

# Hacia un nuevo modelo de servicio farmacéutico en España

Por Leopoldo ARRANZ ALVAREZ \*

Se exponen a continuación las conclusiones de un reciente y amplio análisis que he elaborado sobre la prestación farmacéutica de la asistencia sanitaria en España durante el período 1967-1977 y las bases que del mismo se desprenden para un nuevo modelo de asistencia farmacéutica en nuestro país. El texto completo del estudio será distribuido en breve por la Secretaría General Técnica del Instituto Nacional de Previsión (1).

## CONCLUSIONES

### 0. GENERAL

La realidad ha puesto de manifiesto el cumplimiento de las previsiones sobre la evolución de la prestación farmacéutica, la bondad de las medidas preconizadas y la corrección del análisis de la situación.

a) Se han cumplido las previsiones sobre la evolución de la prestación farmacéutica, porque:

- En la oferta, se ha reducido el número de presentaciones, se han aplicado las especificaciones técnicas en el proceso de objetivación de los precios y se ha iniciado la ordenación de las asociaciones.
- En el consumo, los efectos de la Informática han sido espectaculares con el descenso acelerado de los indicadores, pues se ha reducido a la mitad la velocidad de la expansión—por el conocimiento de sus condicionantes—, y se ha incrementado la participación de la Seguridad Social en el mercado general.
- En la producción, se ha reducido el número de laboratorios, incrementado la concentración y extendido sus actividades a la investigación y a las materias primas. A través de terceros se ha producido la llegada anunciada del grupo japonés.
- En la distribución, se ha acentuado el proceso asociativo anunciado y el progresivo declive de los almacenes.
- En la dispensación, ha aumentado el minifundio de su número con las consiguientes consecuencias en sus actitudes.
- En los médicos se ha iniciado la reacción anunciada, al tener conocimiento del

---

\* Licenciado en Derecho. Jefe del Servicio de Ordenación Farmacéutica del Instituto Nacional de Previsión.

(1) Este trabajo se distribuirá con el título: «La Prestación Farmacéutica», Edic. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Instituto Nacional de Previsión.

## L. ARRANZ ALVAREZ

perfil económico de la prescripción (freno en el número de recetas por asegurado (2)).

b) La bondad de las medidas aplicadas ha quedado acreditada, pues como se comprobará en los valores del sistema de indicadores, existe una correlación entre las medidas preconizadas (3), los objetivos alcanzados y los positivos efectos registrados.

Los objetivos concretos, en el orden interior, de reducir el número de presentaciones y la expansión del consumo, casi se han logrado, al reducir en 8.000 las 10.000 pretendidas, y al frenarse la expansión de la tendencia del consumo en el 1976 en 16.000 millones; en el orden exterior, se ha progresado hacia el pacto entre el Poder farmacéutico, asociado con la A.I.S.S., cuando en la XIX Asamblea General, de esta última organización, se consiguió la constitución de la ponencia «Medidas para reducir los gastos y corregir los abusos en la prestación farmacéutica y en el equipo médico hospitalario».

c) La evolución del coste ha demostrado la sensibilidad de la prestación farmacéutica a los condicionantes políticos, sociales, económicos y administrativos, además de los sanitarios, que se describía en el análisis de la situación.

- La sensibilidad a los condicionantes políticos se demostró elocuentemente con las tensiones generadas por la coincidencia de las negociaciones de los Conciertos, con el período electoral y los acuerdos de La Moncloa.
- Con los condicionantes sociales, por la correlación de la expansión del consumo en las provincias de mayor conflictividad laboral en los momentos en que ésta se hizo más aguda y la efectiva incidencia de las campañas de educación sanitaria.
- Con los condicionantes económicos, por los efectos que tuvo la asunción por la Seguridad Social del proceso de revisión, en el agotamiento de las fuentes de financiación de las desviaciones del consumo y en la subsistencia de los descuentos de la industria.
- Con los condicionantes administrativos, por el fuerte freno a la expansión, al aplicarle en algunos casos las medidas cautelares del visado previo a la dispensación y
- Con los condicionantes sanitarios, por la incidencia que tiene en el consumo la patología estacional.

De ahí la considerable importancia que tiene el ritmo en la aplicación de las medidas; ritmo que se aceleró con la unificación de competencias en el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, a nivel de Administración, y con la formalización de los pactos de La Moncloa, a nivel de política de Gobierno.

La adopción de esas medidas acreditan la existencia de una «política», que a su vez responde a una «doctrina» elaborada por la Administración Pública, que fue recogida en los estudios realizados para la Reforma Sanitaria, en el Libro Blanco de la Seguridad Social y en los Acuerdos de La Moncloa.

### 1. SOBRE LOS RESULTADOS DE LA GESTIÓN

Los resultados de la gestión se miden a través del sistema de indicadores que se refieren a la oferta, al consumo y a cuantos intervienen en ella. Esos resultados han

(2) Vid. «Una política farmacéutica para la Seguridad Social española», Revista Iberoamericana de Seguridad Social (RISS), núm. 4, julio-agosto de 1974.

(3) Vid. Informe al Consejo de Administración del I.N.P. de 22-7-1969 sobre la situación de la prestación farmacéutica en la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social. Acuerdos de la Comisión de Asistencia Sanitaria del Consejo de Administración de 17 de mayo y 25 de junio de 1975.

supuesto un cambio de los condicionantes de la prestación, y por lo tanto de la situación, lo que lleva a unas nuevas líneas de tendencia que conducen a una nueva formulación de objetivos y de medidas programados en el tiempo.

Entre los importantes conocimientos alcanzados, sobresale la identificación de los verdaderos consumidores, en los médicos prescriptores, y no, como se suponía, en la población protegida.

1.1. *En relación con la oferta*

En relación con la oferta, la acción coordinada de la Administración a partir de los Decretos del 73—con el endurecimiento de las especificaciones técnicas y las revisiones de precios—ha tenido unos efectos espectaculares:

- a) Se han reducido las presentaciones existentes en el mercado en 15 millares (se ha pasado de 27.064 a fines del 73, a 12.227 al final del 77).
- b) Se ha unificado la dosis y tipificado los tamaños.
- c) Se ha progresado sustancialmente en la objetivación de los precios.

1.2. *En relación con el consumo*

1.2.1. *En relación con el consumo mundial:*

Los efectos de la política seguida, en relación con el mercado mundial, demuestran que, pese a las limitaciones existentes, el mercado farmacéutico español ha comenzado a ser dominado. Se ha reducido la participación en el consumo mundial del 4,3 al 2,65; España ha pasado del lugar 6 al 9 y su ritmo de crecimiento ha pasado del 21,9 al 8.

1.2.2. *En relación con las previsiones:*

Los modelos de consumo elaborados, aparte de acreditar la tecnología empleada (una desviación en el quinquenio 71/76 del sólo 2,13 por 100), han demostrado su calidad, al permitir evaluar la repercusión de las medidas adoptadas (período 74/76) y al lograr ajustar sus valores con la realidad (vgr. en 1977).

1.2.3. *En cifras absolutas:*

El consumo de la Seguridad Social en *cifras absolutas* y *en sí mismo*, es tan importante: 110.974 millones en el quinquenio 67/71; 322.722 millones en el 72/76; 675.592 millones se prevé para el 77/81, que determina la composición, estructura y expansión del mercado general, y es un componente fundamental de la economía del sistema de salud.

Este consumo en pesetas constantes alcanzó su máximo de expansión en 1973; también aquí se refleja, con extraordinaria elocuencia, el cambio de la tendencia: la estabilización del 73 al 76 y el *descenso* en 1977 de un 9 por 100. Tal cambio de tendencia ha podido ser soportado por la industria debido a la distancia existente entre costes y precios en 1967, y a la posibilidad que existió, en los años siguientes, de compensar las reducciones de tal distancia con las mejoras de precio en los nuevos registros.

— La Seguridad Social, al tener el monopolio del consumo, tiene por representación de los que pagan, la capacidad de poder y, por lo tanto, la responsabilidad del estado del mercado y de la incidencia que su coste tiene en la economía del sistema; por ello la desaceleración de la expansión del consumo tiene tantas consecuencias.

## L. ARRANZ ALVAREZ

El consumo de la Seguridad Social en cifras absolutas presenta, en relación:

a) Con la renta nacional: un valor de 1,26 para 1976. El consumo total de medicamentos a coste de consumidor pasó del 2,11 en 1969 al 1,81 en 1976.

b) Con el mercado general: el consumo de la Seguridad Social supone el 80 por 100 en 1977.

c) Con el coste de la asistencia sanitaria, un 28,31 por 100 en 1977, mientras que en 1969 llegó a representar el 53,21 por 100.

d) Con los protagonistas, además de representar en 1977 el 80 por 100 de sus cifras de negocio y exigido una contribución de 11.943 millones—el 12,55 por 100 a coste de sus porcentajes del 48 por 100—. Los márgenes legales netos de los protagonistas en 1977 han sido 2.416 millones para los laboratorios, 8.077 para los mayoristas y 19.543 para las farmacias.

Las retribuciones formales del dispositivo asistencial, por sus servicios en el período 67/77, han sido de 148.526 millones (12.943 laboratorios, 40.495 distribuidores, 95.088 farmacias).

### 1.2.4. En cifras relativas:

La expansión del consumo de la Seguridad Social en cifras *relativas* ha experimentado una desaceleración en salud a partir de 1974, alcanzándose en 1977 los porcentajes más bajos de la historia de la prestación:

- En el precio por receta del 9,7 en 1973 al 5,4 en 1977.
- En el número de recetas asegurado/mes, del 11 en 1973 al 3,6 en 1977.

En el gasto por asegurado, del 22 en 1973 al 9 en 1977, y en pesetas constantes de 1967, la inversión de valores se produce en 1973, pues a partir de este año comienza a decrecer:

- El precio por receta de 114 en 1973 a 72 en 1977.
- El precio por envase de 97,98 en 1973 a 61,46 en 1977.
- El gasto por asegurado de 300 pesetas en 1973 a 208 en 1977.

La manifestación más espectacular de la desaceleración está en el hecho de que la duplicación del coste asegurado/mes, necesitaba solamente tres años en el período 67/70, mientras que en el 71/77 han hecho falta seis, como en el período 56/61, en el que no existía libertad de prescripción, y el consumo estaba frenado por el petitorio y visado previo a la dispensación de los antibióticos.

### 1.2.5. Por su distribución geográfica:

En la distribución geográfica del consumo:

- Se ha acentuado la concentración del 56,24 por 100 del consumo en 11 provincias; se ha ampliado la relación al 3,27 entre los costes interprovinciales, y se ha localizado, cuantificado y cualificado la desviación, con el relevo de la primera posición de Almería por Cádiz.

### 1.2.6. Por grupos terapéuticos:

En el consumo por grupos terapéuticos se ha confirmado también la previsión del mantenimiento: a) de la concentración, b) de la estabilidad de los antibióticos en el primer lugar, y c) de la movilidad a nivel de principio activo. La movilidad de principio activo manifiesta la importancia de la presión de los monopolios para canalizar

## NUEVO MODELO FARMACEUTICO

la expansión del consumo a las sustancias de mayor precio y para levantar las barreras del mercado, con las patentes y las marcas, suscitando la práctica de la dicotomía como ariete perforador de tales posiciones monopolísticas.

Se ha verificado la efectividad de las revisiones promovidas en 1975 y 1977 sobre singulares grupos terapéuticos y principios activos con precios desviados.

Los resultados de las acciones han confirmado la conveniencia de una rigurosa política de Registro, apoyada por la Junta Asesora de especialidades farmacéuticas, y unas flexibles revisiones de precio, para reducir el número de presentaciones, objetivar los precios, romper las posiciones monopolistas y cegar las fuentes de financiación de las prácticas ilegítimas en la promoción del consumo.

### 1.2.7. *Por especialidades:*

En el consumo por especializadas se ha confirmado:

- La concentración y estabilidad en el número de presentaciones y la dispersión y movilidad en las marcas.
- La aparición de signos de saneamiento, al reducirse las desviaciones de precios a pocos principios activos, a pocas presentaciones y a pocos laboratorios por las exigencias del registro en el período 73/77. Se puede afirmar que la expansión de la oferta está ya contenida, y que por lo tanto se ha taponado la vía de la renovación de especialidades para evadir el bloqueo de los precios.

La acción simultánea promoviendo la información institucional y ordenando la promoción ha tenido unos efectos espectaculares en los centros de poder de la publicidad farmacéutica, en la mejora científica y ética de los mensajes y en la reducción del número de publicaciones.

### 1.2.8. *Por niveles de precios:*

Se ha frenado el desplazamiento del consumo hacia las presentaciones de precios más elevados.

Con ello se ha demostrado la bondad de la política seguida: contingentación del Registro y revisiones de precios para ajustarlos a los costes, inversa a la que se venía manteniendo, de Registro liberal y bloqueo de precios. La contención de la expansión se manifiesta, pues, en toda una serie de indicadores: en el coste/receta; en el número de recetas/asegurado; en el coste asegurado; en la reducción de la movilidad a nivel de principio activo, y a nivel de precio.

### 1.2.9. *Por Instituciones Sanitarias:*

La concentración—en especialidades-laboratorios—, unida a una presentida ausencia de racionalidad, más la incidencia de las adquisiciones sin envase clínico y la presión de la visita médica, particularmente de los laboratorios multinacionales y extranjeros, la resistencia a las Guías de Farmacia-Terapéutica, y las dificultades para implantar el control informático en los suministros directos, explican una expansión por encima de las previsiones.

Este es el punto donde se ha avanzado menos: sólo han progresado la implantación de los Servicios Clínicos de Farmacia como unidades básicas para el conocimiento y dominio razonable de la realidad.

## 1.3. LOS PROTAGONISTAS

### 1.3.1. *En el dispositivo asistencial:*

La Seguridad Social se ha convertido en un determinante del comportamiento del dispositivo asistencial, porque no sólo representa el 80 por 100 de la cifra de nego-

## L. ARRANZ ALVAREZ

cio, sino que desde que tiene una política—sobre la estructura y expansión del mercado, y sobre la calidad de los suministros y de los suministradores—, ha provocado la reestructuración de todo el dispositivo.

### 1.3.1.1. *En la producción. Los laboratorios:*

Se han confirmado las previsiones con la reducción acelerada del número de laboratorios con oferta de 491 a 386—de los que no llegan a 200 los que reúnen las condiciones mínimas—; con la localización cualificada de los desviados; con la estabilidad en la distribución concentrada del mercado; con el sostenimiento de la industria nacional viable, gracias a su progreso en la investigación y en la producción en materias primas. Ya se puede afirmar que es posible la existencia de un margen de decisión nacional, en el mercado de los medicamentos de importancia estratégica.

### 1.3.1.2. *En la distribución:*

Se ha confirmado la agudización de su crisis por la inadaptación estructural, tanto propia como ajena (la atomización de los laboratorios, sus suministradores, y de las oficinas de farmacia, sus clientes).

- Han progresado las relaciones entre los protagonistas del sector (almacenes, centros y cooperativas) en el campo de la información, haciendo posible la entidad de estudios Farmadata.
- Por el contrario, aún no se han impuesto legalmente en las relaciones de la Seguridad Social con el sector, aunque sí se ha mejorado en el conocimiento de su estructura.

### 1.3.1.3. *En la dispensación:*

Se ha confirmado la continuada expansión del número de farmacias de 13.462 en 1974 a 14.716 en 1977, lo que juntamente con la concentración de los suministros, en un mercado que acentúa su desaceleración, explican el incremento de las tensiones producidas. La expansión del mercado ya no cubre las insuficiencias estructurales; la dispensación ya está dejando de ser gratificadora, profesional y económicamente.

- Se ha perdido (indebidamente) su contribución: 45.000 millones para el quinquenio 77/81, el 55,82 por 100 en beneficio de 2.549 farmacias, que ha de ser absorbida por el Presupuesto Estatal o por contribución del asegurado.
- El mejor conocimiento de su estructura y de su ser y estar profesional permiten entender las resistencias a racionalizar el sector.

Se ha confirmado el progreso de los servicios clínicos de Farmacia Hospitalaria en número, equipo y doctrina. Se está potenciando su capacidad informativa—Cinime—y se ha puesto de manifiesto la necesidad de su presencia en las Instituciones de Asistencia Médica de especialidades.

- El Fondo del Descuento Complementario de los laboratorios a la Seguridad Social ha comenzado a financiar la aportación de los farmacéuticos hospitalarios de la Seguridad Social en la recuperación de la identidad profesional.

### 1.3.2. *Los consumidores:*

Se ha confirmado la efectividad del perfil médico sobre el dato informático, lo que ha permitido detectar el fenómeno de la concentración de los consumidores médicos y de quienes la manipulan.

## NUEVO MODELO FARMACEUTICO

- El 80 por 100 de la prescripción la hace el 47 por 100 de los prescriptores, y la mitad del consumo la ordenan 4.843 médicos, que prescriben mensualmente más de 2.000 recetas por un valor superior al medio millón; de ellos, 824 recetan por más de un millón de pesetas/mes. Por ello no es de extrañar que sobre 12.000 médicos se concentre la acción de otros 12 millares de visitantes y la inversión de 9.768 millones en promoción: pues esos 12.000 médicos deciden el 80 por 100 del consumo de 30 millones de españoles.
- Se ha de registrar con el cambio de la composición del gobierno colegial, un cambio de su actitud en el campo disciplinario y una concentración de la prescripción.
- Se ha iniciado, con cargo al Fondo del Descuento Complementario, una política de Investigación asociada a la clínica con 800 ayudas por 556 millones, y de actualización profesional médica, con 2.682 ayudas por 276 millones, que ha permitido localizar las vocaciones investigadoras que aseguren el progreso de la Medicina española.

### 1.3.3. *La población protegida:*

Aquí es donde se ha llegado a la conclusión: la población protegida no es la consumidora. El consumidor es el médico porque es el que manda. Ha crecido, no sólo en número, sino en los de más necesidades, por ser más vulnerables los pensionistas, que siendo el 22 por 100 del censo representan el 33 por 100 del consumo, como ocurre en la mayoría de los países.

- Se han confirmado las apreciaciones anteriores sobre su identificación de calidad con precio y la sensibilidad a la propaganda.
- El incremento del Colectivo pensionista, que tienen la prestación gratuitamente, ha hecho bajar el importe de la contribución del asegurado del 9,45 por 100 en 1974, al 8,46 por 100 en 1977 sobre el total consumo.

### 1.3.4. *La Administración Pública:*

No se han adoptado las decisiones preconizadas en orden a su estructura lineal y al equipamiento de la administración farmacéutica de la Seguridad Social. Por ello aún no se ha implantado la planificación en términos de objetivos escalonados en el tiempo, ni el control de la gestión. No obstante, se ha mejorado el conocimiento de la realidad, de la estructura del dispositivo, de la localización de la corrupción y de las insuficiencias del aparato gestor.

- La asunción de la doctrina reflejada en el informe sobre la prestación en 1974, por el órgano político, en la Reforma Sanitaria, en el Libro Blanco y en el Pacto de la Moncloa, ha puesto de manifiesto la dificultad de encontrar otras soluciones alternativas capaces de salvar el interés general.
- Ha sido considerable el progreso en la actuación, colegiada y coordinada, del órgano político con el órgano gestor, y se han hecho significativos avances en el campo informático farmacéutico, tanto en la línea del Banco de Datos como en el Modelo Integrado de Asistencia Sanitaria.
- Hoy, la Administración pública farmacéutica está en condiciones de asegurar el servicio del dispositivo asistencial farmacéutico a la satisfacción de las necesidades reales de la población, con respecto de los intereses legítimos y a un coste soportable, triple finalidad alcanzable dentro del nuevo modelo de Asistencia Farmacéutica que forma parte de un no menos nuevo sistema de cuidados de salud.

A la implantación de ese nuevo modelo está vinculada no sólo la suerte de

## L. ARRANZ ALVAREZ

las estructuras económicas de la producción, distribución y dispensación de especialidades, sino la recuperación de la propia identidad del profesional farmacéutico como experto en medicamentos.

### 2. CONCLUSIÓN FINAL. EL NUEVO MODELO DE ASISTENCIA FARMACEÚTICA

Dada la efectividad alcanzada por las medidas preconizadas, parece necesario, habida cuenta la importancia de los intereses en presencia, proceder a la formalización de un nuevo modelo de asistencia farmacéutica.

Ese nuevo modelo, enraizado en la realidad, tendría las siguientes bases:

- El Servicio Farmacéutico es *necesario* en todo sistema de cuidados de salud.
- El Servicio Farmacéutico ha de ser *coherente*
  - con los valores del sistema de salud, y los de éste con los de la sociedad a la que sirve, de ahí el respeto al principio de libertad de elección de los servicios farmacéuticos entre los que racionalmente sirven a la comunidad
  - con el equipamiento disponible, basado en el ánimo de lucro, lo que exige la aceptación del dispositivo asistencial—Laboratorio-Almacenes-Farmacias—existentes.
- El Servicio Farmacéutico, en una sociedad industrial avanzada, debe hacer más libres a los farmacéuticos (al igual que a los médicos y a los enfermos).
- El Servicio Farmacéutico ha de estar integrado en los servicios sanitarios en paralelo con los servicios médicos
  - en la primera línea de la asistencia o nivel de *comunidad*, el farmacéutico ha de estar inserto en el equipo sanitario y la farmacia ha de estar integrada en el dispositivo asistencial,
  - a nivel institucional, como servicio clínico de los centros de especialidades y hospitales, y
  - tanto a nivel de unidad sanitaria local como regional.
- El Servicio Farmacéutico estará servido por un farmacéutico concebido como experto en medicamentos. Su ejercicio profesional, en libertad profesional, en libertad responsable, estará basado en la autoridad asentada sobre la posesión de un «saber» comunicable, y del «producto» medicamento.

Se trata de diseñar:

- Un nuevo servicio farmacéutico, en un nuevo modelo de asistencia farmacéutica ordenado por el Estado:
  - al promover un dispositivo asistencial racional,
  - al normar la oferta de medicamentos,
  - al fiscalizar la expansión del consumo,
  - al sancionar las desviaciones de cuantos intervienen en él.
- Un nuevo modo de ser y estar profesional farmacéutico en ese nuevo servicio, que le permita la libertad responsable de su ejercicio con una adecuada retribución.