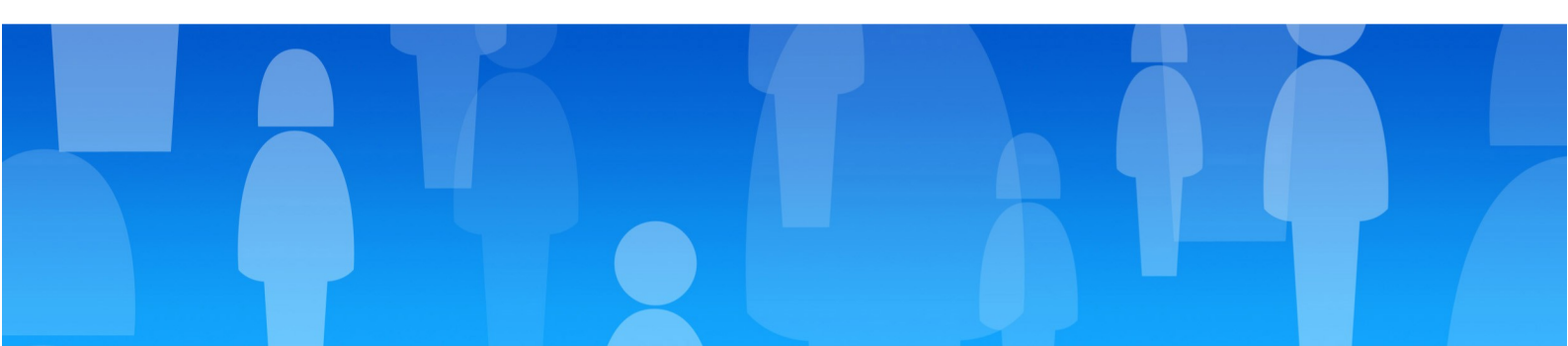


SOBRE EL DESFINANÇAMENT PÚBLIC DE FÀRMACS

El dia 28 de juny s'ha fet públic el "[Proyecto de Resolución de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud](#)

Segons la resolució queden exclosos del finançament públic 426 fàrmacs, entre els quals es troben fàrmacs d'escàs o nul valor terapèutic (vasodilatadors cerebrals, antiinflamatoris d'us tòpic..) i altres que tenen valor terapèutic o sense millor alternativa al mercat (antiàcids, antitussígens, analgèsics, laxants..). Estem d'acord en retirar els fàrmacs no efectius, fa temps que s'hauria d'haver fet, però no podem estar d'acord amb el conjunt de la resolució. L'argument fonamental de la mesura és l'estalvi (uns 400 milions d'euros/any) i el mecanisme pel qual s'ha elaborat el llistat no està basat en cap proposta d'organismes científics i professionals, sinó segons el grau d'acord entre les propostes de les CCAA i sembla ser també amb l'acord de Farmaindústria (<http://medicocritico.blogspot.com>).

De fa temps els professionals reclamem mesures de racionalització del finançament públic de fàrmacs. Mesures que entenem han d'estar basades en criteris d'efectivitat demostrada, elecció del menor preu dins la mateixa efectivitat i coneixement ampli del perfil de seguretat. Fer una "neteja" de fàrmacs finançats en base a aquests criteris suposaria un important estalvi per als pressupostos públics i un bé per a la salut dels ciutadans ([Prescripció saludable de medicaments en temps de crisi](#)). Només amb el desfinançament dels [SYSADOA](#) (regeneradors de cartílag) podem estalviar uns 100 milions d'euros/any. Si comptéssim els fàrmacs *me too* (estatines, ARA II, IECAs, IBP..) l'estalvi se situaria en milers de milions d'euros ([Crisis y política de medicamentos](#)). El que no sembla raonable, és que alguns grups terapèutics s'hagin tret de manera completa, com poden ser els antiàcids o els laxants o els antidiarreics, perquè deixen a una important part de la població sense accés al medicament (moltes persones grans necessiten laxants, per exemple) i perquè es produirà l'efecte [desplaçament de prescripció](#). Si no es pot receptar un almagat, és molt probable que es reapti un IBP, més car i menys segur.

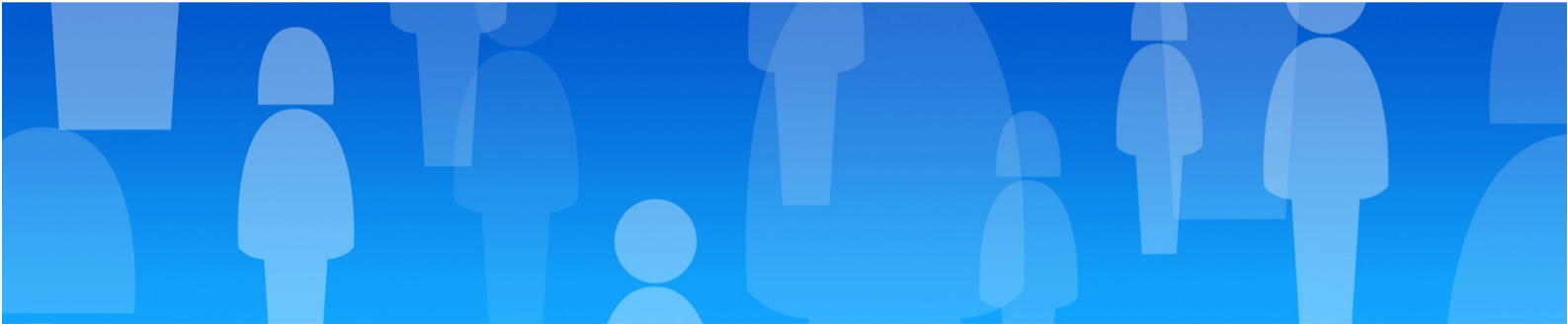


Les conseqüències d'aquesta mesura seran diverses:

- A nivell dels usuaris: caldrà que es paguin el fàrmac, i estaran exposats a una menor seguretat, perquè els fàrmacs que es comprin sense prescripció no tindran cap, o escàs, control mèdic.
- A nivell professional: ens crea una situació de conflicte professional i ètic: haurem de recomanar fàrmacs que les persones hauran de pagar i estarem sotmesos a les pressions de qui ens sol·liciti productes alternatius finançats que no sempre seran millors i sovint més cars.
- A nivell social: hi haurà més despesa privada en salut, augment de desigualtats, i desorientació respecte l'ús racional dels medicaments
- A nivell del sistema: com en altres experiències de desfinançament, no es produirà un estalvi real, degut a l'efecte desplaçament de prescripció.

No podem estar d'acord amb aquestes mesures i demanem que es porti a terme **una nova resolució de finançament selectiu que es basi en triar els fàrmacs més adequats per a cada problema de salut**, de primera, segona i tercera elecció sobre la base de criteris d'eficàcia, efectes indesitjats, comoditat i cost. I mantenir el finançament d'almenys un fàrmac de cada grup i subgrup terapèutics. No es tracta de treure tots els antitussígens, per posar un exemple, sinó de treure les estatines més cares que la simvastatina, per posar-ne un altre. Entenem que aquesta selecció exclouria els fàrmacs *me too* i tots els no efectius i aquells que tenen equivalents terapèutics amb presentació genèrica. Hi ha altres mesures que es poden aplicar sense massa esforços com és ara la dispensació per la oficina de farmàcia de les dosis necessàries segons la durada del tractament.

Qualsevol política de racionalització i millora de la prescripció farmacèutica hauria de contemplar **mesures estructurals sobre la informació dels medicaments** (i la investigació clínica en la qual suposadament la informació es basa). Mentre la informació sigui produïda per la indústria farmacèutica, les coses es faran a l'inrevés de com s'han de fer. Les prioritats de la investigació clínica les ha de saber marcar el sistema de salut (els seus professionals hi tenim un paper fonamental), i no les companyies farmacèutiques. La informació sobre medicaments i terapèutica hauria de ser exclusivament la produïda per



fonts independents de la indústria.

Atès el complexe entramat (política-indústria-professionals-mitjans de comunicació) en què ens trobem cal **regular els conflictes d'interessos de societats científiques, de professionals, d'associacions de pacients i de periodistes i mitjans de comunicació**. Cal que es declarin. Cal obligar a la declaració de conflictes d'interessos (inclosos els pagaments per viatges i assistència a congressos) dels professionals que pertanyen a comissions o subcomissions que puguin fer recomanacions, que seleccionin medicaments d'elecció o que puguin tenir relació amb els patrons d'ús de medicaments. Cal que els contractes de nous professionals diguin alguna cosa sobre els conflictes d'interessos i la prohibició de relacions amb les companyies farmacèutiques en les quals hi hagi interessos crematístics (en forma de diner pagat directament o en forma d'ajuts a la recerca o a la "formació continuada"). Cal acabar amb la pràctica de que els professionals rebin vistadors en els centres dels serveis sanitaris públics.

En aquests difícils moments convé que els professionals no ens confonem i mantinguem unes línies de treball compromeses amb l'ètica i la qualitat. Hem de fer servir criteris de prescripció basats en l'efectivitat i la seguretat. Ho haurem d'explicar molt bé, haurem de resistir les pressions per a la substitució de fàrmacs no finançats, posarem a prova la confiança amb els pacients. En tot cas, aquesta és una de les feines que toca fer ara (fa uns anys havíem d'explicar que les injeccions de *per se* no eren millors que els tractaments orals, per exemple). Als professionals de l'atenció primària tocarà la major part de l'esforç. També recau sobre nosaltres la responsabilitat de la major part de la prescripció **(tenim un poder clínic extraordinari!)**. És una oportunitat per reclamar el nostre rol, la nostra funció de coordinar i "dirigir" els tractaments de les persones que atenem, per fer un pas més per negar-nos a la prescripció "induïda" i posar una mica de seny en els plans de medicació.

Juliol 2012