

Impacto potencial de medidas de minimización de costes en la prestación farmacéutica de la provincia de Toledo

J.J. Criado-Álvarez^{a,b}, G. Rodríguez Caravaca^c, J. Gonseth^a y C. Romo Barrientos^a

Objetivo. Analizar el ahorro potencial en el gasto farmacéutico que supondría la utilización de especialidades farmacéuticas equivalentes y de menor precio en los principales grupos de gasto farmacéutico en 1998.

Diseño. Estudio farmacoeconómico de utilización de medicamentos y un análisis farmacoeconómico de minimización de costes.

Emplazamiento. Atención primaria de la provincia de Toledo.

Participantes. Prescripciones con receta médica oficial de los grupos farmacéuticos de mayor gasto durante 1998 (antiúlcera péptica, hipolipemiantes, antagonistas del calcio, hipotensores, vasodilatadores periféricos, macrólidos, antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos, antidepresivos y broncodilatadores).

Mediciones principales. Cálculo de consumo mediante dosis diarias definidas, coste de tratamiento al día y ahorro potencial.

Resultados. El ahorro potencial en 1998 en la provincia de Toledo es de 8.444.220 millones de euros, lo que supone el 25% del importe total del gasto farmacéutico. El omeprazol, la ranitidina y el enalapril, con el 44,65, el 46,02 y el 32,84% de variación entre lo prescrito y la alternativa más barata, son las especialidades con un mayor potencial de ahorro.

Conclusiones. La alternativa de prescribir especialidades farmacéuticas equivalentes y de menor precio tiene un gran potencial de ahorro.

Palabras clave: Atención primaria. Prestación farmacéutica. Minimización de costes. Ahorro potencial.

POTENTIAL IMPACT OF MEASURES TO MINIMISE COSTS OF PHARMACEUTICAL PROVISION IN THE PROVINCE OF TOLEDO

Objective. To analyze the potential saving in the pharmaceutical cost that would suppose the use of equivalent pharmaceutical specialties and smaller price, in the main groups of pharmaceutical cost in 1998.

Design. Pharmacoepidemiologic study of drug utilization and a pharmacoeconomic analysis of minimisation costs.

Location. Primary care of the province of Toledo.

Participants. Prescriptions with official medical prescription of the pharmaceutical groups of greater cost during 1998 (peptic antiulcer, hypolipemiantes, antagonists of calcium, hypotensors, peripheral vasodilators, macrolids, nonsteroidal antiinflammatories and antirheumatics, antidepressants and bronchodilators).

Main measurements. Calculation of consumption by means of defined daily doses, cost of treatment to the day and potential saving.

Results. The potential saving in 1998 in the province of Toledo was 1405 million pesetas, which supposes 25% of the total amount of the pharmaceutical cost. Omeprazol, ranitidin and enalapril with 44.65, 46.02 and 32.84% of variation between prescribed and the cheapest alternative, were the specialties with a greater potential of saving.

Conclusions. The alternative to prescribe equivalent pharmaceutical specialties and of smaller price has a great potential of saving.

Key words: Primary care. Drug prescription. Cost minimisation. Potential saving.

^aInstituto de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad. Talavera de la Reina (Toledo). España.

^bCentro de Estudios Universitarios de Talavera de la Reina. Universidad de Castilla-La Mancha. Toledo. España.

^cUnidad de Medicina Preventiva. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid). Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos I. Madrid. España.

Correspondencia:
Dr. Juan José Criado Álvarez.
Sección de Epidemiología
Enfermedades No Transmisibles.
Instituto de Ciencias de la Salud de
Castilla-La Mancha. Consejería de
Sanidad.
Ctra. de Extremadura, Km 114.
45600 Talavera de la Reina
(Toledo). España.
Correo electrónico:
jjcriado@jccm.es

Manuscrito recibido el 2 de junio
de 2003.
Manuscrito aceptado para su
publicación el 23 de julio de 2003.

Introducción

La prescripción farmacéutica es un acto libre y responsable del médico que conduce a la administración de medicamentos. Esta prescripción ocupa uno de los lugares más destacados entre los diversos actos médicos, lo que ha llevado a profesionales y pacientes a una cierta «farmacoidolatría»¹⁻³. La prestación farmacéutica supone un 25% del gasto total en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS) y el 1% del Producto Interior Bruto. En el período 1995-1997, las cantidades presupuestadas en el Insalud para gasto en medicamentos y productos sanitarios se acercó al gasto real, pero en el año 1998 hubo un desfase alcista del 9,7%, y el fenómeno se ha repetido en 1999 en un 11,2%^{4,5}. Dadas las magnitudes de estas cifras, se comprende que el coste del consumo de medicamentos sea una preocupación de gestores sanitarios, políticos y la sociedad en general. Desde los años noventa se han empezado a adoptar medidas para intentar detener la tendencia alcista del gasto^{2,6-8}. La causa del crecimiento del gasto no es sólo el aumento del consumo de medicamentos sino, fundamentalmente, el aumento del precio medio de las recetas. En el período 1989-1996, el número de recetas prescritas creció un 14,4%, mientras que el importe en el precio de venta al público (PVP) medio por receta lo hizo en un 89,5%^{3,4,7}. En este trabajo se analizan las diferencias en el coste de los tratamientos de varios grupos terapéuticos de mayor consumo, estimándose el ahorro potencial que supondría la utilización de la especialidad farmacéutica (EF) con menor coste en la atención primaria de la provincia de Toledo.

Material y métodos

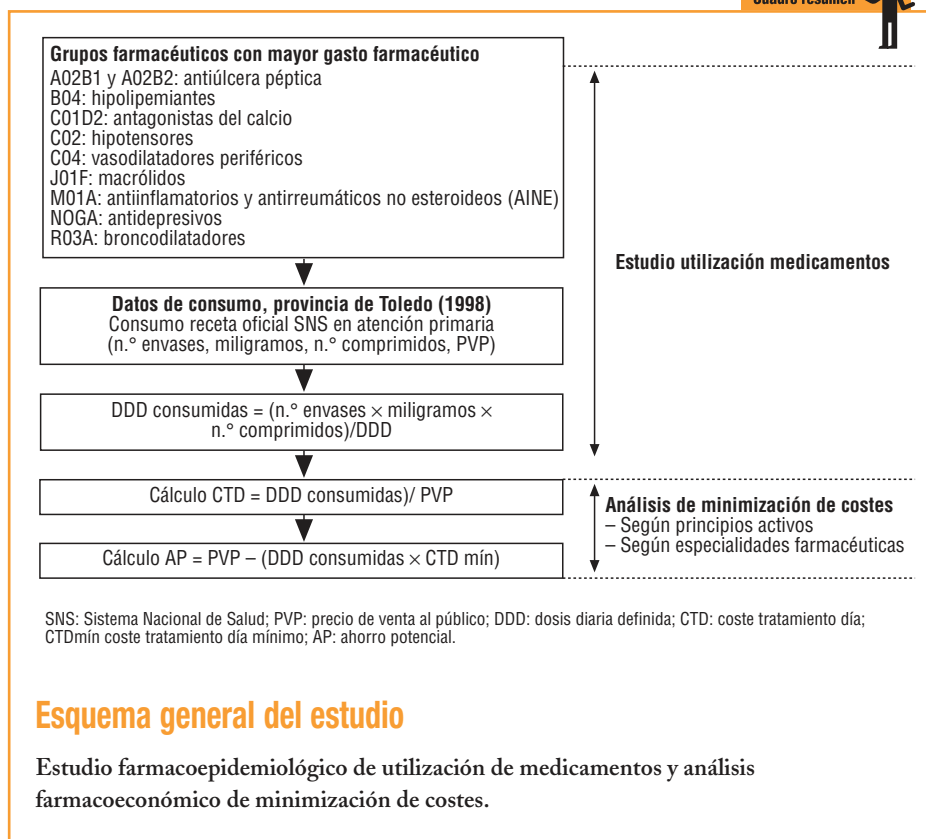
Se ha realizado un estudio farmacoeconómico de utilización de medicamentos y un análisis farmacoeconómico de minimización de costes⁹⁻¹². Los datos de prescripción utilizados han sido ofrecidos por la Subdirección General de Planificación Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo para el año 1998 en toda la provincia de Toledo y dispensados mediante la receta oficial del SNS. Estos datos ofrecen el número de envases vendidos y el importe de cada una de las diferentes EF en PVP. Se han utilizado los 10 grupos de mayor gasto farmacéutico, que supusieron el 44% de

éste en 1997^{13,14}. Se trata, en general, de tratamientos crónicos y de larga duración que han sido recogidos mediante la Clasificación Anatómica de Medicamentos Oficial de España (A02B: antiúlceras pépticas; B04: hipolipemiantes; C01D2: antagonistas del calcio; C02: hipotensores; C04: vasodilatadores periféricos; J01F: macrólidos; M01A: antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos (AINE); N06A: antidepresivos; R03A: broncodilatadores)¹⁵. Además de estos grupos se han analizado en mayor profundidad y detalle los principios activos con un mayor uso y gasto^{13,14}.

Se han utilizado para el análisis las dosis diarias definidas (DDD). El cálculo de las DDD consumidas se obtiene del total de principio activo prescrito en el período de 1998 (número de envases × número de comprimidos × número de miligramos) dividido por la DDD estándar^{9,16}.

El coste de tratamiento al día (CTD) es el importe en PVP en euros (€) de una DDD. Para cada presentación, definida como el conjunto de EF con el mismo principio activo, dosificación, número de unidades posológicas y vía de administración, se ha calculado el CTD mínimo (CTD_{mín}) y CTD máximo (CTD_{máx}). También se han calculado estos CTD para el conjunto de EF con el mismo principio activo y se han estandarizado mediante las DDD correspondientes a cada una de las presentaciones y vías de administración. El ahorro potencial (AP) se calcula: $AP = PVP - (\text{número DDD} \times \text{CTD}_{\text{mín}})$ ¹³.

Material y métodos Cuadro resumen



Resultados

El consumo total para los grupos terapéuticos considerados en la provincia de Toledo en 1998 supuso casi 37 millones de euros (6.200 millones de ptas.) mediante la venta de casi 2 millones y medio de envases (tabla 1). Los grupos de los que más envases se han vendido son los AINE (M01A1) y el C02E (inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina [IECA]), que suponen un 20 y un 11%, respectivamente. Los que más gasto farmacéutico han generado son el C02E (IECA) con un 13,5%, y el A02B2 (antiulcerosos inhibidores de la bomba de protones), que con el 6,77% de los envases vendidos suponen el 12,11% del gasto farmacéutico. Los principios activos estudiados de los subgrupos seleccionados han supuesto 2 millones de envases, con un importe de 34,5 millones de euros (5.700 millones de ptas.; tabla 2 y versión completa en el anexo 1 disponible en Internet). El ahorro pontencial obtenido si se hubiese consumido el principio activo más barato o con el CTDmín, es decir, aplicando medidas de minimización de costes en los 20 principios activos de más gasto, es de 5.783.041 euros (1.400 millones de ptas.), lo que supone el 25% del importe total del gasto farmacéutico (ta-

bla 2). En cuanto al potencial de ahorro o porcentaje de variación (% VAR) entre el importe del gasto farmacéutico y el ahorro potencial, estos tres principios activos, omeprazol, ranitidina y enalapril, suponen el 48,68, el 46,02 y el 28,91%, respectivamente. Los principios activos con un mayor porcentaje de variación y, por tanto, de capacidad de ahorro han sido fenofibrato (99,8%), ketoprofeno (80,58%) y ergocristina (67,6%). Sin embargo, suponen menos del 1% del total de envases vendidos y del gasto farmacéutico. Los principios activos con un ahorro nulo han sido aquellos con escaso número de EF o de reciente incorporación al mercado farmacéutico (nedocromilo, fosinopril con tiazidas, espirapril, lercanidipino y acemetacina). El análisis de minimización de costes por EF más vendidas se expone en el anexo 2 (disponible en la versión de Internet) con los CTDmín y CTDmáx, los costes reales producidos y el ahorro potencial. Estas 23 EF suponen el 50% del gasto farmacéutico de la provincia de Toledo en 1998, con 19.357.534,41 € (3.200 millones de ptas.) y un millón de envases vendidos. Si se hubiese utilizado la presentación farmacéutica más barata, el gasto real hubiera sido de 14.759.335 €, es decir, un 23,75% más barato, con lo que en la provincia de Toledo se hubiesen ahorrado 4,6

TABLA 1
Consumo por subgrupos terapéuticos (Toledo, 1998)

Grupo	Envases (n.º)	Envases (%)	Importe (euros)	Importe (%)
A02B1 (antagonistas H ₂)	191.152	8,278	2.786.549,74	7,538
A02B2 (otros antiulcerosos, inhibidores de la bomba de protones)	156.495	6,777	4.477.391,04	12,11
B04A (hipolipemiantes/antiateromatosos, estatinas)	163.487	7,085	4.255.184,02	11,51
C01D2 (antagonistas del calcio)	219.130	9,494	3.877.684,18	10,49
C02A1 (hipotensores, alcaloides de la rauwolfia)	2	0,0008	2,37	0,00006
C02A2 (hipotensores, otros antiadrenérgicos centrales)	2.210	0,095	17.717,39	0,047
C02C1 (hipotensores, bloqueadores alfaadrenérgicos)	26.859	1,163	460.689,28	1,246
C02C2 (hipotensores, bloqueadores alfa/betaadrenérgicos)	374	0,016	1.558,08	0,004
C02D (hipotensores, vasodilatadores arteriolas)	305	0,013	1.041,76	0,002
C02E (hipotensores, IECA)	256.050	11,09	4.985.689,54	13,48
C02F1 (hipotensores, alcaloides)	1.099	0,047	2.785,11	0,007
C02F2 (hipotensores, asociados a otras sustancias)	67.116	2,906	1.210.907,28	3,275
C04A (vasodilatadores periféricos)	145.291	6,292	1.878.668,22	5,082
J01F (macrólidos)	140.510	6,085	1.948.761,97	5,272
M01A1 (AINE y antirreumáticos no esteroideos solos)	460.198	19,93	3.433.682,39	9,289
M01A2 (AINE y antirreumáticos no esteroideos acompañados)	5.825	0,252	34.824,62	0,094
N06A1 (antidepresivos tricíclicos)	58.635	2,539	267.635,88	0,724
N06A2 (antidepresivos IMAO)	838	0,036	29.081,68	0,078
N06A3 (inhibidores de la recaptación de la serotonina)	101.435	4,393	3.131.394,97	8,471
R03A1 (broncodilatadores y antiasmáticos inhalados)	212.557	9,205	3.676.829,89	9,947
R03A2 (broncodilatadores y antiasmáticos sistémicos)	99.419	4,305	485.957,69	1,314
Total	2.308.987	100,000	36.964.037,11	100,00

TABLA 2
Gasto farmacéutico y minimización de costes en 20 principios activos de mayor gasto (Toledo, 1998)

Principio activo	N.º envases	Importe	Minimización de costes (€)	% VAR
Omeprazol	126.379	3.769.130,26	1.956.274,56	48,68
Ranitidina	161.214	2.384.774,15	1.287.242,98	46,02
Enalapril	108.859	2.015.567,64	1.402.906,41	28,91
Simvastatina	46.581	1.366.377,90	1.106.261,64	19,04
Fluoxetina	44.869	1.293.655,75	1.293.531,01	0,17
Diltiazem	48.532	1.195.786,68	892.475,53	25,36
Salmeterol	29.301	1.130.318,50	1.117.894,85	2,54
Captopril	59.600	1.030.402,38	755.915,09	26,64
Budesonida	45.489	918.269,00	557.271,96	39,31
Amlodipino	42.973	910.955,45	776.730,01	14,73
Paroxetina	25.493	857.356,09	855.668,21	1,00
Pravastatina	24.279	768.586,88	767.995,10	2,11
Atorvastatina	23.046	767.513,04	767.064,22	0,06
Claritromicina	32.795	760.807,90	658.442,21	13,45
Nifedipino	61.222	760.466,66	410.544,29	46,01
Lovastatina	25.266	650.037,23	467.372,80	16,42
Acetofenaco	52.952	613.366,26	588.898,85	3,99
Nimodipino	13.947	542.065,38	527.427,31	2,70
Azitromicina	26.888	481.749,25	317.914,79	34,01
Doxazosina	26.481	459.145,54	385.458,47	16,05
Total	1.026.166	22.676.331,94	16.893.290,30	25,50
Diferencia entre importe y minimización de costes			5.783.041,64	

% VAR: cambio porcentual entre el importe y la minimización de costes.

millones de euros. Las presentaciones con un mayor porcentaje de ahorro son nimodipino y nicardipino, con un 82 y un 54%, respectivamente, y las de menor ahorro son la fluoxetina, la claritromicina y la pravastatina. Sobre el ahorro total, el omeprazol y el enalapril suponen el 39,42 y el 13,32%, respectivamente.

Discusión

Todos los principios activos seleccionados en este trabajo tienen un gran impacto en el consumo farmacéutico¹⁴. Hay grandes diferencias en el precio de EF con composición idéntica en la mayoría de los casos, y las EF más caras son *grossa modo* las que más se consumieron. De todo ello se deriva la existencia de un gran potencial de ahorro si se elige la EF con menor CTD (CTDmín)¹³. En el caso del omeprazol, al hecho de que sea el de mayor consumo (el 40% de todos los antiulcerosos) se suma el que tenga una de las mayores diferencias de precio, por lo que su ahorro potencial es muy superior al resto¹⁷. En el extremo opuesto se encuentran los hipolipemiantes y los macrólidos, debido a que las diferencias de precios entre EF son casi nulas. Parece existir

una tendencia entre los médicos de atención primaria a infravalorar los precios de los medicamentos. En una encuesta de ámbito nacional se preguntaba a los médicos el precio de ciertos medicamentos, observándose que un 38,1% eran subestimaciones¹⁸. Este tipo de estudio es de utilidad para la identificación de los principios activos que pueden generar un mayor ahorro potencial, de manera que la actividad informativa y formativa sobre los prescriptores pueda centrarse en ellos. No se ha de sobrevalorar el aspecto económico de la prescripción. Se debe tener presente que el ahorro en sí no lleva necesariamente a la eficiencia, por lo que se deben diferenciar bien las mejoras en eficiencia de las intervenciones de recortes de gastos^{1,8}. Prescribir menos no implica necesariamente prescribir mejor; una reducción del número de recetas o del precio medio por receta no implica una mejora en la calidad de la prescripción^{7,8}. La alternativa de prescripción de la EF más barata tiene un potencial importante para el ahorro en el gasto farmacéutico^{12,13}. Los resultados obtenidos coinciden con los de otros estudios sobre la necesidad y conveniencia de la sustitución de especialidades por respectivas EF más baratas, con ahorros simila-

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- La prestación farmacéutica es una de las partidas de gasto más importantes del conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- El aumento del gasto farmacéutico sigue una tendencia creciente en los últimos años. Todos los principios activos seleccionados en este trabajo tienen un gran impacto económico.
- El responsable del crecimiento del gasto no es el aumento en el consumo de medicamentos sino el incremento del precio medio de las recetas.

Qué aporta este estudio

- El ahorro potencial obtenido si se hubiese consumido la especialidad farmacéutica más barata aplicando medidas de minimización de costes habría sido del 25%.
- Omeprazol, ranitidina y enalapril tienen un 48, un 46 y un 29%, respectivamente, de variación entre el importe del gasto y el ahorro potencial.
- Existe una gran variabilidad en el porcentaje de ahorro entre presentaciones; se puede obtener ahorros del 80% en el nimodipino, o bien menor al 1% en otras (paroxetina, fluoxetina, pravastatina, simvastatina, roxitromicina y claritromicina).

res¹⁷. Es obvio que la implantación de una política de prescripción requiere de intervenciones y, salvo que se tratara de una medida legal que obligara al médico a prescribir lo más barato, se debe convencer y estimular al médico para que prescriba lo más barato, así como al paciente para que elija el medicamento más barato entre los ofrecidos; ello generaría el consumo de unos recursos que en este trabajo no se han tenido en cuenta^{12,19}. Sin embargo, esta minimización de costes puede ser útil para valorar los beneficios que generaría y contrapesarlos con los costes de su puesta en marcha^{1,8,12}. La estrategia de implantación de una medida de este tipo pasa por asegurar la equivalencia en seguridad y efectividad entre las diferentes EF disponibles en el mercado y que está garantizada por la Agencia Española del Medicamento^{8,12,13}. La información facilitada por el Ministerio de Sanidad y Consumo no incluye las prescripciones realizadas para los beneficiarios de las mutuas ISFAS o MUFACE, ni datos sobre la venta directa o sin receta médica. Tampoco se incluye el consumo en el medio hospitalario, aunque si el paciente sigue recibiendo tratamiento fuera del hospital, genera lo que se denomina una prescripción inducida. El consumo obtenido por esta fuente es habitualmente considerado como una aproximación aceptable del consumo real^{20,21}. El Real Decreto 1.663/1998 por el que se excluía de la financiación a determinados grupos de utilidad terapéutica baja a partir del 1 de septiembre de 1998 puede haber tenido una ligera repercusión, con un posible desplazamiento hacia la utilización de algunos de los principios activos del estudio, además de reducir el número de recetas que se prescriben, con el consiguiente incremento de su precio medio²². Los gestores y planificadores sanitarios deberían incluir información sobre las diferencias de precios entre medicamentos similares o idénticos, al menos de los que concentran una parte importante del gasto farmacéutico, además de proporcionar la información sobre las prescripciones que se realizan. Las diferencias deben hacer reflexionar a los profesionales sanitarios a la hora de prescribir y decidir sin interferir innecesariamente en la práctica clínica, a la propia administración sanitaria en el momento de decidir qué medicamentos generalmente ofertados por la industria financian con cargo a los presupuestos del SNS y a los propios usuarios que son los beneficiarios de todo el sistema a fin de contener los costes de farmacia sin renunciar por ello a la accesibilidad.

Bibliografía

1. Tamborero Cao G. ¿Es adecuada la incentivación en función de la contención del gasto farmacéutico? FMC 1997;4:682-6.
2. Azagra Ledesma R. ¿Podemos disminuir los costes de farmacia? [editorial]. Aten Primaria 1993;2:117-8.
3. Cabedo García VR, Poveda Andrés JL, Peiró Moreno S, Nacher Fernández A, Goterris Pinto MA. Factores determinantes del gasto por prescripción farmacéutica en atención primaria. Aten Primaria 1995;16:407-15.
4. Subdirección General de Atención Primaria. Indicadores de prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Insalud, 1989-1996.
5. Anuario de la Sanidad y del Medicamento 1999; 172 (Suplemento). Madrid: Saned, Sanidad y Ediciones, 2000.
6. Camarena Fuertes Y, Sicilia Ruiz A. Consumo de especialidades con denominación genérica en el área I de la Comunidad Autónoma de Aragón. Aten Primaria 1999;23:301-5.
7. Arnau JM. Medidas de contención del gasto farmacéutico e indicadores de calidad en el uso de los medicamentos: ¿prescribir menos o prescribir mejor? [editorial]. Aten Primaria 1994;13:155-8.
8. Gómez Martínez ME, Ruiz Romero JA, Martínez Olmos J. Políticas de uso racional del medicamento en Europa. Rev Administración Sanit 1999;3:93-107.
9. Capellá D, Laporte JR. Métodos aplicados en estudios descriptivos de utilización de medicamentos. En: Laporte JR, Tognoni G, editores. Principios de epidemiología del medicamento. 2.ª ed. Barcelona: Masson-Salvat Editores, 1993; p. 67-94.
10. Eisenberg JM, Schulman KA, Glick H, Koffler H. Pharmacoeconomics: economic evaluation of pharmaceuticals. En: Ström BL, editor. Pharmacoeconomics. New York: John Wiley & Sons Inc., 1994; p. 469-93.
11. Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW. Métodos para la evaluación económica. Madrid: Editorial Díaz de Santos S.A., 1991.
12. Castán Cameo S, García Latorre FJ, Martínez Gorostiaga J, Sierra Morros MJ, Solano Bernad VM, Peral Casado A. Un estudio de minimización de costes en la prescripción de antiinfecciosos en dos áreas de atención primaria. Rev Esp Salud Pública 1998;72:33-42.
13. Siles Gutiérrez M, García Latorre FJ, Abad Díez JM, Bazo Fernández E, Camarena Fuertes Y, Muñoz Espílez F. Impacto potencial de medidas de minimización de costes en la prestación farmacéutica en atención primaria de Aragón. Aten Primaria 1999;23:352-8.
14. Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 1997. Inf Ter Sist Nac Salud 1998;22:123-6.
15. Orden Ministerial de 13 de octubre de 1989, por la que se establece la clasificación anatómica de medicamentos oficial de España. BOE n.º 257, de 26 de octubre de 1989; p. 1776-80.
16. Nordic Council on Medicines. ATC Index with DDDs. WHO Collaborating Center for Drug Statistics Methodology. Oslo: WHO, 1999.
17. Martín Muñoz S, Lara Villegas A, Sánchez Fernández JL, Suárez Alemán C, Ariza Chana A, Lillo Prieto MM. Descripción de la prescripción de fármacos antiulcerosos en un distrito sanitario ¿Racionalización del gasto? Aten Primaria 1999;24:379-80.
18. Mengíbar Torres FJ. ¿Existe conciencia de gasto farmacéutico en la atención primaria reformada? Aten Primaria 2001;27:408-11.
19. Calvo Alcántara MJ, Iñesta García A. Impacto de una estrategia de intervención en la prescripción de genéricos en un área de atención primaria. Aten Primaria 1999;23:419-24.
20. Sagade Buceta XM. Impacto de diversos objetivos relacionados con el uso racional del medicamento en un área de atención primaria. Aten Primaria 2000;25:236-41.
21. Pérez Rodríguez MT, Crusat Sabaté D, Ibáñez Pardo JL, Jiménez Villa J. Impacto de un proceso de *feed-back* informativo sobre la prescripción farmacéutica. Aten Primaria 1996;18:386-9.
22. Figueiras A, Caamaño F, Gestal Otero JJ. Metodología de los estudios de utilización de medicamentos en Atención Primaria. Gac Sanit 2000;14(Supl 3):7-19.

ANEXO 1

Gasto farmacéutico y minimización de costes por principios activos (Toledo, 1998)

Principio activo	N.º envases	Importe (€)	Minimización de costes (€)	% VAR
Fenofibrato	6.679	51.865,64	104,36	99,80
Ketoprofeno	34.303	235.844,45	45.797,46	80,58
Ergocristina	7.724	48.547,19	15.730,05	67,60
Reserpina	1.099	2.785,11	1.190,05	57,27
Teofilina	53.379	225.239,89	98.443,89	56,29
Famotidina	21.463	291.612,76	156.153,21	52,18
Cinarizina	6.245	29.287,83	14.425,38	50,75
Indometacina	33.258	104.162,01	51.403,96	50,65
Cimetidina	4.903	44.245,18	21.903,41	50,50
Omeprazol	126.379	3.769.130,26	1.956.274,56	48,68
Ranitidina	161.214	2.384.774,15	1.287.242,98	46,02
Nifedipino	61.222	760.466,66	410.544,29	46,01
Etamifilina	2.098	3.331,60	1.834,76	44,93
Quinapril	10.415	217.803,69	122.178,50	43,90
Beclometasona	13.687	253.814,33	146.157,18	42,42
Diclofenaco	89.459	421.779,65	243.578,73	42,25
Salbutamol	65.169	205.817,29	121.405,82	41,01
Budesonida	45.489	918.269,00	557.271,96	39,31
Venlafaxina	4.699	242.885,74	147.737,12	39,17
Eritromicina	34.505	176.452,54	112.661,12	36,15
Piroxicam	49.647	349.990,16	224.724,72	35,79
Formoterol	11.503	351.411,93	227.965,30	35,13
Azitromicina	26.888	481.749,25	317.914,79	34,01
Ácido niflúmico	6.050	20.321,20	13.864,08	31,78
Ibuprofeno	58.967	307.519,93	210.107,03	31,68
Irbesartán	7.937	227.397,61	157.956,29	30,54
Procaterol	43	190,91	133,54	30,05
Enalapril	108.859	2.015.567,64	1.402.906,41	28,91
Glenbuterol	1.110	3.983,25	2.890,48	27,43
Verapamilo	27.523	247.142,96	179.939,11	27,19
Valsartán	5.311	150.506,79	110.261,80	26,74
Captopril	59.600	1.030.402,38	755.915,09	26,64
Bezafibrato	8.454	91.506,05	67.543,10	26,19
Diltiazem	48.532	1.195.786,68	892.475,53	25,36
Penicilamina	387	2.143,77	1.616,13	24,61
Josamicina	5.152	68.934,63	52.212,09	24,26
Amitriptilina	13.575	26.306,28	19.928,95	24,24
Fluvastatina	8.436	156.579,44	120.488,26	23,05
Nicergolina	7.006	31.581,44	24.379,90	22,80
Naproxeno	22.083	185.898,82	143.725,22	22,69
Nicardipino	23.230	367.908,79	291.465,77	20,78
Gemfibrozilo	10.499	203.335,76	162.471,97	20,10
Prazosina	378	1.543,74	1.236,54	19,90
Simvastatina	46.581	1.366.377,90	1.106.261,64	19,04

Buflomedil	3.417	19.849,66	16.129,65	18,74
Sertralina	9.921	381.496,02	310.258,25	18,67
Ramiprilo	7.923	126.856,38	103.408,70	18,48
Piracetam	3.982	33.712,78	27.576,50	18,20
Nitrendipino	7.382	154.754,73	126.605,45	18,19
Captopril + tiazidas	18.196	315.318,06	258.967,92	17,87
Lisinopril	9.349	179.162,93	147.897,31	17,45
Lovastatina	25.266	650.037,23	467.372,80	16,42
Doxazosina	26.481	459.145,54	385.458,47	16,05
Pentoxifilina	22.376	298.821,72	253.230,49	15,26
Nisoldipino	4.662	76.407,17	64.984,79	14,95
Amlodipino	42.973	910.955,45	776.730,01	14,73
Enalapril + tiazidas	24.739	446.899,09	385.538,61	13,73
Lisinopril + tiazidas	5.488	94.053,46	81.247,02	13,62
Claritromicina	32.795	760.807,90	658.442,21	13,45
Binifibrato	1.118	20.317,48	17.594,63	13,40
Nefazodona	1.031	18.995,48	16.846,53	11,31
Vincamina	1.022	3.483,83	3.109,72	10,74
Lanzoprazol	6.109	183.434,14	164.270,41	10,45
Ipratropio	24.209	185.205,02	167.754,21	9,42
Fenilbutazona	128	198,53	180,66	9,00
Roxatidina	2.331	37.680,84	34.519,43	8,39
Flurbiprofeno	3.332	32.165,01	29.628,59	7,89
Espiramicina	8.521	36.352,62	33.851,29	6,88
Ketotifeno	7.304	36.706,59	34.415,97	6,24
Monoxidina	448	10.986,31	10.348,92	5,80
Meloxicam	35.617	427.269,06	402.967,59	5,69
Cromoglicato	4.089	12.348,77	11.740,44	4,93
Metildopa	1.594	6.189,88	5.885,19	4,92
Aceclofenaco	52.952	613.366,26	588.898,85	3,99
Nabumetona	18.408	236.911,96	227.572,79	3,94
Ketocorolaco	19.179	158.193,78	154.615,98	3,51
Nortriptilina	2.325	5.775,28	5.580,47	3,37
Pantoprazol	9.658	360.454,12	348.656,22	3,27
Trandolapril	3.958	67.595,84	65.573,25	2,99
Nimodipino	13.947	542.065,38	527.427,31	2,70
Salmeterol	29.301	1.130.318,50	1.117.894,85	2,54
Felodipino	7.758	107.545,48	105.189,43	2,19
Cerivastatina	1.759	57.241,98	55.996,83	2,18
Pravastatina	24.279	768.586,88	767.995,10	2,11
Roxitromicina	18.668	269.394,40	269.087,53	1,93
Tenoxicam	8.368	68.712,42	67.492,10	1,78
Cilazapril	17.330	349.739,62	343.878,91	1,68
Fluticasona	7.858	445.512,27	438.627,43	1,55
Oxitriptan	504	9.886,23	9.742,45	1,45
Nimesulida	7.938	64.398,78	63.491,80	1,41
Candesartán	410	12.451,01	12.299,51	1,22
Paroxetina	25.493	857.356,09	855.668,21	1,00

Sulodexida	2.880	53.998,49	53.538,58	0,85
Midecamicina	13.459	211.257,08	209.580,72	0,79
Fosinopril	8.317	203.076,60	201.894,17	0,58
Diritromicina	410	5.905,94	5.874,53	0,53
Lacidipino	18.508	414.183,81	412.126,86	0,50
Quinapril + tiazidas	5.146	93.310,13	92.938,89	0,40
Fluoxetina	44.869	1.293.655,75	1.293.531,01	0,17
Atorvastatina	23.046	767.513,04	767.064,22	0,06
Proglumetacina	405	3.728,99	3.727,97	0,03

Vinburnina	2.248	16.916,96	16.915,46	0,01
Nedocromilo	2.272	55.521,21	55.521,21	0,00
Fosinopril + tiazidas	973	23.022,98	23.022,98	0,00
Espirapril	757	12.743,60	12.743,60	0,00
Lercanidipino	556	10.278,85	10.278,85	0,00
Acemetacina	974	5.028,46	5.028,46	0,00
Total	2.077.856	34.487.462,11	26.043.566,19	24,48

Diferencia entre importe y minimización de costes 8.443.895,92

% VAR: cambio porcentual entre el importe y la minimización de costes.

ANEXO 2 Gasto farmacéutico por presentaciones farmacéuticas (Toledo, 1998)

Principio activo	N.º envases	Importe real (€)	Coste calculado (€)	% VAR	ahorro (€)	% ahorro	% sobre ahorro
Nimodipino	16.442	237.515,78	52.750,02	4,74	184.765,76	82,14	4,018
Nicardipino	13.947	542.065,38	185.015,07	36,46	357.050,31	54,83	7,765
Omeprazol	126.379	3.769.130,26	1.956.274,56	48,68	1.812.855,70	48,30	39,425
Famotidina	21.463	291.612,76	156.153,21	52,18	135.459,55	43,60	2,946
Teofilina	49.218	207.580,57	146.911,66	43,28	60.668,90	35,77	1,319
Piroxicam	44.527	321.627,12	208.403,63	42,25	113.223,49	35,09	2,462
Diclofenaco	69.104	336.894,14	226.059,46	38,74	110.834,69	30,77	2,410
Lovastatina	25.266	650.037,23	467.372,80	16,42	182.664,43	28,00	3,973
Azitromicina	26.713	479.393,87	357.042,65	22,13	122.351,23	27,53	2,661
Enalapril	108.859	2.015.567,64	1.402.906,41	28,91	612.661,23	27,04	13,324
Captopril	59.081	1.027.064,78	756.500,67	30,37	270.564,12	25,23	5,884
Ranitidina	160.598	2.369.650,32	1.885.268,96	25,17	484.381,36	21,87	10,534
Nifedipino	33.756	298.415,64	228.610,23	27,26	69.805,41	21,39	1,518
Indometacina	11.686	29.600,86	23.666,14	36,66	5.934,71	20,05	0,129
Diltiazem	17.008	342.471,56	296.157,15	13,89	46.314,42	12,51	1,007
Ketocorolaco	19.179	158.193,78	154.615,98	3,51	3.577,80	2,31	0,078
Salmeterol	29.301	1.130.318,50	1.117.894,85	2,54	12.423,65	2,16	0,270
Roxitromicina	18.668	269.394,40	269.087,53	1,93	306,87	0,77	0,007
Simvastatina	46.143	1.336.989,42	1.327.087,71	1,25	9.901,71	0,74	0,215
Paroxetina	25.493	857.356,09	855.668,21	1,00	1.687,88	0,22	0,037
Fluoxetina	44.869	1.293.655,75	1.293.531,01	0,17	124,75	0,14	0,003
Pravastatina	24.279	768.586,88	767.995,10	2,11	591,77	0,06	0,013
Claritromicina	30.002	624.411,69	624.362,70	0,02	48,99	0,01	0,001
Total	1.021.981	19.357.534,41	14.759.335,70		4.598.198,72	23,75	100,000

N.º envases: número de envases vendidos; importe real: gasto farmacéutico generado; coste calculado: coste de la prescripción farmacéutica si se hubiera utilizado la presentación más barata; % VAR: cambio porcentual entre el coste de tratamiento al día máximo y mínimo; ahorro: ahorro generado si se hubiese consumido la forma más barata (importe real – coste calculado); % ahorro: porcentaje de variación entre importe real y ahorro.