EL GASTO PUBLICO EN PRESTACION FARMACEUTICA

Félix LOBO (*)

I. INTRODUCCION

EL gasto público en medicamentos y productos sanitarios es origen de preocupaciones totalmente justificadas si se piensa que la prestación farmacéutica ascendió en 1986 a 214.095 millones de pesetas (1). Su participación en los gastos de asistencia sanitaria ha disminuido desde niveles del 50 por 100 en los años sesenta, estabilizándose alrededor del 20 por 100. La de 1983 a 1986 ha sido una época de contención del gasto en términos reales. Así, el período 1980-1986 ha tenido una tasa de crecimiento anual acumulativa del 1,0 por 100 (véase el *Anexo Estadístico).*

II. LA POLITICA DEL GASTO PUBLICO DESDE LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (1967) HASTA LA LEY GENERAL DE SANIDAD (1986)

1. Instituciones: el mecanismo de los conciertos

La Ley General de la Seguridad Social estableció, en su artículo 107, párrafos 4.° y 5.°, para la adquisición y dispensación de productos y especialidades farmacéuticas un mecanismo peculiar de «conciertos» entre la seguridad social y los sectores privados interesados, cuyo contenido se resume en los cuadros números 1 y 2.

Como se puede ver, los conciertos se han desnaturalizado, al incluir no sólo pactos de contenido económico, tal y como estableció la Ley, sino también disposiciones que, en puridad, deberían haber sido de derecho necesario por afectar al orden público sanitario. Es importante además tener en cuenta que este régimen es un privilegio, en cuanto constituye excepción a la legislación administrativa ordinaria, especialmente a la Ley de Contratos del Estado. Igualmente se ha de observar que los conciertos favorecen la «cartelización» de la industria y de los farmacéuticos y la constitución de grupos de interés muy cohesionados.

En el ámbito económico, los conciertos con la industria incluyen cláusulas que aseguran a los laboratorios que *todas* las especialidades farmacéuticas autorizadas son financiadas indiscriminadamente con fondos públicos sin ninguna selección por su prioridad (2), establecen descuentos en favor de la seguridad social y regulan el procedimiento de facturación.

Los conciertos con los farmacéuticos, por su lado, también ratifican la imposibilidad de seleccionar al oferente del servicio, lo que la Ley ya dejaba claro al ligar a todas las farmacias con la prestación pública. Además, ratifican contractualmente el monopolio de los farmacéuticos para dispensar, igualmente preestablecido por Ley. La desaparición de los descuentos en 1977 será comentada más adelante. Otras condiciones económicas son muy favorables para los farmacéuticos (pago por la Administración en plazo breve; tasación por los colegios de las «fórmulas magistrales»; disponibilidad para ellos de la información de *marketing* derivada de la facturación). La facturación la realizan materialmente los colegios farmacéuticos a su costa. Hay que anotar que las contraprestaciones de los farmacéuticos (servicios y su calidad) están pactadas con ambigüedad. Este vacío contractual se superpone a una regulación legal insuficiente de sus obligaciones frente a los pacientes. Este vacío es ilógico, ya que el objeto preferente de los conciertos deberían ser las condiciones del servicio por encima de los mínimos legales.

El sistema de conciertos de la Ley General de la Seguridad Social está hoy en quiebra *de facto* y *de iure. De facto* porque los descuentos, núcleo central de los conciertos, son muy pequeños o inexistentes desde hace años. *De iure* también porque la Ley General de Sanidad ha cambiado la financiación indiscriminada de medicamentos y productos sanitarios por una financiación preferencial. Por otro lado, las comunidades autónomas tienen aquí su trascendencia, pues son competentes en la esfera de la gestión de los servicios sanitarios.

2. Selección de productos y servicios

La Ley General de la Seguridad Social y los conciertos, como ha quedado dicho, contienen normas y cláusulas que no dejan ape-

CUADRO N.° 1

CONTENIDO DE LOS CONCIERTOS SEGURIDAD SOCIAL-INDUSTRIA FARMACEUTICA

	Concierto 1967	*Concierto 1972*	*Concierto 1977*	*Concierto 1980*	*Convenio 1981*	*Convenio 1983/ RD 1985*	*Concierto 1986*
1. **Cuestiones técnico-sanitarias**							
1.1. *Selección de productos*							
— Inclusión de *todas* las especialidades en la prestación farmacéutica	Sí	Sí	Sí	—	—	—	Dudoso (de hecho, sí)
— Colaboración con Junta Reguladora para excluir especialidades	—	—	Sí	—	—	—	Sí
1.2. *Policía sanitària*							
— Control publicidad	—	—	Sí	—	—	—	—
— Ensayos clínicos	—	—	Sí	—	—	—	—
— Cautela frente a suspensión de comercialización	—	—	—	—	—	—	Sí
2. **Condiciones económicas**							
— Suministros a hospitales con concurrencia en precios	Sí	—	—	—	—	—	—
— Descuento general (% PVL)	9,36	9,35	9,36	7	5,5	0,0 14.000 millones	1 %
— Información económico-contable de las empresas	—	—	—	—	—	—	Sí
3. **Información**							
— Información estadística sobre consumo disponible para el sector privado	—	—	Sí	—	—	—	—
4. **Procedimiento y eficacia**							
— Potestades inspectoras del INP	Sí	Sí	Sí	—	—	—	Sí
— Organo de seguimiento	Sí	Sí	Sí	—	—	—	Sí
— Faltas y sanciones	Sí	Sí	Sí	—	—	—	Sí
5. **Facturación**	Sí	Sí	Sí	—	—	—	Sí

nas capacidad de decisión al sector público ni en la selección de productos o servicios profesionales ni en la asignación de prioridades de financiación. Todos los productos autorizados, sea cual sea su relevancia y su grado de necesidad terapéutica, son financiados con fondos públicos. Todas las farmacias abiertas o que se abran al público quedan también insertas en la prestación farmacéutica, sin considerar si son o no precisas en el área geográfica de su influencia, y sin que la extensión y calidad de sus servicios estén adecuadamente regulados por la Ley ni por los conciertos.

Es obvio que la selección de medicamentos y productos sanitarios compete a los médicos que los recetan para el mejor tratamiento de sus pacientes, y que, por tanto, el sector público no puede operar ignorando su función. Pero este principio no tiene por qué implicar la pasividad de los órganos responsables del gasto público ni la financiación indiscriminada de todos los productos en el mercado. Cabe diseñar fórmulas de equilibrio que garanticen el libre y responsable ejercicio de los profesionales y de los servicios en el ámbito técnico-sanitario; y, al mismo tiempo, en el ámbito de la financiación, una administración recta y prudente de los escasos fondos públicos.

La inclusión automática de todas las farmacias en la prestación

farmacéutica también supone un factor de descontrol del gasto y permite que una estructura de distribución «de lujo» gravite sobre un presupuesto que quizá debería ser destinado en parte a necesidades más perentorias. El aumento secular del número de farmacias y la consiguiente disminución de sus clientes potenciales y ventas medias les obliga a presionar al alza sus márgenes.

En resumen, el sector público apenas ha podido ejercer la función primaria de todo comprador: seleccionar o, al menos, influir en la selección de los productos y servicios que financia. Además, esta posición pasiva ha limitado radicalmente su poder de negociación a la hora de discutir sobre precios, márgenes comerciales, descuentos, y extensión y calidad de los servicios, al verse obligado a aceptar todos los productos y a todos los oferentes de servicios de dispensación farmacéutica.

3. Precios y descuentos

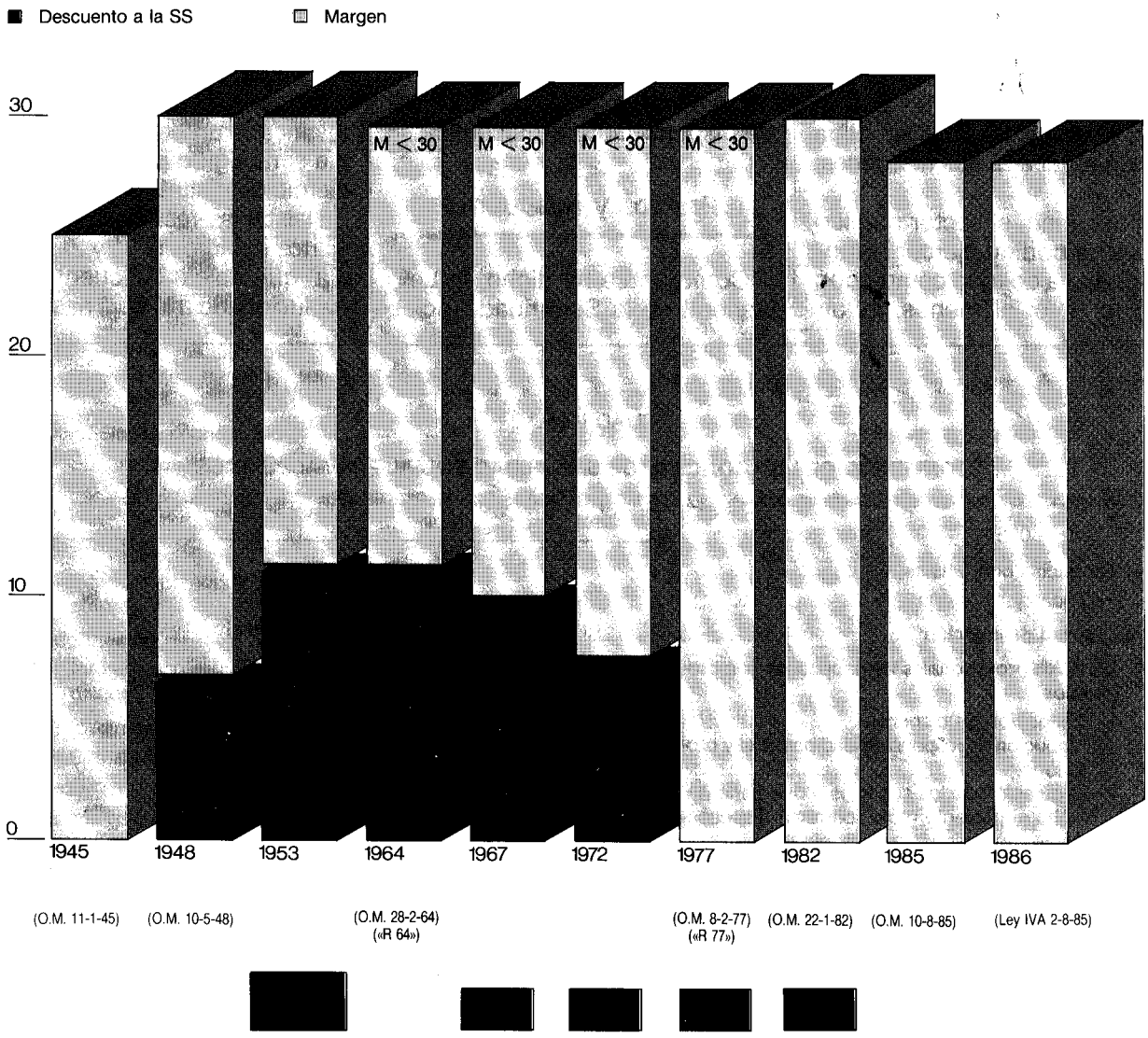
Como ya se ha dicho, la Ley General de la Seguridad Social preveía que se acordaran descuentos a abonar por la industria y por los farmacéuticos, que girarían sobre los precios y márgenes ya intervenidos en régimen de precios autorizados por la Administración del Estado. La filosofía subyacente era que la magnitud de las adquisiciones financiadas por la seguridad social justificaba un descuento que podía ser exigido por el INP, administración distinta a la del Estado. En las tablas-resumen de los conciertos (cuadros n.os 1 y 2) se aprecia que tales descuentos han evolucionado a la baja hasta prác-

CUADRO N.° 2

CONTENIDO DE LOS CONCIERTOS SEGURIDAD SOCIAL-FARMACEUTICOS

	1967	*1972*	*1977*	*1982*
1. **Farmacias contratistas**				
— Todas y cada una	Sí	Sí	Sí	Sí
2. **Libertad de elección**	Sí	Sí	Sí	Sí
3. **Servicios profesionales farmacéuticos comprometidos**				
— Obligación de dispensar	Sí	Sí	Sí	Sí
— Atribución de responsabilidad personal y profesional	Sí	Sí	Sí	No
— Regulación de los servicios a que tiene derecho el paciente (sólo «correcta dispensación», «buen servicio», «procurará»)	No	No	No	No
4. **Normas receta**				
(Modelo, productos incluíbles, causas de nulidad, excepciones, plazo)	Sí	Sí	Sí	Sí
5. **Condiciones económicas**				
— Pago por la Administración en plazo breve.	10 días	10 días	10 días	20 días
— Descuento	11	7,5	No	No
— Coste de la facturación	—	—	Fcos. INP	Fcos.
— Tarifa FMEA	Sí	Sí	Sí	Sí
— Tasación por colegios de las «fórmulas magistrales»	Sí	Sí	Sí	Sí
— Información *marketing* para uso farmacéutico	No	No	Sí	Sí
6. **Garantías del monopolio farmacéutico**	Sí	Sí	Sí	Sí
7. **Implantación visado por INP**	Sí	Sí	Sí	Sí
8. **Organos de seguimiento paritarios amplias facultades**	Sí	Sí	Sí	Sí
9. **Incumplimiento: faltas y sanciones**	No	No	No	No

GRAFICO 1
FARMACIAS: MARGENES Y DESCUENTOS A LA SEGURIDAD SOCIAL



ticamente desaparecer. La industria abonaba un descuento «general» y un *rappel* (descuento «complementario»). La inflación acelarada de los años setenta y los retrasos en las revisiones de precios para compensar los aumentos de costes fueron los argumentos de la industria para reducir los descuentos que abonaba. Por otro lado, su justificación apareció cada vez menos clara para un Ministerio que englobaba al INSALUD y que intervenía los precios.

Las ventajas e inconvenientes de los descuentos abonados por la industria pueden resumirse así:

Ventajas

— Efecto «óptico»: se pagan «precios más bajos» que los del mercado.

— El descuento sobre el nivel *actual* de precios supone, en cada momento, un ahorro cierto y previsible.

— Operan de forma simple y barata.

Inconvenientes

— Contra los descuentos son exigidas contrapartidas y justifican situaciones diversas.

— Tienden a ser compensados en los precios.

— Son un elemento de confusión en las negociaciones sobre precios.

— Tienden a escindir dos facetas inseparables del proceso de adquisición de medicamentos: el poder de negociación del Estado como gran comprador y la determinación del precio. Pueden servir de excusa al órgano que negocia precios para no ser riguroso y a la entidad financiadora para desentenderse de los problemas de la intervención de precios.

Los farmacéuticos abonaban un descuento del 6,66 por 100 del PVP desde 1948. En 1953, por convenio, se elevó al 11,32 por 100 del PVP. En 1967 quedó ligeramente por debajo del 11 por 100, y en 1972 en el 7,5 por 100. El concierto de 1977 lo rebajó a cero, una de las decisiones más costosas para el sector público de toda la historia del seguro de enfermedad. Desde entonces no ha vuelto a instrumentarse ningún descuento de los farmacéuticos, siendo así que tiene mucho más sentido que el de la industria, pues el margen de los farmacéuticos gira sobre precios crecientes. El gráfico 1 permite apreciar la evolución de márgenes y descuentos.

4. Incentivos y cofinanciación privada: la contribución de los enfermos

La contribución de los pacientes o aportación de los beneficiarios, esto es, la parte del precio de las medicinas que pagan al retirarlas en las farmacias, cuando no existían los problemas de déficit público que aquejan a las economías occidentales en la actualidad se planteaba *como un «ticket moderador» del consumo* y, por tanto, de cuantía forzosamente reducida. A esta medida y a la filosofía que tiene detrás se opone un argumento económico de peso: la demanda de medicamentos es muy poco sensible a las variaciones en los precios, por la inexistencia de soberanía del consumidor, ya que quien decide es el médico, y por la muy baja elasticidad-precio de la demanda, debido a la importancia que se atribuye a la salud personal.

También se oponen razones sanitarias. La contribución es un incentivo negativo para el paciente que se espera que influya, a través de él, sobre el médico. Pero como es éste quien decide el producto, sólo será eficaz si el paciente tiene ascendiente sobre la voluntad del médico. Esta no suele ser la situación más común con una población de bajo nivel cultural, con la asistencia sanitaria primaria insuficientemente organizada y con un nivel de información de los médicos sobre precios de los medicamentos limitado.

Este elemento espurio en la relación médico/paciente seguramente propicia fenómenos de inobservancia o incumplimiento de los tratamientos quizá muy costosos.

Más recientemente, y desde luego en España, se pasó de una pequeña tasa disuasoria a una auténtica cofinanciación, por motivos recaudatorios. Las objeciones son:

a) Es una vía de recaudación y financiación regresiva. Su hecho imponible es la enfermedad y no la capacidad de pago. Todos, pobres o ricos, pagan lo mismo, luego en términos de capacidad contributiva aporta más quien menos tiene.

b) Puede tener un efecto perverso. Se pasa de una sola fuente de financiación —los fondos públicos sometidos a restricción presupuestaria— a disponer de dos fuentes de financiación, una de ellas no sometida a dicha restricción: el bolsillo de los ciudadanos. La contracción del déficit público a que da lugar la traslación hacia el sector privado puede producir un espejismo en las autoridades, que tenderán a aflojar los controles que, por otras vías, se imponen al consumo de medicamentos. Por su lado, la industria quizás incremente sus campañas de promoción. El resultado puede ser que el gasto en medicamentos no disminuya o se incremente a medio plazo. Este parece que fue el desarrollo de los acontecimientos en nuestro país cuando, en 1978 y 1980, se elevó significativamente la contribución de los enfermos.

En España, dos estudios econométricos apoyan las opiniones anteriores. El primero de ellos plantea un modelo lineal del consumo físico de medicamentos (número de envases por persona), tomando como variables explicativas: renta disponible, *ticket* moderador, variable ficticia que recoge la política de información a los médicos y precio medio por envase. Concluye que

«... si se desea actuar conteniendo el gasto de farmacia, la variable de mayor efecto... sería el precio, ya que se descarta la posibilidad de influir sobre población y renta, y la variable de menor efecto sobre el gasto es el *ticket* moderador» (3).

El otro modelo considera como factores explicativos del gasto y el consumo farmacéuticos el precio, la renta y el coste que paga el usuario. Además, introduce una variable *dummy* que representa los efectos de la política informativa a los médicos. La conclusión es que «la elasticidad del consumo farmacéutico ante el precio pagado por el usuario es bastante reducida. El descenso del consumo, caso de producirse, no se reparte equitativamente entre los distintos grupos de rentas, ni existe evidencia de que se reduzca el consumo terapéuticamente inadecuado» (4).

III. NUEVAS PERSPECTIVAS: LA LEY GENERAL DE SANIDAD

Con la Ley General de Sanidad, aprobada en 1986, entramos en una nueva etapa para la política del gasto de prestación farmacéutica, todavía no plenamente consolidada ni en los textos legales ni en las decisiones ejecutivas, pero de la que ya cabe señalar los principales rasgos.

1. Intervención de precios y fomento de la transparencia

Los fallos del mercado presentes en el sector farmacéutico justifican la intervención administrativa de los precios, que en España se practica para los productos de nueva comercialización desde 1939, y desde 1977 con revisiones para compensar inflación y aumentos de costes. La opinión general es que esta intervención debe continuar, pero liberalizando algunos submercados en los que puede funcionar la competencia (medicamentos genéricos, compras de hospitales, productos antiguos, etcétera).

En efecto, la corrección de los fallos del mercado puede conseguirse por otras vías, especialmente fomentando la transparencia y la circulación de información. En España se han dado algunos pasos, pero aún se debe avanzar por este camino, menos costoso y más flexible que el intervencionismo administrativo:

— Más información farmacológica y sobre precios para médicos y farmacéuticos.

— Promoción de productos genéricos, o sea, aquellos que se comercializan bajo denominación común internacional y no bajo marca de fantasía, y cuya patente ha caducado. Con ello desaparecen dos importantes obstáculos a la competencia en precios, y los medicamentos genéricos son más baratos. También evitan confusión en los profesionales sanitarios, que pueden identificarlos mejor.

En España se ha comprobado que en 1981 sólo existían 107 genéricos «con marca» (el nombre del fabricante) frente al gran número de especialidades puestas en el mercado bajo marca comercial. El consumo nacional en genéricos está muy lejos de las cuotas de mercado que absorben en Estados Unidos y Alemania (20 ó 30 por 100). También se ha comprobado la baratura de los genéricos: los de marca resultan entre el 6 y el 7 por 100 más caros (5).

— Sustitución por los farmacéuticos de marcas referidas a productos iguales. Posibilitada por el Real Decreto 1.910/1984, de 26 de septiembre, de receta médica, aún es poco practicada.

— Adquisición por métodos que permitan la concurrencia al comprar los medicamentos para hospitales. El Ministerio de Sanidad, en pequeñas compras y algunos hospitales, ha iniciado esta vía, pero es necesario generalizarla.

El actual sistema de remuneración de los farmacéuticos (margen comercial proporcional a los precios de salida de fábrica) tiene efectos inflacionistas, no prima el mejor servicio y proporciona ingresos demasiado altos en el caso de productos de alto precio. Existen diversas posibilidades de reforma: fórmulas decrecientes con el precio, independientes de éste y relacionadas con los actos de dispensación, y mixtas.

2. Financiación pública selectiva y no indiscriminada

La Ley 14/1986, General de Sanidad, de 25 de abril, ha establecido un nuevo *régimen de financiación preferencial* de medicamentos y productos sanitarios con fondos públicos a cargo del Sistema Nacional de Salud. No todos los medicamentos disponibles en un país y en un momento histórico concreto son igualmente necesarios. Algunos medicamentos merecerán, con justeza, el calificativo de prioritarios, por ser seguros, eficaces y de calidad, y por atender una patología relevante. En la termino-

logía de la Organización Mundial de la Salud, son los medicamentos esenciales. En el otro extremo del espectro nos encontramos con medicamentos no necesarios, ya sea por ir destinados a paliar molestias leves, por ser productos de dudoso efecto terapéutico o por tratarse de medicamentos sofisticados y caros que se usan para indicaciones en las cuales su utilidad terapéutica no ha sido probada plenamente.

Para determinar los medicamentos a sufragar con cargo a fondos públicos, nunca ilimitados, la solución más interesante es la que otorga a la financiación un carácter preferencial relacionándola con la prioridad sanitaria. Surgen así fórmulas más rígidas de «lista positiva», restringida a los medicamentos explícitamente enumerados, y fórmulas menos rígidas de «lista negativa» en las que se financian todos los medicamentos autorizados, a excepción de los expresamente excluidos. En uno y otro caso coexisten medicamentos autorizados financiados y no financiados con fondos públicos. Tal situación es perfectamente racional en los estados de bienestar con economía de mercado. El médico ejercita, en interés del paciente, su libertad de prescripción, eligiendo para el tratamiento cualquiera de los medicamentos autorizados, y la financiación con fondos públicos, siempre escasos, se orienta, como en el caso de otros bienes de provisión pública, a objetivos prioritarios en los que la relación de eficiencia es superior.

A la financiación preferencial pueden atribuirse las *ventajas* siguientes:

— Orienta hacia el uso racional de los medicamentos, al situar los incentivos económicos en la dirección correcta de la selección racional.

— Puede liberar recursos utilizables para otros objetivos sanitarios.

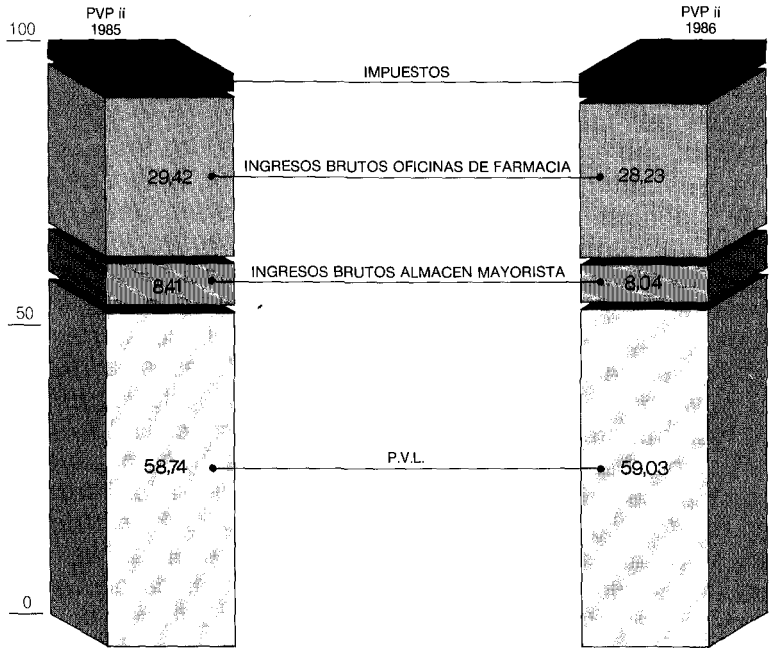
— No se condicionan las licencias de comercialización a problemas financieros.

— Proporciona un margen de flexibilidad útil para modular las decisiones de la Administración y de las propias empresas farmacéuticas.

— Orienta las decisiones estratégicas de las empresas farmacéuticas hacia las inversiones y la investigación sanitaria y socialmente más eficientes.

En Europa, en los tiempos más recientes, se está prestando especial atención al sistema de financiación preferencial de «lista negativa». Se tiende a no financiar con fondos públicos los medicamentos para «molestias leves», productos de dudoso efecto terapéutico y productos sofisticados para prescripciones cuya

GRAFICO 2
DISPENSACION DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS POR OFICINAS DE FARMACIA: REPARTO DEL INGRESO BRUTO



utilidad no ha sido probada. Este es el sistema que establece la Ley General de Sanidad en su disposición adicional quinta.

3. Cofinanciación privada

La contribución de los pacientes no debe configurarse, ni por razones políticas ni por razones técnicas, como eje de un programa de control del gasto farmacéutico, y menos aún de fomento del uso racional de medicamentos. Sin embargo, como, por motivos históricos y de suficiencia financiera, es difícil prescindir de la contribución, parece oportuno regularla, aunque en un sentido limitativo, manteniendo el principio de que el grueso de la financiación siga siendo público y no privado. Se debe incluir como instrumento de gestión y financiación subsidiario, señalándole un tope cuantitativo máximo y modulándolo con criterios que tengan en cuenta las necesidades especiales de ciertos colectivos sociales, la gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías y la capacidad de pago.

4. Relaciones equilibradas sector público-sectores privados

Frente al régimen que estableció la Ley General de la Seguridad Social, hay que buscar un mayor equilibrio y evitar la cartelización de los sectores privados suministradores de productos o servicios. En particular, las medidas de contención del gasto que puedan ser necesarias deberán distribuir equitativamente el peso del ajuste entre todos ellos:

— Industria farmacéutica.
— Distribuidores mayoristas.
— Oficinas de farmacia.
— Médicos.
— Consumidores.
— Sector público.

El gráfico 2, en el que se representa la composición del precio final, incluidos impuestos, abonado por la seguridad social/Sistema Nacional de Salud, demuestra cuáles son los sectores que perciben renta con cargo al gasto farmacéutico. No debe olvidarse que entre ellos está la hacienda pública.

En casi todos los países occidentales, las relaciones entre las autoridades sanitarias y la industria farmacéutica tienen un carácter especial, debido a la fuerte intervención administrativa: regulación del acceso al mercado (registro de especialidades farmacéuticas) e intervención de precios. Esa especial relación puede dar lugar a un sometimiento del interés público a los intereses privados. Pero también puede construirse sobre un equilibrio si se tiene una política clara y se toman las decisiones pertinentes con transparencia informativa.

Ejemplo característico es el Reino Unido, donde se sigue una política de concertación en materia de precios desde principios de los años 50, con la filosofía de que el Ministerio de Sanidad funciona como *sponsor for the industry*. Treinta años de experiencia demuestran que la industria farmacéutica británica es de las más avanzadas, con importantes niveles de producción, empleo, innovación y lanzamiento de productos de alta tecnología. Por su lado, el gasto en medicamentos del Sistema Nacional de Salud británico es, en términos relativos, uno de los más bajos.

En España se sigue, desde hace años, una política de este tipo, con actuaciones informales relacionadas con el registro de especialidades farmacéuticas (impulso al otorgamiento de licencias por empresas transnacionales a nacionales) y revisiones de precios que priman investigación, fabricación local y exportación. El plan de fomento de la investigación en la industria farmacéutica, aprobado por acuerdo de la Comisión Delegada para Asuntos Económicos de 28 de mayo de 1986, es una seria iniciativa en esta misma dirección.

Por lo que se refiere a las farmacias, también es importante mantener una política de concentración y patrocinio por la Administración pública. Se ha repetido hasta la saciedad que estos 18.000 profesionales constituyen un potencial con elevada formación, pero insuficientemente aprovechado en el sistema sanitario. Es imprescindible poner a contribución sus facultades, pues las necesidades sanitarias relacionadas con los medicamentos no están, ni mucho menos, cubiertas. Por otra parte, este colectivo, en el futuro inmediato, va a tener importantes problemas, dado el gran número de oficinas de farmacia y escasos clientes potenciales, así como la dificultad de que mejoren —por sí solas— las condiciones de ejercicio profesional. De ahí la necesidad de abrir las vías de colaboración con las estructuras de atención primaria, para lo cual el apoyo de la Administración pública y el establecimiento de incentivos profesionales y económicos serán decisivos.

NOTAS

(*) Ponencia presentada en el Seminario «El gasto público en España: Tendencias, efectos y racionalidad», dirigido por el Prof. Fuentes Quintana, UIMP, Santander, 1988.

(1) Entenderemos por gasto público de la prestación farmacéutica el gasto ocasionado por medicamentos y otros productos sanitarios dispensados por recetas médicas a través de oficinas de farmacia del Sistema de la Seguridad Social. Quedan, pues, excluidos los adquiridos por las instituciones sanitarias abiertas (ambulatorios, centros de salud, consultorios) o cerradas (hospitales) y otras compras públicas de medicamentos (por ejemplo, vacunas para campañas del gobierno central y de las CC.AA.), de importancia cuantitativa menor. Por el contrario, se incluyen los llamados «efectos y accesorios», que no son medicamentos, sino productos sanitarios incluidos por la Ley General de la Seguridad Social en la prestación farmacéutica.

(2) Excepto en el de 1986. El artículo 108 de la LGSS excluye algunos productos marginales.

(3) I. Cruz-Roche, «Financiación y control del gasto farmacéutico», en Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios: *Uso racional y financiación pública de los medicamentos en Europa,* Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1986.

(4) J. Puig i Junoy, «Gasto farmacéutico en España. Efectos de la participación del usuario», *Investigaciones Económicas,* 1988.

(5) A. Arias González, M. T. Olmedo, G. García Roz, A. García Iñesta, E. Granda y J. L. Valverde, «La utilización de genéricos en España», comunicación presentada al XXVII Congreso de la AEFH, Granada, septiembre 1982.

ANEXO ESTADISTICO

TABLA 1

EL GASTO PUBLICO DE LA PRESTACION FARMACEUTICA
(Millones de pesetas corrientes)

AÑOS	1 POR RECETAS DE ESPECIALIDADES		2 POR RECETAS DE F. E. Y A. (*)		3 TOTAL CONSUMO 3 = 1 + 2		4 CONTRIBUCION DE LOS ENFERMOS		5 GASTO PUBLICO EN ASISTENCIA FARMACEUTICA PRIMARIA 5 = 3 — 2	
	Valor absoluto	% año anterior	Valor absoluto	% año anterior	Valor absoluto	% año anterior	Valor absoluto	% año anterior	Valor absoluto	% año anterior
1980	121.859	—	4.584	—	126.443	—	22.122	—	104.321	—
1981	145.665	19,5	6.484	41,4	152.149	20,3	28.856	30,4	123.293	18,2
1982	172.985	18,8	9.330	43,9	182.315	19,8	31.249	8,3	151.066	22,5
1983	189.353	9,5	9.806	5,1	199.159	9,2	32.390	3,7	166.769	10,4
1984	200.128	5,7	11.578	18,1	211.707	6,3	33.359	3,0	178.348	6,9
1985	219.459	9,7	14.934	29,0	234.393	10,7	35.481	6,4	198.912	11,5
1986	230.044	4,8	19.344	29,5	249.388	6,4	35.293	(—0,5)	214.095	7,6
TASA ANUAL ACUMULATIVA DEL PERIODO	11,7		27,12		12,0		8,1		12,7	

(*) Fórmulas magistrales, efectos y accesorios.

Fuente: INSALUD, Servicio de Prestaciones Farmacéuticas, *Prestación farmacéutica por receta* e *Indicadores de la prestación farmacéutica,* mes de diciembre de los años 1980, 1981 y 1982, volumen 1, n.° 7, de diciembre 1983; volumen 2, n.° 12, de diciembre 1984; volumen 3, n.° 12, de diciembre 1985, y volumen 4, n.° 12, de diciembre 1986.

TABLA 2

EL GASTO PUBLICO DE LA PRESTACION FARMACEUTICA

(Millones de pesetas constantes de 1976)

AÑOS	1 POR RECETAS DE ESPECIALIDADES		2 POR RECETAS DE F. E. Y A. (*)		3 TOTAL CONSUMO 3 = 1 + 2		4 CONTRIBUCION DE LOS ENFERMOS		5 GASTO PUBLICO EN ASISTENCIA FARMACEUTICA PRIMARIA 5 = 3 — 2	
	Valor absoluto	% año anterior	Valor absoluto	% año anterior	Valor absoluto	% año anterior	Valor absoluto	% año anterior	Valor absoluto	% año anterior
1980	61.144	—	2.300	—	63.444	—	11.100	—	52.344	—
1981	63.804	4,4	2.840	23,5	66.644	5,0	12.640	13,9	54.004	3,2
1982	66.227	3,8	3.572	25,8	69.799	4,7	11.964	(—5,3)	57.835	7,1
1983	64.604	(—2,5)	3.345	(—6,4)	67.949	(—2,7)	11.051	(—7,6)	56.898	(—1,6)
1984	61.370	(—5,0)	3.550	6,1	64.920	(—4,5)	10.230	(—8,9)	54.691	(—3,9)
1985	61.854	0,8	4.209	18,6	66.063	1,8	10.000	(—2,2)	56.063	2,5
1986	56.628	(—3,6)	5.014	19,1	64.641	(—2,2)	9.148	(—8,5)	55.494	(—1,0)
TASA ANUAL ACUMULATIVA DEL PERIODO	(—0,4)		13,9		0,3		(—3,1)		1,0	

(*) Fórmulas magistrales, efectos y accesorios.

Fuentes: INE, *Indicadores de de coyuntura.* IPC media anual índice general 1976 = 100. INSALUD, Servicio de Prestaciones Farmacéuticas, *Prestación farmacéutica por receta* e *Indicadores de la prestación farmacéutica,* mes de diciembre de los años 1980, 1981 y 1982, volumen 1, n.° 7, de diciembre 1983; volumen 2, n.° 12, de diciembre 1984; volumen 3, n.° 12, de diciembre 1985, y volumen 4, n.° 12, de diciembre 1986.

TABLA 3

PARTICIPACION DEL GASTO PUBLICO DE LA PRESTACION FARMACEUTICA EN EL GASTO TOTAL Y EN EL DE ASISTENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

(Miles de millones de pesetas)

AÑOS	1 Gastos netos de la seguridad social (1)	2 Gasto en asistencia sanitaria de seguridad social (2)	3 Gasto público de la prestación famacéutica	4 4 = 3/1 × 100	5 5 = 3/2 × 100
1981	2.097,20	639,90	123,29	5,9	19,3
1982	2.459,00	732,40	151,06	6,1	20,6
1983	2.843,50	819,10	166,77	5,9	20,4
1984	3.186,70	870,50	178,35	5,6	20,5
1985	3.580,90	977,50	198,91	5,5	20,3
TASA ANUAL ACUMULATIVA DEL PERIODO	14,3 %	11,2 %	12,7 %	—	—

Fuente: (1) y (2) Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Dirección General de Régimen Económico de la Seguridad Social, *Liquidación del Presupuesto de la Seguridad Social 1985,* pág. 110; (3), (4) y (5) Tabla 1.