia en la financiación de medicamentos con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad, desarrolla lo previsto en el artículo 94.6 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, en la redacción que, sucesivamente, dan al mismo la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, y la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, ambas de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social.

En el año 2000, concretamente el 13 de julio, se publicó la primera Orden de Precios de Referencia¹²³, que establecía 114 conjuntos homogéneos de presentaciones de especialidades, formuladas con 42 sustancias medicinales diferentes, que entró en vigor el 1 de diciembre de ese mismo año.

El concepto de PRECIO DE REFERENCIA surge como consecuencia de las actuaciones normativas dirigidas a racionalizar la financiación de medicamentos con fondos públicos en condiciones semejantes a otros países comunitarios.

Los fundamentos para la regulación del Sistema de Precios de Referencia con cargo a fondos del SNS se encuentran primeramente establecidos en el artículo 94.6 de

¹²² Cuestión de inconstitucionalidad nº 3169-2005 en relación con el Real Decreto-Ley 5/2000, de 23 de junio, de medidas urgentes de contención del gasto farmacéutico público y de racionalización del uso de los medicamentos. BOE nº 172, 20-07-2006, p. 27311.

¹²³ Orden de 13 de julio de 2000, de precios de referencia. BOE nº 177, 25-07-2000.

la Ley 25/1990 del Medicamento, y en la redacción dada al mismo en las leyes 13/1996 y 66/1997, ambas de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social.

En desarrollo de dicho precepto se aprobó el RD 1035/1999. En toda esta normativa se dispone que el Sistema de Precios de Referencia quedará referido a las presentaciones de EF que se incluyan en cada uno de los conjuntos homogéneos que se determinen con sus correspondientes PR.

Los conjuntos homogéneos se han determinado teniendo en cuenta que las presentaciones de las EF en ellos agrupadas tengan la calificación de bioequivalentes (otorgadas por el Director de la Agencia Española del Medicamento) y siempre y cuando en cada conjunto homogéneo exista, al menos, una EFG.

Las EF bioequivalentes dentro del conjunto homogéneo llevan incorporado en el cupón precinto las siglas EQ con el fin de facilitar su identificación en la OF.

Se considera PR la **cuantía máxima** (calculada según criterios establecidos en el artículo 2 del RD 1035/1999) que se financiará, con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad, de las presentaciones de EF incluidas en cada uno de los conjuntos homogéneos. Por otro lado, cuando la presentación de la EF bioequivalente (EQ) prescrita supere la cuantía establecida como PR, el farmacéutico deberá sustituirla, solamente, por una EFG (EFG-EQ) del mismo conjunto homogéneo cuyo precio no supere al de referencia. Esto último no será aplicable en caso de que el beneficiario, a petición propia, se haga responsable del pago correspondiente a la diferencia entre ambos precios, así como y con carácter excepcional en aquellos casos en los que el médico, mediante informe pormenorizado que acompañe a la prescripción, justifique fehacientemente la improcedencia de la sustitución por razones de alergia,

intolerancia o cualquier otra incompatibilidad del beneficiario al cambio de excipiente que pudiera conllevar la sustitución de la especialidad prescrita¹²⁴.

II.9 MEDIDAS APLICADAS EN 2001

El gasto en 2001 finalizó con un 7,9% de crecimiento referente al período precedente. El efecto durante siete meses del Real Decreto-Ley 5/2000, los once meses de aplicación de la primera Orden de PR publicada en este mismo año y la revisión a la baja -hasta de un 15%- de cinco sustancias medicinales, no pudieron evitar que se superase en 5 décimas la tasa de variación del año anterior.

II.9.1. Resoluciones de 18 de julio de 2001 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la revisión de precios de especialidades farmacéuticas.

Esta medida está orientada hacia la OFERTA.

El MSC promovió actuaciones para que las especialidades con atenolol, ciprofloxacino, enalapril, famotidina y omeprazol aproximaran sus precios a los de menor nivel formuladas con estos principios activos, que presentaban una banda de precios muy amplia.

Por ello el 18 de julio de 2001 entraron en vigor las Resoluciones de la DGFPS de revisión de precio de las EF afectadas por las sustancias medicinales señaladas, implicando a 444 medicamentos, cuya titularidad correspondía a 69 laboratorios, estimándose el impacto de esta medida en 62 millones de € .

¹²⁴ Precios de referencia: Orden de 13 de julio de 2000 (BOE 25-7-00) (2000). *Información Terapéutica del SNS*, 24, 5: 129-133, p.129.

II.10 MEDIDAS APLICADAS EN 2002

En mayo de 2002 se hace efectiva la Orden por la que se crean los nuevos conjuntos homogéneos y sus PR y revisa los de los conjuntos ya existentes.

Las medidas implantadas se mostraron insuficientes para frenar la tendencia del gasto de este año que terminó con una tasa de crecimiento del 9,9%, superando en 2 puntos porcentuales la del año 2001.

La Orden de 27 de diciembre de 2001 determinaba 28 nuevos conjuntos homogéneos de presentaciones de EF-17 sustancias medicinales diferentes-, y revisaba los PR de los conjuntos creados por la Orden de 13 de julio de 2000, teniendo como fecha de entrada en vigor el 1 de mayo de 2002¹²⁵.

El ahorro para el SNS por esta medida se estimó en 144 millones de euros¹²⁶.

La reducción de precio tanto voluntaria como obligatoria afectó a 671 presentaciones. Los laboratorios farmacéuticos solicitaron voluntariamente la rebaja de los precios de 303 formatos de los conjuntos revisados y 70 formatos de los nuevos conjuntos, con una reducción media del 9,3% y 11,1% respectivamente. Obligatoriamente, se rebajaron los precios de 258 formatos de los conjuntos revisados y 40 de los nuevos conjuntos, con minoraciones medias del 8.8% y del 20% respectivamente.

Esta segunda Orden de PR cierra el conjunto de las 22 iniciativas administrativas aplicadas entre 1993 y 2002 mediante la cobertura de cuatro leyes, tres Reales Decretos Leyes, cinco Reales Decretos, cinco Ordenes Ministeriales, dos Acuerdos y 444 Resoluciones de la DGFPS.

¹²⁵ Orden de 27 de diciembre de 2001 por la que se determinan nuevos conjuntos homogéneos de presentaciones de especialidades farmacéuticas, se aprueban los correspondientes precios de referencia y se revisan los precios de referencia aprobados por Orden de 13 de julio de 2000. BOE nº 312, 29-12-2001, p. 50279.

¹²⁶ *Loc. cit.* nota (25). Pág. 110.

II.11 MEDIDAS APLICADAS EN 2003

II.11.1 Márgenes correspondientes a la dispensación

El RD 1328/2003, de 24 de octubre modifica el segundo párrafo de la disposición adicional segunda del RD 165/1997, de 7 de febrero, por el que se establecen los márgenes correspondientes a la dispensación al público de EF de uso humano, actuando así sobre la OFERTA, que queda redactado de la siguiente forma:

“La facturación mensual se calculará en términos de precio de venta al público incrementado con el IVA. Por lo que se refiere a las presentaciones de EF con precio de venta de laboratorio superior a 78,34 € y a efectos de dicha facturación mensual, se excluirá de la escala de deducciones la cantidad que, calculada en términos de PVL con IVA incluido, exceda del citado precio de venta de laboratorio”¹²⁷.

Según la Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de noviembre de 2003, el impacto económico de la exclusión de medicamentos con PVL superior a 78,34 € fue el siguiente¹²⁸:

El impacto económico de la medida aprobada se realiza sobre el año 2002, puesto que no se conocía el ritmo de crecimiento del año 2004, debido a la introducción de los nuevos Precios de Referencia.

- La exclusión parcial de los medicamentos con PVL >78,34 €, en el año 2002, hubiera supuesto una disminución en la contribución de la OF de 14,2 millones de € .

¹²⁷ Real Decreto 1328/2003, de 24 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 165/1997, de 7 de febrero, por el que se establecen los márgenes correspondientes a la dispensación al público de especialidades farmacéuticas de uso humano. BOE nº 256, 25-10-2003, p. 38168.

¹²⁸ Especial Noticias (2003). *Farmacéuticos*, 280.

- Esta cantidad equivale a una disminución del 6,1% de la aportación realizada por las OF, vía escala de deducciones.
- Las OF afectadas por la escala de deducciones se habrían reducido del 52,8% al 50,68%.
- Además supone un importante efecto en la economía individual de las OF, al reducirse significativamente la aplicación de la escala en medicamentos de alto precio.

II.11.2 Orden Ministerial de Precios de Referencia

El 25 de Octubre de 2003, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó la Orden Ministerial de Precios de Referencia.

Con la Orden SCO/2958/2003, de 23 de octubre, se determinan los nuevos conjuntos de presentaciones de EF y se aprueban los correspondientes PR.

El artículo 1 de esta Orden establece que¹²⁹: “Los nuevos conjuntos, creados conforme a lo previsto por el artículo 94.6 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, son los que se determinan por la presente Orden y se relacionan en el anexo I de la misma. A efectos de determinación de los conjuntos a los que se refiere el párrafo anterior, se consideran formas farmacéuticas innovadoras las presentaciones calificadas como tales por el Director de la AEMPS, debiendo para ello tener en cuenta la evidencia clínica disponible orientada al incremento directo o indirecto de la eficacia terapéutica.

¹²⁹ Orden SCO/2958/2003 de 23 de octubre, por la que se determinan los nuevos conjuntos de presentaciones de especialidades farmacéuticas y se aprueban los correspondientes precios de referencia. BOE nº 256, 25-10-2003: 38168-38205, p. 38169.

Las presentaciones indicadas para tratamientos en pediatría constituirán conjuntos independientes. A efectos de la determinación de dichos conjuntos será necesario que exista, al menos una presentación de EFG pediátrica con la misma composición cualitativa en sustancias medicinales y vía de administración. Asimismo, constituirán conjuntos independientes, con idéntico requisito, aquellas presentaciones de EF para las que exista una dosificación significativamente distinta para una determinada indicación.

Los PR aplicables a cada uno de los conjuntos a que se refiere el apartado anterior, son los que se aprueban por la presente Orden y se relacionan en el anexo I de la misma. A efectos del cálculo de la cuantía del precio de referencia en cada conjunto las tres presentaciones de EF seleccionadas para fijar el correspondiente PR deben pertenecer, siempre que ello sea posible, a tres grupos empresariales diferentes, conforme establece el párrafo quinto del apartado 6 del artículo 94 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento A los efectos del artículo 94.6 de la Ley 25/1990, y de lo dispuesto en esta Orden, se considera que pertenecen a un mismo grupo las empresas que constituyan una unidad de decisión, en los términos del artículo 4 de la Ley 24/1988, de 28 de julio, del Mercado de Valores.

Las DDD¹³⁰ las relacionadas en el anexo II de la presente Orden. Dichas DDD se corresponden con las asignadas oficialmente por el Centro Colaborador de la OMS en Metodología y Estadísticas sobre Medicamentos o en su defecto, las calculadas por el MSC conforme a la metodología utilizada por el citado Centro.

¹³⁰ *Vid nota (30)*

La Orden de Precios de Referencia afectó a 61 principios activos y a 2.145 EF.

Para la determinación del PR la Orden marcó la cantidad de 2 € PVL, por debajo de la cual no se tienen en cuenta las EFG para el cálculo de los precios mínimos¹³¹.

La tabla 22 muestra un esquema de la dispensación de EF según esta Orden.

TABLA 22: ESQUEMA DE DISPENSACIÓN DE EFG

PRESCRIPCION	CONJUNTOS	PVP	DISPENSACION
MARCA	Tiene Precio de Referencia	PVP>PR	EFG de menor precio del ANEXO (sustitución obligatoria)
		PVP>PR y no existe EFG de sustitución	Se dispensa lo prescrito a Precio de Referencia. Se adhiere la etiqueta justificativa
		PVP<=PR	Se puede dispensar lo prescrito
	No tiene Precio de Referencia	Se puede dispensar lo prescrito	
EFG (EFG)	Tiene Precio de Referencia	PVP>PR	No existen EFG que superen al Precio de Referencia. La Orden Ministerial obliga a bajar su precio
		PVP<=PR	Se puede dispensar lo prescrito
	No tiene Precio de Referencia	Se puede dispensar lo prescrito	

PR: Precio de Referencia

PVP: Precio venta al público

II.12 MEDIDAS APLICADAS EN 2004

II.12.1 Revisiones coyunturales de precios de Especialidades

Farmacéuticas.

El RD 2402/2004 de 30 de diciembre, desarrollaba el artículo 104 de la Ley 25/1990 de 20 de diciembre del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de EF y se adoptaron medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico¹³².

¹³¹ Nuevo Sistema de Precios de Referencia. (2003). *Farmacéuticos*. 280: 8-10.

¹³² Real Decreto 2402/2004 de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990 de 20 de diciembre, del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico. BOE nº 315, 31-12-2004, p. 42819-42905.

En su Disposición Adicional única se establece la reducción del PVL de las EF del siguiente modo: “el PVL se reducirá, en los dos años siguientes al de la fecha de entrada en vigor de este Real Decreto, en un 4,2% en el año 2005 y en un 2% en el año 2006”¹³³. Este Real Decreto entra en vigor el mismo día de su publicación en el BOE.

Este RD modifica además el artículo 1 del RD 164/1997 de 7 de febrero, por el que se establecen los márgenes correspondientes a los almacenes mayoristas por la distribución de EF de uso humano, que queda redactado de la siguiente forma¹³⁴:

“El margen de los almacenes farmacéuticos en la distribución de las EF de uso humano para aquellas especialidades cuyo PVL sea igual o inferior a 89,62 € se fija en los siguientes porcentajes del precio de venta del almacén sin impuestos y con las siguientes fechas de efectividad:

- a) Año 2005: 8,6 por ciento.
- b) Año 2006: 7,6 por ciento.

El margen de los almacenes farmacéuticos en la distribución de las EF de uso humano, para las presentaciones de EF de PVL superior a 89,62 € será de 8,43 € en el año 2005 y de 7,37 € a partir del año 2006 por envase. Se actualizarán anualmente las cuantías previstas en este apartado, teniendo en cuenta la evolución del índice de precios de consumo, la del producto interior bruto y el aumento de las ventas de las OF”.

Se modifica también el artículo 1 y la Disposición adicional segunda del RD 165/1997 de 7 de febrero, por el que se establecen los márgenes correspondientes a la dispensación al público de EF de uso humano, que queda redactado de la siguiente forma¹³⁵:

¹³³ *Loc. cit* (132). Página 42820.

¹³⁴ *Ibidem* Página. 42821.

¹³⁵ *Ibidem*.

“Artículo 1:

1. El margen profesional de las OF por dispensación y venta al público de EF de uso humano se fija en el 27,9 por ciento sobre el PVP sin impuestos, para aquellas especialidades cuyo precio de venta del laboratorio sea igual o inferior a 89,62 €. Para las presentaciones de EF de precio de venta de laboratorio superior a 89,62 €, el margen será de 37,94 € por envase en el año 2005, y de 37,53 € por envase en el año 2006. Se actualizarán anualmente las cuantías previstas en este apartado, teniendo en cuenta la evolución del índice de precios de consumo, la variación del producto interior bruto y el aumento de las ventas de las OF.

2. En el caso de dispensación de EFP, las OF disponen de la facultad de aplicar descuentos de hasta el 10 por ciento en el PVP, impuestos incluidos, fijado en el envase que será considerado precio máximo de venta al público, de acuerdo con lo previsto en la disposición adicional octava de la Ley 25/1990 de 20 de diciembre, del Medicamento.”

“Disposición adicional segunda:

1. Los márgenes de las OF correspondientes a las recetas de EF dispensadas con cargo a fondos públicos se establecerán aplicando a la factura mensual de cada OF por dichas recetas la siguiente escala de deducciones:

TABLA 23: ESCALA DEDUCCIONES

Ventas totales a PVP IVA hasta Euros	Deducción Euros	Resto hasta Euros	Porcentaje aplicable
31.627,66	0	42.628,59	8,00
42.628,59	880,07	57.067,30	9,40
57.067,30	2.237,31	117.572,39	10,90
117.572,39	8.832,37	203.517,12	13,50
203.517,12	20.434,91	288.774,29	14,50
288.774,29	32.797,20	En adelante	15,00

Se modifica también el apartado 1 del RD 1035/1999 de 18 de junio, por el que se regula el Sistema de PR en la financiación de medicamentos con cargo a fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la sanidad, con la siguiente redacción¹³⁶:

“1. El Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos, aprobará los PR aplicables a cada uno de los conjuntos de presentaciones de EF a las que se refiere este RD. Asimismo, con periodicidad mínima trienal, aprobará los nuevos conjuntos que se puedan crear por haberse comercializado, desde el último acuerdo del mencionado órgano colegiado, presentaciones previamente inexistentes de EFG”.

II 13 MEDIDAS APLICADAS EN 2005

II.13.1 La Ley de garantías y Uso Racional de los Medicamentos

Con el Anteproyecto de Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios se pretende ampliar y reforzar el sistema de garantías y control del proceso de autorización de los medicamentos, en un marco riguroso de seguridad y eficacia de los fármacos. Además esta norma pretende potenciar el URM, un objetivo que se establecía en el Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud, publicado en noviembre de 2004 y que debería tener como consecuencia un mayor control del GF.

Además se pretende regular el desarrollo funcional y estructural que se ha producido en los Servicios de farmacia de AP.

De esta forma la entrada en vigor de esta Ley constituye una medida orientada a la OFERTA.

¹³⁶ Disposición final tercera. *Loc. cit.* en nota (132). Pág. 42821.

En mayo de 2006, el Proyecto de Ley aún se encontraba en el Parlamento, y estaba pendiente de su aprobación y entrada en vigor. Finalmente, la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios se publicó en el BOE del 27 de julio de 2006¹³⁷.

Esta ley, que sustituye a la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, entre sus disposiciones incluye la armonización de la legislación española respecto a los procedimientos comunitarios para la autorización y control de los fármacos y establece el marco normativo para el desarrollo de las medidas incluidas en el “Plan Estratégico de Política Farmacéutica” puesto en marcha por el MSC.

Esta Ley incluye 10 títulos con un total de 113 artículos y las siguientes disposiciones: 13 adicionales, 9 transitorias, 1 derogatoria y 6 finales; dada su amplitud señalaremos, de forma resumida lo más esencial de la ley.

Tiene tres grandes OBJETIVOS: Reforzar las garantías de calidad y seguridad de la prestación farmacéutica, garantizar la sostenibilidad financiera del SNS y potenciar el uso racional del medicamento y la investigación clínica.

- **Mejorar la calidad de la prestación farmacéutica**

Su objetivo prioritario es reforzar la calidad de la PF en todo el SNS. Sus principales beneficiarios van a ser los propios ciudadanos, ya que en ella se establecen medidas con el fin de incrementar la seguridad, la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos, así como mejorar el papel de los profesionales sanitarios en la atención a los ciudadanos.

¹³⁷ Vid. nota (5)

- **Incrementar de la seguridad de los medicamentos**

Los ciudadanos verán incrementada la seguridad y la calidad de los fármacos desde el inicio del proceso de fabricación de los mismos.

- En primer lugar, la disposición obliga a la publicación de los resultados de cualquier ensayo clínico, tanto positivos como negativos, salvaguardando en todo caso la información comercial y personal de carácter confidencial.

- Se refuerza el sistema de farmacovigilancia, obligando a los laboratorios farmacéuticos a realizar una evaluación continuada de los medicamentos que están en el mercado y a comunicar cualquier novedad o efecto adverso que se registre como consecuencia de la utilización de los mismos y que pueda alterar su relación beneficio-riesgo. Además, las empresas deben obligatoriamente aplicar planes de farmacovigilancia y programas de gestión de riesgos. Este refuerzo de la seguridad de los fármacos se extiende también a los medicamentos veterinarios.

- Se establece expresamente la obligación de que los fabricantes de medicamentos y productos sanitarios cuenten con un seguro, aval o garantía financiera equivalente para responder de los daños sobre la salud derivados de problemas de seguridad de los medicamentos.

- Por razones de seguridad y de protección de la salud, la ley prohíbe la venta por correspondencia o por Internet de medicamentos sujetos a prescripción médica.

- La Ley quiere garantizar la trazabilidad de los medicamentos desde su fabricación hasta su entrega a los ciudadanos (laboratorios, almacenes mayoristas y farmacias), con el fin de que, cuando se detecte cualquier problema en un medicamento o producto sanitario, se localicen y sean retirados del mercado de forma inmediata los lotes o productos afectados, en beneficio de la seguridad de los ciudadanos.

Además se asegura el abastecimiento de los medicamentos a las farmacias como función prioritaria y esencial de la distribución a través de los almacenes mayoristas o directamente del laboratorio titular de la autorización.

– El MSC regulará la publicidad de productos, materiales, sustancias o métodos con supuestas propiedades sobre la salud para asegurar que se ajustan a criterios de evidencia científica y que, en ningún caso, su consumo o utilización puedan constituir un perjuicio para la salud.

– En los prospectos se facilitará a los pacientes una información completa, clara y comprensible sobre el medicamento, reduciendo al mínimo los términos técnicos, con el fin de promover un uso correcto y el cumplimiento del tratamiento prescrito.

Reforzar el papel de los profesionales sanitarios en la atención a los ciudadanos

– Se regula de una forma más clara y precisa la obligatoriedad de exigir la receta médica para aquellos medicamentos que lo requieran, contribuyendo así a prevenir los efectos nocivos que para los ciudadanos acarrea la automedicación no responsable.

– Se refuerza también el principio general de respeto a la prescripción del médico, y se establece que, con carácter excepcional, en casos de desabastecimiento o urgente necesidad, el farmacéutico podrá sustituir el medicamento prescrito por otro equivalente.

– La norma potencia la implantación en toda España de la receta electrónica, que facilitará, especialmente a los pacientes crónicos, el acceso a sus medicamentos.

– Se reconoce al farmacéutico la capacidad exclusiva para la dispensación de medicamentos y se regula la atención farmacéutica en las oficinas de farmacia. Con ello se garantiza al ciudadano un asesoramiento por parte de un profesional sanitario en el momento de la dispensación.

– Se mejora la información y promoción de medicamentos que reciben los profesionales, ya que promueve el reforzamiento de un sistema de información independiente sobre medicamentos a los profesionales sanitarios, basado en la objetividad, la transparencia y la rápida disponibilidad.

– Por otra parte, esta Ley promueve la formación de los profesionales sanitarios en el uso racional de los medicamentos, mediante la realización de programas formativos específicos dirigidos tanto a médicos como a farmacéuticos, y en colaboración con las CCAA.

Asimismo, esta Ley también prevé la realización de campañas para mejorar la información del ciudadano sobre el uso racional de los medicamentos.

- **Garantizar la sostenibilidad financiera del SNS**

Con este objetivo se pretende seguir avanzando en la mejora del uso racional del medicamento. En este sentido esta Ley incorpora las siguientes medidas:

- Fomento de los medicamentos genéricos (medida que desplaza la OFERTA a la derecha) Se potencia el uso de estos medicamentos para que adquieran un peso relevante en el SNS, ya que, además de contribuir a la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario por presentar precios más bajos respecto a la marca comercial, consolida aquellos principios activos que han demostrado su eficacia y seguridad durante un largo periodo de tiempo. También se contempla que las autoridades sanitarias promuevan la prescripción por principio activo.

Una de estas iniciativas, que tendrá un importante impacto en la potenciación de los genéricos, es la incorporación a nuestro ordenamiento jurídico de la cláusula Bolar¹³⁸.

¹³⁸ La cláusula Bolar tiene su origen en una Sentencia dictada por el Tribunal de Apelación del Gobierno Federal de los Estados Unidos en el año 1984 en el asunto Roche Products Inc. El Tribunal llegó a la

- Nuevo sistema de precios de referencia. Este nuevo sistema será previsible, objetivo y estable y se articulará a través de diferentes actuaciones. Su impacto será gradual y afectará a todos los fármacos en fase de madurez en el mercado.

En 2009 Jaume Puig-Junoy elaboró un informe a instancias de la Autoridad Catalana de la Competencia en el que se analiza el impacto de los medicamentos genéricos en el mercado español, y los precios de referencia como instrumentos correctores de la factura farmacéutica pública desde el año 2000, concluyendo que “la limitación del sistema de precios de referencia a especialidades del mismo principio activo es una limitación que carece de justificación desde el punto de vista de la política sanitaria”¹³⁹.

- Financiación selectiva de medicamentos y productos sanitarios. La Ley establece el principio de financiación selectiva y no indiscriminada de medicamentos que se realizará de manera objetiva, teniendo en cuenta tanto la selección de aquellos fármacos que supongan innovaciones terapéuticas y mejoras para la salud de los pacientes como criterios de racionalización del gasto. A partir de ahora, los productos sanitarios de prescripción en receta tendrán el mismo régimen de financiación que los medicamentos.

- Tecnologías sanitarias. Se refuerza el papel de la Agencia de Tecnologías Sanitarias, del Instituto de Salud Carlos III, en colaboración con otros órganos evaluadores de las Comunidades Autónomas, en la evaluación de las tecnologías sanitarias como requisito previo a su incorporación al SNS.

conclusión de que los llamados «actos preparatorios» de la autorización y comercialización del producto no violentan la patente. La aplicación de la cláusula bolar lo que busca el que al día siguiente del vencimiento de la patente se puedan comercializar versiones genéricas del medicamento, con la consiguiente bajada de precios.

¹³⁹ Puig-Junoy, J., Moreno Torres, I., (2009) *Impacto de la regulación de precios de los medicamentos sobre la competencia en el mercado de genéricos: valoración de los efectos y necesidad de reforma*. Barcelona, Autoridad Catalana de la Competencia. Pág. 26.

- **Fomentar la investigación clínica**

Este objetivo queda enmarcado dentro del fomento de la I+D+I planteado por el Gobierno. Para ello, se pretende establecer un marco estable a la industria farmacéutica y a la comunidad investigadora, ofreciendo el apoyo que precisan para llevar a cabo esta importante labor, con el fin de que los ciudadanos cuenten con medicamentos cada vez más avanzados, seguros y eficaces. En este sentido, la Ley señala las siguientes actuaciones:

- Incorporar la innovación como criterio para la financiación de los medicamentos y reconocer determinadas innovaciones galénicas que, por diferentes motivos, puedan considerarse de interés por suponer una mejora en la utilidad terapéutica.

- Potenciar los ensayos clínicos. Se regulan los requisitos comunes para la realización de ensayos clínicos y los criterios para su financiación, velando por el respeto a los derechos fundamentales de la persona y por el cumplimiento de los postulados éticos en la investigación.

Habilita al MSC para el desarrollo de acciones que permitan que los Comités Éticos de Investigación Clínica acreditados puedan compartir estándares de calidad y criterios de evaluación adecuados y homogéneos

- Fomentar la investigación. A través de los fondos provenientes de la industria farmacéutica, mediante sus aportaciones en función del volumen de ventas de medicamentos y productos sanitarios al SNS, potenciándose la investigación biomédica realizada a través del Instituto de Salud Carlos III. Este sistema permitirá financiar, de forma sostenida y estable, el esfuerzo investigador del SNS.

II.14 OTRAS MEDIDAS

Por último no debemos olvidar el Título VI de la Ley 25/1990 del Medicamento, dedicado al “Uso Racional de los medicamentos”. Del mismo modo la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, dedica su Título VI a este mismo apartado¹⁴⁰.

En el Capítulo primero de ambas Leyes se recogen todas aquellas actuaciones a abordar, dirigidas a mejorar la formación e información sobre medicamentos como son el impulsar la constitución de centros de información de medicamentos y promover la publicación de guías terapéuticas.

Todas las medidas que la Administración sanitaria ha llevado a cabo y que han sido anteriormente expuestas van enfocadas en unos casos a la OF, a los almacenes mayoristas de distribución, a la industria farmacéutica, al prescriptor o al propio usuario del Sistema Sanitario.

Además y con el fin de mejorar las pautas de prescripción y racionalizar el uso de los medicamentos, la Administración ha querido también impulsar actividades para contribuir a la formación continuada de los facultativos y que por tanto se incluirían en un grupo de medidas dirigidas al prescriptor como son las medidas informativas.

Estas medidas no sólo van encaminadas a tratar de evitar las desviaciones cuantitativas de la PF, sino también a mejorar la **calidad de prescripción** desde un punto de vista cualitativo.

¹⁴⁰ *Vid.* nota (5)

Según Vicente Baos¹⁴¹, la “buena prescripción” vendría definida de la siguiente manera:

- maximizar la efectividad
- minimizar los riesgos
- minimizar los costes
- respetar las opiniones de los pacientes.

En términos económicos, esta “buena prescripción” aseguraría la asignación eficiente de los recursos.

Es importante recordar que la primera iniciativa que la Administración impulsa en este sentido, se remonta a 1977, con la publicación por parte del Centro Interinstitucional de Información de Medicamentos, de la revista *Información Terapéutica de la Seguridad Social*. El fin último de esta publicación es el de proporcionar a los profesionales sanitarios información periódica sobre farmacoterapia científica, objetiva e independiente.

Aunque se define como una revista especializada, puede considerarse como un Boletín Farmacoterapéutico (BFT). Se trata de una publicación bimestral, gratuita (destinada a instituciones y profesionales de la salud) y de información variada, objetiva y científica. La edición corre a cargo del Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Subdirección General de Planificación Farmacéutica. La dirección de la publicación es responsabilidad de la Dirección General de Farmacia del MSC.

Desde su creación, en 1977 por el entonces denominado Ministerio de Sanidad y Seguridad Social la publicación incluye tres secciones. La primera comprende revisiones terapéuticas sobre temas de permanente interés, escrita por autores de

¹⁴¹ Baos Vicente V., La calidad en la prescripción de medicamentos (1999). *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 23, 3: 45-54, p. 45.

prestigio y con experiencia profesional. En la segunda se incluye la traducción de un artículo de la publicación independiente *Medical Letter*, en sus inicios, y en la actualidad, del boletín inglés *Drug and Therapeutics Bulletin*. Por último, en la tercera sección, se incluyen notas y comentarios breves sobre temas farmacológicos y terapéuticos de actualidad, así como noticias de interés para los profesionales. Desde 1990 se añade una cuarta sección que incluye artículos relacionados con el consumo de medicamentos.

A partir de 1977 se editaron otras publicaciones como las Fichas de Transparencia del MSC (1984-1996)¹⁴² que recogían información clara, concisa y manejable conteniendo datos farmacológicos, clínicos y económicos de los medicamentos, con el objetivo de informar al médico de las alternativas farmacoterapéuticas de que dispone en su práctica diaria.

Además se crearon las Comisiones Farmacoterapéuticas (1984) y posterior reestructuración en 1987, para evaluar el consumo de medicamentos.

Por otra parte, con la incorporación en la receta médica del volante de instrucciones al paciente, el apartado de instrucciones al farmacéutico y la ampliación de la información sobre la prescripción y condiciones de administración, la receta pasa de ser un documento de efectos tan solo económicos, a un instrumento sanitario. Estas modificaciones son debidas a la entrada en vigor de la Orden de 1 de febrero de 1990, por el que se establecen los nuevos modelos de receta médica en el SNS, en desarrollo del RD 1910/1984¹⁴³.

Existen otras publicaciones del Ministerio con información específica sobre medicamentos (Farmacia y Productos Sanitarios, Monografías Técnicas y Monografías

¹⁴² Disponible en <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/todos.htm#113>

¹⁴³ RD 1910/1984 de 26 de septiembre de receta medica. BOE nº 259, 29-10-1984.

de Divulgación) que no pueden ser catalogadas como verdaderos boletines. Tampoco se consideran verdaderos BFT determinadas publicaciones elaboradas por el Instituto de Salud Carlos III (Publicaciones Unitarias e Informes de Evaluación).

El gasto farmacéutico, por tanto, ha pasado a constituir en los últimos años una diana fundamental dentro de la política sanitaria.

En términos de formulación de política pública, el control del gasto sanitario es un objetivo intermedio de la política sanitaria, destinado a asegurar la consecución del objetivo último, es decir la sostenibilidad de una asistencia sanitaria eficaz y universal. Para controlar el GF se ha recurrido a medidas muy diversas, que actúan tanto por el lado de la oferta como de la demanda; tanto sobre el nivel de precios y tipos impositivos como sobre la ordenación de la oferta; mediante el recurso a precios de referencia o a los márgenes. En todo caso, estas intervenciones se ven justificadas por la condición de bien público de los medicamentos, cuyas externalidades exigen la intervención del Estado en los mercados.

Los profesionales, los Gobiernos y la industria farmacéutica tienen un importante papel para el control de ese factor aunque medidas como la entrada en vigor de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento, ponen de manifiesto las diferentes perspectivas de los sectores implicados¹⁴⁴.

¹⁴⁴ BARRERA PÁEZ L. (2006) ¿Frena el gasto farmacéutico el sueldo médico?. *Revista de Economía de la Salud*, 4, 4: 200-202, p. 200.

Segunda Parte

*El Gasto Farmacéutico
a través de receta
en la Comunidad de Madrid*

Capítulo III

Evolución del Gasto Farmacéutico

a través de receta

en la Comunidad de Madrid

III. 1. DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

III.1.1 Población total empadronada

Según el Instituto Nacional de Estadística de la Comunidad de Madrid (CAM), la población total empadronada desde 1985 hasta 2005 figura en la tabla 24.

TABLA 24: POBLACIÓN TOTAL EMPADRONADA (1985-2005)

1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
4.916.426	4.780.572	4.846.097	4.906.378	4.964.486	5.027.154	4.947.555
1992	1993	1994	1995	1996	1998	1999
4.989.129	5.084.966	5.150.399	5.181.659	5.022.289	5.091.336	5.145.325
2000	2001	2002	2003	2004	2005	
5.205.408	5.372.433	5.527.152	5.718.942	5.804.829	5.964.143	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

El número de CS y Consultorios locales de toda la CAM ha aumentado desde 2002 hasta 2005 como puede observarse en la siguiente tabla, pasando de 367 en 2002 hasta 403 en 2005. La evolución en la distribución por zonas estadísticas queda también reflejado en la tabla 25.

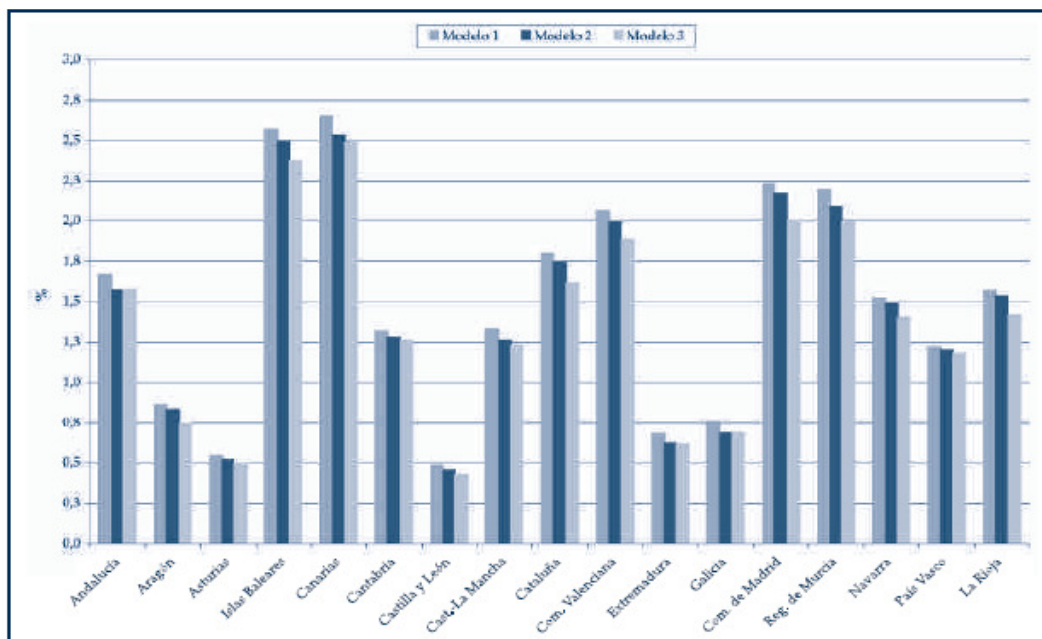
TABLA 25: CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

	2002	2005
MUNICIPIO DE MADRID	106	127
NORTE METROPOLITANO	13	13
ESTE METROPOLITANO	26	33
SUR METROPOLITANO	46	54
OESTE METROPOLITANO	15	17
SIERRA NORTE	56	56
NORDESTE COMUNIDAD	15	13
SUDESTE COMUNIDAD	35	35
SUDOESTE COMUNIDAD¹⁴⁵	18	18
SIERRA SUR	18	18
SIERRA CENTRAL	19	19
Comunidad de Madrid	367	403

¹⁴⁵ El Área 9 de Atención Primaria, de cuyo estudio se ocupa el Capítulo IV de este trabajo, se encuentra ubicada al sudoeste de la Comunidad de Madrid.

Los resultados del estudio, realizado por investigadores del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra en 2009¹⁴⁶, muestran una elevada heterogeneidad en la tasa de crecimiento acumulado real del gasto sanitario para las distintas CCAA durante el periodo 2005-2016: la mayor tasa la registrarían Baleares (entre un 21,3% y un 27,2%) y Canarias (entre un 22,3% y un 26,1%), mientras que los valores menos elevados corresponderían a Asturias (entre un 1,9% y un 3%) y Castilla León (entre 1,8% y un 3%). El incremento promedio a nivel nacional oscilaría entre un 11,66% y un 14,61% (ver gráfico 7). A pesar de que la demografía no constituye un peligro para la sostenibilidad financiera del sistema sanitario público, dichos resultados muestran que es un factor importante en el incremento del gasto sanitario y, por tanto, objeto de preocupación justificada.

GRÁFICO 7: TASA ACUMULATIVA DE CRECIMIENTO DEL GASTO FARMACÉUTICO POR CCAA: 2005-2016.



1: Modelo naïve; 2: Modelo ajustado por costes de la muerte; 3: Modelo ajustado por costes de la muerte e inmigración.

Fuente: Casado Marín, D., Puig-Junoy, J. y Puig Peiró, R. (2009). *El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las CCAA*. Alcobendas, Madrid; Fundación Pfizer

¹⁴⁶ Casado Marín, D., Puig-Junoy, J. y Puig Peiró, R. (2009). *El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las CCAA*. Alcobendas, Madrid; Fundación Pfizer.

El estudio tiene como objetivo estimar el impacto de la evolución de distintos factores demográficos (número total de personas, estructura por edades y flujos de inmigrantes) sobre el gasto sanitario público en cada una de las CCAA hasta el año 2016. Las proyecciones sobre el gasto futuro se han llevado a cabo a partir de la aplicación a los diferentes componentes del gasto (en atención primaria, a nivel hospitalario, gasto farmacéutico y otros gastos), en cada Comunidad Autónoma y tomando como año base el 2005, de diversas hipótesis sobre el impacto demográfico y el coste de la atención por persona y grupo de edad.

III.2 DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD AL SERVICIO MADRILEÑO DE LA SALUD

La CE de 1978 diseñó una organización territorial del Estado que posibilita la asunción por las CCAA de competencias en materia de sanidad. Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos Estatutos de Autonomía, todas las CCAA han asumido paulatinamente competencias en esta materia. El proceso de transferencia de la asistencia sanitaria gestionada por el Instituto Nacional de la Salud - INSALUD se inició en 1981 y ha culminado en el año 2002 tal como se ha especificado en la Primera Parte, manteniendo la Administración Central del Estado la gestión de la sanidad en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, a través de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria - INGESA. De este modo, las CCAA ejercen sus competencias en las siguientes materias:

- Planificación sanitaria
- Salud pública
- Asistencia sanitaria

Para ello, las CCAA han asumido las funciones y servicios, los bienes, derechos y obligaciones relativos a dichas competencias, el personal y los créditos presupuestarios adscritos.

El actual Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) procede de la integración del extinto SERMAS en el Instituto Madrileño de la Salud, que modifica su denominación y pasa a denominarse Servicio Madrileño de Salud. Es un Ente de Derecho Público, adscrito a la Consejería de Sanidad y Consumo, cuyas funciones, Régimen Jurídico, competencias, Órganos de dirección y organización vienen contemplados en las disposiciones que a continuación se enumeran:

- El Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre en su artículo 1 establece que se traspasan a la CAM las funciones y servicios del INSALUD¹⁴⁷.

- La Ley 12/2001 de 21 de diciembre de Ordenación Sanitaria de la CAM¹⁴⁸ establece en su Título VII que el SERMAS se constituye en una entidad de derecho público dotada de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar. Sustituye al Servicio Regional de Salud creado por la Ley 9/1984 de 30 de mayo¹⁴⁹.

El SERMAS, como Servicio de Salud de la CAM, integra todos los recursos presupuestarios públicos destinados a la asistencia sanitaria en el territorio de la CAM. Además al SERMAS le corresponde la adecuada asignación de los recursos presupuestarios afectos a la asistencia sanitaria en la CAM.

La Estructura Orgánica del SERMAS se define en el Decreto 16/2005 de 27 de enero, y con la entrada en vigor del Decreto 14/2005 se integra el Servicio Madrileño de

¹⁴⁷ Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE nº 311, 28-12-2001, p. 50033-50038, p. 50034.

¹⁴⁸ *Vid* nota (16).

¹⁴⁹ Ley 9/1984, de 30 de mayo, de creación de organismos autónomos de la Consejería de Salud y Bienestar Social. BOCAM nº 138, 11-06-1984.

la Salud en el Instituto Madrileño de la Salud ^{150,151}. En el artículo único del Decreto 16/2005¹⁵² se establece que el SERMAS se estructura en las siguientes unidades administrativas:

1. Secretaría General
2. Subdirección General de Atención Primaria
3. Subdirección General de Atención Especializada

En la Disposición Adicional Primera de este Decreto se establece que se adscriben a la Gerencia que corresponda en el ámbito de AP los correspondientes Centros de AP.

Además el Capítulo II del Decreto 100/2005 de 29 de septiembre¹⁵³ por el que se crea la Estructura Orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo de la CAM, establece en el artículo 3 que la DGFPS forma parte de la organización general de la Consejería de Sanidad de la CAM.

Por ser esta Dirección General de suma importancia al definir los objetivos en materia de prescripción farmacéutica de las Gerencias de AP, resulta oportuno definir en su totalidad las competencias de esta Dirección. Así en el Capítulo 10 y artículo 18 se establecen las competencias de la DGFPS¹⁵⁴ como sigue:

“Corresponde a la DGFPS, el ejercicio de las funciones a que se refiere el artículo 47 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la CAM y en particular, las siguientes:

¹⁵⁰ Decreto 14/2005 de 27 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se integra el Servicio Madrileño de Salud en el Instituto Madrileño de Salud, se modifica su denominación y se establece su régimen jurídico y de funcionamiento. BOCAM nº 25, 31-01-2005, p. 10-15.

¹⁵¹ Decreto 16/2005 de 27 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de la Salud. BOCAM nº 25, 31-01-2005, p. 15-18.

¹⁵² *Ibidem*. Página 16.

¹⁵³ Decreto 100/2005 de 29 de septiembre, por el que se crea la Estructura Orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. BOCAM nº 233, 30-08-2005, p. 12-20.

¹⁵⁴ *Ibidem*. Página 16.

- a) La ordenación y control de la atención farmacéutica, así como la tramitación y resolución de los procedimientos en materia de autorizaciones de OF y, en general, de Centros, Servicios y Establecimientos de distribución y dispensación de medicamentos de uso humano y veterinario, establecimientos de óptica y secciones de óptica de las OF y de distribución, dispensación y venta de productos sanitarios.
- b) La ejecución de la legislación sobre productos farmacéuticos, productos sanitarios y cosméticos, en el marco de la legislación del Estado y de la CAM.
- c) La planificación de estrategias para el desarrollo de una política farmacéutica integral e integrada en el Sistema Sanitario.
- d) La planificación y coordinación de la atención farmacéutica para los ciudadanos en cuanto a servicio básico de las OF.
- e) La dirección y coordinación de actividades para la mejora de la utilización de los medicamentos, tanto a través de la formación e información a los profesionales sanitarios, como mediante el diseño de programas de educación sobre medicamentos orientados a los ciudadanos.
- f) La dirección y coordinación de las actividades de farmacovigilancia y vigilancia de productos sanitarios.
- g) El diseño de los proyectos de sistemas de información relacionados con medicamentos y productos sanitarios y el mantenimiento de bases de datos relativas a sistemas de información en materia farmacéutica, bajo la dirección de la Dirección General de Informática, Comunicaciones e Innovación Tecnológica y en coordinación con la Dirección General de Atención al Paciente y Relaciones Institucionales y, en especial, la puesta en marcha de la receta electrónica.

- h) La evaluación, control, inspección y, en su caso, la autorización de los soportes válidos y publicidad de medicamentos y productos sanitarios, en el ámbito de la CAM.
- i) Control, evaluación, inspección y seguimiento de la PF.
- j) Diseño, implantación y seguimiento de actividades para la racionalización y gestión de la PF en los distintos niveles asistenciales.
- k) Estudio, diseño, gestión y evaluación de los procedimientos relativos a la PF y, en particular, los convenios que se deriven de ello.
- l) La inspección y el ejercicio de la potestad sancionadora en relación con las materias propias de su competencia, sin perjuicio de las funciones de coordinación y planificación de la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección.
- m) La participación, en coordinación con otros organismos con competencias análogas, en proyectos europeos relacionados con su ámbito competencial.
- n) Cuantas otras determine la normativa vigente o le sean expresamente delegadas o atribuidas”.

III.3 EVOLUCION DEL GASTO FARMACÉUTICO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

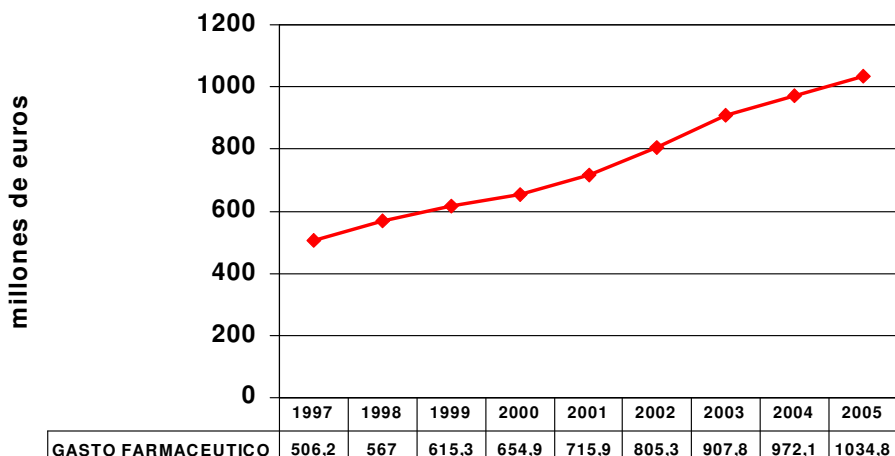
Como hemos indicado en la Primera Parte, el GF es la resultante de dos componentes:

- Número de recetas
- Coste de las mismas

El aumento de estas dos variables ha marcado el progresivo aumento en el gasto farmacéutico.

El gráfico 8 representa la evolución del gasto farmacéutico en la CAM desde el año 1997 hasta el 2005, donde se pone de manifiesto la tendencia constante de crecimiento de GF en la CAM en este periodo, lo que coincide con el SNS.

GRÁFICO 8: EVOLUCION DEL GASTO FARMACÉUTICO EN LA CAM (1997-2005) MILLONES DE EUROS CORRIENTES ¹⁵⁵

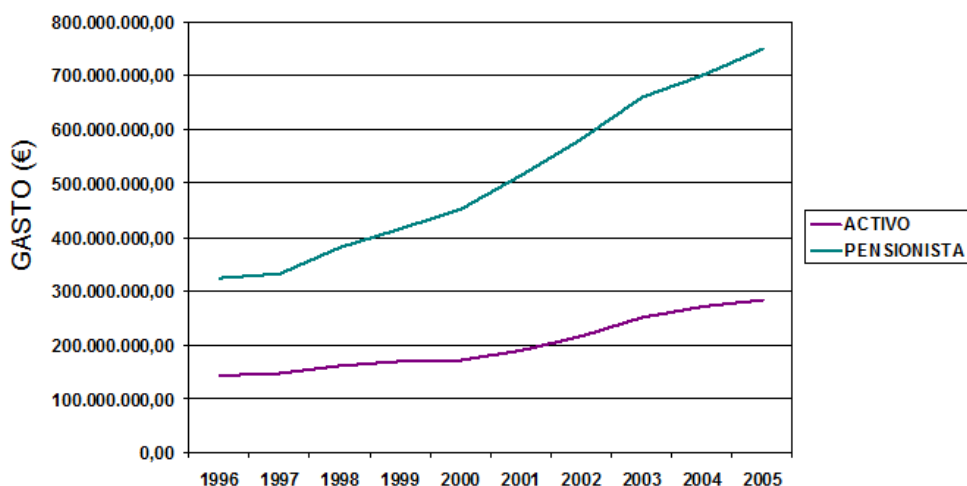


Fuente: Gráfico de elaboración propia a partir de los datos facilitados por la anterior Dirección General de Farmacia de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

¹⁵⁵ Datos facilitados por la anterior Dirección General de Farmacia de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

En el gráfico que figura a continuación (gráfico 9) se pone de manifiesto la tendencia creciente del gasto farmacéutico en este periodo, siendo superior el gasto en población pensionista que en activos.

GRÁFICO 9: EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO (€) DE LA CAM (1996-2005). POBLACIÓN ACTIVA Y PENSIONISTA.

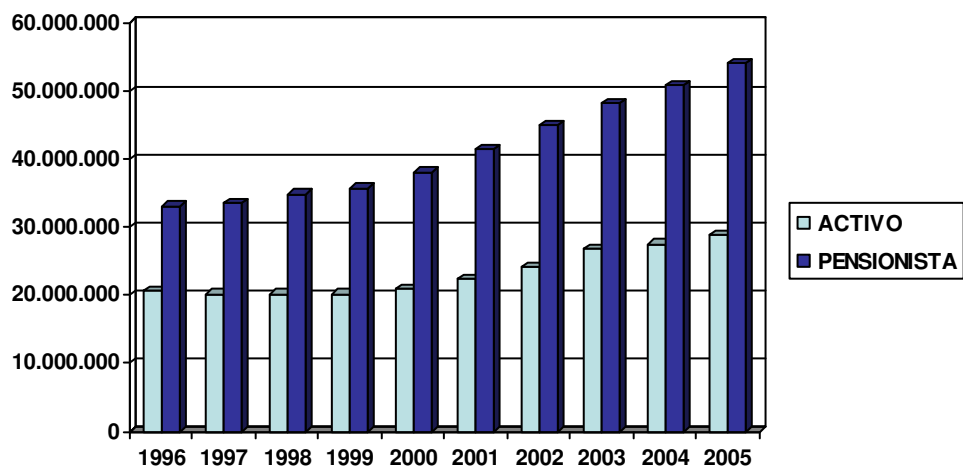


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por la anterior Dirección General de Farmacia de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

A continuación (gráfico 10) se muestra la evolución en el número de recetas facturadas en la CAM, distinguiendo entre activos y pensionistas, pudiendo comprobar la tendencia al aumento en ambos colectivos.

Destaca el efecto del envejecimiento de la población en el aumento del número de recetas prescritas en pensionistas respecto a activos, al constituir la población pensionista la que más recursos, en este caso medicamentos a través de receta demanda.

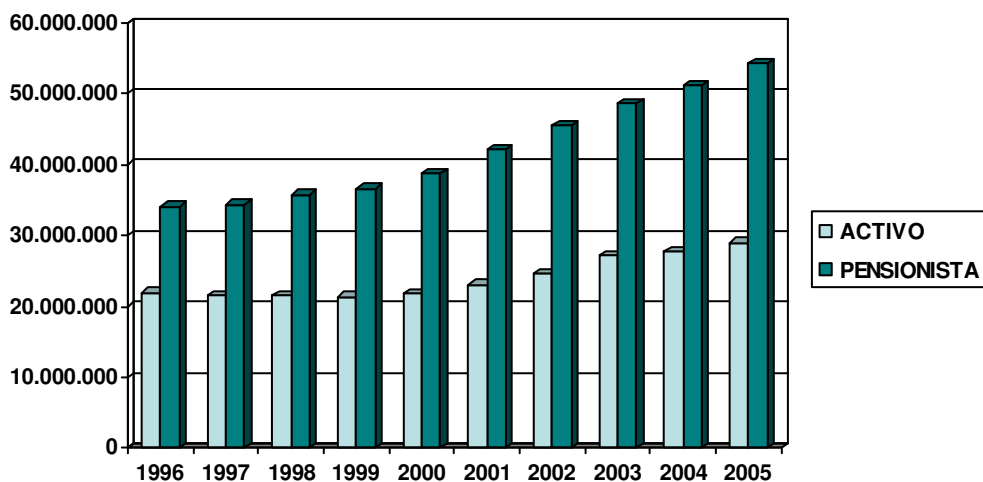
GRÁFICO 10: Nº DE RECETAS FACTURADAS COMUNIDAD DE MADRID (1996-2002)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por la anterior Dirección General de Farmacia de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

En relación al número de envases dispensados en la CAM (gráfico 11) y de modo paralelo a lo que ocurría en el número de recetas, la tendencia es creciente tanto en población activa como pensionista.

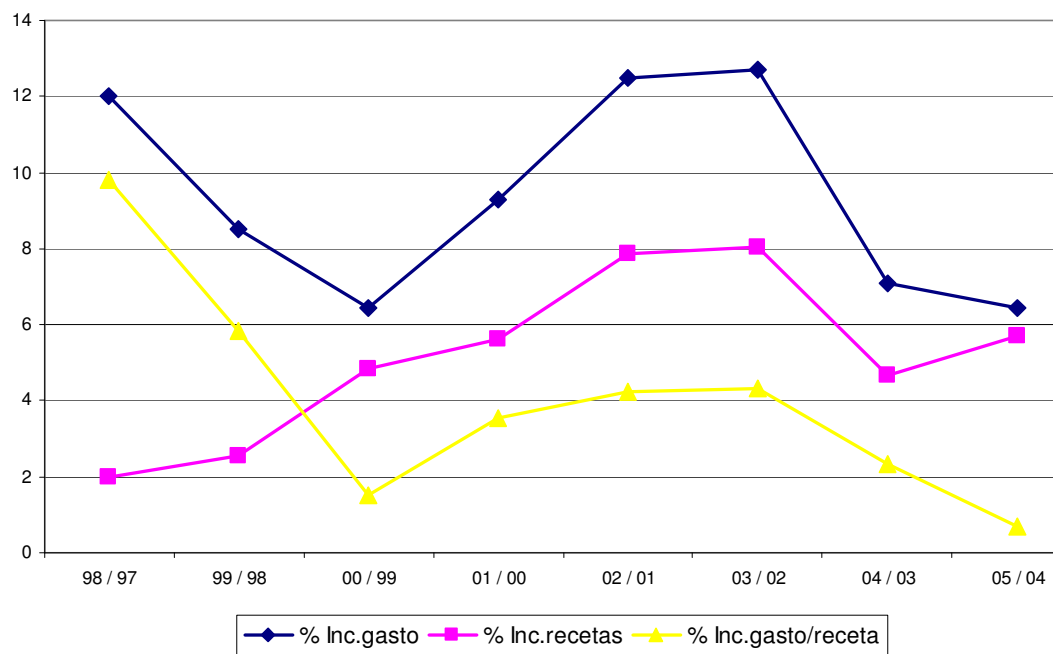
GRÁFICO 11: Nº DE ENVASES DISPENSADOS COMUNIDAD DE MADRID (1996-2002)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por la anterior Dirección General de Farmacia de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

En cuanto al incremento en el número de recetas, su mayor valor se alcanza en el periodo 2002-2003, lo cual coincide con un mayor incremento en el gasto y un mayor incremento en el gasto por receta (gráfico 12).

GRÁFICO 12: % INCREMENTO DEL GASTO (€ corrientes), % INCREMENTO N° RECETAS Y % INCREMENTO DE GASTO/RECETA EN LA CAM (1997-2005)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por la anterior Dirección General de Farmacia de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

III.3.1 Gasto Farmacéutico en la Comunidad de Madrid. Años 2004 y 2005

Un estudio más detallado del gasto farmacéutico en la CAM en los años 2004 y 2005 permitirá comprobar si la tendencia a la moderación en el incremento del gasto ya visto en el SNS, también se ha producido en el contexto de la CCAA en la que se encuentra el Área sanitaria de AP que estudiaremos después.

En la CAM, el año 2004 se cierra con un GF a través de receta de 971.504.399 €, y un incremento del 7,06% respecto al 2003¹⁵⁶.

¹⁵⁶ Boletín nº 13 de Evaluación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (2005). Edita: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Imprime: Consejería de Sanidad y Consumo. Página 1.

En el año 2005 el GF a través de receta ha sido de 1.034.451.860 €, y un incremento del 6,48% respecto a 2004¹⁵⁷.

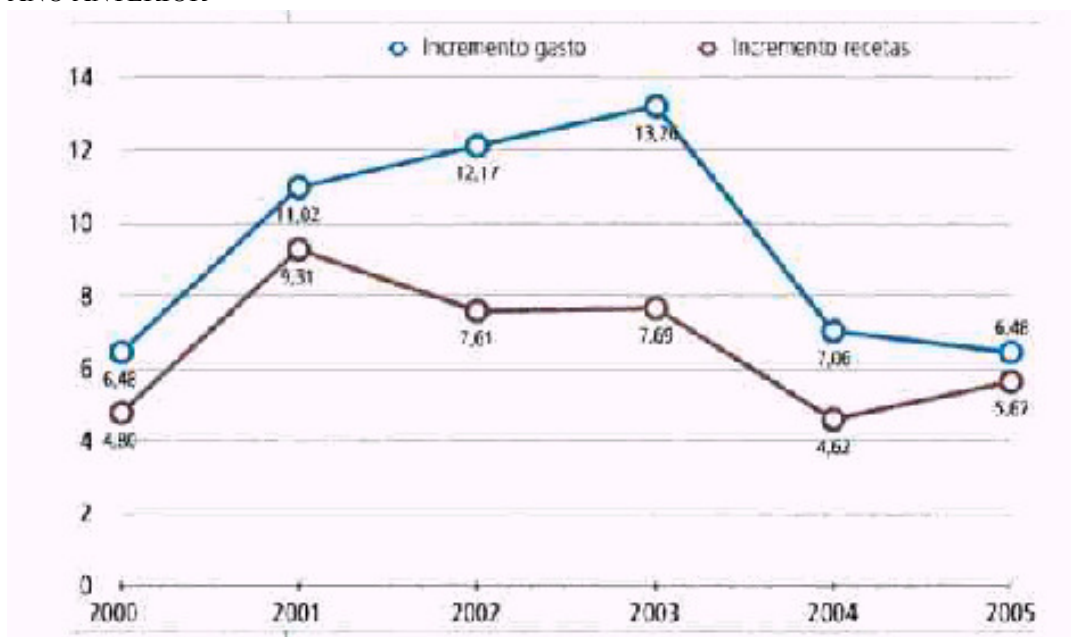
El GF, el número de recetas y el gasto medio por receta de los años 2003 al 2005 figuran en la tabla 26.

TABLA 26: GASTO FARMACÉUTICO. COMUNIDAD DE MADRID. 2003-2005

PERIODO	GASTO (€)	RECETAS (nº)	GASTO MEDIO/RECETA
2003	907.419.106	75.106.502	12,08
2004	971.504.399	78.574.934	12,36
2005	1.034.451.860	83.030.428	12,46
% variación 04/03	7,06	4,62	2,34
% variación 05/04	6,48	5,67	0,77

Fuente: Servicio de Gestión de la Prestación Farmacéutica. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Consejería de Sanidad y Consumo de la CAM

GRÁFICO 13: INCREMENTO DEL GASTO Y DEL NÚMERO DE RECETAS (%) RESPECTO AL AÑO ANTERIOR¹⁵⁸



Fuente: Boletín nº 13 de Evaluación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (2005). Edita: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Imprime: Consejería de Sanidad y Consumo. Página 1.

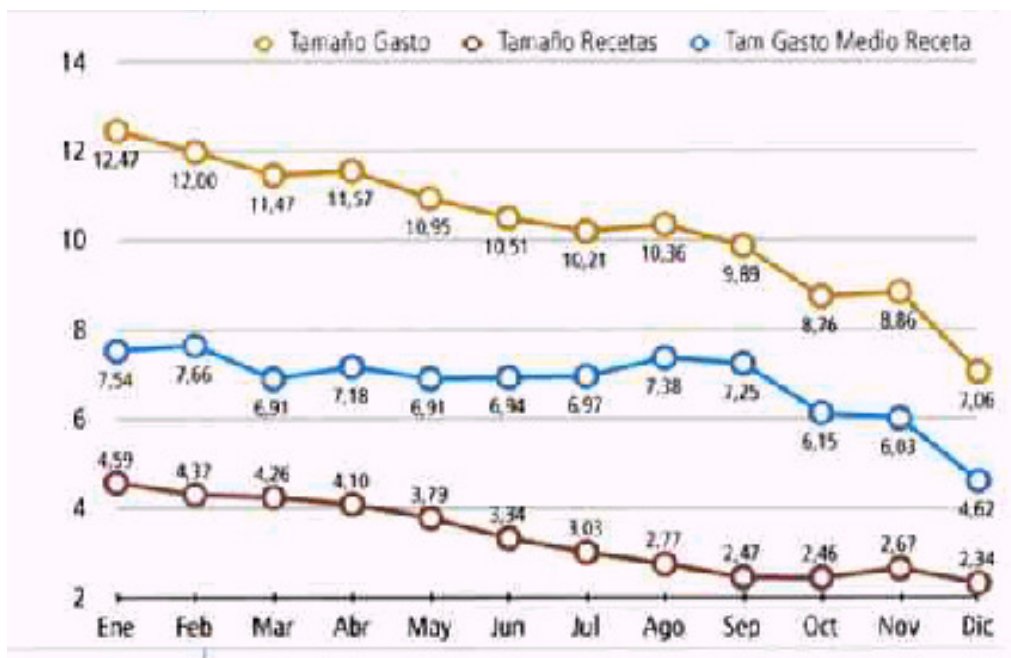
¹⁵⁷ Boletín nº 25 de Evaluación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (2006). Edita: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Imprime: Consejería de Sanidad y Consumo. Página 1.

¹⁵⁸ Gráfica tomada de *Vid.* nota (157).

Tal y como se muestra en el gráfico anterior (gráfico 13), en el año 2004 el comportamiento del gasto en medicamentos financiados a través de receta ha sido uno de los más moderados respecto a los años previos. En 2005 se produjo un crecimiento del 6,48% en el gasto de medicamentos a través de receta ligeramente inferior al de 2004, que fue del 7,06%.

Esta disminución, podría explicarse, entre otras medidas, por la paulatina tendencia al aumento en la prescripción de EFG en la Comunidad de Madrid. Así, en diciembre de 2005 (datos acumulados enero-diciembre), el porcentaje de prescripción de EFG (porcentaje de envases de genéricos sobre el total de envases prescritos) fue de 21,78%, lo que supone un aumento de 2,5 puntos sobre diciembre de 2004 (gráfico 16, página 145)

GRÁFICO 14: TASA INTERANUAL DEL GASTO, NÚMERO DE RECETAS Y TASA ANUAL MÓVIL DEL GASTO MEDIO POR RECETA, 2004¹⁵⁹

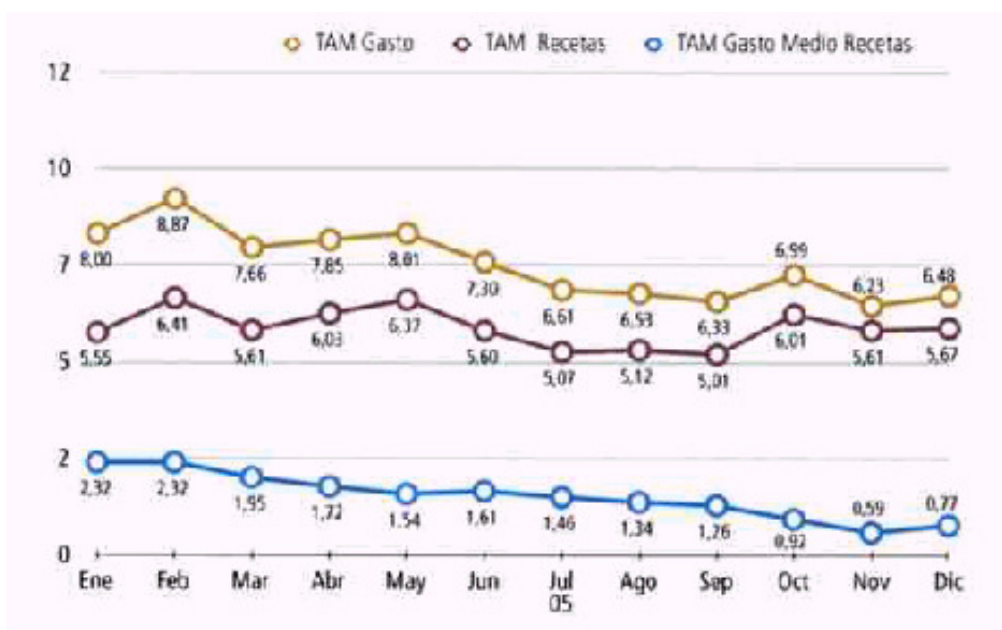


Fuente: Boletín nº 25 de Evaluación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (2006). Edita: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Imprime: Consejería de Sanidad y Consumo

¹⁵⁹ Vid. nota (156).

La tasa interanual de crecimiento del gasto (gráfico 14) muestra, a lo largo de todo el 2004, una tendencia decreciente a expensas del decrecimiento de la tasa de gasto medio por receta (reducción del 49%) y de la tasa de número de recetas cuyo descenso se acentúa al final del año (reducción del 39%).

GRÁFICO 15: TASA ANUAL MÓVIL DEL GASTO FARMACÉUTICO, TASA ANUAL MÓVIL DEL NÚMERO DE RECETAS Y TASA ANUAL MÓVIL DEL GASTO MEDIO POR RECETA, 2005¹⁶⁰



Las tasas interanuales de crecimiento del gasto (gráficos 14 y 15) muestran, a lo largo de los años 2004 y 2005 una tendencia decreciente a expensas del decrecimiento de la tasa de gasto medio por receta (reducción del 49% en 2005).

El GF en la CAM durante el año 2004 fue de 1.378.609,748 €, que representa el 28% del gasto total de la Consejería de Sanidad y Consumo de la CAM¹⁶¹.

¹⁶⁰ Vid. nota (157).

¹⁶¹ *Gestión de la asistencia farmacéutica. Memoria de resultados 2004* (2004). Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

A la vista de los resultados en la tabla 4 (página 35), el porcentaje que representa el GF respecto al gasto sanitario en la CAM en el año 2004 (28%) es superior al del conjunto del SNS (18,89%)

Este gasto incluye consumo de fármacos a través de receta y adquisición directa (en AP y AE). En la tabla 27 se puede observar la distribución del gasto farmacéutico en los dos niveles asistenciales (AP y AE). En ella se comprueba el mayor porcentaje de GF debido al ámbito sanitario de la AP, lo cual justifica que nuestro estudio se haya limitado a este ámbito.

TABLA 27: DISTRIBUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO (2003-2004)

GASTO EN MEDICAMENTOS	2004	2003	Incremento 04/03
RECETA	972.143.442	907.790.388	7,09%
ATENCIÓN PRIMARIA	796.405.801	754.695.671	5,53%
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	168.586.644	146.321.601	15,22%
CCAA	7.150.996	6.773.116	5,58%
ADQUISICIÓN DIRECTA	406.466.306	348.213.165	16,73%
ATENCIÓN PRIMARIA	19.371.365	18.326.728	5,70%
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	387.094.941	329.886.437	17,34%
TOTAL	1.378.609.748	1.256.003.553	9,76%

Fuente: *Gestión de la asistencia farmacéutica. Memoria de resultados 2004* (2004). Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

Las tablas 28 y 29 representan el gasto a través de receta en los años 2003-2004 y 2004-2005, respectivamente.

TABLA 28: GASTO A TRAVÉS DE RECETA EN LA CAM (2004-2003)

MES	GASTO (€)			
	2004	2003	Diferencia	% Variación
Enero	78.493.940	77.049.893	1.444.047	1,87
Febrero	76.467.755	71.712.378	4.755.377	6,63
Marzo	85.343.337	75.300.161	10.043.176	13,34
Abril	81.371.326	76.193.644	5.177.682	6,80
Mayo	82.094.432	77.797.749	4.296.683	5,52
Junio	87.821.087	78.150.971	9.670.117	12,37
Julio	82.306.310	76.489.950	5.816.360	7,60
Agosto	63.025.902	56.708.475	6.317.427	11,14
Septiembre	79.227.956	73.082.808	6.145.147	8,41
Octubre	81.243.349	81.849.664	-606.315	-0,74
Noviembre	86.347.125	76.985.419	9.361.706	12,16
Diciembre	88.400.924	86.469.278	1.931.646	2,23
Total:	972.143.442	907.790.388	64.353.054	7,09

Fuente: *Boletín nº 13 de Evaluación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid* (2005). Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Los meses de marzo, junio, agosto y diciembre son los que experimentan una mayor variación respecto al año anterior.

TABLA 29: GASTO A TRAVÉS DE RECETA EN LA CAM (2004-2005)

MES	GASTO (€)			
	2005	2004	Diferencia	% Variación
Enero	88.611.505	78.493.940	10.117.565	12,89
Febrero	89.471.281	76.467.755	13.003.526	17,01
Marzo	84.719.068	85.343.337	-624.268	-0,73
Abril	88.554.954	81.371.326	7.183.628	8,83
Mayo	88.296.855	82.094.432	6.202.423	7,56
Junio	91.497.469	87.821.087	3.676.381	4,19
Julio	82.145.395	82.306.310	-160.915	-0,20
Agosto	69.018.993	63.025.902	5.993.091	9,51
Septiembre	83.792.652	79.227.956	4.564.696	5,76
Octubre	86.946.744	81.243.349	5.703.395	7,02
Noviembre	88.946.124	86.404.909	2.541.215	2,94
Diciembre	92.771.805	88.449.915	4.321.890	4,89
Total:	1.034.772.844	972.250.217	62.522.627	6,43

Fuente: *Boletín nº 25 de Evaluación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid* (2006). Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

La evolución mensual del GF en la CAM en 2005 presenta importantes incrementos en los dos primeros meses del año respecto a los mismos meses del 2004. Como se observa en la tabla 29 en febrero de 2005 se llega a un aumento de más del 17% en el gasto. La situación cambia en marzo, con crecimiento negativo respecto a marzo de 2004, que enseguida se recupera con incrementos positivos en los tres meses siguientes hasta el verano. El año se cierra en la CAM con un aumento de casi un 5% en diciembre respecto al mismo mes de 2004.

El hecho de que durante los meses de agosto de ambos años, el gasto (€) disminuya, podría explicarse entre otras razones por el descenso en el número de pacientes frecuentadores a las consultas de AP, debido a que este mes es considerado tradicionalmente como de periodo vacacional.

Otra de las razones que lo podrían explicar es el hecho de que en el mes de agosto, hay un elevado número de sustituciones de los médicos titulares por ausencia de éstos en este mes, con lo cual, es habitual que los pacientes, especialmente los crónicos, con una actitud más conservadora, prefieran ser atendidos por su médico habitual y por lo tanto el número de recetas prescritas en este mes disminuya.

III. 3.2 Población y Actividad asistencial

La población con derecho a PF creció el 3,79% entre octubre de 2003 (población de referencia) y diciembre de 2004, según se muestra en la tabla 30. El crecimiento es mayor en la población activa, 4,24% que en la pensionista, 2,06%.

TABLA 30: POBLACIÓN CON DERECHO A PRESTACIÓN FARMACÉUTICA POR TIPO DE APORTACIÓN, DICIEMBRE 2004.

	Total (n)	Activos (%)	Pensionistas (%)
Población PAS 2004*	5.678.420	79,27	20,73
Diciembre 2004	5.893.471	79,62	20,38
Incremento Diciembre 2004/(%)	3,79	4,24	2,06

*Población PAS: población de referencia para el Programa de Actuación Sanitaria (PAS) de 2004, corresponde al corte de 24 de octubre de 2003. Fuente: Tarjeta Sanitaria. Dirección General de Aseguramiento y Atención al Paciente.

Fuente: *Boletín nº 13 de Evaluación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid* (2005). Edita: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Imprime: Consejería de Sanidad y Consumo

La tabla 31 muestra la distribución del gasto por **tipo de producto**: especialidades farmacéuticas, efectos y accesorios y productos dietoterápicos. El mayor valor corresponde a las especialidades farmacéuticas con 82.807.145 € en diciembre de 2004 y 910.423.850 en el año 2004 completo, con un incremento del 7,05% respecto a 2003. El mayor crecimiento se produce en los productos dietoterápicos cuyo gasto se incrementa en un 18,01% respecto al mismo mes del año anterior y un 14,29% respecto a 2003.

TABLA 31: DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN RECETAS POR TIPO DE PRODUCTO. DICIEMBRE Y ACUMULADO 2004

Tipo de producto	Gasto diciembre 2004	Incremento 2004/2003	Gasto acumulado 2004	Incremento Acumulado 2004/2003
	€	%	€	%
Especialidades farmacéuticas	82.807.145	2,06	910.423.850	7,05
Efectos y accesorios	2.874.432	-0,45	33.080.420	4,63
Productos dietoterápicos	1.955.960	18,01	21.846.901	14,29
Resto	710.887	-6,36	6.153.228	-1,65
Total	88.348.424	2,21	971.504.399	7,06

Fuentes: Farmadrid. Servicio de Gestión de la Prestación Farmacéutica. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Consejería de Sanidad y Consumo de la CAM

Al igual que ha ocurrido en el SNS, los años 2004 y 2005 suponen una moderación en la contención del GF, descendiendo este desde un 7,09% a un 6,43%.

Este valor, si bien se encuentra por encima de la tasa de crecimiento interanual del SNS, tiene la misma tendencia al descenso.

El crecimiento del GF en 2004 (7,06%) se explica por una mayor utilización de medicamentos, que en términos de DDD ha crecido en el 7,43%; esta mayor utilización se debe tanto al incremento de población (3,28% en 2004) del que resulta una mayor utilización de los servicios sanitarios, que se refleja en un incremento del número de consultas (3,24%), como de un mayor uso de las terapias que muestra el indicador de dosis por mil habitantes (DHD)¹⁶² que también creció en 2004 (3,17%).

A pesar de esta mayor utilización de los medicamentos, la contención en el crecimiento del coste de los mismos (2,34% en el gasto por receta; 1,23% en el gasto por DDD) ha permitido mantener el crecimiento del gasto en la tasa mencionada del 7,06%. A este comportamiento favorable del gasto por receta ha contribuido la rebaja de los precios de referencia que ha supuesto un ahorro de 46 millones de € a lo largo de 2004, equivalente al 5,05% del gasto en 2003 (tabla 32); también ha influido en este resultado el incremento en la utilización de medicamentos genéricos del 18,63% en un año.

TABLA 32: SEGUIMIENTO DE LAS MODIFICACIONES NORMATIVAS 2004

AÑO	PRECIOS DE REFERENCIA*		ATC*	MARGENES RD 5/2000*	DISMINUCIÓN APORTACIÓN USUARIOS**
	€	%			
2004	€	%	€	€	€
TOTAL	-45.897.223	4,72	2.617.142	944.268	4.632.170

Fuente de datos: Farmadrid (Programa de gestión de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid)

* los valores negativos suponen ahorro del gasto y los positivos incremento del gasto

** la disminución de la aportación de los usuarios se debe a la reducción de precios.

¹⁶² La DHD expresa el número de dosis promedio que se han prescrito para el consumo en un día, lo que equiparamos a las personas consumidoras de una dosis terapéutica diaria promedio por cada 100.000 habitantes.

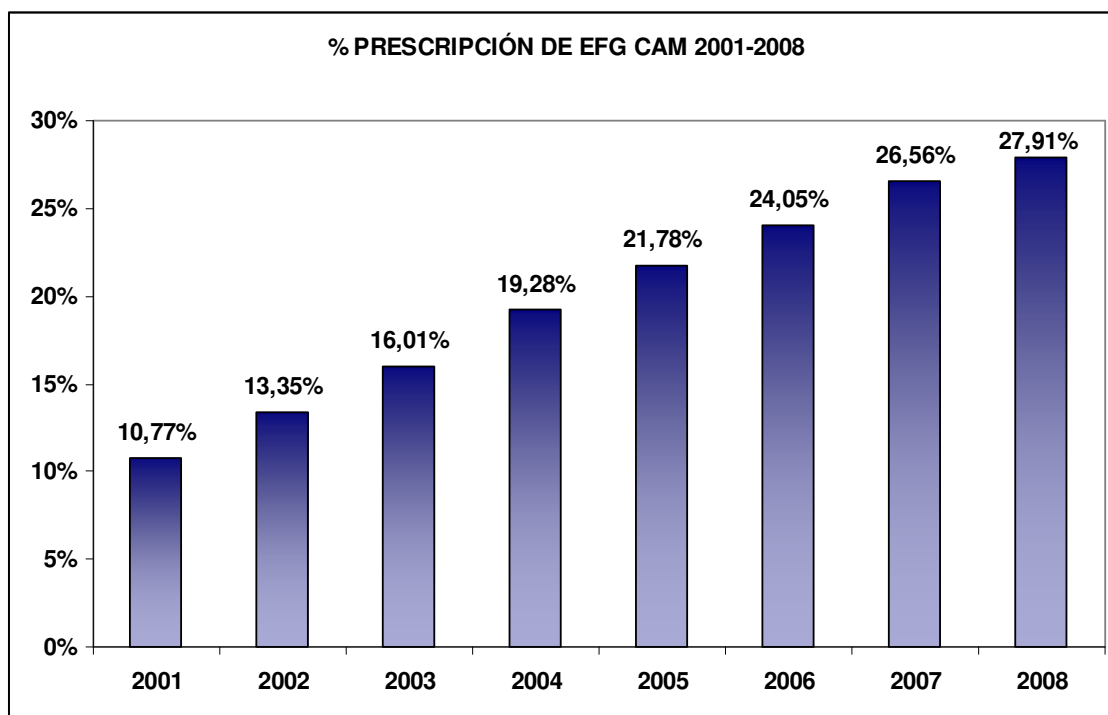
En 2005 se produjo un crecimiento en el gasto del 6,48%. El crecimiento en la utilización, por el contrario, ha mantenido el ritmo experimentado en 2004, 7,50% de crecimiento de DDD, frente al 7,46% en 2004. Todo ello a pesar de que el número de consultas se ha mantenido estable con un ligero incremento del 1,03%, en parte debido a que 2005 tuvo 250 días de consulta frente a los 252 días de 2004.

Este comportamiento estable de la demanda refleja a su vez una cierta desaceleración en el crecimiento de la población asegurada, 2,40% frente a 3,28% en el año 2004.

El crecimiento en la utilización ha sido compensado parcialmente con un moderado crecimiento en el coste por receta del 0,8%, inferior al 2,34% del año 2004. Este dato refleja una disminución en el coste por DDD del 2,49% frente a la disminución del 1,69% en 2004. A esta disminución en los costes unitarios ha contribuido:

- La rebaja generalizada de precios aplicada desde marzo de 2005.
- Una mayor competencia en los precios en el segmento de mercado afectado por los precios de referencia.
- Incremento en la utilización de medicamentos genéricos, un 50% más baratos de promedio, a lo largo de 2005. El volumen de genéricos en número de envases dispensados, se incrementó un 19,74% respecto al año previo (gráfico 16).

GRÁFICO 16: PORCENTAJE DE PRESCRIPCIÓN DE GENÉRICOS COMUNIDAD DE MADRID
(2001-2008)



Fuente: Gráfico de elaboración propia.

Tal y como se ha comentado en el apartado anterior, una parte significativa de la contención del GF, podría explicarse, por tanto, por tendencia creciente en la prescripción de EFG (porcentaje de envases de genéricos sobre el total de envases prescritos) en la Comunidad de Madrid, pasando en el año 2004 de un 19,28% a un 21,78 en el año 2005.

Tercera Parte

El Gasto Farmacéutico

en el Área 9 de Atención Primaria de la

Comunidad de Madrid

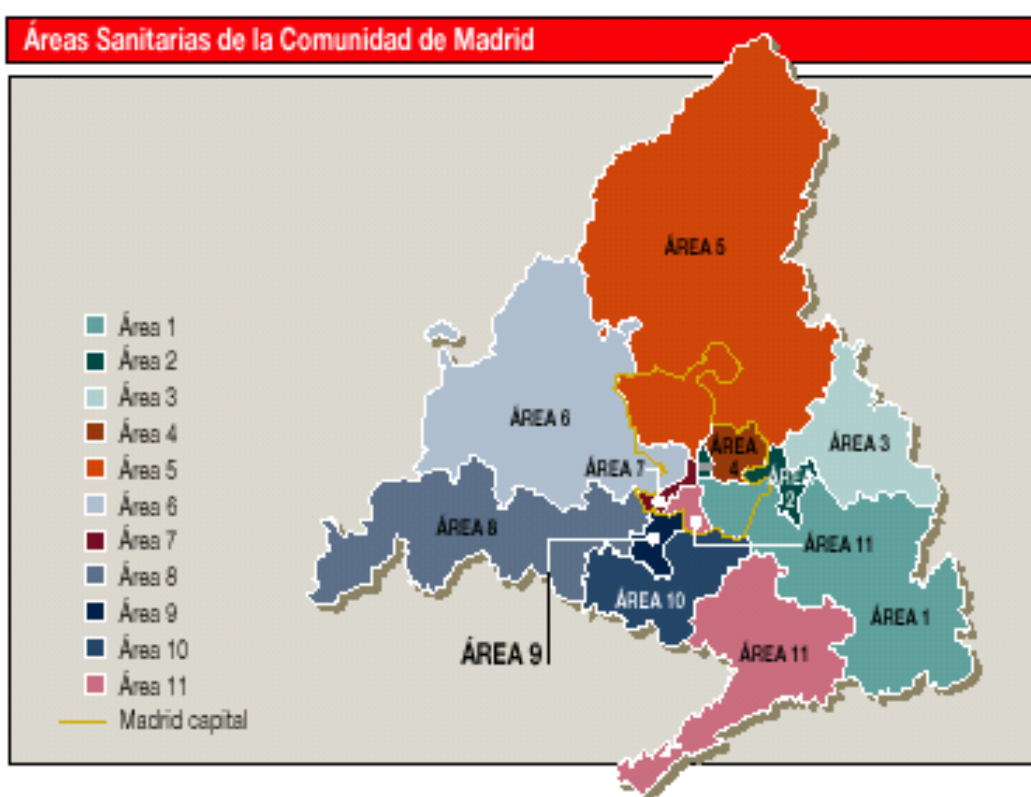
Capítulo IV

*Evolución del Gasto Farmacéutico
en el Área 9 de Atención Primaria
de la Comunidad de Madrid*

IV.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA 9 DE LA COMUNIDAD DE MADRID

IV. 1.1. Descripción geográfica

El Área Sanitaria 9 está formada por los municipios de Leganés, Fuenlabrada, Humanes de Madrid y Moraleja de Enmedio. Está situada al sudoeste de la CAM y tiene una superficie de 132,7Km² y una población total de 395.016 habitantes según el Padrón continuo de 2005.



IV.1.2. Equipos de Atención Primaria que configuran el Área 9 de la Comunidad de Madrid

El Área 9 está dividida en 17 Zonas Básicas de Salud (ZBS) y 2 Distritos Sanitarios: el de Leganés y el de Fuenlabrada.

A su vez, en las 17 ZBS se encuentran los 17 Centros de Salud y los 22 Equipos de Atención Primaria que conforman el Área.

Hay dos Hospitales de Referencia en el Área a los que se adscriben cada uno de los EAP de los dos Distritos sanitarios.

La relación de cada ZBS, que dan nombre a cada uno de los CS, el Distrito al que pertenecen y el Hospital de referencia que les corresponde se puede ver en la tabla 33.

TABLA 33: DISTRITOS SANITARIOS Y ZONAS BASICAS DE SALUD Y HOSPITALES DE REFERENCIA DEL ÁREA 9

ÁREA	DISTRITO SANITARIO	ZONA BÁSICA	HOSPITAL DE REFERENCIA
ÁREA 9	LEGANES	Huerta de los Frailes	Hospital Severo Ochoa
		Palomares	
		M ^a Jesus Hereza	
		M ^a Á. López Gómez	
		Jaime Vera	
		María Montessori	
		Maríe Curie	
		Dr. Mendiguchía	
		Leganés Norte	
	FUENLABRADA	Cuzco	Hospital de Fuenlabrada
		Alicante	
		Castilla la Nueva	
		El Naranjo	
		Panaderas	
		Francia	
		Parque Loranca	
		Humanes de Madrid	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 34 se refleja la población de cada Zona Básica de Salud, según el Padrón Continuo de 2005 y algunos indicadores demográficos. La mayoría de las Zonas Básicas de Leganés tienen una población más envejecida que las de Fuenlabrada. No

ocurre esto para las Zonas de María Montessori y Leganés Norte, cuya población es más joven que el resto de zonas de Leganés.

TABLA 34: POBLACIÓN TOTAL Y CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS POR ZONA BÁSICA DE SALUD. PADRÓN CONTINUO 2005

ZONA BASICA	Población total	Grado de juventud (a)	Grado de envejecimiento (b)	Proporción de dependencia (c)
Huerta de los Frailes	20.245	11,01	14,31	0,39
Palomares	14.688	10,60	16,35	0,43
M ^a Jesus Hereza	33.254	14,41	11,07	0,40
M ^a Á. López Gómez	26.519	9,43	12,53	0,31
Jaime Vera	23.041	9,25	14,04	0,34
María Montessori	16.238	17,82	4,36	0,31
Marie Curie	10.937	14,10	13,49	0,45
Dr. Mendiguchía	24.098	11,53	11,83	0,35
Leganés Norte	12.228	24,31	2,53	0,48
Total Leganés	181.248	12,91	11,52	0,37
Cuzco	23.961	14,19	4,87	0,26
Alicante	26.574	16,56	6,22	0,33
Castilla la Nueva	25.838	20,26	3,92	0,35
El Naranjo	21.836	15,85	4,81	0,29
Panaderas	36.518	16,38	6,43	0,34
Francia	36.624	15,05	5,02	0,28
Parque Loranca	23.780	25,36	2,18	0,55
Humanes de Madrid	18.637	18,73	5,31	0,37
Total Fuenlabrada	213.768	17,55	4,95	0,33
Comunidad de Madrid	5.964.143	14,55	14,16	0,47

- (a) (<15 años / población total) * 100
(b) (>=65 años / población total) * 100
(c) [(<15 años + >64 años) / 15 a 64 años]
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En la tabla 35 se exponen algunos indicadores socioeconómicos a nivel municipal, observándose una mayor tasa de paro en todos ellos (excepto para Moraleja de Enmedio) en comparación con la CAM¹⁶³.

¹⁶³ Base de datos municipales ALMUDENA. <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/otros/estructu.htm>

TABLA 35: INDICADORES SOCIOECONÓMICOS POR MUNICIPIO

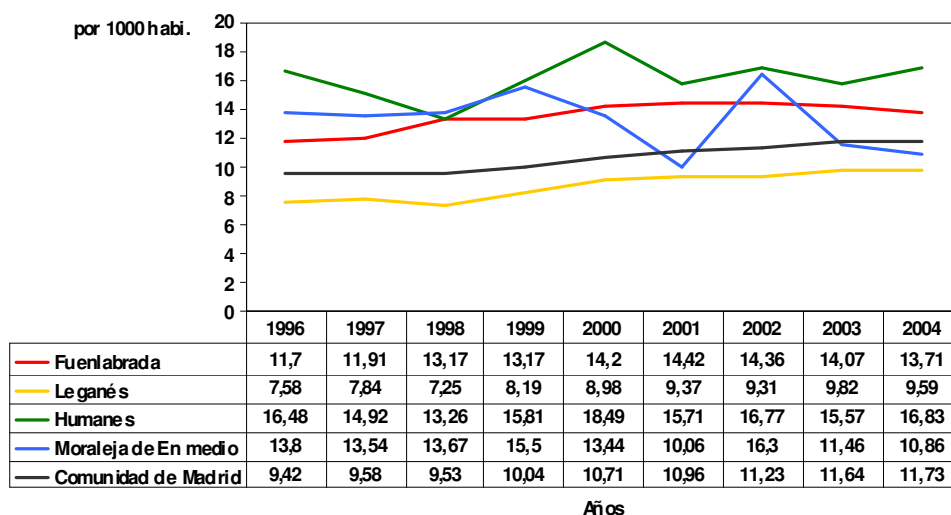
	Año	Fuenlabrada	Leganés	Humanes	Moraleja de Enmedio	Comunidad de Madrid
Población con estudios (%)						
Tercer grado	2001	6,13	10,09	3,92	8,51	20,74
Segundo grado		61,77	52,30	56,91	61,84	50,09
Primer grado		22,66	20,82	23,55	18,71	17,44
Sin estudios		8,16	14,65	11,23	9,51	9,97
Analfabeta		1,29	2,13	4,40	1,42	1,77
Paro registrado por 100 habitantes	2004	4,41	4,2	4,74	3,28	3,46

Fuente: Base de datos municipales ALMUDENA.

La tasa bruta de natalidad observada en el periodo 1996-2004, para los municipios de Fuenlabrada, Humanes y Moraleja de Enmedio fue superior a la de la CAM. En Leganés la natalidad en este periodo fue inferior a la de la CAM (gráfico 17).

La plantilla total del Área 9 (AP), diciembre 2004, es de 799 profesionales, de los cuales 216 son médicos de familia, 65 pediatras y 224 profesionales de enfermería¹⁶⁴

GRÁFICO 17: TASA DE NATALIDAD DE LOS MUNICIPIOS DEL AREA 9



Fuente: Base de datos municipales ALMUDENA.
(<http://gestionamadrid.org/desvan/almudena/almudena.htm>)

¹⁶⁴ Memoria de Gestión (2004). Atención Primaria Área 9. Edita: Gerencia de Atención Primaria del Área 9. Instituto Madrileño de la Salud

IV.2. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ANTECEDENTES.

Previamente al análisis del consumo farmacéutico del Área 9 de Atención Primaria, es necesario profundizar en los sistemas de información de prescripción farmacéutica desarrollados en Atención Primaria.

Antes de producirse las transferencias sanitarias en el año 2002 en la totalidad de CCAA del SNS, el INSALUD ha sido el responsable de la asistencia farmacéutica en todas aquellas comunidades autónomas que no tenían transferencias en esta materia. Esto se traducía en diez CCAA más Ceuta y Melilla, y se correspondían con 27 provincias y 57 GAP.

La PF a pacientes no hospitalizados supuso en 1996 en el INSALUD cerca del 60% del total del gasto en AP de Salud. De este porcentaje, el 96,98% se consumió a través de receta médica, mientras que el 3,02% fue un gasto ocasionado por compras de productos farmacéuticos en concursos públicos, medicamentos extranjeros, etc.

La gestión farmacéutica en el INSALUD se realizó según un modelo descentralizado a nivel de las GAP. Con cada una de ellas, la Presidencia Ejecutiva del INSALUD venía firmando anualmente un contrato programa donde, a modo de gestión por objetivos, se les asignaba un presupuesto con el que deberían proporcionar la asistencia sanitaria facilitando el producto sanitario y la calidad pactada. A su vez, las GAP firman con cada una de las Unidades de Provisión de Servicios un contrato de gestión asistencial donde de nuevo se reproduce el modelo de gestión por objetivos, asignándose a cada unidad de provisión (EAP médicos de modelo tradicional) un presupuesto para la obtención del producto sanitario pactado y con un cumplimiento de normas de calidad. Cuando a final de año se ha cubierto el producto sanitario y se ha

cumplido con el presupuesto, la unidad de provisión y por tanto los profesionales implicados, tiene acceso a incentivos.

Asimismo, las Direcciones Provinciales han sido las responsables de la gestión de la PF a nivel provincial, han venido efectuando el correspondiente seguimiento presupuestario y de consumo dentro de su ámbito, con actuaciones inspectoras y de control sobre la prestación. Por último, y a nivel de los Servicios Centrales del INSALUD, es la Subdirección General de AP la responsable de la Gestión de Farmacia.

Han existido por tanto estructuralmente cinco niveles donde se toman decisiones en gestión farmacéutica en AP y donde es imprescindible, por tanto, un grado óptimo de información. Estos niveles son:

- Unidad de provisión
- GAP
- Dirección Provincial
- Servicios Centrales
- sin olvidar al auténtico gestor que es el médico.

La situación en cuanto a Sistemas de Información de Consumo Farmacéutico en el INSALUD en 1997 mostraba, dependiendo del nivel de gestión, las siguientes aplicaciones informáticas:

- A nivel de **Servicios Centrales y Direcciones Provinciales** el “Sistema de Información ha sido Far 90”. Este sistema, si bien resultó esencial durante los primeros años para el conocimiento del consumo y gestión de la PF, se muestra en la actualidad insuficiente. Sus principales inconvenientes fueron:

- No podía adaptarse a las peculiaridades de gestión de cada Servicio de Salud del Estado Español por tener que respetar un conjunto mínimo básico de datos (CMBD).
- No permitía efectuar ningún seguimiento presupuestario.
- No contabilizaba recetas y sí envases, pero no teniendo en cuenta las dosis diarias definidas (DDD) como unidades de medida.
- Se precisaba un período de al menos dos meses en la obtención de datos, lo que resultaba excesivo.
- Era rígido en la forma de presentar los datos, principalmente en el módulo de consultas por pantalla, aunque también en papel.
- No proporcionaba información ni por niveles asistenciales ni por ámbitos territoriales inferiores a provincia.

Además la forma de presentación de los datos no hacía atractiva la lectura de sus informes.

- A nivel de las **Direcciones Provinciales** se gestionaba con determinados modelos del Far 90 y con el Sistema de Información de Farmacia (SIFAR).
 - El SIFAR fue diseñado en un período previo a la descentralización de la gestión en las GAP y con una orientación en aspectos de inspección más que de gestión por objetivos.
 - Tenía los mismos problemas del FAR 90 en cuanto a que no daba información de principio activo ni de DDD. Además presentaba el inconveniente de su rigidez. Mejoraba, por el contrario los plazos y la adaptación en mayor medida a las necesidades de gestión.

Durante los años 1994 y 1995 se llevó a cabo en el INSALUD la descentralización de la gestión en las GAP.

Para acceder a una gestión descentralizada, se solicitó a todas las GAP, la elaboración como herramienta de trabajo acreditada de una aplicación informática que contemplara:

1. Seguimiento presupuestario
2. Perfiles de prescripción por médico
3. Seguimiento de los objetivos en farmacia:
 - a. Indicadores de Calidad de Prescripción (ICP)
 - b. Otros indicadores de gestión

IV.2.1 Sistemas de Información de prescripción farmacéutica en el Área 9 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

En base a esta necesidad de acreditación, la GAP del Área 9 ha venido desarrollando desde 1997, aplicaciones informáticas propias adaptadas a sus ámbitos, destacándose como ventajas:

- La GAP del Área 9 tiene una aplicación informática de consumo farmacéutico que ha ido modificándose y mejorando pero que cubre básicamente sus necesidades de gestión. Esta aplicación ha llegado a ser desde el año 2005 una aplicación informática donde cada profesional mediante una clave personalizada accede a sus datos de prescripción farmacológica. Con esta aplicación se ha eliminado el formato papel en la distribución de los informes periódicos enviados a nuestros profesionales.

- La adaptabilidad de la citada aplicación, a los requisitos que la GAP del Área 9 ha querido establecer.

Es indudable que para la gestión de la PF se necesita un sistema de información integral y versátil de manera que sea capaz de permitir:

- I. SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS:
 - A nivel Presupuestario
 - A nivel de calidad en la prescripción
- II. ANÁLISIS DE CONSUMO: para la obtención de indicadores de seguimiento y evaluación:
 - Indicadores económicos.
 - Indicadores de consumo cualitativo.
 - Perfiles de prescripción.
- III. CONTROL E INSPECCIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN:
 - Programa de asignación y distribución de talonarios.
 - Indicadores de alerta en la utilización de la prestación.
- IV. SEGUIMIENTO DE PLANES Y MEDIDAS PUNTUALES DE GESTIÓN.
 - Selección aleatoria de grupos de información que sean objeto de actuaciones específicas.

IV.3. CONTRATO DE GESTION

El Contrato de Gestión de los EAP del Área 9, es el documento que recoge y sintetiza la convergencia de objetivos del SERMAS, los específicos del Área 9 y en cada caso, los singulares de cada EAP.

El Contrato de Gestión es la representación más operativa de la misión del Área 9, junto con valores y principios que son los que deben guiar cada actuación de los profesionales del Área. Recoge propuestas de mejora, basadas en la evaluación del año previo, encaminadas a una atención sanitaria más eficaz y a la mayor satisfacción de la población a la que atiende el Área.

El Contrato de Gestión del Área 9 de AP está formulado de modo que se permite desarrollar unas prioridades de objetivos y una forma de hacerlo (política y estrategia) que consiga dichos objetivos (cartera de servicios, indicadores de prescripción) con el presupuesto asignado. Además estos resultados deben contar con la satisfacción de los ciudadanos y de los profesionales y con un impacto positivo en la sociedad. Para conseguirlo se necesita que los profesionales conozcan los objetivos de la organización, se facilite su formación y mejoras laborales y se disponga de recursos adecuados para prestar asistencia.

Cada uno de los 22 EAP del Área recibe un presupuesto descentralizado anual y en su gestión deben implicarse todos los profesionales, haciendo una utilización adecuada tanto de los materiales suministrados como de la prescripción, de la capacidad organizativa y de los medios y recursos que tiene a su alcance.

IV.4. CONSUMO FARMACÉUTICO EN EL ÁREA 9 DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID. (2001-2005)

IV.4.1 GASTO FARMACÉUTICO

IV.4.1.1 Presupuesto consumido

En cuanto al GF del Área 9 de AP en el periodo 2001-2005, la desviación respecto al presupuesto en farmacia fijado por la Administración Sanitaria para el Área 9 de AP y el incremento correspondiente respecto al año anterior, aparecen reflejados en la tabla 36.

TABLA 36: GASTO FARMACÉUTICO AREA 9 (2001-2005).

AÑO	GASTO (€)	DESVIACIÓN PRESUPUESTO (%)	INCREMENTO INTERANUAL (%)
2001	32.990.515,98 €	4,76	8,09
2002	36.777.895 €	11,22	3,5
2003	42.157.215,16 €	8,09	14,63
2004	44.375.481,35 €	3,52	5,26
2005	47.326.05,82€	1,65	6,69

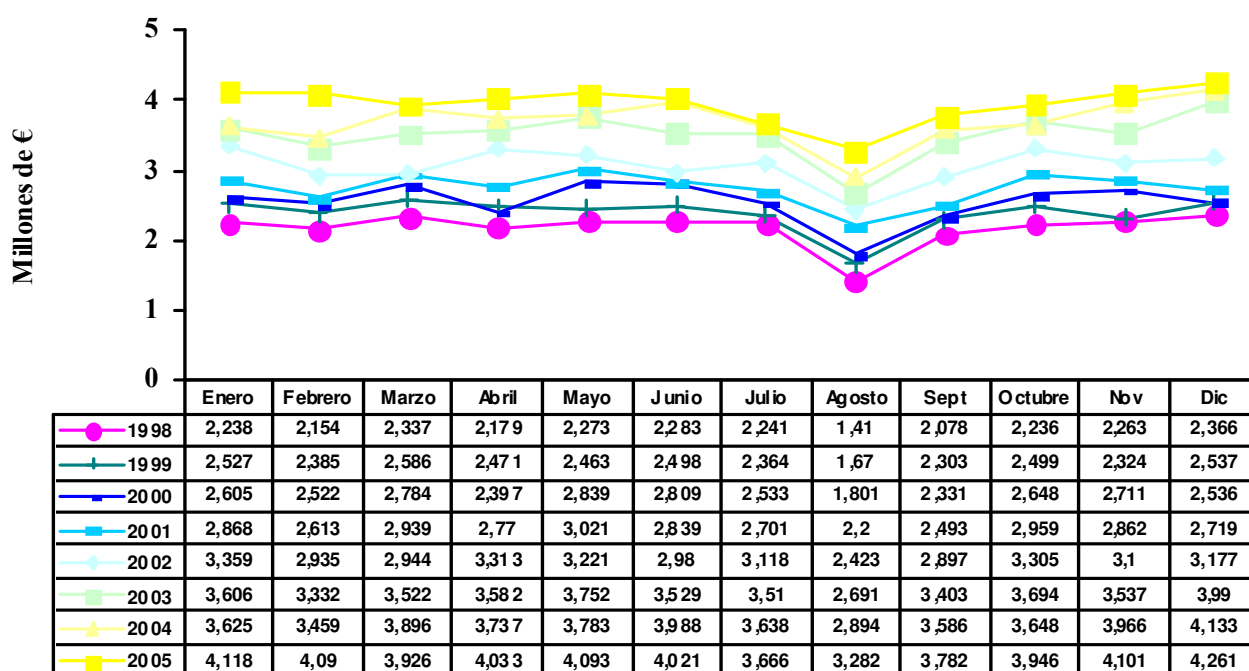
Fuente: tabla elaboración propia. Memorias de Gestión. Gerencia de Atención Primaria Área 9 de la Comunidad de Madrid.

Como puede verse, el año 2003 es el que más incremento interanual experimenta. Este mismo año es que más incremento interanual presenta en el SNS (más alto de la década), y a partir del año 2003 la tasa de crecimiento del GF empieza a descender.

IV.4.1.2 Evolución del gasto farmacéutico

El comportamiento del Área, en cuanto a la evolución mensual del gasto durante los años 1998 al 2005, aparece en el gráfico 18. Esta evolución presenta las mismas condiciones de estacionalidad que para el conjunto de la CAM

GRÁFICO 18: EVOLUCION MENSUAL GASTO FARMACÉUTICO ÁREA 9 DE ATENCIÓN PRIMARIA (1998-2005)



Fuente: Memorias de Gestión Gerencia Atención Primaria Área 9 de la CAM (1998-2005)

Como puede observarse en el gráfico anterior, el comportamiento del GF en todos los meses es similar en los años estudiados, teniendo en cuenta el aumento anual que como ya se ha expuesto anteriormente también ocurre en todo el SNS.

El GF mensual presenta una tendencia similar cada año. En cada uno de los años, el mes de agosto es el que presenta un menor GF.

Al igual que ocurría en la CAM (tabla 29, página 140) la estacionalidad de estos datos podría explicarse entre otras razones por el descenso en el número de pacientes

frecuentadores a las consultas de AP, así como por el elevado el número de sustituciones de los médicos titulares por ausencia de éstos en este mes.

IV.4.2. INDICADORES DEL CONSUMO FARMACÉUTICO

IV.4.2.1. Cuantitativos

- AÑO 2001

En el año 2001, el importe (PVP) total consumido en el Área fue de 38.272.059,78€, correspondiendo 16.179.245,85 € a activos (42,28%) y 22.087.194,84€ a pensionistas (57,72%).¹⁶⁵

Se facturaron un total de 3.764.535 recetas, que supone un incremento del 4,61% con respecto al año anterior (4,88% en activos y 4,37% en pensionistas).

El importe por persona y año ha sido de 18.106 ptas., disminuyendo tanto el importe por activo como el importe por pensionista (-1,09% y -2,59% respectivamente) en relación con el año 2000.

Asimismo, el precio medio por receta (1.691 ptas.) también disminuyó un 2,48% respecto al año anterior, sobre todo en las recetas de activos (-3,56%).

Este precio medio se sitúa entre los más bajos de la CAM.

Por último, el número de recetas por persona fue de 10,7 (10,5 en el 2000), aumentando ligeramente en ambos colectivos.

- AÑO 2002

En el año 2002, el importe (PVP) total consumido en el Área fue de 42.813.128€, correspondiendo el 41,80% a los activos y el 58,20% a los pensionistas¹⁶⁶.

¹⁶⁵ *Memoria de Gestión* (2001). Gerencia de Atención Primaria Área 9. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

¹⁶⁶ *Memoria de Gestión* (2002). Gerencia de Atención Primaria Área 9. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Se facturaron un total de 4.049.595 recetas, que supone un incremento del 7,57% con respecto al año anterior (6,30% en activos y 8,71% en pensionistas).

El importe por persona y año fue de 118,72 €, aumentando tanto el importe por activo como el importe por pensionista (+7,64 % y +9,65 % respectivamente) en relación con el 2001.

El precio medio por receta (10,57 €) aumentó ligeramente con respecto al año anterior, tanto en las recetas de activos como en las de pensionistas. A pesar de ello, este precio medio continúa situándose entre los más bajos de la CAM.

Esta circunstancia podría explicarse atendiendo a criterios de eficiencia. Es decir, el desarrollo de las medidas implantadas por la propia Dirección Gerencia, tales como el fomento en la prescripción de EFG, hace que en esta área la media del precio de cada receta sea inferior al de la media de la CAM.

Por último, el número de recetas por persona fue de 11,23 (10,71 en el 2001), aumentando el número de recetas prescritas por pensionista.

A la vista de los resultados mencionados anteriormente, se puede afirmar que durante el 2002, y en relación con el año anterior, la evolución de los indicadores cuantitativos ha cambiado.

De tal manera que, se prescribieron un mayor número de recetas (con incrementos superiores a los observados en el 2001 con respecto al 2000), a un precio medio ligeramente superior (a diferencia del 2001, en el que el precio medio por receta era inferior al del 2000). Asimismo, el importe por usuario experimentó un crecimiento importante mientras que en el 2001 había disminuido.

- AÑO 2003

En el año 2003, el importe (PVP) total consumido en el Área fue de 48.778.177,70€, correspondiendo el 42,08% a los activos y el 57,91% a los pensionistas¹⁶⁷.

Se facturaron un total de 4.478.585 recetas (47,05% de activos y 52,94 de pensionistas), que supone un incremento del 10,59% con respecto al año anterior (11,68% en activos y 9,64 % en pensionistas).

El importe por persona fue de 132,12 €, aumentando tanto el importe por activo como el importe por pensionista (+ 11,84% y + 11,73% respectivamente) en relación con el 2002.

El precio medio por receta (10,89 €) fue similar al obtenido en el año anterior (10,57 €), tanto en las recetas de activos como en las de pensionistas. Este precio medio continúa situándose entre los más bajos de la CAM.

Por último, el número de recetas por persona fue de 12,13 (11,23 en el 2002) aumentando fundamentalmente el número de recetas por pensionista.

Por tanto y como ocurrió en el año anterior, en este año, y en relación con el año anterior, la evolución de los indicadores cuantitativos ha cambiado. De tal manera que, se prescribieron un mayor número de recetas (con incrementos superiores a los observados en el 2002 con respecto al 2001), a un precio medio similar. Asimismo, el importe por usuario continúa su tendencia creciente con respecto a años anteriores.

¹⁶⁷ *Memoria de Gestión* (2003). Gerencia de Atención Primaria Área 9. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

- AÑO 2004

En el año 2004, el importe (PVP) total consumido en el Área fue de 50.667.346€, correspondiendo el 42,26% a los activos y el 57,73 % a los pensionistas¹⁶⁸.

Se facturaron un total de 4.688.988 recetas (46,62% de activos y 53,37% de pensionistas), que supuso un incremento del 4,70 % con respecto al año anterior, frente a un 10,59% de incremento 2003/2002 (11,68% en activos y 9,64 % en pensionistas).

El importe por persona fue de 133,41 €, aumentando tanto el importe por activo como el importe por pensionista (+ 4,87% y + 6,12% respectivamente) en relación con el 2003.

El precio medio por receta (10,81€) se mantuvo con respecto al año anterior (10,89 €), tanto en las recetas de activos como en las de pensionistas. Este precio medio continúa situándose entre los más bajos de la CAM.

Por último, el número de recetas por persona fue de 12,34 (12,13 en el 2003) disminuyendo ligeramente el número de recetas por pensionista.

En el año 2004 y en relación con el año anterior, se mantuvo el número de recetas por usuario y a un precio medio similar. Asimismo, el importe por usuario frenó su tendencia creciente respecto a años anteriores, pasando de un 118,72€ en 2002 a 132,12 € en 2003 y a 133,41€ en 2004.

¹⁶⁸ *Vid.* nota (164)

- AÑO 2005

El comportamiento del Área, en cuanto a la evolución mensual del gasto durante este período, se encuentra reflejado en la tabla 37

TABLA 37: GASTO FARMACÉUTICO ÁREA 9 (2005/2004)

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
2005	4118182,6	4090718,4	3926384,1	4033734,4	4093860,9	4021933,3
2004	3625943,5	3459504,8	3896905,9	3737141,5	3783278,8	3989931,2
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
2005	3666778,8	3282365,4	3782105,3	3946948,4	4101789	4261259,4
2004	3638281,7	2894211,6	3586267,4	3648349,8	3966497,7	4133818,7

Fuente: Elaboración propia. Datos Dirección Gerencia de Atención Primaria del Área 9 de la CAM

El número de envases, el gasto y el gasto por TSI, así como los correspondientes incrementos respecto al año 2004 se muestran en la tabla 38.

El gasto por TSI en 2005 ha sido de 49,92€ para los activos y 550,15€ para los pensionistas. El crecimiento del gasto medio acumulado por TSI es de 2,59 para los activos y de 4,85 para los pensionistas.

TABLA 38: INDICADORES CUANTITATIVOS AREA 9. 2005/2004

		2005	2004	Incremento 05/04 (%)
ENVASES (nº)	Activos	2.303.440	2.232.167	3,19
	Pensionistas	2.692.155	2.532.873	6,29
	TOTAL	4.995.595	4.765.040	4,84
GASTO (€)	Activos	16.442.600,3	15.652.678,7	5,05
	Pensionistas	30.883.459,5	28.707.453,8	7,58
	TOTAL	47.326.059,8	44.360.132,5	6,69
GASTO/TSI (€)	Activos	49,92	48,66	2,59
	Pensionistas	550,15	524,68	4,85
	TOTAL	122,76	117,85	4,16

Fuente: Elaboración propia. Datos Dirección Gerencia de Atención Primaria del Área 9 de la CAM

Se facturaron un total de 4.960.449 recetas (46,01% de activos y 53,99% de pensionistas) que supone un incremento del 5,78% respecto al año anterior, frente al 4.70% de incremento 2004/2003.

El precio medio por envase fue de 9,47€, siendo 7,14€ para los envases de activos y 11,47€ para los de pensionistas. Este precio medio continúa situándose entre los más bajos de la CAM.

A la vista de los resultados mencionados anteriormente, se puede afirmar que durante el 2005, y en relación con el año anterior, se ha mantenido el número de envases por TSI y a un precio medio similar.

IV.4.2.2. Cualitativos

- AÑO 2001

Los resultados obtenidos en el año 2000 y 2001 para los indicadores de calidad de la prescripción farmacológica, figuran en la tabla 39.

TABLA 39: INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN AREA 9. 2001

INDICADOR	2000	2001	OBJETIVO 2001
Hipnóticos en población ajustada (% personas protegidas)	8,51	8,4	8,2
Estatinas recomendadas (% envases)	66,7	71,2	70
IECA recomendados (% envases)	35,6	68,2	37
Omeprazol coste-efectivo (% envases)	60,6	50,8	49,01
Antimicrobianos (% envases)	89,6	84	91
Penicilinas (% envases)	70,1	69,8	73
Penicilinas EFG (% envases)	28,2	73,9	74,31
AINE (E) (% envases)		72,2	
Ibuprofeno vs. Aine (pensionistas) (% envases)	35,8	41,6	38
Potencial Terapéutico C (% importe)	5,2	4,5	5
Especialidades Farmacéuticas Genéricas (% envases)	7,6	12,8	9
Fluoxetina EFG (% envases)	18,8	19,9	18,26
Antihistamínicos H ₂ EFG (% envases)	53,8	65,9	60,38
Antihistamínicos H ₁ (% envases)	71,3	66,4	72,05

Fuente: Memoria de Gestión 2001. Datos Dirección Gerencia de Atención Primaria del Área 9 de la CAM

Durante el 2001, el Área alcanzó el objetivo propuesto en 8 de los 14 indicadores de la prescripción que se monitorizaron.

Conviene destacar el buen resultado que se obtuvo en la prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) y de ibuprofeno, como AINE de elección en pensionistas, que mantienen una trayectoria creciente en los últimos años.

Por el contrario, no se cumplieron los indicadores que hacen referencia al uso de antibióticos recomendados en el Área que, a pesar de haber alcanzado un resultado que puede considerarse óptimo, han empeorado con respecto al año anterior.

- AÑO 2002

Los resultados obtenidos en los indicadores del Programa de Actuación Sanitaria 2002 se muestran en la tabla 40.

TABLA 40: INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN AREA 9. 2002

INDICADOR	2002	OBJETIVO PACTADO	MADRID (AP)
% Envases de Genéricos	15.43	16	13.01
DHD Prazol	24.35	22.9	29.28
Coste DDD Prazol (€)	0.72	0.71	0.72
% Envases beta bloqueantes y diuréticos	33.72	34.5	34.98
% DHD ARA-II/Total IECA	15.4	12.63	22.61
DHD Hipolipemiantes	28.25	25	35.58
DHD Hipnóticos y ansiolíticos	39.56	35	42.91
% Coste Coxib/AINE	17.65	20	19.37
% Coste Salmeterol Formoterol Asociado	35.23	20.62	40.21

Fuente: Memoria de Gestión 2002. Datos Dirección Gerencia de Atención Primaria del Área 9 de la CAM

Se mantiene el progresivo incremento en la prescripción de medicamentos genéricos, aunque no se alcanzó el objetivo previsto. En el resto de indicadores, se superó el máximo fijado como objetivo para este año, aunque, salvo en el indicador de betabloqueantes y diuréticos, se obtuvo en todos ellos mejores resultados que la media de la CAM.

Durante el 2002, el Área solo alcanzó el objetivo propuesto en el indicador del potencial terapéutico C. En el resto de indicadores, superamos el máximo fijado como objetivo para este año, aunque, salvo en el indicador de betabloqueantes y diuréticos, se obtuvo en todos ellos mejores resultados que la media de la CAM.

Conviene destacar el buen resultado obtenido en la prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) y de ibuprofeno, como AINE de elección en pensionistas, que mantuvo una tendencia creciente en los últimos años.

- AÑO 2003

Los resultados obtenidos en los indicadores del Programa de Actuación Sanitaria 2003 se muestran en la tabla 41.

TABLA 41: INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN AREA 9. 2003

Indicador	2003	Objetivo pactado	Madrid (AP)
% Envases de Genéricos	18,45	17,60	16,01
DHD Prazol	31,68	25,03	37,24
Coste DDD Prazol (€)	0,64	0,66	0,64
% DDD beta bloqueantes y diuréticos	31,93	28,78	33,06
% DDD ARA-II/Total IECA	17,74	15,40	25,77
% DDD AntiHTA elección	64,21	66,00	55,92
% DDD Estatinas elección	62,25	66,50	56,15
% DDD AINE elección	75,26	75,10	62,72
Coste/DDD Antidepresivos	0,90	0,93	0,95
% DDD Antidiabéticos elección	75,17	78,43	74,11
DHD Antibióticos	17,82	15,26	16,12
% DDD Antibióticos elección	85,57	85,50	80,63
% Novedades (importe)	4,25	4,10	4,98
% DDD Respiratorio elección	79,11	83,15	69,69
% Fluticasona/Antiasma. Inhal. (importe)	38,14	34,50	43,76

Fuente: Memoria de Gestión 2003. Datos Dirección Gerencia de Atención Primaria del Área 9 de la CAM

Se mantuvo el progresivo incremento en la prescripción de medicamentos genéricos; asimismo, se alcanzó el objetivo pactado en coste/DDD de prazol y de antidepresivos; diuréticos y betabloqueantes; AINE y antibióticos de elección.

En el resto de indicadores, se obtuvieron mejores resultados que la media de la CAM, salvo en DHD antibióticos.

Durante el año 2003, el Área alcanzó el objetivo propuesto en genéricos, diuréticos y betabloqueantes, AINE, ibuprofeno en pensionistas, omeprazol coste-efectivo y antiasmáticos de elección.

Conviene destacar el buen resultado obtenido en la prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) y de ibuprofeno, como AINE de elección en pensionistas, que mantuvo una tendencia creciente en los últimos años.

- AÑO 2004

Los resultados obtenidos en el Área en los indicadores del Programa de Actuación Sanitaria 2004, así como el objetivo pactado con la DGFPS y el resultado de la CAM, se muestran en la tabla 42.

TABLA 42: INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN AREA 9. 2004

INDICADORES URM PAS 2004	2004	Objetivo pactado	Comunidad de Madrid (AP)
% Envases de EFG	21,13	21,03	19,28
% Importe novedades con limitado avance terapéutico	3,97	3,48	4,56
% DDD β -bloqueantes+diuréticos/total antihipertensivos	27,80	29,23	27,62
Selección eficiente IECA (% DDD)	90,64	91,64	87,19
% DDD ARA-II/Total IECA+ARA II	19,97	17,74	28,36
Selección eficiente estatinas (% DDD)	56,37	56,63	45,85
% DDD antidiabéticos de elección	74,37	77,43	74,57
Selección eficiente antidepressivos (% DDD)	72,21	74,07	64,37
% DDD Haloperidol	24,41	24,64	16,83
% DDD corticoides asociados	39,49	35,90	51,16
% DDD omeprazol	86,49	87,58	85,84
DHD osteoporosis en < 65 años	4,08	3,38	6,23
DHD antibióticos	16,82	17,06	14,64
% DDD penicilinas de elección	73,15	75,30	64,56
% DDD AINE de elección	73,77	76,01	62,46

Aquellos indicadores en los que se cumplen los objetivos pactados aparecen sombreados en la tabla

Fuente: Memoria de Gestión 2004. Datos Dirección Gerencia de Atención Primaria del Área 9 de la CAM

Se mantuvo el progresivo incremento en la prescripción de medicamentos genéricos; asimismo, se ha alcanzado el objetivo pactado en porcentaje de envases de EFG y DHD antibióticos.

En los indicadores correspondientes a Selección eficiente de estatinas y % DDD haloperidol, el resultado obtenido prácticamente iguala al objetivo pactado.

De los 15 indicadores, en 13 de ellos se obtienen mejores resultados que la media de Madrid, salvo en DHD antibióticos y en % DDD antidiabéticos de elección.

El indicador de estatinas de elección se mantiene en el 2004 y el resto de indicadores descienden ligeramente con respecto al año anterior, especialmente el de antiasmáticos de elección en adultos y pediatría.

- AÑO 2005

Los resultados obtenidos en el Área en los indicadores del Programa de Actuación Sanitaria para los años 2004 y 2005, así como el objetivo pactado con la DGF y el resultado de la CAM se muestran en la tabla 43.

Además de estos indicadores, los resultados obtenidos en el año 2004 y 2005 para los indicadores de calidad de la prescripción farmacológica contemplados en el PAS de los EAP, también figuran en la tabla 43.

TABLA 43: INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN AREA 9. 2005

INDICADORES DE CALIDAD PAS 2005	2005	Objetivo pactado	CAM (AP)
% Envases de EFG	23,58	23,61	21,78
% Importe novedades con limitado avance terapéutico	2,93	2,75	3,76
% DDD β -bloqueantes+diuréticos/total antihipertensivos	27,25	28,18	26,72
Selección eficiente IECA (% DDD)	90,51	91,41	87,46
% DDD ARA-II/Total IECA+ARA II	22,69	22,29	31,52
Selección eficiente estatinas (% DDD)	62,75	59,75	53,16
% DDD antidiabéticos de elección	74,18	75,81	75,18
Selección eficiente antidepresivos (% DDD)	82,84	83,35	75,41
DHD olanzapina y risperidona >65 años	3,16	3,16	3,30
% DDD corticoides inhalados de elección	60,06	61,30	48,12
% DDD omeprazol	87,46	88,14	86,29
DHD osteoporosis en > 65 años	4,13	4,21	6,14
DHD antibióticos	16,76	16,02	14,82
% DDD penicilinas de elección	72,99	74,42	65,18
DDD AINE de elección	81,10	76,77	64,86
% Envases IECA elección/ total envases IECA+ARA II	90,50	-	-
% Envases Ibuprofeno en pensionistas	47,67	-	-

Aquellos indicadores en los que se cumplen los objetivos pactados aparecen sombreados en la tabla

Fuente: Memoria de Gestión 2005. Datos Dirección Gerencia de Atención Primaria del Área 9 de la CAM

Se ha alcanzado el objetivo pactado en selección eficiente de estatinas, DHD neurolépticos en > 65 años y AINE de elección. Para el resto de indicadores, el resultado obtenido está próximo al objetivo pactado.

De los 15 indicadores, en TODOS ELLOS se obtienen **mejores resultados** que la media de la CAM.

Por lo tanto, en el Área 9 de Atención Primaria de la CAM podríamos decir que en general, la prescripción es adecuada, tanto en términos cuantitativos como cualitativos.

Atendiendo a criterios de eficiencia se prescriben medicamentos igualmente eficaces y a un menor precio, destacando además el alto porcentaje de prescripción de EFG.

Capítulo V

*Medidas locales de
contención del Gasto Farmacéutico
llevadas a cabo por la
Gerencia de Atención Primaria del Área 9
de la Comunidad de Madrid*

Además de las actuaciones coordinadas institucionalmente desde la DGFPS de la Consejería de Sanidad y Consumo de la CAM (actualmente Consejería de Sanidad) la GAP del Área 9 ha ido desarrollando su propio **Plan de Actuación en Uso Racional del Medicamento**, lo que complementa el marco general desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1992, de acuerdo con las funciones de los Farmacéuticos de Atención Primaria.

Todas y cada una de estas actuaciones han ido dirigidas a los profesionales del Área con el fin de mejorar su calidad de prescripción y paralelamente tratar de contener el crecimiento del GF.

Así, se han llevado a cabo iniciativas por parte de la GAP para la realización de Cursos de Introducción al URM para profesionales sanitarios, se han puesto en marcha programas de fomento de prescripción de medicamentos eficientes, se han introducido nuevos indicadores de calidad, se ha prestado asistencia al programa de vacunación de meningitis C, se ha participado en ensayos clínicos, programas de investigación, publicaciones, foros de discusión etc...

El Capítulo III, del Título VI de la Ley del Medicamento de 1990, vigente en nuestro periodo de estudio, se dedicaba a “el Uso Racional del Medicamentos en la Atención Primaria a la Salud”. Así en el artículo 87 se establecían las funciones para garantizar el URM en la AP.

Artículo 87: Se consideran funciones que garantizan el URM en la AP a la salud las siguientes:

- a. Elaboración de protocolos y pautas farmacoterapéuticas.
- b. Transmisión de información sobre medicamentos a los profesionales sanitarios.

- c. Información sobre la medicación a los pacientes, seguimiento de los tratamientos y farmacovigilancia.
- d. Colaboración con los hospitales, y servicios de atención especializada.
- e. Impulso y participación en la educación de la población sobre medicamentos, su empleo racional y la prevención de su abuso.
- f. La custodia y correcta conservación de los medicamentos a su cargo.
- g. La dispensación de medicamentos a los pacientes por un farmacéutico o bajo su supervisión, con plena responsabilidad profesional y de acuerdo con la prescripción, o según las orientaciones de la ciencia y el arte farmacéutico en el caso de los autorizados sin receta, informándoles, aconsejándoles e instruyéndoles sobre su correcta utilización.
- h. Elaboración y dispensación de fórmulas magistrales y preparados oficinales, garantizando su calidad con arreglo a lo dispuesto en la presente Ley¹⁶⁹

Teniendo en cuenta el contenido de estos Capítulos, la GAP del Área 9 ha llevado a cabo diferentes actuaciones, que tienen en cuenta cada uno de los apartados definidos en la anterior Ley del Medicamento.

A continuación, se enumeran las actuaciones llevadas a cabo por la GAP del Área 9 para fomentar el URM entre los profesionales¹⁷⁰. Las categorías en las que se dividen las actuaciones realizadas coinciden con cada uno de los apartados incluidos en el artículo 87 de la Ley 25/1990 del 20 de diciembre, del Medicamento.

Para incluir en este apartado todas estas medidas se ha procedido al análisis de las Memorias de Gestión del Área 9 de AP para cada uno de los años analizados.

¹⁶⁹ *Loc. cit* nota (4)

¹⁷⁰ *Vid* nota (167)

V.1 ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS Y PAUTAS FARMACOTERAPÉUTICAS

- En el año **1997** se procedió a la distribución de la Guía de Embarazo y Lactancia editada por el Área 9 de AP entre los profesionales de los EAP del Área.
- En **1998** se elaboraron y aprobaron por la CURM del Área los siguientes protocolos farmacoterapéuticos:
 - a. Ulcus, dispepsia y reflujo
 - b. Manejo del asma bronquial
 - c. Cefaleas infantiles
- En **2001** se participó en la elaboración de la Guía Farmacoterapéutica de la CAM. En el segundo semestre se formaron los grupos de trabajo dentro de la Comisión de Uso Racional del Medicamento, para la actualización de esta Guía en colaboración con Atención Especializada (AE). En el mes de diciembre se aprobaron los trabajos de revisión de los subgrupos terapéuticos elaborados por AP.
- En **2003** se aprobó, por un grupo de trabajo de la GAP la Guía de Actuación sobre deshabitación tabáquica y el Protocolo del bebedor excesivo de alcohol.
- En **2004**:
 - a. Se colaboró en la revisión de la Guía Farmacogeriátrica de la CM elaborada por la DGFPS de la Consejería de Sanidad y Consumo de la CAM.
 - b. El Servicio de Farmacia participó en la elaboración del Protocolo de atención al bebedor excesivo de alcohol

c. Se colaboró en la redacción de las siguientes guías y protocolos conjuntos con el Hospital de Fuenlabrada:

- Manejo del dolor osteoarticular en procesos reumatológicos
- Guía de práctica clínica del paciente con Síndrome de Intestino Irritable (Servicio de Aparato Digestivo)
- Servicio de nefrología: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y hematuria
- Guía de práctica clínica del paciente con Síndrome de Intestino Irritable (Servicio de Aparato Digestivo)
- Guía de práctica clínica del paciente con dispepsia (Servicio de Aparato Digestivo)
- Guía de práctica clínica del paciente con esófago de Barrett (Servicio de Aparato Digestivo)
- Guía de práctica clínica: seguimiento del paciente con pólipos de colon (Servicio de Aparato Digestivo)
- Guía de práctica clínica del paciente con rectorragia (Servicio de Aparato Digestivo)
- Guía clínica hipertransaminasemia (Servicio de Aparato Digestivo)

- En **2005** se distribuyó y presentó la Guía Farmacogeriátrica de la CAM entre los distintos profesionales del Área.

V.2. TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS

El arsenal de fármacos de que dispone el médico en la actualidad para el tratamiento o alivio de las más diversas enfermedades, la frecuencia con que se introducen nuevos principios activos dentro del arsenal terapéutico, los cambios rápidos que se suceden en aspectos concretos de la farmacoterapia y la introducción de nuevos aspectos que considerar en el proceso de la selección de los medicamentos (coste/beneficio), hacen que la información sobre medicamentos dirigida al profesional sanitario desempeñe un papel fundamental en la calidad de su actuación diaria a la hora de valorar las alternativas terapéuticas existentes.

Dentro de las diferentes opciones disponibles en las denominadas fuentes de información sobre medicamentos: profesionales (libros, artículos en revistas especializadas, conferencias, cursos, congresos, reuniones científicas, sesiones clínicas, contactos interprofesionales, etc...) y/o comerciales (anuncios en revistas o por correo, folletos, visita médica, etc...), los Boletines Farmacoterapéuticos (BFT) constituyen una herramienta fundamental a la hora de facilitar una información científica, periódica, actualizada y de amplia difusión sobre medicamentos y sobre su correcta utilización.

Aunque puede existir una gran variedad de boletines de información terapéutica, atendiendo a características específicas de los temas y contenidos tratados, ámbito de actuación, entidades editoras, ... En este apartado nos centraremos básicamente en la información que sobre medicamentos elaboran periódicamente las diferentes administraciones sanitarias, que va dirigida a los diferentes ámbitos de actuación de los médicos prescriptores (primaria y especializada) y que está bajo la responsabilidad y supervisión de técnicos responsables del área del medicamento.

Uno de los aspectos determinantes a la hora de potenciar el URM, es la información que sobre los mismos se proporciona a los médicos.

Con ella se pretende facilitar el acceso a los conocimientos necesarios para la selección del fármaco adecuado a cada paciente. La asunción en la que se basa su importancia, es que la mejor información redunde en una prescripción de calidad.

Las actividades de información sobre medicamentos forman parte del Programa de Uso Racional del Medicamento y son monitorizadas específicamente en los Contratos de Gestión que anualmente suscribe la GAP del Área 9 con el Servicio Madrileño de Salud desde el año 2002 y con el INSALUD anteriormente. Entre ellas destacan: la elaboración de Boletines Farmacoterapéuticos, la celebración de Sesiones Farmacoterapéuticas, la selección de medicamentos a través de Guías Farmacoterapéuticas y Protocolos Farmacoterapéuticos, la resolución de Consultas en los Centros de Información de Medicamentos y los Cursos sobre URM.

V.2.1 Definición y objetivos de los Boletines Farmacoterapéuticos

Un Boletín Farmacoterapéutico (BFT) se define como una fuente o sistema de información secundaria, de carácter activa e independiente, encaminada a la difusión de una información periódica sobre medicamentos y dirigida a los profesionales sanitarios tanto en el ámbito internacional, estatal, regional, local o de un centro sanitario específico.

El objetivo fundamental de un BFT es proporcionar información independiente, objetiva y rigurosa con el fin de mejorar la utilización de los medicamentos.

La elaboración de un BFT, en el ámbito estatal, regional o local, se propone como un medio o herramienta para mejorar la calidad de los tratamientos farmacológicos

instaurados o por establecer, así como para modificar hábitos incorrectos en la prescripción de medicamentos específicos; aplicando y potenciando los criterios establecidos por las Comisiones de Farmacia y Terapéutica sobre las que se sustentan los BFT. Los boletines farmacoterapéuticos han de facilitar una información científica, periódica, actualizada y de amplia difusión sobre medicamentos y sobre su correcta utilización entre los profesionales de la salud. Han de dar respuesta a las problemáticas terapéuticas planteadas en la práctica clínica diaria y a las necesidades de información del colectivo al que va dirigido.

Es necesario, a la hora de definir el contenido, diferenciar entre:

- Hojas de Evaluación de Medicamentos.
- Revisiones Farmacoterapéuticas.

La adecuada confección de una información sobre medicamentos requiere la observación de un conjunto de características de obligado cumplimiento. A continuación se citan los principales requisitos que deben contemplar los Boletines Farmacoterapéuticos:

- Calidad. Se debe asegurar la calidad del BFT mediante el establecimiento, el seguimiento y la evaluación periódica de indicadores específicos (número de boletines editados, grado de difusión, contenido, impacto, grado de aceptación, etc...)
- Difusión. Debe establecerse un procedimiento de difusión del BFT que garantice la correcta recepción de la publicación, en tiempo y forma, a todos y cada uno de los profesionales ubicados en su ámbito de influencia.
- Independencia. La fuente de financiación debe salvaguardar la independencia de la publicación.

- **Periodicidad.** Se debe asegurar la edición permanente de los BFT con un mínimo de publicaciones anuales. Se recomienda disponer de suficiente material de reserva para cubrir los períodos establecidos.
- **Pluridisciplinaridad.** El adecuado planteamiento de una actividad de información de medicamentos, a través de un BFT, requiere de la participación y colaboración de los diferentes profesionales sanitarios (primaria y especializada) al objeto de proporcionar una visión global y un mejor enfoque de los temas que se tratan.
- **Representatividad.** En el comité de redacción del BFT deben estar representados la mayor parte de las entidades, instituciones y profesionales sanitarios de la zona de difusión del boletín. Con ello se pretende garantizar el consenso en la información que se facilite y su aceptación por parte de la totalidad de los lectores.
- **Rigurosidad.** La información contenida en el BFT debe estar contrastada bibliográficamente.
- **Ubicación.** El comité de redacción del BFT debe enmarcarse dentro de la Comisión Farmacoterapéutica de referencia.

V.2.2 Hojas de Evaluación de Medicamentos

Este tipo de Boletines ha sido diseñado para la evaluación de medicamentos individuales. Están orientados de manera prioritaria a la evaluación de nuevos principios activos y en ellos son objeto de revisión los siguientes:

1. Principios activos autorizados en el último año.
2. Aquellos medicamentos que sean seleccionados por su especial impacto en el ámbito de difusión del boletín.
3. Nuevas indicaciones de medicamentos.

Además, las Hojas de Evaluación de Medicamentos (HEM) incorporan:

- Título
- Presentación del medicamento: Está orientada a la justificación y objetivo de la evaluación. Contiene las indicaciones aprobadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (antes por la DGFPS), para lo que se citarán literalmente las indicaciones de la ficha técnica del medicamento.
- Unas breves referencias al grupo químico y a aspectos de farmacocinética, interacciones, efectos adversos, situaciones especiales, etc. Se incide únicamente en aquellos aspectos destacables desde el punto de vista de la práctica clínica y comparando siempre con análogos.
- Eficacia clínica: Este apartado se inicia con una referencia sobre la situación de la investigación, comentando brevemente los ensayos clínicos que apoyan las conclusiones de la evaluación.
- Tabla descriptiva y comparativa con otras alternativas, que incluye:
 - Principio activo.
 - Rango de dosis y pauta de administración.
 - Nombre comercial y presentación de la especialidad farmacéutica.
 - PVP (IVA)
 - Precio de referencia (en su caso)
 - Un parámetro económico que permita la comparación del coste (coste tratamiento/ día, coste total del tratamiento, etc.).
 - DDD

- Lugar en la terapéutica:
 - Servirá para posicionar el fármaco que se evalúa respecto de otras alternativas dentro de la patología para la que se ha aprobado su indicación en el registro de medicamentos en España.
 - Opcionalmente este apartado puede estar incluido en las conclusiones.
- Conclusiones
 - Se sitúan al final de cada tema.
 - Deben ser redactadas de forma clara y concisa.
 - Se esquematizan en no más de cinco puntos indicativos del tema tratado.
 - Incluyen brevemente el apartado de lugar en la terapéutica en el caso de que no haya sido desarrollado con anterioridad.
 - Resultan de la evaluación efectuada y no aportarán información nueva que no haya sido citada previamente en el texto
 - Incluye, siempre que proceda, referencias comparativas al coste del fármaco evaluado.
- Bibliografía
 - Relevante, actualizada y procurará utilizar originales. En ningún caso se deberán referenciar otros documentos del mismo ámbito de trabajo.

V.2.3. Revisiones Farmacoterapéuticas

Este tipo de Boletines ha sido diseñado para la revisión de grupos de medicamentos y su contenido se puede referir a:

1. Patologías.
2. Grupos terapéuticos de medicamentos.
3. Novedades dentro de un grupo o subgrupo terapéutico.
4. Novedades farmacoterapéuticas en un período de tiempo limitado.
5. Temas sobre determinados aspectos de los medicamentos que puedan ser especialmente relevantes para su uso adecuado (medicamentos en situaciones especiales, revisión de interacciones, revisión de efectos adversos, etc.)

La extensión mínima es de 2 hojas y la máxima de 4 hojas (por las dos caras)

Las Revisiones Farmacoterapéuticas se deben redactar de modo general siguiendo el siguiente esquema:

- Excepto aquellas que evalúen las novedades terapéuticas en un período de tiempo limitado, las Revisiones incluyen una presentación o introducción del grupo terapéutico o de la patología, orientada a la justificación y objetivo de la revisión.
- Las indicaciones citadas se ajustan a las aprobadas en las fichas técnicas de los medicamentos, aunque no es necesario que el texto sea literal.
- Conclusiones (excepto para las que evalúen novedades terapéuticas en un período de tiempo limitado):
 - Se sitúan al final de cada tema.
 - Son redactadas de forma clara y concisa

- Se esquematizan en no más de cinco puntos indicativos del tema tratado.
- Resultan de la revisión efectuada y no aportarán información nueva que no haya sido citada previamente en el texto.
- Valoran la eficiencia del tratamiento.
- Incluyen, siempre que proceda, referencias comparativas al coste del tratamiento.
- En caso preciso, se incorpora información sobre consejos al paciente y condiciones de uso y conservación.
- Bibliografía: relevante y actualizada.

En la tabla 44 se relacionan las Hojas de Evaluación Terapéutica, Boletines y Sesiones Farmacoterapéuticas elaboradas por el Área 9 de AP desde el año 1997 hasta el 2005.

TABLA 44: HOJAS DE EVALUACIÓN TERAPÉUTICA/ BOLETINES FARMACOTERAPEUTICOS Y SESIONES FARMACOTERAPÉUTICAS ELABORADAS POR EL ÁREA 9 DE AP DE LA CM

AÑO	HOJAS DE EVALUACIÓN TERAPÉUTICA		SESIONES FARMACOTERAPEUTICAS	
	Nº	TEMA TRATADO	Nº	TEMAS TRATADOS
1997	4	Nº 1: Pantoprazol Nº 2: Meloxicam Nº 3 Ebrotidina Nº 4: Nimesulida	30	<ul style="list-style-type: none"> ● Micosis superficiales ● Análisis y evolución del perfil farmacoterapéutico y de los nuevos indicadores de prescripción ● Neumonías extrahospitalarias ● Selección de antiinfecciosos: fluoroquinolonas ● Infecciones del tracto urinario ● Análisis y evolución del consumo de antimicrobianos
1998	4	Nº 1: Levocabastina Nº 2: Glucosamina Nº 3: Tramadol y tratamiento farmacológico dela depresión Nº 4: Fluticasona	30	<ul style="list-style-type: none"> ● Vacunas: cadena del frío ● Análisis y seguimiento de los indicadores de prescripción del Área
1999	14	Nº 1: Sildenafil. Ranitidina citrato bismuto.	42	<ul style="list-style-type: none"> ● Perfil de prescripción del área: análisis y seguimiento.

CAPÍTULO V
MEDIDAS LOCALES DE CONTENCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO LLEVADAS A CABO POR LA GERENCIA
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA 9 DE LA COMUNIDAD DE MADRID

		Nº 2: Finasterida. Cerivastatina. Nº 3: Orlistat. Lornoxicam Nº 4: Fentanilo. Topiramato. Nº 5: Miglitol. Fexofenadina. Nº 6: Rivastigmina. Tacalcitol. Nº 7: Grepafloxacino. Mizolastina. Nº 8: Reboxetina. Naratriptan. Nº 9: Zafirlukast. Taratozeno. Nº 10: Entacapona. Pramipexol. Nº 11: Zanamivir. Nº 12: Clopidogrel. Nº 13: Rizatriptan. Nº 14: Telmisartan.		<ul style="list-style-type: none"> • Guía de uso de antimicrobianos en Atención Primaria: selección de principios activos.
2000	6	Nº 1: Rofecoxib Nº 2: Tolterodina Nº 3: Repaglinida Nº 4: Moxifloxacino Nº 5: Dosmalfato Nº 6: Rabeprazol	32	<ul style="list-style-type: none"> • Publicidad de medicamentos y estrategias de la industria farmacéutica • Análisis y seguimiento de nuevos principios activos.
2001	6	Nº 1: Levonorgestrel Nº 2: Bupropión Nº 3: Desloratadina Nº 4: Sibutramina Nº 5: Risedronato Nº 6: Apomorfina	50	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios para el uso racional de los inhibidores de la COX-2 en Atención Primaria. • Tratamiento de la deshabituación tabáquica en Atención Primaria. • Indicadores de calidad en la prescripción en el Área 9: seguimiento. • Medicamentos genéricos.
2002	6	Nº 1: Eletriptán Nº 2: Amisulpride Nº 3: Pioglitazona Nº 4: Rosiglitazona Nº 5: Nateglinida Nº 6: Esomeprazol	50	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuación al tratamiento de la hipercolesterolemia. • Indicadores de calidad en la prescripción en el Área 9: seguimiento.
2003	4	Nº 1: Bromuro de tiotropio Nº 2: Fentanilo Nº 3: Fluoxetina semanal Nº 4: Telitromicina	-	-
2004	4	Nº 1: Ezetimiba Nº 2: Olopatadina Nº 3: Rupatadina Nº 4: Teriparatide	22	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización en el manejo y tratamiento de la hipertensión arterial.
2005	4	Nº 1: Nuevos principios activos comercializados en 2003 y 2004 Nº 2: Medicamentos para el maletín de urgencias del medico de AP Nº 3: El Tamiz: los antibióticos Nº 4: Diacereina	22	<ul style="list-style-type: none"> • Infofarweb: informes de prescripción farmacológica a través de la Intranet del Área.

Fuente: Elaboración propia. Memorias de Gestión 1997-2005. Datos Dirección Gerencia de Atención Primaria del Área 9 de la CAM

Además desde 1997 se han realizado asesorías individualizadas sobre selección y utilización de medicamentos con Directores de EAP, responsables de URM y médicos de los EAP del Área.

Desde que está en funcionamiento la intranet del Área, uno de los objetivos del Servicio de Farmacia ha sido aprovechar el gran potencial de esta herramienta para mejorar la comunicación a los profesionales en el campo de la farmacoterapia. Para ello, se ha utilizado esta vía de comunicación para poner a disposición de los profesionales documentación relativa a diferentes aspectos relacionados con los medicamentos:

- Seguridad: alertas, notas informativas de la Agencia Española del Medicamento, Boletines de RAM...
- Información: hojas de evaluación de medicamentos, boletines farmacoterapéuticos, listado actualizado de EFG y de novedades con limitado aporte terapéutico, guías de práctica clínica, consensos, etc.
- Páginas web: infofarweb.
- Legislación / normativa.
- Nomenclátor.
- OMS: lista modelo de medicamentos esenciales.

Esta información se encuentra disponible en el apartado de farmacia y cuando se incluye información nueva aparece en primer lugar en el apartado de “última hora”.

Su actualización periódica permite que el profesional esté permanentemente informado a través de una consulta rápida y sencilla de los contenidos de farmacia de la intranet.

V.3. INFORMACIÓN SOBRE LA MEDICACIÓN A LOS PACIENTES, SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS Y FARMACOVIGILANCIA.

La colaboración con el Sistema español de Farmacovigilancia y con el Programa de Notificación Espontánea de Reacciones Adversas a medicamentos a través de la “tarjeta amarilla” se pone de manifiesto con la remisión a su Centro Regional en la CAM del número de tarjetas amarillas señalado en la tabla 45.

TABLA 45: N° DE TARJETAS AMARILLAS REMITIDAS AL CENTRO REGIONAL DE FARMACOVIGILANCIA DE LA CAM (1997-2005)

AÑO	ACTIVIDAD
1997	27 tarjetas amarillas dentro del Programa Nacional de Farmacovigilancia.
1998	19 tarjetas amarillas dentro del Programa Nacional de Farmacovigilancia.
1999	11 tarjetas amarillas dentro del Programa Nacional de Farmacovigilancia.
2000	Colaboración con el Programa de Reacciones Adversas a Medicamentos, mediante el envío de notificaciones de reacciones adversas, a través de la tarjeta amarilla.
2001	Colaboración con el Programa de Reacciones Adversas a Medicamentos, mediante el envío de notificaciones de reacciones adversas, a través de la tarjeta amarilla.
2002	Colaboración con el Programa de Reacciones Adversas a Medicamentos, mediante el envío de notificaciones de reacciones adversas, a través de la tarjeta amarilla y su inclusión en los Contratos de Gestión con los EAP. En el Servicio de Farmacia se recibieron 36 notificaciones.
2003	Se colaboró con el Programa de Reacciones Adversas a Medicamentos, mediante el envío de notificaciones de reacciones adversas, a través de la tarjeta amarilla y su inclusión en los Contratos de Gestión con los EAP. En el Servicio de Farmacia se recibieron 70 notificaciones.
2004	Se colaboró en el Programa de Farmacovigilancia, potenciando la notificación voluntaria de sospechas de reacciones adversas a través de la Tarjeta amarilla. <ul style="list-style-type: none"> • Fue enviada una carta a los Directores de los EAP con algunas aclaraciones relacionadas con la notificación de reacciones adversas a través del programa de prescripción informatizada. • Se procedió a la difusión de tarjeteros por consulta • Se enviaron tarjetas amarillas a los Centros de Salud en repetidas ocasiones a lo largo del año.
2005	Se colaboró en el Programa de Farmacovigilancia, potenciando la notificación voluntaria de sospechas de reacciones adversas a través de la Tarjeta amarilla. De las 63 notificaciones del Área al Centro Regional de Farmacovigilancia, 40 fueron remitidas a través del Servicio de Farmacia

Fuente: Elaboración propia Memoria de Gestión 1997- 2005. Datos Dirección Gerencia de Atención Primaria del Área 9 de la CAM

V.4. COLABORACIÓN CON LOS HOSPITALES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

- En **2001** se formaron grupos de trabajo dentro de la CURM, para la actualización de la Guía Farmacoterapéutica del Área 9 en colaboración con AE. En el mes de diciembre se aprobaron los trabajos de revisión de los subgrupos terapéuticos elaborados por AP.
- En **2002** la CURM culminó en el mes de junio los trabajos de elaboración de los capítulos correspondientes a AP de la Guía Farmacoterapéutica del Área, que se está desarrollando en colaboración con la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital “Severo Ochoa”.
- En **2004**, se han llevado a cabo diferentes actividades en colaboración con Atención Especializada coincidiendo con la apertura del Hospital de Fuenlabrada. Así y desde el Servicio de Farmacia se ha colaborado, en la parte farmacológica en la redacción de las guías y Protocolos Farmacoterapéuticos. Además se ha participado en las Comisiones de Farmacia y Terapéutica del Hospital de Fuenlabrada (mensualmente desde su creación en agosto de 2004).

V.5. IMPULSO Y PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS, SU EMPLEO RACIONAL Y LA PREVENCIÓN DE SU ABUSO.

- En **2001** se celebraron diversas reuniones con dos Directores Técnicos de OF de la ZBS de Marie Curie para valorar diversas cuestiones relacionadas con la atención farmacéutica y con una titular de Oficina de Farmacia de la ZBS Loranca, al objeto

de iniciar contactos preliminares para el desarrollo de actividades de educación sanitaria a la población. Desde el año 2001 y hasta el momento actual se ha mantenido el marco de colaboración con las OF de la ZBS con el fin de abordar aspectos de interés para todas las partes implicadas.

- En **2003** el Área 9 de AP pone en marcha un Plan de Comunicación, que tiene su origen en:
 - o Plan Estratégico del Área, en la línea de Orientación al Ciudadano, en el que se incluye la elaboración de un Plan de Comunicación del Área, que se pone en funcionamiento en julio/agosto 2003.
 - o Plan Comunicación de la Consejería de Sanidad de la CAM, publicado en noviembre de 2003, que incluía como área piloto al Área 9 de Atención Primaria.

El objetivo de este Plan era educar e informar sanitariamente, en cuanto a determinadas patologías, y en cuanto a la utilización de la red sanitaria pública, a la población del Área 9, con el fin último de que se reduzca, en la medida de lo posible, la hiperfrecuentación de las consultas médicas, a la par que se potencian las consultas de enfermería.

La estrategia a seguir consistió en hacer llegar a los ciudadanos, a través de los medios de comunicación, mensajes de educación sanitaria, con una apariencia básicamente informativa, pero con los mensajes implícitos o explícitos secundarios de una mejor utilización de la red sanitaria.

Las líneas de trabajo para llevar a cabo este Plan se pueden dividir en:

1. Trabajo con EAP del Área:

Se nombra un Responsable de Comunicación e imagen en cada EAP. En febrero de **2004**, se convoca a una reunión a todos los responsables, se presenta el Plan y las funciones de los responsables de imagen en los EAP.

2. Las actividades concretas a realizar fueron las siguientes:

- a. Programación de visitas a los CS para detectar necesidades y posibles cambios relacionados con carteles, mobiliario, señalización...
- b. Realización de carteles informativos para los CS, con información sobre horarios, documentación a aportar para realizar trámites, etc...
- c. Elaboración dentro de la página web del área de un apartado en el que, con formato de prensa, se incluyen los temas enviados al *Boletín Salud Madrid* de la Consejería de Sanidad y Consumo de la CAM, apareciendo una breve reseña con enlace a los temas originales del boletín.
- d. Colaboración mensual con el Boletín institucional *Salud Madrid*. Los temas a tratar son actividades concretas, novedades producidas en el Área, que son consideradas de interés para su publicación. Los artículos son elaborados por profesionales del Área, generalmente relacionados o implicados con el tema a tratar.
- e. Respuesta a solicitudes de carácter institucional, intervenciones puntuales.

3. Medios de Comunicación

Se mantiene de forma habitual y regular la relación con los medios de comunicación locales (prensa, radio y televisión). Para ello se contrató a una periodista que mensualmente elabora un boletín informativo en el que desarrolla dos temas a partir de la información que obtiene de entrevistas con profesionales del Área. Finalmente el boletín es enviado a todos los medios locales de comunicación. Los temas a tratar se

escogen elaborando un calendario tratando de hacer coincidir los contenidos con días emblemáticos (Día mundial del SIDA, Día mundial sin tabaco) o coincidiendo con patologías estacionales como la gripe.

Se realizaron dos reuniones con profesionales del Área para determinar los perfiles de los usuarios que son a los que, finalmente, iban dirigidos los mensajes. En la primera de las reuniones se convocó a profesionales sanitarios (médicos y enfermeras), en la segunda fueron convocados los profesionales de las Unidades Administrativas (auxiliares y celadores).

Se realizaron dos talleres de relaciones con los medios, en los que se convocaron profesionales que habitualmente colaboraban con los medios de comunicación locales (Onda Fuenlabrada, Educación para la Salud). Los talleres tenían como finalidad ofrecer a los profesionales unas pautas básicas que les facilitasen sus posibles relaciones con los profesionales de los medios de comunicación en previsión de las posibles repercusiones que el envío del boletín provoca (entrevistas en radio y televisión locales).

- En **2005** se editaron y distribuyeron los siguientes folletos dirigidos a la población:
 - a. Folleto de estados gripales. Se distribuyó en todas las consultas de AP y en las Oficinas de Farmacia del Área 9.
 - b. Recomendaciones para el paciente anticoagulado: Se distribuyó en todas las consultas de AP del Área 9.

V.6. LA CUSTODIA Y CORRECTA CONSERVACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS A SU CARGO.

En el Almacén Central de Medicamentos, de la GAP del Área 9, se encuentra convenientemente separada, toda la medicación que se suministra a los Botiquines de Urgencias de los Centros de Salud y la que se distribuye a los Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP).

Las funciones del responsable son las siguientes:

- 1.- Recepción de pedidos.
- 2.- Control de Medicamentos Termolábiles y Fotosensibles.
- 3.- Mantenimiento de la Cadena de Frío.
- 4.- Control de Medicamentos Psicotropos y Estupefacientes.
- 5.- Control de Stock de medicación.
- 6.- Devolución de medicamentos.

V.7. LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES POR UN FARMACÉUTICO O BAJO SU SUPERVISIÓN, CON PLENA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL Y DE ACUERDO CON LA PRESCRIPCIÓN, O SEGÚN LAS ORIENTACIONES DE LA CIENCIA Y EL ARTE FARMACÉUTICO EN EL CASO DE LOS AUTORIZADOS SIN RECETA, INFORMÁNDOLES, ACONSEJÁNDOLES E INSTRUYÉNDOLES SOBRE SU CORRECTA UTILIZACIÓN.

Tal y como indica este apartado, desde el Servicio de Farmacia de la GAP del Área 9 se lleva a cabo la dispensación de tratamientos directamente supervisados por los farmacéuticos de Atención Primaria, como son:

- quimioprofilaxis meningocócica
- tratamiento antituberculoso

V.8. OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Además, desde el Servicio de Farmacia del Área 9 de AP se han llevado a cabo otras actividades relacionadas con el URM que quedan resumidas en la tabla 46.

TABLA 46: OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON URM. AREA 9 (1997-2005)

AÑO	ACTIVIDAD
1997	1 Se realizaron asesorías individualizadas sobre selección y utilización de medicamentos con Directores, responsables de URM y médicos de A.P..
	2 Se remitieron al Centro Regional de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid 27 tarjetas amarillas dentro del Programa Nacional de Farmacovigilancia.
	3 Se procedió a la distribución de la Guía de Embarazo y Lactancia editada por el Área, entre los profesionales de los EAP.
	4 Se firmó un convenio marco con el Centro de Atención a Minusválidos Psíquicos de Nuevo Versalles que recoge diversos aspectos contenidos en el Programa de Uso Racional del Medicamento, y se ha autorizado la concesión de sello, CIAS y utilización de recetas oficiales de la Seguridad Social a su facultativo. A este médico se le

CAPÍTULO V
 MEDIDAS LOCALES DE CONTENCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO LLEVADAS A CABO POR LA GERENCIA
 DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA 9 DE LA COMUNIDAD DE MADRID

	<p>suministra la misma información farmacoterapéutica que a cualquier otro médico del Área</p>
1998	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se diseñó y desarrolló, en colaboración con la Unidad de Docencia, de un Curso de Uso Racional del Medicamento de 24 horas de duración durante el mes de mayo de este año, en el que participaron los responsables de URM de los distintos EAP 2. Se constituyó un grupo de trabajo para colaborar en la actualización de la Guía Farmacoterapéutica de la CAM 3. Se realizaron asesorías individualizadas sobre selección y utilización de medicamentos con Directores de EAP y Responsables de URM 4. Se participó en diversas reuniones de la Comisión de Farmacia de la Dirección Territorial del Insalud de Madrid, abordando la evolución del gasto farmacéutico y elaborando distintos informes con respecto al consumo cualitativo y cuantitativo del Área y de la CAM 5. Se elaboró y distribuyó entre los EAP de listados con los medicamentos bajo denominación genérica, EFG y fármacos más coste-efectivos.
1999	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se diseñó y desarrolló, en colaboración con la Unidad de Docencia, de un Curso de Uso Racional del Medicamento de 40 horas de duración durante el mes de noviembre de este año, en el que participaron 30 médicos de atención primaria. 2. Se realizaron asesorías individualizadas sobre selección y utilización de medicamentos con directores y responsables de URM de los EAP. 3. Se elaboró y distribuyó entre los EAP de listados con los medicamentos bajo denominación genérica, EFG y fármacos más coste-efectivos. 4. Se publicaron dos artículos en revistas farmacéuticas: -Torres Bouza CM, Medina Bustillo B. El farmacéutico de Atención Primaria como impulsor del uso racional de los medicamentos. Atención Farmacéutica 1999; 1 (6): 592-9. -Medina Bustillo B, Torres Bouza CM, Iñesta García A, Basanta López M, Corredor Beneit L. Utilización de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos en dos áreas sanitarias. Perfil de riesgo y criterios para su utilización racional en la atención primaria. Atención Farmacéutica 2000; 2 (1): 51-63.
2000	<ol style="list-style-type: none"> 1 Se diseñó y desarrolló, en colaboración con la Unidad de Docencia, de un Curso de Uso Racional del Medicamento acreditado con 5,7 créditos por la Comisión de Formación Continuada del SNS durante el mes de junio de este año, en el que participaron 25 médicos de atención primaria. 2 Se realizaron asesorías individualizadas sobre selección y utilización de medicamentos con directores y responsables de URM de los EAP. 3 Se elaboró y distribuyó entre los EAP de listados con los especialidades farmacéuticas genéricas y fármacos más coste-efectivos. 4 Se publicó un artículo en una revista farmacéutica: -Torres Bouza CM, Medina Bustillo B. Internet, calidad e información de medicamentos. Aten Farm 2000; 2 (6): 475-7. 5 Se presentó una comunicación a las V Jornadas Conjuntas de las áreas 9 y 10 sobre "Fuentes de información de medicamentos en Internet".
2001	<ol style="list-style-type: none"> 1 Se participó a lo largo del año en la elaboración de la Guía Farmacoterapéutica de la Comunidad de Madrid.

	<ol style="list-style-type: none"> 2 Durante el segundo semestre del año se formaron los grupos de trabajo dentro de la Comisión de Uso Racional, para la actualización de la Guía Farmacoterapéutica del Área en colaboración con Atención Especializada. En el mes de diciembre se aprobaron los trabajos de revisión de los subgrupos terapéuticos elaborados por Atención Primaria. 3 Se procedió a la resolución de 47 consultas farmacoterapéuticas realizadas por profesionales sanitarios del Área. 4 Se diseñó y desarrolló,, en colaboración con la Unidad de Docencia, de un Curso de Uso Racional del Medicamento acreditado con 5,7 créditos por la Comisión de Formación Continuada del SNS durante el mes de junio de este año, en el que participaron 29 médicos de atención primaria. 5 Se colaboró en el Curso de Medicina Comunitaria III, con contenidos de URM dirigido a residentes de medicina de familia de tercer año, en el que participaron 15 alumnos. 6 Se realizaron asesorías individualizadas sobre selección y utilización de medicamentos con directores y responsables de URM de los EAP. 7 Se elaboró y distribuyó entre los EAP de listados con los especialidades farmacéuticas genéricas y fármacos más coste-efectivos. 8 Se celebraron diversas reuniones con dos Directores Técnicos de Oficina de Farmacia de la ZBS de Marie Curie para valorar diversas cuestiones relacionadas con la atención farmacéutica y con una titular de Oficina de Farmacia de la ZBS Loranca, al objeto de iniciar contactos preliminares para el desarrollo de actividades de educación sanitaria a la población. 9 Se presentó de una comunicación al VI Congreso de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria sobre "Perfil de consumo de hipolipemiantes en la Comunidad de Madrid". 10 Con el fin de valorar la opinión, actitud y grado de conocimiento de la población general con respecto a los medicamentos genéricos y conocer la importancia que conceden al coste económico de la medicación, se realizó un estudio descriptivo transversal publicado en el año 2003¹⁷¹
2002	<ol style="list-style-type: none"> 1 La CURM culminó el mes de junio los trabajos de elaboración de los capítulos correspondientes a atención primaria de la Guía Farmacoterapéutica del Área, que se estaba desarrollando en colaboración con la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital Severo Ochoa de Leganés. 2 Se procedió a la resolución de 28 consultas realizadas por profesionales sanitarios del Área. 3 Se diseñó y desarrolló, en colaboración con la Unidad de Docencia, de un Curso de Uso Racional del Medicamento acreditado con 5,7 créditos por la Comisión de Formación Continuada del SNS durante el mes de junio de este año, en el que participaron 28 médicos de atención primaria y Servicios de Urgencia. 4 Se colaboró en el Curso de Medicina Comunitaria III, con contenidos de URM dirigida a residentes de medicina de familia de tercer año, en el que participaron 15 alumnos.. 5 Se realizaron asesorías individualizadas sobre selección y utilización de medicamentos con directores y responsables de URM de los EAP.

¹⁷¹ Blasco Oliete M., Torres Bouza C., Medina Bustillo B., Sanz Cuesta T., Neira León M.. (2003). Opinión de los usuarios de atención primaria sobre los medicamentos genéricos y el coste de la medicación. Aten Primaria, 31, 3: 170-177.

	<ol style="list-style-type: none"> 6 Se colaboró con el Programa de Reacciones Adversas a Medicamentos, mediante el envío de notificaciones de reacciones adversas, a través de la tarjeta amarilla y su inclusión en los Contratos de Gestión con los EAP. En el Servicio de Farmacia se han recibido 36 notificaciones. 7 Se elaboró y distribuyó entre los EAP de listados con los especialidades farmacéuticas genéricas. 8 Se recogieron las aportaciones de los miembros de la Comisión de Uso Racional del Medicamento Ampliada, constituida por miembros de la CURM y los responsables de URM de los EAP para definir las funciones de los responsables de URM en los EAP. Para ello, se empleó la metodología del Diagrama de Afinidades, a través de la cual cada profesional debía contestar a tres preguntas formuladas: Para qué estamos Qué hacemos Qué deberíamos hacer 9 Se mantuvo una reunión en el CS de Loranca en la que participaron los profesionales sanitarios del EAP, los farmacéuticos comunitarios (titulares y adjuntos de Oficinas de Farmacia) y los farmacéuticos de AP. En esta reunión se iniciaron los primeros contactos para establecer un marco de colaboración con las Oficinas de Farmacias de la zona básica que permita abordar aspectos de interés para todas las partes implicadas. 10 Se colaboró con los técnicos de salud, Subdirecciones Médicas y Direcciones Médica y Técnica, en el desarrollo de un estudio sobre asignación del presupuesto de farmacia, al objeto de identificar los factores que influían en la variabilidad del gasto farmacéutico y que pudieran considerarse para la presupuestación de los EAP en el capítulo de farmacia.
2003	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se diseñó y desarrolló en colaboración con la Unidad de Docencia, la sexta edición del Curso de Uso Racional del Medicamento en Atención Primaria durante el mes de junio de este año, dirigido a médicos de EAP y de los Servicios de Urgencia. Este Curso fue acreditado con 5,5 créditos por la Comisión de Formación Continuada del SNS y asistieron 23 médicos del Área. 2. Se diseñó y desarrolló en colaboración con la Unidad de Docencia, la primera edición del Curso de Uso Racional del Medicamento para Enfermería durante el mes de junio de este año, dirigido a enfermeros de EAP, al que asistieron 24 enfermeros del Área. 3. Se colaboró en el desarrollo del II Curso de Programación, Cartera de Servicios y Uso Racional del medicamento durante el mes de abril, dirigido a médicos Residentes de medicina de familia de tercer año del Área, al que asistieron 13 médicos residentes del Área. 4. Se aprobó, por un grupo de trabajo de la GAP la Guía de Actuación sobre deshabitación tabáquica y el Protocolo del bebedor excesivo. 5. Se celebraron 2 reuniones de la Comisión de Uso Racional del Medicamento (abril y julio). Se resolvieron 12 consultas realizadas por los profesionales sanitarios. 6. En el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de farmacéuticos de Atención Primaria(22- 24 Octubre de 2003) se otorgó el Premio SEFAP a la mejor publicación sobre Especialidades Farmacéuticas Genéricas: “Opinión de los usuarios de atención primaria sobre los medicamentos genéricos y el coste de la medicación”. Este trabajo fue elaborado por D. Melitón Blasco Oliete (médico de atención primaria del Centro de Salud de Humanes), D. Carlos Torres Bouza y Dña. Beatriz Medina Bustillo (farmacéuticos de atención primaria), Dña. Teresa Sanz Cuesta (técnico de salud) y por Dña. Montserrat Neira León (residente medicina de familia) 7. Se mantuvo el marco de colaboración con las Oficinas de Farmacia de la zona básica

	<p>con el fin de abordar aspectos de interés para todas las partes implicadas.</p> <p>8. .Se procedió a la recogida de los datos de consumo de psicofármacos, quedando pendiente el análisis de los mismos para hacer un estudio de utilización de medicamentos</p> <p>9. Se obtuvieron los siguientes datos sobre visita médica: % visita colectiva: 5,26 % 1 N° de visitas servicio y mes: 11,5 2 Media de días por semana que se recibe visita /equipo: 2,89 Media de laboratorios pactados / equipo: 4,26 Se ha realizado una evaluación de la visita médica siendo los resultados los siguientes: En el 82,3% de los EAP se cumple el horario de visita médica En el 88,2 de los EAP se respeta el lugar de visita médica.</p> <p>10. Se incrementaron los contenidos de farmacia de la Intranet del Área : Guías de práctica clínica, fichas técnicas, HEM, alertas de Farmacovigilancia, artritis reumatoide, cardiopatía isquémica, diabetes- ADA, asma, EPOC, HTA, hipercolesterolemia, menopausia, osteoporosis, tabaquismo,...</p>
2004	<p>1. Se celebraron dos reuniones de la Comisión de Uso Racional del Medicamento</p> <p>2. Se celebraron dos sesiones de URM con los suplentes habituales del área, previas al periodo vacacional de los médicos titulares.</p> <p>3. Se realizaron 22 sesiones farmacoterapéuticas (1 por cada EAP) sobre actualización en el manejo y tratamiento de la hipertensión arterial</p> <p>4. Se creó un grupo de trabajo formado por dos médicos de atención primaria (Alicante y Cuzco), un farmacéutico de cada Servicio de Farmacia de los Hospitales de Leganés y Fuenlabrada y el Servicio de Farmacia de Atención Primaria, en el que se realizó una revisión de la medicación del maletín de urgencias de Atención Primaria y del carro de paradas, elaborando un documento que fue difundido a los EAP en el primer trimestre del 2005.</p> <p>5. Se realizó una intervención por las 2 Farmacéuticas de Atención Primaria en un programa de radio de Onda Fuenlabrada tratando el tema de “Analgésicos”</p> <p>6. Se participó en las Comisiones de Farmacia y Terapéutica del Hospital de Fuenlabrada</p> <p>7. Se resolvieron 23 consultas farmacoterapéuticas</p> <p>8. Se realizó la VII edición del Curso de URM para médicos del área (5.4 créditos)</p> <p>9. Se realizó la II edición del Curso de URM para enfermeros del área</p> <p>10. Se realizó el Curso de URM con residentes de familia de tercer año</p> <p>11. Se colaboró en el estudio de utilización de medicamentos sobre antipsicóticos que promovió la DGF, identificando prescriptores de olanzapina y risperidona y los pacientes mayores de 65 años tratados con estos principios activos. Se procedió a la adecuación de la prescripción y en su caso suspensión de la misma</p> <p>12. Se incrementaron los contenidos de farmacia de la Intranet: Guías de práctica clínica, fichas técnicas, HEM, alertas de Farmacovigilancia, artritis reumatoide, cardiopatía isquémica, diabetes- ADA, asma, EPOC, HTA, hipercolesterolemia, menopausia, osteoporosis, tabaquismo,...</p> <p>13. Se elaboró la hoja de control de medicación del carro de paradas y del maletín de urgencias y la gráfica de control de mantenimiento de la cadena del frío que figuran como "Actividades hacia el Equipo" en el documento Procesos de las Auxiliares de</p>

	Enfermería 2004
2005	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se participó en el grupo de trabajo para la elaboración del documento “Programa de atención al mayor polimedicado para mejorar la utilización de los medicamentos” creado por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad de Madrid. 2. Se participó en el grupo de trabajo sobre “Estudio de hipolipemiantes en prevención secundaria de la Comunidad de Madrid” creado por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad de Madrid 3. Desde el Servicio de Farmacia se realizaron 22 sesiones en los equipos sobre análisis de la prescripción y manejo de la aplicación informática Infofarweb. 4. El Servicio de Farmacia participó en la Mesa Redonda sobre “Utilización de Antibióticos en Pediatría” celebrada en el Hospital de Fuenlabrada el 2 de marzo de 2005. 5. Se participó en las Comisiones de Farmacia y Terapéutica del Hospital de Fuenlabrada 6. Se elaboró del folleto “Recomendaciones para el paciente anticoagulado” por el Servicio de Farmacia 7. Se colaboró con las Oficinas de Farmacia del Área <ul style="list-style-type: none"> • mediante la difusión del folleto “estados gripales” elaborado por el Servicio de Farmacia • rotación de 2 alumnos de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Alcalá de Henares en prácticas tuteladas en el Servicio de Farmacia

Fuente: Elaboración propia. Memorias de Gestión 1997-2005. Datos Dirección Gerencia de Atención Primaria del Área 9 de la CAM

V.9. CONSUMO FARMACÉUTICO

Los ICP han ido modificándose en la GAP del Área 9. En todos los años la selección de los ICP han venido fijados de forma anual por la Administración correspondiente, INSALUD o SERMAS después de las transferencias sanitarias a la CAM.

Estos ICP anuales han sido los mismos para todas las Gerencias de AP que comprenden el antiguo territorio “INSALUD” y en la actualidad para las 11 Gerencias de AP que comprende la CAM.

Además del PAS que se firma anualmente con la Administración Sanitaria, la Gerencia de AP del Área 9 ha venido firmando con los Consejos de Dirección de los 22 EAP que configuran el Área 9 de AP un Contrato de Gestión interno que en algunos

casos añada algún ICP no contemplado en el Contrato de Gestión con la Administración sanitaria.

Desde 1995 se remite mensualmente y trimestralmente al Director del EAP y a todos los médicos generales, pediatras y médicos de modelo tradicional del Área un informe personalizado, en soporte papel sobre consumo farmacéutico (INFO_FARM) con los indicadores cuantitativos e indicadores de calidad en la prescripción farmacológica. Estos informes se han simplificado de manera importante, al objeto de facilitar su comprensión y el análisis de los datos que contiene.

En 2005 el Servicio de Farmacia en colaboración con el Departamento de Informática del Área diseñó e implantó una aplicación informática que permitió el acceso electrónico a los informes de prescripción farmacéutica en todas las consultas de los médicos de AP del Área 9 desde la Intranet, con el fin de optimizar el acceso y la calidad de la información que reciben los médicos sobre el consumo y el uso de los medicamentos. Esta aplicación se encuentra disponible desde octubre de 2005.

Se accede mediante clave personalizada, que garantiza la confidencialidad de los datos, con tres niveles de acceso: facultativo (médico general o pediatra), director de Unidad Funcional (UF) y usuario autorizado de la Gerencia. La aplicación permite seleccionar información cualitativa, cuantitativa y perfil de prescripción, por mes o acumulada, a partir de los datos obtenidos del Programa de Gestión de la Prestación Farmacéutica de la CAM.

La información cuantitativa incluye un análisis evolutivo, comparativo y presupuestario. En la información cualitativa y para cada indicador de calidad incluido en el Contrato de Gestión 2005, se establece la comparación del resultado del CIAS, con el de la UF a la que pertenece, con el Área y con la Comunidad de Madrid. Los perfiles de prescripción recogen los 20 principios activos más prescritos ordenados por

número de DDD y por importe, con el porcentaje de prescripción de genéricos de cada uno de ellos.

La aplicación permite acceder también a enlaces con información clínica relevante, evidencia científica y a mensajes que transmiten los valores del Área (trabajo en equipo, uso eficiente de los recursos, comunicación entre profesionales, compromiso con el medio ambiente, etc...)

La implantación de esta aplicación informática ha permitido mejorar la información que se le facilita al profesional optimizando el posterior análisis de los datos de consumo farmacéutico, incorporando en ellos enlaces a información clínica de interés y a evidencia científica. Proporciona a los facultativos su perfil de prescripción de forma ágil y sencilla, reduce el tiempo de recepción de los informes (una hora desde que los datos mensuales están disponibles) y vincula esta información a los valores fundamentales del Área.

VI. Resultados

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Tal y como se ha recogido en esta investigación, el **año 2003** se caracterizó por un importante crecimiento en el número de recetas prescritas en el ámbito del SNS; dicho crecimiento se situó en el conjunto del año en el 6,59% respecto a 2002, con un valor absoluto que superó los 706 millones de recetas. Varios factores han influido en este incremento como son el aumento de la población general, el peso de la cada vez mayor población pensionista, la eficacia de las actividades de promoción de la industria farmacéutica, etc.

El Real Decreto Ley 5/2000, de medidas urgentes de contención del gasto farmacéutico público y de racionalización del uso de medicamentos que comenzó a aplicarse en agosto de 2000, rebajó el margen comercial de distribución y de dispensación de las especialidades farmacéuticas y por tanto su precio final.

Posteriormente, en diciembre del mismo año, comenzó a aplicarse el Sistema de Precios de Referencia que afectó a más de mil presentaciones de 42 principios activos, promoviendo la reducción del precio de 505 presentaciones de especialidades farmacéuticas y dando prioridad a la dispensación de medicamentos genéricos. Ambas tuvieron un importante impacto en 2000, donde el gasto medio por receta creció un 2,67%.

Durante 2002 y 2003, únicamente se adoptaron nuevas Órdenes Ministeriales sobre Precios de Referencia que incorporaban los nuevos principios activos o presentaciones disponibles como genéricos, afectando a un número muy limitado de EF.

Coincidió con la Dra. Elisa López Rivas en que los Sistemas de Precios de Referencia moderan, sin duda, el crecimiento del gasto farmacéutico a corto plazo, pero no estimulan por sí solos el consumo de medicamentos genéricos, sino que reducen la

competencia por lo que pueden acabar limitando la aportación de los genéricos a la contención del gasto sanitario¹⁷².

En los años 2002 y 2003, el crecimiento del gasto medio por receta se ha situado en cifras superiores a las del anterior bienio, alcanzando el 3,29% en 2002 y el 4,98% en 2003, como consecuencia del agotamiento del efecto relativo de las medidas comentadas anteriormente y de la introducción en la PF de medicamentos innovadores con superior nivel de precios.

Además, es fundamental la importancia del peso del GF en la evolución política sanitaria española. La evolución de la PF en el SNS español ha estado marcada, al menos, por tres elementos fundamentales: la conclusión del proceso del traspaso de competencias en materia sanitaria a las CCAA que aún no las habían asumido, con el acompañamiento de un nuevo sistema de financiación, que entró en vigor el 1 de enero del año 2002; el Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el SNS elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, publicado en noviembre del año 2004, y, finalmente, la aprobación en las Cortes de la Ley de Garantías y Uso Racional de los medicamentos y productos sanitarios en julio de 2006.

El proceso de traspaso de competencias ha representado un elemento dinamizador en la gestión farmacéutica para todo el SNS, incluyendo aquellas otras CCAA que ya habían asumido las competencias en años previos. En segundo lugar, el Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el SNS ha ejercido de marco de referencia para el desarrollo de las políticas implementadas por las autoridades regionales, muchas de sus propuestas han sido alcanzadas y nuevas herramientas de gestión de URM están siendo impulsadas desde varias CCAA.

¹⁷² Vid. López Rivas E. (2009). *Análisis de los elementos que conforman el mercado de los medicamentos genéricos: impacto en el sector farmacéutico y evaluación económica comparada*. Madrid. Facultad de Farmacia. Universidad San Pablo C.E.U. Tesis doctoral inédita

Finalmente, los efectos de la Ley de Garantías ya se dejan notar en varios aspectos de la prestación farmacéutica, sobre todo en la contención del aumento del gasto con la adopción de estímulos a la prescripción por DOE y el consumo de genéricos.

Prácticamente, todas las CCAA, han destacado en alguno de los años referidos su interés por la promoción de la prescripción por principio activo o por la prescripción de medicamentos genéricos como línea prioritaria de URM, lo que significa optar por, al menos, uno de los instrumentos considerados clave para la contención del crecimiento del gasto.

Dentro de las medidas diseñadas para contener el GF y promover el uso racional, es de suma importancia el papel que desempeñan los farmacéuticos de atención primaria y de hospital dentro del equipo multidisciplinar. De hecho el SNS ve importante la labor de los farmacéuticos de AP y hospital dentro del equipo multidisciplinar para contener el gasto en fármacos.

Unido a otras medidas como incentivar individualmente a los prescriptores o confeccionar guías terapéuticas, la labor de apoyo e información suponen una notable referencia para el médico a la hora de efectuar una prescripción adecuada que incida además en esa reducción del gasto.

Es fundamental, por tanto la necesidad de defender ese papel del farmacéutico dentro de ese equipo multidisciplinar y en que es necesario potenciar la comunicación entre médicos, farmacéuticos y enfermeros.

Como ya se ha comentado en este trabajo, las causas determinantes del aumento del GF, son el resultado de multiplicar el precio de los productos farmacéuticos por el volumen de consumo. En España ambos factores crecen de manera intensa y constante.

El gasto en farmacia supuso en 2003, un 22,9% del gasto sanitario total del sector, oscilando por comunidades entre un 12,29% y un 27,65%.

La evolución del peso de este gasto entre 1999 y 2003 fue ha sido creciente con carácter general (esta partida del gasto gana o mantiene peso en once CCAA).

Por lo que se refiere a la tasa de crecimiento anual medio del periodo de referencia para el gasto en farmacia, ésta ha sido de 9,72%, oscilando éstas entre el 7,88% y el 13,96%. Este es el componente del gasto más dinámico entre aquellos que tienen mayor peso (primaria, especializada y farmacia). Sus tasas de crecimiento anual en el periodo analizado pasaron de 9,41% en 2000 a 11,78% en 2003, registrándose los mayores crecimientos en 2002 y 2003.

En la tabla 47 se resume la evolución en el nº de recetas en el SNS en los años 2001-2003, así como el incremento en porcentaje respecto al año anterior.

TABLA 47: N° RECETAS SNS 2001-2003

AÑO	NÚMERO DE RECETAS	INCREMENTO %
2001	621.424.116	4,12
2002	661.157.350	6,39
2003	706.324.451	6,83

Por otra parte, los datos ponen de manifiesto un crecimiento del 4,98% del gasto medio por receta durante el año 2003 en el conjunto del SNS, situándose en 12,66 euros, un incremento de precios al que han contribuido tanto el peso de las recetas de pensionistas cuyo coste se estima en torno a los 14,5 euros frente a los 9,8 euros que representan en el colectivo de activos del SNS, como el crecimiento de ventas de principios activos de los que no se disponía de versión genérica en ese momento.

En la tabla siguiente (tabla 48) puede observarse cómo ha ido aumentando el Gasto medio por receta (GMR) en el SNS en el periodo 2001-2003.

TABLA 48: GASTO MEDIO POR RECETA SNS. (2001-2003)

AÑO	GMR (Euros)	INCREMENTO %
2001	11,68	3,65
2002	12,06	3,29
2003	12,66	4,98

En relación con estas cifras, el gasto total en medicamentos, que es el resultado de los dos componentes anteriores (número de recetas y coste de las mismas) experimentó un continuo incremento desde el año 1996 hasta el 2003. En 2003, el gasto alcanzó los 8.941 €, lo que representa un incremento del 12,15% con respecto al año anterior, y que constituye el mayor incremento de gasto del periodo considerado.

El incremento del GF tuvo su componente principal en el **incremento del número de recetas**, tendencia que se ha venido observando en los últimos años, y las actuaciones que han permitido moderar el crecimiento del gasto en el periodo 2000-2002, dirigidas a contener el precio de los medicamentos, tuvieron un efecto inmediato.

Resumiendo, el porcentaje de incremento del GF respecto del año previo, ha disminuido desde un 16,2% en 1990 hasta situarse en un 5,6% en 2005. Por el contrario, la tendencia en la variación del número de recetas facturadas respecto del año anterior ha sido creciente, pasando de un 1,6% en 1991 hasta un 4,9% en 2005.

Según el informe elaborado por Farmaindustria correspondiente al 21 de julio de 2006¹⁷³, en el que son analizadas las medidas regulatorias desde el año 1997 hasta 2006, el impacto de las medidas de contención del GF pueden resumirse como aparecen a continuación (tabla 49):

¹⁷³ *Perspectivas del gasto farmacéutico en España. Farmaindustria* (2006). Madrid. Economic Consulting, p. 1-13, p 3.
Disponible en http://www.farmaindustria.es/idc/groups/public/documents/publicaciones/farma_1180.pdf

TABLA 49: MEDIDAS DE CONTENCIÓN DEL GASTO. FECHA E IMPACTO

Medida de contención del gasto	Fecha	Impacto
Reducción márgenes de distribución y dispensación	Marzo 1997	SI
Reducción de márgenes de distribución	Mayo 1999	SI
Reducción generalizada precios máximos industriales	Noviembre 1999	SI
Reducción márgenes de distribución y dispensación	Agosto 2000	SI
Introducción de sistema de precios de referencia	Dic. 2000	SI
Revisión selectiva de precios máximos para una serie de especialidades farmacéuticas	Julio 2001	NO
Revisión de precios de referencia e introducción de nuevos conjuntos homogéneos en el sistema de precios de referencia	Mayo 2002	SI
Introducción de nuevos conjuntos homogéneos en el sistema de precios de referencia	Mayo 2003	NO
Modificación sistema de precios de referencia e introducción de nuevos conjuntos homogéneos	Enero 2004	SI
Introducción de nuevos conjuntos homogéneos en el sistema de precios de referencia	Mayo 2004	NO
Reducción de precios máximos del 4,2%	Marzo 2005	SI
Reducción de precios máximos del 2%	Marzo 2006	SI

Fuente: Farmaindustria (2006). *Perspectivas del gasto farmacéutico en España*. Economic Consulting, p. 1-13, p 3.

El barómetro de la salud publicado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en 2002 revela que el 64,2% de de la población española está a favor de la sustitución por genéricos, el 73,8% de acuerdo en que la contención del gasto farmacéutico requiere de la participación de la sociedad y sólo el 20,8% creyó que la contención del gasto es responsabilidad de las autoridades públicas¹⁷⁴.

Con respecto al consumo de genéricos, el 81% de los entrevistados afirmaron que prefieren consumir medicamentos genéricos y el 66% da apoyo a la sustitución por genéricos en las farmacias.

En todo caso, parece que las políticas que buscan elevar la conciencia del consumidor no han producido resultados significativos.

¹⁷⁴ *Regulatory Ambivalence and the Limitations of Pharmaceutical Policy in Spain* Costa-Font J., Puig-Junoy J. (2004). Department of Economics and Business, Universitat Pompeu Fabra, Economics Working Papers

La calidad de la prescripción se erige como una de las cuestiones principales, junto con la regulación de la promoción de medicamentos, y la evaluación del valor terapéutico de nuevos medicamentos por parte de la AEMPS.

COMUNIDAD DE MADRID

Al igual que ha ocurrido en el SNS, los años 2004 y 2005 suponen una moderación en la contención del gasto farmacéutico, descendiendo éste desde una tasa de crecimiento de un 7,09% a un 6,43%. Este valor, si bien se encuentra por encima de la tasa de crecimiento interanual del SNS, tiene la misma tendencia al descenso.

El crecimiento del gasto en 2004 (7,06%) se podría explicar por una mayor utilización de medicamentos, que en términos de DDD ha crecido en el 7,43%; esta mayor utilización se debe tanto al incremento de población (3,28% en 2004) del que resulta una mayor utilización de los servicios sanitarios, que se refleja en un incremento del número de consultas (3,24%), como de un mayor uso de las terapias que muestra el indicador de dosis por mil habitantes (DHD) que también creció en 2004 (3,17%).

A pesar de esta mayor utilización de los medicamentos, la contención en el crecimiento del coste de los mismos (2,34% en el gasto por receta; 1,23% en el gasto por DDD) permitió mantener el crecimiento del gasto en la tasa mencionada del 7,06%.

A este comportamiento favorable del gasto por receta contribuyó:

- la **REBAJA DE LOS PRECIOS de los medicamentos**, con la entrada en vigor de la **Orden de Precios de Referencia** que supuso un ahorro de 46 millones de € a lo largo de 2004, equivalente al 5,05% del gasto en 2003 (tabla 50)

- el incremento en la utilización de medicamentos **GENÉRICOS** del 18,63% en un año.

TABLA 50: SEGUIMIENTO DE LAS MODIFICACIONES NORMATIVAS 2004

MES	PRECIOS DE REFERENCIA*		ATC*	MARGENES RD ley 5/2000*	DISMINUCIÓN APORTACIÓN USUARIOS**
	€	%			
TOTAL	-45.897.223	4,72	2.617.142	944.268	4.632.170

Fuente de datos: Farmadrid (Programa de gestión de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid)

* los valores negativos suponen ahorro del gasto y los positivos incremento del gasto

** la disminución de la aportación de los usuarios se debe a la reducción de precios.

En 2005 se produjo un crecimiento en el gasto del 6,48%. El crecimiento en la utilización, por el contrario, mantuvo el ritmo experimentado en 2004, 7,50% de crecimiento de DDD, frente al 7,46% en 2004. Todo ello a pesar de que el número de consultas se mantuvo estable con un ligero incremento del 1,03%, en parte debido a que 2005 tuvo 250 días de consulta frente a los 252 días de 2004.

Este comportamiento estable de la demanda refleja a su vez una cierta desaceleración en el crecimiento de la población asegurada, 2,40% frente a 3,28% en el año 2004.

El crecimiento en la utilización fue compensado parcialmente con un moderado crecimiento en el coste por receta del 0,8%, inferior al 2,34% del año 2004. Este dato refleja una disminución en el coste por DDD del 2,49% frente a la disminución del 1,69% en 2004. A esta disminución en los costes unitarios contribuyó:

- La rebaja generalizada de precios aplicada desde marzo de 2005.
- Una mayor competencia en los precios en el segmento de mercado afectado por los precios de referencia.
- Incremento en la utilización de medicamentos genéricos, un 50% más baratos de promedio, a lo largo de 2005. El volumen de genéricos en número de envases se incrementó un 19,74% respecto al año previo.

ÁREA 9 DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

En cuanto al GF del Área 9 de AP en el periodo 2001-2005, la desviación respecto al presupuesto en farmacia fijado por la Administración Sanitaria y el incremento correspondiente respecto al año anterior, aparecen reflejados en la tabla 51.

TABLA 51: GASTO FARMACÉUTICO ÁREA 9 2001-2005

AÑO	GASTO (€)	DESVIACIÓN PRESUPUESTO (%)	INCREMENTO INTERANUAL (%)
2001	32.990.515,98	4,76	8,09
2002	36.777.895	11,22	3,5
2003	42.157.215,16	8,09	14,63
2004	44.375.481,35	3,52	5,26
2005	47.326.05,82	1,65	6,69

Fuente: Tabla de elaboración propia a partir de los datos facilitados por la Dirección Gerencia de Atención Primaria del Área 9

Como puede comprobarse en la tabla anterior, el año 2003 es el que más incremento interanual experimentó. A partir de ese año, las distintas medidas de contención del GF impulsadas a nivel estatal y local hicieron que comenzara a descender esta tasa de incremento interanual.

Al igual que ocurrió en el SNS y en la CAM, el año 2003 marca un punto de inflexión a partir del cual comienza a descender el GF.

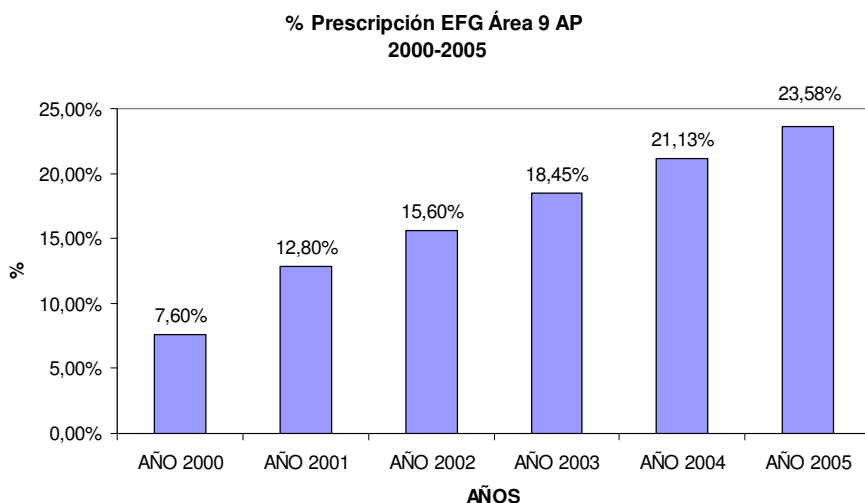
Esta circunstancia podría explicarse, entre otras razones por la elevada prescripción de EFG: en ese año 2003 el porcentaje de prescripción de EFG fue de un 18,45%, por encima de la media de la CAM que obtuvo un 16,01% en ese año (tabla 52 y gráfico 19)

TABLA 52: PORCENTAJE DE PRESCRIPCIÓN DE EFG. AREA 9 AP (2000-2005)

Indicador	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Prescripción envases EFG	7,6 %	12,8%	15,6%	18,45%	21,13%	23,58%

Fuente: Tabla de elaboración propia a partir de los datos facilitados por la Dirección Gerencia de Atención Primaria del Área 9

GRÁFICO 19: PORCENTAJE DE PRESCRIPCIÓN DE EFG. ÁREA 9 ATENCIÓN PRIMARIA (2000-2005)



Fuente: Tabla de elaboración propia a partir de los datos facilitados por la Dirección Gerencia de Atención Primaria del Área 9

Asimismo, en este Área Sanitaria el porcentaje de prescripción de EFG ha sido cuantitativamente más elevado que en otras Áreas sanitarias de la CAM.

Esto puede ser debido, entre otras circunstancias, al elevado grado de implicación de la Dirección Gerencia de Atención Primaria en la difusión a los profesionales sanitarios del Área de la importancia de la prescripción eficiente.

En todo caso, el alto porcentaje de prescripción de EFG serían el resultado de:

- repercusión de las campañas nacionales de fomento en el uso de genéricos
- repercusión del esfuerzo de la Dirección Gerencia del Área y de los FAP en la mayor utilización de EFG.
- incentivación económica del Área a médicos prescriptores
- factores individuales inherentes al propio prescriptor

Como puede observarse en la tabla 53 el porcentaje de prescripción de EFG de esta área se situó en un valor de 18,45%, siendo únicamente superado este valor por el Área 10, y estando por encima del valor alcanzado por la media de la CAM.

TABLA 53: EVOLUCIÓN MENSUAL PRESCRIPCIÓN EFG ATENCIÓN PRIMARIA COMUNIDAD DE MADRID (2003)

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Media
ÁREA 1	13,61 %	13,91 %	13,82 %	14,15 %	13,88 %	13,97 %	14,09 %	14,72 %	15,05 %	16,23 %	17,29 %	17,03 %	14,85 %
ÁREA 2	17,40 %	17,74 %	17,74 %	17,80 %	18,02 %	17,40 %	17,18 %	17,97 %	18,18 %	19,26 %	19,84 %	19,49 %	18,20 %
ÁREA 3	14,15 %	14,36 %	14,17 %	14,34 %	14,31 %	13,91 %	13,35 %	14,12 %	14,86 %	16,20 %	17,14 %	16,81 %	14,86 %
ÁREA 4	15,70 %	15,88 %	15,90 %	15,95 %	15,87 %	15,65 %	15,70 %	16,39 %	16,81 %	18,15 %	18,68 %	18,61 %	16,64 %
ÁREA 5	13,76 %	14,31 %	14,02 %	14,04 %	14,02 %	13,73 %	13,70 %	13,75 %	14,43 %	15,60 %	16,64 %	16,06 %	14,54 %
ÁREA 6	17,75 %	18,29 %	18,16 %	17,96 %	17,92 %	17,82 %	17,45 %	17,62 %	18,60 %	19,40 %	19,71 %	19,91 %	18,42 %
ÁREA 7	14,21 %	14,50 %	14,19 %	14,13 %	14,14 %	13,98 %	14,14 %	14,92 %	15,80 %	16,88 %	17,74 %	17,21 %	15,18 %
ÁREA 8	14,03 %	14,89 %	14,62 %	14,69 %	14,98 %	14,47 %	13,77 %	14,50 %	14,89 %	15,82 %	16,39 %	16,39 %	14,99 %
ÁREA 9	17,26 %	17,85 %	17,75 %	18,26 %	18,76 %	17,84 %	17,11 %	17,80 %	18,38 %	19,58 %	20,38 %	19,80 %	18,45 %
ÁREA 10	19,25 %	19,82 %	19,97 %	19,97 %	20,55 %	20,00 %	20,06 %	20,08 %	21,38 %	22,50 %	23,25 %	23,35 %	20,91 %
ÁREA 11	13,79 %	14,10 %	13,97 %	14,14 %	13,94 %	13,89 %	13,87 %	14,27 %	14,79 %	15,56 %	16,05 %	15,97 %	14,56 %
Media	15,05 %	15,47 %	15,34 %	15,45 %	15,47 %	15,19 %	15,06 %	15,58 %	16,18 %	17,23 %	17,97 %	17,73 %	16,01 %

Por otra parte, y dado que la contención en el GF estaría relacionada con la **CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN**, otra de las razones que podría justificar el hecho de que el GF comience a descender a partir de 2003, podría ser los **buenos resultados que esta Área sanitaria tiene en los distintos indicadores** de calidad incluidos en los Contratos de Gestión de las GAP de la CAM, que además son comparativamente mejores que otras Áreas.

Así, en las tablas 54, 55 y 56 puede observarse el resultado alcanzado por cada una de las Áreas y por la CAM en el año 2003-2005. Se puede comprobar que el Área 9 ha tenido mejores resultados que la media de la CAM en 13 de los 15 indicadores de la CAM, siendo el resultado alcanzado menor únicamente en % de diuréticos y beta-bloqueantes y DHD antibióticos¹⁷⁵.

¹⁷⁵ El indicador DHD antibióticos es negativo en el sentido de que es más favorable un resultado más bajo. Es decir, en el caso del Área 9 se estaría sobretratando con antibióticos a la población, lo que induciría a pensar que se están prescribiendo medicamentos para procesos víricos y que no requerirían la administración de antibióticos. Sin embargo el indicador específico de % prescripción de antibióticos de elección sí es más elevado si lo comparamos con la media de la CAM, con lo cual sí se estarían seleccionando los antibióticos de elección para las patologías bacterianas de atención primaria.

RESULTADOS

TABLA 54: INDICADORES DE CALIDAD ATENCIÓN PRIMARIA 2003 .PRESCRIPCIÓN POR RECETA

Área	% Genéricos		% Novedades		DHD Antiúlceras		Coste/DDD IBP		% Diuret. y Betabloq.		% ARA II/IECAS		% Antihta elección	
	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.
1	14,00 %	14,85 %	4,90 %	5,09 %	35,48	44,75	0,67	0,66	32,48 %	35,16 %	20,50 %	24,66 %	62,50 %	57,94 %
2	17,85 %	18,20 %	4,50 %	4,63 %	26,73	34,00	0,62	0,59	30,57 %	33,58 %	22,05 %	25,39 %	56,00 %	51,62 %
3	14,45 %	14,86 %	4,90 %	5,20 %	27,04	34,73	0,67	0,65	25,00 %	27,22 %	22,00 %	26,36 %	57,00 %	52,72 %
4	16,20 %	16,64 %	4,90 %	5,30 %	29,75	38,98	0,69	0,67	32,37 %	34,67 %	23,00 %	27,78 %	60,00 %	56,69 %
5	14,20 %	14,54 %	5,20 %	5,45 %	26,18	32,68	0,71	0,70	28,78 %	31,79 %	26,30 %	30,80 %	54,00 %	50,11 %
6	17,85 %	18,42 %	4,20 %	4,33 %	25,08	30,21	0,62	0,59	32,13 %	36,60 %	21,20 %	24,07 %	60,00 %	57,61 %
7	15,80 %	15,18 %	5,10 %	5,29 %	31,82	39,30	0,69	0,66	27,97 %	29,77 %	25,90 %	30,83 %	56,50 %	51,68 %
8	14,55 %	14,99 %	4,80 %	5,19 %	27,82	36,36	0,67	0,67	29,55 %	32,14 %	21,90 %	26,35 %	59,00 %	54,40 %
9	17,60 %	18,45 %	4,10 %	4,25 %	25,03	31,68	0,66	0,64	28,78 %	31,93 %	15,40 %	17,74 %	66,00 %	64,21 %
10	19,45 %	20,91 %	3,20 %	3,18 %	24,86	31,21	0,62	0,60	33,65 %	38,67 %	10,90 %	12,91 %	70,50 %	68,70 %
11	14,30 %	14,56 %	4,90 %	5,12 %	35,48	45,13	0,64	0,62	29,81 %	32,70 %	21,80 %	26,10 %	60,00 %	55,69 %
tt. Primaria		16,01 %		4,98 %		37,24		0,64		33,10 %		25,78 %		55,92 %

Área	% Estatinas elección		% AINE elección		Coste/DDD Antidepresivos		% Antidiabéticos elección		DHD Antibióticos		% Antibióticos elección		% Respiratorios elección		% Fluticasona/ Antiasma. inhal.	
	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.
1	69,00 %	63,24 %	58,50 %	59,71 %	0,94	0,95	79,00 %	74,91 %	14,79	17,01	83,50 %	82,72 %	74,03 %	66,93 %	40,00 %	44,46 %
2	63,00 %	56,10 %	62,77 %	62,39 %	0,94	0,93	74,00 %	70,75 %	12,57	14,10	82,73 %	80,20 %	73,97 %	66,78 %	43,45 %	45,54 %
3	57,00 %	50,39 %	61,02 %	59,96 %	0,94	0,94	73,00 %	67,70 %	15,71	18,23	83,00 %	81,97 %	75,48 %	66,50 %	51,61 %	54,68 %
4	61,50 %	52,08 %	64,15 %	61,99 %	0,95	0,96	74,50 %	71,71 %	13,47	14,85	81,50 %	79,51 %	75,57 %	68,29 %	41,00 %	44,90 %
5	58,30 %	51,24 %	59,63 %	60,57 %	0,95	0,97	75,00 %	71,77 %	13,41	15,40	81,50 %	79,64 %	72,67 %	64,45 %	43,00 %	48,71 %
6	64,00 %	57,61 %	60,19 %	59,79 %	0,94	0,93	80,30 %	78,10 %	11,39	13,63	80,00 %	79,65 %	74,90 %	67,42 %	40,00 %	43,86 %
7	60,50 %	52,79 %	54,84 %	55,27 %	0,96	0,97	74,33 %	71,20 %	13,82	15,46	79,50 %	78,40 %	74,32 %	66,97 %	39,00 %	41,31 %
8	57,00 %	49,55 %	63,17 %	63,35 %	0,94	0,94	74,00 %	69,81 %	16,20	18,66	83,00 %	80,34 %	76,47 %	70,90 %	40,00 %	45,74 %
9	66,50 %	62,25 %	75,10 %	75,26 %	0,93	0,90	78,43 %	75,17 %	15,26	17,82	85,50 %	85,98 %	83,15 %	79,11 %	34,50 %	38,14 %
10	74,00 %	69,54 %	75,99 %	77,99 %	0,91	0,88	84,50 %	85,95 %	14,07	15,71	84,00 %	83,60 %	84,59 %	80,63 %	31,50 %	33,33 %
11	63,00 %	56,50 %	61,16 %	62,08 %	0,95	0,96	80,00 %	78,91 %	15,09	17,18	83,00 %	81,13 %	78,00 %	70,78 %	36,30 %	39,51 %
tt. Primaria		56,15 %		62,72 %		0,95		74,11 %		16,12		81,06 %		69,69 %		43,76 %

RESULTADOS

TABLA 55: INDICADORES DE CALIDAD ATENCIÓN PRIMARIA 2004 .PRESCRIPCIÓN POR RECETA

Área	% Genéricos		% Imp. Nov. LAT		% Diuret. y Betabloq.		Sel efic IECA		% ARA II/Sist. Ren. Ang.		Sel efic estatinas		% Antidiabéticos elección		Sel Efic Antidepresivos	
	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.
1	18,56 %	18,73 %	04,14 %	04,75 %	31,51%	29,69 %	90,21%	87,53 %	24,66%	27,29 %	54,92%	51,43 %	77,16%	74,36 %	69,86%	65,94 %
2	20,93 %	21,09 %	03,82 %	04,26 %	30,47%	28,46 %	89,79%	85,74 %	25,39%	27,67 %	48,29%	46,04 %	73,58%	71,66 %	70,60%	67,17 %
3	18,58 %	18,30 %	04,02 %	04,68 %	24,39%	22,69 %	89,48%	86,17 %	26,10%	29,19 %	37,62%	37,17 %	71,09%	68,65 %	68,90%	65,31 %
4	19,97 %	20,87 %	04,28 %	04,73 %	31,23%	29,27 %	89,98%	87,01 %	27,22%	29,18 %	44,24%	44,42 %	74,58%	74,27 %	68,48%	63,16 %
5	18,18 %	17,00 %	04,13 %	04,64 %	27,72%	25,41 %	87,81%	84,40 %	30,18%	34,24 %	40,66%	38,13 %	74,64%	71,93 %	66,27%	61,04 %
6	21,18 %	20,98 %	03,71 %	04,29 %	31,47%	29,09 %	91,30%	89,87 %	24,07%	27,72 %	50,27%	46,89 %	78,88%	78,49 %	68,00%	64,39 %
7	18,52 %	18,95 %	04,26 %	04,71 %	27,15%	24,96 %	89,75%	86,61 %	30,21%	33,00 %	44,77%	42,58 %	74,05%	72,28 %	68,77%	64,92 %
8	18,74 %	18,07 %	04,34 %	05,16 %	28,59%	26,38 %	87,77%	83,34 %	26,10%	29,58 %	42,07%	40,39 %	73,30%	69,41 %	67,02%	61,69 %
9	21,03 %	21,13 %	03,48 %	03,97 %	29,23%	27,80 %	91,64%	90,64 %	17,74%	19,97 %	56,63%	56,37 %	77,43%	74,37 %	74,07%	72,21 %
10	23,84 %	24,89 %	02,98 %	03,53 %	34,15%	32,98 %	92,65%	91,93 %	14,00%	14,46 %	63,30%	63,05 %	86,38%	86,26 %	68,09%	65,09 %
11	18,20 %	17,45 %	04,01 %	04,53 %	29,10%	27,38 %	89,93%	87,56 %	26,10%	28,88 %	48,20%	45,44 %	79,70%	79,35 %	67,83%	62,65 %
A. Prima.		19,28 %		04,56 %		27,62 %		87,19 %		28,36 %		45,85 %		74,57 %		64,37 %

Área	% Haloperidol		% Corticoides asociados		% Omeprazol		DHD OSTEO < 65 años		DHD Antibióticos		% Peni Elec.		% AINE elección	
	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.
1	18,27%	17,16 %	48,34%	53,50 %	87,91%	84,57 %	4,88	5,89	16,28	15,41	67,86%	64,11 %	62,10%	59,58 %
2	16,66%	18,59 %	49,07%	53,13 %	89,49%	88,81 %	6,90	8,33	14,04	12,82	65,12%	61,32 %	64,26%	61,18 %
3	20,06%	20,67 %	53,82%	59,05 %	87,36%	84,81 %	3,85	4,70	17,46	16,02	69,47%	66,06 %	62,36%	60,62 %
4	18,60%	16,66 %	48,60%	52,04 %	86,76%	84,84 %	6,01	7,39	14,52	13,69	64,92%	63,12 %	63,85%	62,85 %
5	17,74%	15,48 %	52,44%	58,54 %	84,77%	81,52 %	5,49	6,76	14,89	13,91	66,08%	61,94 %	62,99%	60,64 %
6	13,94%	14,66 %	46,08%	49,99 %	89,40%	88,45 %	4,37	5,27	13,58	12,18	67,13%	62,70 %	62,18%	58,80 %
7	14,69%	13,43 %	49,07%	51,74 %	88,70%	86,34 %	7,02	8,09	14,94	13,71	63,78%	61,22 %	58,03%	55,05 %
8	18,71%	17,62 %	46,94%	53,35 %	86,56%	83,14 %	5,00	6,35	17,87	16,90	67,61%	62,90 %	65,25%	62,53 %
9	24,64%	24,41 %	35,90%	39,49 %	87,58%	86,49 %	3,38	4,08	17,06	16,82	75,30%	73,15 %	76,01%	73,77 %
10	20,88%	20,23 %	34,00%	35,20 %	89,32%	86,48 %	3,49	3,89	15,19	14,88	71,93%	70,48 %	78,38%	77,98 %
11	16,02%	15,97 %	46,08%	51,07 %	89,03%	88,74 %	5,49	6,30	16,44	15,60	69,43%	66,10 %	63,94%	61,97 %
A. Prima.		16,83 %		51,16 %		85,84 %		6,23		14,64		64,56 %		62,46 %

La celda sombreada indica objetivo cumplido

TABLA 56: INDICADORES DE CALIDAD ATENCIÓN PRIMARIA 2005 .PRESCRIPCIÓN POR RECETA

Área	% Genéricos		% Imp. Nov. LAT		% Diuret. y Betabloq.		Sel efic IECA		% ARA II/Sist. Ren. Ang.		% Estatinas elección		% Antidiabéticos elección		Sel Efic Antidepresivos	
	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.
1	21,53 %	21,35 %	3,14 %	3,87 %	30,05 %	28,88 %	88,33 %	87,30 %	28,99 %	30,90 %	57,70 %	54,94 %	75,79 %	74,33 %	77,77 %	74,76 %
2	23,58 %	23,22 %	2,87 %	3,63 %	28,83 %	27,47 %	86,56 %	85,31 %	29,35 %	30,81 %	52,18 %	51,99 %	73,15 %	72,31 %	81,11 %	77,69 %
3	21,17 %	21,72 %	3,15 %	4,05 %	23,16 %	21,76 %	86,99 %	86,52 %	30,78 %	32,88 %	48,06 %	51,16 %	70,20 %	69,73 %	79,15 %	74,33 %
4	23,39 %	23,89 %	2,85 %	3,55 %	29,63 %	28,38 %	87,82 %	87,70 %	30,77 %	31,03 %	50,59 %	53,59 %	75,70 %	75,93 %	77,38 %	74,74 %
5	20,09 %	18,80 %	2,93 %	3,66 %	25,83 %	24,21 %	85,24 %	85,11 %	35,60 %	37,92 %	47,72 %	47,37 %	73,41 %	72,79 %	77,50 %	72,75 %
6	23,48 %	22,71 %	3,09 %	4,11 %	29,46 %	27,88 %	90,66 %	89,80 %	29,39 %	31,88 %	52,85 %	52,02 %	79,85 %	80,04 %	78,91 %	74,54 %
7	21,72 %	20,56 %	3,10 %	3,93 %	25,38 %	23,94 %	87,42 %	87,29 %	34,41 %	37,00 %	49,07 %	49,91 %	73,75 %	73,26 %	79,68 %	75,57 %
8	20,97 %	20,56 %	3,23 %	4,12 %	26,79 %	24,99 %	84,18 %	83,26 %	31,15 %	32,94 %	46,85 %	47,99 %	70,95 %	69,70 %	79,02 %	74,76 %
9	23,61 %	23,58 %	2,75 %	2,93 %	28,18 %	27,25 %	91,41 %	90,51 %	22,29 %	22,69 %	59,75 %	62,75 %	75,81 %	74,18 %	83,35 %	82,84 %
10	27,00 %	28,08 %	2,81 %	3,32 %	33,30 %	32,64 %	91,99 %	92,21 %	17,67 %	16,56 %	66,29 %	69,71 %	86,82 %	86,90 %	83,18 %	81,02 %
11	20,45 %	20,52 %	2,97 %	3,80 %	27,77 %	26,81 %	88,36 %	88,17 %	30,49 %	31,25 %	52,18 %	54,76 %	80,70 %	79,23 %	77,72 %	73,90 %
A. Prima.	22,03 %	21,78 %	3,00 %	3,76 %	28,00 %	26,72 %	88,00 %	87,46 %	30,06 %	31,52 %	52,50 %	53,16 %	76,00 %	75,18 %	79,00 %	75,41 %

Área	DHD Neurol > 65 años		% Corticoides inhalados elección		% Omeprazol		DHD OSTEO < 65 años		DHD Antibióticos		% Peni Elec.		% AINE elección	
	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.	Obj.	Res.
1	2,98	3,34	42,64 %	42,00 %	86,26 %	84,51 %	6,14	5,98	14,75	15,73	65,56 %	64,46 %	63,29 %	62,38 %
2	2,59	2,17	44,15 %	44,78 %	90,42 %	88,52 %	8,84	8,08	12,37	12,90	62,84 %	61,72 %	64,80 %	62,12 %
3	3,21	3,80	35,71 %	35,40 %	86,50 %	85,44 %	4,87	4,59	15,30	16,10	67,47 %	66,35 %	64,27 %	63,38 %
4	2,93	3,78	46,46 %	45,75 %	86,52 %	86,53 %	7,79	7,49	13,17	13,99	64,59 %	64,84 %	66,37 %	65,12 %
5	3,03	3,29	40,31 %	40,80 %	83,28 %	82,36 %	7,09	6,84	13,38	13,92	63,44 %	62,01 %	64,29 %	62,68 %
6	3,22	3,28	45,98 %	46,68 %	90,07 %	88,20 %	5,48	4,95	11,77	12,31	64,18 %	63,89 %	62,56 %	60,37 %
7	2,56	2,57	46,04 %	46,30 %	88,00 %	85,38 %	8,57	8,00	13,19	14,03	62,75 %	62,39 %	59,06 %	57,57 %
8	3,15	5,00	46,60 %	47,34 %	84,86 %	84,24 %	6,65	6,43	16,09	17,40	64,38 %	63,24 %	66,07 %	64,32 %
9	3,16	3,16	61,30 %	60,06 %	88,14 %	87,46 %	4,21	4,13	16,02	16,76	74,42 %	72,99 %	76,77 %	75,25 %
10	3,13	3,40	63,55 %	64,80 %	88,13 %	88,66 %	4,00	4,01	14,26	15,20	71,80 %	71,50 %	80,00 %	79,94 %
11	2,89	3,31	54,39 %	55,08 %	90,35 %	89,07 %	6,60	5,81	14,92	15,73	67,50 %	66,80 %	65,54 %	65,85 %
A. Prima.	2,93	3,30	48,00 %	48,12 %	87,50 %	86,29 %	6,53	6,14	14,03	14,82	66,00 %	65,18 %	66,02 %	64,86 %

La celda sombreada indica objetivo cumplido

Por tanto, y dado que el Área 9 de Atención Primaria ha alcanzado mejores resultados comparativos con el resto de las Áreas de la CAM atendiendo a los indicadores utilizados, se deduce que las intervenciones realizadas desde su Dirección Gerencia para la contención del GF se han basado en promover un uso más racional del de los medicamentos aplicando criterios no sólo de eficacia, seguridad y calidad de los mismos con un enfoque multidisciplinario entre los profesionales sanitarios, sino también fomentando buenos hábitos para la utilización de los medicamentos por parte de los pacientes con lo que se ha conseguido obtener unos óptimos y esperados resultados en los tratamientos terapéuticos de los enfermos y al menor coste posible.

El hecho de disponer de un organismo de gestión en el Área 9, en el que el papel del farmacéutico ha sido fundamental para proporcionar a los profesionales sanitarios y a los pacientes información sobre los medicamentos con criterios de evidencia científica ha hecho posible una buena utilización del presupuesto asignado en la inversión de aquellos medicamentos que han sido necesarios para la población doliente sin desviaciones financieras cumpliéndose así lo dispuesto por la OMS¹⁷⁶.

Finalmente, desde una óptica económica, debe destacarse que el gasto farmacéutico no hay que interpretarlo sólo en términos de coste sino como una inversión de futuro, puesto que los medicamentos y productos sanitarios contribuyen al bienestar de los ciudadanos, y hemos de recordar que una población sana es un requisito indispensable para poder incrementar la productividad de un país y, por tanto, su prosperidad económica.

¹⁷⁶ *Vid* nota (71)

VII. Conclusiones

PRIMERA.- La Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, es esencial en la mejora de la salud de los ciudadanos, y ha cobrado en el periodo estudiado (1993-2005) una especial relevancia debido, por una parte, a la continua aparición de nuevas moléculas farmacéuticas, que amplían el arsenal terapéutico disponible para el médico y, por otra parte, al continuo incremento del coste de la prestación farmacéutica, que habitualmente se ha situado muy por encima de los crecimientos globales del gasto sanitario.

SEGUNDA.- La evolución de la Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud español ha estado marcada por factores políticos y sociales. Entre los primeros se encuentran el proceso de descentralización administrativa con el traspaso de competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas junto con el acompañamiento de un nuevo sistema de financiación, que entró en vigor el 1 de enero de 2002 y el Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud, publicado en Noviembre de 2004 por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Entre las segundas el incremento de la población en general y de la población pensionista en particular.

TERCERA.- Las disposiciones legales adoptadas desde 1993 han intentado establecer medidas correctoras ante la tendencia imparable del crecimiento del gasto farmacéutico que alcanzó su cota más elevada en el Sistema Nacional de Salud, en la Comunidad de Madrid y en el Área 9 de Atención Primaria en el año 2003. Estas medidas se inscriben en la continuidad, en el sentido de que siguen considerando los medicamentos como un bien público con externalidades positivas para el conjunto de la sociedad. En consecuencia las medidas adoptadas pretenden corregir los fallos de mercado propios de la provisión de los bienes públicos. A su vez, esas medidas se han orientado en unos casos hacia la oferta y en otros hacia la demanda. Entre las medidas

enfocadas hacia la demanda se pueden destacar el aumento en la participación del pago o la introducción de los precios de referencia. Por el lado de la oferta, se ha incidido sobre todo en una adecuación del ordenamiento de la misma, principalmente reduciendo los márgenes comerciales y fomentando la oferta de genéricos.

CUARTA.- La moderación en el gasto farmacéutico se consiguió en los años 2004 y 2005 gracias a dos medidas que podemos considerar en su momento como instrumentos clave: la prescripción por principio activo y el fomento del uso de los medicamentos genéricos como línea prioritaria del Programa de Uso Racional del Medicamento y el establecimiento del sistema de los Precios de Referencia.

QUINTA.- En la Comunidad de Madrid, el traspaso de competencias ha representado un elemento dinamizador de la gestión farmacéutica mediante la descentralización de las actividades de política de Uso Racional del Medicamento, enmarcadas en el Programa de Uso Racional del Medicamento del Ministerio de Sanidad y Consumo en 1992.

SEXTA.- El papel que desempeñan los profesionales sanitarios y en particular los farmacéuticos de Atención Primaria en la contención del gasto farmacéutico, es fundamental, pero no sin contar con la colaboración de la población, tratando de llevar a cabo tareas de educación sanitaria orientadas a frenar el consumo abusivo de medicamentos y a su sobreutilización.

SÉPTIMA.- El hecho de que el gasto farmacéutico disminuya es una circunstancia que podríamos calificar de inalcanzable, así las medidas correctoras de reducción de precios no han provocado una reducción del gasto, sólo una minoración de su ritmo de crecimiento. Circunstancias que han incidido en el incremento del gasto farmacéutico han sido el aumento progresivo de la población consumidora de recursos o la comercialización de nuevos medicamentos, considerados en ocasiones como

novedades, con limitado avance terapéutico y que engrosan el arsenal farmacológico con un precio habitualmente superior a las alternativas disponibles. Todo esto, unido al aumento en el número de recetas que expresa un sobreconsumo del mercado, constituye la asignatura pendiente para el adecuado control del gasto farmacéutico. Por otra parte, de nuestro estudio se deduce que es necesario modificar los hábitos culturales de consumo excesivo de medicamentos, moderar el número de consultas médicas, disminuir el número de recetas prescritas, actualizar el techo económico de la aportación reducida e introducir el copago en las recetas de pensionistas, con el objetivo de desincentivar el consumo por el lado de la demanda.

OCTAVA.- La demografía puede afectar al gasto sanitario público a través de las variaciones en la población (cobertura poblacional) y a los cambios en la distribución por grupos de edad (envejecimiento), afectando a las necesidades de atención sanitaria. Las CCAA con mayores tasas de crecimiento del gasto real esperado son aquellas donde ambos efectos son elevados, mientras aquellas con tasas bajas sólo experimentan el efecto envejecimiento.

NOVENA.- Podemos concluir que NINGUNA POLÍTICA DE CONTENCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO es la solución definitiva y el descenso paulatino del gasto a partir del año 2003 puede deberse más a la suma de cada una de las medidas impulsadas por la Administración estatal, autonómica y local, que al efecto inmediato de sólo una de ellas.

DÉCIMA.- La contención del gasto farmacéutico requiere considerar las distintas medidas adoptadas como un **PROCESO** que tenga en cuenta diversas consideraciones políticas, económicas, sociales, culturales y sanitarias que las hagan efectivas en el tiempo, y no como una operación puntual y esporádica que no ayudará a disminuir el gasto farmacéutico. Ese proceso debe tener entre sus objetivos aumentar la

eficiencia en la provisión de medicamentos, mediante instrumentos de gestión de la oferta y la demanda adecuadas que impidan el despilfarro de recursos o la insuficiente provisión del bien público que constituyen los medicamentos.

VIII. Fuentes y Bibliografía

VIII.1. FUENTES LEGISLATIVAS

Constitución Española (1978). Madrid, imprime Sucesores de Rivadeneyra S.A.

- Leyes:

Ley 9/1984, de 30 de mayo, de creación de organismos autónomos de la Consejería de Salud y Bienestar Social. BOCAM nº 138 ,11-06-1984.

Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local. BOE nº 80, 03-04-1985.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº 101, 29-04-1986. Modificada por Ley 25/1990 del Medicamento, por Ley 55/99 y por Ley 62/2003, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden social Parcialmente derogada por Ley 41/2002, por Ley 16/2003, por la Ley 55/2003 y por la Ley 62/2003.

Ley 25/1990 del Medicamento. BOE nº 306, 22-12-1990.

Ley 37/1992 de 28 de diciembre del Impuesto sobre el Valor añadido. BOE nº 312, 29-12-1992.

Ley 22/1993 de 29 de diciembre, de medidas fiscales, de reforma del régimen jurídico de la función pública y de la protección por desempleo. BOE nº 313, 31-12-1993.

Ley 13/1996 de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. BOE nº 315, 31-12-1996.

Ley 66/1997 de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, Administrativas y del Orden Social. BOE nº 313, 31-12-1997.

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE nº 10, 12-01-2000. Reformada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre. BOE nº 307, 23-12- 2000.

Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. BOCAM nº 306, 26-12-2001,

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 128, 29-05-2003.

Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. BOE nº 178, 27-07-2006.

-Reales Decretos:

Real Decreto 1910/1984 de 26 de septiembre de receta medica. BOE nº 259, 29-10-1984.

Real Decreto 1274/1992 de 23 de octubre, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se crea la Comisión Nacional para el Uso Racional de los Medicamentos. BOE nº 269, 9-11-1992.

Real Decreto 83/1993 de 22 de enero, del Ministerio de Sanidad y Consumo por el que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el SNS. BOE nº 43, 19-02-1993.

Real Decreto 767/1993 de 21 de mayo por el que se regula la evaluación, autorización, registro y condiciones de dispensación de especialidades farmacéuticas y otros medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. BOE nº 157, 02-07-1993.

Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del SNS. BOE nº 35, 10-02-1995.

Real Decreto 2000/1995 de 7 de diciembre de modificación del Real Decreto 767/1993 de 21 de mayo por el que se regula la evaluación, autorización, registro y condiciones de dispensación de especialidades farmacéuticas y otros medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. BOE nº 11, 12-01-1996.

Real Decreto 9/1996 de 15 de enero, por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la Sanidad y su régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados. BOE nº 33, 7-02-1996.

Real Decreto 164/1997 de 7 de febrero, por el que se establecen los márgenes correspondientes a los almacenes mayoristas por la distribución de especialidades farmacéuticas de uso humano. BOE nº 34, 8-02-1997.

Real Decreto 165/1997, de 7 de febrero, por el que se establecen los márgenes correspondientes a la dispensación al público de especialidades farmacéuticas de uso humano. BOE nº 34, 8-02-1997.

Real Decreto 1663/1998 de 24 de julio, por el que se amplía la relación de medicamentos a efectos de su financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la Sanidad. BOE nº 177, 25-07-1997.

Real Decreto 1035/1999 de 18 de junio, por el que se regula el Sistema de Precios de Referencia en la financiación de medicamentos con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la Sanidad. BOE nº 154, 29-06-1999.

Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE nº 311, 28-12-2001.

Real Decreto 1328/2003, de 24 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 165/1997, de 7 de febrero, por el que se establecen los márgenes correspondientes a la dispensación al público de especialidades farmacéuticas de uso humano. BOE nº 256, 25-10-2003.

Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990 de 20 de diciembre del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico. BOE nº 315, 31-12-2004.

Real Decreto 2402/2004 de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990 de 20 de diciembre, del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico. BOE nº 315, 31-12-2004.

- Real Decreto-Ley

Real Decreto- Ley 6/1999 de 16 de abril, de medidas urgentes de liberalización e incremento de la competencia. BOE nº 92, 17-04-1999.

Real Decreto Ley 12/1999 de 31 de julio, de Medidas urgentes para la contención del gasto farmacéutico en el SNS. BOE nº 195, 16-08-1999.

Real Decreto Ley 5/2000 de 23 de junio de medidas urgentes de contención del Gasto Farmacéutico público y de racionalización del Uso de los Medicamentos. BOE nº 151, 24-06-2000.

-Decretos

Decreto 14/2005 de 27 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se integra el Servicio Madrileño de Salud en el Instituto Madrileño de Salud, se modifica su denominación y se establece su régimen jurídico y de funcionamiento. BOCAM nº 25, 31-01-2005.

Decreto 16/2005 de 27 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de la Salud. BOCAM nº 25, 31-01-2005.

Decreto 100/2005 de 29 de septiembre, por el que se crea la Estructura Orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. BOCAM nº 233, 30-08-2005.

-Órdenes Ministeriales

Orden de 6 de abril de 1993, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se desarrolla el Real Decreto 83/1993 de 22 de enero, que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el SNS. BOE nº 88, 13-04-1993.

Orden de 19 de octubre de 1994 por la que se actualiza el importe máximo de la aportación de los beneficiarios de la Seguridad Social en la dispensación de las especialidades farmacéuticas, clasificadas en los grupos o subgrupos terapéuticos incluidos en el Anexo II del Real Decreto 83/1993 de 22 de enero. BOE nº 260, 31-10-1994.

Orden de 18 de octubre de 1995 por la que se actualiza el importe máximo de la aportación de los beneficiarios de la Seguridad Social en la dispensación de las especialidades farmacéuticas, clasificadas en los grupos o subgrupos terapéuticos incluidos en el Anexo II del Real Decreto 83/1993 de 22 de enero. BOE nº 264, 4-11-1995.

Orden de 13 de julio de 2000, de precios de referencia. BOE nº 177, 25-07-2000.

Orden de 13 de julio de 2000 por la que se determinan los conjuntos homogéneos de presentaciones de especialidades farmacéuticas y se aprueban los precios de referencia. BOE nº 177, 25-07-2000.

Orden de 27 de diciembre de 2001 por la que se determinan nuevos conjuntos homogéneos de presentaciones de especialidades farmacéuticas, se aprueban los correspondientes precios de referencia y se revisan los precios de referencia aprobados por Orden de 13 de julio de 2000. BOE nº 312, 29-12-2001.

Orden SCO/2958/2003 de 23 de octubre, por la que se determinan los nuevos conjuntos de presentaciones de especialidades farmacéuticas y se aprueban los correspondientes precios de referencia. BOE nº 256, 25-10-2003.

Orden 1285/2006 de 22 de junio, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula la tarjeta sanitaria individual en el ámbito de la Comunidad de Madrid. BOCAM. nº 163, 11-07-2006.

- Resoluciones:

Resolución de 16 de junio de 2006, de la Subsecretaria, por la que se dispone la publicación del acuerdo de encomienda de gestión entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Centro de Investigaciones Sociológicas para la realización de la encuesta Barómetro Sanitario. BOE nº 147, 21-06-2006.

VIII.2. BIBLIOGRAFÍA

Alberola Gómez-Escolar C. (1998). Uso racional de medicamentos y planificación estratégica. *Revista de Administración Sanitaria*. 1,7:1-7.

Ampliación de la financiación selectiva de medicamentos en el SNS (1998). *Información Terapéutica del SNS*, 22, 4: 95-102.

Atención Primaria en el Insalud. Diecisiete años de experiencia (2002) INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa.

Arnau J.M. (1994) Medidas de contención del gasto farmacéutico e indicadores de calidad en el uso de los medicamentos: ¿prescribir menos o prescribir mejor? [editorial]. *Atención Primaria* 13: 155-158.

Arranz Álvarez L. (1973). *Investigación sobre la Asistencia Farmacéutica en España*. Capítulo VIII. Madrid, Instituto Nacional de Previsión.

Arranz Álvarez L. (1979). *La prestación farmacéutica*. Capítulo IV. Madrid, Instituto Nacional de Previsión.

Azagra Ledesma R. (1993). ¿Podemos disminuir los costes de farmacia? [editorial]. *Atención Primaria*, 2: 117-118.

Baos Vicente V. (1999), La calidad en la prescripción de medicamentos. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 23, 3: 45-54.

Barrera Páez L. (2006) ¿Frena el gasto farmacéutico el sueldo médico?. *Revista de Economía de la Salud*, 4, 4: 200-202.

Bel Prieto E., Suñé Arbussá J.M. (1999) El sistema de precios de referencia. *La Ley* 6:1975-1978

Blasco Oliete M., Torres Bouza C., Medina Bustillo B., Sanz Cuesta T., Neira León M., (2003) Opinión de los usuarios de atención primaria sobre los medicamentos genéricos y el coste de la medicación. *Atención Primaria*, 31,3: 170-177

Boletín nº 13 de Evaluación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (2005). Edita: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Imprime: Consejería de Sanidad y Consumo. Página 1.

Boletín nº 25 de Evaluación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (2006). Edita: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Imprime: Consejería de Sanidad y Consumo. Página 1.

Cabedo García V.R., Poveda Andrés J.L., Peiró Moreno S., Nacher Fernández A., Goterris Pinto M.A. (1995). Factores determinantes del gasto por prescripción farmacéutica en atención primaria. *Atención Primaria*, 16: 407-415.

Calvo Alcántara M.J., Iñesta García A. (1999). Impacto de una estrategia de intervención en la prescripción de genéricos en un área de atención primaria. *Atención Primaria*, 23, 7: 419-424.

Camarena Fuertes Y., Sicilia Ruiz A. (1999) Consumo de especialidades con denominación genérica en el área 1 de la Comunidad Autónoma de Aragón. *Atención Primaria*, 23: 301-305.

Casado Marín, D., Puig-Junoy, J. y Puig Peiró, R. (2009). *El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las CCAA*. Alcobendas, Madrid; Fundación Pfizer

Catálogo de Medicamentos (2007). Colección Consejo Plus. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Elaborado por el Departamento Técnico del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Edita y distribuye: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Imprime: Cinsa.

Circular nº 14/1998 de 6 de agosto, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, sobre aplicación del Real Decreto 1663/1998 de 24 de julio de 1998, por el que se amplía la relación de medicamentos a efectos de su financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la Sanidad.

Circular 01/2001 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y la Agencia Española del Medicamento por la que se establecen las instrucciones relativas a la calificación de bioequivalente de acuerdo con lo dispuesto en el Real Decreto 1025/1999.

Comisión de Análisis y Evaluación del SNS: Sucinta descripción del sistema y evaluación del mismo. Apéndice del informe de la Comisión 1991.

Coste de farmacia: variabilidad y diseño de un instrumento para la asignación de presupuestos de farmacia a los EAP (2001). Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD.

Cuestión de inconstitucionalidad nº 3169-2005 en relación con el Real Decreto-Ley 5/2000, de 23 de junio, de medidas urgentes de contención del gasto farmacéutico público y de racionalización del uso de los medicamentos. BOE nº 172, 20-07-2006.

Díaz Paradela M., Díaz Mantis R., Bravo Díaz L., Marhuenda Requena E. (2000) Estudios de utilización de Medicamentos: revisión. *Pharmaceutical Care España*, 2: 3-7.

Díez Rodríguez M.V. (1998). Aclaraciones al concepto de genérico. *Información Terapéutica del SNS*, 22, 3: 68-72.

Díez Rodríguez M.V. (1999) *Genéricos. Claves para su conocimiento y comprensión*. Capítulo 1. Madrid, Editores Médicos, p. 17-33.

Díez Rodríguez M.V. (1999) *Genéricos. Claves para su conocimiento y comprensión*. Capítulo 2. Madrid, Editores Médicos, p. 33-61.

Especial Noticias (2003). *Farmacéuticos*, 280.

Farmacia. Tomo III (2001). Serie: Legislación Sanitaria. Madrid. Edita: Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Área de Estudios, Documentación y Coordinación Normativa, p. 1365- 2124.

García, A.J., Martos, F, Sánchez de la Cuesta, F. (2003) Genéricos: ¿buenos o malos? Conocimientos y actitudes de los médicos ante los medicamentos genéricos. *Gaceta Sanitaria* 17, 2: 144-149.

Gestión de la asistencia farmacéutica. Memoria de resultados 2004 (2004). Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

Gómez Martínez M.E., Ruiz Romero J.A., Martínez Olmos J.(1999) Políticas de URM en Europa. *Revista Administración Sanitaria*, 3: 93-107.

Informaciones de interés (1992). *Información Terapéutica de la Seguridad Social*, 16,4: 77-98

Informaciones de interés (1998). *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 23, 3: 94

Informaciones de interés (1999). *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24, 2: 54

Informaciones de interés. (2000) *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24, 2: 65

Informaciones de interés (2001), *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* , 26, 2: 61

Informaciones de interés (2002) *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 28, 2: 55

Informaciones de interés (2003). *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 28, 5: 128

Informaciones de interés (2004). *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* , 29, 2: 55

Informaciones de interés (2005). *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 30, 2: 58

Informaciones de interés (2004). *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29, 2: 55

Informaciones de interés (1992). *Información Terapéutica de la Seguridad Social*, 16, 4: 77-98.

Indicadores de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud a través de receta. Año 2005 (2006). *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 30, 2: 58.

Indicadores de Prestación farmacéutica del SNS. Subdirección General de Atención Primaria. Madrid: INSALUD, 1989-1996.

Iñesta García, A. (1996). Uso racional de los medicamentos en atención primaria, indicadores y estudios de intervención. *Ars Pharmaceutica*. 37, 2: 221-238.

La industria y el mercado del genérico en España (2009) Asociación Española de Medicamentos Genéricos. AESEG, p. 1-26

López Rivas E. (2009). *Análisis de los elementos que conforman el mercado de los medicamentos genéricos: impacto en el sector farmacéutico y evaluación económica comparada*. Madrid. Facultad de Farmacia. Universidad San Pablo C.E.U. Tesis doctoral inédita

Luances Martín A. (2003). Necesidad de contener el gasto farmacéutico. Crónica de una década (1993-2002). *Revista de la Real Academia de Farmacia de Catalunya*, 24: 99-112.

Medicamentos genéricos en España: una visión actualizada (2006) *Farmacéuticos*, 306: 50-55.

Memoria 2003 (2003). Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

Memoria de Gestión (2004). Atención Primaria Área 9. Edita: Gerencia de Atención Primaria del Área 9. Instituto Madrileño de la Salud.

Memoria de Gestión (2001). Gerencia de Atención Primaria Área 9. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Memoria de Gestión (2002). Gerencia de Atención Primaria Área 9. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Memoria de Gestión (2003). Gerencia de Atención Primaria Área 9. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Nuevo Sistema de Precios de Referencia. (2003). *Farmacéuticos*. 280: 8-10.

Parreño Fernández J., Ordóñez de Pablos P., Pino Díez R. (2008). Analysis of expenditure on pharmaceuticals in the Spanish Public Health System. *World Review of Entrepreneurship, Management and Sustainable Development*, 4, 1: 74-84.

Perona Larraz J.L. (2007). *Mitos y paradojas de la sanidad en España. Una visión crítica*. Edita: Círculo de la Sanidad.

Perspectivas del gasto farmacéutico en España. Farmaindustria (2006). Madrid. Economic Consulting, p. 1-13.

Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS (2002). 5. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales WHO /EDM/2002.3

Plaza Ugalde A., Iñesta García A. (2002), Efectos del Real Decreto de financiación selectiva de medicamentos en 1998, en la prescripción de pensionistas de un Área sanitaria de Madrid. *Revista Española de Economía de la Salud*, 1, 3: 48-59.

Pombo Romero J., Portela Romero M., Chavarri Arzamendi P., Vizoso Hermida J.R. (2005). Evaluación de un programa de incentivación de la calidad de la prescripción en atención primaria. *Revista Gallega de Actualidad Sanitaria*, 4, 1: 46-51.

“Por un uso racional del medicamento” *Plan estratégico de Política farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Español*. (2004). Ministerio de Sanidad y Consumo.

Precios de referencia: Orden de 13 de julio de 2000 (BOE 25-7-00) (2000). *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24, 5: 129-133.

Programa de mejora de la prescripción farmacológica en atención primaria (1998) Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Dirección General de Atención Primaria y Especializada. Subdirección General de Atención Primaria.

Puig Junoy J., López Casasnovas G. (1999) La Aplicación de Precios de Referencia a los medicamentos. *Cuadernos de Información Económica*, 143, 77-89.

Puig-Junoy, J., Moreno Torres, I. (2009) *Impacto de la regulación de precios de los medicamentos sobre la competencia en el mercado de genéricos: valoración de los efectos y necesidad de reforma*. Barcelona, Autoridad Catalana de la Competencia.

Puig-Junoy J. (2004). *Regulatory Ambivalence and the Limitations of Pharmaceutical Policy in Spain* Costa-Font J., Department of Economics and Business, Universitat Pompeu Fabra, Economics Working Papers.

Rokstad K., Straand J., Fugelli P. (1995). Can Drug treatment be improved by feedback on prescribing profiles combined with therapeutic recommendations?. A prospective, controlled trial in general practice. *Journal of Clinical Epidemiology*. 48, 8: 1061-1068.

Saturno Hernández P.J. (1996), Monitorización del uso de medicamentos para mejorar la calidad de la prescripción. Problemas, métodos e indicadores. *Atención Primaria*, 6,18: 331-338.

Simoens S, De Bruyn, K; Bogaert M.; Laekeman G. (2005). Pharmaceutical Policy Regarding Generic Drugs in Belgium. *PharmacoEconomics* 23, 8: 755- 766.

SNS. Sistema Nacional de Salud (2006). Edita MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones: 1-95.

Valverde López JL. (2007) Los medicamentos genéricos en el marco jurídico de la Unión Europea. En: *Medicamentos genéricos. Una aproximación interdisciplinar*. Capítulo VI. Ediciones Universidad de Navarra S.A. Pamplona. p: 85-270.

VIII.3.Paginas web

<http://www.aeseg.es/>

<http://www.agemed.es>

<http://www.boe.es/>

<http://www.bocam.es>

<http://www.correofarmaceutico.es>

<http://www.doyma.es>

<http://www.diariomedico.es>

<http://www.farmaindustria.es>

[http:// www.madrid.org](http://www.madrid.org)

<http://www.msc.es>

<http://www.elglobal.net>

<http://www.ine.es>

<http://www.ingesa.msc.es>

<http://www.portalfarma.com>

<http://publicaciones.administracion.es>

<http://www.webgenericos.com>

IX. Anexos

IX.1. INDICE DE TABLAS

TABLA 1: PROCESO DE TRANSFERENCIAS DE LA ASISTENCIA SANITARIA GESTIONADA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD-INSALUD	Página 27
TABLA 2: CIFRAS OFICIALES DE POBLACIÓN ESPAÑOLA. REFERIDA A 1 ENERO de 2005	Página 31
TABLA 3: GASTO SANITARIO PÚBLICO EN EL SNS. 2001-2005.	Página 36
TABLA 4: % GASTO SANITARIO vs GASTO FARMACÉUTICO SNS (1995-2005)	Página 36
TABLA 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (1990-1999)	Página 37
TABLA 6: INDICADORES DE LA PRESTACION FARMACÉUTICA DEL SNS A TRAVÉS DE RECETA (1998-2005)	Página 39
TABLA 7: INCREMENTO EN NÚMERO DE RECETAS EN SNS (1998-2005)	Página 41
TABLA 8: GASTO POR RECETA EN SNS (1998-2005)	Página 42
TABLA 9: IMPORTE POR RECETA EN SNS (1998- 2005)	Página 42
TABLA 10: GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA OFICIAL DEL SNS (2003-2004)	Página 45
TABLA 11: GASTO MEDIO POR RECETA FACTURADA DEL SNS (2003-2004)	Página 46
TABLA 12: NÚMERO DE RECETAS FACTURADAS EN EL SNS 2004/2003	Página 46
TABLA 13: GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA OFICIAL DEL SNS. (2004-2005)	Página 48
TABLA 14: GASTO MEDIO POR RECETA FACTURADA EN EL SNS (2004-2005)	Página 49
TABLA 15: RECETAS FACTURADAS EN EL SNS. (2004-2005)	Página 50
TABLA 16: ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	Página 74
TABLA 17: RESUMEN COMPARATIVO DE LOS REQUISITOS QUE CARACTERIZAN A LAS EFG	Página 86
TABLA 18: PRINCIPIOS ACTIVOS Y FORMATOS EN EFG (MAYO 2000-DICIEMBRE 2005)	Página 86
TABLA 19: DISTRIBUCIÓN DE PRINCIPIOS ACTIVOS DE EFG POR GRUPOS TERAPÉUTICOS (DICIEMBRE DE 2005)	Página 87
TABLA 20: CARACTERÍSTICAS ADMINISTRATIVAS DE LAS EFG	Página 88
TABLA 21: ESCALA DE DEDUCCIONES POR TRAMOS DE VENTAS	Página 101
TABLA 22: ESQUEMA DE DISPENSACIÓN DE EFG	Página 109
TABLA 23: ESCALA DEDUCCIONES	Página 111
TABLA 24 : POBLACIÓN TOTAL EMPADRONADA (1985-2005)	Página 125
TABLA 25: CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DE LA CAM	Página 125
TABLA 26: GASTO FARMACÉUTICO. COMUNIDAD DE MADRID. 2003-2005	Página 136
TABLA 27: DISTRIBUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO (2003-2004)	Página 139
TABLA 28: GASTO A TRAVÉS DE RECETA EN LA CAM (2004-2003)	Página 140

TABLA 29: GASTO A TRAVÉS DE RECETA EN LA CAM (2004-2005)	Página 140
TABLA 30: POBLACIÓN CON DERECHO A PRESTACIÓN FARMACÉUTICA POR TIPO DE APORTACIÓN, DICIEMBRE 2004	Página 142
TABLA 31: DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN RECETAS POR TIPO DE PRODUCTO. DICIEMBRE Y ACUMULADO 2004	Página 142
TABLA 32: SEGUIMIENTO DE LAS MODIFICACIONES NORMATIVAS 2004	Página 143
TABLA 33: DISTRITOS SANITARIOS Y ZONAS BÁSICAS DE SALUD Y HOSPITALES DE REFERENCIA DEL ÁREA 9	Página 149
TABLA 34: POBLACIÓN TOTAL Y CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS POR ZONA BÁSICA DE SALUD. PADRÓN CONTINUO 2005	Página 150
TABLA 35: INDICADORES SOCIOECONÓMICOS POR MUNICIPIO	Página 151
TABLA 36: GASTO FARMACÉUTICO AREA 9 (2001-2005)	Página 158
TABLA 37: GASTO FARMACÉUTICO ÁREA 9 (2005-2004)	Página 164
TABLA 38: INDICADORES CUANTITATIVOS AREA 9. 2005/2004	Página 164
TABLA 39: INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN AREA 9. 2001	Página 165
TABLA 40: INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN AREA 9. 2002	Página 166
TABLA 41: INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN AREA 9. 2003	Página 167
TABLA 42: INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN AREA 9. 2004	Página 168
TABLA 43: INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN AREA 9. 2005	Página 170
TABLA 44: HOJAS DE EVALUACIÓN TERAPÉUTICA/ BOLETINES FARMACOTERAPEUTICOS Y SESIONES FARMACOTERAPÉUTICAS ELABORADAS POR EL ÁREA 9 DE AP DE LA CAM	Página 183
TABLA 45: N° DE TARJETAS AMARILLAS REMITIDAS AL CENTRO REGIONAL DE FARMACOVIGILANCIA DE LA CAM ((1997-2005)	Página 186
TABLA 46: OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON URM. AREA 9 (1997-2005)	Página 192
TABLA 47: N° RECETAS SNS 2001-2003	Página 204
TABLA 48: GASTO MEDIO POR RECETA (GMR) SNS. (2001-2003)	Página 205
TABLA 49: MEDIDAS DE CONTENCIÓN DEL GASTO. FECHA E IMPACTO	Página 206
TABLA 50: SEGUIMIENTO DE LAS MODIFICACIONES NORMATIVAS 2004	Página 208
TABLA 51: GASTO FARMACÉUTICO ÁREA 9 2001-2005	Página 209
TABLA 52: PORCENTAJE DE PRESCRIPCIÓN DE EFG. AREA 9 AP (2000-2005)	Página 209
TABLA 53: EVOLUCIÓN MENSUAL PRESCRIPCIÓN EFG ATENCIÓN PRIMARIA COMUNIDAD DE MADRID (2003)	Página 211
TABLA 54: INDICADORES DE CALIDAD ATENCIÓN PRIMARIA 2003 .PRESCRIPCIÓN POR RECETA	Página 213

TABLA 55: INDICADORES DE CALIDAD ATENCIÓN PRIMARIA 2004 .PRESCRIPCIÓN POR RECETA _____Página 214

TABLA 56: INDICADORES DE CALIDAD ATENCIÓN PRIMARIA 2005 .PRESCRIPCIÓN POR RECETA _____Página 215

IX.2. INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: PIRÁMIDE DE POBLACIÓN ESPAÑOLA Y EXTRANJERA 2005	Página 30
GRÁFICO 2: INCREMENTO INTERANUAL DEL GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA (1993-2005)	Página 40
GRÁFICO 3: EVOLUCION DEL GASTO MEDIO POR RECETA Y DEL NÚMERO DE RECETAS 1992-2003	Página 43
GRÁFICO 4: MEDIDAS DE CONTROL DEL GF 1993-2005	Página 55
GRÁFICO 5: IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE OFERTA Y DEMANDA	Página 56
GRÁFICO 6: EVOLUCIÓN VOLUMEN DE VENTAS EFG (2004-2008)	Página 89
GRÁFICO 7: TASA ACUMULATIVA DE CRECIMIENTO DEL GASTO FARMACÉUTICO POR CCAA: 2005-2016	Página 126
GRÁFICO 8: EVOLUCION DEL GASTO FARMACÉUTICO EN LA CAM (1997-2005). MILLONES DE EUROS CORRIENTES	Página 132
GRÁFICO 9: EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO (€) DE LA CAM (1996-2005). POBLACIÓN ACTIVA Y PENSIONISTA	Página 133
GRÁFICO 10: N° DE RECETAS FACTURADAS COMUNIDAD DE MADRID (1996-2002)	Página 134
GRÁFICO 11: N° DE ENVASES DISPENSADOS COMUNIDAD DE MADRID (1996-2002)	Página 134
GRÁFICO 12: % INCREMENTO DEL GASTO (€ corrientes), % INCREMENTO N° RECETAS Y % INCREMENTO DE GASTO/RECETA EN LA CAM (1997-2005)	Página 135
GRÁFICO 13: INCREMENTO DEL GASTO Y DEL NÚMERO DE RECETAS (%) RESPECTO AL AÑO ANTERIOR	Página 136
GRÁFICO 14: TASA INTERANUAL DEL GASTO, NÚMERO DE RECETAS Y TASA ANUAL MÓVIL DEL GASTO MEDIO POR RECETA, 2004	Página 137
GRÁFICO 15: TASA ANUAL MÓVIL DEL GASTO FARMACÉUTICO, TASA ANUAL MÓVIL DEL NÚMERO DE RECETAS Y TASA ANUAL MÓVIL DEL GASTO MEDIO POR RECETA, 2005	Página 138
GRÁFICO 16: PORCENTAJE DE PRESCRIPCIÓN DE GENÉRICOS COMUNIDAD DE MADRID (2001-2008)	Página 145
GRÁFICO 17: TASA DE NATALIDAD DE LOS MUNICIPIOS DEL AREA 9	Página 151
GRÁFICO 18: EVOLUCION MENSUAL GASTO FARMACÉUTICO ÁREA 9 DE ATENCIÓN PRIMARIA (1998-2005)	Página 159
GRÁFICO 19: PORCENTAJE DE PRESCRIPCIÓN DE EFG. AREA 9 ATENCIÓN PRIMARIA (2000- 2005)	Página 210