

LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POR SU NOMBRE GENÉRICO EN ESPAÑA



Por Antonio Iñesta García*

En España el gasto farmacéutico del Sistema Nacional de Salud (SNS) ha sido tradicionalmente elevado con relación al gasto sanitario y comparado con otros países de la Unión Europea. Además, su crecimiento interanual también era elevado, esto unido a un consumo de medicamentos genéricos comparativamente reducido, dibujaba una perspectiva desalentadora en el control del gasto. Es cierto que durante el período de la etapa de gobierno socialista que se inició en 2004 se había reducido el crecimiento interanual a límites más tolerables de un solo dígito, incluso con un crecimiento negativo en 2010 (-2,36%) como consecuencia de la crisis, pero no es menos cierto que hasta 2009 España encabezaba el crecimiento de los mercados farmacéuticos grandes (gráfico 1). Una de las medidas que se habían promovidas fue la prescripción por principio activo (DCI) o medicamento genérico (equivalente farmacéutico genérico, son todos bioequivalentes). En 2009² (último dato obtenido), el consumo de genéricos en España en el ám-



bito del SNS fue del 9,4% en valores y el 23,8% en unidades. En Inglaterra, en el NHS fue de 28,3% en valores y 66,1% en unidades siendo así que se prescribe un 82,8% de los medicamentos en forma de principio activo, aunque solo se dispensa el 66,1% por no existir los genéricos correspondientes comercializados. Según el Consejo Económico y Social en su Informe 1/2010³, coexistían dos tendencias, la prescripción por principio activo, impulsada por el Servicio Andaluz de Salud, en el que el 75% de las recetas prescritas lo son por principio activo. En cambio, en otras comunidades autónomas como el País Vasco o Madrid se fomentaba la prescripción de medicamentos genéricos. Hay que tener en cuenta, no obstante, que la prescripción por principio activo había perdido atractivo para las administraciones como instrumento de conten-

ción del gasto una vez consolidado el sistema de precios de referencia que había reducido considerablemente las diferencias de precios entre los medicamentos que forman parte de un mismo conjunto homogéneo, es decir, que comparten el principio activo, forma de administración y la existencia de un genérico dentro del grupo.

Los médicos en el área ambulatoria siempre se han resistido a prescribir por principio activo/genérico y la forma de favorecer esta modalidad ha sido a través de incentivos en las remuneraciones y el rellenado de las recetas por vía computador con un sistema sencillo de selección del nombre del medicamento en que figuraban el nombre del principio activo y el nombre de los medicamentos, bien genéricos o de marca, pero dentro del conjunto del precio de referencia.

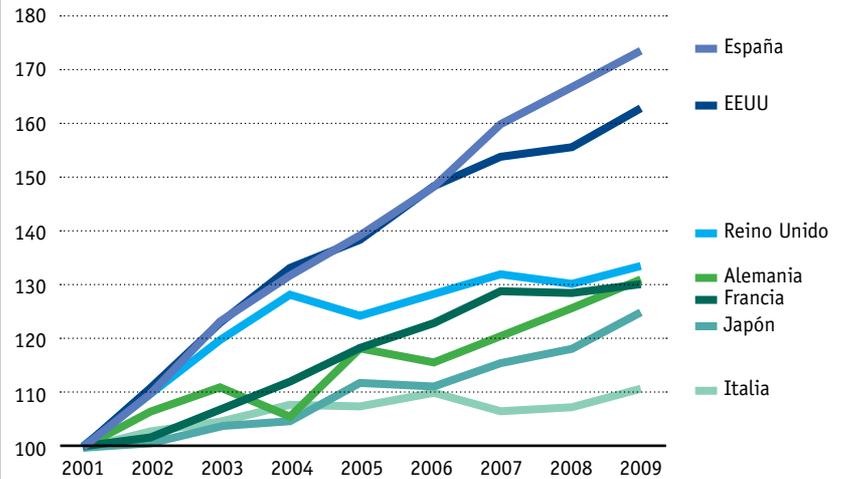
La dispensación de las recetas por principio activo se realizaba a través de

* El autor es jefe de área análisis uso de medicamentos en la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos Tercero (ISCIII), Madrid, España. ainesta@isciii.es

acuerdos entre los servicios de salud de las regiones y los colegios de farmacéuticos y se había extendido por casi todas las regiones, desde sus inicios en Andalucía en 2001.

La actual crisis económica originó que el Consejo Interterritorial del SNS del 18 de marzo de 2010, marcara un antes y un después en la política farmacéutica, porque puso de acuerdo a las 17 regiones sobre la necesidad de ahorrar más en farmacia. Esto dio lugar a una serie de medidas y proyectos que en la mayoría de los casos estaban relacionados con la obligatoriedad de prescripción por principio activo en la prescripción por computadora, y si querían hacerlo de marcas no incluidas en un conjunto de precio de referencia, lo tenían que hacer manualmente con o sin informe a la dirección médica. Otras medidas incluían el establecimiento de una especie de petitorio, la compra centralizada de medicamentos, las subastas de los medicamentos por principio activo

Gráfico 1
Crecimiento de los principales mercados farmacéuticos



Aumento de las ventas ajustadas por las fluctuaciones de las tasas de cambio; ventas en Alemania ajustadas por descuentos de los laboratorios desde 2003 en adelante.

Fuente: IMS Health, VFA¹

que se iban a seleccionar para prescripción priorizada, el paso a dispensación en la farmacia de hospital de medicamentos muy caros (generalmente nuevos y biotecnológicos) con ahorro del margen de dispensación, etc.

Esta variabilidad en las medidas dio origen al temor de que se produjeran desigualdades dentro del SNS, incluso evidenciadas con recursos del gobierno central al Tribunal Constitucional, en el caso particular del catálogo pro-

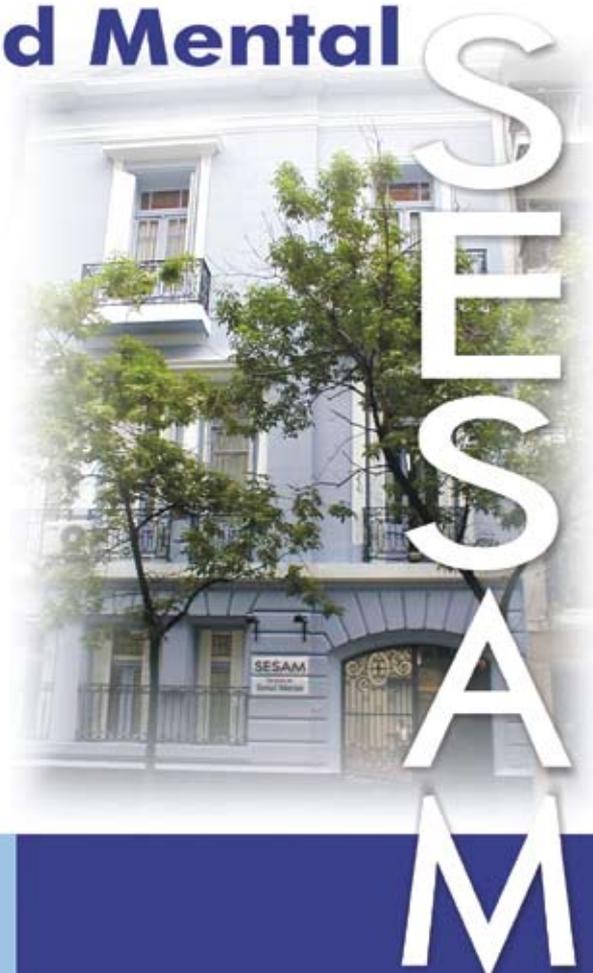
Servicios de Salud Mental

RED
NACIONAL DE SALUD MENTAL

Las 24 hs., los 365 días del año.
0800-8882600

Juncal 2336 - (1125)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
TEL / FAX. 4824-8700

info@sesamsaludmental.com
www.sesamsaludmental.com



rizado de Galicia. Estos antecedentes y el recrudecimiento de la crisis es el origen del Real Decreto-Ley 9/2011⁴ (RDL9/2011 en lo sucesivo), que incorporó las medidas enunciadas y otras adicionales.

Hay dos normas legislativas a considerar en este proceso relativo a la prescripción por principio activo: la Ley 29/2006⁵, que solo indicaba a las administraciones sanitarias que fomenten la prescripción por principio activo, que el farmacéutico dispensará el medicamento que tenga menor precio y, en caso de igualdad de precio, el genérico, si lo hubiere. Por otra parte, el RDL9/2011 obliga a partir del 1º de noviembre de 2011 a prescribir por principio activo y a dispensar por el menor precio de acuerdo con las agrupaciones homogéneas de medicamentos que se determinen.

Como prevé el RDL9/2011, la mayoría de los laboratorios han solicitado estar a menor precio para no quedar fuera del mercado de facto, puesto que a partir del 1 de noviembre una vez que los médicos empiecen a prescribir por principio activo, sólo y exclusivamente se podrá dispensar para el SNS un medicamento que esté a menor precio, por lo que tanto a laboratorios como a farmacias les interesará adaptarse a la nueva norma. Esto supone que el precio de referencia sólo tendrá sentido para la creación del propio conjunto homogéneo, pero no en el precio real de financiación.

La patronal española de la industria de genéricos, AESEG, confía en que los servicios regionales de salud sigan viendo al genérico “como una herramienta de ahorro, puesto que el genérico siempre estará a menor precio; el ahorro es nuestra esencia”.

Para ilustrar el nuevo escenario que dibuja el RDL9/2011 con la obligación de dispensar sólo el menor precio, se puede poner el ejemplo de uno de los medicamentos más prescritos y consumidos en España: omeprazol 20 mg 28 cápsu-

| Omeprazol 20 mg 28 cápsulas - precio de referencia (PR): 3,12 euros a PVPiva** - menor precio: 2,50 euros a PVPiva | |
|--|-----------|
| Genéricos (EFG) con menor precio (2,50 euros) | 47 |
| Medicamentos de marca con menor precio (2,50 euros) | 16 |
| Genéricos (EFG) con precio entre 2,56-2,95 | 6 |
| Medicamentos de marca con precio 2,56-2,95 | 1 |
| Genéricos con precio igual al de referencia (3,12) | 2 |
| Medicamentos de marca con precio igual al de referencia (3,12) | 3 |
| Medicamentos de marca con precio superior a PR (5,48) | 1 |
| Número total medicamentos de omeprazol 20 mg 28 cápsulas | 76 |

*EFG = Equivalente Farmacéutico Genérico.
**PVPiva = Precio Venta Público con Impuesto Valor Añadido.
Fuente: <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/agrupacioneshomogeneaspreciosmenores.htm>

las. En el último listado (4/10/2011) de agrupaciones homogéneas que publicó el ministerio, se observa en el cuadro que hay 63 (47 + 16) presentaciones que están a menor precio, de las 76 que forman la agrupación dentro del conjunto homogéneo.

Hasta ahora, en casi todas las regiones, el farmacéutico solía dispensar uno de los que están dentro del precio de referencia o el menor precio. Aunque el servicio autonómico de salud reembolsara sólo el menor precio (2,50 euros), el laboratorio solía compensar con descuentos al farmacéutico que dispensaba su producto, e incluso en algunas regiones aún se reembolsaba hasta el precio de referencia. A partir del 1 de noviembre de 2011 el panorama cambió y el farmacéutico sólo puede dispensar una de las presentaciones que esté a menor precio y si dispensa uno de precio superior solo se le reembolsará el menor precio. Mi opinión es que no se apoya al genérico ya que no se incorpora en el

RDL9/2011 “se dispensará en caso de igualdad de precio, el genérico, si lo hubiere” y como se sabe el apoyo a una industria basada en genéricos significativa evita el dumping de las grandes compañías multinacionales.

También creo que va a haber resistencias entre los médicos, alentadas y promovidas por los laboratorios y su patronal, a prescribir por principio activo y de hecho ya he leído más de un posicionamiento de sociedades poco importantes de médicos que empiezan a hablar sobre la no equivalencia de los genéricos siendo así que todos son bioequivalentes y que ninguna de estas sociedades ha puesto una denuncia en un juzgado sobre diferencias demostradas.

Por otra parte la crisis económica y la necesidad de posteriores ajustes van a obligar a prestar poca atención a estas quejas e incluso mi opinión es que después de las próximas elecciones se implantarán medidas mucho más restrictivas. 

Referencias

- VFA. Statistics 2010, Die Arzneimittelindustrie in Deutschland [Internet]. Berlin: VFA; 2010 [consultado 12 octubre 2011]. Disponible en: <http://www.vfa.de/download/statistics-2010.pdf>
- Cuesta Terán MT. Medicamentos genéricos: una visión global. Inf Ter Sist Nac Salud. 2010;34:35-40. Disponible en: http://www.msps.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol34n2medGenericos.pdf
- Consejo Económico y Social. Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario [Internet]. Madrid: CES; octubre de 2010 [consultado 22 julio 2011]. Informe 01 | 2010. Disponible en: <http://www.ces.es/servlet/noxml?id=CesColContenido%20M01289576171124~S1631733~NInf0110.pdf&mime=application/pdf>
- Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del SNS, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011. (BOE nº 200 de 20/08/2011, pp. 93143-68). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/08/20/pdfs/BOE-A-2011-14021.pdf>
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE nº 178 de 27/07/06. pp. 28122-65. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/07/27/pdfs/A28122-28165.pdf>