

CARTA DEL EDITOR

SALUD

La inversión incuestionable



Santiago de Quiroga

Editor de El Global

@santidequiroya

Durante años hemos creído que las partidas presupuestarias destinadas a los medicamentos con cargo a fondos públicos **era un gasto**. Hasta tal punto, que existía, y perdura aún la idea de que hay que reducir el "gasto" a través de limitar la prescripción de los medicamentos.

Disuadir de prescribir

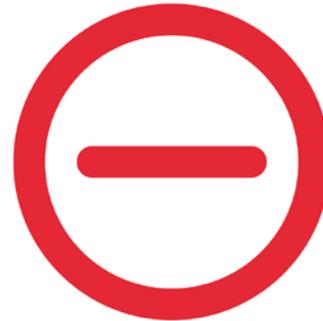
No ha faltado durante años la incorporación de elementos para disuadir del "gasto en medicamentos". Incorporar elementos que aseguren la **correcta prescripción** de los medicamentos, por otro lado, es adecuado. Las guías terapéuticas, los consensos y recomendaciones, o los IPTs van en esta línea. Pero los recursos destinados a los medicamentos, puesto que se utilizan para curar o aliviar una enfermedad, **son una inversión**.

La lucha contra la Covid: una inversión

Ha tenido que venir una pandemia para poner en evidencia el tremendo error de considerar la **sanidad como un gasto "imposible de controlar"**. Los medicamentos, los productos sanitarios y el sistema en su conjunto es una inversión que retorna a la sociedad.

Contra los argumentos de "ahorrar" en sanidad hay evidencias que mostrar. España posee una **esperanza de vida alta**, y nuestra sanidad es la más **universal del mundo**. En España todas las personas que lo desean se tratan en el sistema público.

Además, las enfermedades crónicas aparecen con más frecuencia en las personas con más edad. La **incidencia y prevalencia de las**



enfermedades se incrementa, y con ello el coste de la atención a los mayores. No quiero insistir en un análisis economicista al recordar que una **sociedad sana es más productiva**. Y no lo haré porque **envejecer de manera sana** puede que sólo tenga un beneficio para las **personas mayores**, que no son una fuerza productiva, en términos económicos, como el resto de la población.

No, llegar a mayor, y hacerlo con salud y correctamente atendidos, es un **derecho que en España es posible**. Pero hay que descartar el pensamiento de que debemos ahorrar de la sanidad a toda costa.

Gastar mejor pero no gastar menos

En el pasado he asistido a reuniones en las que se comparaba el **consumo de medicamentos oncológicos** en un centro hospitalario en un año y en el precedente. La disminución de dicho consumo era interpretada como una **"política de control del gasto eficaz"**.

Se trata de una barbaridad que, por un tiempo, anidó en la mente de gestores poco imaginativos. Para realizar la comparación correcta,

debes analizar el número menor de tratamientos instaurados, el **menor número de pacientes atendidos** y curados. No es gastar menos, sino gastar correctamente y conseguir la mayor rentabilidad a través de un mayor número de pacientes tratados.

A favor y en contra

Un ejemplo que muestra que es posible obtener ahorros, y reinvertirlos en tratar más pacientes, son los **biosimilares**. Con la disminu-

ción del precio de éstos se puede ampliar el número de pacientes a tratar, pero no "ahorrar".

Por el contrario, otro ejemplo que muestra la carencia de ahorro es instaurar un **visado económico**, cuando sólo pretende evitar que se instaure un tratamiento. La **seguridad** del paciente es la **única razón objetiva** para un control de la prescripción.

Si se prescribe según ficha técnica existe un beneficio para el paciente. En España se dan casos, incluso, que el visado va en **contra de la ficha técnica** aprobada. Y también del sentido de ahorro, por imponer visados en tratamientos más económicos que los que carecen de éste.

Sin duda, la pandemia nos ha hecho recordar que las inversiones en salud siempre obtienen un **retorno a la sociedad**. No nos cuestionamos lo que costará salir de la pandemia. Porque sabemos lo que es que la salud esté seriamente amenazada.

En pandemia y fuera de ella, el sistema sanitario debe contar **con los recursos adecuados** para mantener la salud de nuestra sociedad.

CON LA VENIA: Y esto, ... ¿por qué?, ¿dónde lo dice?



Jordi Faus

Abogado y socio de Faus & Moliner

@FausJordi

En derecho, interrogarse sobre el fundamento jurídico de cualquier actuación es imprescindible; especialmente en derecho público donde las administraciones están sujetas al principio de vinculación positiva, sólo pueden hacer lo que la norma les permite y en las condiciones que la norma establece. Hacerse estas preguntas es reflejo de cualidades como la curiosidad y vocación de aprendizaje, esenciales en nuestra profesión. Cuento esto para ilustrar la satisfacción que me produjo, unas semanas, que un miembro de nuestro equipo plantease, en una reunión interna, dónde están regulados los Informes de Posicionamiento Terapéutico, sus efectos jurídicos, quien es competente para aprobarlos; qué relación guardan con REvalMED, y qué derechos tiene la empresa en caso de discrepancia de contenido.

Para navegar entre las normas y documentos que pueden dar respuesta a estas preguntas no hay inteligencia artificial que valga; hace falta una buena dosis de lo que yo llamo inteligencia artesanal, donde confluyen rigor, perseverancia y espíritu crítico. El resultado es el siguiente: en nuestro ordenamiento jurídico positivo, sólo dos disposiciones se refieren a los IPT's: la Ley 10/2013 dice que las actuaciones orientadas a establecer la posición de un medicamento en la prestación farmacéutica y su comparación con otras alternativas tendrán una base científico técnica común para el SNS y se realizarán en el marco de los informes de posi-

cionamiento de la AEMPS, de carácter vinculante. Por otro lado, el Real Decreto 735/2020 atribuye a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia la competencia para "coordinar el sistema de evaluación en red de los medicamentos de uso humano, la realización de los IPT".

La conclusión es clara: la competencia para aprobar los IPT's reside en la AEMPS, y la previsión de que algún grupo integrado en REvalMED sea quien los apruebe (como señala el "Plan para la consolidación de los IPT de los medicamentos en el SNS") es jurídicamente incorrecta. Nuestro ejercicio de inteligencia artesanal, además, nos anima a revisar a fondo de la cuestión. En la Ley de Garantías, originalmente, se decía que la CIPM debía tener en consideración los "informes sobre utilidad terapéutica" que elaboraría la AEMPS "con una red de colaboradores externos constituida por expertos independientes de prestigio científico". A partir de 2011 la misma Ley sustituye esta referencia por una a "los informes que pueda elaborar el Comité de Coste- Efectividad de los Medicamentos" y desde 2012 la Ley no habla de IPT's sino que señala que "la CIPM tendrá en consideración los informes que elabore el Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica del SNS". Empieza a ser urgente crear un grupo de trabajo para poner al día las normas que regulan procedimientos de financiación y precio de fármacos.