

Mala política de medicamentos. Diez propuestas de cambio.

El co-pago y los recortes indiscriminados de medicamentos son dos medidas injustas, perjudiciales para la salud y que no ahorran recursos al sistema público. En el tema de los medicamentos parece que haya competición entre el gobierno de Cataluña y el de España a ver quién tiene premio al mayor disparate. Los primeros poniendo una tasa de un euro por medicamento que penaliza sobre todo a las personas con enfermedades crónicas y a las personas con pocos recursos (tasa a la enfermedad y a la pobreza), siempre con el pretexto de ahorrar dinero del sistema público y moderar el consumo (dicen), como si fuera el o la paciente y no el profesional de la medicina que prescribe los medicamentos.

El gobierno del Sr. Rajoy aumenta el co-pago (hay que decir re-pago, ya que los hemos pagado ya con nuestros impuestos), haciendo pagar un mínimo del 10% del precio a los pensionistas y entre un 50% y un 60% los que trabajan (aumento entre el 10% y el 20%) de manera que en Cataluña, a una persona jubilada, con enfermedades crónicas que toma seis pastillas al día, le sale a pagar, entre una cosa y otra, un promedio de 12 euros al mes. Además de estas medidas, el gobierno español pretende retirar del sistema público 426 medicamentos que considera "menores", también con el criterio de ahorro económico.

¿Es que gastamos demasiado en medicamentos? Pues efectivamente, España es uno de los países que más medicamentos consume del mundo, muy por encima de la media de los países de la UE. Décadas de un modelo sanitario configurado por las autoridades políticas y la industria farmacéutica, caracterizado por ser individualista, "curativista", centrado en la "farmacodependencia", han creado una fuerte medicalización de la salud con un gasto farmacéutico muy excesivo (18.000 millones € en 2010, 30% del gasto público sanitario) y un bajo consumo de genéricos. Pero con las actuales medidas, que ya se han probado otras veces, no conseguiremos el objetivo de moderar el gasto, tan sólo servirán para recaudar dinero. En España el año 1967 se introdujo un copago de fármacos del 10%, en 1978 subió a un 20%, en 1979 al 30% y en 1980 al 40%, en los años 1992 y 1994 se aprobaron regulaciones de precios, ya los 1994 y 1999 se introdujeron listas negativas. Todas estas medidas no han podido frenar nunca el incremento constante de recetas y de gasto en farmacia, el incremento de recetas en España ha sido de un 57% en diez años (596 millones en el 2000 y 936 millones en 2009).

En cuanto a la propuesta de retirada de financiación pública de más de 400 fármacos, es otro disparate que encarecerá más el gasto. No es casual que la lista de los 400 tenga el apoyo de la industria farmacéutica. Tenemos que hablar de financiación selectiva financiando aquellos que sean más costo-efectivos; excluir grupos enteros de medicamentos conduce a la sustitución por otros no retirados que suelen ser más caros. Hay que recordar que en España la industria farmacéutica sigue siendo con la crisis un sector empresarial enormemente rentable que influye enormemente sobre el sistema de salud y que es el sector privado el que, en gran medida, determina hacia dónde debe evolucionar estratégicamente el sector sanitario, ¿cuáles son los nichos más rentables donde focalizar la I+D, y donde hay que centrar el llamado "disease-mongering" (o creación y exageración de enfermedades, y comercialización de fármacos ad-hoc), en lugar de responder a las necesidades que las autoridades

públicas y la sociedad determinen. La industria tiene el control absoluto sobre todas las fases de vida de sus productos (I+D básica, desarrollo, fabricación, comercialización y vigilancia de los productos sanitarios), en un proceso en que las autoridades ejercen un papel fiscalizador, regulador y vigilante, pero donde han renunciado a desempeñar un papel activo en la conducción del sector, en la determinación de las líneas estratégicas a seguir. Finalmente, es fundamental ofrecer formación continuada pública e independiente a los profesionales de la sanidad. Recordemos que los médicos y médicas están constantemente inundados de "novedades" farmacológicas, muchas de las cuales ni son nuevas ni tienen una efectividad probada, siendo presionados a "elegir" tratamientos o productos que son comprados por el sistema de salud a los precios marcados por las empresas .

¿Cómo podemos mejorar la política y la gestión de los medicamentos? En un seminario reciente organizado por el Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS) se elaboró y dio a conocer el documento *Por un mejor Sistema Público de Salud* (www.caps.cat) que quiere hacer frente a la salida de la "crisis "por un camino alternativo a los recortes indiscriminados en el Sistema Sanitario Público.

Para mejorar las políticas y la gestión de los medicamentos **proponemos diez medidas fundamentales sobre las políticas de precios, la financiación selectiva y, sobre todo, la gestión del conocimiento, formación y medios en manos de los profesionales.**

1. Es necesaria una selección centralizada de los medicamentos más idóneos para ser financiados por el sistema público de salud. Además de los criterios de eficacia y seguridad, la decisión de financiar o no debe basarse también en la efectividad relativa al costo (coste efectividad);
2. Es necesaria una negociación centralizada de los precios de los medicamentos financiados con cargo al SNS;
3. Se necesitan sistemas de información sobre medicamentos y terapéutica propios del sistema de salud, independientes de las compañías farmacéuticas, e integrados en las herramientas informáticas (historia clínica electrónica y receta electrónica);
4. Es necesaria una formación continuada de los profesionales, organizada desde el sistema de salud, sin participación directa o indirecta de las compañías farmacéuticas;
5. Es necesaria la prohibición de la actividad comercial sobre los centros del Sistema Nacional de Salud;
6. Es necesaria la regulación de los conflictos de intereses de los profesionales sanitarios y los directivos;
7. Es necesaria la constitución de comisiones farmacoterapéuticas en cada área de salud, para garantizar la participación profesional y la gestión clínica en terapéutica;
8. Las funciones de estas comisiones deben ser seleccionar las recomendaciones terapéuticas y los medicamentos de elección, garantizar y acordar la continuidad asistencial entre hospitales, atención especializada y atención primaria, desarrollar y coordinar la formación continuada y hacer un seguimiento del consumo de

medicamentos y sus resultados y promover la investigación clínica con acento sobre los resultados clínicos;

9. Hay que aumentar los recursos humanos y materiales en Atención Primaria, de manera especial en el tiempo de atención y de visitas. Habría que establecer un sistema que asegure la mejor prescripción de medicamentos y productos sanitarios al margen de las presiones y propaganda de los laboratorios, en base a su adecuación terapéutica, relación coste-efectividad, y menor efecto iatrogénico. Y habría que incentivar, sin sesgo de género, las actividades de formación continuada e investigación.

10. Hay que potenciar la participación real de la ciudadanía y de las personas usuarias en estas políticas

Josep Martí es doctor en medicina y Coordinador del Grupo de Políticas de Salud del CAPS, y **Carme Valls- Llobet** es vicepresidenta del CAPS

Joan Benach y Gemma Tarafa son profesores de salud pública y miembros del Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud (GREDS-EMCONET, UPF).

Angels Martinez es presidenta de pie para la salud pública

Barcelona, 4 de julio de 2012