

Prescripción médica y gasto farmacéutico

José M. Brea Feijoo

Médico de familia. CS Doblada. Vigo

Cad Aten Primaria
Año 2008
Volumen 15
Pág. 5-8

RESUMEN

El gasto farmacéutico (GF) no ha dejado de crecer a pesar de las medidas aplicadas, ya en forma de recorte de la oferta de medicamentos, ya con maniobras disuasorias (cambio de receta, visados, etc.) o presiones de los gestores. De la simple correlación de prescripción médica (PM) y GF, se pasó a considerar los diversos factores que influyen en aquella y, en consecuencia, en éste. Factores poblacionales, patologías emergentes y nuevos fármacos inciden de manera incuestionable. Muchos países desarrollados aprobaron diferentes medidas correctoras para sostener sus sistemas sanitarios. Se hace necesaria la acción responsable de todos los agentes implicados en el GF para lograr el uso racional de los medicamentos.

ANÁLISIS DEL GASTO FARMACÉUTICO

Hace unos años se creó en el Parlamento de Galicia la "Comisión Mixta para o Estudio e Avaliación do Gasto Farmacéutico", con los objetivos de determinar el **gasto farmacéutico** (GF), analizar los factores que influyen en la **prescripción médica** (PM) y aplicar las medidas oportunas.

La Comisión Mixta señaló en su dictamen (2004) que el gasto sanitario público en Galicia suponía aproximadamente el 6% del PIB, y que en el período 1991-2003 la tasa de crecimiento del GF fue de más del 240%, considerando tanto el generado a través de la receta oficial del SERGAS como en los centros hospitalarios. En el estudio se obtuvieron otros datos derivados específicamente de la receta en AP, utilizando como herramientas de gestión dos **indicadores**: cuantitativos globales (macroindicadores) y cualitativos.

Los tres **macroindicadores** empleados (GF total, nº de recetas y coste medio/receta) pusieron de manifiesto que entre 1990 y 2002 hubo un incremento de más del 270% en el GF total, de más del 47% en el nº de recetas facturadas y de un 152% en el coste medio por receta. En cuanto a los indicadores cualitativos, se apuntaron los

fármacos más prescritos y con mayor repercusión sobre el GF. En AP, de más a menos: Hipotensores, hipolipemiantes, broncodilatadores/antiasmáticos, antidepresivos, IBPs, AINES/analgésicos, antibióticos y neurolépticos.

A parte de estas conclusiones, hubo de reconocerse que a los médicos de AP se les estaba imputando el GF derivado de la "**PM inducida**" del nivel especializado.

De lo anterior, se justifican las siguientes consideraciones preliminares:

- Si el porcentaje del gasto sanitario público es bajo –en relación al PIB– y con el mismo se compara el GF, podríamos extraer la falsa conclusión de que éste es elevado sin serlo verdaderamente.
- Parece más valorable el GF total que la cantidad de recetas o su coste medio, que puede ser más elevado en un facultativo cuantitativamente menos prescriptor y que utiliza bien los criterios de coste/efectividad.
- No obstante, el hecho de que se gasten más recetas también es de lamentar; nuestro modelo individual –sui generis–, más que a prescribir obliga a recetar (¡una rutina fastidiosa!), siendo cuantioso el consumo que comporta, no imputable en el capítulo de GF.
- Es de agradecer que se reconociese la PM inducida desde el nivel especializado, donde habitualmente no se prescribía en receta oficial; una disfunción que se va corrigiendo en parte con la normativa reciente.
- Debe tenerse en cuenta la baja coparticipación en el GF en relación a otros países, siendo nula la aportación de los pensionistas; una prebenda aprovechada por terceros incurriendo en un fraude largamente conocido.

ANÁLISIS DE LOS FACTORES CONDICIONANTES

En una rechazable simplificación se relacionó la PM con el GF, sin considerar los **factores condicionantes**. Pero la referida Comisión

Mixta analizó los factores poblacionales, los derivados de actividades preventivas y otros cuatro que propiamente condicionaban la PM o repercutirían en el GF gallego: nuevos medicamentos, genéricos, variabilidad de prescripción y programa específico. Añadamos el hecho de las patologías emergentes, y tendremos una completa relación de condicionantes que se recogen en la tabla 1.

TABLA 1

Factores condicionantes de la PM y del GF

Determinantes	Agentes
<ul style="list-style-type: none"> Regulación (normativa, legislación) Nombramiento de gestores competentes Programas específicos bien diseñados Financiación responsable 	ADMINISTRACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Competencia médica Formación médica continuada Empleo de protocolos o guías clínicas Prescripción de calidad 	MÉDICO
<ul style="list-style-type: none"> Competencia farmacéutica Formación farmacéutica continuada Supeditar negocio a servicio público Dispensación responsable 	FARMACÉUTICO
<ul style="list-style-type: none"> Educación sanitaria Cumplimiento terapéutico Consumo responsable de medicamentos 	PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> Investigación farmacológica Beneficios enmarcados en código ético 	INDUSTRIA
<ul style="list-style-type: none"> Información responsable 	MEDIOS

El Programa de incentiviación de la calidad de prescripción (PICP) fue considerado por sus promotores como una medida útil para modificar los hábitos de PM. Valoraba 7 indicadores de calidad: Nuevos medicamentos, AINES, IECAS, Estatinas, Omeprazol, Genéricos y Penicilinas, exigiendo porcentajes mínimos (pe. Omeprazol: recetas de Omeprazol/total recetas IBPs, mínimo del 60 %) y premiando a los facultativos prescriptores que alcanzasen los objetivos de calidad establecidos. Pese a asegurarse su efecto benefactor, dejó pronto de aplicarse.

Tras esta exposición de los factores que condicionan la PM, caben algunos comentarios:

- El envejecimiento es crucial, pues los ancianos consumen más fármacos por razones obvias; aunque en ocasiones se confunde vejez con enfermedad y se centra todo en la atención farmacológica, descuidando necesidades afectivas y distantes de una asistencia social eficaz.
- La actividad preventiva puede suponer inicialmente más gasto en fármacos, pero ahorro final, al evitar complicaciones que redundarían en mayor coste sanitario.
- Los nuevos medicamentos suelen ser más caros, pero han de ser bienvenidos si demuestran ventajas; sobre los genéricos hay posturas encontradas.
- La variabilidad de PM señala la diferencia existente entre unas áreas sanitarias y otras, reflejando la heterogeneidad poblacional y estructural.

- El PICP, además de ser discriminatorio, encerraba una perversidad que se oponía a la pretendida calidad.
- No se consideró un factor decisivo: la **organización asistencial**; constreñida por los males del sistema (masificación, burocracia desmedida e infructuosa, carencia de apoyo auxiliar, asunción de funciones no médicas), impide disponer del tiempo necesario para la adecuada comunicación con los pacientes.

PROPUESTA DE MEDIDAS PARA MODULAR EL GASTO FARMACÉUTICO

El aumento del GF, y por ende del gasto sanitario total, es visto como amenaza para los sistemas sanitarios públicos, por lo que muchos países desarrollados aprobaron **medidas correctoras** o compensadoras. En este sentido, la reiterada Comisión Mixta hizo una larga serie de recomendaciones dirigidas a la Administración sanitaria, estatal y autonómica, que podemos concretar en las esenciales:

- Autorizar y financiar medicamentos y productos que supongan mejora.
- Establecer precios de referencia para fármacos similares.
- Establecer precios máximos de productos sanitarios (absorbentes, tiras reactivas y otros).
- No dispensar ningún medicamento sin receta, excepto especialidades publicitarias.
- Modular publicidad y noticias en los medios anunciando nuevos medicamentos que creen falsas expectativas.
- Establecer y potenciar programas que faciliten la adecuación de la dispensación a la prescripción.
- Extender homologación de recetas a nuevos medicamentos durante un tiempo.
- Instaurar programas específicos para seguimiento de pacientes polimedcados (6 o más medicamentos).
- Elaborar guías farmacológicas para patologías de mayor prevalencia.
- Fomentar la prescripción de genéricos.
- Promover la formación continuada, a través de la FEGAS.
- Propiciar prescripción por principio activo, para mejorar comunicación y evitar duplicidades.
- Establecer indicadores de calidad de prescripción, según criterios de seguridad y coste/efectividad.
- Regular la visita médica, procurando sesiones en grupo.
- Obligar a la industria farmacéutica a declarar nominativamente subvenciones para cursos o congresos.

Analizando esta retahíla de sugerencias, hemos de mostrar asentimiento con la mayoría por razonables, sin dejar por ello de cuestionar o puntualizar algunas:

- Sería irresponsable financiar nuevos fármacos que no hayan demostrado ventajas.

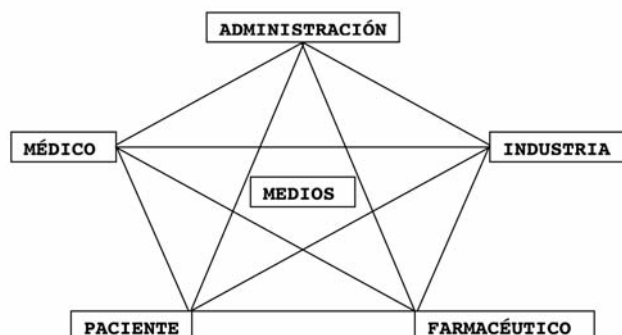
- Los fármacos que no deben dispensarse sin receta tienen, desde siempre, la indicación en el envase: “un círculo”; pero con frecuencia se constata el hecho de la **automedicación**, a menudo favorecida por la complacencia de la oficina de farmacia.
- Sobre el aumento creciente de la publicidad farmacéutica –contrastando con deficiencias en seguridad de medicamentos– huelgan comentarios.
- La libre dispensación acarrea un **abuso consumista** que supone riesgo potencial para los usuarios, genera conflictos y distorsiones asistenciales, contribuye a incrementar indebidamente el gasto sanitario y hace cuestionar la accesibilidad como criterio de calidad.
- La homologación de recetas (denominación del antiguo “visado”), pretendiendo reducir el GF ha supuesto una rémora difícil de asumir; esperemos que la instauración de la receta electrónica venga a aligerar esta carga.
- El deseable seguimiento de polimedicaos precisa reorganización y mayor inversión en AP, a fin de disponer de tiempo y favorecer la calidad asistencial.
- La visita médica en grupo orientada a disminuir la PM parece un despropósito, pues no habría de redundar en la decisión individual.
- La propia Administración debiera ser la garante de la formación de sus profesionales; se evitarían suspicacias con la Industria.
- No se plantea la posibilidad de dispensar fármacos en los propios centros de salud, ni productos sanitarios gravosos (absorbentes, tiras de glucosa, etc.).

DETERMINANTES DEL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

La Administración como empleador, el médico como empleado público, la industria farmacéutica como intermediaria, el farmacéutico como teórico colaborador y el paciente como destinatario final del sistema sanitario, sin olvidar la influencia de los medios de comunicación sobre la población general –a veces distorsionando–, influyen de uno u otro modo en el consumo de fármacos. En la figura 1 se muestra la interrelación de estos **agentes que actúan sobre el GF**.

FIGURA 1

Interrelación de agentes que influyen en el GF



La Administración trata de frenarlo, negociando con la Industria y actuando sobre sus profesionales. El médico del SNS prescribe sin ganancia comercial. El farmacéutico dispensa sin interés alguno en el ahorro, negociando con mayoristas distribuidores. Y el paciente consume, generalmente, despreocupado de la repercusión económica. Al final, la **“medicalización”** es una consecuencia multicausal: inadecuada gestión, incitación consumista, deficiente organización asistencial, permisividad con la libre dispensación, inconveniente influencia mediática y carencia de educación sanitaria (en el contexto de la general).

La Administración no ha conseguido frenar el GF, pese a la **Ley del medicamento** (incorporó normas internacionales de seguridad, calidad y eficacia del medicamento, con el objetivo de limitar el número de drogas y abaratarlas) y a medidas correctoras, como la **financiación selectiva de medicamentos** (popular “medicamentazo”, término peyorativo con el que se ha querido demonizar el recorte farmacéutico), o la **homologación de recetas**. Sólo han conseguido aumentar la burocracia, con la consiguiente pérdida de eficacia y eficiencia. Y los planteamientos de **asistencia farmacéutica y prescripción de enfermería**, han suscitado encendidas controversias.

Políticas sanitarias poco definidas, con cambios de técnicos en gestión en función más bien de actitudes que de aptitudes, no han alcanzado las metas deseadas. El plausible logro de la **“universalización”** asistencial ha tropezado con la reprobable búsqueda concomitante del ahorro a toda costa. Con impotencia, se ha llegado a culpabilizar al médico por el fracaso en la contención del GF, e in extremis se ha planteado tímidamente la generalización de la coparticipación o del “copago” para evitar el despilfarro. Es sabido que lo que nada cuesta en nada se valora y que, por otra parte, la instauración de cualquier elemento que implique aportar un tanto por los servicios sanitarios estará mal visto socialmente. Además, el bajo poder

TABLA 2

Determinantes del uso racional de medicamentos

Condicionantes	Comentarios
• Poblacionales (envejecimiento, inmigración)	Los pensionistas consumen más fármacos que activos (relación 9:1), sin aportación en farmacia. El fenómeno de la inmigración va adquiriendo relevancia.
• Actividades preventivas	Detectan enfermos crónicos (HTA, hiperlipemia, diabetes, EPOC, etc.), que habrán de requerir la correspondiente medicación.
• Nuevos medicamentos	Más caros y no siempre con ventajas.
• Medicamentos genéricos	Teóricamente más baratos.
• Patologías emergentes	Nuevas patologías generan un mayor consumo de fármacos.
• Variabilidad de la PM	Heterogeneidad en función de áreas sanitarias.
• Programa de incentivación de la calidad de prescripción (PICP)	Aplicado con la finalidad manifiesta de fomentar la PM bajo criterios de mayor eficiencia y evidencia científica, perseguida la contención del GF.
• Organización asistencial	Factor no recogido en estudio de Comisión Mixta, y sin embargo decisivo.

adquisitivo de muchos pensionistas y parados no permite maniobras a la ligera.

En cualquier caso, hay que considerar todos los agentes que inciden de uno u otro modo sobre el GF, estimando sus aspectos benefactores. En la tabla 2 se recogen esos aspectos o **determinantes del uso racional de medicamentos**.

Finalmente, recordemos que el paciente es el fin último de los servicios sanitarios, en los cuales se incluye la prestación farmacéutica. Estamos para servirle del mismo modo que nos gustaría que nos asistiesen. Los médicos también enfermamos; en potencia, también somos pacientes.

Y una cuestión queda en el aire aguardando una respuesta: ¿se siguen financiando más fármacos de los necesarios?

BIBLIOGRAFIA

1. BOPG. Documento definitivo de "Comisión mixta para o estudio e avaliación do gasto farmacéutico". Boletín oficial do Parlamento de Galicia 19/06/2004; 591: 36373-36467. Disponible en: <http://www.parlamentodegalicia.es/sites/ParlamentoGalicia/BibliotecaBoletinsOficiais/B60591.PDF>
2. Brea Feijoo JM. Prescripción médica y Gasto farmacéutico. Eido médico (C.O.M. Pontevedra) 2005; 6: 23-27.
3. Cabiedes Miragaya L. Factores explicativos del gasto en la prestación farmacéutica en España (1997-2001). Presupuesto y Gasto Público 2005; 39: 293-307. Disponible en: http://www.ief.es/publicaciones/revistas/PGP/39_Factores.pdf
4. Costas Lombardía E. Análisis crítico de la Atención Farmacéutica. Med. General 2000; 25: 591-8.
5. CPME (Comité Permanente de Médicos Europeos). La Calidad de Prescripción. CPME2002/039 (Aprobado por el Consejo en Bruselas el 30 de agosto de 2003). Disponible en: http://www.cgcom.org/internacional/CPME/cp_def_calidad_prescripcion.pdf
6. Martín G. El coste de la prescripción inducida: una responsabilidad compartida entre Atención Primaria y especializada. Rev Esp Econ Salud Jun 2002; 1(2). Disponible en: <http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/02/PDF/02EnPortadaPrescripcionInducida.pdf>
7. Puig-Junoy J. Gasto farmacéutico en España: Efectos de la participación del usuario en el coste. Investigaciones Económicas (Segunda época) 1988; 12(1):45-68.
8. Simó Miñana J. El gasto sanitario en España, 1995-2002: La atención primaria, Cenicenta del Sistema Nacional de Salud. Aten Primaria 2007; 39 (3): 127-132.
9. Simó Miñana J, Gervas Camacho J. Gasto farmacéutico en España y en Europa (1995-2002): el "despilfarro" español, un mito sin fundamento. Revista de administración sanitaria siglo XXI 2007; 5 (1): 1-15.
10. Soto Álvarez J. Valor terapéutico añadido de los medicamentos: ¿qué es, cómo se evalúa y cuál debería ser su papel en política farmacéutica? An Med Interna 2005; 22 (1): 39-42.