

## HACER LO QUE CONVIENE

### DOING WHAT IS ADVISABLE

#### AUTOR

Eduardo Satué de Velasco

Farmacéutico comunitario en Maella (Zaragoza). Presidente de SEFAC Aragón-Lifara.

CORRESPONDENCIA:  
e.satue.000@recol.es

#### RESUMEN

Aunque es generalmente admitido que la falta de regulación y de control de los mercados financieros ha desencadenado la terrible crisis económica que padecemos, la propuesta del gran capital para solucionarla consiste en más desregulación en aquellos sectores, como el sanitario, que se caracterizan por mantener un criterio profesional independiente en la medida de lo posible de presiones externas espurias. ¿Qué puede hacer la profesión farmacéutica ante esta ofensiva? Por un lado, defender el modelo mediterráneo actual, pero si queremos que nuestro modelo de farmacia permanezca es preciso que no se duerma en los laureles, se actualice y sea capaz de seguir ofreciendo lo mejor al paciente y a la sociedad. Las propuestas de evolución de la profesión deben salir de un gran acuerdo entre los actores del sector que permita mantener un modelo de probada eficiencia social.

#### ABSTRACT

Although it is generally accepted that the lack of regulation and control of the financial markets unleashed the terrible economic crisis from which we are suffering, the proposal of big capital to solve it consists of greater deregulation in sectors, such as health, that are characterised by maintaining professional criteria that is independent, in as far as is possible, of spurious external pressure. What can professional pharmacists do in the face of this offensive? On the one hand, defend the current Mediterranean model, however, if we want our pharmacy model to remain we should not rest on our laurels, we must update and be capable of continuing to offer the best to patients and to society. The proposals for the evolution of the profession must arise from a major agree-

Continúa ➔

*“Todo lo que alguna vez creímos que alguien haría por nosotros resulta que se ha vuelto contra nosotros: el futuro está en nuestras manos y si ahora no queremos luchar tal vez deberemos hacerlo más tarde en peores condiciones. Porque no hay que examinar qué sucederá, sino saber bien claro qué será adverso si no le prestáis atención ni estáis dispuestos a hacer lo que conviene” (Demóstenes).*

Disculpádmela filípica, pero suele decirse que la historia es maestra de la vida y no puede ser más actual la cita de Demóstenes en nuestra querida farmacia a raíz del último asalto del gran capital, ese “gas ideal” que tiende a ocupar todo el espacio económico disponible. Vivimos la dramática paradoja de que la falta de regulación y de control de los mercados financieros ha desatado la mayor crisis desde 1929 (que pasó por la misma razón). Sin embargo, ante la crisis de la desregulación, la respuesta del gran capital para salir de ella no es más que predicar... más desregulación en aquellos sectores, como el sanitario, que por su carácter esencial se resiste a su expansión. La machacona reiteración del dogma de libertad de mercado ya está amenazando seriamente grandes profesiones reguladas (arquitectos, ingenieros, procuradores y farmacéuticos), cuya principal virtud es mantener un criterio profesional independiente en la medida de lo posible de presiones externas, sobre todo espurias. Es difícil exagerar la importancia que esto tiene en muchos engranajes sensibles. Baste decir que la primera potencia mundial, EEUU, donde la sanidad está en manos de grandes holdings, tiene unos índices de morbimortalidad muy deficientes en comparación con países de mucho menos potencial económico, pero donde se mantiene un sistema sanitario regulado.

No es ninguna novedad que el gran capital ya tiene más que experimentado cómo hacerse con la farmacia comunitaria en muchos países y se va a centrar en los siguientes aspectos que

el modelo mediterráneo mantiene alejados de sus manos:

- Rebajar el concepto de medicamento a mero bien de consumo, con la consiguiente liberalización de la titularidad (en un libre mercado no debe haber restricciones), la proletarización del farmacéutico (profesional como empleado con objetivos económicos) y la venta de medicamentos sin receta en sus canales no profesionales (con su inseparable aumento de la publicidad agresiva).
- Desregularización del modelo de apertura de farmacias, facilitando así la implantación de megafarmacias estratégicamente situadas que acarrearía en unos años el cierre de muchas farmacias independientes, disminuyendo por tanto la accesibilidad de la población a las mismas.
- Integración vertical de la cadena del medicamento, abarcando desde laboratorios productores, pasando por almacenes distribuidores hasta completar con las farmacias de la cadena. De esta forma culminamos la paradoja neoliberal en la que se clama por más competitividad para al final imponer la ley del más fuerte que elimina cualquier competencia y sin los plus del sistema regulado.

¿Qué puede hacer la profesión farmacéutica ante esta ofensiva? Por un lado, defender el modelo mediterráneo actual, algo de lo que toda la profesión está concienciada. Pero aquí pasa como con las derivadas, siendo condición necesaria, no es condición suficiente. Si queremos que el modelo mediterráneo de farmacia permanezca es preciso que no se duerma en los laureles, se actualice y sea capaz de seguir ofreciendo lo mejor al paciente y a la sociedad. Así, sobre la base que ya disponemos hay que profesionalizar más la farmacia, lo que exige cumplir las siguientes condiciones:

- Farmacia como plataforma de servicios de salud, especializada en aquellos relacionados con el medicamento de alto valor añadido. Tanto la mejo-

ment between the players in the sector that will allow a model of proven social efficiency to be upheld.

Fecha de recepción: 22/1/2013  
 Fecha de aceptación: 1/2/2013

ra del uso racional del medicamento como su relación con otros servicios sanitarios serán la esencia de la profesión del siglo XXI o ésta no será (al menos como profesión reconocida).

- Integración en el equipo multidisciplinar de salud, con comunicación oficial médico-farmacéutico-enfermera y formación conjunta. Es preciso vencer la barrera de separación a fin de poder cooperar en beneficio del paciente y esto necesita de cambios a escala legislativa, profesional y personal.
- Incorporación de la carrera profesional, considerando la posibilidad de crear la especialidad en farmacia comunitaria e incentivando el esfuerzo. Debe valorarse oficialmente la diferencia entre el que trabaja mucho y bien y el que no.
- Cambio en el sistema de acceso y transmisión de la farmacia comunitaria priorizando el acceso a los mejores preparados en las tareas propias de la misma. Hay que tender a un sistema de concurso-oposición para acceso a nueva farmacia común para toda España que dinamite los proteccionismos locales y garantice a la sociedad que su concesión es la más idónea.
- Cambio en el sistema de retribución de la dispensación que elimine el conflicto de intereses actual con el precio del medicamento e incentive el uso racional del medicamento.

Estos dos últimos puntos son los que más recelos despiertan en el propio farmacéu-

tico. La realidad es que antes o después este cambio se va a dar, por las buenas o por las malas como nos viene a demostrar Italia de quien parece que en esta crisis vamos a remolque. La última gran ley Monti obliga al sector farmacéutico (distribución y farmacia comunitaria) a cambiar su modelo de retribución. Éste ha respondido con una propuesta de retribución mixta, en el mismo estilo que otros países avanzados y cómo la que presentó SEFAC en Barcelona. Sin embargo, tiene el problema de ser una propuesta reactiva y disponer sólo de seis meses para negociar, lo cual, sin duda, influirá en una postura negociadora más débil.

Si bien la propuesta de la farmacia italiana padece un honorario profesional significativamente menor que la propuesta española, disfrutan de un índice mucho mayor de habitantes por farmacia lo que podría compensar esta minoración. Los demás parámetros son parejos, lo que indica que la propuesta española mantiene coherencia con la propuesta de la farmacia italiana.

Sin embargo, el planteamiento del gobierno italiano es "a río revuelto, ganancia de pescadores". Ha puesto encima de la mesa un modelo, a primera vista también mixto, aunque con un peso mucho más importante del pago por producto, sobre todo en los medicamentos de bajo precio ¿Qué supone esto en la práctica? Si uno analiza la propuesta, es más un ajuste de tuercas para rebajar el precio de los medicamentos que para pasar a otra filosofía de modelo retributivo. La realidad es que los medicamentos de bajo precio (menor al PVP medio) van a ser el sector dominante en unidades. El gobierno italiano destruye con su propuesta las ventajas del sistema mixto, ya que la remuneración por dispensación es tan baja que no independiza al profesional del precio del medicamento y le sigue haciendo dependiente de un pago por producto en medicamentos de bajo precio. Para los de alto precio aumenta

el pago fijo por dispensación, como si fuera distinto el uso racional que debas darle a un medicamento de un euro que a uno de 60 euros y baja el porcentaje a fin de ahorrar costes. En definitiva, el gobierno italiano no entiende lo que el sistema mixto puede suponer de mejora del uso racional del medicamento, no lo optimiza desde esta clave y sólo lo utiliza como otra forma más barata de retribuir el acceso al medicamento ¿Qué provocará esto? Que el farmacéutico italiano recibirá este sistema como un castigo más, no como una propuesta para pasar a otra filosofía de trabajo y, lo que es peor, no se mejorará el uso racional del medicamento. Según IMS Health (1), un correcto uso del medicamento puede aparejar un ahorro del gasto sanitario total, no sólo del consumo en medicamentos, partida más que suficiente para que cualquier gobierno busque soluciones para conseguirlo, aunque sólo sea por puro interés económico (si es que el sanitario lo deja en segundo plano).

Para lo que interesa a la farmacia española, debe alcanzarse sin demora un gran acuerdo entre los actores del sector que permita negociar un cambio de modelo retributivo a iniciativa propia ahora que todavía tenemos cierto margen de maniobra. El ejemplo italiano es una muestra más que suficiente de que negociar contrarreloj es suicida y no sé hasta qué punto somos conscientes de que cuanto más esperemos a mover ficha peor lo tendremos. Por cómo se está moviendo todo, tal vez dentro de unos meses ya sea tarde. **FC**

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Correo Farmacéutico [Internet]. Beatriz García Suárez. El mal uso del fármaco es un 8 por ciento del gasto sanitario. 11/10/2012. [Acceso 20/1/2013]. Disponible en: <http://www.correofarmacaceutico.com/2012/10/08/al-dia/el-periscopio/mal-uso-farmaco-8-gasto-sanitario>.

**TABLA 1 COMPARATIVA DE PROPUESTAS DE RETRIBUCIÓN ENTRE ITALIA (PROPUESTA DEL SECTOR FARMACÉUTICO POR UN LADO Y DEL GOBIERNO POR OTRO) Y LA PROPUESTA DE SEFAC PARA ESPAÑA**

	Honorario profesional por dispensación	Cargo logístico por dispensación	Cargo viabilidad para farmacias pequeñas	Ratio hab/farmacia (2010)	Gasto en medicamentos hab/año (2010)
<b>España (SEFAC)</b>	3,37 €	3,78-4,05% PVL	0,40 €	2.156	401,6 €
<b>Italia (Sector farmacéutico)</b>	2,00 €	3,30% PVL	0,36 €	3.482	411,2 €
<b>Italia (Gobierno)</b>	0,55 € (si PVP < 50 €) 1 € (si PVP ≤ PRef) 5,5 € (si PVP > 50 €)	17% (si PVP < 50 €) 10% (si PVP > 50 €)	0,10 €		