

ANÁLISE ECONÓMICA • 38

Dr. J. Pombo Romero

Departamento de Fundamentos de Análisis Económico.
Universidad de Santiago de Compostela

Prof. Dr. L.M.Varela Cabo

Departamento de Física de la Materia Condensada.
Universidad de Santiago de Compostela

Prof. Dr. C.J. Ricoy Rego

Departamento de Fundamentos de Análisis Económico.
Universidad de Santiago de Compostela

**EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO: EFECTOS
ADVERSOS QUE NO FIGURAN EN LOS PROSPECTOS**

CONSELLO EDITOR:

Manuel Antelo Suarez

Dpto. Fundamentos da Análise Económica.

Juan J. Ares Fernández

Dpto. Fundamentos da Análise Económica.

Xesús Leopoldo Balboa López

Dpto. Historia Contemporánea e América.

Xosé Manuel Beiras Torrado

Dpto. Economía Aplicada.

Joam Carmona Badía

Dpto. Historia e Institucións Económicas.

Luis Castañón Llamas

Dpto. Economía Aplicada.

Melchor Fernández Fernández

Dpto. Fundamentos da Análise Económica.

Manuel Fernández Grela

Dpto. Fundamentos da Análise Económica.

Lourenzo Fernández Prieto

Dpto. Historia Contemporánea e América.

Carlos Ferrás Sexto

Dpto. Xeografía.

Mª do Carmo García Negro

Dpto. Economía Aplicada.

Xesús Giráldez Rivero

Dpto. Historia Económica.

Wenceslao González Manteiga

Dpto. Estatística e Investigación Operativa.

Manuel Jordán Rodríguez

Dpto. Economía Aplicada.

Rubén C. Lois González

Dpto. Xeografía e Historia.

Edelmiro López Iglesias

Dpto. Economía Aplicada.

Xosé Antón López Taboada

Dpto. Fundamentos da Análise Económica.

Alberto Meixide Vecino

Dpto. Fundamentos da Análise Económica.

Miguel Pazos Oton

Dpto. Xeografía

Miguel Pousa Hernández

Dpto. de Economía Aplicada.

Carlos Ricoy Riego

Dpto. Fundamentos da Análise Económica.

Javier Rojo Sánchez

Dpto. Economía Aplicada

Xosé Santos Solla

Dpto. Xeografía.

Francisco Sineiro García

Dpto. Economía Aplicada.

Ana María Suárez Piñeiro

IDEGA

ENTIDADES

COLABORADORAS

- Fundación Caixa Galicia
- Consello Económico e Social de Galicia
- Fundación Feiraco
- Caixanova

Edita: Servicio de Publicacións da Universidade de Santiago de Compostela

ISSN: 1138-0713

D.L.G.: C-1842-2007

Índice

1. Evolución del gasto farmacéutico en Galicia	7
2. Factores explicativos del incremento del gasto farmacéutico	13
2.1 Evolución del volumen de recetas	15
2.2 Evolución del coste medio de la receta	16
2.3 Nuevos principios activos e incremento del gasto farmacéutico.....	19
2.3.1 Nuevos principios activos e incremento del coste por receta.....	19
2.3.2 Utilización de nuevos principios activos en Galicia.....	21
Conclusiones.....	26

Resumen

El presente trabajo analiza la evolución del gasto farmacéutico en Galicia en los últimos años, así como los distintos factores que inciden sobre él. El incremento constante de este capítulo, entorno al 8,5% anual, amenaza la sostenibilidad del sistema y hasta la fecha ninguna de las medidas establecidas ha modificado esta tendencia. La causa principal de esta situación es la capacidad de la industria farmacéutica para asegurarse un mercado creciente mediante la continua introducción de nuevos medicamentos, cuya aportación terapéutica sobre los antiguos es generalmente escasa o nula.

Abstract

This paper addresses evolution of pharmaceutical expenditure in Galicia in last years and factors which are related to. Constant increases roughly 8,5% annual change threat sustainability of the system and to this point none of measures disposed has change this tend. Most important cause of this situation is pharmaceutical industry capacity to ensure growing market by continuously introduction of new drugs whose therapeutic add value over old ones is usually low or null.

Palabras clave: gasto farmacéutico, medicamentos, industria farmacéutica, envejecimiento de la población.

Keywords: pharmaceutical expenditure, medicines, pharmaceutical industry, population ageing.

El progreso de la medicina en las últimas décadas está ligado, cada vez de forma más estrecha, a la investigación, desarrollo y aplicación de nuevos principios activos y, de hecho, es raro el acto médico que no los consume. Podemos afirmar, pues, que la prestación farmacéutica es hoy un componente fundamental de la cobertura sanitaria de la población y, como tal, un instrumento de primer orden en la implementación, desarrollo y viabilidad del Estado del Bienestar. En España, la prestación farmacéutica pública se encuentra en primera fila mundial por su cobertura universal y el alto de nivel de accesibilidad que se garantiza a todos los estratos sociales (la Administración más del 90% del coste total de los medicamentos¹ incluyendo además en su catálogo los tratamientos farmacológicos más novedosos y más costosos).

El siguiente trabajo pretende realizar una descripción y análisis de la prestación farmacéutica a través de receta oficial en Galicia, así como poner de relevancia la capacidad que ha demostrado la industria farmacéutica para inducir incrementos constantes en la demanda. En la primera parte se determina la existencia de una tendencia incremental constante durante el periodo analizado (1993-2005) con una tasa media de incremento anual del 8,5%. A continuación, se desagrega este incremento de tal forma que se concluye que la introducción de nuevos medicamentos es la principal causa del mismo (originando aproximadamente el 80% del incremento del gasto). Posteriormente, se procede a un análisis del coste medio y la cuota de mercado de este tipo de medicamentos, del cual se sugiere un elevado control de la demanda por parte de la industria farmacéutica. Por último, se realiza una minimización de coste dentro de tres grupos de medicamentos para dar una idea del nivel de ineficiencia existente en la prestación farmacéutica debido al uso de los medicamentos más nuevos, los cuales, en su gran mayoría, aportan escasas o nulas mejoras terapéuticas sobre los preexistentes.

1. Evolución del gasto farmacéutico en Galicia

En el presente estudio se considera el gasto farmacéutico generado a través de receta médica oficial por los medicamentos y productos sanitarios (pañales, tiras

¹ IMS Consulting

reactivas, vendas...) incluidos en la prestación farmacéutica, dispensados por las oficinas de farmacia y prescritos tanto por facultativos de atención primaria (médicos de familia) como de atención especializada (médicos especialistas) en consultas externas, urgencias y al alta hospitalaria. Queda por lo tanto excluido el gasto farmacéutico generado en los centros hospitalarios, en recursos utilizados para pacientes ingresados y para los pacientes ambulantes (SIDA, hepatitis C, esclerosis múltiple...), que supuso en 2004 algo más de 160 millones de euros, equivalentes al 18,8% del gasto farmacéutico total. Esta exclusión se debe a la falta de una base de datos centralizada referida al consumo de medicamentos en hospitales durante el período de estudio.

Sufragar una prestación farmacéutica de calidad exige un enorme y creciente uso de fondos públicos, de tal forma que la financiación de la Sanidad y la moderación de su coste se están convirtiendo en temas centrales de la vida política. En efecto, la partida de medicamentos tiene gran responsabilidad en los problemas financieros de la Sanidad ya que supera ampliamente el 25% del total del gasto sanitario y experimenta incrementos medios anuales en el entorno del 8,5% sin que, por el momento, dé muestras de contención². Estos incrementos son muy superiores a los observados para los ingresos fiscales, por lo que generan endeudamiento y, en último caso, detraen recursos de otro tipo de gastos o inversiones, incluyendo al propio sistema sanitario, amenazando con hipotecar en el medio plazo su necesario progreso y modernización³. Surge, pues, la necesidad de analizar las causas de esta situación como paso previo al diseño de las políticas e intervenciones encaminadas a su mejora. En la Figura 1 puede apreciarse la evolución del gasto en medicamentos de receta oficial del Servicio Gallego de Salud (SERGAS).

Entre marzo de 2001 y febrero de 2005 el crecimiento medio anual de la factura farmacéutica en receta oficial con cargo al SERGAS fue del 8,52% alcanzando un máximo de 12,2% en julio de 2002 y un mínimo del 5,17% en diciembre de 2004. Esto ha supuesto que la factura asumida por la Administración en 2004 haya ascendido a 689.664.181 €, siendo 189.678.085 € superior a la de 2000, lo que en términos

² SERGAS. Base de datos SIAC-PF

³ Barea, J., Gómez, A. El problema de la eficiencia del Sector Público en España: especial consideración de la sanidad, Ed. Instituto de Estudios Económicos, Madrid. 1994.

porcentuales implica un crecimiento del 37,86%⁴. Estamos, pues, ante una variable que muestra un crecimiento continuado a lo largo del tiempo, remontándose este comportamiento a los primeros años de la década de los noventa, como se puede observar en la Figura 1.

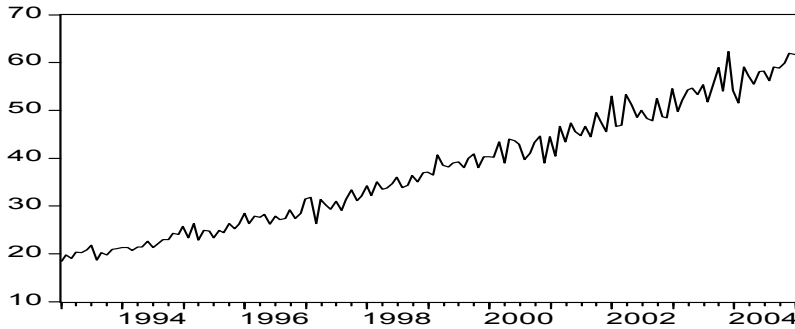


Figura 1. Gasto mensual del SERGAS en receta oficial (millones de euros)

Siguiendo la metodología clásica de análisis de series temporales podemos descomponer la serie en: la tendencia de fondo, el componente cíclico, el estacional y, finalmente, el irregular⁵. Para ello aplicaremos el filtro Hodrick-Prescott. A continuación describiremos detalladamente cada uno de estos elementos para la serie referida al gasto farmacéutico en Galicia.

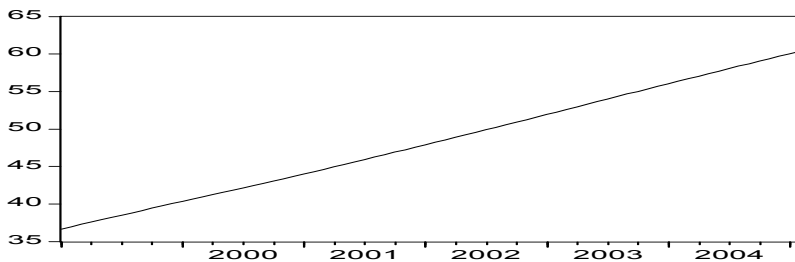


Figura 2. Componente tendencial del gasto farmacéutico del SERGAS en millones de euros

Se entiende por componente tendencial el patrón que subyace constante a lo largo de la serie. La Figura 2 representa gráficamente este elemento. La tendencia

⁴ SERGAS. Base de datos SIAC-PF

⁵ Harvey, A.C. The econometric analysis of time series, Philip Allan Publishers, 1981

implica que cada mes se añaden 400.000€ a la factura farmacéutica de receta oficial del SERGAS. Por su parte, el componente estacional de la serie es aquel que se repite de manera sistemática y recurrente a lo largo de cada año. La Figura 3 muestra los valores estacionales calculados para Galicia en el período objeto de estudio.

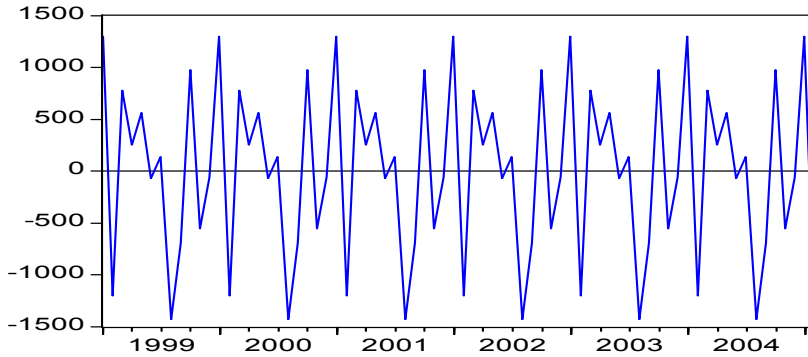


Figura 3. Variación estacional del gasto farmacéutico del SERGAS. En miles de euros.

Los valores para cada mes, derivados de la serie de gasto observada entre marzo de 1999 y febrero de 2005, se muestran en la Tabla 1 de la página siguiente. Febrero presenta el valor más bajo, reduciéndose el gasto en 2.568.705€ en media, debido probablemente a la menor duración del mes. Los meses de verano también implican una menor presión sobre el gasto, mientras que el mes de octubre es el que registra un mayor gasto. La menor incidencia de ciertas patologías en época estival o la diferente pauta prescriptora de los médicos sustitutos, son causas posibles de estas variaciones estacionales.

Enero	1.309.031
Febrero	-2.568.705
Marzo	1.029.464
Abril	552.655
Mayo	1.290.546
Junio	215.352
Julio	264.079
Agosto	-1.717.383
Septiembre	-1.017.783
Octubre	1.962.224
Noviembre	-774.351
Diciembre	-545.129

Tabla 1. Componente estacional del gasto farmacéutico del SERGAS. En miles de euros.

Independientemente del comportamiento estacional, el gasto farmacéutico en Galicia también muestra un comportamiento recurrente de periodo diferente al anual. Es el denominado componente cíclico que podemos ver en la Figura 4.

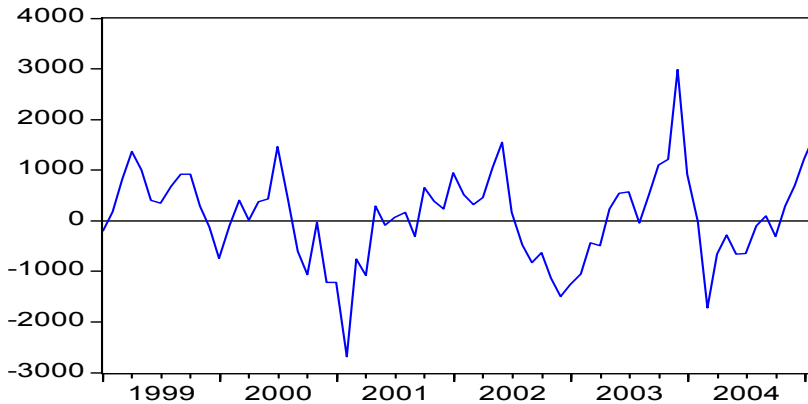


Figura 4. Componente cíclico mensual del gasto farmacéutico del SERGAS (en euros)

El estudio del correlograma de esta serie, que se representa en la Figura 5, muestra la existencia de ciclos con una duración aproximada de 20 meses. Detrás de esta pauta posiblemente se encuentren causas relativas a la organización industrial del sector farmacéutico que sería oportuno analizar en futuros trabajos.

Observaciones incluidas: 74 Muestra: 1999:01 2005:02

Autocorrelación	AC	Q-Stat	Prob	Autocorrelación	AC	Q-Stat	Prob
1	0.646	32.178	0.000	17	0.019	92.220	0.000
2	0.406	45.039	0.000	18	0.126	93.817	0.000
3	0.131	46.403	0.000	19	0.185	97.301	0.000
4	0.098	47.176	0.000	20	0.122	98.846	0.000
5	-0.010	47.185	0.000	21	0.055	99.167	0.000
6	-0.163	49.394	0.000	22	0.085	99.950	0.000
7	-0.257	54.934	0.000	23	0.136	101.99	0.000
8	-0.309	63.052	0.000	24	0.058	102.37	0.000
9	-0.334	72.713	0.000	25	0.005	102.37	0.000
10	-0.336	82.615	0.000	26	-0.015	102.40	0.000
11	-0.277	89.485	0.000	27	-0.060	102.83	0.000
12	-0.155	91.652	0.000	28	-0.104	104.16	0.000
13	-0.052	91.897	0.000	29	-0.149	106.95	0.000
14	0.011	91.907	0.000	30	-0.066	107.50	0.000
15	-0.016	91.932	0.000	31	-0.013	107.52	0.000
16	-0.051	92.183	0.000	32	-0.037	107.71	0.000

Figura 5. Correlograma del componente cíclico del gasto farmacéutico

Por último, el componente irregular de la serie está originado por factores puntuales y, normalmente, aleatorios que tienen una influencia limitada en el tiempo. Del análisis de este componente se puede inferir, entre otras cuestiones, la reacción del mercado a la entrada de nuevos precios de referencia en enero de 2004. En este sentido, se observa en la Figura 6 un pico de facturación de 4.547.471 € en diciembre de 2003 y una corrección en enero de 2004 de 4.620.417 €. Las flechas, que se corresponden a diciembre de 2003 y a enero de 2004, muestran la anticipación del mercado a la entrada en vigor del nuevo sistema de precios de referencia, que fija un precio máximo pagado por la Administración para ciertos medicamentos independientemente de cuál sea su marca. Los estadísticos fundamentales de la parte aleatoria de la serie de gasto se muestran en la Figura 7. Podemos apreciar que la distribución es leptocúrtica, tiene la cola izquierda relativamente alargada. El test Jarque-Bera muestra que no estamos ante una distribución perfectamente normal, debido a la sucesión de eventos aleatorios que afectan a la serie de gasto.

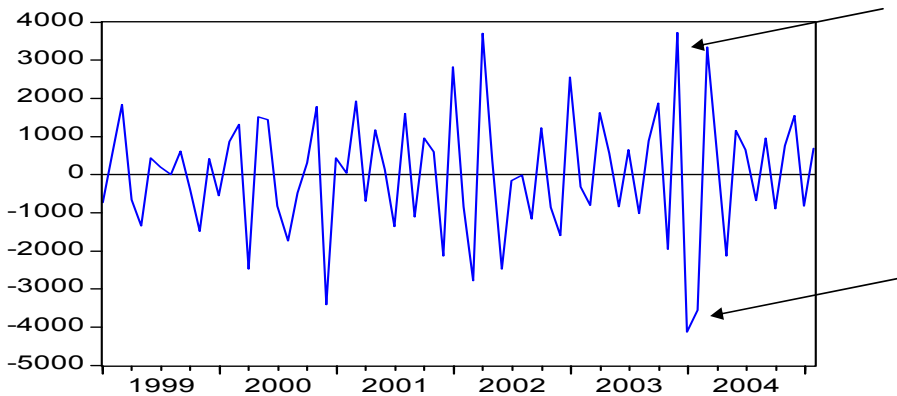


Figura 6. Componente irregular mensual del gasto farmacéutico del SERGAS. Miles de euros.

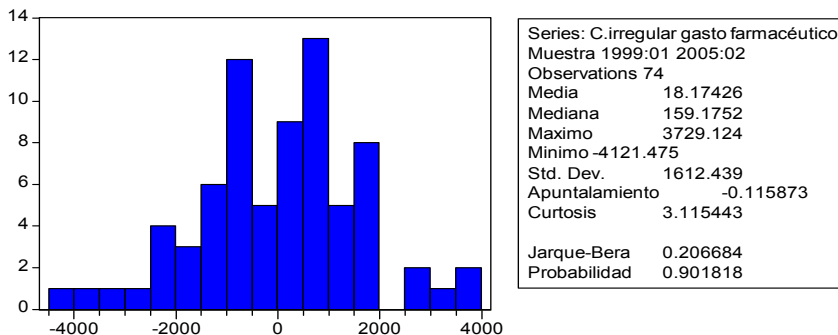
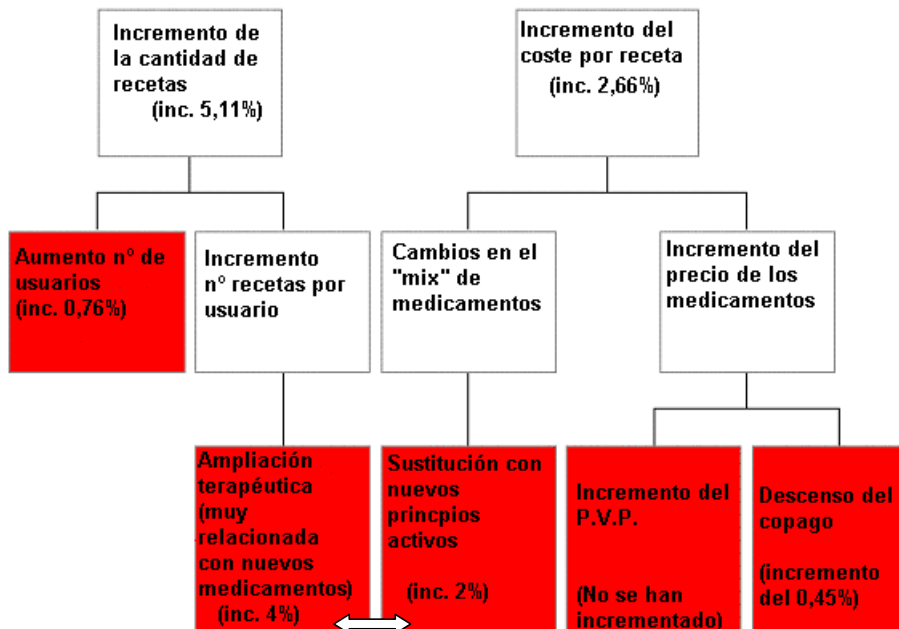


Figura 7. Estadísticos descriptivos del componente irregular de la serie de gasto farmacéutico del SERGAS. En miles de euros

2. Factores explicativos del incremento del gasto farmacéutico

El coste de la prestación farmacéutica en receta oficial para la Administración está determinado tanto por el número de recetas prescritas como por el coste medio de éstas. La evolución conjunta de las tres variables en el periodo 1999-2005 puede observarse en la Figura 8, en la que se aprecia que el incremento del número de recetas prescritas ha crecido más rápidamente que su coste medio. Por su parte, los diversos factores que empujan el gasto asumido por la Administración pública en concepto de prestación farmacéutica son desglosados y ponderados en el Esquema 1.

Esquema 1. Causas del incremento del gasto farmacéutico en Galicia entre enero de 2001 y febrero de 2005. El incremento medio anual de la factura en este período ha sido del 8,5%. Los valores corresponden a la aportación anual media de cada concepto al crecimiento observado del gasto.



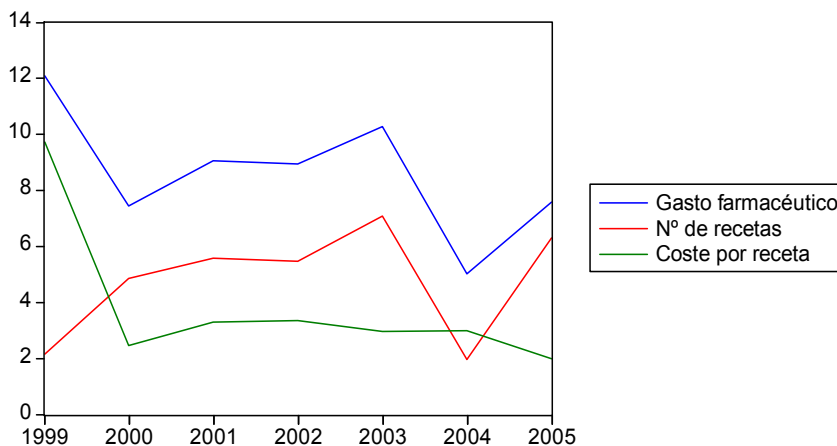


Figura 8. Incrementos porcentuales interanuales del gasto farmacéutico, el número de recetas dispensadas y el coste por receta asumidos por el SERGAS. El dato de 2005 es el correspondiente al periodo enero-agosto.

Los valores de los incrementos estimados para cada uno de los factores corresponden a su aportación promedio al incremento anual medio del gasto farmacéutico. El aumento del número de usuarios se ha considerado a partir de la evolución de la población (ponderada por los criterios de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA) para Sanidad⁶) registrada en *Tarjeta Sanitaria* y por lo tanto con derecho a prestación farmacéutica. La ampliación terapéutica con nuevos medicamentos incluye el gasto en nuevos principios activos para nuevas indicaciones y la extensión de la población susceptible de ser puesta a tratamiento por las modificaciones en las recomendaciones de las autoridades sanitarias (por ejemplo, la reducción del nivel máximo recomendado de colesterol LDL). La evidencia empírica muestra que estas ampliaciones se hacen fundamentalmente con principios activos catalogables como “nuevos”. Esto se debe en gran medida a que los estudios clínicos necesarios para obtener nuevas indicaciones sólo se realizan cuando el laboratorio promotor estima que obtendrá un beneficio comercial para alguna de las moléculas sobre las que aún mantiene exclusividad. El cálculo del impacto de estas ampliaciones se realiza contrastando los datos de prescripción con estudios de prevalencia e incidencia de las patologías tratadas. La

⁶ Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de Comunidades Autónomas.

sustitución de medicamentos en tratamientos ya iniciados ha sido estimada en función de la pérdida de cuota de mercado de principios activos “antiguos” por la irrupción de nuevas moléculas. La flecha de doble punta que figura en el organigrama pretende destacar el hecho de que los fármacos novedosos inciden en el incremento del gasto provocando aumentos tanto en el número de recetas consumidas como en el coste medio de cada una de ellas.

Como podemos observar, aproximadamente dos tercios del crecimiento del gasto son originados por un incremento en el volumen de recetas y el tercio restante por el incremento del coste medio de cada una de estas recetas. A continuación analizaremos ambos factores de forma individualizada.

2.1 Evolución del volumen de recetas

El volumen total de recetas está determinado por el número de usuarios de la prestación farmacéutica y por la cantidad de recetas que cada uno de estos usuarios utiliza. El incremento que se experimentó desde 2001 en el número de usuarios y su grado de envejecimiento explica aproximadamente el 9% del incremento total del gasto. Para contabilizar el número de usuarios se considera que, a efectos de consumo de recursos farmacéuticos, un usuario pensionista equivale a nueve activos. Esta relación, obtenida empíricamente, es la misma que se utiliza en el cálculo de la asignación presupuestaria que el Estado hace a cada autonomía para el financiamiento de los servicios de salud. En el futuro, y teniendo en cuenta la aceleración del grado de envejecimiento y la llegada de inmigrantes y retornados, se puede esperar que este factor cobre más protagonismo.

El crecimiento del número de recetas que cada usuario utiliza en media es el principal factor de incremento del gasto farmacéutico y es responsable de cerca del 50% del aumento total⁷. Detrás de este fenómeno está la ampliación de los problemas de salud o de los factores de riesgo susceptibles de ser tratados con medicamentos. Como se ha expuesto anteriormente, por regla general este crecimiento está causado por la introducción de nuevos principios activos. Esta afirmación se extrae del análisis de las

⁷ SERGAS. Base de datos SIAC-PF

características de los grupos terapéuticos que concentran el crecimiento de las prescripciones médicas y que se analizará posteriormente.

La proporción de pensionistas en los cupos se mantuvo estable durante el período analizado, como se puede constatar en la Figura 9. Este es un resultado en cierta medida esperable teniendo en cuenta la relativa lentitud con la que se producen los cambios demográficos. Estos cambios son, por lo general, mucho más lentos que el rápido aumento que la demanda de servicios sanitarios está experimentando, por lo que no se puede concluir que el envejecimiento sea un factor especialmente relevante para explicar durante el periodo analizado la evolución del gasto farmacéutico⁸.

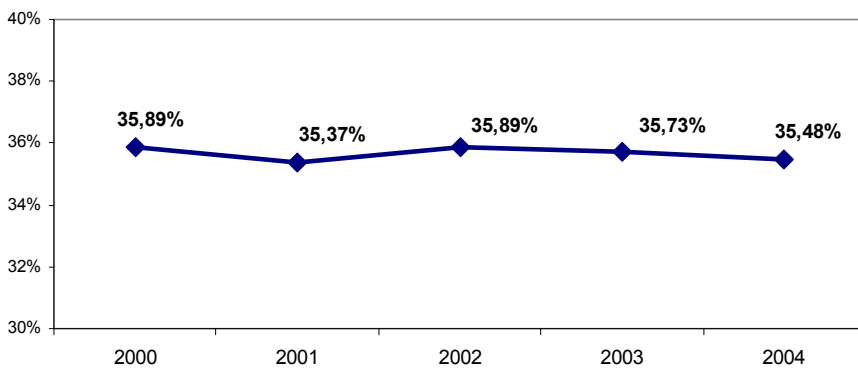


Figura 9. Proporción media de pensionistas en los cupos de usuarios de los médicos de la red de atención primaria del SERGAS.

2.2 Evolución del coste medio de la receta

Las causas que determinan el incremento del coste medio por receta se dividen en una serie de factores de distinta naturaleza. Por un lado está la evolución del importe que tiene que pagar la Administración por un medicamento determinado (la evolución del precio del miligramo de un principio activo determinado) y por otro los cambios en

⁸ “Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades”. Gaceta sanitaria. nº 2. vol 15. págs.154-165.2001

la cesta (“mix”) de medicamentos utilizados (sustitución de unos principios activos por otros para las mismas indicaciones terapéuticas).

La evolución de los precios de las especialidades está condicionada por el rápido nivel de obsolescencia de los medicamentos, y por la presión a la baja que ocasiona el sistema de precios de referencia⁹ y el creciente mercado de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG). En estas condiciones, la evolución del precio de un medicamento es decreciente desde el momento de su primera autorización, con un descenso muy marcado en cuanto caduca la patente. Debido a esto no se ha apreciado un encarecimiento en los precios de los principios activos considerados individualmente sino, más bien, una tendencia a la baja¹⁰ por lo que no es un factor que incida en el incremento del gasto farmacéutico. La Figura 10 ilustra la situación descrita. Podemos observar la evolución del precio por envase de las tres presentaciones de mayor consumo de simvastatina, enalapril y omeprazol, entre enero de 2001 y octubre de 2005. La bajada de los precios es continua, con descensos bruscos coincidentes con las revisiones de los precios de referencia.

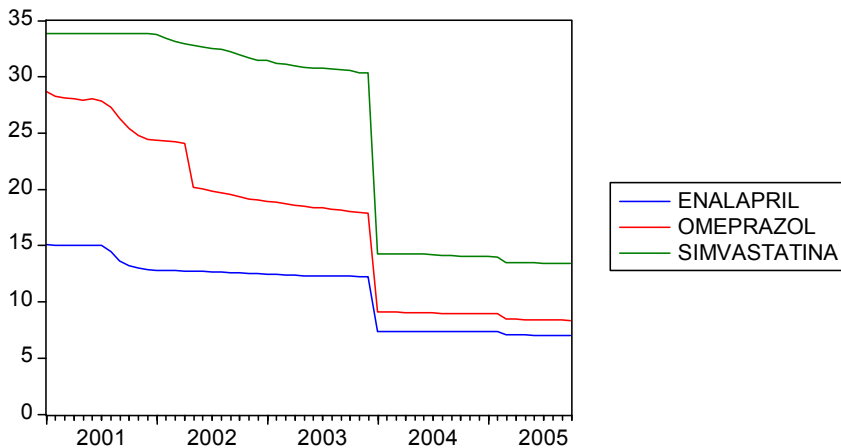


Figura 10: Evolución durante el periodo enero 2001-octubre 2005 del precio medio por envase (en euros) de la presentación más consumida de enalapril, omeprazol y simvastatina.

⁹ López Casanovas, J. et al. Reference pricing and pharmaceutical policy, Springer-Verlag Ibérica, Barcelona 2001

¹⁰ SERGAS. Base de datos SIAC-PF

Por otra parte, el nivel de copago (parte del precio del medicamento pagada por el consumidor) se encontraba en el 2005 entorno al 5,5%. La tendencia es de continua reducción, lo que conlleva un mayor gasto para la Administración¹¹. La evolución de esta variable, que se muestra en la Figura 11, explica aproximadamente el 5% del incremento del gasto farmacéutico.

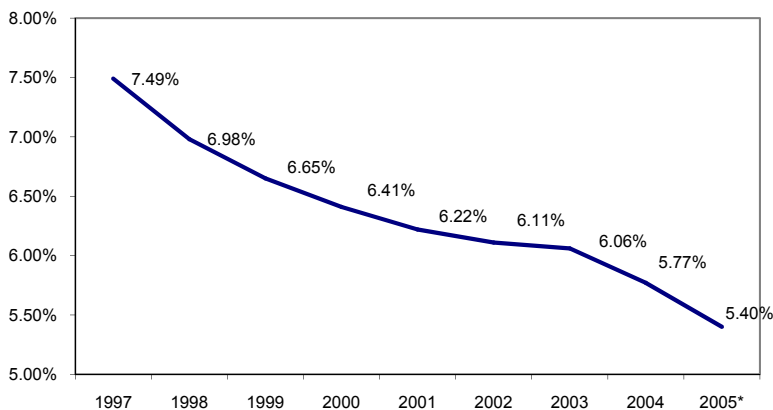


Figura 11. Nivel de copago en las recetas del SERGAS. * Para 2005 sólo periodo enero-agosto.

En cuanto a los cambios en el “mix” de medicamentos (cuotas de mercado de los distintos principios activos dentro de una misma indicación) provocados por la evolución de la oferta dan cuenta de, aproximadamente, una cuarta parte del incremento del gasto farmacéutico total. Una vez más debemos observar la relación de la prescripción de nuevos principios activos (N.P.A.) con la evolución de la factura. De esta forma podemos concluir que, directa o indirectamente, la entrada en el mercado de N.P.A. está relacionada con aproximadamente el 80% del incremento del gasto farmacéutico¹².

¹¹ Junoy J, Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y por qué. Hacienda Pública Española 2001, 158-3, 105-134.

¹² SERGAS. Base de datos SIAC-PF.

2.3 Nuevos principios activos e incremento del gasto farmacéutico

Como acabamos de ver, la observación conjunta de las series de gasto farmacéutico y de los factores que lo determinan, pone de manifiesto la relevancia para nuestro análisis del estudio del impacto de la introducción de N.P.A. en el incremento del gasto farmacéutico, lo que constituye el objeto de la siguiente sección.

2.3.1 Nuevos principios activos e incremento del coste por receta

La elasticidad del coste de la receta a la introducción de N.P.A., considerando estos como aquellos que han sido autorizados en los últimos cuatro años, nos indica la propensión al incremento del coste medio de la receta cuando hay un incremento en la proporción de nuevos principios activos sobre el total de medicamentos prescritos. Así, por ejemplo, un valor de 2 para la elasticidad nos indica que si la proporción de N.P.A. prescritos se incrementa en un punto porcentual, el coste de la receta se incrementa en dos puntos porcentuales. De esta forma, nos aproximamos a conocer cuál es la diferencia de precios entre viejos y nuevos principios activos.

El precio de los nuevos medicamentos lo fija la Administración en función de una serie de consideraciones entre las que cabe destacar la política de gasto que se decida acometer y la capacidad de negociación ante las autoridades del laboratorio fabricante (muy condicionada por la aportación terapéutica de su nuevo medicamento, la cual se determina en ensayos clínicos realizados previamente a la autorización). Por esta razón, la evolución del diferencial de coste entre el uso de especialidades nuevas y antiguas nos da una idea tanto del planteamiento estratégico de la Administración, como del valor añadido derivado de las novedades farmacéuticas.

La Figura 12 nos indica la evolución de estas elasticidades en Galicia a lo largo del periodo 2001-2004. Para su estimación se procedió, en primer lugar, a establecer, mediante la técnica de la regresión multivariante, la influencia de una serie de factores en el coste medio por usuario de la prestación farmacéutica. Una vez que estas influencias fueron identificadas y cuantificadas se aisló el efecto que, de manera independiente, ha tenido el uso de los nuevos principios activos sobre el gasto medio en cada uno de los periodos considerados. En la regresión se consideraron las

prescripciones de 1.421 médicos de Atención Primaria del SERGAS entre julio de 2001 y junio de 2004*. Como puede observarse en la Figura 12, existe un máximo para la elasticidad durante el segundo semestre de 2002 momento a partir del cual los precios de los N.P.A. comienzan a converger en media con el resto del mercado.

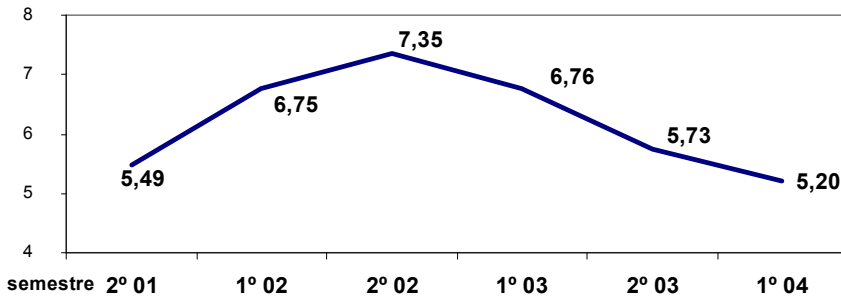


Figura 12. Evolución de la elasticidad del coste medio de la receta a la proporción de NPA.

Sin embargo, este efecto se ve compensado por un incremento prácticamente lineal en la proporción de prescripciones de N.P.A. justamente a partir de ese mismo semestre, como se observa en la Figura 13.

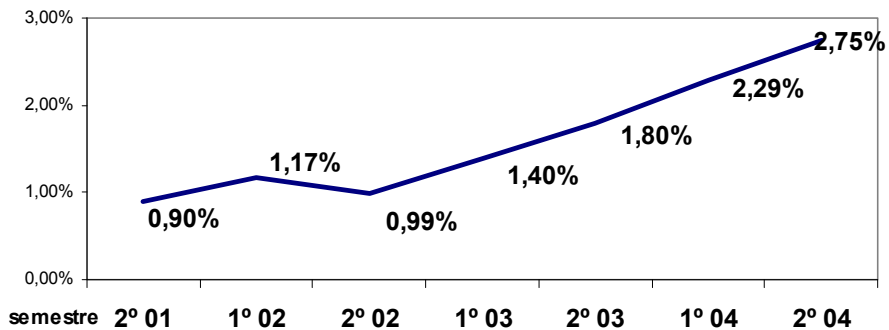


Figura 13. Prescripciones de NPA sobre el total de las prescripciones

* Los resultados de este análisis pueden ser consultados a los autores

Del análisis conjunto de las dos figuras anteriores se puede concluir que la estrategia comercial de la industria farmacéutica experimentó un cambio en 2003 que coincide con el momento en que la elasticidad del coste medio de la receta a la proporción de nuevos principios activos alcanza un máximo. La presión por parte de la Administración para controlar el gasto farmacéutico, y la disminución de la aportación terapéutica de los medicamentos aparecidos en los últimos años,¹³ forzaron a moderar el precio de comercialización de salida de los N.P.A., pero esto se compensó completamente con un incremento de la cuota de mercado de estos medicamentos, consiguiendo de esta forma mantener invariable la tendencia histórica de la serie de gasto farmacéutico. El fenómeno observado muestra que la capacidad de control del mercado por parte de la oferta es muy alta, algo a lo que probablemente contribuya la estructura y comportamiento de la red de prescriptores. En Galicia, esta red está formada por más de 8.000 médicos que toman las decisiones de prescripción, y determinan de esa forma la composición de la cesta de demanda del mercado de medicamentos, en función de la información y los incentivos que perciben tanto de la industria farmacéutica como de la Administración Sanitaria¹⁴. Los laboratorios han adaptado su estrategia comercial a este entorno de manera exitosa, con el resultado de un crecimiento sostenido para el conjunto del sector muy superior a la media de la economía nacional.

2.3.2 Utilización de nuevos principios activos en Galicia

En el periodo enero-febrero de 2005, y con relación al mismo periodo del año anterior, el gasto farmacéutico se incrementó en Galicia en 19.370.379€. Sólo 8 grupos terapéuticos (conjunto de medicamentos con una misma indicación) son los responsables de más de la mitad de este incremento. La Tabla 2 detalla estos grupos y su peso¹⁵. Un rasgo común a estos grupos terapéuticos es que, en ellos, el ritmo de crecimiento del coste por receta es superior a la media, lo que indica que se está dando un proceso de sustitución de medicamentos más baratos por otros de valor superior; está variando el “mix” de principios activos (medicamentos de igual composición) dentro de

¹³ Ministerio de Sanidad y Consumo, Memoria anual 1997-2004

¹⁴ Pombo, J. Modelo mecano-estadístico del mercado farmacéutico: aplicación al estudio de la demanda de medicamentos en la Comunidad Autónoma de Galicia. Trabajo realizado para la obtención de DEA en el Departamento de Fundamentos de Análisis Económico de la Universidad de Santiago de Compostela

¹⁵ SERGAS. Base de datos SIAC-PF

los diferentes grupos y, como consecuencia, aumenta el gasto farmacéutico. La Figura 14 muestra gráficamente cómo se da este proceso de sustitución en el grupo de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) entre 2002 y 2005. La figura representa, en tanto por uno, la cuota de mercado de omeprazol y de los IBP posteriores. A pesar de que no existen evidencias científicas de diferencias de eficacia o seguridad entre omeprazol y sus equivalentes más recientes (mucho más caros), se observó un paulatino aumento de la cuota de mercado de estos últimos.

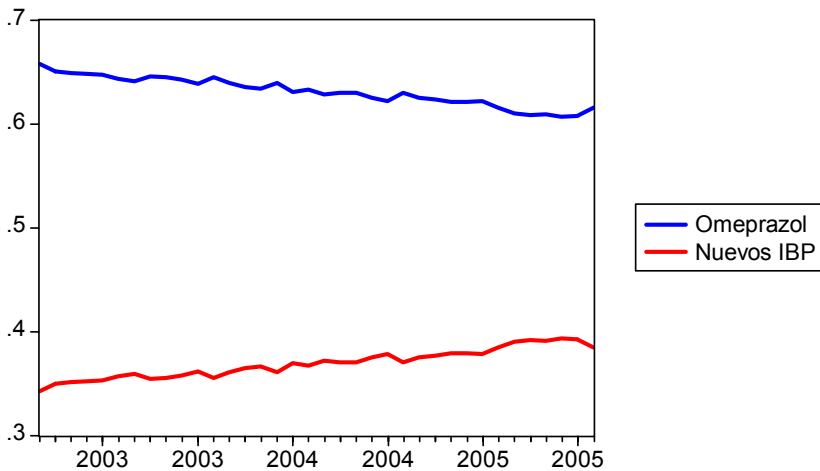


Figura 14. Cuota de mercado (en tanto por uno) de omeprazol frente a los nuevos (y más caros) IBP. Se observa un proceso de sustitución que provoca un incremento del gasto farmacéutico.

GRUPO TERAPÉUTICO	INC. DE GASTO	% INC. GASTO TOTAL
HIPOTENSORES	2.074.329 €	10,71%
HIPOLIPEMIANTES	2.059.634 €	10,63%
BRONCODILATADORES	1.826.721 €	9,43%
ANTIULCERA PEPTICA	1.278.549 €	6,60%
ANTIDEPRESIVOS	1.210.201 €	6,25%
PREPARADOS DEL A. LOCOMOTOR	679.349 €	3,51%
PREPARADOS UROLOGICOS	632.722 €	3,27%
ANTIPILEPTICOS	608.239 €	3,14%

Tabla 2. Grupos terapéuticos que muestran mayor crecimiento en el periodo enero-febrero 2005 con respecto al mismo periodo de 2004 en la prestación del SERGAS

La desagregación del incremento del gasto por principio activo muestra también un elevado grado de concentración. Así, 20 principios activos, del total de 998 que

tuvieron consumo en ese periodo, concentran la mitad de la responsabilidad del incremento de gasto. Si consideramos los 50 que más crecen se obtiene cerca del 80% del incremento total del gasto. En la Tabla 3 se detallan los 20 principios activos que más han crecido en términos absolutos en Galicia durante los dos primeros meses de 2005. La mayor parte de estos principios activos eran los de más reciente autorización y la alternativa más cara de sus correspondientes grupos terapéuticos. Al ser medicamentos cuyo periodo de patente protegida aún no había expirado, y no disponían de genérico, escapaban a las limitaciones que establece el sistema de precios de referencia. Todos ellos son utilizados en el tratamiento de patologías de elevada prevalencia por lo que una intervención que tuviera por objeto racionalizar su uso tendría un gran efecto sobre el total de la factura.

PRINCIPIO ACTIVO	INC. DE GASTO	% INC. GASTO TOTAL
ATORVASTATINA	1.134.162 €	5,86%
ESCITALOPRAM	806.740 €	4,16%
FLUTICASONA	790.290 €	4,08%
BUDESONIDA	667.161 €	3,44%
VALSARTAN	598.509 €	3,09%
LANSOPRAZOL	510.071 €	2,63%
ABSORBENTES	466.229 €	2,41%
INSULINA HUMANA	440.516 €	2,27%
PRAVASTATINA	435.789 €	2,25%
BROMURO DE TIOTROPIO	403.900 €	2,09%
PANTOPRAZOL	395.095 €	2,04%
RISEDRONATO	360.861 €	1,86%
OLMESARTAN	360.160 €	1,86%
TOLTERODINA	352.410 €	1,82%
PARACETAMOL	329.434 €	1,70%
INSULINA GLARGINA	321.073 €	1,66%
CLOPIDOGREL	314.517 €	1,62%
LOSARTAN	311.309 €	1,61%
EZETIMIBA	304.282 €	1,57%

Tabla 3. Principios activos que más han crecido en los dos primeros meses de 2005 con respecto al mismo periodo del año 2004.

Desde el punto de vista económico es necesario conocer el coste que tiene para el sistema la utilización de alternativas terapéuticas de precio elevado y los beneficios para la salud pública que se derivan de este gasto. Para hacernos una idea aproximada de la dimensión de este fenómeno analizaremos los hipolipemiantes, IBPs e hipotensores, que, conjuntamente supusieron un gasto de unos 125 millones de euros en el año 2004. La equivalencia terapéutica entre los principios activos escogidos está demostrada en ensayos clínicos por lo que, en principio, son bienes que podemos

considerar, al menos de forma aproximada, como sustitutivos. A continuación, se compara el gasto que se ha efectuado con el que se esperaría si sólo se financiase el tratamiento más barato de cada grupo terapéutico. Los cálculos se fundamentan en el coste por DDD (Dosis Diaria Definida)¹⁶ observado durante el año 2004. En el caso de no disponer de las DDD se utiliza el número de recetas dispensadas en 2004. La Tabla 4 resume los resultados del estudio comparativo por grupos.

La hipótesis de la sustitución completa de todos los principios activos de un mismo grupo no es realista ni probablemente deseable, pero los resultados de este análisis son útiles para focalizar nuestra atención sobre un número limitado de principios activos que inducen un elevado gasto y para los que se dispone de alternativas más eficientes¹⁷. Concretamente podemos englobar en esta categoría a atorvastatina, pravastatina, lansoprazol, pantoprazol y valsartán. El empleo generalizado de medicamentos nuevos cuyo precio no está justificado por su escasa o nula aportación terapéutica es la principal causa del incremento del gasto farmacéutico. Esta tendencia a demandar medicamentos nuevos, independientemente de su eficiencia, tiene como principal beneficiaria a la industria farmacéutica, cuya estrategia comercial en los últimos años ha pivotado entorno a estas pseudo-innovaciones también conocidas como medicamentos *me too*¹⁸. En último caso las características del mercado farmacéutico, en el que la demanda la determina una red de agentes, para los cuales no son válidos los supuestos normales de minimización del coste, son las que posibilitan que se produzca esta situación. Las decisiones de estos agentes (los médicos prescriptores) están condicionadas por la información y por los incentivos¹⁹ que perciben, y por la tendencia a ajustarse a un perfil de actuación considerado paradigmático. Un estudio detallado del funcionamiento de la demanda de medicamentos se presenta como condición necesaria para un correcto análisis y diseño de estrategias encaminadas a la racionalización del gasto sanitario.

¹⁶ Organización Mundial de la Salud. Informe de recomendaciones

¹⁷ SERGAS. Boletín de información farmacoterapéutica, varios números

¹⁸ Goozner, M. The \$800 million pill: the truth behind the cost of new drugs. University of California Press. Berkley, USA, 2004.

¹⁹ Pombo J., Evaluación de un programa de incentivación de la calidad en Atención Primaria. Revista Galega de Administración Sanitaria. Nº 1, vol 4, págs 71-82, Mayo 2005.

Hipolipemiantes

Principio activo	DDD	Gasto SERGAS	coste mínimo
ATORVASTATINA	34.620.576	26.900.168 €	12.463.407 €
SIMVASTATINA	20.405.586	7.244.522 €	7.244.522 €
PRAVASTATINA	11.342.976	12.991.400 €	4.083.471 €
FLUVASTATINA	6.345.551	4.160.681 €	2.284.399 €
LOVASTATINA	2.086.750	1.088.374 €	751.230 €
Coste efectuado	52.385.145 €		
Coste en simvastatina (mínimo)	26.928.518 €		
Ahorro potencial		25.456.627 €	

I.B.P.

Principio activo	recetas	Gasto SERGAS	coste mínimo
ESOMEPRAZOL	38.786	959.143 €	325.802 €
LANSOPRAZOL	276.633	9.206.286 €	2.323.717 €
OMEPRAZOL	1.186.638	9.968.587 €	9.967.759 €
PANTOPRAZOL	311.436	9.935.498 €	2.616.062 €
RABEPRAZOL	75.603	2.766.525 €	635.065 €
Coste efectuado	30.069.514 €		
Coste en omeprazol (mínimo)	15.233.341 €		
Ahorro potencial		14.836.173 €	

Hipotensores

Principio activo	Recetas	Gasto SERGAS	Coste mínimo
CANDESARTAN	140.829	3.665.620 €	890.039 €
CAPTOPRIL	122.836	1.019.443 €	776.324 €
ENALAPRIL	595.765	3.766.475 €	3.765.235 €
EPROSARTAN	156.499	3.963.657 €	989.074 €
FOSINOPRIL	38.072	835.796 €	240.615 €
IRBESARTAN	159.199	4.693.940 €	1.006.138 €
LISINOPRIL	72.257	917.958 €	456.664 €
LOSARTAN	165.112	4.242.923 €	1.043.508 €
OLMESARTAN MEDOXOMILO	25.270	772.956 €	159.706 €
PERINDOPRIL	28.895	621.586 €	182.616 €
QUINAPRIL	112.356	2.154.845 €	710.090 €
RAMIPRIL	132.896	2.242.156 €	839.903 €
TELMISARTAN	110.980	3.162.394 €	701.394 €
VALSARTAN	312.996	10.484.993 €	1.978.135 €
Coste efectuado	42.544.742 €		
Coste en enalapril (mínimo)	13.739.440 €		
Ahorro potencial		28.805.302 €	

Total

Coste efectuado	124.999.401€
Coste mínimo	55.901.299 €
Ahorro potencial	69.098.102 €
% ahorro	55,3%

Tabla 4. Coste máximo y mínimo de los tratamientos con estatinas, I.B.P. y antihipertensivos en Galicia en 2004.

Conclusiones

El gasto farmacéutico en Galicia mantiene desde hace años una tendencia incremental situada en torno al 8,5% de variación anual media. Las causas del crecimiento del gasto farmacéutico son fundamentalmente estructurales. El principal factor que empuja al alza el gasto farmacéutico es la facilidad que tiene el mercado para introducir con rapidez nuevos principios activos, independientemente de su coste y de la aportación terapéutica que supongan sobre los tratamientos preexistentes. La estrategia comercial de la industria farmacéutica ha estado orientada en este sentido. Otros factores como el envejecimiento de la población, el aumento de los usuarios o el nivel de copago de los pacientes han tenido una incidencia relativamente menor en el incremento del gasto farmacéutico.

DOCUMENTOS DE TRABAJO YA PUBLICADOS.

ÁREA DE ANÁLISE ECONÓMICA

32. COMERCIO INTRAINDUSTRIAL EN BIENES QUE DIFIEREN EN CALIDAD AMBIENTAL. EFECTOS DE LA POLÍTICA AMBIENTAL Y DE LA POLÍTICA COMERCIAL (**Dolores Riveiro García**)
33. LA TASA DE CRECIMIENTO COMPATIBLE CON EL EQUILIBRIO EXTERNO Y LAS COMPONENTES DE LA DEMANDA INTERNA: UN TEST PARA LA ECONOMÍA ESPAÑOLA. (**Belén Fernández Castro**)
34. POLÍTICA ESTRATÉGICA DE EXPORTACIÓN EN PRESENCIA DE REGULACIÓN AMBIENTAL (**Dolores Riveiro García**)
35. REGIONAL UNEMPLOYMENT IN SPAIN: DISPARITIES, BUSINESS CYCLE AND WAGE SETTING (**Roberto Bande, Melchor Fernández e Víctor Montuenga**)
36. THE REDISTRIBUTIVE ROLE OF NON-PROFIT ORGANIZATIONS (**Giovanni Cerulli**)
37. MILLIAN EFFICIENCY WITH ENDOGENOUS FERTILITY (**J. Ignacio Conde-Ruiz, Eduardo L. Giménez, Mikel Perez-Nievas**)

ÁREA DE ECONOMÍA APLICADA

19. THE EVOLUTION OF INSTITUTIONS AND STATE GOVERNING PUBLIC CHOICE IN THE SECOND HALF OF TWENTIETH-CENTURY SPAIN (**Gonzalo Caballero Míguez**)
20. A CALIDADE DE VIDA COMO FACTOR DE DESENVOLVEMENTO RURAL. UNHA APLICACIÓN Á COMARCA DO EUME. (**Gonzalo Rodriguez Rodríguez.**)
21. CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA Y DESARROLLO DEL TURISMO EN LA "COSTA DA MORTE". (**Begoña Besteiro Rodríguez**)
22. OS SERVIZOS A EMPRESAS INTENSIVOS EN COÑECEMENTO NAS REXIÓNS PERIFÉRICAS: CRECEMENTO NUN CONTEXTO DE DEPENDENCIA EXTERNA? (**Manuel González López**)
23. O PAPEL DA EMPRESA PÚBLICA NA INNOVACIÓN: UNHA APROXIMACIÓN Á EXPERIENCIA ESPAÑOLA (**Carmela Sánchez Carreira**)

ÁREA DE HISTORIA

13. EN TORNO Ó ELDUAYENISMO: REFLEXIÓNS SOBRE A POLÍTICA CLIENTELISTA NA PROVINCIA DE PONTEVEDRA. 1856-1879. (**Felipe Castro Pérez**)
14. AS ESTATÍSTICAS PARA O ESTUDIO DA AGRICULTURA GALEGA NO PRIMEIRO TERCIO DO SÉCULO XX. ANÁLISE CRÍTICA. (**David Soto Fernández**)
15. INNOVACIÓN TECNOLÓXICA NA AGRICULTURA GALEGA (**Antom Santos - Pablo Jacobo Durán García - Antonio Miguez Macho**)
16. EL BACALAO EN TERRANOVA Y SU REFLEXIÓN DE LAS ZEE (**Rosa García-Orellán**)
17. LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN LA GALICIA COSTERA: UNA REVISIÓN DEL IMPACTO DE LA INDUSTRIALIZACIÓN CONSERVERA EN ILLA DE AROUSA, 1889-1935 (**Daniel Vázquez Saavedra**)

ÁREA DE XEOGRAFÍA

18. "TOWARDS A NEW MODEL FOR THE EVOLUTION OF TOURISM DESTINATIONS. THE EXAMPLE OF THE "UNIVERSAL'S PORT AVENTURA" IN SALOU, TARRAGONA." (**Martín Scheer**)
19. LAS FORMAS Y TIPOS DE GESTIÓN DE LAS COMPETENCIAS DE LOS GOBIERNOS LOCALES EN GALICIA: LA DINÁMICA DE LA GOBERNANZA Y EL MARCO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS. (**Guillermo Márquez Cruz**)
20. EMIGRACIÓN DE RETORNO NA GALICIA INTERIOR. O CASO DE ANTAS DE ULLA (1950-2000) (**Francisco Xosé Armas Quintá**)
21. A MOBILIDADE EN TAXI EN SANTIAGO DE COMPOSTELA. (**Miguel Pazos Otón - Rubén C. Lois González**)
22. A SITUACIÓN DA INDUSTRIA DA TRANSFORMACIÓN DA MADEIRA E A SÚA RELACIÓN CO SECTOR FORESTAL EN GALIZA ANTE A CHEGADA DO SÉCULO XXI (**Ángel Miramontes Carballada**)

XORNADAS DO IDEGA

4. INTERNET I EDUCACIÓN. I XORNADAS SINDUR (**Carlos Ferrás Sexto**)
5. RESÍDUOS SÓLIDOS URBANOS: A SUA PROBLEMÁTICA E A SUA GESTIÓN (**Marcos Lodeiro Pose, Rosa María Verdugo Matés**)
6. CINEMA E INMIGRACIÓN (Cineclube Compostela, Rosa Maria Verdugo Matés e Rubén C. Lois González)
7. NOVAS TECNOLOXÍAS E ECONOMÍA CULTURAL. II Xornadas SINDUR (**Carlos Ferrás Sexto**)
8. MODELOS DE APOYO AL ASOCIACIONISMO Y LA INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN DE LA PEQUEÑA PROPIEDAD FORESTAL EN EL NOROESTE DE LA PENÍNSULA IBÉRICA. (**Manuel Fco. Marey Pérez**)

Normas para os autores:

1. Os autores enviarán o seus traballos, por correo electrónico á dirección (idegadt@usc.es) en formato PDF ou WORD. O IDEGA poderá solicitar o documento en papel si o estima convinte.
2. Cada texto deberá ir precedido dunha páxina que conteña o título do traballo e o nome do autor(es), as súas filiacións, dirección, números de teléfono e fax e correo electrónico. Así mesmo se fará constar o autor de contacto no caso de varios autores. Os agradecementos e mencións a axudas financeiras se incluírán nesta páxina. En páxina aparte se incluírá un breve resumen do traballo na lingua na que estea escrito o traballo e outro en inglés dun máximo de 200 palabras, así como as palabras clave e a clasificación JEL.
3. A lista de referencias bibliográficas debe incluír soamente publicacións citadas no texto. As referencias irán o final do artigo baixo o epígrafe Bibliografía ordenadas alfabeticamente por autores y de acordo co seguinte orden: Apelido, inicial do Nome, Ano de Publicación entre parénteses e distinguindo a, b, c, en caso de máis dunha obra do mesmo autor no mesmo ano, Título do Artigo (entre aspas) ou Libro (cursiva), Nome da Revista (cursiva) en caso de artigo de revista, Lugar de Publicación en caso de libro, Editorial en caso de libro, Número da Revista e Páxinas.
4. As notas irán numeradas correlativamente incluíndose o seu contido a pe de páxina e a espacio sinxelo.
5. As referencias bibliográficas deberán facerse citando unicamente o apelido do autor(es) e entre parénteses o ano.
6. Os cadros, gráficos, etc. irán numerados correlativamente incluíndo o seu título e fontes.
7. O IDEGA confirmará por correo electrónico o autor de contacto a recepción de orixinais.
8. Os orixinais serán remitidos para a súa avaliación anónima. O informe de avaliación se enviará os autores que, xunto ca versión revisada, deberán contestar as suxerencias que se lles fixeran, incorporando unha carta de resposta o avaliador. Os editores, a vista dos informes dos avaliadores, resolverán sobre a súa publicación nun prazo prudencial. Terán preferencia os traballos presentados as sesións Científicas do Instituto.
9. Para calquera consulta ou aclaración sobre a situación dos orixinais os autores poden dirixirse o correo electrónico do punto 1.
10. No caso de publicar unha versión posterior do traballo en algunha revista científica, os autores comprométense a citar ben na bibliografía, ben na nota de agradecementos, que unha versión anterior publicouse como documento de traballo do IDEGA.