

Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011

Propuestas de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) referidas al desarrollo normativo y reglamentario del citado Real Decreto-ley

INTRODUCCIÓN

La SEMG estima que constituye un hecho altamente positivo en el marco de nuestro contexto sanitario que se haya logrado el consenso de una norma por parte de los responsables de todos los servicios autonómicos de salud, lo cual sin duda representa un hito en nuestro descentralizado Sistema Nacional de Salud. Instamos a todas las partes a perseverar en este camino.

Por ese mismo motivo, la SEMG entiende que, salvando las peculiaridades y la capacidad de decisión de cada Comunidad Autónoma, nuestras administraciones sanitarias (tanto la central como las autonómicas) deben velar por que los ciudadanos dispongan de prestaciones exigibles y disponibles en cada servicio regional de salud, independientemente de cualquier otra consideración de tipo político o demográfico. En este ámbito, es deseable que cualquier regulación que se haga de la prestación farmacéutica conlleve el máximo nivel de uniformidad para no generar ningún tipo de discriminación (positiva o negativa) directamente relacionada con la Comunidad Autónoma encargada de dicha prestación.

El nuevo modelo de precios de referencia establecido en este Real Decreto-ley dispone un mecanismo más ágil de actuación sobre el mercado farmacéutico. Los fármacos y productos sanitarios que opten por acogerse a este mecanismo deben ser tratados de manera equitativa por el sistema sanitario a la hora de facilitar su presencia en el acervo de los prescriptores, y a partir de ese momento no podrá justificarse ningún tipo de estrategia que propenda a alterar esa equidad en el trato por parte de los responsables de las administraciones sanitarias.

Los profesionales de la medicina somos conscientes de que en el desempeño de nuestra profesión en el marco del Sistema Nacional de Salud debemos hacer frente a dos tipos de responsabilidades: la salud y el bienestar de nuestros pacientes, y nuestro compromiso con la sostenibilidad de un sistema sanitario que depende en gran medida de nuestras decisiones terapéuticas. Todo ello se apoya en el conocimiento actualizado y en la elección de fármacos de seguridad y eficacia probadas, y tomando como referencia además los costes de los mismos. Por ello, uno de los mayores aciertos de nuestro Sistema Sanitario fue separar claramente la prescripción de la dispensación de fármacos, de manera que los beneficios comerciales derivados del empleo de medicamentos no revirtieran sobre los profesionales encargados de pautarlos a los pacientes. A lo anterior, por otra parte, se une el hecho de que el prescriptor dispone de la información sustancial y de la mejor capacidad de interpretación de dicha información referida al paciente. La SEMG entiende, por tanto, que hay suficientes razones de tipo ético y clínico para mantener esa clara separación de papeles entre profesionales sanitarios relacionados con el medicamento; por ello, se deben establecer los mecanismos correctores suficientes para que no se altere este equilibrio y para que ninguno de los actores relacionados con la fabricación, distribución y dispensación de medicamentos se arrogue la facultad de decidir qué medicamento recibe cada paciente.

El cumplimiento terapéutico es uno de los mayores problemas, especialmente en la población anciana. En ella los déficits sensoriales suelen ser profundos, lo que complica el seguimiento de los tratamientos pautados, a veces en número elevado. En estas personas, la apariencia de los envases y la forma física de las presentaciones farmacéuticas constituyen elementos de inestimable ayuda a la hora de la toma de fármacos. Esto es un hecho constatado, lo mismo que, por el contrario, es conocida la frecuente generación de problemas relacionados con los medicamentos derivados de la deficiente identificación de los mismos o de la confusión entre ellos por parte del paciente anciano.

Por todo lo anterior, y tras estudiar con detenimiento el texto del articulado del citado Real Decreto-ley, la SEMG expone que en el desarrollo normativo y reglamentario del mismo se recojan las siguientes

PROPUESTAS

1. Dada la trascendencia sanitaria de las medidas a implementar, y en aras de garantizar la equidad de las presentaciones farmacéuticas en todo el Sistema Nacional de Salud, resulta de todo punto imprescindible que todas las Comunidades Autónomas apliquen de manera uniforme dichas medidas, bien sea mediante acuerdo expreso en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, bien mediante la promulgación de una norma de obligado cumplimiento por parte de todas y cada una de ellas.
2. Una vez que se pone en marcha esta modificación del sistema de precios de referencia, dado que todos los medicamentos incluidos en un mismo conjunto se ajustan a dicho precio, no tiene sentido que desde ningún ámbito de la administración sanitaria se promueva o se incentive la prescripción de determinados medicamentos en detrimento de la de otros del mismo conjunto.
3. Se debe garantizar que el prescriptor sea el único con capacidad para elegir el medicamento (ya sea con denominación EFG añadida a la del fabricante o con denominación comercial) que debe ser dispensado al paciente.
4. Se debe mantener la garantía expresada en el artículo 1, apartado Seis, punto 2, acerca de que “la prescripción, indicación o autorización de dispensación se podrá realizar identificando el medicamento o, en su caso, el producto sanitario por su denominación comercial”.
5. En cada paciente se debe garantizar la posibilidad de que a lo largo de todo el curso de su enfermedad emplee siempre el mismo medicamento, ya sea mediante su identificación como EFG añadida a la del fabricante o mediante su denominación comercial.
6. La prohibición acerca del “ofrecimiento directo o indirecto de cualquier tipo de incentivo, bonificaciones, descuentos, primas u obsequios, por parte de quien tenga intereses directos o indirectos en la producción, fabricación y comercialización de medicamentos a los profesionales sanitarios implicados en el ciclo de prescripción, dispensación y administración de medicamentos”, recogida en el artículo 1, apartado Dos, no pasará de ser una simple previsión si no se establecen medidas disuasorias y punitivas reales de tales conductas para cada uno de los tipos de tales profesionales sanitarios referidos.
7. De cara a limitar las distorsiones y las más que probables modificaciones en las prescripciones de medicamentos crónicos, resulta preocupante la previsión establecida en el artículo 1, apartado 9, punto 3, acerca de que “la determinación de

los conjuntos y sus precios de referencia, así como la revisión de los precios de referencia de los conjuntos ya determinados se realizará, a la mayor brevedad posible, cuando concurran los requisitos previstos en la normativa para la determinación de un nuevo conjunto o revisión de los existentes, y como mínimo una vez al año”. En este sentido, sería deseable fijar un periodo mínimo de estabilidad de los precios de referencia de cara a no promover inconvenientes innecesarios en la prescripción de medicamentos de larga duración para pacientes con enfermedades crónicas.

En Madrid, a treinta de Septiembre de dos mil once.