

## ARTÍCULO ORIGINAL

### Sistema de Precios de Referencia en España: período 2000 - 2008

### Reference Pricing System in Spain: period 2000 – 2008

Herruzo Ferrer M

Sección Departamental de Historia de la Farmacia, Legislación y Gestión Farmacéutica. Facultad de Farmacia.  
 Universidad de Granada  
 marytrapo@gmail.com

#### RESUMEN

##### Introducción:

Análisis descriptivo e histórico del Sistema de Precios de Referencia (SPR), empleado en la financiación pública en base a los antecedentes de otros países, desde su primera implantación. Descripción de su estructura (en qué consiste, cómo afecta a la población, terminología asociada, etc.) Además, se incluye un estudio evolutivo de precios de cinco principios activos afectados por el sistema de precios de financiación pública, desde 2000 hasta 2008, con datos reales que muestran la influencia del sistema en la tendencia del gasto sanitario respecto a años anteriores a su llegada.

##### Objetivos:

-Analizar el Sistema de Precios de Referencia como medida de contención del gasto farmacéutico, desde la oferta. Descripción del sistema, antecedentes históricos en otros países, razones para su implantación en España, características de los medicamentos afectados, evolución a lo largo del tiempo y repercusión en los precios.

-Definir marco legislativo nacional del Sistema de Precios de Referencia.

##### Metodología:

Análisis descriptivo histórico y análisis comparativo de precios, en el tiempo, de 5 principios activos afectados por el Sistema de Precios, desde el año 2000 hasta 2008, con representación gráfica.

##### Conclusión:

El Sistema de Precios de Referencia merece una crítica constructiva por su mecanismo. No se dirige a la demanda, sino a la oferta (promueve la competencia de precios). Se han descuidado objetivos de racionalización y concenciación de la población sobre los precios reales de los medicamentos. El SPR depende del mercado sanitario, de su comportamiento. Han aparecido algunos efectos inesperados, como la caída del mercado de genéricos en aumento de las marcas comerciales. Esta paradoja fue anunciada por Scherer en 1993, y justifica bastante bien el mecanismo del Sistema, todavía en evolución y estudio.

**PALABRAS CLAVE:** Precios de referencia, gasto público en medicamentos, medidas fiscales y contención del gasto.

#### ABSTRACT

##### Introduction:

Descriptive and historical analysis of the Reference Price System (RPS) used in public funding based on the history of other countries, since it was first introduced.

Description of its structure (what it is, how it affects the population, associated terminology, etc.). It also includes a study of evolution of prices of five drugs affected by the price system of public financing, from 2000 to 2008, with real data showing the influence of the system in the trend of health expenditure compared to previous years upon arrival.

##### Objectives:

- Analyse the Reference Price System as a pharmaceutical cost containment, from the offer. System description, historical background in other countries, reasons for its presence in Spain, features of the products involved, evolution over the time and impact on prices.

- Defining the national legislative framework about Reference Price System

##### Methodology:

Fecha de recepción (Date received): 15-04-2010

Fecha de aceptación (Date accepted): 10-06-2010

Ars Pharm 2010; 51.Suplemento 3: 641-656.

---

Historical descriptive analysis and comparative analysis of prices, in time of 5 substances involved by the Price System from 2000 to 2008, with graphical representation.

Conclusion/discussion:

The Reference Price System deserves constructive criticism for its mechanism. The aim is not the demand but the offer (it promotes price competition). Objectives have been neglected for rationalization and public awareness about the real prices of medicines. The SPR depends on the healthcare market and its behavior. There have been some unexpected effects: drop the generics market but increases the market for brand drugs. This paradox was announced by Scherer in 1993, and pretty well justifies the mechanism of the system, not only in development but in study too.

---

**KEYWORDS:** Reference Prices, Pharmaceutical public expenditure, tax measures, cost containment

---

### **Objeto del estudio:**

- Analizar el Sistema de Precios de Referencia (SPR) como medida de contención del gasto farmacéutico enfocada desde la oferta (de todo el arsenal medicamentoso disponible, una parte queda incluida en el sistema mientras que otra parte queda fuera la de financiación). El análisis comenzará con una descripción del Sistema, sus antecedentes históricos en otros países, los objetivos por los que fue implantado en España, las características de los medicamentos que incluye, su evolución en el tiempo y su repercusión sobre los precios de los medicamentos.

- Construir el marco legislativo nacional que afecta al Sistema de Precios de Referencia.

- Realizar un sencillo análisis comparativo de precios, en el tiempo, de cinco principios activos seleccionados, incluidos en el Sistema de Precios de Referencia, desde su implantación en 2000 hasta 2009, mediante análisis comparativo de los precios de los principios activos incluidos en los conjuntos homogéneos seleccionados, con representación gráfica de los resultados obtenidos. Es decir, describir la evolución del sistema de financiación pública de medicamentos a través de Precio de Referencia, así como su incidencia en el PVP.

**Ámbito de estudio:** Farmacoeconomía

### **Metodología:**

- Análisis descriptivo del Sistema de Precios de Referencia: antecedentes históricos en otros países; objetivos para su implantación en España; repercusión sobre los precios de los medicamentos en territorio nacional.

- Relación detallada del marco legal nacional y europeo para el Sistema de Precios de Referencia.

- Análisis comparativo de los precios de un grupo de 5 principios activos incluidos en el Sistema de Precios de Referencia, en el periodo de 2000 a 2009.

### **Objetivos del estudio:**

- Contrastar las expectativas esperadas en 2000, con los resultados realmente obtenidos, a fecha de 2009.

- Justificar la tendencia creciente del gasto farmacéutico. Dar una visión

global de la evolución de precios para entender la influencia del Sistema de Precios de Referencia como medida de contención del gasto público en medicamentos (gasto farmacéutico dentro del gasto sanitario total).

- El estudio busca contrastar las expectativas esperadas con las que se diseñó la implantación de este modelo de financiación de medicamentos en nuestro país, a partir de los resultados generados hasta 2008. El interés de este estudio reside en la necesidad de comprender y justificar la tendencia creciente en el gasto farmacéutico, más acentuada que la de algunos vecinos europeos. La visión global de la evolución de los precios en los medicamentos nos muestra de qué manera ha influido la medida (el SPR) en la economía del ciudadano español medio.

#### Análisis histórico descriptivo sobre el Sistema de Precios de Referencia

Antecedentes europeos del SPR como medida de control del gasto sanitario en la financiación pública.

España, a diferencia de otros países de la Unión Europea, sigue teniendo la tarea pendiente de la racionalización en el consumo de medicamentos. Dicha problemática se arrastra desde hace décadas y las diferentes medidas planteadas para su mejora no siempre han sido las más acertadas, por muy efectivas que resultaran en otras naciones vecinas.

	Gasto público en farmacia/PIB	Gasto público sin farmacia/PIB	Gasto público en farmacia/gasto
1990	0'9	4'5	16'2
1991	0'9	4'6	16'8
1993	1'0	4'9	17'1
1994	1'0	4'8	17'8
1995	1'1	4'6	18'7
1996	1'1	4'7	18'9
1997	1'1	4'7	19'5

Empleando la tabla como referencia, podemos comprobar que, la evolución del gasto farmacéutico, desde 1990 a 1997 no ha sido positiva, en cuanto a contención. Los porcentajes han aumentado. Durante este período se implantaron diversas propuestas para ahorrar, como aumentar el control del presupuesto en gastos farmacéuticos por parte del Sistema Nacional de Salud, también hubo modificaciones de las tasas de copago<sup>1</sup> de algunos fármacos para pacientes crónicos, se lanzaron listas negativas<sup>2</sup>, que excluían fármacos de la financiación, así como acuerdos con los laboratorios y las farmacias.<sup>1</sup>

---

Considerando toda la estructura de la financiación sanitaria en 1997, la Subcomisión Parlamentaria, buscando un refuerzo para el Sistema Nacional de Salud, propuso 3 medidas que ayudaran a la racionalización de la prestación farmacéutica, pudiendo así contener el gasto:

- 1) Separar el registro de la financiación pública de medicamentos
- 2) Promoción del medicamento genérico y aplicar los precios de referencia como sistema de pago por parte del sector público
- 3) Mejorar la información sobre el consumo de medicamentos a cada paciente y prescriptor

Estas medidas fueron amparadas por el marco legal correspondiente. En 1996 se incluyó el concepto de especialidad farmacéutica genérica EFG, en la Ley del Medicamento de 13/96, buscando una futura competencia con los medicamentos de marca. Más adelante, en 1999 se implanta el sistema de precios de referencia para la financiación pública de medicamentos, clasificados por grupos terapéuticos.

### **Sistema de precios de referencia:**

¿Qué es y qué pretende?

El sistema de precios de referencia es una medida de contención del gasto que busca la competencia por la vía de los precios. Se establece un nivel máximo de reembolso para los medicamentos prescritos y el paciente paga la diferencia entre dicho nivel y el precio de venta del medicamento prescrito (el llamado copago).

A la cuantía máxima reembolsable, se le llama precio de referencia, y se determina en relación a un grupo de fármacos alternativos, considerados equivalentes. Es decir, se trata de una fórmula para promocionar la competencia de precios, donde la financiación busca preferentemente aquellos más bajos.<sup>2</sup>

Los precios de referencia fueron introducidos en Europa por primera vez en 1989, y desde entonces han participado en las políticas económicas del entorno europeo, australiano, canadiense y norteamericano. En general, se puede decir que todos los países que han implantado en algún momento los precios de referencia, compartían, entre otras, dos características bastante interesantes:

- Los precios de los medicamentos eran libres.
- Los medicamentos genéricos constituían una cuota de mercado bastante importante al introducir los PR (precios de referencia).

Basándonos en la legislación vigente española, Ley 29/2006, de 26 julio de

---

garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios,<sup>3</sup> encontramos que:

El precio de referencia será la cuantía con la que se financiarán las presentaciones de medicamentos incluidas en cada uno de los conjuntos que se determinen, siempre que se prescriban y dispensen a través de receta médica oficial del Sistema Nacional de Salud.

Los precios de referencia se introducen en 1989 en Alemania, aunque no como medida pionera en el sistema sanitario público, sino como sucesora de limitaciones en la financiación pública de medicamentos e incentivos a las alternativas más baratas del arsenal disponible. Anteriormente a los PR, encontramos sistemas de contención del gasto similares, como el llamado maximum allowable cost (MAC) estadounidense o el sistema de la alternativa más barata canadiense. También han estado presentes en las políticas económicas de Holanda, Suecia, Dinamarca, Nueva Zelanda, Canadá, Australia, Italia, Noruega, entre otros.

### **Ojetivo de los precios de referencia:**

Como objetivo principal dentro del sistema de financiación pública, se pretende un control del gasto farmacéutico público, al margen de la dirección que pueda seguir el gasto farmacéutico total. Busca la moderación del gasto, por reducción del precio pagado por aquellos productos sometidos al PR, considerando que si el paciente elige otro producto fuera de los PR, su precio será mayor.

Dentro de los objetivos secundarios, podemos encontrar la intencionalidad para incentivar la competencia entre precios por parte de las empresas, hacia el nivel de referencia, razón por la cual, la Comisión Europea recomendaba esta medida en 1988. Además, también encontramos la búsqueda de una mayor responsabilidad por parte de los pacientes, que al hacerse conscientes del gasto que se genera entorno a los fármacos, pudieran llegar a repercutir incluso sobre las decisiones médicas de prescripción, puesto que a diferencia de los co-pagos, en este sistema, médico y paciente pueden discutir sobre qué producto con un precio no mayor al de referencia elegir.

La importancia del sistema de precios de referencia nos lleva a plantear una pregunta clave sobre el verdadero objetivo de su acción: ¿se trata de una medida que sirve para contener el gasto o más bien un sistema para modificar precios? ¿Sistema de precios de referencia = sistema limitación financiación pública?

Realmente, podríamos considerar el SPR tanto como un proceso regulador del precio de los medicamentos en el mercado, pero además y principalmente, su función es limitar la financiación pública de medicamentos, para contener el gasto, al margen del gasto sanitario total.<sup>2,4</sup>

Sin embargo, cuando profundizamos en la cuestión, no resulta difícil establecer una relación entre ambas funciones: la tarificación y la financiación. Podemos verlo en un

ejemplo: cuando se decide excluir o incluir un medicamento en el sistema de financiación pública, se tiene muy en cuenta su precio; a su vez, los posibles cambios que un medicamento sufra en su precio inicial hasta el más actualizado, dependerán igualmente de la situación en la que se encuentre la financiación (excesos o déficit en el arsenal farmacéutico, situación de adeudo, escasa racionalización del gasto...). Esta circunstancia resulta muy importante cuando los precios de referencia se convierten en precios máximos; es decir, cuando los laboratorios tienen que fijar precios equivalentes al nivel de referencia.

Las condiciones más adecuadas para que los PR sean equivalentes a la regulación del precio máximo serán aquellas en las que, hay consumidor mayoritario, el número de productos sujetos al PR es alto y la demanda es elástica.

Los PR como mejor funcionan es cuanto más se relaciona el gasto farmacéutico con la presión de los precios y cuando la diferencia de precios en el mercado para productos equivalentes es elevada, lo cual está muy relacionado con la presencia de genéricos.

Precio referencia = precio máximo

Un precio de referencia pasa a ser un precio máximo cuando la decisión de inclusión o exclusión de la financiación pública, de un determinado medicamento, depende de su precio. Es decir, cuando el criterio de inclusión/exclusión es el PR, éste se convierte en un precio límite, del cual depende dicha decisión.<sup>4</sup>

### **¿Qué es realmente un precio de referencia?**

Para entenderlo, a continuación a modo de ecuación matemática simple, compararemos los distintos tipos de precios que existen para los medicamentos y cuál es el que realmente termina pagando el paciente.

Llamaremos:

Pr al precio de referencia  
consumidor

Pc al precio que paga el

Pl al precio que establece el laboratorio

K el porcentaje de co-pago

Visto esto, podemos plantear dos situaciones:

a) Si  $Pl < Pr$ , el  $Pc = KPl$

b) Si  $Pl > Pr$ , el  $Pc = (Pl - Pr) + KPl$

---

Es decir, lo que en cada caso paga el paciente sería:

- a) Como el precio que establece el laboratorio es inferior al de referencia, válido para todo el subgrupo, el paciente sólo paga el precio de referencia (es decir, el KPI, el porcentaje de co-pago que ese precio de laboratorio le corresponda). Se trata de un subsidio ad valorem, es decir, que es proporcional al valor de los gastos.
- b) En este caso, el precio del laboratorio es mayor al de referencia. El paciente tendrá que pagar la diferencia entre el precio de referencia y el porcentaje de co-pago que le corresponde a dicho precio de laboratorio.

La diferencia entre este sistema y aquellos que tienen un subsidio de porcentaje fijo, radica en que mientras el volumen de subsidio público dependía anteriormente del precio de venta, (es decir, mayor margen de pago cuanto más diferencia) con el precio de referencia tenemos un techo máximo. El mayor problema derivado de la naturaleza de este sistema, es la distorsión que se genera en el paciente cuando, por estar establecido este techo máximo, se fomenta la sustitución de un medicamento por otro “de marca”, y el paciente duda sobre la verdadera equivalencia entre uno y otro, puesto que uno es más caro y le atribuye mejores propiedades. Demostrar la equivalencia terapéutica es relativamente sencillo a nivel científico, pero desde el punto de vista social, no tanto, haciendo que se tambalee la estructura de este sistema y no resulte todo lo efectiva que la teoría parecía anunciar. Por tanto, el punto clave de este modelo reside en garantizar una idéntica efectividad del medicamento sustituido.<sup>5</sup>

#### **Cálculo del precio de referencia:**

Art.93, pto 2. El Ministro de Sanidad y Consumo, previo acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos e informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, determinará, con la periodicidad que reglamentariamente se fije, dichos conjuntos, así como sus precios de referencia y podrá fijar umbrales mínimos para estos precios, en ningún caso inferiores a dos euros. El precio de referencia será, para cada conjunto, la media aritmética de los tres costes/tratamiento/día menores de las presentaciones de medicamentos en él agrupadas por cada vía de administración, calculados según la dosis diaria definida. El Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá cuanto resulte necesario a efectos de la aplicación de la citada fórmula de cálculo.

#### **Determinación de los conjuntos:**

Los anteriormente llamados subgrupos, ahora conjuntos o conjuntos homogéneos relativos al sistema de precios de referencia, regulados por el Real Decreto 1035/1999 de 18 junio, son las agrupaciones de las presentaciones de medicamentos financiadas, que cuenten con el mismo principio activo e idéntica vía de administración. La legislación actual recoge que por cada conjunto debe existir al menos una presentación genérica.

---

Existen varios sistemas codificadores para clasificar los principios activos de los medicamentos. Algunos países poseen las suyas propias y además, otros sistemas están internacionalmente validados, es decir, las denominaciones que ofrecen son comprensibles y trasladables a cualquier profesional sanitario, independientemente de la nación en la que se encuentre. En España, fue la Comisión del Insalud para el Sistema ATC/DDD, la que a lo largo de los años 1999 y 2000 llevó a cabo el trabajo de adaptación de este sistema de clasificación a las especialidades farmacéuticas incluidas en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. El sistema ATC/DDD es el Anatomical Therapeutic Chemical Classification (Clasificación ATC) de la Organización Mundial de la Salud y su unidad de medida: la Dosis Diaria Definida (DDD). Se optó por este sistema y no por otros porque este sistema asigna un código a cada principio activo (o asociación de ellos) y establece un valor de DDD para cada uno, que permite medir el consumo de los diferentes medicamentos de una manera racional y realizar comparaciones entre distintos ámbitos, lo cual lo convertía en el más versátil de todos los disponibles.<sup>6</sup>

El Sistema ATC/DDD de la Organización mundial de la Salud, sistema dual que comporta dos aspectos: la asignación de un código que expresa la composición cualitativa (principio/s activo/s) de cada especialidad y el establecimiento de un valor de Dosis Diaria Definida (DDD) para esa composición, que permite cuantificar el consumo por principios activos y su comparación. El código es de tipo estructurado, es decir, dos principios activos con muchos aspectos en común tendrán códigos parecidos.

La codificación ATC de los principios activos consiste en la continuación de la codificación de los subgrupos terapéuticos hasta el nivel del principio activo. Cada código tiene 5 niveles, expresados por 7 dígitos alfanuméricos. El sistema ATC presenta claras ventajas frente a la nomenclatura tradicional:

- Está completa, todos los subgrupos terapéuticos están definidos hasta el 4º nivel
- Se clasifican todos los principios activos
- Está permanentemente actualizada
- Es gestionada por dos entidades: el WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (Oslo) y el WHO International Working Group for Drug Statistics Methodology (Ginebra)
- Carácter internacional
- Establece códigos permanentes para los principios activos, si un principio activo desaparece, el código libre no se emplea para otros nuevos.

### **La paradoja de los genéricos<sup>7</sup>:**

F.M. Scherer, en 1993 enunció el comportamiento ventajoso para las empresas innovadoras que introducen en el mercado por primera vez un producto. Con el tiempo, los usuarios se hacen leales al medicamento de marca, pudiendo su laboratorio mantener los precios por encima del coste marginal durante cierto tiempo, con la consiguiente



---

retención de la cuota de mercado. Lo más sorprendente de esta circunstancia es que, aún cuando la patente del medicamento innovador ha expirado, el fenómeno se prolonga y los laboratorios siguen manteniendo precios sustancialmente más caros. Otros autores afirman que este hecho también se produce con el primer genérico que entra en mercado, pudiendo mantener una cuota de mercado importante a pesar de que el precio de los siguientes genéricos por llegar, será menor.

La creencia de que, los medicamentos de marca tienen mayor calidad que los genéricos no es más que la imagen del medicamento que el usuario ha creado y se trata de una valoración generalmente subjetiva. Es tan fuerte dicha asociación, que los pacientes pagan cantidades muy superiores por dichos productos de marca, frente a lo que pagarían por las alternativas disponibles.

Los autores Frank y Salkever,<sup>4</sup> demostraron en un estudio en 1992, la correlación positiva entre la entrada de los genéricos del mercado y el precio de los medicamentos de marca (si unos aumentan, los otros también). La situación sería la siguiente: cuando entra un genérico a la competencia, los consumidores sensibilizados con el precio se decantan por él, abandonando el de marca. Los consumidores no sensibilizados y más leales a la marca (generalmente por aversión al riesgo del cambio y mala información), siguen fieles, generando una pérdida de elasticidad en la demanda. Si la empresa responsable del medicamento de marca le sube el precio, los clientes fieles pagarán la subida y en ese momento, se demuestra la paradoja.

Para que la entrada de genéricos realmente supusiera un descenso de los precios, deberían cumplirse algunas circunstancias, las cuales son un tanto improbables en la práctica:

- a) La entrada produce un aumento de la demanda del producto de marca
- b) El coste marginal decrece
- c) La entrada de genéricos hace más elástica la demanda del producto de marca

## **ESTUDIO DE LA EVOLUCIÓN DE PRECIOS**

### **Criterios para la muestra seleccionada al estudio:**

Principios activos relacionados con patologías frecuentes entre los españoles, a fecha de 2000 (Ministerio de Sanidad y Política Social, publicación de 2001):

- Hipertensión
- Inflamación (articular)

- Infecciones bacterianas
- Acidez gástrica/reflujo

- Elegir principios activos incluidos en SPR (nº total 130) desde año 2000 hasta 2009.

- Dos de los principios activos estarán indicados para una misma terapia pero con mecanismos de acción diferentes.

### Muestra seleccionada al estudio provisional:

Los principios activos seleccionados en primera instancia podrían ser los siguientes:

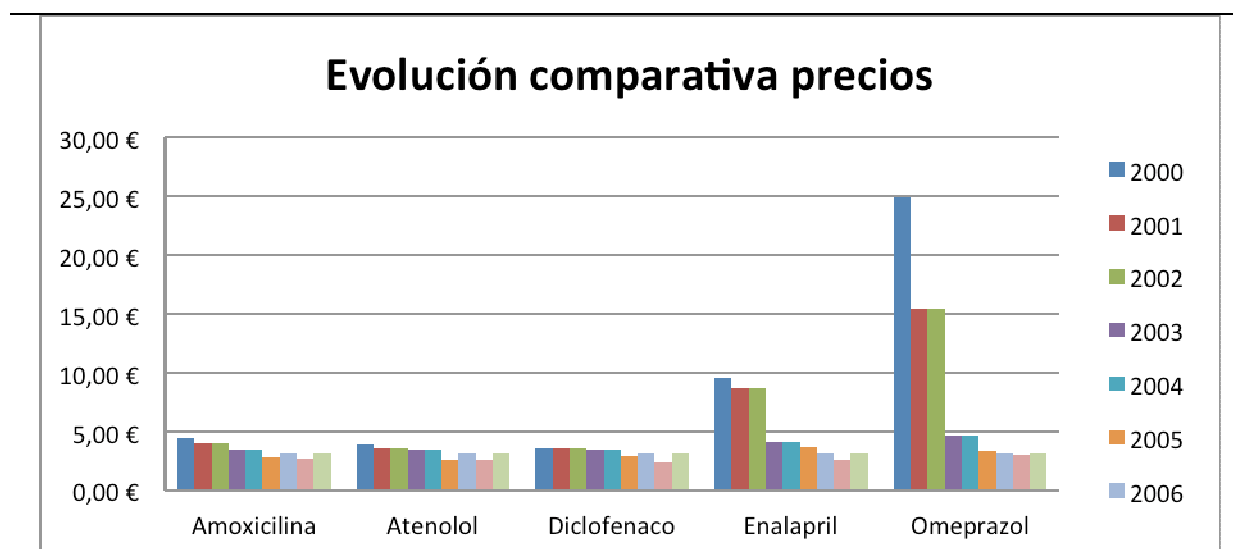
- Amoxicilina 500 mg 24 cápsulas (antibiótico de amplio espectro)
- Atenolol 50 mg 30 comprimidos (antihipertensivo betabloqueante selectivo)
- Enalapril 5 mg 60 comprimidos (antihipertensivo IECA, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina)
- Diclofenaco 50 mg 40 comprimidos (antiinflamatorio)
- Omeprazol 20 mg 14 cápsulas (inhibidor de la bomba de protones, disminuye la secreción ácida del estómago)

La variación de los precios se ha registrado empleando los datos proporcionados por cada nueva Orden SCO, Real Decreto, etc. El periodo real comienza en 2001, puesto que la verdadera entrada en vigor del Sistema de Precios no tiene lugar hasta ese año, de mano de una Orden de 2000.

PRECIOS (€)/ AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Amoxicilina 500mg 24c	4.42	3.99	3.99	3.43	3.43	2.76	3.12	2.70	3.12
Atenolol 50mg 30c	3.91	3.52	3.52	3.43	3.43	2.60	3.12	2.53	3.12
Diclofenaco 50mg 40c	3.56	3.55	3.55	3.43	3.43	2.86	3.12	2.40	3.12
Enalapril 5mg 60c	9.59	8.64	8.64	4.06	4.06	3.68	3.12	2.61	3.12
Omeprazol 20mg 14c	24.89	15.44	15.44	4.63	4.63	3.31	3.12	3.00	3.12

Fuente: Datos publicados en BOE

Si expresamos estos datos a través de una gráfica, podemos apreciar de forma significativa la evolución de precios entre los distintos principios activos elegidos. Cada barra de color representa un año, desde 2000 hasta 2008.<sup>8</sup>



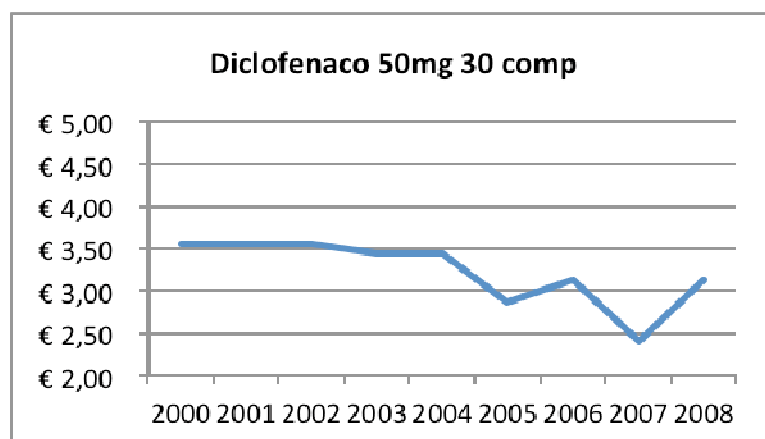
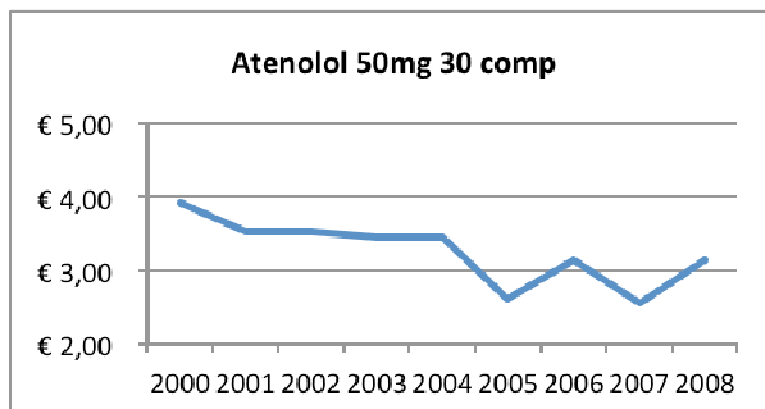
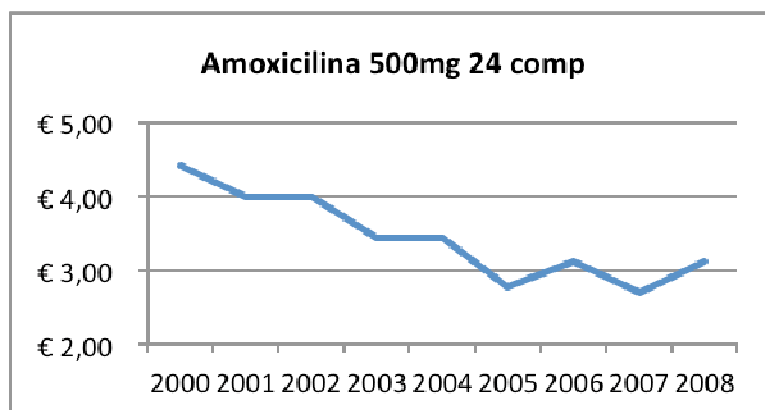
Tres de los cinco principios activos, amoxicilina, atenolol y diclofenaco, presentan una evolución en sus precios muy similar. La amoxicilina, respecto al atenolol y diclofenaco, registrado con un precio de partida ligeramente superior; a partir de 2003, su evolución se iguala. Dos eventos pueden apreciarse en la gráfica: los precios mantenidos entre 2003 y 2005 y la sustanciosa bajada de precios de 2006 a 2007. Los principios con la reducción de precios más evidente son enalapril y omeprazol. Concretamente, omeprazol con un precio de salida de casi 25€ en el 2000, termina en 2008 escasamente con 3€. Esto supone un 88% de reducción.

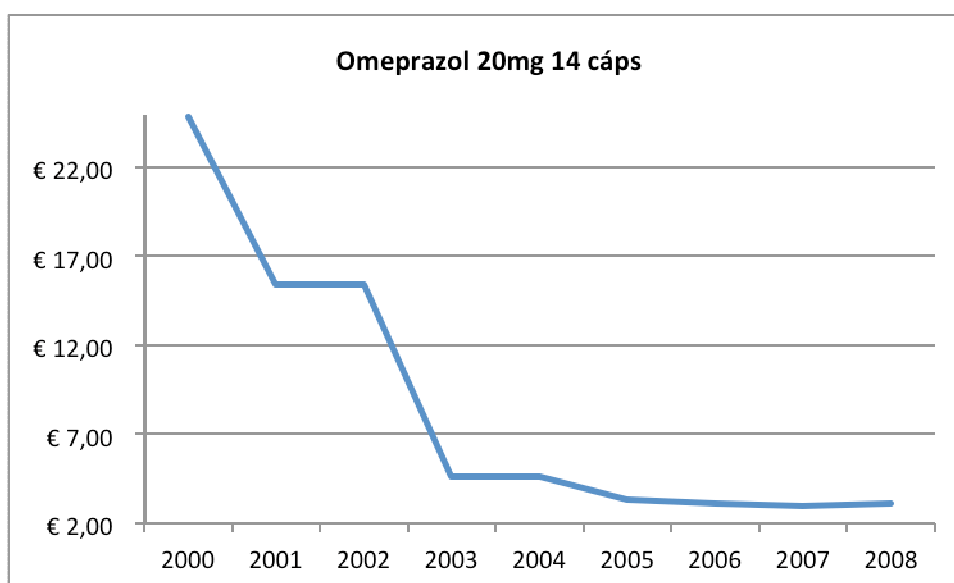
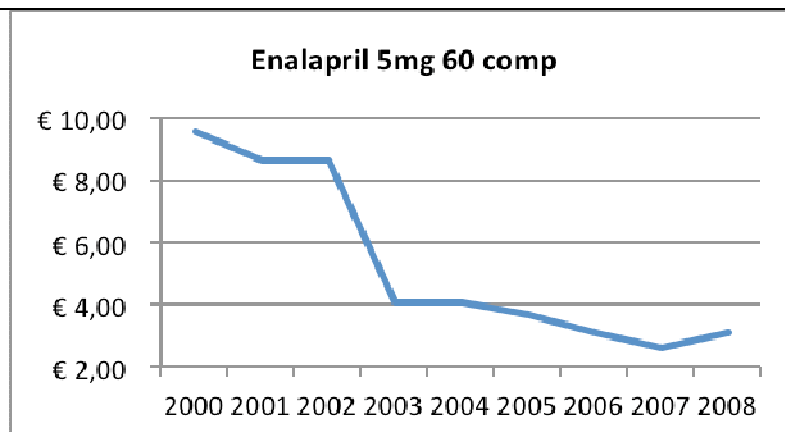
Enalapril también registra un comportamiento positivo en cuanto a la previsión de la medida de contención del sistema de precios de referencia. Con casi 10€ en 2000, termina en 2008 con un precio de unos 3€. Es decir, un 70% de reducción.

Si observamos cada principio activo por separado:

- AMOXICILINA: Presenta una curva suave , con un descenso progresivo desde 2001 hasta 2007, iniciando en 2008 una tendencia creciente.
- ATENOLOL: inicia su curva de precio de una manera similar a la amoxicilina hasta 2005, a partir de este año describe un abrupto descenso, hasta 2008 donde vuelve a aumentar.
- DICLOFENACO: muestra una tendencia lineal en el primer tramo; desde 2000 hasta 2005 se describe un rápido descenso, hasta 2008, donde vuelve a aumentar su precio.
- ENALAPRIL: junto con omeprazol, describe una curva dividida en cuatro partes. La primera hasta 2002, con un ligero descenso. Hasta 2003, el precio cae un 50%. Hasta 2005 de describe un mantenimiento lineal, para terminar con tendencia creciente hasta 2008.
- OMEPRAZOL: De todos los principios analizados, el conjunto del omeprazol es el que describe una mayor rebaja en su precio. Al igual que enalapril, esta curva se divide en cuatro tramos. Un primer tramo, desciende

rápidamente de 2000 a 2002. Otro tramo descendente hasta 2003. Y desde este año en adelante, el precio del omeprazol se modera en su tendencia, con un comportamiento casi lineal, pero sin crecimiento positivo. La gran pendiente de la curva nos lleva la reducción del 88% en su precio desde el inicio.





### **Conclusiones del estudio:**

Tras analizar el cambio en los precios, la evolución de los mismos y considerar la coyuntura económica del período a estudio, me dispongo a extraer mis conclusiones al respecto. En primer lugar, me gustaría recalcar la importancia del enfoque sanitario para la interpretación de los datos económicos. Resulta del todo inútil hacer un bombardeo con cifras y porcentajes, si somos incapaces de trasladar su significado al campo de la salud. Considero que muchos de los trabajos que se fundamentan en la farmacoeconomía serían mucho más enriquecedores si hicieran consideraciones más próximas al paciente, a la población y sus necesidades, a los factores sociales y las posibles soluciones cuyo punto de mira se acercara más a las personas y se alejara un tanto de las cifras. En este aspecto, incido sobre la plausibilidad del equilibrio entre las necesidades poblacionales y los objetivos económicos a cumplir.

---

En cuanto al SPR propiamente, es fundamental una crítica constructiva de su mecanismo como medida de contención del gasto. Es cierto que no está dirigido a la demanda, sino a la oferta (promoción de la competencia de precios), por lo que se han descuidado ciertos objetivos relacionados con la racionalización y concienciación de la población sobre el precio real de los medicamentos. Entender el SPR requiere de la comprensión del comportamiento del mercado de medicamentos en nuestro país. Tras la implantación del SPR, en 2001 hasta 2008, se han producido efectos inesperados como el descenso en el mercado de los medicamentos baratos, genéricos, en pro del aumento en el mercado de los medicamentos caros, los de marca comercial. La paradoja de los genéricos enunciada por Scherer en 1993, da una explicación bastante aceptable de dicho mecanismo.

Volviendo al incentivo para la competencia de precios entre empresas, podríamos clasificarlo de objetivo no alcanzado. Tanto es así, que muchos laboratorios han subido los precios de medicamentos lejos del precio de referencia, para alcanzar cotas de mercado más altas. En este aspecto mientras la prescripción y el consumo estén desviados hacia estos productos, la competencia no es real.

Otro punto interesante, relacionado con la prescripción sería la escasa discusión frente a la decisión de prescribir las alternativas más baratas, entre médico prescriptor y paciente. Este comportamiento podría deberse a dos factores: Uno, que dicha política de prescripción más abierta y con más alternativas, no se encuentra incentivada; y dos, que la población sigue teniendo serias dudas sobre la equivalencia entre genéricos y medicamentos de marca, decantándose por estos últimos por una cuestión de confianza adquirida a lo largo del tiempo.

Centrándonos de nuevo en el gasto farmacéutico, podemos afirmar que el SPR no siempre que ha incorporado modificaciones sobre sus precios de referencia ha conseguido contener el gasto de manera significativa. La paradoja de los genéricos vuelve a servirnos de ejemplo. Podríamos afirmar que, el SPR se comporta más como un limitador de la financiación que abarata precios, que una medida capaz de contener el gasto, desde la demanda. Las medidas impuestas con el SPR generan impacto, pero normalmente escalonado y a medio plazo. Considerando la evolución del gasto farmacéutico, desde 2004 hasta 2008, observamos que, por ejemplo en aquellas comunidades autónomas donde la prescripción por genéricos está incentivada, registran mayor contención del gasto.

Recordemos que, el mercado de los medicamentos es un mercado poco o nada elástico. Las medidas que se implantan tienen poco terreno sobre el que jugar y sus resultados suelen, o absorberse totalmente y generar cambios importantes pero poco duraderos, o bien pasar inadvertidas pero desequilibrando presupuestos. La imperfección del mercado de la “salud” no es un bien mercantil y por tanto, no es negociable como tal, nos lleva a recordar la necesidad de la intervención del Estado sobre los precios así como su supervisión continua. Dicha realidad difícilmente cambiará con el tiempo, por lo que las sucesivas medidas reguladoras que se introduzcan deberían estar enfocadas a largo o medio plazo, en vez de plantear objetivos inmediatos pero poco duraderos.

---

Durante la descripción de las características del SPR, comentábamos que cuando no hay un número suficiente y mayoritario de consumidores para los medicamentos acogidos al SPR, cuando el arsenal medicamentoso es pobre o cuando la demanda se vuelve rígida (debido a políticas de prescripción poco adecuadas, desinformación de la población, modas por medicamentos de marca, etc.) el Sistema de Precios de Referencia no funciona y no genera ahorro. Puesto que el SPR se dirige a la oferta y no a la demanda, sí bajan los precios, sí se fomenta la competitividad pero no se genera ahorro desde el origen, es decir, la población no aprende a ahorrar y el gasto a medio plazo, vuelve a aumentar. Una presencia más contundente de genéricos ayudaría a instalar una diferencia de precios realmente atractiva (genéricos más baratos que los de marca), suficiente como para fortalecer al propio SPR, activándolo y recortando el gasto. Sin embargo, debe superarse antes el paradójico comportamiento de los genéricos para poder aspirar a tal objetivo.

Por tanto, se plantea complicado reflotar el mercado de genéricos. Aparentemente estos se dirigían hacia valores de coste cercanos al marginal, sin embargo las experiencias en otros países incluso tras nueve años de convivencia entre genéricos y SPR en España, nos dicen lo contrario; de manera irónica y paradójica podemos trazar esta teoría: “el genérico despierta dudas entre la población que presiona las políticas de prescripción de dichos genéricos que, desvían finalmente el mercado hacia medicamentos de marca y aumentan el gasto”.

Sobre los aspectos positivos y a conservar del SPR, mencionar la acertada modificación del ajuste de precio por dosis diaria definida (DDD), que vuelve más precisa a la tarificación, al menos en teoría y tiene ventajas sobre la denominación oficial española (DOE) como la internacionalización de conceptos, continua actualización, codificación hasta el principio activo, etc. Todo ello se traduce en una mayor eficiencia.

Para concluir, afirmar que el Sistema de Precios de Referencia en España, en el periodo de estudio (2000 – 2008) no había cumplido todos los objetivos marcados a su entrada en vigor, como lograr un mercado de genéricos potente, incorporar medidas cercanas de racionalización del gasto en cuanto a concienciación poblacional se refiere y fomentar políticas de prescripción efectivas para la contención del gasto. En cuanto a la remuneración o no de dichos servicios prescriptores, sería interesante plantear una segunda parte para este estudio, que además ahondara de manera más exhaustiva sobre los factores condicionantes y modificables que perturban el mercado de los genéricos y finalmente, acaban disparando el gasto farmacéutico.

## BIBLIOGRAFIA

1. Nonell, R. Y Borell, J. (1998). "Mercado de medicamentos en España: Diseño institucional de la regulación y de la provisión pública". Papeles de Economía Española, 76, 113 – 131.
  2. Lobato, P., F. Lobo and J. Rovira (1997). "La industria farmacéutica en España: tras la unificación del Mercado Europeo. Tecnología, población, morbilidad y nuevas pautas de prescripción". Farmaindustria.
  3. Ley de garantía y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios 29/2006
  4. Frank, Richard G., David S. Salkever (1992) "Pricing, Patent Loss and the Market for Pharmaceuticals", Southern Economic Journal, 59, 165 – 179.
  5. Saltman (1997), "Equity and distributive justice in European health care reforms". International Journal of Health Services.
  6. Estudio NERA Economic Consulting sobre evolución del gasto farmacéutico en 2006, Farmaindustria. [www.farmaindustria.es](http://www.farmaindustria.es)
  7. Scherer, (1993), "Pricing, Profits and Technological Progress in the Pharmaceutical Industry". Journal of Economics Perspectives, 7, 3, 97 – 115.
  8. Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Español, Mº Sanidad y Política Social. Madrid, 23 Noviembre de 2004
-