

## Gasto farmacéutico e política sanitaria

Vaamonde García, P.

Presidente da AGAMFEC

CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 197-200

O gasto sanitario medra de xeito incontrolado. É tal o seu incremento que moitos expertos poñen en cuestión o sostemento do sistema público de seguir o ritmo actual. A mellora de prestacións, a cobertura sanitaria universal, a incorporación de novas e caras tecnoloxías, o envellecemento da poboación, o incremento das patoloxías crónicas, a tendencia a "consumir" servicios sanitarios: moitos son os factores que favorecen o aumento do gasto. Ben é certo, tamén, que o gasto público sanitario español é dos máis baixos da Unión Europea que integraban 15 países (UE-15). Representa só un 5,8% do Producto Interior Bruto (PIB), namentras que o promedio da UE-15 é de 7,2% (Vicenc Navarro, El País, 22-09-04).

De entre todos os factores que incrementan o gasto sanitario o máis decisivo é o **gasto farmacéutico**. O profesor Álvarez Corbacho ten escrito sobre a cuestión: "Entre 1996-2002 o gasto de persoal medrou o 5% namentras que o gasto en farmacia fixoo a unha taxa do 14,4%. Ou sexa, mentres os traballadores do Sergas apenas manteñen o poder adquisitivo e están sometidos a fortes procesos de precarización resulta incuestionable o enorme beneficio que recibe a industria farmacéutica" (La Voz de Galicia, 06-07-04). O deterioro das condicións de traballo na sanidade pública son evidentes. A insatisfacción existente entre os profesionais revélase nunha enquisa recente realizada polo Consello Galego de Colexios Médicos: un 25% dos médicos galegos participantes no estudo estaría disposto a cambiar de profesión se fose posible (CGCM, 09-04). Algo serio está fallando e compe poñer remedio con urxencia, porque o "factor humano" é clave para que o sistema público siga a realizar unha asistencia sanitaria de calidade e satisfactoria para os usuarios.

### O CONSUMO DE MEDICINAS

O medicamento é, ademais de instrumento terapéutico e "placebo socio-político", un ben de consumo, un produto que está no comercio e que se merca, no 95% dos casos, por indicación do médico. O médico da sanidade pública establece unha relación non comercial cos seus pacientes, pero dos seus actos derívanse importantes efectos económi-

cos para o sistema sanitario, para a industria farmacéutica e para a sociedade en xeral.

O incremento do gasto en farmacia é alarmante e compe atallar esta escalada. Diversos son os factores que provocan un aumento do gasto en medicinas. Inflúe, de maneira importante, a poboación atendida: o envellecemento e o aumento das patoloxías crónicas, o consumismo social, a "medicalización" de patoloxías banais, a crecente realización de actividades preventivas, a automedicación, a graitude dos medicamentos para os pensionistas. Todos estes factores pesan sobre a factura das farmacias. Tamén se sinala ao médico como principal inductor de gasto. A deficiente formación farmacolóxica, a ausencia de criterios económicos á hora de realizar a prescripción e a relación coa industria a través da visita médica coa posible oferta de "prebendas": estes elementos teñen sido citados, mesmo polas autoridades sanitarias, como datos importantes para explicar o espectacular incremento do gasto en medicinas.

### OS NOVOS FÁRMACOS

Pero hai tamén factores de tipo "estructural". A continúa aparición de medicamentos "novedosos" e o precio elevado dos mesmos é o factor que explica, por sí mesmo, o 70% do incremento do gasto en fármacos. Compe preguntarse se estes novos medicamentos son realmente necesarios e se aportan melloras notables sobre os xa existentes. Penso que non. Máis ben habería que dicir que "no mundo farmacéutico actúase dun modo absurdo, como se todo o novo fose mellor e sempre merecera ser máis caro, moito máis caro" (Costas Lombardía, El País, 05-10-2000).

A doctora Marcia Angell (ex-directora de "The New England Journal of Medicine") afirmou sobre esta cuestión: "A maioría dos fármacos novos non o son en absoluto. Trátase xeralmente dos chamados fármacos "eu tamén", que son lixeiras variacións de medicamentos anteriores que xa se están vendendo. Dos novos fármacos comercializados nos últimos seis anos o 78% non foron novos compostos químicos: eran simplemente novas combinacións ou diferentes fórmulas de fármacos anteriores, con poucas posibilidades de aportar unha mellora sobre os fármacos

xa á venda". (El País, 21-09.04). Así é que a industria farmacéutica, xunto coa armamentística, é das máis rendibles na actualidade. Manteñen precios altos para conseguir elevados beneficios. O precio dos fármacos non se xustifica polo gasto en I+D: máis do 30% dos seus ingresos vanse en *marketing* e administración.

Segundo o visto, haberá que arbitrar medidas que melloren a educación sanitaria e o bon uso dos servicios sanitarios e dos fármacos, haberá que introducir mecanismos que faciliten e garantan unha prescripción de calidade e autónoma por parte do médico, pero, por enriba de todas estas medidas, hai unha clave: haberá que poñer freo ás empresas da industria farmacéutica que están a conseguir que unha cantidade crecente dos presupostos da sanidade pública vaian parar ás súas arcas. As autoridades sanitarias europeas e españolas terán que negociar con seriedade para deter esta sangría.

### POLÍTICAS DE DISTRACCIÓN

Sendo éste o elemento fundamental para frear o gasto en farmacia, as políticas emprendidas ata o momento tanto en España como en Galicia non foron nesa dirección. Analicemos brevemente algunhas das principais medidas adoptadas no Estado para reducir o gasto en farmacia: as listas negativas de medicamentos, os prezos de referencia e os xenéricos.

As listas negativas de medicamentos (os chamados "*medicamentazos*", realizados polos gobernos do PSOE e do PP) supuxeron a retirada da prescripción da Seguridade Social dun numeroso grupo de fármacos, moitos dos cales estaban xa en desuso e que tiñan, na súa grande maioría, unha utilidade terapéutica baixa. Sendo ésta, en sí mesma, unha medida positiva, pois reduce o volumen do noso excesivo "*vademécum*", non contribúe a reducir o gasto en farmacia: algúns fármacos *antiguos* (baratos) son substituídos na práctica clínica por outros máis *modernos* (caros).

A fixación de prezos de referencia para os principios activos e a potenciación do uso de medicamento xenéricos non dou os resultados apetecidos. Á parte de aplicarse a un reducido grupo de fármacos (que representa menos do 10% do mercado) o cálculo dos prezos de referencia fíxose de tal xeito que moitos medicamentos con nome de *fantasía* teñen prezos por debaixo dos xenéricos. En conclusión: receitar xenéricos non sempre é receitar máis barato. Polo demais, os laboratorios fabricantes de produtos xenéricos medraron coma fungos e entraron nunha competencia entre eles un tanto opaca, empregando métodos que rozan

a legalidade como poden ser as bonificacións directas ás oficinas de farmacia (regalar unha caixa de medicamentos pola venda doutras dúas, por exemplo).

### MEDIDAS ADOPTADAS EN GALICIA

En Galicia nos últimos anos, dende a chegada de Berta Cuña á División Xeral de Farmacia, tamén se adoptaron diversas medidas para tentar corrixir o gasto en farmacia, sen que se obtivesen resultados positivos.

1. **A receita electrónica.** En 1999 os medios de comunicación deron noticia de que o Sergas estaba a deseñar un moderno sistema de prescripción denominado "receita electrónica". Galicia aparecía como pioneira na creación dun sistema para examinar a prescripción do médico e validar as receitas nas oficinas de farmacia mediante un complexo sistema informático. Afirmaba a directora xeral que se trataba de "dispór de toda a información que rodea a prescripción e dispensación dunha receita para lograr que ambas accións sexan correctas, atendendo á terapéutica oficial e ao historial do paciente" (Diario Médico, 21-10-99). Provocouse unha intensa resposta dos profesionais que entenderon a medida como un xeito de fiscalización da actuación do médico ante o enfermo. Tal proxecto quedou aparcado (non sabemos a que custo) e hoxe, cando se fala da receita electrónica, faise referencia á necesidade urxente de informatizar a consulta médica e a prescripción, mais non de vixiar e supervisar a actuación do médico, como se todos estivesen baixo sospeita.
2. **Os farmacéuticos de Atención Primaria.** Mediante o Decreto 176/01 créanse os servicios de farmacia nos centros de Atención Primaria. A estes profesionais atribúense, entre outras funcións, as de elaborar unha guía farmacoterapéutica, implantar un sistema de detección de posibles problemas relacionados cos medicamentos e levar a cabo a *consulta farmacéutica*. A chamada "atención farmacéutica" -que non existe en ningún lugar do mundo- é un invento sen sentido pero non inócua. Atribúe funcións médicas a uns profesionais que non están formados especificamente para facer atención sanitaria (non estudian anatomía, fisioloxía, psicoloxía, nin outras materias precisas para afrontar a atención directa ás persoas coas garantías esixibles), e crea un elemento de distorsión na relación médico-paciente -que debe estar baseada na confidencialidade e na confianza mútua-. ¿Cómo reaccionará o paciente se o farmacéutico pon pegas á prescripción feita polo seu médi-

co? Pois ben, a pesar de todas estas razóns, perto dun cento de farmacéuticos están xa contratados nos Centros de Saúde, se ben non lograron levar a cabo as funcións atribuídas no citado decreto.

3. **Programa de incentiación da calidade da prescripción en AP (2002).** O obxectivo deste proxecto foi o de implicar aos médicos de AP para que se corresponsabilicen das boas prácticas de prescripción e adecuar os tratamentos ás evidencias científicas. Unha serie de indicadores miden a calidade da prescripción según uns criterios previamente establecidos sobre varios grupos farmacolóxicos, consignando unha incentiación económica a aqueles profesionais que obtivesen uns determinados niveis de calidade. Sendo, con moito, a proposta máis valiosa deseñada desde a División de Farmacia, os seus resultados son deficientes debido, entre outras razóns, á escasa visibilidade do sistema, á deficiente cuantía dos incentivos e ás notables demoras na súa execución. Nestes momentos, os médicos galegos non saben con certeza se o programa sigue a funcionar ou está cancelado.
4. **Homologación sanitaria das receitas** (Decreto 244/03). Existen unha serie de fármacos e produtos sanitarios que, polas súas características especiais ou polo seu custo, requiren dun visado previo á dispensación nas oficinas de farmacia. Desde o mes de abril de 2003 esta función, que viñan realizando os inspectores médicos tal como corresponde, foi atribuída aos farmacéuticos de AP. Isto representa un evidente intrusismo xa que se atribúe aos farmacéuticos a función de admitir ou rexeitar a prescripción realizada por un médico. A prescripción forma parte indivisible do acto médico e non pode ser avaliada fora do seu contexto. Os colexios médicos de Galicia presentaron recurso ante este presunto delito, sen que os tribunais se teñan pronunciado, polo momento.
5. **Programa de unidoses (2003).** Outro dos proxectos aireados aos catro ventos polo ex-conselleiro nos medios de comunicación foi o da "dose personalizada". Deste xeito ao paciente nas oficinas de farmacia daríase o número exacto de comprimidos para cada tratamento. Esta medida, aplicable só para tratamentos con antibióticos, é de curto alcance para contribuír á redución do gasto, e non está exenta de riscos: a manipulación para o reenvasado, o perigo de erros e contaminacións, o desperdicio de materiais. Québrase a seguridade e calidade da moderna produción e envasado

das medicinas co manoseo nas reboticas. Este programa, posto en marcha en maio de 2003, tiña unha poboación destinataria do 16% dos usuarios do Sergas, afectando a 50 centros de saúde, 370 médicos e 170 farmacias. O Consello de Contas de Galicia, no seu informe de fiscalización, afirma: "Non se obtivo constancia documental sobre a cuantificación dos obxectivos fixados". Fume de cores, unha vez máis.

6. **Regulación da visita médica (2004).** Unha das últimas actuacións de Hernández Cochón, antes de ser cesado, foi anunciar unha regulación da visita médica. Xa existe unha regulación e un código ético que establece unha serie de requisitos para a mediación que os visitantes realizan entre os médicos e as empresas farmacéuticas. Ben é certo que a visita médica non cumpre a súa función: lonxe de aportar información terapéutica e actualización das novidades os visitantes exercen unha función de promoción comercial con estratexias de *marketing* perfectamente ensaiadas. É preciso reconducir a cuestión, mais non na dirección sinalada polo ex-conselleiro: sempre apuntando aos médicos como corruptos potenciais. A corrupción existe entre os médicos (e haberá que perseguir a aqueles que a realicen), pero non nunha proporción superior á que se da no resto da poboación e mesmo entre os políticos. De todos xeitos, e por fortuna, o ex-conselleiro non tivo tempo a publicar o seu decreto.
7. **"Concerto para a execución da prestación farmacéutica polas oficinas de farmacia".** Unha das primeiras actuacións do novo conselleiro, González Álvarez, foi asinar cos catro colexios de farmacéuticos de Galicia o citado convenio que aporta, como principal novidade, a súa decidida aposta pola promoción da atención farmacéutica. Así pois, unha vez fracasado o intento de facer "atención farmacéutica" cos farmacéuticos contratados nos centros de saúde, agora vaíase atribuír esta función, que xa foi descrita, ás oficinas de farmacia. Digámolo pronto e claro: hoxe a farmacia é "un simple punto de venda de medicamentos fabricados e envasados pola industria farmacéutica" (Costas Lombardía), e do seu emprego nunca é responsable o farmacéutico senon o médico que os receita. A chamada atención farmacéutica -que tamén defende o PSOE no seu plan farmacéutico- non é máis que un procedemento artificial e absurdo que pretende engadir funcións clínicas aos titulares das oficinas de farmacia. Este concerto asinado recentemente (setembro-2004) e o nomeamento dun far-

macéutico como Director Xeral de Asistencia Sanitaria só fan presaxiar que os ventos seguen a soprar do mesmo lado.

### **CONCLUSIÓN**

As medidas adoptadas en Galicia para controlar o gasto farmacéutico, ademais da súa inutilidade, teñen outro elemento en común: case todas culpabilizan ao médico e ao paciente do gasto e do mal uso dos fármacos. Xa vimos

que a contención do gasto farmacéutico pasa por adoptar outro tipo de medidas estruturais. Pero tamén é certo que a contribución de médicos e pacientes é imprescindible. Máis esta non se consegue coa culpabilización e a fiscalización da actividade, senon con políticas que fomenten o compromiso dos profesionais coa sanidade pública como proxecto común e compartido.

*A Coruña, outubro 2004.*