

LOS SERVICIOS DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LA REDUCCIÓN DEL GASTO SANITARIO

Rafael Villar Piñón

Centro de Atención Primaria Concepción Arenal, Santiago de Compostela

José Pérez Vilariño

*Universidade de Santiago de Compostela
Departamento de Socioloxía*

Javier Villar Burke

Instituto Galego de Estatística

Con el objetivo de conseguir una prestación farmacéutica más segura y racional, la Administración Sanitaria gallega ha creado recientemente plazas de Licenciados en Farmacia ubicadas en los Centros de Atención Primaria. El artículo analiza el entorno económico y la lógica organizativa que subyace a la implantación de esta medida. Se avanza una explicación que tiene como referente la economía política de las actuales oficinas de farmacia. Como propuesta para la reducción del gasto farmacéutico se plantea una intervención basada en la demanda solvente de medicamentos, en función de las necesidades reales del paciente, en lugar de la oferta.

Palabras clave: Gestión farmacéutica, sanidad pública, medicamentos, prestación farmacéutica.

Public Health Administrations aims at providing a rational and safe pharmaceutical care. With the purpose of improving safety, Galician Health Authorities have created some Pharmacist positions to be located at Primary Assistance Medical Centres. The analysis of the economic environment and organizational logic underlying this measure, as well as its relationship to current pharmacy stores economic policies are the way chosen to discuss whether such measure can fulfil the expected goal. As an alternative strategy to reduce pharmaceutical expenses, we propose a shift from the drugs supply approach to another one based on a solvent drugs demand, dependent on actual patients' needs.

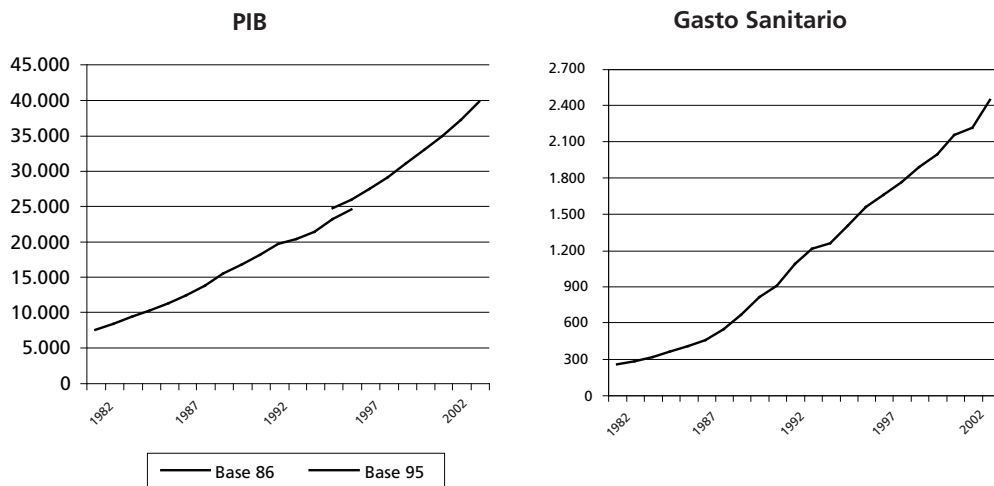
Keywords: Pharmaceutical expenses, public health, drugs, pharmaceutical care.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del Estado de Bienestar conlleva la prestación de bienes y servicios por parte del Estado a todos los ciudada-

nos e implica una considerable cantidad de recursos fundamentalmente centrados en los sistemas sanitario y educativo. En el Gráfico 1 se puede ver cómo la evolución

Gráfico 1. Evolución del PIB y del Gasto Sanitario en Galicia



Datos en millones de euros a precios corrientes.

Fuente: Elaboración propia a partir del INE y SERGAS

del PIB y del gasto sanitario en Galicia mantienen una tendencia creciente y sostenida desde principios de los años ochenta.

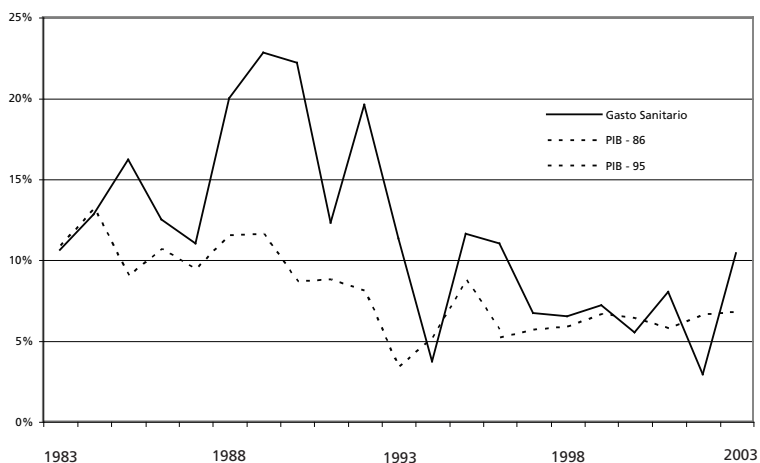
Si pasamos los valores absolutos a tasas de crecimiento anual, aparece una situación preocupante. En prácticamente todos los años, el gasto sanitario crece de forma más rápida que el PIB, con lo que, a largo plazo, el sostenimiento del Estado de Bienestar no parece viable en las condiciones actuales (Véase Gráfico 2)¹. Para el periodo 1982-2003, las medias anuales de crecimiento son de un 11,7% en el Gasto sanitario y de un 7,9% para el PIB. En la última década, en la que parecen contenerse los datos, el incremento del gasto sanitario medio anual (7,7 %) sigue siendo superior al crecimiento medio del PIB (6,0 %), sobre todo en el año 2003, en que parece dispararse de nuevo.

En este contexto, parece lógico pensar que el control del gasto sanitario sea una de las grandes preocupaciones de las Administraciones Públicas. Dentro del gasto sanitario, destacan dos partidas: los "costes

de personal" y los gastos en "medicamentos y prestaciones farmacéuticas". En Galicia, el coste de personal ha ido perdiendo peso en el presupuesto sanitario, pasando de representar casi el 50% del mismo en 1994 a apenas superar el 40% en 2003. Por el contrario, el gasto en medicamentos ha mantenido una trayectoria expansiva: en 1994 apenas representaba un 20% del presupuesto sanitario y en 2000 ya había superado el 30%, llegando al 32,6% en 2003 (Véase Gráfico 3).

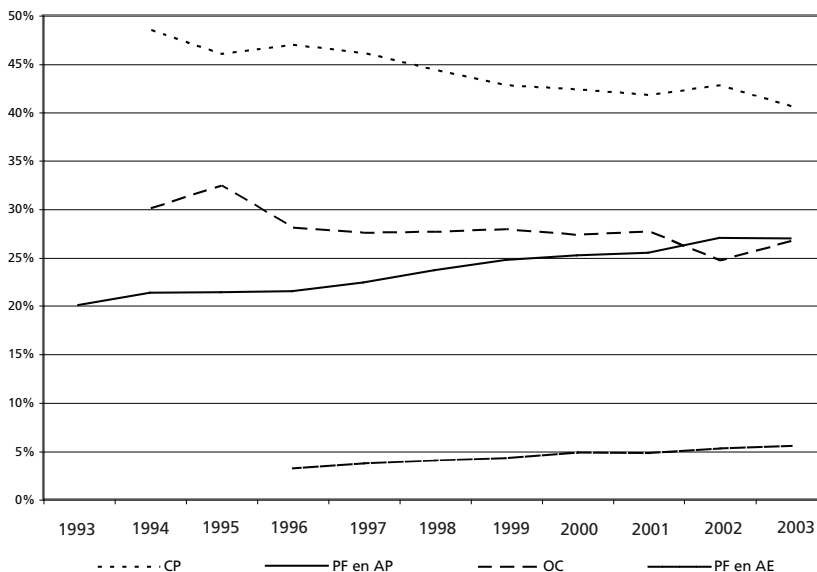
Vemos, por lo tanto, cómo el gasto en medicamentos va ganando posiciones frente a los costes de personal y de otros gastos. Para entender esta evolución, es necesario tener en cuenta el contexto social actual. Por una parte, la mejora de la calidad de vida fruto del Estado de Bienestar ha llevado a un incremento de la esperanza de vida y del número de personas mayores, que son precisamente las que más medicamentos consumen. Las cifras de la Tabla 1 resultan esclarecedoras: los pensionistas, que representan poco más del 30% de los beneficiarios del sistema de salud pública, absorben

Gráfico 2. Tasa de Variación Interanual del PIB y del Gasto Sanitario en Galicia



Fuente: Elaboración propia a partir del INE y SERGAS

Gráfico 3. Principales componentes de Gasto Sanitario en Galicia



CP: Costes de Personal; PF: Coste de la Prestación Farmacéutica; AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada; OC: Otros Costes.

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias Anuales del SERGAS

Tabla 1: Distribución del Gasto Farmacéutico en Atención Primaria

	1997		2003	
	Activos	Pensionistas	Activos	Pensionistas
Beneficiarios	63,6 %	36,4 %	69,9 %	31,1 %
Nº de recetas	30,4 %	69,6 %	27,9 %	72,1 %
Gasto total	22,3 %	77,7 %	19,5 %	80,5 %
Gasto por persona	80 €	487 €	72 €	662 €
Aportaciones de los usuarios	7,5 %		6,2 %	

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del SERGAS

más del 80% de los recursos destinados a medicamentos.

Por otra parte, vivimos en una sociedad terciaria con valores postmodernos en la que el consumo se ha convertido en una importante fuente de prestigio. En este contexto, una deficiente cultura de salud dispara el consumo de medicamentos, sobre todo entre la población anciana de origen más humilde, que no tuvo oportunidades de acceso a la sociedad de consumo. La presión, en particular de este grupo de edad caracterizado por niveles relativamente bajos de educación y un concepto tradicional de salud, junto con un tiempo de consulta insuficiente para la realización de un diagnóstico clínico adecuado, han traído consigo una excesiva medicalización de la salud, que dispara el uso de la receta y el gasto farmacéutico. Esta situación permite comprender la evolución negativa entre 1997 y 2003: a pesar de que disminuye la tasa de pensionistas (de un 36,4% a un 31,1%), su participación en el gasto total aumenta (de un 77,7% a un 80,5%) debido al incremento del gasto por persona². Como consecuencia, se reducen también las aportaciones de los usuarios al importe del gasto farmacéutico (de un 9,3% en 1991 a un 6,2% en 2003) debido a que a los pensionistas se les subvenciona el 100% del coste de los medicamentos, mientras que para los trabajadores activos la subvención es menor.

El Estado de Bienestar implica garantizar un nivel de salud, pero es necesario fijar el nivel de salud que se busca y se puede asegurar. Si no, se corre el riesgo de la bancarrota; sobre todo cuando se trata de servicios donde la calidad y los niveles tienen topes difíciles. El desequilibrio puede agravarse en una sociedad como la gallega, no sólo por las tasas más elevadas de envejecimiento, sino por su acceso tardío y brusco a la sociedad de consumo, sin haber adquirido previamente pautas de comportamiento acordes a la nueva situación.

La preocupación por esta evolución sostenida del gasto farmacéutico³ ha llevado a la Administración a tomar una serie de medidas entre las que destacan: el establecimiento de un sistema de precios de referencia en la financiación de medicamentos con cargo a fondos públicos, el fomento del uso de genéricos y la creación de los Servicios de Farmacia en los centros de Atención Primaria.

En este artículo, nos centraremos en el análisis de este último punto, en especial, en el caso gallego, que hemos podido seguir más de cerca y del que nos ha sido más fácil obtener la información⁴. Para ello, veremos cuáles han sido los antecedentes que han llevado a tomar la decisión de crear los Servicios de Farmacia de los centros de Atención Primaria y cuáles han sido las consecuencias reales después de los primeros años de funcionamiento.

ANTECEDENTES

La apertura de una nueva oficina de farmacia se encuentra sometida a la concesión del Estado⁵ lo que significa que, en la práctica, sea muy difícil poseer una farmacia si no es comprando una existente. El proteccionismo administrativo crea unas barreras de acceso que encarecen el precio de las farmacias haciéndolas únicamente asequibles a quien disponga de un elevado capital⁶.

Por otra parte, el incesante aumento de titulados presiona a la Administración para que incremente las licencias de apertura de nuevas oficinas y que los beneficios del negocio puedan ser repartidos entre más farmacéuticos. La demanda de farmacias se desplaza de D a D' , en la que los licenciados sin farmacia estarían dispuestos a abrir un número de oficinas f_1 superior al actual f_0 sin sobrepasar un precio medio de P_0 (Gráfico 4). El desfase entre el número de farmacéuticos dispuestos a abrir una oficina y el de concesiones que permite la Administración hace que el valor de las farmacias se dispare (P'_0) debido a que la escasez de farmacias es cada vez mayor. La Administración Sanitaria se encuentra en el dilema de contentar a los demandantes de nuevas oficinas o de mantener el proteccionismo de las licencias de farmacia. La liberalización del horario y la obligatoriedad de la presencia de un facultativo durante las horas de apertura han abierto nuevas oportunidades de trabajo a los titulados.

UNA VÍA DE SOLUCIÓN

La Administración encuentra la solución a las demandas de los farmacéuticos en paro, en el traspaso a otro sector del mayor número posible de demandantes. La curva de demanda de farmacias vuelve así de D' a D . Con lo cual, al precio P_0 , los farmacéuticos no demandarían ya f_1 farmacias sino f_0 , que es la cantidad de equilibrio ofertada por la Administración.

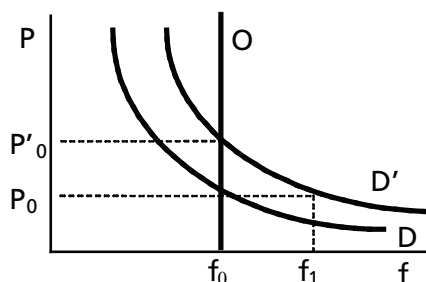


Gráfico 4

Se puede avanzar la hipótesis de que el procedimiento es crear un sustitutivo más asequible y deseable: convocar un elevado número de plazas de farmacéuticos en los Centros de Atención Primaria, facilitando al máximo el acceso a ellas y alentando expectativas de que los farmacéuticos sin farmacia pueden obtener un puesto de trabajo bien remunerado. Este nuevo puesto debiera financiarse con el ahorro generado en su función de vigilar la prescripción y el uso racional del medicamento. Los farmacéuticos parados desistirán de su objetivo inicial de demandantes de apertura de nuevas farmacias y ahora pelearán entre sí por aprobar las oposiciones.

LA REMUNERACIÓN DE LOS NUEVOS FARMACÉUTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Si bien podría pensarse que la remuneración de los farmacéuticos debiera tomarse de la reducción que inducen en el gasto farmacéutico, en los presupuestos de las Administraciones Públicas no se producen grandes traspasos entre los diferentes capítulos y el propio Decreto 176/2001 prevé que la incorporación de los farmacéuticos se realizará paulatinamente en función de las disponibilidades del capítulo de personal⁷. Al no producirse ningún incremento presupuestario para hacer frente al gasto del nuevo personal, se traduce en un juego de suma cero: los fondos para remunerar a los farmacéuticos han de salir necesariamente de una reducción de la remuneración del resto del personal.

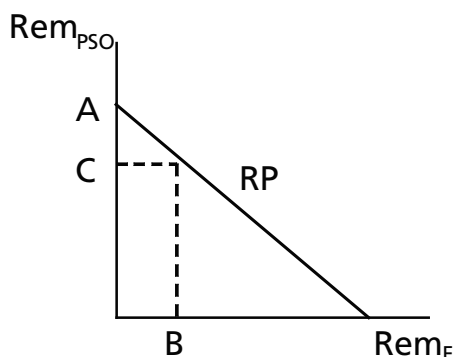


Gráfico 5

La restricción presupuestaria (RP) representada en el Gráfico 5 ayuda a entenderlo mejor. En un principio, el personal sanitario original (PSO) disfruta de una remuneración total de "A". Con la incorporación de los farmacéuticos, se desvía una cantidad de fondos "B" para remunerarlos y, como consecuencia, la remuneración global del antiguo personal sanitario desciende hasta "C"

Esta reducción se puede hacer a través de una doble vía: reducir la remuneración manteniendo la carga de trabajo o bien incrementando la carga de trabajo sin aumentar la remuneración. El caso de los médicos es paradigmático porque es especialmente sensible a este tipo de modificaciones. La remuneración que les corresponde a los médicos, al ser variable y diferente para cada médico, es de difícil control por los interesados. Las altas de tarjetas y los beneficiarios que no son altas al pasar a titulares crean un desfase en el cómputo de los asegurados asignados a cada médico con repercusiones sobre su nómina⁸.

Pero la merma retributiva no tiene por qué ser una cantidad monetaria que se detrae al sueldo, puede materializarse en otras formas más difusas a través de mecanismos de "gestión": un mayor número de guardias, menos libranzas, acumulación de tareas e incluso de puestos... Sin embargo,

los recursos pueden aparecer para colocar un fármaco por cada veinte médicos de Atención Primaria.

DESARROLLO LEGISLATIVO

En este apartado, realizamos un resumen de los principales hitos en el desarrollo legislativo en Galicia sobre Oficinas de Farmacia y los Servicios de Farmacia de Atención Primaria⁹.

Hasta junio de 1996 la apertura y funcionamiento de las oficinas de farmacia se regía por la legislación preconstitucional recogida en el Real Decreto 909/1978 y en su normativa de desarrollo. Se trataba de un procedimiento muy restrictivo¹⁰ que había generado *reiteradas y generalizadas demandas sociales* respecto a los servicios prestados por las oficinas de farmacia y respecto a las *expectativas de empleo en el sector* y había sido *una fuente manifiesta de litigiosidad y frustración profesional*. Así lo entiende el Gobierno por lo que empuja a las Cortes Generales a desarrollar una nueva Ley de Oficinas de Farmacia¹¹, y considera no obstante que *conviene adelantar determinadas reformas legales de urgente entrada en vigor* por lo que se promulga el Real Decreto Ley 11/1996 de 17 de junio de ampliación del servicio farmacéutico a la población¹².

Parece que estas dos normas (el Real Decreto Ley de 1996 y la Ley de 1997) surten efectos a nivel de las demandas de mejora de la prestación farmacéutica a la población por parte de las oficinas de farmacia. Se quedan cortos, no obstante, en lo que se refiere a la mejora de las expectativas de empleo en el sector y a la reducción de la frustración profesional. Para solucionar este problema, surge la idea de creación de los Servicios de Farmacia en los centros de Atención Primaria. Así, se realiza una convocatoria de 15 plazas en octubre de 1998 y de 21 plazas en abril de 1999¹³, con la única base del artículo 103.1 de la Ley General de Sanidad¹⁴. Destaca la premura

con la que se convocan de repente estas plazas¹⁵ después de más de 12 años desde que se había dictado la Ley General de Sanidad¹⁶. De hecho, sólo en mayo de 1999, con la promulgación de la Ley de Ordenación Farmacéutica de Galicia¹⁷, aparece reflejado en la legislación la figura de los Servicios de Farmacia de Atención Primaria. En dicha Ley, se establecen las bases para el desarrollo de las funciones de estos Servicios de Farmacia de Atención Primaria y se emplaza a un desarrollo regulativo de los requisitos para su creación y funcionamiento así como de las condiciones materiales y técnicas con las que tendrá que contar¹⁸. Este reglamento aparecerá en julio de 2001¹⁹, pero tampoco se ha esperado a este reglamento para convocar otras 27 plazas de farmacéutico de atención primaria en noviembre de 2000²⁰ sin que se hayan establecido las condiciones de creación, apertura y funcionamiento de los servicios de farmacia en los que tendrán que trabajar.

LOS FARMACÉUTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: LA LÓGICA DE SUS FUNCIONES Y TAREAS

El objetivo de bajar los gastos farmacéuticos a través de la racionalidad que pudiesen introducir los farmacéuticos del Servicio de Atención Primaria, cambiando los comportamientos y actitudes de los médicos sin invadir las atribuciones que le confiere la práctica clínica, no resulta muy afortunado. Parte de premisas que es preciso verificar y no presuponer. Se presupone que la desviación del gasto farmacéutico se produce por la actuación ineficiente de los médicos por no realizar una prescripción adecuada al proceso patológico o atendiendo las preferencias del paciente, del cual el médico realiza la función de agencia²¹. No es creíble que un incremento anual del Gasto farmacéutico del orden del 11% sea achacable a que el médico prescriba peor cada año.

El gasto farmacéutico de un país es función de la renta disponible de sus ciudadanos, del envejecimiento de la población, de la incidencia de las nuevas tecnologías, de la aparición de nuevas enfermedades, de las mayores exigencias de la población, de la mayor cobertura... pero, en ningún caso, está descrito que sea por un uso irracional del medicamento por parte del médico.

En todos los países existe una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). En Galicia, dicha comisión no se crea hasta una fecha tan tardía como agosto de 2000²². La orden 128/1999 indica que la aplicación de la metodología para la evaluación de tecnologías es fundamental para facilitar la eficiencia de las decisiones, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria; que es preciso incorporar el conocimiento científico para garantizar la eficacia, efectividad, la seguridad y la eficiencia de las decisiones; y que, en el ámbito de la planificación de la prestación de servicios sanitarios, resulta imprescindible la aportación de recomendaciones sobre la introducción, la adopción y la difusión de la tecnología sanitaria en la práctica médica²³. Sin embargo, en ninguna de las normas relacionadas con los Servicios de Farmacia de Atención Primaria²⁴, se indica que haya sido evaluada científicamente la eficiencia y racionalidad de esta nueva tecnología sanitaria²⁵.

A la luz de estos criterios aparece una contradicción: se pretende que los farmacéuticos de Atención Primaria proporcionen racionalidad al gasto farmacéutico cuando falta el criterio de racionalidad en la propia forma de implantación de los mismos. Como hemos visto en el apartado anterior, las plazas se crearon antes que los puestos y sus funciones.

Esta contradicción desaparece cuando se admite que la racionalidad económica no es lo que se busca, sino que lo importante es actuar sobre el cuello de botella

que, sobre el nivel de empleo de los farmacéuticos, estaba creando una tan rígida legislación sobre oficinas de farmacia²⁶. No se realiza un análisis científico de eficiencia y racionalidad sanitaria porque se están buscando objetivos sociales; la nueva tecnología se implanta directamente y se espera a ver cuáles son los resultados y la aceptación social²⁷.

LA REDUCCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO: EVIDENCIA EMPÍRICA

En este apartado analizaremos la evolución del gasto sanitario y, en especial, del gasto farmacéutico para comprobar si la introducción de los farmacéuticos en las estructuras de atención primaria ha conseguido realmente controlar o reducir el gasto farmacéutico. Observemos para ello la Tabla 2 y el Gráfico 6.

Tabla 2: Gastos del Presupuesto Sanitario de Galicia

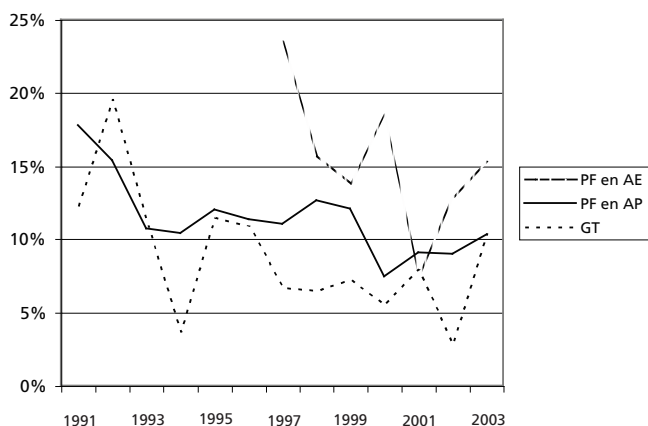
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Total	1.205,2	1.249,5	1.393,9	1.546,6	1.650,6	1.757,7	1.884,9	1.988,7	2.146,9	2.208,1	2.438,7
Costes de Personal	-	606,7	642,8	728,0	762,9	781,9	808,7	844,6	898,7	946,6	991,7
Prestación Farmacéutica	-	-	-	383,1	431,9	488,6	548,9	599,0	651,7	714,5	793,9
Atención Primaria	241,2	266,3	298,4	332,3	369,2	415,9	466,2	500,9	546,3	595,4	656,6
Atención Especializada	-	-	-	50,8	62,7	72,6	82,7	98,0	105,4	119,1	137,3
Otros Costes	963,9	376,4	452,7	435,4	455,7	487,2	527,2	545,1	596,4	547,0	653,1

Datos en millones de euros a precios corrientes

El símbolo "-" indica que el dato no está disponible

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias Anuales del SERGAS

Gráfico 6. Tasa de Variación interanual del Gasto Sanitario



PF: Coste en Prestación Farmacéutica; AE: Atención Especializada; AP: Atención Primaria; GT: Gasto Sanitario Total.

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias Anuales del SERGAS

Varias son las ideas que podemos extraer de estos datos:

- El Gasto Sanitario, tras una evolución creciente continuada, ha alcanzado en el año 2002 los 2.200 millones de euros, lo que representa un volumen nada despreciable. Si además tenemos en cuenta que en 1992 el gasto fue de 1.083 millones de euros vemos que en 10 años el gasto se ha duplicado.
- Dentro de la Prestación Farmacéutica, la Atención Primaria destaca sobre la Atención Especializada con un peso de un 85% del gasto en medicamentos²⁸.
- Para el periodo 1997-2003, la media de crecimiento anual ha sido de un 4,5% para los gastos de personal, de un 6,7% para el gasto total de sanidad, de un 10,2% para el gasto farmacéutico en Atención Primaria y de un 15,4% para el gasto farmacéutico en Atención Especializada. Por lo tanto, excepto los gastos de personal, todos los demás se sitúan por encima del crecimiento medio del PIB.
- Desde 1993 el incremento del gasto sanitario parece que empieza a estar controlado²⁹, con una tendencia a reducirse y a situarse en una banda de fluctuación en torno al crecimiento del PIB. No sucede lo mismo con el gasto farmacéutico en atención primaria. Desde 1993, la tasa de crecimiento tiende a aumentar año tras año excepto un salto descendente que se produce en el año 2000. En todo caso, se mantiene por encima del crecimiento medio del gasto sanitario total y del PIB.

Es especialmente importante pararse a analizar con calma qué ha sucedido en el año 2000 para que se produzca este salto descendente en la tasa de variación interanual, aunque después parece que se vuelve a recuperar, si bien, a un nivel inferior al anterior. Veamos cuáles han sido los principales acontecimientos en los años 1999, 2000 y 2001.

En 1999:

- En abril toman posesión de sus plazas los 15 primeros farmacéuticos de los centros de atención primaria.
- A partir del 1 de noviembre de 1999 entra en vigor el Real Decreto Ley 12/1999 que reduce el precio industrial máximo de las especialidades farmacéuticas de la Ley del Medicamento de 1990.

La consecuencia de la actividad de los farmacéuticos durante 9 meses y de la aplicación de las medidas del Real Decreto Ley durante 2 meses producen que el gasto farmacéutico en atención primaria pasa de crecer un 12,7% entre 1997 y 1998 a crecer un 12,1% entre 1998 y 1999.

En 2000:

- Se incorporan 21 farmacéuticos más a los centros de atención primaria a finales de enero.
- El 25 de julio se publica la orden que determina los conjuntos homogéneos y aprueba los precios de referencia³⁰.
- El 1 de agosto entra en vigor el Real Decreto Ley 5/2000 que revisa a la baja los márgenes de las oficinas de farmacia y de los almacenes farmacéuticos

El gasto farmacéutico en atención primaria pasa de crecer un 12,1% entre 1998 y 1999 a crecer un 7,4% entre 1999 y 2000.

En 2001:

- Se dotan 27 nuevas plazas de farmacéuticos de Atención Primaria
- Se crean y se regula el funcionamiento de los Servicios de Farmacia de Atención Primaria.

El gasto farmacéutico en atención primaria sigue creciendo y pasa de esa tasa del 7,4% a un crecimiento del 9,1% entre 2000 y 2001.

Estos datos apuntan claramente a que lo que contuvo el gasto farmacéutico fueron las medidas que actuaban directamente sobre los precios y los márgenes de las

farmacias; los farmacéuticos de Atención Primaria apenas han tenido una repercusión marginal en la contención del gasto farmacéutico. De hecho, el gasto farmacéutico se revela como imparable, como demuestra el último dato disponible de 2003; y en 2004 tiene que aparecer el Real Decreto 2402 con nuevas medidas extraordinarias para contener el gasto farmacéutico. Básicamente este decreto revisa a la baja los precios de las especialidades farmacéuticas y establece una nueva reducción de los márgenes de las oficinas de farmacia y los almacenes de distribución.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

El problema del control de los gastos en medicamentos, como cualquier otro problema económico, se basa en una doble componente: la oferta y la demanda. La oferta consiste en el sistema de suministro de medicamentos a la sociedad, normalmente se realiza a través de las oficinas de farmacia. La oferta se caracteriza por aspectos como los medicamentos legalmente permitidos, el margen de las oficinas de farmacia y los almacenes farmacéuticos, la regulación y subvención de los precios, el tamaño de los lotes o *packs*, el uso de genéricos...

La demanda son las necesidades de medicamentos que manifiesta la población. Como se trata de una alta tecnología sobre la que es preciso tener un conocimiento específico, se necesita la acción de un agente que canalice la demanda. Se trata de la prescripción médica que racionaliza las necesidades de los pacientes y las convierte en demandas específicas.

La mayoría de las medidas tomadas hasta ahora se han orientado a actuar sobre la oferta: la reducción de los márgenes de las oficinas de farmacia y de los almacenes farmacéuticos, reducción del precio máximo industrial de los medicamentos,

el establecimiento de los conjuntos homogéneos y de los precios de referencia, el fomento del uso de genéricos... a lo que habría que añadir la venta exacta del número de pastillas o dosis que necesita el paciente para completar su tratamiento.

Como hemos visto en el apartado anterior, estas medidas han tenido cierta repercusión a corto plazo. Sin embargo, se trata de un efecto que no se mantiene a largo plazo porque no actúan sobre la raíz del problema. Como dicen Hepler y Strand (1990), en la atención farmacéutica es necesario pasar del medicamento al paciente, es decir, la solución al control del gasto farmacéutico se encuentra en la demanda, no en la oferta.

Nos encontramos en un campo del saber en el que confluyen aspectos de Medicina, Economía, Gestión, Sociología, Política... Se configura un entramado que supera el conocimiento de los itinerarios formativos habituales; para resolver este tipo de problemas complejos, es necesaria la acción de un equipo científico multidisciplinar como el que ofrece la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

La incorporación de los farmacéuticos a las estructuras de atención primaria actúa intentando controlar la prescripción médica. El médico, con su formación y sometido al juramento *hipocrático*, ya está introduciendo una componente de racionalidad en su prescripción que actúa buscando el beneficio para el paciente y la perduración y mejora del Sistema Público de Salud. En todo caso, si se quisiera incidir en esta racionalidad, lo correcto sería a través de cursos de formación continua o reciclaje de los médicos³¹.

Preocupada por la contención del gasto farmacéutico, la Administración ha desarrollado una legislación precipitada y ha tomado decisiones sin evaluar. Ello puede estar introduciendo fuentes de ineficiencia y distorsiones en el sistema que reducen la eficacia y la calidad de la asistencia sanitaria.

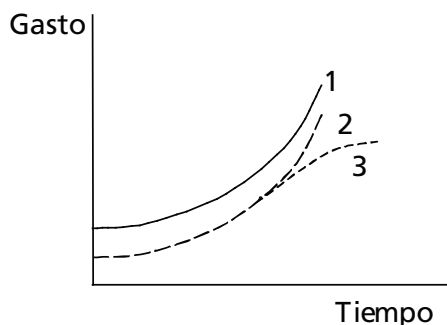
ria. Es muy loable que se les quiera ofrecer a los farmacéuticos más salidas laborales; pero, en cuanto a la reducción del gasto farmacéutico, muy poco pueden hacer.

La base del comportamiento explosivo del gasto farmacéutico se encuentra en que la población demanda más medicamentos de los que el sistema público de salud puede financiar de modo sostenible. Sólo se podrá solucionar si se actúa directamente sobre esta demanda.

El Gráfico 7 nos ayuda a entender las diferentes consecuencias de actuar sobre la oferta y de actuar sobre la demanda. Partiendo de las pautas de comportamiento actuales de la población, la curva de gasto farmacéutico se vuelve explosiva a medida que pasa el tiempo (Curva 1). Al actuar sobre la oferta, pasamos a la Curva 2; hemos retrasado el efecto explosivo del gasto pero no corregimos el origen del problema. Sólo actuando sobre la demanda de medicamentos para cambiar las pautas de consumo, conseguiremos llegar a la curva 3 y controlar el gasto farmacéutico a largo plazo.

¿Cuáles serían esas medidas sobre la demanda que es necesario tomar? Se pueden resumir en dos: educación sanitaria de la población y ticket moderador o copago.

Gráfico 7. Evolución del gasto sanitario



En prácticamente todas las normas, se insiste en la *racionalidad del uso* de los medicamentos. No se debe olvidar que el uso implica *usuarios*, por lo tanto, es necesario transmitir esa racionalidad a los usuarios, es decir a la población. La propia Ley de Ordenación Sanitaria de Galicia indica que *los ciudadanos se constituyen en el eje central del sistema sanitario*³². *Si bien dicha Ley se centra en la atención al paciente, la participación ciudadana en el sistema sanitario, los derechos y deberes de los ciudadanos... se olvida de la función educadora que queda restringida sólo al personal sanitario pero no a la población en general*³³.

Un problema tan grave como el de los accidentes de tráfico sólo se puede atajar a través de las repetidas campañas publicitarias de la Dirección General de Tráfico y en la incidencia sobre los conductores porque su origen se encuentra disperso en toda la población. El gasto farmacéutico es un caso análogo, depende de todos los consumidores y sólo se podrá controlar si consumen de forma racional porque poseen una buena cultura de sanidad³⁴.

Los aparatos de televisión instalados en muchas salas de espera ofrecen una plataforma ideal que no está siendo suficientemente aprovechada para educar en salud incluida, cómo no, la racionalización del uso de medicamentos y del gasto que conllevan. Se trata en definitiva de incidir en las medidas de prevención. Se evita la necesidad de los medicamentos porque se inhibe la aparición de enfermedades y, al mismo tiempo, se transmite una correcta o mejor utilización de los medicamentos que se siguen necesitando.

Por otra parte, existe una ley económica que dice: "a coste cero, demanda infinita". A las consultas acuden personas que realmente no necesitan cuidados médicos³⁵ y que, por lo tanto, introducen disfuncionalidades en el sistema y empeoran el servicio hacia las personas que realmente necesitan los cuidados sanitarios. Para

solucionar este problema, consideramos que la implantación de un ticket moderador tendría sensibles consecuencias en la mejora del servicio, que podrían compensar las negativas repercusiones políticas³⁶.

NOTAS

1. Esta preocupación viene implícitamente recogida en la exposición de motivos del Real Decreto 2402/2004: "El presupuesto farmacéutico ha tenido unos crecimientos anuales cuyas cuantías, cercanas y superiores a veces al 10 por ciento, requieren de la adopción de una serie de medidas de contención del gasto farmacéutico público".

2. Este incremento del gasto por pensionista encierra una serie de implicaciones sobre las que sería necesario reflexionar.

3. Transcribimos un párrafo del Real Decreto-Ley 5/2000 de 23 de Junio (BOE 24 de junio, corrección de erratas el 28 de junio) sobre Medidas Urgentes de Contención del Gasto Farmacéutico Público y de Racionalización del Uso de los Medicamentos que nos parecen de especial interés:

"A la hora de plasmar los objetivos y actuaciones señaladas preocupa en gran medida la considerable incidencia del gasto farmacéutico en el gasto sanitario total. Por ello, con el fin de lograr un mejor aprovechamiento de los recursos existentes, deben adoptarse medidas urgentes orientadas tanto a la contención del gasto farmacéutico público como a la promoción del uso racional de los medicamentos. Dada la naturaleza y urgencia de dichas medidas conviene no demorar su aplicación y, en consecuencia, promover su inmediata puesta en práctica de modo que puedan ser ya operativas en la ejecución del presupuesto vigente".

4. Consideramos además que, a nivel del Sistema Público de Sanidad, Galicia funciona de avanzadilla o de campo de pruebas de políticas sanitarias y de modelo para la implantación de medidas en el conjunto del Estado y de las otras comunidades autónomas. Sirva como indicativo el hecho de que el antiguo Conselleiro de Sanidade, Romay Beccaría, haya sido nombrado Ministro de Sanidad y Consumo.

5. Para el conjunto del Estado español, la concesión de oficinas de farmacias se basaba en el Real Decreto 909/1978 que fue modificado por el Real Decreto Ley 11/1996 y la Ley 16/1997. Para la Comunidad Autónoma de Galicia: la Ley 5/1999 de Ordenación Farmacéutica y se regula

a través del Decreto 278/2002 del Mapa farmacéutico de Galicia, y el Decreto 146/2001 sobre planificación, apertura, traslado, cierre y transmisión de oficinas de farmacia en Galicia.

6. Las restricciones en la transmisión de oficinas de farmacia previstas en la Ley 5/1999 y el Decreto 146/2001 han sido anuladas por el Tribunal Constitucional y el Tribunal Superior de Xustiza de Galicia. El artículo 23.1 anulado por la sentencia 152/2003 del Tribunal Constitucional decía: "No podrán ser transmitidas las oficinas de farmacia adjudicadas por concurso con posterioridad a la entrada en vigor de la presente ley". Para adaptar la Ley 5/1999 a esta sentencia del Tribunal Constitucional, se promulga la Ley 4/2005. Para adaptar el Decreto 146/2001 a las sentencias del Tribunal Constitucional y del Tribunal Superior de Xustiza de Galicia, se dispone el Decreto 193/2005.

7. Disposición adicional segunda del Decreto 176/2001 de 12 de julio sobre Creación, apertura y funcionamiento de los servicios de farmacia y depósito de medicamentos en las estructuras de atención primaria en Galicia.

8. La sentencia de la Sala de lo Social del T. S. J. del P. V. que publica el Diario Médico el martes 9 de mayo de 2000 demuestra que este tipo de modificaciones se están realizando en la práctica.

9. En el anexo I se puede consultar el detalle de las referencias y publicación de las leyes, normas y reglamentos citados.

10. Como recoge la Exposición de Motivos de la Ley 16/1997: "Una de las cuestiones pendientes de reforma en la sanidad española es la ordenación de las oficinas de farmacia...", "...es indudable la necesidad de completar la legislación común sobre este tema y de reemplazar el régimen de autorización de oficinas de farmacia del Real Decreto 909/1978 que, no obstante su virtualidad en el pasado, viene constituyendo una barrera infranqueable a la lógica demanda de ampliación de servicios y una fuente manifiesta de litigiosidad y frustración profesional".

11. Será la Ley 16/1997 de 25 de abril (BOE 26 abril), de Regulación del Servicio de las Oficinas de Farmacia

12. Los tres primeros párrafos de la exposición de motivos dicen lo siguiente:

"Con el fin de atender la demanda generalizada de ampliación de los servicios que prestan las oficinas de farmacia, el Gobierno ha propuesto la adopción de medidas de ordenación, flexibilización y mejora del régimen de estos establecimientos sanitarios. A tal efecto, es propósito, en los próximos meses, remitir a las

Cortes Generales un proyecto de Ley de oficinas de farmacia por el que se fijen los principios básicos de ordenación de estos establecimientos...

No obstante este propósito, conviene adelantar, en este momento, determinadas reformas legales, de urgente entrada en vigor, tendentes a flexibilizar la apertura de farmacias y garantizar la asistencia farmacéutica en todos los núcleos de población, con lo cual traerá consigo, además, unas mayores expectativas de trabajo en el sector.

Este Real Decreto Ley se propone, de modo inmediato, mejorar la atención farmacéutica a la población –atendiendo demandas sociales reiteradas– mediante las siguientes medidas..."

13. Anuncio de 23 de octubre de 1998 (DOG 29 octubre) y anuncio de 26 de abril de 1999 (DOG 30 abril).

14. El artículo 103.1 dice lo siguiente: "La custodia, conservación y dispensación de medicamentos corresponderá: a) A las oficinas de farmacia legalmente autorizadas. b) A los servicios de farmacia de los hospitales, de los Centros de Salud y de las estructuras de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud para su aplicación dentro de dichas instituciones o para los que exijan una particular vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinario de atención a la salud".

15. El anuncio de la segunda convocatoria, 26 de abril de 1999, coincide con la fecha en que termina la primera (las listas definitivas se publicaron el 26 de marzo de 1999, a lo que hay que añadir el plazo de un mes para presentar reclamaciones).

16. La falta de soporte normativo se refleja en que la convocatoria es de contratación temporal, se realiza a través de un anuncio y no se desarrolla una exposición de motivos. Esta exposición de motivos estará presente en la convocatoria de noviembre de 2000 que aparece después de la Ley de Ordenación Farmacéutica y la consolidación de empleo aparece en la convocatoria de febrero de 2002, cuando ya existe el reglamento sobre la creación y funcionamiento de los Servicios de Farmacia de los Centros de Atención Primaria.

17. Ley 5/1999 de 21 de mayo.

18. Artículos 28 y 29

19. Decreto 176/2001 de 12 de julio (DOG 27 julio) de Creación, apertura y funcionamiento de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en las estructuras de atención primaria.

20. Resolución del 15 de noviembre de 2000 (DOG 27 noviembre)

21. Talcott Parsons (1999)

22. Orden 18 de julio de 2000 (DOG 11 agosto). Desde el 11 de mayo de 1999 funcionaba de forma subsidiaria el "Servicio de Desarrollo de Sistemas y Evaluación de Tecnologías" de la Subdirección General de Planificación Sanitaria y Aseguramiento de SERGAS. Con anterioridad, las competencias en evaluación de tecnologías sanitarias las ostentaba el Instituto de salud "Carlos III".

23. Orden 128/1999 (DOG 11 mayo)

"La Consellería de Sanidad y Servicios Sociales y el Servicio Gallego de Salud, en su misión de mejorar el estado de salud en la Comunidad Autónoma de Galicia bajo los principios de universalidad, equidad y eficiencia, precisan disponer de instrumentos que doten al proceso de toma de decisiones, en todos los niveles de asistencia sanitaria, del mayor rigor científico, teniendo en cuenta así mismo las consideraciones sociales, éticas y legales de los efectos de la prestación de estos servicios.

La aplicación de la metodología para la evaluación de tecnologías [...] es fundamental para facilitar la eficiencia de las decisiones, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, adecuar las indicaciones en determinadas condiciones clínicas y facilitar la accesibilidad a la atención de calidad.

A este fin, para el abordaje de los problemas de salud, la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales y el Servicio Gallego de Salud precisarán contar con el apoyo de información científica obtenido a partir de investigación evolutiva o bien de informes públicos de evaluación, que permitan analizar la eficacia, la efectividad, la seguridad y la eficiencia de la utilización de las tecnologías y valorar el impacto sanitario, organizativo, económico y social.

La aplicación de esta estrategia de análisis es fundamental en cualquier nivel del sistema sanitario, particularmente en el ámbito de la planificación de la prestación de servicios sanitarios, en el que resulta imprescindible la aportación de recomendaciones sobre la introducción, la adopción y la difusión de la tecnología sanitaria en la práctica médica..."

24. Ni tampoco en la Memoria Anual 2002 del SERGAS, que resume las actuaciones de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias durante sus dos años de existencia.

25. La orden define como tecnología sanitaria: "los medicamentos, aparatos, procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados para la atención médica, así como los sistemas de or-

ganización con los que esta atención sanitaria se presta”.

26. Recuérdense las notas 10 y 12.

27. Estamos ante un caso de prácticas de políticas sanitarias en el Sistema Sanitario Gallego; si se comprueba que funciona, podrá ser extrapolado a otras comunidades autónomas.

28. No entramos en el trasvase de gasto farmacéutico entre Atención Primaria y Atención Especializada. En este trasvase entrarían en juego circunstancias como que a los pacientes hospitalizados se les pide que traigan de casa los medicamentos que estaban tomando para continuar su tratamiento habitual durante el periodo de hospitalización, o como que a las altas de los hospitales se les indica que acudan a su médico de familia para que les receten los medicamentos que necesitan para continuar con el tratamiento. Circunstancias que surgen de la gestión autónoma de los hospitales y de la presión por reducir y externalizar costes.

29. Recuérdese la Gráfica 2

30. Se trata de la orden de 13 de julio de 2000. Esta orden incluye dos medidas:

- La financiación pública se realizará sólo hasta los precios de referencia

- Ante la prescripción por parte de un médico de una especialidad farmacéutica cuyo coste supere el precio de referencia, el farmacéutico debe proponer al paciente la sustitución por otra especialidad bioequivalente que se acomode al precio de referencia.

Si bien estas medidas son obligatorias a partir del 1 de diciembre, se pueden ir tomando de forma voluntaria con anterioridad.

31. El Real Decreto 2402/2004 hace hincapié, entre otras medidas, en la formación de los médicos como medio para incrementar la calidad de la prestación, pero no realiza ninguna mención a los farmacéuticos de Atención Primaria: “El Ministerio de Sanidad y Consumo desarrolla el Plan estratégico de política farmacéutica, cuya pretensión esencial es la de incrementar la calidad de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud, que tiene como referente el uso racional de los medicamentos, el impulso a la extensión de las especialidades farmacéuticas genéricas, la financiación selectiva de medicamentos en función de su aportación terapéutica para el paciente o la mejora de la información y formación de los médicos para apoyar la calidad de su labor de prescripción, entre otras medidas”.

32. Penúltimo párrafo de la Exposición de Motivos (Ley 7/2003)

33. Título X: Docencia, formación e investigación sanitarias

34. El control del gasto que podrían conseguir los farmacéuticos de atención primaria es similar a la reducción de accidentes que conseguiría un control del suministro de gasolina en las gasolineras.

35. Nos gustaría señalar el hecho social de que muchos ancianos, sobre todo en las áreas rurales, han desarrollado una visión del centro de salud como centro social: es la fuente para relacionarse con otras personas y, además, posee un acondicionamiento (calefacción en invierno y aire acondicionado en verano) del que muchas veces carecen en sus domicilios.

36. En el momento en que este artículo se encontraba ya en imprenta, se publicó la memoria del Sergas con los datos de 2004. En ese año, el incremento del coste de la prestación farmacéutica en atención primaria (5,0%) se situó por primera vez por debajo del crecimiento del PIB (6,9%). Esta circunstancia se debe a la profundización de las medidas de oferta iniciadas en el año 2000, en especial a la reducción de los márgenes de los medicamentos y la implantación de los precios de referencia y de los genéricos. Consideramos que, si bien estas medidas son positivas y necesarias, se revelan como insuficientes y coyunturales al no ir acompañadas de medidas orientadas a la demanda. Como hemos recogido en el gráfico 7 y como se ha visto en los años 2001 a 2003, limitarse a actuar en la oferta sólo retrasa la evolución explosiva del gasto en medicamentos. Las reiteradas reducciones en los márgenes de los almacenes de medicamentos y de las oficinas de farmacias están presionando fuertemente al sector y esta vía parece agotarse. Se vuelve cada vez más apremiante actuar sobre la demanda de medicamentos para poder mantener controlado el gasto farmacéutico más allá de los años 2004 y 2005.

BIBLIOGRAFÍA

- Boletín Oficial del Estado*, véase Anexo I Diario Médico, 9 de mayo de 2000.
- Diario Oficial de Galicia*, véase Anexo I
- HEPLER C.D. y STRAND L.M. (1990): “Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care”, *Am J Hosp Pharm*, nº 47, pp 533-543.
- KUHN, T. (2000): *A Estructura das revolucións científicas*, Servicio de Publicacións da Universidade de Vigo, Vigo.

- MARTÍNEZ SÁNCHEZ, A. M. (2003): *La comunicación farmacéutico – paciente – médico: una nueva dimensión en el proceso de atención a la salud*, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- MERTON, R. (1992): *Teoría y estructura sociales*, Fondo de Cultura Económica, México.
- MINTZBERG, H. (1991): *La estructuración de las organizaciones*, Ariel, Barcelona
- MOCHÓN MORCILLO, F. y CASTEJÓN MONTIJANO, R. (2002): *Economía: teoría y política*, McGraw-Hill, Madrid.
- MOCHÓN MORCILLO, F. y PAJUELO, A. (1991): *Microeconomía*, McGraw-Hill, Madrid.
- MUÑOZ MACHADO, S., GARCÍA DELGADO, J. L. ÍA DELGADO, J. L. y GONZÁLEZ SEARA, L. (ed.) (2000): *Las Estructuras del Bienestar en Europa*, Civitas – Escuela Libre, Madrid.
- ORTÚN RUBIO, V. (1990): *La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones*, La Llar del Llibre, Barcelona.
- PARSONS, T. (1999): *El Sistema Social*, Alianza, Madrid
- SERGAS, *Memoria Anual*, años 1994-2003, Santiago de Compostela
- WEBER, M. (1993): *Economía y Sociedad*, Fondo de Cultura Económica, México.
- www.xunta.ige.es
- www.ine.es
- www.sergas.es

ANEXO I. PROCESO LEGISLATIVO SOBRE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

Norma	Publicación	Tema
Leyes Básicas sobre Sanidad		
Ley 14/1986	BOE 29 abril	Ley General de Sanidad
Ley 25/1990	BOE 22 diciembre	Ley del Medicamento
Real Decreto Ley 10/1996	BOE 18 junio 1996	
Ley 15/1997	BOE 26 abril 1997	Ley de Habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud
Ley 16/2003 de 28 de mayo	BOE 29 mayo	Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
Ley 7/2003	DOG 19 diciembre BOE 14 enero 2004	Ley de Ordenación Sanitaria de Galicia
Normativas sobre Oficinas de Farmacia en Galicia		
Real Decreto 909/1978	BOE 18 junio 1996	
Real Decreto Ley 11/1996	BOE 26 abril 1997	
Ley 16/1997		Regulación de los servicios de las oficinas de farmacia (para las autonomías que no tienen transferidas las competencias)
Real Decreto 1379/1997	BOE 1 octubre	Traspaso a Galicia de funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de ejecución de la legislación sobre productos farmacéuticos
Ley 5/1999	DOG 26 mayo	Ley de ordenación farmacéutica de Galicia
Decreto 146/2001	DOG 28 junio	Regula la planificación, apertura, traslado, cierre y transmisión de oficinas de farmacia en Galicia
Decreto 278/2002	DOG 27 septiembre	Mapa Farmacéutico y delimitación territorial para la autorización de nuevas oficinas de farmacia conforme a módulos de población
Decreto 248/2003	DOG 9 mayo	Modificación del Mapa Farmacéutico de Galicia
Sentencia 17 julio 2003	BOE 14 agosto	El Tribunal Constitucional declara nulos los artículos 23.1 y 45 b) de la Ley de Ordenación Farmacéutica de Galicia
Decreto 311/2004	DOG 31 diciembre	Sobre horarios, turnos de urgencias y vacaciones de las oficinas de farmacia
Ley 4/2005	DOG 1 abril	Modificación de la Ley de ordenación farmacéutica para recoger la sentencia del Tribunal Constitucional de 17 de julio de 2003
Orden de 13 de junio de 2005	DOG 14 junio	Inicio de oficio del procedimiento de autorización de nuevas oficinas de farmacia

Norma	Publicación	Tema
Decreto 193/2005	DOG 12 julio	Modifica el Decreto 146/2001 para recoger la sentencia del Tribunal Constitucional de 17 de julio de 2003
Normativa de regulación de los precios de los medicamentos		
Real Decreto 271/1990	BOE 2 marzo	Reorganiza la intervención de precios de las especialidades farmacéuticas de uso humano
Ley 25/1990	BOE 22 diciembre	Ley del Medicamento
Real Decreto 164/1997	BOE 8 febrero	Establece los márgenes correspondientes a los almacenes mayoristas por la distribución de especialidades farmacéuticas de uso humano.
Real Decreto 165/1997	BOE 8 febrero	Establece los márgenes correspondientes a la dispensación al público de especialidades farmacéuticas de uso humano.
Real Decreto 1328/2003	BOE 25 octubre	Modifica el RD 165/1997
Real Decreto 1035/1999	BOE 29 junio	Regulación del sistema de precios de referencia en la financiación de medicamentos con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad
Real Decreto Ley 12/1999	BOE 16 agosto	Medidas Urgentes de Contención del gasto farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud (se reduce el precio industrial máximo indicado en la Ley del Medicamento)
Real Decreto – Ley 5/2000	BOE 24 junio	Medidas Urgentes de Contención del Gasto Farmacéutico Público y Racionalización del Uso de los Medicamentos (se revisa el margen de las oficinas de farmacia y la normativa sobre publicidad de medicamentos)
Orden 13 julio 2000	BOE 25 julio	Se determinan los conjuntos homogéneos de presentaciones de especialidades farmacéuticas y se aprueban los precios de referencia
Real Decreto 2402/2004	BOE 31 diciembre	Regula las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico (reducción de los márgenes de almacenes y oficinas de farmacia)
Normativas sobre los Servicios de Farmacia de Atención Primaria en Galicia y dotación de plazas		
Real Decreto 1379/1997	BOE 1 octubre	Traspaso a Galicia de funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de ejecución de la legislación sobre productos farmacéuticos
Anuncio 23 octubre 1998	DOG 29 octubre	Convocatoria para la selección temporal de plazas de farmacéuticos de atención primaria del

Norma	Publicación	Tema
		Sergas (la lista definitiva de los 15 seleccionados se publica en el DOG 26 marzo 1999)
Anuncio 26 abril 1999	DOG 30 abril	Proceso de selección temporal de 21 plazas de farmacéuticos de atención primaria (la lista definitiva se publica en el DOG 24 enero 2000)
Ley 5/1999	DOG 26 mayo	Ley de ordenación farmacéutica de Galicia
Resol. 15 noviembre 2000	DOG 27 noviembre	
	DOG 6 febr 2001	Proceso de selección temporal de 27 plazas de farmacéutico de atención primaria
Decreto 176/2001	DOG 27 julio	Creación, apertura y funcionamiento de los servicios de farmacia y depósito de medicamentos en las estructuras de atención primaria
Orden 15 febrero 2002	DOG 25 febrero	Proceso extraordinario de consolidación de empleo para la selección y provisión de plazas (15) en la categoría de farmacéutico de atención primaria
Evaluación de Tecnologías Sanitarias		
Decreto 49/1998	DOG 18 febrero	Estructura orgánica de los servicios centrales
Decreto 128/1999	DOG 11 mayo	Modifica el Decreto 49/1998 (En el artículo 5.4: "Servicio de Desarrollo de Sistemas y Evaluación de Tecnologías Sanitarias")
Orden 18 julio 2000	DOG 11 agosto	Creación de la Comisión Asesora para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Orden 7 julio 2003	DOG 18 julio	Procedimiento de incorporación al Sergas de nuevas tecnologías
Orden 2 septiembre 2004	DOG 24 sept.	Modifica el procedimiento de incorporación al Sergas de nuevas tecnologías.

ANEXO II. TABLAS DE DATOS

Tabla 4: PIB y Gasto Sanitario de Galicia

Año	Valores			Tasa de Variación Interanual		
	PIB INE-86	PIB INE-95	Gasto Sanitario	PIB INE-86	PIB INE-95	Gasto Sanitario
1982	7.391		247	-		-
1983	8.196		274	10,9%		10,6%
1984	9.280		309	13,2%		12,8%
1985	10.123		359	9,1%		16,2%
1986	11.206		403	10,7%		12,5%
1987	12.266		448	9,5%		11,0%
1988	13.684		537	11,6%		20,0%
1989	15.279		660	11,6%		22,8%
1990	16.612		807	8,7%		22,2%
1991	18.078		906	8,8%		12,3%
1992	19.547		1.083	8,1%		19,6%
1993	20.214		1.205	3,4%		11,3%
1994	21.274		1.249	5,2%		3,7%
1995	23.147	24.566	1.394	8,8%	-	11,6%
1996	24.462	25.857	1.547	5,7%	5,3%	11,0%
1997		27.342	1.651		5,7%	6,7%
1998		28.966	1.758		5,9%	6,5%
1999		30.910	1.885		6,7%	7,2%
2000		32.899	1.989		6,4%	5,5%
2001		34.814	2.147		5,8%	8,0%
2002		37.137	2.208		6,7%	2,9%
2003		39.683	2.439		6,9%	10,4%
Crecimiento medio anual 1983-2003				9,0%	6,2%	11,7%
Crecimiento medio anual 1993-2003				5,8%	6,2%	7,7%

Datos en millones de euros a precios corrientes

Fuente: Elaboración propia a partir del INE (PIB base 1986 y base 1995, series no enlazadas) y SERGAS

Tabla 5: Evolución de los gastos del Presupuesto Sanitario de Galicia

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Total	1.205,2	1.249,5	1.393,9	1.546,6	1.650,6	1.757,7	1.884,9	1.988,7	2.146,9	2.208,1	2.438,7
Costes de Personal	-	606,7	642,8	728,0	762,9	781,9	808,7	844,6	898,7	946,6	991,7
Prestación Farmacéutica	-	-	-	383,1	431,9	488,6	548,9	599,0	651,7	714,5	793,9
Atención Primaria	241,2	266,3	298,4	332,3	369,2	415,9	466,2	500,9	546,3	595,4	656,6
Atención Especializada	-	-	-	50,8	62,7	72,6	82,7	98,0	105,4	119,1	137,3
Otros Costes	963,9	376,4	452,7	435,4	455,7	487,2	527,2	545,1	596,4	547,0	653,1

Datos en millones de euros a precios corrientes

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias anuales del SERGAS

Tabla 6: Tasa de Variación Interanual por componentes

	Gasto Total	Gastos de Personal	Prestación Farmacéutica			Otros Costes
			Total	At Primaria	At. Especializ.	
1991	12,3%	-	-	17,8%	-	-
1992	19,6%	-	-	15,4%	-	-
1993	11,3%	-	-	10,7%	-	-
1994	3,7%	-	-	10,4%	-	-
1995	11,6%	5,9%	-	12,0%	-	20,3%
1996	11,0%	13,3%	-	11,4%	-	-3,8%
1997	6,7%	4,8%	12,7%	11,1%	23,6%	4,7%
1998	6,5%	2,5%	13,1%	12,7%	15,8%	6,9%
1999	7,2%	3,4%	12,4%	12,1%	13,9%	8,2%
2000	5,5%	4,4%	9,1%	7,4%	18,5%	3,4%
2001	8,0%	6,4%	8,8%	9,1%	7,5%	9,4%
2002	2,9%	5,3%	9,6%	9,0%	13,0%	-8,3%
2003	10,4%	4,8%	11,1%	10,3%	15,3%	19,4%
Crecimiento medio desde:						
1991	9,0%	-	-	11,5%	-	-
1995	7,8%	5,7%	-	10,6%	-	2,9%
1997	6,7%	4,5%	11,0%	10,2%	15,4%	6,2%

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias anuales del SERGAS

Tabla 7: Peso de las principales componentes del Gasto Sanitario (Galicia)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Costes de Personal	-	48,6%	46,1%	47,1%	46,2%	44,5%	42,9%	42,5%	41,9%	42,9%	40,7%
Prestación Farmacéutica	-	-	-	24,8%	26,2%	27,8%	29,1%	30,1%	30,4%	32,4%	32,6%
Atención Primaria	20,0%	21,3%	21,4%	21,5%	22,4%	23,7%	24,7%	25,2%	25,4%	27,0%	26,9%
Atención Especializada	-	-	-	3,3%	3,8%	4,1%	4,4%	4,9%	4,9%	5,4%	5,6%
Otros Costes	-	30,1%	32,5%	28,2%	27,6%	27,7%	28,0%	27,4%	27,8%	24,8%	26,8%

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias anuales del SERGAS