

POLÍTICA ECONÓMICA DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA PÚBLICA EN ESPAÑA. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

PROF. FÉLIX LOBO

*Departamento de Economía y Seminario de
Estudios Sociales de la Salud y los Medicamentos
Universidad Carlos III de Madrid*

1.- Introducción

Este trabajo resume y analiza las medidas de política económica aplicadas a la prestación de medicamentos, en el marco de la asistencia sanitaria pública en España, desde que en 1942 se crea el Seguro Obligatorio Público de Enfermedad hasta la reciente Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios (BOE del 27 de julio de 2006), que por ser muy reciente no entrará ya en nuestro análisis^[1].

Sus objetivos son proporcionar una descripción comprensiva pero muy concisa de la evolución de dichas medidas; identificar los períodos o fases en los que esta evolución puede ser dividida; valorar medidas y reformas adoptadas desde el punto de vista de su potencial para aumentar la eficiencia económica y dar un marco de referencia a estudios empíricos más detallados.

La eficiencia de la prestación farmacéutica es una cuestión muy relevante pues siempre ha absorbido una masa de recursos grande en términos absolutos. “El gasto farmacéutico del sector de las CC.AA. del SNS, que incluye tanto los productos prescritos mediante recetas médicas como el consumo de productos farmacéuticos en los hospitales, prácticamente ha duplicado su volumen entre 1999 y 2005, pasando de 7,38 millones de euros en 1999 a 12,06 en 2004 y 13,05 en 2005. (Grupo de Trabajo de la Conferencia de Presidentes sobre Gasto Sanitario 2007, p. 543).

[1] Ya puede, sin embargo, leerse un excelente resumen de su posible repercusión en Costa y MacDaid (2006).

También representa una parte notable de los recursos dedicados a asistencia sanitaria. “En términos porcentuales, su presencia en la composición del gasto sanitario total del sector siguió una línea ascendente hasta los años 2003 y 2004, en los que se estabiliza en torno al 28,9% del gasto total, para descender su peso a un 28,6% en 2005. Este comportamiento se debe a la evolución del gasto a través de receta, dada su mucho mayor magnitud, que representa en torno al 80% del gasto farmacéutico total. No obstante... el gasto farmacéutico hospitalario no ha dejado de crecer en el periodo estudiado” (Ibíd.).

En cuanto a la evolución del gasto en los tiempos más recientes “los años noventa se iniciaron con unos incrementos porcentuales del 17,1% y del 14,9% en 1991 y 1992, respectivamente, continuando con la tendencia de elevados aumentos que se venían produciendo desde 1986. En el año 1999, el gasto farmacéutico público del Sistema Nacional de Salud a través de oficinas de farmacia presentó un incremento del 9,95%, situándose por debajo de la tendencia observada en los últimos años. Esta situación ha continuado manifestándose durante los siguientes años, presentándose una tasa de crecimiento del 12,15% en el año 2003. El impacto de (las medidas adoptadas) ha permitido que desde el año 2004 se abandone la tendencia de los años anteriores con un crecimiento del gasto farmacéutico del 6,42%, y una tendencia a la moderación que continúa en el año 2005 con un incremento del 5,63% del gasto (Ibíd. Pág. 557).

Además, los mercados farmacéuticos son mercados en general imperfectos en los que, en ausencia de regulación no cabe esperar un equilibrio competitivo.

La prestación farmacéutica pública tiene ya sesenta y cinco años, un amplio periodo histórico para una institución económica. Su misma permanencia, su fundamental estabilidad –al menos en una parte sustancial de su existencia– y su desarrollo cuantitativo y cualitativo se explican por cinco factores decisivos. En primer lugar, por el formidable avance tecnológico de la investigación biomédica y de la industria farmacéutica, que ha generado un flujo, más o menos continuo, de medicamentos nuevos y eficaces.

Segundo, en estos largos años la economía española ha experimentado un acelerado progreso económico. Este proceso de crecimiento ya despuntó a mediados de los años cincuenta del pasado siglo, se aceleró extraordinariamente en los años sesenta y primeros setenta, se estancó relativamente en la época de las grandes turbulencias energéticas, agravadas en nuestro país por problemas internos (1974-1984); volvió a crecer pujante, especialmente desde 1986; sufrió un pronunciado nuevo valle en 1993 y desde 1994 hasta la actualidad – 2007– disfruta de un crecimiento sostenido y más acelerado que el de

la economía de la Unión Europea (véase MYRO 2003). Un país en 1988 atrasado, en cincuenta años se ha transformado profundamente y hoy se sitúa entre los más adelantados del mundo.

El aumento de la población y su envejecimiento es el tercer factor. Conviene destacarlo porque la evolución de la demanda de medicamentos en buena medida se explica por estas dos variables. Según datos del censo (INE) en 1950 España tenía 28 millones de habitantes, 34.0 en 1970, 38.8 en 1991, 40.8 millones en 2001 y en 2006 45 millones, según las últimas cifras del padrón. Al rápido crecimiento de los últimos años ha contribuido decisivamente la inmigración. El envejecimiento es una tendencia también clara. El porcentaje de mayores de 65 años ha pasado de 9,7 en 1970 a 14 en 1990 y 17 en 2001 (INE).

Sin crecimiento económico el cuarto factor decisivo no se hubiera podido dar. Este factor no es otro que el desarrollo del Estado del Bienestar español, que si bien en ciertas dimensiones no ha alcanzado a otros países, sí que ha tenido una clara y temprana “especialización” en la asistencia sanitaria. Este es precisamente el quinto de los factores decisivos: el desarrollo de un sistema sanitario público potente que da sus primeros balbucesos ya en los años cuarenta del pasado siglo, que en la década de los sesenta desarrolla una red hospitalaria y en los ochenta una red de atención primaria ambas sobresalientes, que experimenta, desde los ochenta hasta su culminación en 2002, un proceso de descentralización de las decisiones en las comunidades autónomas y que se financia con cargo al fondo general de impuestos. La prestación farmacéutica, tal y como la conocemos hoy, es causa y efecto, al mismo tiempo de esta evolución de la asistencia sanitaria.

Por lo dicho más arriba no puede extrañar que el mercado farmacéutico español sea relativamente grande: Es el sexto del mundo, de modo que España es uno de los países de mayor consumo de medicamentos. Además, es financiado en un 80% con fondos públicos y se observa un crecimiento en el gasto público en medicamentos superior al aumento promedio del gasto sanitario público y del PIB. Entre 1985 y 1999 el primero aumentó 6.2 veces, el gasto público sanitario 4.2 veces y el PIB 3,8 veces^[2].

2.- Tres etapas en la evolución de la prestación farmacéutica y fundamental estabilidad

Los puntos de referencia que adoptamos para valorar si se aprecian cambios en la regularización son dos. Por un lado, atendemos al modelo de la presta-

[2] Ministerio de Sanidad y consumo: Estadísticas del gasto sanitario.

ción definido por sus características “internas”: grado de cobertura del aseguramiento, presencia o no de copago, incentivos a la eficiencia del lado de la demanda y tipo y grado de la intervención de precios. Por otro, nos fijamos en el predominio. Bien de intervenciones directas y muy intensas del Estado, bien de opciones que dejan jugar más libremente y reafirman las fuerzas del mercado y la competencia.

Identificamos así tres grandes períodos en su evolución:

- A) 1944-1967, fase inicial de asentamiento. Ambas fechas jalonan dos modelos bien distintos de la Prestación farmacéutica. Este período se caracteriza por una cobertura reducida, ausencia de copago, intervención de precios, escasos incentivos para los demandantes y fuerte predominio de las medidas directamente intervencionistas.
- B) 1967-1993, etapa de gran desarrollo. Es un largo período en el que se mantiene, con sorprendente estabilidad, un modelo de Prestación farmacéutica con cobertura total, copago que es aumentado significativamente en 1997, perdurando la estricta intervención de precios y los escasos incentivos para los demandantes.
- C) 1993 hasta la actualidad. Época en la que se mantienen los rasgos “internos” del modelo anterior, pero se introducen elementos de mercado en los mecanismos de regulación e incentivos a la eficiencia del lado de la demanda, antes nunca ensayados.

Como se ve, son etapas de larga duración que responden a una acusada estabilidad de la regulación de la prestación farmacéutica que cambia muy poco o muy lentamente.

¿Cómo se relacionan estas etapas con la evolución económica general del país y, en particular, con la de nuestro Estado del Bienestar? La primera etapa es de política económica autárquica y estancamiento económico. La prestación farmacéutica surge muy pronto como componente del Seguro Obligatorio de Enfermedad. La segunda etapa aproximadamente se inicia coincidiendo con las grandes reformas económicas de finales de los cincuenta del pasado siglo (Plan de Estabilización) y con la inauguración de un nuevo Sistema de Seguridad Social (Ley de Bases de Seguridad Social de 1963) y se prolonga con la época de gran crecimiento económico que se cerraría con las crisis del petróleo. La instauración de un copago sustancial se produce en los Pactos de la Moncloa (1977), como una de sus medidas de saneamiento económico y control del gasto público que fundamentaron el ulterior crecimiento, pero el modelo de prestación no se altera en lo demás.

La tercera etapa está relacionada con la pujanza de las ideas liberalizadoras y la reforma de nuestro seguro sanitario que con la Ley General de Sanidad se hace plenamente universal, se financia totalmente con impuestos (desde 1999) y se descentraliza en las Comunidades Autónomas. Los cambios en la prestación son, sin embargo, limitados y consisten en la aplicación de algunas medidas de refuerzo de la competencia.

Veamos ahora con detalle estas fases.

3.- 1942-1967: comienzos y asentamiento de la Prestación farmacéutica

En 1942 se promulga la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad, cuya aplicación se hace efectiva en 1944. En este período, de graves dificultades económicas y políticas, el desarrollo del "SOE" es incipiente. Al principio tiene todavía rasgos propios de la beneficencia, para evolucionar hacia una institución propia del Estado del Bienestar moderno^[3]. Las medidas de política económica aplicadas durante este período a la Prestación farmacéutica fueron las siguientes:

Por el lado de la oferta se establece, ya en 1939, es decir antes de la creación del "SOE", y para todo el mercado farmacéutico, un control de precios por las autoridades, en principio muy estricto, en dos sentidos:

A) Control de los precios de todos los productos que se introducen en el mercado que se autorizan al mismo tiempo que se otorga la licencia sanitaria de comercialización. Esta fuerte intervención estatal aplica un método "cost plus", es decir, se trata de determinar el coste "real" de los productos, por adición de los costes en los que se incurre en las distintas fases de producción y un margen de beneficio industrial también dictado por la administración. Los márgenes comerciales de la distribución mayorista y minorista también eran fijados por el gobierno.

Destaquemos que esta política, en sus líneas generales continúa aplicándose en la actualidad, incluso en cuanto al método "cost plus", siendo así los medicamentos uno de los muy pocos productos cuyos precios hoy están sometidos a autorización administrativa. Subrayemos también que, si bien la intervención pública puede aquí encontrar un fundamento en

[3] Comprende "prestaciones sanitarias y económicas y ... comienza a aplicarse únicamente a productores económicamente débiles de la industria y el comercio, con financiación tripartita de tipo bismarckiano y gestión pública a carga del Instituto Nacional de Previsión. Desde sus primeros pasos recibe la colaboración de entidades privadas y de servicios con certados". (Velarde Fuertes, 1990, pág. 204).

las imperfecciones del mercado farmacéutico y la importancia social de los medicamentos, el método de fijación del precio intervenido (adición de costes calculados producto a producto) quedó desacreditado hace tiempo por su falta de apoyatura en los principios económicos y sus dificultades prácticas^[4].

- B) La intervención se completaba con la congelación “sine die” de los precios autorizados. Otro arbitrio difícil de compaginar con la cambiante y dinámica realidad de los mercados... y de la inflación de la época. Este esquema de intervención generó incentivos no previstos que distorsionaban las políticas empresariales de lanzamiento de nuevos productos al mercado. En efecto, como ya mostrara ROLDÁN (1966), las compañías, con el objetivo de evadir el control de precios, incrementaban y aceleraban los lanzamientos de nuevos productos, haciéndolos rotar rápidamente, con consecuencias económicas y también sanitarias perniciosas. Entre ellas la proliferación de productos, muchos de diseño sin justificación farmacológica (como la mayoría de las entonces numerosas asociaciones de sustancias activas) y que creaba confusión en médicos y pacientes.

Otra debilidad de los controles de precios es que no regulan las cantidades demandadas de forma que se minimice el gasto total, sino que, cuando actúan solos, originan un efecto perverso de expansión del consumo, ya que una promoción de las ventas exacerbada es la vía que ven abierta las empresas para aumentar su facturación. Los datos para países de Europa indican que los que tradicionalmente han utilizado controles de precios, como los ubicados al sur del continente, observan valores de consumo superiores al promedio.

Por el lado de la demanda, la característica decisiva de la prestación era la financiación selectiva, es decir, la financiación pública sólo alcanzaba a los medicamentos incluidos en una lista positiva –conocida como “Petitorio”– establecida por el asegurador como instrumento –tanto más eficaz cuanto más reducida es la lista– para controlar el gasto en medicamentos. Era ésta una característica que parece acorde con la situación de penuria económica del país en la época. Hasta 1954 se aplicó el Petitorio de la Beneficencia. En esa fecha entró en vigor una lista (positiva) elaborada por el INP muy selectiva; en 1960 se aprobó otra muy ampliada y en 1965 una tercera tan liberal que prácticamente supuso el fin de la idea del Petitorio, que se suprimió formalmente en 1967.

[4] Sobre sistemas de intervención de precios de los medicamentos en general debe leerse Puig Junoy (2002) y Rovira y Darbá (2002).

4.- 1967-1993: gran desarrollo de la prestación y expansión del gasto

A fines de los años cincuenta y principios de los años sesenta, se define un nuevo modelo de Política económica de medicamentos que va a permanecer en vigor nada menos que 40 años^[5]. Se anuncia primero por un Decreto de 7 de marzo de 1958 y se consagra en 1963 por la Ley General de Seguridad Social, base legal del incipiente pero ascendente Estado del Bienestar de la época del desarrollo español acelerado de los años sesenta y principios de los setenta, y que concreta el “segundo viraje” histórico de nuestra Seguridad Social, en palabras del profesor Velarde. “Significo esta disposición que apareciese entre nosotros por primera vez, un sistema integrado de Seguridad Social. Los principios de la reforma –su desarrollo duró de 1963 a 1966– fueron, esencialmente, la estatificación; la gestión mucho más unificada del sistema; la exclusión el ánimo de lucro; la función redistribuidora de la renta; la solidaridad social conjunta; la coordinación de los servicios sociales ... finalmente la universalización paulatina...”. (Velarde Fuertes, 1990. Pág. 390). En cuanto a su financiación “...era esencial ... pasar del régimen de capitalización ... a uno de reparto...” (Ibíd. Pág 387).

Por el lado de la oferta continúan perviviendo los mismos mecanismos de regulación que en la fase anterior: la intervención de precios, con método de control de costes, beneficios y márgenes para los productos de nueva introducción en el mercado y su congelación posterior^[6]. Pero desde 1973 cambia una circunstancia fundamental. Los procedimientos de evolución, autorización y registro de los medicamentos que las empresas quieren comercializar se hacen en España más exigentes, de acuerdo con las tendencias de los países desarrollados y en particular de la Unión Europea, en búsqueda de crecientes cotas de seguridad, eficacia y calidad para proteger a los consumidores. Así, el margen de maniobra de las empresas oferentes para comercializar nuevos productos se reduce y los costes implícitos en la observancia de la regulación aumentan, entre ellos uno muy importante, el tiempo necesario para conseguir una autorización de puesta en el mercado. La acele-

[5] En Lobo (1992) puede leerse un estudio de los datos de consumo público; un análisis de la política de la asistencia farmacéutica entre la Ley General de la Seguridad Social de 1967 y la Ley General de Sanidad de 1986 y unas reflexiones sobre las perspectivas abiertas por ésta última. Véase también el capítulo sobre regulación del gasto público en medicamentos en Lobato, Lobo y Rovira (1997).

[6] Sobre la intervención de precios en esta época léase Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y Subdirección General de Industrias Farmacéuticas (1986); Lobato (1988); Arnés (1988); Rovira (1988). El último mencionaba como contrapunto de la intervención de precios un elenco de medidas sobre la demanda. También Lobato (1990); Lobo (1992) y Revilla (1994).

rada rotación y acusada proliferación de los productos se atenúa y de consuno el control y congelación de los precios se hace más eficaz. En una época de acelerada inflación las empresas ya no pueden lograr el equilibrio anterior entre flujos reales y de ingresos y costes por el viejo expediente de conseguir autorizaciones con precios más actualizados (altos) que las anteriores. El remedio se encuentra en revisiones limitadas de precios autorizadas por la administración cada dos o tres años para compensar la inflación.

Un nuevo instrumento introducido en esta etapa –y reconocido en la apropiada Ley General de la Seguridad Social– son los descuentos, mediante convenios negociados entre el Ministerio de Sanidad, la industria, los mayoristas y los farmacéuticos. Estos acuerdos, por un lado garantizaban a los suministradores la financiación pública de todos los medicamentos disponibles en el mercado, por contrato vinculante incluso si cambiara la legislación ya que lo establecía así. Por su parte, el sector público obtenía una bonificación fundamentada en razón del volumen alcanzado por la prestación farmacéutica.

Por el lado de la demanda hay que tener en cuenta que a lo largo de los años cincuenta se produjeron numerosas críticas al Petitorio por su carácter restrictivo y acendradas defensas de la ampliación de la cobertura a todos los medicamentos en el mercado y de la llamada libertad de prescripción de los médicos. A estas opiniones no fueron ajenos los intereses comerciales de la industria farmacéutica. Para el asegurador público, entonces el Instituto Nacional de Previsión, no era fácil defender la eficiencia que una lista bien seleccionada y negociada puede conseguir, frente a argumentos populistas que sostenían que todos los productos eran igualmente prioritarios y que cuantas más marcas comerciales fueran financiadas con fondos públicos mejor y más completa sería la asistencia sanitaria.

Así, el Petitorio se fue ampliando progresivamente, como ya hemos dicho, y ya en 1958 un decreto, luego confirmado por la Ley General de la Seguridad Social en 1963, consagró la extensión de la financiación pública a todos los productos comercializados, que en la práctica ya era realizada desde 1965. Fue el Decreto 3157/1966, de 23 de diciembre el que reglamenta la nueva prestación farmacéutica y pone en marcha los principios de la Ley de Bases y su texto articulado. Por definición todos los medicamentos autorizados quedaban incluidos automáticamente e indiscriminadamente en la financiación de la Seguridad Social frente a la financiación selectiva que suponía el petitorio. Esto significaba, sin duda, un sistema muy generoso desde el punto de vista de la viabilidad financiera del seguro público. Tenía el antecedente nada menos que del National Health Service inglés, pero éste operaba entonces (y ahora) en el marco de un gobierno del gasto apoyado en un eficaz control de

los beneficios empresariales y en unas austeras pautas de prescripción de los médicos. El contexto era favorable: “cuando así se crea la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social se observó que podía ser financiada con generosidad porque el conjunto del sistema era rico, pues tenía una población joven, era escasísimo el número de parados y los ingresos eran crecientes...” (Velarde Fuertes, 1990. Pág. 207).

Esta transformación de la prestación farmacéutica incluyó, también desde 1967 un copago por los asegurados, con el objetivo usual de limitar “...el uso inadecuado, superfluo o abusivo...”, según dice el preámbulo de esta norma, difícilmente evitable cuando el precio es nulo^[7]. Su cuantía era reducida^[8]. Desde el Decreto 1417/1973, de 10 de mayo el copago obliga solo a los trabajadores activos. Los pensionistas quedaron y continúan exentos^[9].

El copago tuvo una cuantía reducida durante veinte años, hasta 1977, en que se fijó en el treinta por ciento del precio final al consumidor, para subir al cuarenta el 1 de enero de 1978. Es necesario destacar que la subida del copago, una medida restrictiva y claramente impopular, se acordó en los propios Pactos de la Moncloa, los amplios y muy exitosos acuerdos a los que llegaron en España partidos políticos, organizaciones empresariales y sindicatos para sanear la economía y relanzar el crecimiento, gravísimamente comprometido en el verano de 1977 por una compleja conjunción de factores políticos y sociales internos y externos.

Como es sabido, el copago es uno de los temas centrales de discusión en la economía de los mercados de seguros. En el caso de los medicamentos se debate si realmente modera la demanda cuando la decisión de compra la toma el médico y el paciente la sigue casi indefectiblemente; si es un mecanismo de redistribución inversa porque recae sobre el colectivo de los enfermos y si es ineficiente porque puede distorsionar la observancia de los tratamientos. Si lo primero fuera cierto y el copago no moderara la demanda, sólo cumpliría una función de fuente de financiación adicional que paradójica o perversamente ampliaría el consumo y el gasto en el medio plazo.

La reforma de la prestación farmacéutica por los Pactos de la Moncloa quedó limitada a la elevación de la cuantía, aunque sustancial, del copago.

[7] Sobre el copago de España hay que leer Cruz Roche (1986, Puig Junoy (1988); Puig Junoy (1998); Borrell (1999); Nonell y Borrell (1998), García Cebrián y Pellisé Urquiza (2001) y González López Valcárcel, B. (2002).

[8] 5 Ptas para la PVP inferiores a 30; para PVP superiores 5ptas y una más por cada decena adicional. Es interesante que para demostrar que no era una medida recaudatoria, los ingresos se destinaban a fines de asistencia social.

[9] Ninguna otra prestación sanitaria tiene ni ha tenido copago.

En realidad no pusieron en cuestión el modelo vigente desde veinte años antes, pues no alteraron ni el fundamental principio de la financiación indiscriminada ni la exención del copago para los pensionistas.

La propia estabilidad de esta regulación desde 1957 y, en definitiva, su consagración o santificación por los Pactos de la Moncloa –un acontecimiento de trascendencia histórica indudable- explican la enorme dificultad de reorganizarla y vencer las resistencias que se oponen a su ulterior reforma en cualquier dirección.

Por último, en cuanto a las características internas de la prestación, también hay que señalar en esta fase la práctica ausencia de otros incentivos sobre el lado de la demanda, en particular médicos y farmacéuticos. Únicamente puede reseñarse el incentivo negativo que suponía el control informático de la prescripción, ya muy desarrollado en aquel entonces, y que permitía advertir a los que incurrían en muy alto número de recetas y gasto.

En resumen, la regularización de la prestación farmacéutica, en este largo período, se basaba por el lado de la oferta en el control de precios y la concesión de bonificaciones a favor del Estado y por el lado de la demanda en una generosa, por indiscriminada, financiación pública, con un copago sustancial para los activos desde 1997^[10].

También hay que referirse en este largo período a algunas formas de “Política industrial activa” consistentes en una cierta protección (consideración prioritaria o favorable en las negociaciones con la Administración sobre licencias de comercialización, precios,...) primero para las empresas de capital español, luego para las empresa localmente establecidas –aunque fueran de capital extranjero- cuando creaban empleo, realizaban investigación o producción local o exportaban.

Las políticas descritas en los párrafos anteriores tuvieron consecuencias positivas para el crecimiento del sector industrial farmacéutico. La financiación pública de toda la demanda es una gran ventaja. La instauración de un copago, como ya hemos dicho, puede tener un efecto paradójico beneficioso para los oferentes. Añadamos las formas de promoción industrial que acabamos de mencionar.

Pero bajo la estructura descrita, no sólo se encontraba cómoda la industria farmacéutica, con toda la demanda financiada. Los pacientes tenían acceso a la totalidad de los medicamentos en el mercado y los médicos no tenían ninguna restricción para recetar. Sólo el financiador podría querer una regula-

[10] El informe final de la Comisión Abril (1991) defendió ampliar el copago a los pensionistas lo que determinó su muerte política y mediática. El informe final no recogió las sugerencias de la Subcomisión de Farmacia, seguramente porque no se había producido acuerdo en su seno.

ción diferente. Sin embargo, la larga onda de crecimiento económico, a pesar de los altibajos mencionados, permitía financiar el gasto público creciente dedicado a la compra de medicamentos.

En los años ochenta del pasado siglo aparecen algunos factores que tienden a romper este equilibrio y favorecer el cambio. La Constitución democrática de 1978, estableció un nuevo marco institucional que introdujo nuevos agentes decisores del lado del asegurador al descentralizar las responsabilidades en materia de asistencia sanitaria desde el Gobierno de la Nación hacia las diecisiete nuevas comunidades autónomas. El proceso ha durado veinte años hasta que se completó en 2002. La repercusión para la regulación de la prestación farmacéutica por el lado de la oferta (extensión de la financiación pública, control de precios) por ahora ha sido pequeña. Pero por el lado de la demanda ha tenido más importancia, pues las CC.AA. gobiernan la asistencia sanitaria y por tanto pueden influir sobre las pautas de prescripción de los médicos y los contratos con los farmacéuticos.

Durante este período se introdujo en España la patente de producto para medicamentos (Ley de Patentes de 1986), homologable a las reglamentaciones de los demás países desarrollados, como consecuencia de la adhesión a la Comunidad Europea^[11]. Sin embargo, la ley posponía la concesión de patentes de producto para medicamentos hasta 1992, a cambio (en el Tratado de adhesión) de prohibir hasta esa fecha las exportaciones paralelas desde España. Pero las patentes sólo se pueden conceder para los productos nuevos. Como los patentados antes (en otros países) no son nuevos, no se pueden patentar bajo la mencionada Ley, de manera que hasta 2012 puede haber productos en el mercado con patente en otros países y sin patente en España^[12]. Los principales efectos de esta ley han sido, en primer lugar el que es su objetivo fundamental: proteger a las empresas innovadoras impidiendo a sus competidoras potenciales comercializar “copias” de los medicamentos nuevos durante el período de vigencia de la patente (veinte años). También ha empeorado la posición competitiva de las empresas locales, en general más especializadas en copiar que en innovar, (aunque el proceso de copia lleva implícito un proceso de aprendizaje tecnológico). Finalmente, con patentes de producto se ha podido desarrollar el mercado de medicamentos genéricos, cosa que sin ella no es posible (puesta en vigor la patente de producto las empresas no tienen incentivos a comercializar copias con marca ya que sólo lo pueden hacer tras la caducidad de la patente. Entonces ya no pueden competir con el innovador titular de la patente pues su marca ya está asentada en el mercado y la de la

[11] Véase sobre la introducción de las patentes Nonell y Borrell (1998).

[12] Esta situación es ahora objeto de amargas protestas por parte de la industria farmacéutica.

copia ni se conoce. Y tienen que competir en precios con los genéricos que, todos bajo la misma Denominación Común Internacional (nombre científico o común conocido en el mercado), puedan comercializarse.

También en los años ochentas influyeron en este campo –como en otras ideas económicas de lo que se ha llamado movimiento por la liberalización y la competencia, que en todos los países desarrollados ponía en cuestión las intervenciones estatales directas en los mercados –como los controles de precios- y favorecía los mecanismos basados en la competencia. De los instrumentos defendidos por esta línea de pensamiento se predica su sencillez y automatismo, frente a un sistema de mando y control por la administración, complejo, errático y posiblemente no neutral de cara a las empresas.

En relación con la prestación farmacéutica son tres las ideas decantadas de esa corriente de pensamiento. Por el lado de la oferta la promoción de los mercados de medicamentos genéricos. Por el lado de la demanda lo que se ha caracterizado como viraje de la regulación desde precios a cantidades. Esto es, hacer eficiente la financiación pública con mecanismos de asignación según prioridades claras y promover la sensibilidad frente a precios y gasto de los médicos prescriptores. Estas ideas, sin embargo, no han terminado de triunfar. En el sector público español tradicionalmente no ha habido mucha confianza en el funcionamiento de la competencia. Aunque estas reticencias progresivamente se han superado en las esferas económicas de las administraciones públicas, no ha ocurrido lo mismo en los ámbitos sanitarios.

No es extraño, pues, que en esta década comenzara un cambio institucional profundo que nos permite hablar de una nueva etapa histórica en la regulación de la Prestación farmacéutica. La Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley del Medicamento de 1990 fueron los instrumentos legales que le abrieron las puertas. Sin embargo, hasta 1993 no se plasman en realidades concretas, con lo que no hay cambio de etapa hasta dicho año.

5.- Desde 1993 hasta la actualidad: intervenciones directas versus regulación de la competencia

La nueva etapa^[13] se caracteriza, como ya hemos adelantado, por algunos intentos de introducir en la política económica de la prestación farmacéutica medidas para promover en el mercado de la competencia con la esperanza

[13] Léase sobre esta etapa Lobo (1993); Hernández (1998); Nonell y Borrel (1998); López Casas novas (1999); en el monográfico de *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* (1999), con un artículo de Puig Junoy (1999); Callejón y Ortún (1999); Borrell (1999) y especialmente Puig Junoy (2004).

de que contribuyan a contener el gasto y mejoren la eficiencia. Medicamentos genéricos, sistema de precios de referencia, sustitución por el farmacéutico, financiación selectiva y listas negativas, sensibilización de la demanda son los términos que las designa.

Con respecto a las políticas aplicadas por el lado de la oferta durante este período continúan control y congelación de precios y descuentos. El control de precios para los medicamentos de nueva comercialización sigue en teoría basado en un examen detallado y producto a producto de costes y beneficios^[14]. Pero en la práctica los precios se regulan de una forma muy pragmática, con elementos del método que se llama de “competencia por comparación” (“yardstick competition”). En efecto, el Ministerio de Sanidad utiliza sistemáticamente como regla una “referencia externa”, la comparación con otros países, de modo que el precio en España sea el más bajo de la Unión Europea. En términos generales es este un objetivo alcanzado a través del tiempo, gracias al fuerte poder de negociación del Ministerio, generado por la capacidad de compra que representan más de 410 millones de consumidores, y también por el rigor de sus negociadores.

También se han acordado en esta etapa límites al crecimiento de las ventas u modificaciones a la baja de los márgenes de los distribuidores. En particular el margen lineal de las farmacias se ha transformado en una escala deciente con el precio.

Por el lado de la oferta la gran novedad de esta fase con los intentos de impulsar la competencia que giran en torno a la promoción de los medicamentos genéricos. Otros dos instrumentos favorecedores de la competencia, íntimamente ligados al anterior, son los llamados precios de referencia y la sustitución entre productos equivalentes por los farmacéuticos en función del precio (se sustituye el producto de mayor por el de menor precio).

Los *medicamentos genéricos* constituyen mercados en competencia por lo que tienden a tener precios más bajos que los de marca^[15]. En efecto, se caracterizan por las siguientes notas:

- Son productos ya comercializados que se ponen en el mercado bajo Denominación Común Internacional (DCI), es decir su nombre científico generalmente conocido en la comunidad científica y clínica, y de dominio público y no bajo la marca comercial de fantasía y propiedad probada. Esta característica implica, en el ámbito económico, que se cumple una de

[14] Esto es evidente en el Real Decreto de intervención de precios de los medicamentos de 1990, hoy en vigor. Véase también Puig Junoy (1998).

[15] Sobre medicamentos genéricos en general y en España véase Dukes (1997), Lobo (1997), Puig Junoy (1998), Puig Junoy y López casanova (1999 a) y (1999 b), Segura (1999).

las condiciones necesarias para que funcione la competencia, la transparencia.

- Se ponen en el mercado una vez caducada la patente. Antes de dicha caducidad al titular –único- de la patente lo que le interesa es explotar su monopolio y tratar de prolongarlo (incluso después) con una diferenciación máxima de su producto, lo que exige utilizar una marca comercial que es exclusiva y sin límite temporal. Los no titulares sólo pueden comercializar tras dichas caducidad.
- Por seguir las empresas que los comercializan estrategias competitivas de precios bajos, posibles gracias a que no han de incurrir en graves costes de investigación, desarrollo y publicidad.

En este momento tanto en España como en los países de la Unión Europea los medicamentos genéricos son la columna vertebral de la política económica de medicamentos. La generalización de estas políticas está incrementando su consumo, tradicionalmente muy bajo en los países europeos, en el mercado español su participación en las ventas totales no llegaba en 1999 ni al 3% del consumo. En 2005 habrían supuesto el 14,1% de las ventas en unidades físicas (Grupo de trabajo de la Conferencia de Presidentes sobre Gasto Sanitario, Pág. 562).

En los países en los que se ha generalizado el uso de medicamentos genéricos el elemento decisivo para promover su consumo ha sido el apoyo de la financiación pública. En el caso de los Estados Unidos, que fueron los pioneros en el desarrollo de esta política, el seguro público sanitario, Medicaid, tradicionalmente cubre la prestación farmacéutica a diferencia del Medicare que sólo lo hace desde 2004. Pues bien, Medicaid desde la implantación del programa Maximun Allowable Cost (MAC) sólo financia el medicamento más barato cuando hay varias alternativas posibles, condiciones que son las que habitualmente satisfacen los genéricos. La instrumentación del programa exigió legalizar la sustitución por los farmacéuticos de los productos de marca por los equivalentes genéricos. Al orientarse la cobertura del seguro público prioritariamente hacia los genéricos no es extraño que sus ventas experimentaran un crecimiento muy importante a expensas de las marcas, con el alivio consiguiente para las arcas públicas.

En el sistema de precios de referencia, originariamente diseñado en Alemania por la Oficina Antimonopolio, sólo se financia con fondos públicos aquella parte del precio que se corresponde con el precio más bajo del mercado, que usualmente es el de un genérico. Si el consumidor opta por el producto de marca, con un precio más elevado, debe pagar la diferencia,

mientras que si decide elegir el genérico equivalente la financiación es total, con excepción del copago que se debe pagar en todo caso. Un requisito crucial del modelo alemán es la obligación de los médicos, claramente establecida en la ley, de informar y ayudar a los pacientes a tomar estas decisiones de elección entre productos de marca y genéricos. El resultado es el mismo que en el caso de los EE.UU.: prioridad de la financiación pública para los genéricos y expansión de sus ventas y consumo, a costa de los marcas, con la consiguiente contención del gasto público.

La idea de los *precios de referencia* ha conocido gran fortuna y se ha aplicado en distintos países europeos, con diversas peculiaridades, elevándolos en ocasiones a la categoría de auténticas panaceas. Quizás se cifraron en ellos demasiadas esperanzas sin reparar en que por su naturaleza sólo abarcan el segmento de mercado de productos no innovadores, ni en las estrategias de respuesta de las empresas.

En España la política de fomento de los genéricos también ha tenido cierto éxito, ligada a la implantación de los precios de referencia y la subsiguiente prioridad que disfrutaron en la financiación pública. La peculiaridad española, bien significativa, es que los genéricos no se han visto liberados del control de precios, que son autorizados también por el Ministerio de Sanidad. Con fórmulas diversas –incluidos mecanismos para suavizar la competencia con las marcas– la intervención administrativa ha seguido entrelazada a las decisiones de las empresas. Con todo, el impulso del mercado hacia la competencia es tan fuerte que ésta sigue manifestándose incluso en estas condiciones de fortísima tutela administrativa. Las empresas que quieren irrumpir en el mercado de genéricos solicitan a la autoridad precios menores que los cotizados anteriormente. Las empresas con productos de marca, cuando tienen la competencia del genérico también solicitan la reducción de precios. El resultado final en este contexto de estímulo a la competencia es genéricos más baratos y productos de marca que, en general, disminuyen su precio para seguir compitiendo con los genéricos^[16].

La sustitución por el farmacéutico ya hemos dichos que consiste en que éstos pueden o deben sustituir, en virtud de la ley o por los incentivos que se les ofrecen, el producto de marca por el genérico más barato. Es un instrumento que claramente hace efectiva la competencia. Requiere una base técnica: que los productos sean perfectamente equivalentes o intercambiables. La “bioequivalencia” entre productos ha dado lugar a grandes discusiones y

[16] Sobre precios de referencia con alusiones a España véase Puig Junoy y López Casasnovas (1999 a); Puig Junoy y López Casasnovas (1999 b); y López Casasnovas y Puig Junoy (2002).

ha sido muchas veces puesta en cuestión por la industria, sigue existan datos significativos para apoyar sus reticencias. Las reglamentaciones técnico-sanitarias existentes en los países desarrollados garantizan sobradamente la sustituibilidad. La sustitución no es universalmente admitida y ha estado tradicionalmente prohibida en Europa en diversos países. En parte esta restricción determinó el diseño del sistema de precios de referencia alemán. En España –otra peculiaridad- la sustitución es legal y se ha utilizado en la conjunción con los precios de referencia.

Las innovaciones no han afectado sólo al lado de la oferta. Por el lado de la demanda también ha habido novedades en la regulación reciente de la Prestación farmacéutica tan importantes que a nuestro juicio han determinado una nueva etapa. En efecto, ya la Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley del Medicamento de 1990 terminaron formalmente con la obligación para el Estado de financiar con fondos públicos todos los medicamentos en el mercado que, como vimos más arriba consagró la Ley General de Seguridad Social. Ciertamente, la financiación selectiva es condición de la eficiencia del gasto, pues no todos los medicamentos son igualmente prioritarios, como ya discutimos al principio de este trabajo^[17].

La puesta en marcha en la práctica de este principio de la financiación selectiva ha sido, sin embargo, extraordinariamente lenta y tímida. Al menos hasta 2004. Las primeras medidas en esta dirección fueron dos reales decretos de 1993 y 1998 que excluyeron de la financiación pública productos no prioritarios porque están indicados para síntomas menores, o por ser de baja efectividad (listas negativas)^[18]. También se ha denegado o no se ha solicitado por las empresas la financiación pública para algunos productos innovadores pero con indicaciones consideradas periféricas al sistema de salud (relacionadas con disfunciones sexuales y obesidad). En los tiempos más recientes, pero ya fuera del período objeto de este estudio, se han incrementado los productos comercializados sin cobertura pública.

Obsérvese que en este contexto es crucial para cerrar el círculo que dibujen todas estas políticas que la demanda sea sensible a las variaciones de precios, cosa que en el mercado farmacéutico tradicional no ocurría por la relación de agencia entre médicos y pacientes y la presencia de un tercer

[17] Véase Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (1986 a).

[18] Marino, Marqués y Velasco (1996) y Juez y Tamayo (1997) con técnicas de series temporales evalúan la introducción de la finalización selectiva en 1993.

[19] Léase Cabiedes Miragaya y Ortún Rubio (2002). En relación con esta cuestión véase Meneu y Peiró (2004) y Meneu y Gil Cervera (2004).

pagado, el seguro. En España la mayor sensibilidad de la demanda se está consiguiendo gracias a las políticas de incentivos a los médicos y gestores que están aplicando los servicios de salud de las comunidades autónomas^[19] y que incluye: información a los profesionales de la salud, protocolos de tratamiento, perfiles de prescripción (retrospectivos), fijación de presupuestos e incluso incentivos financieros directos para los médicos.

Todas las medidas anteriores podrían llegar a componer “un ámbito de competencia, con participación de agentes privados y públicos, en el cual pueda funcionar el mercado y en el que las decisiones sobre precios se adopten de forma descentralizada. ... (y) frente al método actual que descansa sobre la regulación por norma imperativa predominaría la regulación por incentivos”. (Lobo, 1991, Págs. 39 y 41). Un ámbito de intervención pública seguiría siendo necesario en el caso de los medicamentos bajo patente y sin sustitutivos, cuando “el argumento de eficiencia a favor de la intervención pública cobra toda su fuerza” (Ibíd... Pág. 41)^[20].

Conclusión

En conclusión, puede decirse que la regulación económica de la prestación farmacéutica en España ha evolucionado concorde con la evolución económica general del país y de su Estado del Bienestar en particular. Se ha caracterizado también por su estabilidad casi pétrea, por la simplicidad de los mecanismos de política económica aplicados y su elevadísimo intervencionismo estatal. También por su “generosidad”, que ha congregado la adhesión de los distintos sectores económicos, con los derroches e ineficiencias consiguientes. Sin embargo, los cambios de la última época que introducen, aunque sea tímidamente y a trancas y barrancas, mecanismos más orientados hacia el mercado y la competencia están teniendo éxito y mejorando la eficiencia.

Esta experiencia histórica parece que demuestra pues, que el cambio es posible, aunque los agentes económicos estén muy cómodos en un contexto muy estable. Quizás quepa recordar aquí la llamada de atención de Keynes sobre el poder de las ideas, en este caso el del movimiento a favor de la liberalización y la competencia.

[20] Ver también Lobo (1992 a).

Bibliografía

- ARNÉS, H.: *"Desarrollo industrial y política de precios en el área de los medicamentos"*, en Lobo, F. (1988): Encuentro sobre la Ley del Medicamento. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1988. Pág., 299 306.
- BORREL, J.R. (1999): *Los precios de los medicamentos en Inglaterra y en España. Competencia, regulación y financiación pública* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona.
- CABIEDES, L. (1996): *"Estructura del sector farmacéutico en España"*. Meneu y Ortún editores (1996). Págs. 255 276.
- CABIEDES MIRAGAYA, L. y ORTÚN RUBIO, V. (2002): *"Incentivos a prescriptores"*. Puig Junoy (ed.) (2002a).
- CAINZOS, J.M.: *"Factores que condicionan la política de precios de los medicamentos"*. Lobo (1988).
- CALLEJÓN, M y ORTÚN, V. (1990): *"Los medicamentos en España: mercado único y utilidad social"*. Economía industrial, (274). Págs. 191 206.
- Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud (*"Comisión Abril"*) (1991): *Informe y recomendaciones. Informes de las Subcomisiones: Subcomisión de atención farmacéutica*. Madrid.
- COSTA, J. y McDAID, D. (2006): *"Pharmaceutical Policy Reform in Spain"*. Eurohealth, Vol. 12, N° 4.
- CRUZ-ROCHE, I. (1986): *"Financiación y control del gasto farmacéutico"*. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (1986). Págs. 151 173.
- DEL VAL, M. (recopiladora) (1999): *Genéricos: claves para su conocimiento y comprensión*. Editores Médicos, Madrid, 1999.
- DE BENITO, E. (2007): *"Los genéricos ahorran 2800 millones"*. Diario El País, 31 de diciembre.
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (1986 a): *Uso racional y financiación pública de los medicamentos en Europa*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y Subdirección General de Industrias Farmacéuticas (1986 b): *Los precios de las medicinas en España y en Europa*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- DUKES, GRAHAM (1997): *"Crecimiento y cambio en los mercados"*. Lobo y Velásquez (1997).
- Editores de Fulls Econòmics del Sistema Sanitari (1999): *La prestación farmacéutica*. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari (monográfico) (33).
- GARCÍA CEBRIÁN, A. y PELLISÉ URQUIZA, L. (2001): *"La participación del usuario en la financiación sanitaria: el aseguramiento y el pago directo de los servicios"*. López Casanovas, García Cebrián y Pellisé Urquiza (2001).
- GARCÍA DELGADO, J.L.; MYRO, R. y MARTÍNEZ SERRANO, J.A. (2003): *Lecciones de economía española*. Civitas, Madrid.
- GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2002): *"Seguros en la financiación pública de medicamentos"*. Puig Junoy (ed.) 2002.
- Grupo de trabajo de la Conferencia de Presidentes sobre el Gasto Sanitario (2007): *Informe para el análisis del gasto sanitario*. Ministerio de Economía y Hacienda y Ministerio de Sanidad y consumo. Madrid, en prensa.

- HERNÁNDEZ, J.M. (1998): *"El gasto farmacéutico en el contexto de la sanidad pública"*. Boletín del círculo de empresarios (63). Págs. 179 197.
- JUEZ, P; TAMAYO, P.A. (1997): *"Efectividad de las medidas de contención del gasto público farmacéutico contenidas en el Real Decreto 83/1993 de 22 de enero (selección de medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud)"*. Estudios sobre consumo (42). Págs. 63 72.
- LOBATO, P. (1988): *La industria farmacéutica ante el Mercado Único Europeo*. Farmaindustria. Madrid, 1988.
- LOBATO, P. (1990): *"El mercado de medicamentos en España: demanda, gasto farmacéutico e intervención de precios"*. Información Comercial Española (681 682). Pág. 89 103.
- LOBATO, P.; LOBO, F. y ROVIRA, J. (1997): *La industria farmacéutica en España tras la unificación del mercado europeo*. 5 volúmenes editados por Farmaindustria. Madrid.
- LOBO, F. (1988): Encuentro sobre la Ley del Medicamento. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- LOBO, F. (1991): *"Política económica del medicamento: competencia e intervención"*. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria SEPAS: *De política sanitaria a políticas de salud*. Cuarto Congreso. Valencia, 24, 25 y 26 de octubre de 1991. Gráficas Ronda, Valencia. Págs. 32 42.
- LOBO, F. (1992): *"El control del gasto farmacéutico"*. En Antoñanzas, F y Pérez Campanero, J. (recops): *La reforma sanitaria, FEDEA*. Eds. Mundi Prensa.
- LOBO, F.: *Medicamentos: política ay economía*. Prólogo de Juan Velarde Fuertes. Colección de planificación y gestión sanitarias. Masson SG, Barcelona, 1992.
- LOBO, F.: *"Las reformas en marcha en el Sistema Nacional de Salud español"*. Presupuesto y Gasto Público, N° 10. 1993. Pñags. 119 130.
- LOBO, F.: *"La creación de un mercado de medicamentos genéricos en España"*, en López Casasnovas, G. y Rodríguez Palenzuela, D. (eds.): *Estudio sobre la regulación de los servicios sanitarios en España*. Civitas, Madrid, 1997.
- LOBO, F. y VELÁSQUEZ, G. (recopiladores) (1997): *Los medicamentos antes las nuevas realidades económicas*. Civitas, Madrid.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (1999): *"Health care and cost containment in Spain"*. En Mossialos, E. y Le Grand, J. editors (1999: *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate, 199. Págs. 401 441.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. ; GARCÍA CEBRIÁN, A. y PELLISÉ URQUIZA, L. (2001): *El control del gasto sanitario. Participación de profesionales y usuarios*. Springer, Barcelona.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. y PUIS JUNOY, J. (2002): *"Precios de referencia como mecanismo de reembolso de medicamentos"* en Puis Junoy, J. (Ed.) (2002 a)
- MARINO, M.A.; MARQUÉS, J.M. y VELASCO, A. (1996): *"Impact of selective Financing of drug son pharmaceutical expenditure in the province of Valladolid, Spain"*. Pharmacoeconomics, 10 (3): Págs. 269 280.
- MENEU, R. y ORTÚN, V., editores. *Política ay gestión sanitaria: la agenda explícita*. Barcelona: SG Editores, 1996. Págs. 255 276.
- MENEU, R y PEIRÓ, S. (2004 a): *Elementos para la gestión de la prescripción y prestación farmacéutica*. Masson, Barcelona.
- MENEU, R y PEIRÓ, S. (2004 b): *"Variabilidad en la prescripción y consumo de medicamentos. Utilidad de su análisis para la definición de políticas"* en Meneu, R. y Peiró, S. (2004 a).

- MENEU, R. y GIL CERVERA, J.V. (2004): *"Panorámica de la prescripción inadecuada en España. Una aproximación desde la literatura"*. En Meneu, R. y Peiró, S. (2004 a).
- MOSSIALOS, E. y LE GRAND, J. (eds.) (1999): *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershor, Ashgate.
- MOSSIALOS, E. RANOS, C., ABEL-SMITH, B. (1994): *Cost Containment, Pricing and Financing of Pharmaceuticals in the European Community: the Policy Makers' View*. LSE Health, Londres.
- MYRO, RAFAEL (2003): *"Crecimiento económico y cambio estructural"*. En García Delgado, Myro y Martínez Serrano (2003): *Lecciones de economía española*. Civitas, Madrid.
- NONELL, R. y BORREL, J.R. (1998). *"Mercado de medicamentos en España. Diseño institucional de la regulación y de la provisión pública"*. Papeles de Economía Española (76). Págs. 113 131.
- PUIG JUNOY, J. (1988): *"El gasto farmacéutico en España: efectos de la participación del usuario en el coste"*. Investigaciones Económicas, 12. Págs. 45 68.
- PUIG JUNOY, J. (1998): *"Regulación y competencia de precios en el mercado farmacéutico"*. Papeles de Economía Española, (76) . Págs. 96 112.
- PUIG JUNOY, J. (1999): *"Reñtes en la gestió de la prestació farmacèutica"*. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari (33). Págs. 6 13.
- PUIG JUNOY, J. y LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (1999 a): *"La aplicación de precios de referencia a los medicamentos"*. Cuadernos de Información Económica (143). Págs. 77 84.
- PUIG JUNOY, J. y LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (1999 b): *Análisis económico de la aplicación de precios de referencia en la financiación pública de medicamentos: ventajas, limitaciones e impacto esperado en España*. Informe técnico N° 1. Economía y Salud (31).
- PUIG JUNOY, J. (ed.) (2002 a): *Análisis económico de la financiación pública de medicamentos*. Masson, Barcelona.
- PUIG JUNOY, J. (2002 b): *"Sistemas de regulación de precios en el mercado farmacéutico"*. En Puig Junoy, J. (ed.) (2002 a).
- PUIG JUNOY, J. (2004): *"Incentives and pharmaceutical reimbursement reforms in Spain"*. Health Policy, 67. Págs. 49 165.
- REVILLA, R. (1994): *"Pricing and financing of pharmaceuticals in Spain"*. En Mossialos, Ranos, Abel Smith (1994)
- ROLDÁN, S. (1966): *"Algunos aspectos de la industria farmacéutica en España"*. Revista de trabajo.
- ROVIRA FORNS, J. y DARBÁ COLL, J. (2002): *"Mecanismos para fomentar la competencia de precios en el mercado farmacéutico y sus efectos sobre la eficiencia y el bienestar"*. Puig Junoy (ed.) (2002).
- ROVIRA, J. (1988): *"Política de precios. Interdependencia del área sanitaria con el área económica"*. En Lobo (1988)
- SEGURA, M. (1999): *"Consideraciones económicas de las especialidades farmacéuticas genéricas"*. En Del Val (1999). Págs. 271 298.
- VERLARDE FUERTES, J. (1990): *El tercer viraje de la Seguridad Social en España*. Instituto de Estudios Económicos. Madrid.