

Última desfinanciación

(pero no la última)

ENRIQUE GRANDA

Doctor en Farmacia.



En mi opinión, antes de un año tendremos una nueva desfinanciación de grupos como los analgésicos-antipiréticos o los antirreumáticos no esteroides, que van a recibir un importante incremento de ventas al desfinanciar los medicamentos similares de uso externo o los antitusivos

Como consecuencia de la publicación del Real Decreto-Ley 16/2012, se plantea un nuevo proceso de desfinanciación de medicamentos, aunque esta vez sin las garantías y la transparencia con las que se ha abordado en ocasiones anteriores, en las que se ha usado una norma reglamentaria del máximo nivel. Ahora, se hace por medio de una resolución en la que no se detallan los grupos terapéuticos a los que afecta, lo que hace mucho más complicado el análisis de sus consecuencias sobre el Sistema Nacional de Salud y las oficinas de farmacia y puede dar lugar a algunos olvidos, voluntarios o no, de moléculas y productos que siguen financiándose. Además, parece que se está implantando un proceso continuo como el de las bajadas de precios.

Si algo hemos aprendido de las dos ocasiones anteriores en las que se han excluido medicamentos de la financiación por el Sistema Nacional de Salud (SNS) es que el mercado se abre paso, y los efectos económicos a medio y largo plazo son muy limitados, tanto en la disminución en el número de recetas como en su coste, que en determinadas ocasiones incluso se ha incrementado, cuando dejan de financiarse determinadas moléculas.

Se dice que la implantación de las listas negativas encuentra más reticencia en la industria que entre los médicos y farmacéuticos, y lo que ya sabemos, tanto por

experiencia propia como por la del resto de los Estados de la Unión Europea, es que no consiguen una sustancial disminución del gasto. Además, estas listas de exclusión no parecen tener adscripción política (de izquierdas o de derechas), porque gobiernos conservadores como el de Margaret Thatcher no tuvieron empacho en dejar a sus conciudadanos sin laxantes, adelgazantes o vitaminas, que el sufrido pueblo inglés tiene que pagar desde entonces para continuar con su confortable estatus de vida, o nosotros mismos, que hemos asistido a procesos de desfinanciación de medicamentos con gobiernos de todo signo.

El objeto de este artículo es, como lo ha sido en similares ocasiones anteriores, poner de manifiesto los efectos indeseables de la desfinanciación, y tratar de averiguar quién se beneficia del proceso, aunque en esta ocasión, al no detallar la Administración responsable los grupos terapéuticos a los que afecta, lo pone un poco más difícil. Es indudable que lo que puede interpretarse como un inconveniente, en ocasiones se ha convertido en una oportunidad, y eso también será motivo de análisis en este proceso de desfinanciación que se ha puesto en marcha.

Historia de las desfinanciaciones

La Ley General de la Seguridad Social incluyó en la prestación farmacéutica todos los medicamentos y productos sanitarios que resultasen necesarios para el tratamiento y la recuperación de los afiliados y beneficiarios del sistema de Seguridad Social, con unas pocas excepciones, que eran los productos dietéticos, de régimen, las aguas mineromedicinales, los vinos medicinales, elixires, dentífricos, cosméticos, artículos de confitería medicamentosa, jabones medicinales y demás productos análogos. Sin embargo, esta oferta tan amplia comenzó a limitarse en la primera Ley del

Medicamento de 1990 en la que se acuña el concepto de *financiación selectiva* y se recoge la facultad del Gobierno para excluir grupos, subgrupos o categorías de medicamentos. En la Ley de Garantías de 2006 también se habla de *exclusión de medicamentos*.

La primera desfinanciación tuvo un largo recorrido desde que comienza a gestarse en 1990 hasta que se promulga un Real Decreto en el año 1993². En aquella ocasión, publiqué un artículo premonitorio en esta misma revista, que ya informaba en el título de lo que podía pasar³, y de hecho acabó ocurriendo: el gasto se disparó, porque no se tuvo en cuenta que la desaparición de remedios modestos y de bajo precio acaba dirigiendo la prescripción hacia moléculas de última generación más costosas y no siempre tan inocuas como las antiguas.

Las dos cuestiones que preocupaban más entonces al sector era la amenaza por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de que no se podrían modificar los precios de los medicamentos que se desfinanciaran—amenaza que se cumplió entonces, pero se eliminó en 1997 y que se cumple ahora al incluirlos en el régimen de precios comunicados—y la imposibilidad de prescribirlos en el sistema público, algo que ahora parece alentarse definiendo incluso un tipo de receta específica para estos productos. Decía yo entonces que el número de recetas «es altamente improbable que descienda (se consumieron 464 millones en el año 1989) y lo seguro es que el coste de la receta aumente considerablemente ya que no habrá medicamentos baratos que recetar, pues habrán sido eliminados los de carácter sintomático que ocupan en unidades un alto porcentaje». Pues la realidad demostró que me quedé muy corto en esta afirmación, ya que el número de recetas ha continuado aumentando hasta la cifra de 995 millones que se espera en 2012.

Con la aparición del Real Decreto de 1993, publiqué otro artículo⁴ incidiendo en un aspecto que me pareció relevante

entonces, pero que ha ido evolucionando por vías diferentes a como las imaginé. Me refiero a la «prescripción» por el farmacéutico que relacioné con la exclusión de financiación: «por efecto de la exclusión de medicamentos, todos tendremos que prescribir y tratar patologías menores, pues el médico no podrá hacerlo en el SNS, más que de palabra». Esta cuestión ha quedado ahora resuelta con la utilización de las nuevas recetas, aunque ya veremos si se utilizan y cómo por los médicos. Ciertamente, lo que ha ocurrido en estos años es que el farmacéutico ha ganado capacidad de decisión en la dispensación y esto es algo que no pude imaginar de ningún modo hace veinte años. Decía también que «independientemente que el Real Decreto de Financiación Selectiva pueda ser recurrido, hay algo que es evidente, y es que el médico va a tomar de muy mala gana que se suplante su labor para tantas dolencias, por lo que se va a producir una sustitución segura de muchos medicamentos por otros». Y ésta es una situación que se produce, en mayor o menor medida, en todos los procesos de desfinanciación.

El segundo acto de desfinanciación se produce en 1998, año en que se publica, también en verano, otro Real Decreto⁵ –por cierto, muy bien elaborado–, que no produce excesivo rechazo en el sector porque todo está suficientemente claro: grupos terapéuticos, especialidades, plazos suficientes para su implantación y garantías para su puesta en marcha. Justo lo contrario de lo que sucede con el actual, en que nos quedamos sin saber si los medicamentos que se pueden prescribir en alguna indicación continúan con cupón-precinto, aunque sea diferenciado; o cuál va a ser la aportación de los beneficiarios cuando se les prescriba en esas indicaciones; y si se van a poder dispensar en oficinas de farmacia o van a limitarse a dispensación hospitalaria. Estas preguntas, que pueden parecer inocentes, van a determinar si los productos afectados continúan en el régimen de precios autorizados o por

el contrario se encuentran en el de precios comunicados, o, si como pasa ahora, se prescriben sin limitaciones en la mayor parte de los casos.

Dejando atrás las numerosas disquisiciones que nos plantea la actual Resolución y continuando el recorrido histórico, llegamos al año 2003, en que se publica la clasificación anatómica de los medicamentos⁶ y se aprovecha para definir los medicamentos con aportación reducida, haciendo cambios en la financiación de algunos de ellos. Precisamente es este decreto el que inicia la existencia de medicamentos que sólo se financian para determinadas indicaciones asignándoles un cupón-precinto diferenciado, pero que no ha impedido que los productos afectados se prescriban con toda liberalidad, olvidando que debería financiarse por el SNS una única indicación. El paradigma de estos productos son la lactulosa y el lactiol que se han venido usando como laxante sin considerar que la indicación financiada era la encefalopatía portosistémica y parapléjica.

Características de la actual desfinanciación

El nuevo artículo 85 del comentado decreto ley del pasado mes de junio define los criterios de exclusión de la financiación de medicamentos, que son: a) el establecimiento de precios seleccionados; b) la convivencia con medicamento sin receta con el que comparte dosis y principio activo; c) la consideración del medicamento como publicitario en nuestro entorno europeo; d) que el principio activo cuente con un perfil de seguridad y eficacia favorable y suficientemente documentado a través de años de experiencia y un uso extenso; e) por estar indicados en el tratamiento de síntomas menores y por cumplir cualquiera de los criterios de no inclusión en financiación pública recogido en el apartado 2 del artículo 89.

Sin embargo, la Resolución de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia –que es el larguísimo nombre que ahora tiene la tradicional Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios–, contempla, además, otros criterios, lo que pudiera dar lugar a recursos legales, tales como: *la confirmación de las indicaciones de estos medicamentos, por si en ellas existiese alguna en la que se aconsejase mantener la financiación*, algo que puede tener algún sustento legal; *la posibilidad de desplazamiento de prescripciones* –sobre la que el decreto ley no indica nada–; *el estado del conocimiento farmacológico* –criterio que parece razonable pero difícil de poner de manifiesto– y *el impacto sobre las empresas*, –más que razonable, pero no definido en las normas por las que deben regirse los procesos de desfinanciación–. Sorprende que estos criterios, que son ciertamente los que se han tenido en cuenta, no figuren en el proyecto de Resolución, sino en una nota explicativa, sin firma, elaborada por la Dirección General citada, por lo que el planteamiento de recursos legales sobre estos criterios se muestra muy complicado, pero tentador.

Impacto sobre el sector

La propia nota de la Dirección General a la que hacíamos referencia indica que afecta a 426 medicamentos susceptibles de ser excluidos de la financiación pública, cuya facturación al SNS en 2011 alcanzó la cifra de 458 millones de euros. Sobre esta base, el ahorro neto para el Sistema superaría los 430 millones de euros, toda vez que de la facturación a precio de venta al público hay que descontar la aportación de los beneficiarios.

Una vez más, la Administración calcula los impactos sobre sus propias y únicas cuentas, sin tener en cuenta el efecto sobre el sector, que hace años que es una obligación impuesta por la Unión Europea en la promulgación de normas

Ante cualquier proceso de exclusión de la financiación, el papel del farmacéutico se puede ver potenciado, en unos casos, porque pasa a ser el verdadero prescriptor y en otros, porque tendrá un gran interés en la dispensación de productos en los que ingresa todo el importe y no se realizan deducciones ni retrasos en el cobro

Tabla I. Clasificación por grupos terapéuticos de los principales medicamentos que aparecen en la Resolución

Grupo terapéutico	Descripción	Ejemplos
	Exceso de secreción gástrica	
A02A	Compuestos de aluminio	Almax, Maalox, Bemolan, Gelodrox
	Estreñimiento	
A06AC	Laxantes generadores de volumen	Plantago ovata
A06AD	Laxantes osmóticos	Duphalac, Emportal
A06AH	Antagonistas opiáceos: naltrexona Otros intestinales: prucaloprida	Relistor Resolor
	Antidiarréicos	
A07BA A07DA	Preparados con carbón antipropulsivos; Loperamida	Carbón ultraadsorbente Fortasec, Loperan
	Vasodilatadores periféricos	
C04A	Dihidroergotoxina Dihidroergocristina, nicergolina, vincamina, vimburnina, buflomedilo, naftidrofurilo	Varson, Hydergina, Diemil Sermión, Clinadil
	Hemorroides	
C05AA	Corticoides (flucinolona, hidrocortisona, beclometasona)	Hemorrane, Synalar rectal
	Protectores de los capilares	
C05C	Diosmina, troxerutina, hidrosmina	Daflon, Venoruton, Fabroven
	Dislipemias leves; modificadores de lípidos	
C10AX	Triglicéridos Omega-3	Omacor
	Dermatitis del pañal	
D05A	Cremas con bajas dosis de miconazol	Nutrancel
	Psoriasis	
D05BX	Extracto de calaguala	Armaya, Difur, Regender
	Virosis tópicas o superficiales	
D06BB	Idoxiuridina, tromantadina, aciclovir, podofilotoxina, imiquimod	Zovirax, Aciclovir, Virexen, Virmen, Warteq
	Artrosis: tratamiento sintomático	
M01AX	Diacereína	Glizolan
	Antiinflamatorios tópicos	
M02A	Piroxicam, ketoprofeno, diclofenaco, indometacina, aceclofenaco	Airtal, Voltaren emulgel, Calmatel, Algesal, Fastum
	Ansiedad leve	
N05BX	Pasiflora, crataegus, oxitripan	Psiflorine, Cincofarm
	Deterioro cognitivo asociado a la edad	
N06BX	Piracetam, pirisudanol, deanol	Devincal, Vincacen, Praxilene, Mentis, Nootropil, Denubil, Tanakene
	Congestión nasal	
R01BA	Pseudoefedrina, fenilefrina	Rinoebastel
	Mucolíticos	
R05C	Acetilcisteína, bromhexina, carbocisteína, mesna, sobrerol	Flumil, Actithiol, Mucosan
	Antitusivos	
R05D	Codeína y derivados; cloperastina, carbinoxamina	Codeisan, Tuscalman, Perduretas codeína, Dastosin, Romilar
	Sequedad ocular	
S01X	Lágrimas artificiales	Viscofresh, Siccafluid, Colircusi humectante

Fuente: Observatorio del Medicamento de FEFE.

legales, y que en nuestro país es despreciada por los gobiernos de cualquier signo, o si se quiere definir mejor, por los funcionarios al servicio de cualquier gobierno.

Lo cierto es que el impacto máximo sobre el sector podría alcanzar los 1.180 millones de euros a precio de venta al público y afectar a más de 150 millones de recetas. Pero en este momento nadie es capaz de hacer previsiones sobre lo que realmente ocurrirá si tenemos en cuenta que van a producirse desplazamientos hacia otros medicamentos y otros fenómenos difíciles de predecir, además de las estrategias que pongan en marcha las empresas farmacéuticas para minimizar el impacto de la desfinanciación y aprovechar determinadas oportunidades en su propio vademécum de productos o en el de los demás.

Para tratar de desentrañar las consecuencias de la presente desfinanciación he elaborado unos cuadros que distribuyen los medicamentos en grupos terapéuticos (tabla I), algo que en este caso resultaba necesario para cualquier cálculo y porque es la primera desfinanciación en la que se evita hablar de grupos terapéuticos, al parecer porque ello exigiría una norma de rango superior. A continuación, se aborda la estimación del impacto en millones de unidades, valores y precio medio en el mercado general (tabla II) y la previsión de posibles desplazamientos (tabla III) que son mucho más probables que en desfinanciaciones precedentes, al haber querido dejar fuera determinados medicamentos para síntomas menores para evitar la impopularidad de la medida, pero que abre la puerta a algunos desplazamientos muy claros, como por ejemplo si se eliminan los antitusivos y permanece el paracetamol con codeína y otras asociaciones de analgésicos y antipiréticos con codeína, o el desplazamiento de los antiácidos hacia los antagonistas H-2.

Según el cálculo que se realiza teniendo en cuenta los desplazamientos, el im-

Tabla II. Impacto de la Resolución en el mercado total de las farmacias

Grupo Terapéutico	Descripción	Millones de unidades 2011	Millones de euros PVP 2011	Precio Medio PVP
A02A	Compuestos de aluminio	12,8	61,5	4,8
A06A	Laxantes generadores de volumen, laxantes osmóticos, antagonistas opiáceos: naltrexona, otros intestinales: prucaloprida	26,8	143,8	5,4
A07BA	Preparados con carbón antipropulsivos	0,811	5,8	7,1
A07DA	Loperamida	0,9	7	7,8
C04A	Dihidroergotoxina, dihidroergocristina, nicergolina, vincamina, vinburnina, buflomedilo, naftidrofurilo	9,8	136	13,9
C05AA	Corticoides (flucinolona, hidrocortisona, beclometasona)	4,3	33,9	7,8
C05C	Diosmina, troxerutina, hidrosmina	9,5	86	9,1
C10AX	Triglicéridos Omega-3	1,3	44,1	2,45
D05A	Crema con bajas dosis de miconazol	1	46,2	46,2
D05BX	Extracto de calaguala	0,3	34,2	114
D06BB	Idoxiuridina, tromantadina, aciclovir, podofilotoxina, imiquimod	1,9	22	11,6
M01AX	Diacereina	0,6	6,4	10,6
M02A	Piroxicam, ketoprofeno, diclofenaco, indometacina, aceclofenaco	22,4	104,7	4,7
N05BX	Pasiflora, crataegus, oxitripan	0,5	0,9	2,25
N06BX	Piracetam, pirisudanol, deanol	0,7	7	10
R01BA	Pseudoefedrina, fenilefrina	15,5	117,2	7,6
R05C	Acetilcisteína, bromhexina, carbocisteína, mesna, sobrerol.	17,8	80,4	4,5
R05D	Codeína y derivados; cloperastina, carbinoxamina	16,3	64,2	3,9
S01X	Lágrimas artificiales	16,4	80,2	4,9
	Total	154,01	1.181,5	7,01

Fuente: CEAH. Desarrollar G.T. y PVP

pacto real sobre el sector es difícil que supere los 600 millones de euros, aunque la verdadera dimensión del desplazamiento la tendremos dentro de unos meses al observar la evolución de las recetas y el precio medio. En mi opinión, antes de un año tendremos una nueva desfinanciación de grupos que parecían cantados, tales como los analgésicos-antipiréticos o los antirreumáticos no esteroideos, que van a recibir un importante incremento de ventas al desfinanciar los

medicamentos similares de uso externo o los antitusivos.

Evolución variable de los productos desfinanciados

Otra de las cuestiones que hemos aprendido en los anteriores procesos de retirada de productos de la financiación es que para determinados medicamentos, poco importa ser financiados o no a

Como conclusión, considero que de todo esto la oficina de farmacia sólo puede obtener beneficios si sabe aprovecharlos con una actitud proactiva hacia la «prescripción» y dispensación de estos medicamentos, aunque como es lógico, en un principio, todo va a ser más difícil debido a la actual crisis

efectos de su consumo, mientras que en otros casos, la desfinanciación supone prácticamente la muerte del producto. La diferencia reside casi siempre en que la eficacia del producto la note el usuario a la hora de pagarlo. Así, por ejemplo, la desfinanciación de productos para aftas bucales con corticoides no supuso ninguna pérdida de mercado para estos productos, como estoy seguro no lo va ser para los medicamentos que contienen loperamida y que se van a seguir utilizando con toda seguridad en la misma proporción que hasta ahora. Otros, sin embargo, cayeron, como los hepatoprotectores, los colagogos y otros productos en los que el paciente no nota sus efectos en un plazo razonable, mientras que ahora es previsible una considerable reducción del mercado, o lo que es peor, un desplazamiento de los medicamentos para el deterioro cognitivo asociado a la edad, entre los que permanece la citicolina pero se han retirado todos los demás.

Hoy, a diferencia del pasado, el proceso de desfinanciación es una maniobra controlada, y por tanto, en la que se sabe casi todo lo que hay que hacer y las estrategias de marketing que pueden conseguir que el producto permanezca en el mercado, incluso mejorando, en bastantes casos, sus perspectivas de futuro. Aunque también es cierto que hay productos que una vez desfinanciados se convierten en zombis y ya nadie es capaz de recuperarlos ni por la vía de pasarlos a publicitarios, ni siquiera permaneciendo en los circuitos de prescripción condicionada.

Veamos a continuación los posibles distintos puntos de vista sobre un proceso de desfinanciación como el que comienza:

El punto de vista de la industria

Cualquier desfinanciación es un cambio de las reglas del juego, algo que produ-

Tabla III. Posibilidades de desplazamiento

Grupo Terapéutico	Descripción	G.T. Desplazamiento	Coste desplazamiento
A02A	Compuestos de Aluminio	A02B	40
A07BA	Preparados con carbón antipropulsivos	A07G	5
A07DA	loperamida	A07C	5
C04A	Dihidroergotoxina, dihidroergocristina, nicergolina, vincamina, vinburnina, buflomedilo, naftidrofurilo ¹	N07	100
C10AX	Triglicéridos Omega-3	C01A	40
D05A	Crema con bajas dosis de miconazol	D07A	47
D05BX	Extracto de calaguala	D07A	35
M01AX	Diacereína	M01A	7
M02A	Piroxicam, ketoprofeno, diclofenaco, indometacina, aceclofenaco	M01A	10
N05BX	Pasiflora, crataegus, oxitripan	Varios	7
N06BX	Piracetam, pirisudanol, deanol	Varios	10
R01BA	Pseudoefedrina, fenilefrina	R01A ²	75
R05C	Acetilcisteína, bromhexina, carbocisteína, mesna, sobrerol.	R01A	60
R05D	Codeína y derivados; cloperastina, carbinoxamina	N02B	50
	Total		500

¹ Falta citicolina. Desarrollar G.T.

² Falta Narine repetabs

ce inicialmente rechazo. Pero a partir de la constatación de que alguno de los productos propios sale de la financiación viene un proceso interno en el que lo primero que se analiza es el impacto, que se limitará como es lógico a la parte del mercado financiado pero no al de venta libre. Una mayor proporción de venta libre anterior a la exclusión de la financiación puede augurar buenas posibilidades para el producto con una estrategia adecuada de marketing. También se tiene en cuenta la desfinanciación de productos de la competencia que puede acabar impulsando productos propios por el inevitable proceso de desplazamiento que se produce.

La eliminación de antitusígenos solos y otros para mucolíticos para fluidificar la mucosidad de las vías respiratorias puede promocionar el consumo de antiasmáticos inhalados, o como indicábamos anteriormente de los analgésicos con codeína.

En otros casos la sustitución no parece posible y la única salida que queda a los afectados es resistir el tirón reconvirtiendo lo que se pueda en medicamentos publicitarios. Y en el caso de que los productos excluidos compartan actualmente el mercado con genéricos, la lógica indica que los genéricos dejarán de ser una competencia para las marcas en un mercado libre y no sometido a precios de referencia, ya que tanto el mé-

dico como el farmacéutico e incluso el paciente preferirán la marca si se mueve en un precio razonable.

El punto de vista de la oficina de farmacia

Ante cualquier proceso de exclusión de la financiación, el papel del farmacéutico se puede ver potenciado, en unos casos, porque pasa a ser el verdadero prescriptor, y en otros porque tendrá un gran interés en la dispensación de productos en los que ingresa todo el importe y no se realizan deducciones ni retrasos en el cobro.

El cambio de cultura que supone en el paciente o usuario, tener que pagar por algunos medicamentos también puede ser favorable porque confiere un valor subjetivo diferente a estos medicamentos y también a la actuación del farmacéutico.

La consecuencia que puede extraerse es que, excepto en algún caso, la listas excluyentes no van a ser demasiado dañinas para la industria o para la oficina de farmacia, aunque seguro que van a serlo para los consumidores, y ello puede explicar por qué las organizaciones corporativas –los colegios– y las patronales, suelen mantener una postura contraria al aumento de aportación de los beneficiarios o a la desfinanciación de productos, pero cuando se ha implantado, no vuelven a mostrar oposición.

Y, finalmente, tras este análisis somero de lo que puede ocurrir con la puesta en marcha de la actual desfinanciación, quisiera poner de manifiesto un error extendido y es el incremento de capacidad del SNS para poder financiar moléculas de última generación gracias a la exclusión de productos maduros o más antiguos. La terca realidad indica que la exclusión de un producto para una indicación concreta hace que éste se sustituya por uno más moderno para una indicación similar. Se diría que existe una *ley de Proust de las proporciones definidas*⁷



en la que la retirada de un antigripal nunca servirá para financiar un citostático, todo lo contrario, un antigripal será sustituido por un producto de última generación del aparato respiratorio en cuanto el enfermo muestre un empeoramiento de los síntomas, y el citostático será sustituido por otro más moderno, más eficaz o más caro.

Los procesos de desfinanciación de medicamentos anteriores han ido dejando limitada la terapéutica financiada públicamente a los procesos más agudos de enfermedad, mientras que muchos medicamentos, que podríamos llamar «saludables», han quedado en el ámbito de la farmacia, lo que me empujó a decir hace años que, a partir de ahora, la salud será un poco más de los farmacéuticos, mientras la enfermedad será un poco más de los médicos, por lo que debemos especializarnos en el mantenimiento de la salud y en el tratamiento de las «enfermedades saludables».

Como conclusión, considero que de todo esto, la oficina de farmacia sólo puede obtener beneficios si sabe aprovecharlos con una actitud proactiva hacia la «prescripción» y dispensación

de estos medicamentos, aunque como es lógico, en un principio, todo va a ser más difícil debido a la actual crisis. Por tanto, poco cabe objetar a las medidas contenidas en la política de ajuste presupuestario en el ámbito farmacéutico, particularmente el aumento de aportación por parte de los beneficiarios del SNS y la desfinanciación de determinados medicamentos ahora planteada, y sólo desear que produzcan realmente un ahorro efectivo al sector público que, además, será un ahorro final para todos, aunque como indicaba anteriormente, es previsible un nuevo proceso de desfinanciación en breve plazo, en el que, bueno sería que se hiciese por real decreto, con audiencia de los interesados y con la transparencia que exige una norma de estas características. □

Bibliografía y notas

1. En el momento de escribir este artículo la Resolución a la que se hace referencia no es firme, por lo que podrían modificarse bastantes cuestiones sobre la misma, incluidos los medicamentos a los que afecta, o los criterios de inclusión y exclusión.
2. Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, por el que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud.
3. Granda, E. Listas Negativas. Efecto bumerán. *Farmacia Profesional*. 1991;1:6-12.
4. Granda, E. Financiación Selectiva. *Farmacia Profesional*. 1992;6:6-11.
5. Real Decreto 1663/1998, de 24 de julio, por el que se amplía la relación de medicamentos a efectos de su financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad.
6. Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre, por el que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC.
7. Entre 1794 y 1804, Louis Proust realizó numerosos experimentos en los que estudió la composición de los productos de las reacciones. Estas conclusiones le llevaron a enunciar la *Ley de las proporciones definidas* o constantes, también conocida como la ley de Proust, y que, una vez firmemente aceptada, se convirtió, junto a la Ley de conservación de la masa de Lavoisier y la Ley de las proporciones múltiples de Dalton, en la base de la química moderna.