



Foro Iberoamericano de Entidades Médicas

V FIEEM

FLORIANAPOLIS (Brasil)

28 – 30 de marzo de 2.012

POLITICA DE MEDICAMENTOS

Alternativas y estrategias



Dr. D. JOSÉ RAMÓN HUERTA BLANCO
Consejo General de Colegios Médicos de España

***“ Todos los tratamientos más eficientes
deben ser gratuitos ”***

***(Archie Cochrane)
Londres 1.935***



POLITICAS DE MEDICAMENTOS

OBJETIVO BASICO

Asegurar la disponibilidad de medicamentos seguros, eficaces y de calidad, para cubrir las necesidades sanitarias de un país.

El medicamento es un bien social que está disponible para mejorar la salud de los ciudadanos. El acceso al medicamento debe ser universal y equitativo y su uso eficiente, de acuerdo con la evidencia científica disponible.

Los gastos que origina la prestación de los medicamentos deben ser asumibles para el SNS y para el paciente (OMS. "Uso Racional del Medicamento").

LAS POLÍTICAS DE MEDICAMENTOS DEBEN PROMOVER

- **Ventajas para los pacientes.**
- **Reforzar la calidad y la seguridad.**
- **Fomentar la investigación.**
- **Disponibilidad de medicamentos a precios razonables.**
- **Información y transparencia sobre el medicamento.**
- **Controlar el gasto sanitario / farmacéutico.**
- **Desarrollar una distribución eficiente de fármacos.**
- **La participación efectiva del médico.**
- **La Salud Pública.**

LAS LIMITACIONES ECONÓMICAS COMO DILEMA ÉTICO

- En salud los recursos siempre son insuficientes.
- Optar entre el bien común o exclusivamente el del enfermo.
- Influencias de las Corporaciones Comerciales (IF) sobre la salud. (Conflicto de intereses / Interferencia en la relación médico – paciente / Intereses propios en la investigación científica farmacológica).

-
- Armonizar recursos y costes, beneficios y resultados.
 - Hay que conseguir eficiencia en la asignación de recursos.
 - Los costes deben justificarse socialmente. (Armonizar el valor de la salud y su precio)
 - La salud debe ser coste - efectiva

MEDICAMENTOS: ¿VALEN LO QUE CUESTAN?

GASTO SANITARIO CRECIENTE

PRINCIPALES FACTORES DETERMINANTES DEL CRECIMIENTO DEL GASTO SANITARIO Y FARMACÉUTICO

- **CAMBIOS DEMOGRÁFICOS**
- **ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN**
- **IMPACTO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS**



**Iglesia de
Santo Domingo
Soria.**

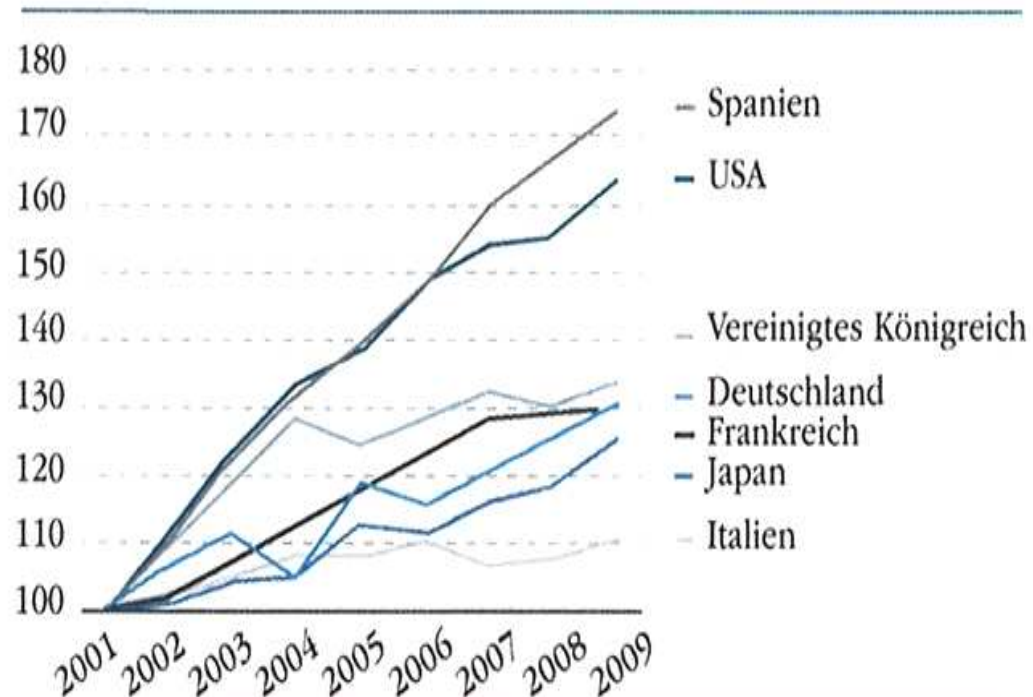
GASTO FARMACEUTICO

- Componente importante del gasto sanitario (30%)
- Ha pasado de incontrolado a controlado
- Medidas para reducirlo similares en toda Europa.
- Gran crecimiento en los últimos 10 años.
- Crecimiento actual igual al resto del Gasto Sanitario.
- Información no suficientemente transparente.
- Industria Farmacéutica: Gasto en I+D insuficiente en relación al GF
- Lobby poderoso: condiciona a las administraciones.

Figura 1.5 Crecimiento de los Mercados Farmacéuticos más grandes*

Entwicklung der größten Pharma-Märkte

2001=100



Umsatzwachstum bereinigt um Wechselkursänderungen: Umsatz in Deutschland ab 2003 bereinigt um Herstellerabschläge

Quelle: IMS Health, vfa

*Vereinigtes Königreich = Reino Unido; Deutschland = Alemania; Frankreich = Francia. Aumento de las ventas ajustadas por las fluctuaciones de las tasas de cambio; ventas en Alemania ajustadas por descuentos de los laboratorios desde 2003 en adelante.

Fuente: VFA, Statistics 2010. The Pharmaceutical industry in Germany

MEDIDAS DE CONTROL DEL GASTO SANITARIO / FARMACEUTICO

- Evaluar la utilización de medicamentos.**
- Establecer el objetivo de reducción del Gasto Farmacéutico. (G.F.)
- Vincular el G.F. a la gestión clínica.**
- Revisar la medicación de crónicos y polimedicalizados.
- Nuevos medicamentos: Eficiencia comparativa.**
- Control de calidad en la utilización.

GASTO FARMACEUTICO Y CRISIS

LA CRISIS ECONOMICA EXIGE LA INTRODUCCION DE POLITICAS QUE REDUZCAN EL G.F. SIN MODIFICAR CUALITATIVAMENTE LA PRESTACION FARMACEUTICA.

- ✓ Mayor eficiencia en la financiación pública de medicamentos.
- ✓ Incrementando los genéricos, su calidad y su comercialización.
- ✓ Condiciona la publicidad y promoción (visita médica)
- ✓ Afectando a la FMC (Debería financiarla el SNS).
- ✓ Copago: No es equitativo y es injusto: Paga más el más enfermo



POLITICA DE MEDICAMENTOS

UN NUEVO CONTRATO SOCIAL

- **USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO**
- **AHORRO / EFICIENCIA / EFG**
- **FÁRMACOS ACCESIBLES Y SOSTENIBLES**
- **EQUITATIVOS / JUSTICIA SOCIAL**
- **MEDIDAS POLÍTICAS / SOCIALES/ SANITARIAS/ Y ECONOMICAS**
- **CALIDAD Y SEGURIDAD.**

USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS

OMS: *Uso racional de los medicamentos es la situación mediante la cual los pacientes reciben los medicamentos apropiados a sus necesidades clínicas, en la dosis requerida, por el periodo de tiempo adecuado y a un costo accesible.*

Lo “racional” es muy diferente para:

- El paciente
- El médico.
- El farmacéutico

- El distribuidor
- El productor.
- El Sistema Sanitario

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

PAPEL DEL GOBIERNO:

1. Garantizar el derecho a la protección de la salud.
2. Regular el sector de medicamentos.
3. Controlar la calidad y la seguridad.
4. Provisionar los servicios de salud.
5. Financiar los medicamentos del SNS
6. Adecuar las prestaciones a los recursos.
7. Asegurar un mercado nacional y eficiente de medicamentos.
8. Considerar el interés general y la salud pública.

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS: PAPEL DEL FARMACÉUTICO.

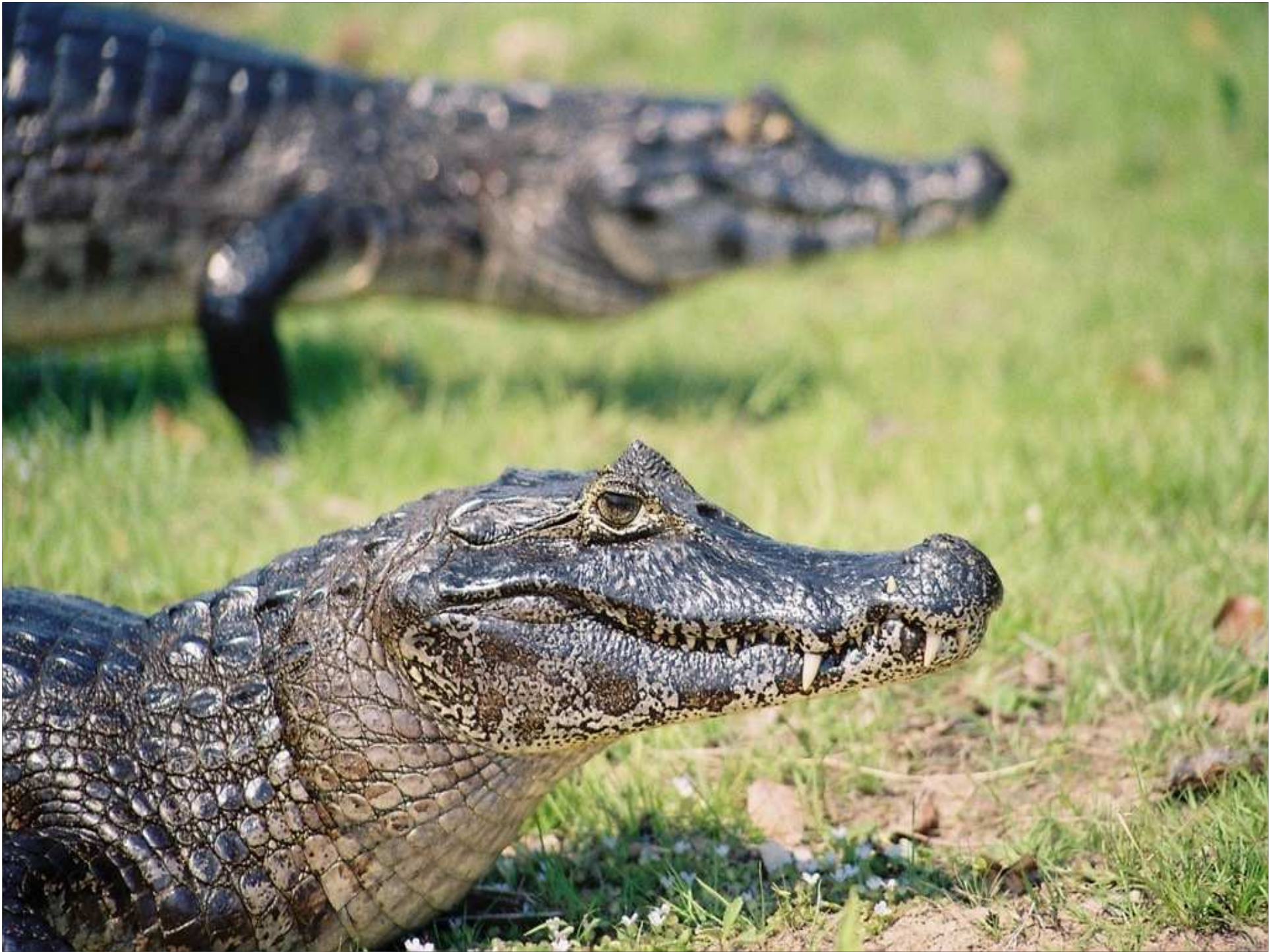
- **DISPENSAR EL MEDICAMENTO**
- **SUSTITUCIÓN DEL MEDICAMENTO**
- **GESTIÓN COMERCIAL**
- **ATENCIÓN FARMACÉUTICA**

(Tareas del farmacéutico orientadas hacia el paciente: dispensación, consejo, consultas y seguimiento de tratamientos farmacológicos).

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

PAPEL DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

- Informar de forma verídica y actualizada sobre el medicamento.
- Garantizar la adecuada cualificación de sus comerciales.
- Hacer un seguimiento científico y clínico de sus productos.
- Abstenerse de hacer publicidad sin autorización ni control previo.
- Revelar a los médicos que lo soliciten datos científicos relevantes sobre sus productos.



POLÍTICA DE MEDICAMENTOS:

EL PAPEL DE LOS PACIENTES.

- **Usuario y consumidor del medicamento.**
- **Cumplir con las prescripciones del médico.**
- **Confianza en la relación médico- paciente.**
- **Información, comunicación y autonomía.**
- **Educación sanitaria sobre medicamentos.**
- **Mayor participación y responsabilidad.**
- **Financiador directo o indirecto del medicamento.**



POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

PAPEL DEL MÉDICO

(Actitudes y compromisos)

- **PRESCRIPTOR DEL MEDICAMENTO.**
- **CUMPLIR LO DISPUESTO EN LA LEY.**
- **MANTENER LA COMPETENCIA (FORMACIÓN CONTINUA).**
- **DEFENDER LOS INTERESES DEL PACIENTE.**
- **CORRESPONSABLE DEL GASTO (SAN. / FARM.)**
- **RESPONSABILIDAD SOCIAL.**
- **ANTE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA.**
- **ÉTICA Y COHERENCIA PROFESIONAL.**
- **REALIZAR UNA PRÁCTICA CLÍNICA MÁS EFICIENTE.**



CLASES DE MEDICAMENTOS

- 1) ORIGINALES (Procedentes de la I + D)
- 2) LICENCIAS (Acuerdos con el original).
- 3) COPIAS (Con marca / falsos genéricos)
- 4) EFG (Especialidades F. Genéricas).

ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS GENÉRICAS (EFG).

“Medicamento vendido bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo bioequivalente a la marca comercial”. (OMS).

Es la especialidad con la misma forma farmacéutica e igual composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales que otra especialidad de referencia, cuyo perfil de eficacia y seguridad esté suficientemente establecido por su continuado uso clínico. (UE)

(La EFG debe demostrar su equivalencia terapéutica con la especialidad de referencia mediante los correspondientes estudios que garantizan la calidad del producto).

Medicamentos Genéricos: principales ventajas

- ❑ Buena relación calidad-precio . (Herramienta de ahorro).
- ❑ Asegurar a los pacientes el acceso al medicamento.
- ❑ UE: 50% de unidades y 20% de ventas.
España: 60% de unidades y 18% de costes.
- ❑ Auténtico regulador del precio. (Reducen la factura farmacéutica).
- ❑ Contribuyen a la sostenibilidad de los presupuestos sanitarios

El desarrollo de un sector industrial fuerte de medicamentos genéricos es esencial para asegurar el acceso y sostenibilidad en el futuro

¿Cuáles son las ventajas de los genéricos?

Reducen la factura farmacéutica

ALGUNOS EJEMPLOS DE PRECIOS MEDIOS DE LA MOLÉCULA

Estas tres moléculas están entre las diez más vendidas al SNS

	Precio antes de entrar el genérico	Precio medio en 2.011	
OMEPRAZOL 20 X28	17,14 € (1999)	1,60 €	-91%
SIMVASTATINA 20X28	19,40 € (2001)	1,50 €	-92%
ENALAPRIL 20X28	10,86 € (1999)	1,45 €	-87%
RANITIDINA	10,49 € (1999)	3,96 €	-62%
GABAPENTINA	46,83 € (2002)	14,99 €	-68%
PRAVASTATINA	22,36 € (2003)	8,46 €	-62%

Los **genéricos**, además de ser más baratos, suponen una **importante presión competitiva**, por lo que reduce los precios de las versiones no genéricas.

La molécula con patente **debe ajustar su precio** cuando se produce la entrada de nuevos competidores.

CONSUMO DE GENERICOS

- Depende de la oferta y la demanda (Política sanitaria)
- Mercado muy sensible a las decisiones políticas (Presupuestos)
- La penetración de EFG depende de la cantidad y de la imagen de calidad.
- Producen un ahorro muy importante en el Gasto Farmacéutico y Gasto Sanitario.
- Esenciales para garantizar accesibilidad y asequibilidad a los productos farmacéuticos.
- Cerca de la mitad de los medicamentos de la U.E. son genéricos (su coste es el 18% del GF).

AHORRO
ACCESIBILIDAD

CALIDAD
COMPETENCIA



POLÍTICAS DE MEDICAMENTOS

SITUACIÓN ACTUAL

CRISIS ECONÓMICA



INSUFICIENCIA FINANCIERA



CONTROL DE RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD



CONTROL DEL PRECIO DEL MEDICAMENTO



PRESCRIPCIÓN
POR PRINCIPIO
ACTIVO



OTRAS MEDIDAS



ACUERDOS CON LA
INDUSTRIA
FARMACÉUTICA

POSICIÓN DEL CGCOM / MÉDICOS ANTE LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO

- El Gasto Sanitario en España ha alcanzado el 9,5% del PIB (7,5% público y 2% privado).
- Situación económica es crítica.
- Acuerdo de los poderes públicos (Gobierno y Comunidades Autónomas) para regular los aspectos económicos del medicamento.
- **Propuestas del CGCOM:**
 - Aceptar las regulaciones del gobierno.
 - Defender la calidad y la seguridad del paciente.
 - Mantener el nivel de prestaciones sanitarias.
 - Propuestas de cambios en la bioapariencia de medicamentos y evitar los cambios para pacientes con tratamientos crónicos.

PREScripción POR PRINCIPIO ACTIVO: A CONSIDERAR

- Fomentar la prescripción por principio activo.
- Obligatoriedad de prescribir por principio activo.
- Obligatoriedad de disponer el medicamento de menor precio (El SNS reembolsará solo el medicamento de menor precio dentro de un mismo grupo terapéutico).
- Trazabilidad (Control de suministro y distribución). Es la identificación automática de cada unidad de medicamento a lo largo de su recorrido.
- Financiación selectiva de medicamentos en el SNS.
- Fijación y revisión del precio de los medicamentos financiables.
- Precios de referencia. El coste de tratamiento / día menor de todas las presentaciones y dosis de un conjunto determinado de medicamentos.
- Copago.

REPERCUSIONES ECONÓMICAS DE LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO

- Ahorro de 3.366,77 millones de dólares/año.
- Reducción del 15% del precio de los medicamentos con más de 10 años.
- Financiación del medicamento con el precio más bajo
- Criterios selectivos de los fármacos nuevos.
“Nuevo no significa mejor”.
- Consecuencias sobre la industria farmacéutica.

COMERCIALIZACION Y PROMOCION DE LOS MEDICAMENTOS

- El 20% del coste del medicamento.
- Recorte del gasto inadecuado y suntuario.
- Promoción transparente y uso racional.
- Financiación reuniones médicas (Acabar?)
- Reducir la financiación de publicaciones.
- Reforma de la visita médica.
- Contrastar los intereses de la Industria (IF).

FORMACION MÉDICA CONTINUADA /INVESTIGACIÓN / DIVULGACION

- FMC independiente de la IF
- Programas de FMC en medicamentos adecuados a necesidades.
- Control de la investigación biomédica
- Publicaciones médicas:
 - Divulgar los conflictos de intereses
 - Control de lazos entre las revistas y la industria.
 - Información sobre fuentes de ingresos.
 - Control de versiones previas

“La independencia verdadera tiene un coste personal”

(Collier)

"COPAGO" de los medicamentos

COPAGO DE MEDICAMENTOS A PACIENTES AMBULATORIOS

	Población protegida por la Seguridad Social	Población protegida por mutualidades públicas
Pensionistas y beneficiarios	0%	30%
No pensionistas y sus beneficiarios	40%	30%
Pacientes con sida/ Tratamientos crónicos	10% (2,64 € máximo)	

- Para los mas desfavorecidos y ancianos (Ruptura de la equidad)
- Mayor uso de la atención hospitalaria

UN NUEVO DEBATE ENTRE MEDICAMENTOS Y FINANCIACIÓN

¿DISUASORIO O RECAUDATORIO?

¿COPAGO O REPAGO O REFINANCIACIÓN?

FARMACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE TRAS LA ENTRADA EN VIGOR DEL REAL DECRETO 9/2011

El porcentaje medio de recetas por principio activo llega al 60%

→ La norma que obliga a prescribir por principio activo ha tenido un impacto desigual. Mientras en Andalucía, Navarra, Canarias y Madrid más

del 80 por ciento receta por molécula, en Galicia, Cataluña y Asturias lo hace menos del 30. El porcentaje medio se sitúa en el 59,8.

■ Laura G. Ibañez

El primer trimestre tras la entrada en vigor en noviembre del real decreto ley 9/2011 que obliga a prescribir por principio activo se ha saldado con un impacto muy desigual. Una encuesta a 140 farmacias realizada por la consultora IMS muestra cómo el porcentaje medio de prescripciones por molécula se sitúa en el 59,8 por ciento, pero con grandes variaciones autonómicas.

Andalucía, con un 88,8 por ciento de recetas por molécula, encabeza la lista, seguida de Navarra (86,9 por ciento), Canarias (85), Madrid (80), Cantabria (78,3) y Castilla y León (75,6).

Aunque, en conjunto, el 80 por ciento de farmacias dicen recibir actualmente más recetas por molécula que antes de la reforma legal, en algunas regiones las boticas afirman ver todavía pocas prescripciones de este tipo. Así, se sitúan a la cola Asturias con tan sólo un 24,3 por ciento de recetas por principio activo, Cataluña (26,3), Galicia (28,8), La Rioja (32,5) y Baleares (44,5). En el entorno de la media figuran Aragón (53,3), Murcia (54,4), Castilla-La Mancha (61,1), Valencia (63), País Vasco (65) y Extremadura (70).

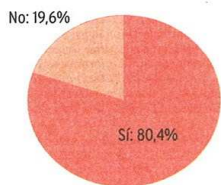
Estas diferencias se deben, según explica Moisés Robledo, secretario de información de SEMG, a que "algunas autonomías, como Navarra, han dictado normas que amenazan incluso con falta grave a los médicos que no prescriban por principio activo, mientras que otras como Asturias están dando libertad para recetar por marca, por genérico o por principio activo siempre que se trate del precio más barato".

En su opinión, "esta libertad es la única que tiene sentido porque el ahorro es el mismo, y dando libertad se evita el caos que es para el paciente que cada farmacia ofrezca una presentación diferente, con lo que eso conlleva para algunos fármacos de difícil sustitución y para pacientes polimedicados y ancianos".

Concha Almaraz, directora

Las farmacias notan el cambio

¿Ha notado un aumento de la prescripción por principio activo desde el cambio legal?



¿Qué porcentaje de recetas recibe de cada tipo?



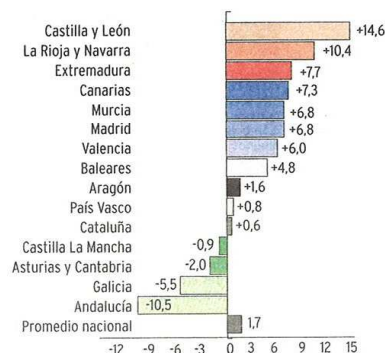
Fuente: IMS Health

La cuota de genéricos ha descendido un 7 por ciento en las grandes moléculas tras el cambio legal

El mercado se ha reducido desde los 4.000 millones a 2.500 por las rebajas voluntarias de precios

Crecimiento de ventas de los genéricos

Porcentaje de incremento de las ventas de atorvastatina, clopidogrel, olanzapina y valsartán.



Fuente: IMS Health

de Operaciones de IMS Health, añade que a estas desigualdades autonómicas se une un impacto también muy desigual entre los laboratorios. "Aunque el ahorro para el sistema es el mismo tanto si se prescriben las marcas que han bajado el precio como si se recetan genéricos [el mercado se ha reducido de 4.000 millones

a sólo 2.500] lo que hemos observado es una disminución de las ventas de genéricos, que han caído un 7 por ciento de media, aunque también con grandes diferencias entre autonomías" (ver cuadro).

Por fármacos, la cuota de genéricos ha descendido en todas las grandes moléculas con la excepción del escita-

lopram, donde casi el cien por cien de ventas son de genéricos porque la marca decidió no reducir su precio para evitar el comercio paralelo. En algunos medicamentos de difícil sustitución como el psiquiátrico olanzapina, con todo, se mantiene alto el porcentaje de dispensaciones de la marca original.

PAÍS VASCO CON UN FONDO ESPECÍFICO

El PSOE propone que las regiones se compensen solas la asistencia limítrofe

■ Europa Press

Vitoria El diputado del PSOE Ramón Jáuregui ha propuesto al Gobierno central que establezca un "sistema de contabilización nacional" de los servicios sanitarios que cada comunidad autónoma presta a los residentes en zonas limítrofes mediante el que se fije una compensación económica que sea abonada a final de año por las propias comunidades.

Asimismo, ha emplazado al Ministerio de Sanidad a garantizar, mientras tanto, "que ninguna comunidad deje sin servicio sanitario a ningún ciudadano". A su vez, le ha instado a asegurar que los convenios existentes se prorroguen el tiempo necesario.

Jáuregui ha aclarado que no se trataría de un Fondo de Cohesión como el que ya existe: "Hablamos de un sistema de contabilidad interterritorial que permita compensarse las prestaciones entre las regiones. Se pagarían entre ellas, pues es el Estado el que debe poner en marcha el sistema que permita la contabilidad territorial".

Mediante este sistema, según Jáuregui, el País Vasco "saldría ampliamente beneficiado", ya que el nivel de prestaciones que ofrece a las comunidades limítrofes (La Rioja, Cantabria, Navarra y Castilla y León) "es muchísimo mayor que lo que recibe".

CONSEJO DE MINISTROS PLAN DE DEUDA

Los gastos ministeriales caerán un 12,5% en 2012

■ José A. Plaza

El Consejo de Ministros corroboró el viernes un acuerdo para "proceder al pago inmediato a los proveedores que tienen facturas pendientes con corporaciones locales", que mañana se hará extensivo a las comunidades en el Consejo de Política Fiscal y Financiera. En un nuevo esfuerzo por paliar una deuda que en el ámbito sanitario se situaría en 15.000 millones (ver DM del 23-II-2012), el Gobierno anunció el establecimiento de un préstamo

sindicado que podrá llegar, entre comunidades y ayuntamientos, a los 35.000 millones.

Cristóbal Montoro, ministro de Hacienda, estableció el límite de gasto para 2012 en 118.565 millones (reducción respecto al 2011 del 4,7 por ciento) y anunció que el gasto disponible para los ministerios cae un 12,5 por ciento. Con estas medidas se complementan las tomadas en el acuerdo de no disponibilidad (ver DM del 2-I-2012) por el que Sanidad perdió 409 millones.

INVESTIGACIÓN CONVENIO CNB-CNIO

Mejoras para compartir líneas murinas en biomedicina

■ Redacción

Fuentes del Centro Nacional de Biotecnología (CNB) han adelantado a DIARIO MEDICO la firma de un acuerdo que permitirá almacenar y distribuir embriones y esperma de los ratones modificados genéticamente que se generan en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). A través del European Mouse Mutant Archive, los investigadores de este último centro podrán conservar en el CNB

sus líneas de ratones. Al ser un proyecto financiado por la Comisión Europea, la congelación y mantenimiento de ratones en condiciones EMMA es gratuita y el investigador sólo se debe responsabilizar de los costes de traslado; esto implica el acceso libre de los modelos animales depositados por la comunidad científica; se pretende universalizar la criopreservación de líneas de ratón y ponerla a disposición de todos los investigadores.

8 DIARIO MEDICO

Martes, 20 de marzo de 2012

ESTADOS UNIDOS TRES DE SUS PACIENTES HAN MUERTO

Detenida una médico por prescribir medicamentos en grandes cantidades

■ Redacción

Una médico de Los Ángeles ha sido detenida por asesinato después de que tres de sus pacientes muriesen a causa de una sobredosis por los fármacos que la profesional les había recetado. La mujer, licenciada en Medicina en California, prescribió una media de 25 recetas al día de analgésicos adictivos, en los últi-

"no es normal que un médico esté acusado de asesinato cuando el paciente ha muerto por una sobredosis de tratamiento. Es más típico, aunque no es muy común, que sea acusado de homicidio criminal".

La agencia antidroga ha llevado a cabo una investigación en la que ha demostrado que desde el año 2003 han sido detenidos o condenados

En los últimos tres años ha prescrito una media de 25 recetas al día de analgésicos adictivos sin tener en cuenta la historia clínica del paciente

Un caso anormal

El caso fue investigado por varios oficiales de la Agencia Antidroga estadounidense (*Drug Enforcement Administration*), que se hicieron pasar por pacientes suyos para investigar su práctica en los últimos años.

En 2010 la agencia retiró la licencia de prescripción a la profesional y se la entregó a la Junta Médica de Osteopatía del Departamento de Asuntos del Consumidor. Según James Acker, profesor de Justicia Criminal de la Universidad de Albany,

más de 200 médicos por recetar una sobredosis de medicamentos a sus pacientes.

Además, según un informe del Centro de Control de Enfermedades estadounidense, en 2008 murieron 15.000 personas por sobredosis de analgésicos recetados, lo que supone triplicar fallecidos por esta causa en 1999.

Según investigaciones de la agencia antidroga de Estados Unidos, muchos jóvenes creen que los analgésicos que les recetan sus médicos son más seguros que las drogas ilegales y en 2009 siete millones de jóvenes admitieron abusar de analgésicos.



POLITICAS DE MEDICAMENTOS: Retos de futuro

- **Mayor eficiencia en la financiación pública.**
- **Financiación selectiva (coste – efectiva)**
- **Reducción del gasto farmacéutico (GF)**
- **Disminuir partidas de GF no fundamentales.**
- **Aumentar la transparencia del sector.**
- **Facilitar el registro y autorización de EFG**
- **FMC independiente sobre los medicamentos**
- **Congresos médicos sin gastos suntuarios**
- **Autocrítica en la relación médicos – IF**
- **Reducción de los gastos de promoción**
- **Fomentar la utilización eficiente de EFG.**



POLÍTICAS DE MEDICAMENTOS:

CONCLUSIONES

- 1. LAS POLITICAS DE MEDICAMENTOS DEBEN ESTABLECERSE EN FUNCION DE LA SITUACIÓN SANITARIA, SOCIAL Y ECONOMICA DE CADA PAIS.**
- 2. HAY QUE PROMOVER EL ACCESO UNIVERSAL Y EQUITATIVO A LOS MEDICAMENTOS, CUYOS GASTOS DEBEN SER ASUMIBLES PARA EL PACIENTE Y PARA LA SOCIEDAD.**
- 3. EL CONTROL DEL GASTO SANITARIO / FARMACEUTICO ES FUNDAMENTAL PARA LA VIABILIDAD DE LOS SISTEMAS SANITARIOS. EL USO EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS ES UNA PRIORIDAD ABSOLUTA.**
- 4. PARA SER EFECTIVOS Y EFICIENTES EN EL USO DEL MEDICAMENTO ES NECESARIO UN COMPROMISO DE TODOS LOS AGENTES PARTICIPANTES DESDE EL GOBIERNO, EL PACIENTE, EL MÉDICO...**

POLÍTICAS DE MEDICAMENTOS:

CONCLUSIONES

- 5. ES NECESARIA UNA POLÍTICA DE DESARROLLO DE LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS, NECESARIA PARA LA EFICIENCIA, SOSTENIBILIDAD Y EL AHORRO DE LOS SISTEMAS SANITARIOS.**
- 6. EL MÉDICO TIENE UN COMPROMISO CON EL PACIENTE Y CON LA SOCIEDAD. NUESTRO DEBER EN RELACIÓN A LOS MEDICAMENTOS ES EXIGIR CALIDAD, SEGURIDAD, EFICACIA Y SU USO RACIONAL.**
- 7. EL MÉDICO DEBE DESEMPEÑAR UN PAPEL RELEVANTE Y PARTICIPATIVO EN LA PRESCRIPCIÓN Y UTILIZACIÓN RESPONSABLE Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS.**



"Todo necio confunde valor y precio"

(Antonio Machado)

"Todo néscio confunde valor e preco"



FIN / FIM

GRACIAS

OBRIGADO



Ermita de San Saturio. Soria