

La retirada de medicamentos de la financiación pública es una medida que, a pesar de suponer un ahorro directo para las arcas públicas, los gobiernos únicamente han aplicado tres veces en los últimos 20 años, entre otros motivos, porque no es bien acogida por la opinión pública.

La reciente exclusión de financiación de 417 medicamentos tiene el añadido de que, en pocos meses, los ciudadanos también han tenido que asumir el nuevo sistema de copago farmacéutico, que en Cataluña se suma a la imposición de la tasa del euro por receta.

Con estas medidas, la oficina de farmacia se ha visto obligada a reforzar una tarea que en principio no le corresponde, aunque últimamente cada vez debe asumir más, que es la de informar a la población sobre el funcionamiento del sistema sanitario, aclarar dudas y ser receptoras de la indignación de los usuarios respecto a las decisiones de los dirigentes políticos.

Al margen de que haya aumentado el malestar del usuario en relación a la desfinanciación de fármacos, deberían analizarse mejor sus consecuencias sobre la sostenibilidad del sistema y sobre los tratamientos de los pacientes y su salud.

La experiencia de los medicamentos de los años 1993 y 1998 nos dice que uno de los fenómenos previsibles de la medida es que el médico, sintiéndose presionado por el paciente, le prescriba medicamentos

TRIBUNA JOSEP ESTEVE*



Desfinanciación de medicamentos y farmacia

para las mismas dolencias de precio más elevado pero incluidos en la financiación pública, lo cual anula el objetivo básico de la medida, que no es otro que la generación de ahorro al sistema.

Este hecho también comporta cambios en la medicación que el paciente está acostumbrado a tomar, por lo que puede incidir en el correcto cumplimiento que realiza del tratamiento prescrito.

Estas consecuencias pueden intentar ser evitadas a través de la mejora de la educación sanitaria que reciben los ciudadanos, lo que supone un reto para las autoridades, los

frenos, tenemos que concebir esta medida como una posibilidad de reforzar el papel del farmacéutico como asesor de la salud de los pacientes, en el autocuidado responsable y en el buen uso de los fármacos, sin descartar la aclaración de dudas sobre la sanidad y haciendo entendible la complicada regulación farmacéutica.

Nuestro sistema sanitario tradicionalmente ha sido muy paternalista con el ciudadano, coartándole su capacidad de decisión en temas que afectan a su propia salud y depositándola casi en exclusiva en el médico. No obstante, se ha mejorado mucho en la calidad de la información y en la educación que reciben los ciudadanos para hacer un buen autocuidado de su salud, y aquí el consejo farmacéutico adquiere mayor importancia, con el fin de conseguir la mayor eficacia posible de los tratamientos y reducir al máximo los riesgos relacionados con los medicamentos. En este escenario actual y por lo anteriormente expuesto, concebimos la desfinanciación de fármacos como una oportunidad para mejorar nuestra atención al paciente.

*Presidente de la Federación de Farmacias de Cataluña (Fefac)

LA IMAGEN



Juntos contra la diabetes. Las sociedades españolas de Farmacia Comunitaria (Sefac) y de Diabetes (SED) han elaborado una guía de consenso, apoyada por Sanofi, para facilitar el trabajo de farmacéuticos y médicos en el abordaje de la afección. Los expertos sostienen que el control y el cribaje son dos áreas donde el boticario juega un papel esencial. En la imagen, José Antonio Fornos, coordinador de la guía; Juan C. Ferrer, endocrinólogo; M^{re} Jesús Rodríguez, presidenta de Sefac; Sonia Gaztambide, presidenta de la SED, y Óscar Fillat, de Sanofi (ver página 24).

LEÍDO

El cáncer, principal causa de muerte en Europa

ELMUNDO.ES/SALUD

De las 4,8 millones de muertes ocurridas en los 27 países de la UE en 2007, casi la mitad, 2,02 millones, se produjo por cáncer y otras enfermedades crónicas, como la insuficiencia cardíaca o la respiratoria, según recoge un estudio publicado en la revista *BMJ Supportive & Palliative Care*. El resto se podrían atribuir a accidentes de tráfico y otros problemas, como las infecciones, que suponen muerte súbita.

Casi no sorprende que las enfermedades relacionadas con el corazón o con el cáncer estén a la cabeza de las principales causas de las muertes que se producen en Europa. Esta premisa la tuvieron en cuenta los investigadores de diferentes centros médicos europeos, como el Hospital Malteser en Bonn (Alemania) o el Hospital Universitario Gasthuisberg en Lovaina (Bélgica), cuando diseñaron su estudio, pero su principal propósito era conocer en qué grado esas patologías afectaban a la mortalidad y las diferencias que se daban entre los países de la UE

para poder establecer diferentes estrategias en función de esas divergencias.

De este modo, comprobaron que de las 2,02 millones de muertes atribuibles a problemas crónicos, el cáncer fue responsable del 42,2 por ciento de fallecimientos, seguido de la insuficiencia cardíaca crónica (5,7), la enfermedad respiratoria crónica (3), la diabetes (2,2), la insuficiencia hepática crónica (1,8), la demencia (1,6), enfermedades neurológicas (0,8), la insuficiencia renal crónica (0,7) y el VIH (0,1).

¿Qué países son los más afectados por estas patologías crónicas? Pues a la ca-

beza, según el estudio, se encuentra Bulgaria, Hungría, Dinamarca, Alemania, Italia, Bélgica y Holanda. En cambio, los menos afectados son los ciudadanos de Chipre, Irlanda, Eslovaquia o Finlandia. De un total de 27, España está en el puesto número 11 de personas fallecidas por problemas crónicos, como el cáncer.

FE DE ERRORES

En el suplemento de Distribución publicado en el número anterior se indicó incorrectamente el cargo de Sofía Azcona, de Cofares. Es directora general de Desarrollo Estratégico.

LO QUE PASA

FRANCISCO J. FERNÁNDEZ*



Hombres de negro

Mientras el Gobierno decide si pide el traído y llevado rescate a Europa, hay dos preguntas básicas que se repiten. Una es si debe o no hacerlo, en función de los beneficios que España obtendría y los inconvenientes, ligados éstos en parte a las condiciones. La segunda se refiere a éstas: ¿cuáles serían?

En lo que respecta a sanidad y farmacia puede dar algunas pistas un vistazo al memorándum de mayo de 2011 con las condiciones fijadas por la *Troika* a Portugal.

El objetivo esencial marcado por los llamados *hombres de negro* sería potenciar la eficiencia en el sistema sanitario, sobre la base de un uso más racional de los servicios, el control de los gastos en general y la reducción, en particular, del gasto en medicamentos.

Para empezar, exigían "revisar e incrementar" los copagos o "tasas moderadoras", limitando exenciones y estableciendo diferencias entre los copagos en primaria (más asequibles) y en especialidades y Urgencias, y velando por que tales tasas suban con la inflación. A esto se añadía la reducción del coste de las mutuas sanitarias de funcionarios, con el fin de que para 2016 se autofinancien.

En el caso de los fármacos, se instaba a apretar las tuercas en los precios de referencia, agilizar la entrada de genéricos e "inducir" al médico a prescribir EFG y las marcas más baratas, estableciendo guías de prescripción (también de pruebas diagnósticas) y controlando el perfil prescriptor. Además, se pedía reducir al máximo los márgenes de las boticas, "salvaguardando la rentabilidad de pequeñas farmacias en áreas remotas".

En general, se reclamaba la centralización de las compras para el sistema, de fármacos, productos y equipamientos, y la reducción del gasto en contratos con proveedores privados, para lo que se exigía garantizar la competencia entre ellos.

En cuanto a la prestación sanitaria desde centros públicos, se pedía reforzar la AP para "reducir visitas innecesarias a especialistas y Urgencias". Para ello se aconsejaba aumentar el número de equipos si fuera necesario y reforzar su eficacia por la vía de mejorar la coordinación y la vinculación de parte del salario a resultados.

Las medidas eran aún más ambiciosas para hospitales. Concentración y racionalización de centros, reducción de plantillas, traslados de ciertos pacientes de consultas externas a AP, flexibilidad para la movilidad de profesionales entre centros y regiones, mayor control sobre "las horas de trabajo y actividades de los profesionales en el hospital", mayor transparencia en la selección de los responsables hospitalarios, publicación de guías clínicas y auditoría sobre su aplicación, establecimiento de un sistema que compare la calidad de la prestación entre centros... Y análisis de los perfiles de los médicos (especialidad, edad...) para identificar necesidades futuras.

Ni España es Portugal ni las condiciones que se establecerían en el caso de que España reclamara el socorro europeo tendrían que ser las mismas. Pero la lectura de las exigencias a Lisboa en sanidad bien puede orientar sobre cómo se conducen los *hombres de negro*.

A vuelapluma, da la sensación de que en fármacos y farmacia España tiene recorrido casi todo el camino en cuanto a recortes y quedaría mucho por hacer en la organización y prestación de servicios sanitarios.

Mientras el Gobierno deshoja la margarita, no está mal revisar el documento para Portugal. Y no sólo por aquello de *las barbas del vecino*. Se antojan llenas de sentido algunas de sus medidas, con o sin *hombres de negro*.

*Director

fjf@correofarmaceutico.com