

El "despilfarro farmacéutico" español, un mito sin fundamento

JUAN SIMÓ. MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD ALTABIX (ELCHE). PLATAFORMA 10 MINUTOS.

JUAN GERVÁS. MÉDICO GENERAL DE CANENCIA DE LA SIERRA (MADRID). EQUIPO CESCA.

Estado de opinión: el gasto farmacéutico español, un «despilfarro»

Durante los últimos años, el gasto farmacéutico público en España ha sido considerado excesivamente elevado y, por ello, ha sido objeto de múltiples medidas de contención. Medidas que no han supuesto mejoras relevantes en la eficiencia de este gasto más allá de simples (o supuestas) contenciones de costes que en el mejor de los casos se desvanecen al cabo de poco tiempo (1-4). Esta apreciación acerca de nuestro gasto farmacéutico llega también a las páginas de opinión de la prensa general y económica en las que se le califica de un «despilfarro» (5, 6) cuya responsabilidad se atribuye al médico. La imperante culpabilización del médico de familia como gran responsable de los supuestos excesos en el gasto farmacéutico ya ha sido señalada (7). Y se le culpa sin tener en cuenta que cerca del 35 por ciento de las prescripciones del médico de familia no son tales sino meras transcripciones a la receta oficial de prescripciones efectuadas por otros especialistas (8). Es

En este artículo se desarrolla el contenido de una ponencia presentada por uno de los autores (JS) en las XXVI Jornadas de Debate sobre la Sanidad Pública organizadas por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, celebradas en Cáceres los días 16 y 17 de noviembre de 2007.



muy probable que parte de la prescripción farmacéutica del médico de familia español, como por ejemplo en antibióticos (9), sea inapropiada o inadecuada de la misma forma que lo puede ser parte de las indicaciones de, por ejemplo, pruebas diagnósticas o terapéuticas de alta (y no tan alta) tecnología (10). Y es seguro que la inadecuación tanto en la prescripción farmacéutica como en la indicación de pruebas conlleva iatrogenia e ineficiencias (11). Sin embargo, no debemos deslizarnos desde la inadecuación en la prescripción hasta la culpabilización del médico de familia en un supuesto, desde el análisis objetivo de los datos no real, excesivo gasto farmacéutico español. Así, y sin demasiados reparos ni apoyo bibliográfico, se afirma que nuestro gasto farmacéutico per capita es elevado (12) y se apunta directamente al nivel de prescripción como responsable de la supuesta desproporción del gasto farmacéutico español cuando se compara éste con el de los países de nuestro entorno (12, 13). Sin embargo, el gasto farmacéutico per capita en España, como ya se ha referido (14, 15), no es de los más elevados de la Europa desarrollada.

Gasto farmacéutico como parte del gasto sanitario: ¿indicador de «despilfarro»?

El gasto farmacéutico como proporción del sa-

nitario total es un indicador que siempre ha preocupado mucho a nuestros gestores-políticos al comparar España con la Europa desarrollada. Y ha sido este, precisamente, el indicador sobre el que se ha apoyado el supuesto «despilfarro farmacéutico». Se trata de un indicador para el que es difícil establecer un valor adecuado u óptimo, y su presentación se aconseja asociada a la del gasto farmacéutico per cápita pues la magnitud del denominador varía mucho entre países (16). España contribuye a esa variabilidad pues muestra un gasto no farmacéutico per cápita (tanto público como total) muy por debajo de los respectivos promedios europeos. La diferencia es especialmente notable en el gasto sanitario público no farmacéutico per cápita español: 35 puntos porcentuales inferior al promedio europeo y 19 puntos por debajo de nuestra renta (17). Pero, efectivamente, expresado como parte del gasto sanitario, o como parte del PIB, España muestra un gasto farmacéutico (tanto público como total) sensiblemente por encima del promedio de los países de nuestro entorno. Es preciso reconocer definitivamente que el hecho de que la participación del gasto farmacéutico dentro del gasto total pueda ser mayor o menor sólo indica que existe una pluralidad de maneras de combinar recursos asistenciales cuyo último fin es mejorar la salud de la población (15). La participación relativa de uno de ellos (medicamentos) dependerá de la de los demás (gasto de personal, administrativo, en tecnología, infraestructuras, etc.). Así, si para el próximo año aumentara, por ejemplo, un 20 por ciento el gasto de personal en nuestra Sanidad pública contratando a nuevos profesionales o bien aumentando el sueldo de los actuales, el gasto en farmacia, al expresarlo como proporción del gasto sanitario total, se vería sustancialmente reducido. Recordemos que tenemos los profesionales peor pagados de la Europa desarrollada (18); que la proporción de médicos de familia entre los médicos en activo en nuestra Sanidad pública (35 por ciento) es de las más bajas entre los países más desarrollados y alejada de lo recomendable (50 por ciento) (19), y que la proporción de población activa empleada en el sector salud (5 por ciento) es también de las más bajas entre los países comunitarios (media: 10 por ciento) (20).

En términos cuantitativos, nuestro gasto farmacéutico en relación con Europa no es "despilfarro" sino adecuado a nuestro nivel de renta, envejecimiento, gasto sanitario público no farmacéutico y co-pago farmacéutico

Gasto farmacéutico, un insumo más

Lo que en realidad debe importar a la política pública no es el gasto elevado en un determinado input (los medicamentos) sino la productividad conjunta de los recursos utilizados (1): ¿es adecuada la combinación tiempo de visita/medicamentos en nuestra Atención Primaria? ¿Es adecuada la proporción médicos de familia/médicos especialistas en el sistema sanitario español? No debemos olvidar el carácter sustitutivo del medicamento en relación al uso de otros bienes o servicios sanitarios. El carácter sustitutivo puede surgir, de forma poco eficiente y útil, cuando el medicamento sustituye al tiempo o a la interacción personal con el paciente. También surge, más adecuadamente, cuando la acción del medicamento sustituye, eficiente y útilmente, la utilización de recursos asistenciales más o menos intensivos. Un buen ejemplo de esto último lo constituye la infección por *H. pylori* cuyo tratamiento ha desplazado prácticamente la estancia quirúrgica (1). Sabemos que el consumo de un bien puede variar en función de la posibilidad de optar (renta disponible) a otros bienes (bienes sustitutivos). En realidad, el gasto farmacéutico supone un insumo más en las políticas de producción de salud, y su complementariedad o sustituibilidad con otros insumos, y efectos cruzados en general, obligan a un tratamiento de racionalización conjunto (21).

Renta y gasto sanitario (y farmacéutico) entre los países europeos desarrollados

Las investigaciones en servicios sanitarios han puesto de manifiesto que la renta (PIB per cápita) es la variable con mayor poder explicatorio de las diferencias

Los españoles nos encontramos entre los europeos que menos participamos de forma directa en la financiación del gasto farmacéutico público

encontradas en el gasto sanitario total per cápita entre los países (22,23). A partir de los datos contenidos en la base Health Data de la OCDE (24) se puede comprobar como entre los 22 países europeos de la OCDE, y durante los últimos 20 años del siglo XX y primeros del XXI, la renta se correlaciona positiva, fuerte y significativamente con el gasto sanitario total per cápita y con el gasto sanitario público per cápita, con coeficientes de correlación (r) que, según el año analizado, oscilan entre 0,84 y 0,94. Sin embargo, la correlación positiva y moderada que con la renta mantenía el gasto farmacéutico per cápita a principios de los 80 ha ido reduciéndose hasta prácticamente desaparecer a principios de la primera década del presente siglo. Entre los 15 países de la UE también ha ocurrido lo mismo. Por otro lado, tanto entre los 22 países europeos de la OCDE como entre los 15 de la UE, la correlación negativamente moderada entre la renta y el gasto farmacéutico como proporción del gasto sanitario total (también con el gasto farmacéutico como parte del PIB) ha ido incrementándose con el paso de los años para, a partir de los años 90, mantenerse fuertemente negativa y significativa con coeficientes de correlación (r) alrededor de -0,70¹. Estos datos apuntarían a que, entre los países europeos más desarrollados, el gasto farmacéutico se comportaría como bien de primera necesidad, algo a considerar por los responsables de la política pública en Sanidad a la hora de tomar decisiones únicamente encaminadas a “controlar” (reducir) dicho gasto de forma unilateral sin tomar en cuenta otros inputs sanitarios (25). Por lo

¹Idéntica evolución ha seguido la relación entre renta y gasto farmacéutico público como parte del sanitario público y como parte del PIB, tanto entre los 22 países europeos de la OCDE como entre los 15 de la UE, entre 1980 y 2002.

tanto, y a la vista de los datos, un país no rico como España² es esperable que presente un gasto farmacéutico expresado como parte del sanitario total o como parte del PIB mayor que el que muestran otros países europeos más ricos. Es injusto, además de una estupidez, acusar a médicos y pacientes de un supuesto despilfarro en el gasto farmacéutico español apoyándose en su magnitud expresada como parte de gasto sanitario total o del PIB.

Renta y gasto sanitario (y farmacéutico) entre las Comunidades Autónomas españolas

Al igual que ocurre entre los países de la Europa desarrollada, el gasto farmacéutico total como parte del sanitario y como parte del PIB muestra, entre las Comunidades Autónomas (CC.AA.), una correlación intensamente negativa con la renta ($r = -0,77$ y $r = -0,96$, respectivamente) (17)³. Además, el gasto farmacéutico público per cápita se correlaciona intensa y negativamente con la renta de las regiones ($r = -0,62$), mientras que el gasto sanitario público per cápita y, especialmente, el sanitario no farmacéutico per cápita, muestran una correlación moderada pero positiva con la renta ($r = 0,22$ y $r = 0,37$, respectivamente) (17). Curiosamente, no son ni las CC.AA. más ricas ni las que más gastan en Sanidad pública las que muestran un mayor gasto farmacéutico público per cápita, sino las menos ricas y más envejecidas (17). La correlación tan negativa y significativa entre nivel de renta y gasto farmacéutico público per cápita no se puede explicar tan sólo por un menor envejecimiento de las regiones más ricas pues, aunque la correlación entre renta y envejecimiento es negativa, también es débil ($r = -0,17$). Por otro lado, la ausencia de correlación ($r = 0,08$) entre gasto farmacéutico privado per cápita y renta descarta la hipótesis de un mayor gasto per cápita privado en medicamentos en las regiones más ricas como explicación de su menor gasto farmacéutico público per cápita (17).

²Nuestra renta per cápita en 2005 era un 85 por ciento de la renta media de la Europa de la OCDE ($n=22$), un 87 por ciento de la UE ($n=15$) y un 95 por ciento de la UE ($n=25$).

³Similar relación con la renta muestra entre las CC.AA. el gasto farmacéutico público como parte del sanitario público y como parte del PIB.

Gasto farmacéutico y sanitario no farmacéutico, comportamiento divergente según renta y sustitución

Entre los países europeos más desarrollados, el gasto farmacéutico sigue un patrón de relación con la renta que diverge de forma importante (tanto cuantitativa como cualitativamente) del patrón que sigue el resto del gasto sanitario (17). Así, a mayor renta de los países, el gasto farmacéutico representa una menor parte de su riqueza y de su gasto sanitario, mientras que el gasto sanitario no farmacéutico representa una mayor parte tanto de su gasto sanitario como de su PIB⁴. Incluso en términos per cápita la divergencia es notable (17). Además, se descubre una relación positiva entre gasto farmacéutico per cápita y envejecimiento⁵ que apenas muestra el gasto no farmacéutico per cápita (17). Esta relación también debería considerarse a la hora de enjuiciar nuestro gasto farmacéutico en comparación con el de los países de nuestro entorno socioeconómico pues España es una de las naciones más envejecidas de Europa. En la interpretación de estos resultados conviene recordar de nuevo el carácter sustitutivo del medicamento en relación con otros bienes o servicios sanitarios, así como la productividad conjunta de los recursos sanitarios utilizados (1,21). Considerando esto, bien pudiera ocurrir que los países de mayor renta, al disponer de más recursos, pudieran optar a mejores/mayores bienes (más tiempo para la atención al paciente, menos tiempo de espera para consultas e intervenciones, mayor acceso a determinadas tecnologías diagnósticas o terapéuticas, mayor disponibilidad de recursos humanos, etc.) y el recurso medicamento fuera, en parte, sustituido por éstos. En el ámbito de las CC.AA. también es destacable la divergencia entre gasto farmacéutico y sanitario no farmacéutico, tanto en el ámbito público, en el privado y en el total (público+privado). En el ámbito público, y como parece sugerir la relación negativa entre los gastos per cápita farmacéutico y sanitario no farmacéutico ($r = -0,25$) entre CC.AA., podría ocurrir que se sustituyera el gasto farmacéutico por gasto sanitario no farmacéutico, especialmente en las regiones más ricas (17).

⁴Esta relación con la renta de los gastos farmacéutico y sanitario no farmacéutico ocurre tanto con el gasto público como con el privado y con el total (público+privado).

⁵Entiéndase por "envejecimiento" la proporción de población de 65 o más años.



Cómo acabar con el «despilfarro farmacéutico»

No cabe duda de que una mayor inversión pública en Sanidad ayudaría bastante a que nuestro gasto farmacéutico como parte de sanitario (y del PIB) se acercara al promedio europeo. La mayor parte de la infra-inversión española en Sanidad pública respecto a la Europa desarrollada la está padeciendo nuestra Atención Primaria (26). Si nuestro gasto público en Atención Primaria estuviera tan cerca de Europa como lo está el hospitalario, nuestro gasto farmacéutico como porcentaje del sanitario público no destacaría por encima de la media europea y desaparecería irremisiblemente el mito del «despilfarro farmacéutico» español. Nuestro gasto farmacéutico total (público y privado) se ha mantenido desde 1980 en el promedio de los 22 países europeos de la OCDE (26). Sin embargo, nuestro gasto farmacéutico público per cápita, en la media europea hasta 1995, supera desde entonces la misma y se sitúa, según años, entre un 12 y un 26 por ciento por encima de ella (27). Por el contrario, su homónimo privado es, desde 1995, entre un 16 y un 21 por ciento inferior al promedio europeo (27). El mayor envejecimiento de nuestro país⁶ podría no ser suficiente para explicar completamente que nuestro gasto farmacéutico público per cápita se sitúe, desde 1995, entre un 12 y un 26 por ciento por encima del promedio europeo. A ello podría contribuir, además del envejecimiento, el hecho de que los españoles nos encontremos entre los europeos que menos participamos de forma directa

⁶España supera en un 8 por ciento el promedio de los 22 países europeos de la OCDE en cuanto a la proporción de población con 65 o más años.

Si nuestro gasto público en A.P. estuviera tan cerca de Europa como lo está el hospitalario, nuestro gasto farmacéutico como porcentaje del sanitario público no destacaría por encima de la media europea

(co-pago) en la financiación del gasto farmacéutico público (28). Esta parte de contribución directa a la factura del gasto farmacéutico público ha ido descendiendo progresivamente durante las últimas décadas desde una proporción del 20 por ciento en 1980 (28) hasta el 6 por ciento en 2006 (29), muy lejos del promedio europeo situado en el 15 por ciento (30). Un co-pago que, por otro lado, no se distribuye de manera uniforme entre toda la población de activos, pues se detectan concentraciones de co-pago en pequeños porcentajes de población de forma más probablemente relacionada con la prevalencia de enfermedad que con la capacidad económica de los individuos o de las unidades familiares (31, 32). Por lo tanto, cabe contemplar la posibilidad de establecer un mayor (por más amplio) co-pago en el ámbito público del gasto farmacéutico de forma que la gran mayoría de los españoles contribuyeran, en mayor o menor medida, a financiar directamente parte del mismo sin que se produjera esa concentración inequitativa del co-pago actual (27). A tal efecto, se han lanzado razonadas y razonables propuestas (33). La situación respecto a Europa de nuestro gasto farmacéutico privado permite cierto margen para el incremento. Incremento que es preferible se produzca por la aplicación de un más amplio co-pago que por la exclusión de la financiación pública de determinados fármacos efectivos y útiles (bupropion, sildenafil, levonorgestrel, etc.). La no financiación pública de estos últimos significa, nada más y nada menos, que su co-pago es del 100 por ciento para todos (ricos, pobres, sanos y enfermos). Si nuestro co-pago actual pasara del 6% de 2006 hasta el 20 por ciento de 1980, nuestro gasto farmacéutico como porcentaje del sanitario público no destacaría por encima de la media europea.

El «despilfarro farmacéutico», un diagnóstico equivocado

El diagnóstico, pues, ha sido equivocado (y por tanto las diferentes terapias): no es que, comparados con Europa, gastemos «demasiado» en medicamentos, sino que gastamos «demasiado poco» en Atención Primaria y tenemos «demasiado poco» co-pago farmacéutico; todo ello, naturalmente, en relación con la Europa desarrollada. Pero, además de una mayor inversión en Atención Primaria y una modificación de nuestro actual sistema de co-pago que lo hiciera más eficaz y menos inequitativo, ayudaría también a “controlar” el gasto farmacéutico la revisión de los criterios de inclusión de los fármacos en la financiación pública, de modo que sólo se financien aquellos que aporten mejoras terapéuticas sustanciales, respecto a los ya incluidos, aplicando criterios de coste-efectividad o coste-utilidad. No en vano, la principal razón para el continuo incremento de este gasto y del fracaso de las medidas de contención es la introducción de nuevos fármacos, más caros, que no ofrecen ventajas terapéuticas reales frente a los ya existentes en el mercado (21, 34). Todo lo referido ayuda a concluir que, en términos cuantitativos, nuestro gasto farmacéutico en relación con Europa no es “despilfarro” sino adecuado a nuestro nivel de renta y envejecimiento (el farmacéutico total) y adecuado a nuestro nivel de renta, envejecimiento, gasto sanitario público no farmacéutico y co-pago farmacéutico (el farmacéutico público).

Bibliografía

1. Artells Herrero JJ. La gestión de la prestación farmacéutica. Foro de Debate. Medicamento, práctica clínica y política sanitaria. Santiago de Compostela, 14-15 marzo de 2002. URL disponible en http://www.fundsis.org/home_actividades.htm
2. Diario Médico [en línea]. El gasto farmacéutico un problema de todos. URL disponible en <http://diariomedicovd.recoletos.es/sanidad/san150500comtris.html>
3. Un nuevo traje para el gasto farmacéutico. *Jano* 2000; 58: 7.
4. de Marino MA, Marqués JM, Velasco A. Impact of selective financing of drugs on pharmaceutical expenditure control in the province of Valladolid, Spain. *Pharmacoconomics* 1996; 10: 269-280.
5. Pomés J. El despilfarro farmacéutico. *EXPANSIÓN*, 7 de junio de 2003, pág. 55.
6. Despilfarro farmacéutico [Editorial]. *EL PAÍS*, 27 de enero de 2003.
7. Seguí Díaz M. Unas reflexiones sobre el gasto farmacéutico. *Semergen* 1998; 24: 236-238.

8. Baos V. La calidad en la prescripción de medicamentos. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1999; 23: 45-54.

9. Caminal J, Rovira J, Segura A. Estudio de idoneidad de la prescripción del tratamiento antibiótico en Atención Primaria y de los costes derivados de la no adecuación. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Catalunya, 1999.

10. Rodríguez Recio FJ, Sanz JC, Peiró S, Vega S. Utilización inapropiada de la resonancia magnética lumbar en un área de salud. *Radiología* 1999; 41: 553-556.

11. Meneu R. Los costes de las actuaciones sanitarias inadecuadas. *Formación Médica Continuada* 2000; 7: 378-385.

12. Ribas E, Portella E. Optimizar los recursos y la gestión de los servicios sanitarios. En: Álvarez-Dardet C, Peiró S, Editores. Informe SESPAS 2000. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000. p. 357-361.

13. Matesanz R. Situación actual y perspectivas de la Atención Primaria en el ámbito del Insalud. *El Médico. Anuario de la Atención Primaria en España*, 1996: 15-21.

14. Puig-Junoy J. Análisis económico de la financiación pública de medicamentos. Barcelona: MASSON, S.A.; 2002.

15. Puig-Junoy J. Por una política del medicamento integrada y de calidad. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 2001; 3: 3-4.

16. EURO-MED-STAT – The Library of European Union Pharmaceutical Indicators: Expenditure and Utilisation Indicators. Final version, March 2004. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_12_3_en.pdf

17. Simó J, Gervas J. Gasto farmacéutico en España y en Europa (1995-2002): el “despilfarro” español, un mito sin fundamento. *Rev Adm Sanit* 2007; 5: 1-15.

18. La retribución del médico español muy por debajo de la del europeo. *OMC Periódico del Consejo General de Colegios Médicos de España*. n° 81, junio 2002, p 13-19.

19. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson SA; 2000.

20. Employment in Europe 2002. Recent trends and prospects. European Commission. Directorate General for Employment and Social Affairs. Disponible en formato PDF en http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/sep/1034258224_en.html

21. Puig-Junoy J, López Casasnovas G. Análisis económico de la aplicación de precios de referencia en la financiación pública de medicamentos: ventajas, limitaciones e impacto esperado en España. Informe Técnico n° 1. *Boletín Economía y Salud*, AES, 1999, n° 32, pag 2-8.

22. Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF. Cross-national comparisons of health systems using OECD Data, 1999. *Health Aff (Millwood)* 2002; 21: 169-181.

23. Huber M. Health expenditure trends in OECD countries, 1970-1997. *Health Care Financ Rev* 1999; 21: 99-117.

24. Organization for Economic Cooperation and Develop-



ment: OECD Health Data 2004. A comparative analysis of 30 countries. CD ROM and User's Guide, Paris 2004.

25. Simó Miñana J, De Pablo González R, Ramos Maestre MJ, Gaztambide Ganuza M. ¿Gastamos demasiado en medicamentos?: El gasto farmacéutico, un bien de primera necesidad entre los países europeos. *Aten Primaria* 2004; 33: 244-253.

26. Simó Miñana J, Gervas Camacho J, Seguí Díaz M, De Pablo González R, Domínguez Velázquez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. *La Atención Primaria española, Centenaria europea. Aten. Primaria* 2004; 34: 472-481.

27. Simó J. ¿Cabe aumentar la contribución directa (copago) de los españoles a la financiación de la factura del gasto farmacéutico público? *Salud* 2000 2005; 100: 8-11.

28. Larruga Riera J. El sector farmacéutico. Medicamentos y ordenación farmacéutica. En: Informe SESPAS 2002, Invertir en salud, prioridades en salud pública. Cabasés JM, Villalbó JR y Aibar C, editores. Valencia, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES); 2002, págs 257- 275.

29. Indicadores de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud a través de receta. Año 2006. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2007; 31 (3): 104.

30. Principales indicadores del gasto sanitario y farmacéutico en la Unión Europea y otros países en 2001. *La industria farmacéutica en cifras*, 2004. p142. *Farmaindustria*. Disponible en: [http://www.farmaindustria.es/farmaweb/i23f12c1prod.nsf/50DE20A69F2EF9D8C1256F3B0046F8F0/\\$FILE/132_147.pdf](http://www.farmaindustria.es/farmaweb/i23f12c1prod.nsf/50DE20A69F2EF9D8C1256F3B0046F8F0/$FILE/132_147.pdf)

31. Ibern P. Copago farmacéutico: nivel de concentración en pocos usuarios y diseño de alternativas. En: López Casasnovas G, Callau Puente J (coord.). Necesidad sanitaria, demanda y utilización. XIX Jornadas Economía de la Salud, Zaragoza 2-4 de junio de 1999. *AES* 1999; p. 409-410.

32. Ibern P, Inoriza JM, Coderch J. El gasto farmacéutico según morbilidad: una aplicación de los Clinical Risk Groups. XXIV Jornadas de Economía de la Salud, Junio 2004. Disponible en: http://www.fgcasa.org/aes/docs/pere_ibert.pdf

33. Puig Junoy J. La contribución del usuario en la financiación de los medicamentos: elementos para un debate (informado). *Gestión Clínica y Sanitaria* 2004; 6: 133-140.

34. López Bastida J, Mossialos E. Pharmaceutical expenditure in Spain: cost and control. *Int J Health Serv* 2000;30(3): 597-616.