



POLITICA DE MEDICAMENTOS

DOCUMENTO POSICIÓN

Montevideo, Julio de 2005.

☒ Plaza Cagancha 1342 piso 2º - esc. 9 - 11.100 ☒ Tel.:(598-2)902 2710 - Fax:(598-2)901 6816 ☒ E-mail: cefa@adinet.com.uy
MONTEVIDEO / URUGUAY

ABBOTT LABORATORIES URUGUAY S.A. / ALCON LABORATORIOS URUGUAY S.A. / ASTRAZENECA S.A. / BAYER S.A. / BOEHRINGER INGELHEIM S.A. / CIA.
CIBELES S.A. (MERCK,SHARP & DOHME) / GLAXOSMITHKLINE URUGUAY S.A. / JANSSEN - CILAG / LABORATORIO PFIZER / NOVARTIS URUGUAY S.A. / ROCHE
INTERNATIONAL LTD. / SANOFI AVENTIS / SCHERING URUGUAYA S.A. / 3M URUGUAY S.A.

I. INTRODUCCIÓN.

Si bien a nadie puede escapar la importancia que el medicamento tiene en cualquier sistema de salud, cuando se busca definir por cualquier país una estrategia futura que lo dote de una **“política de medicamentos”**, se torna imprescindible separar ese tema, -que es de sustancia- de cualquier otro aspecto que haga al ordenamiento del sistema de salud y su financiamiento.

Se nos ocurre que cuando se quiere diagramar una política de medicamentos para los próximos veinte ó treinta años, debe comenzarse por una pregunta simple pero certera: ¿qué medicamentos quiere el Uruguay?

Si la respuesta parte de un preconceito que quiere desconocer la realidad e insistir con que el medicamento es caro, que representa un porcentaje significativo dentro del gasto de la salud, etc., etc., entonces será en vano intentar lograr consensos sobre aspectos que hacen a una política de medicamentos, porque se seguirá comprando por precio y así se seguirá disminuyendo la calidad y eficacia de los medicamentos que se entregan a los pacientes, se desestimulará la introducción de nuevos fármacos y tecnologías, e indefectiblemente el medicamento se convertirá realmente en un alto costo para el sistema, ya que la comparación costo-beneficio será negativa en la medida que cada vez más se estarán comprando medicamentos de baja calidad, dudosa eficacia y que responden muchas veces a tratamientos y/o drogas mundialmente superadas. En este caso no habría nada que discutir ni reformar, porque es el camino que -quizás por necesidad económica- el Uruguay está transitando desde hace algunos años.

Nosotros por el contrario, que fuimos educados en un país donde la medicina siempre fue orgullo nacional y la salud un bien invaluable, receptivo a las últimas tecnologías y avances científicos, creemos que el camino a transitar es otro. Pensamos que en todas las áreas Uruguay debe plantearse aspirar a lo mejor buscando incrementar el ingreso real de su gente, para lo cual existen oportunidades inmensas en este mundo globalizado que estamos en condiciones de captar por todas las ventajas comparativas que nuestro país puede ofrecer.

- Somos un país confiable y competitivo, que posee las mejores conexiones para concentrar y distribuir servicios a la región.
- Ofrecemos estabilidad política y social, transparencia para el inversor extranjero, un alto nivel de desarrollo humano, libre flujo de capitales y políticas económicas estables.
- En la escala de 1 a 7 en donde 1 representa “más libre” y 7 “menos libre”, Uruguay está calificado con 1 en cuanto a derechos políticos y libertades civiles, contra 2 de Chile y 3 de Argentina y Brasil.
- Somos considerados un país libre al igual que Chile frente a “medianamente libre” de Argentina y Brasil.
- Somos el segundo país de Latinoamérica en el ranking de transparencia detrás de Chile, y
- Entre 173 países medidos Uruguay está en el puesto 40, segundo en Latinoamérica detrás de Chile (puesto 38) y es uno de los 4 países latinoamericanos que ha alcanzado la calificación de “Alto Índice de Desarrollo Humano”.
- En base al reporte anual de la UNESCO, con un 97% Uruguay tiene uno de los más altos índices de alfabetización del mundo y ha logrado el porcentaje más elevado del continente de estudiantes de nivel secundario.

Estamos convencidos de que el proceso de crecimiento económico depende de la acumulación de factores productivos y de la incorporación de conocimiento (innovación), pero “...en la medida en que la tecnología determina la productividad potencial del conjunto de los factores y, por lo tanto, la competitividad de las empresas, el ritmo de innovación constituye el vehículo mediante el cual el bienestar de un país se aproxima ó se aparta del imperante en las áreas más desarrolladas del planeta, que pueden considerarse en la frontera tecnológica mundial ó cercanas a ella” (**CEPAL - Políticas para promover la innovación y el desarrollo tecnológico – Capítulo 6**).

Según el mismo documento, mientras Estados Unidos, Japón y la República de Corea invierten en investigación y desarrollo entre 2,5 y 3 puntos de su PBI y la Unión Europea 2 puntos, Uruguay destina tan sólo 0,26%, lo cual explica de por sí la brecha existente con aquellos, aunque ha renovado nuestras expectativas e ilusiones el anuncio de las nuevas autoridades nacionales en el sentido de que se destinará el 1% del PBI a la investigación y desarrollo.

Es el deseo de CEFA que nuestro país definitivamente despierte y se integre al campo de la investigación, invirtiendo y apoyando iniciativas tan trascendentes como la de la instalación del Instituto Pasteur en el Uruguay. El valor agregado que ello reporta, permitirá acortar paulatinamente las diferencias con el mundo desarrollado forjando una sociedad próspera y con mayores oportunidades y esperanzas para nuestros jóvenes y profesionales.

Si aspiramos entonces a lo mejor y queremos tener acceso a los mejores medicamentos, a los más seguros y eficaces, a los de mayor calidad y respaldo debemos pensar entonces cómo lo logramos y luego cómo lo financiamos, para lo cual se deben abordar diferentes puntos que pasan por:

Habilitación y Registro.

Investigación y Desarrollo.

Distribución.

Control de Calidad.

Fármaco-Economía.

Genéricos ó Medicamentos Intercambiables

Formas de Financiación.

II. Habilitación, Registro y Genéricos ó Medicamentos Intercambiables.

- El **Decreto N° 324/999** de fecha **12 de octubre de 1999** sobre **Registros de Medicamentos** contiene innumerable cantidad de defectos y continúa con viejas prácticas que violan el principio de igualdad y facilitan las cosas a quienes justamente no invierten en investigación y desarrollo.
- En tanto a un medicamento original se le exigen una serie de requisitos e informaciones sobre estudios clínicos, la copia obvia mucha de esa información pues se utiliza la información de la droga original **EN CLARA VIOLACIÓN DE LA PROTECCIÓN A LA INFORMACIÓN NO DIVULGADA Y DE LOS DATOS DE PRUEBA** consagrada en el acuerdo TRIPS, ratificado por nuestro país.

Se sabe que no necesariamente un producto con el mismo principio activo es similar al original, pues excipientes y procedimientos de producción determinan que la biodisponibilidad, tiempos de disolución, efecto terapéutico, etc., no sean iguales. Ello repercute en una dilapidación de recursos materiales, pues pacientes (el propio MSP a través de UCAMAE y el Mutualismo) que gastan en medicamentos muchas veces de menor valor, resultan de mayor costo en el corto y mediano plazo por la falta de eficacia de esos productos.

- La falta de exigencias en el registro determina una avalancha de solicitudes, que importa utilización de recursos en controles de registro y de plaza y una oferta en el mercado que no es conveniente para el consumidor.

Solución:

- Debe reformarse íntegramente el sistema actual de registros, adaptándose las recomendaciones de OMS y OPS sobre registro exclusivamente de productos originales y de similares (cuando no exista patente vigente) que demuestren su bioequivalencia con el original.
- Aranceles altos que desestimulen el registro de productos con el único afán de formar carteras de registros.
- Mayor transparencia en la tramitación que ponga a fin a la necesidad de recurrir a gestores que aceleran los tiempos.
- Protección adecuada de la información no divulgada y los datos de prueba.

Beneficios:

- Menor cantidad de registros que implicará un mejor contralor sin afectación de tantos recursos humanos y materiales.
- Seguridad de que sólo existirán en un mediano plazo medicamentos de calidad y además eficaces, lo que asegurará de que exista un gasto racional y útil en medicamentos.
- La existencia de originales y similares de calidad asegurará de todas formas la existencia de una competencia y precios razonables en el mercado.

III. CONTROL DE CALIDAD.**BUENAS PRACTICAS DE FABRICACION (BPF).**

Ya nadie discute que más que un control de calidad, lo que debe estar presente es el aseguramiento de la calidad y ello únicamente es posible a través del cumplimiento de las buenas prácticas de fabricación y control, lo cual no desmerece la realización permanente de controles de calidad de los medicamentos que se comercializan en la plaza que siempre deben efectuarse como forma de testeo y prevención de falsificaciones y adulteraciones.

- La OMS en 1992 elevó recomendaciones de BPF, las cuales son aplicables en los países desarrollados y se encuentran en proceso de implementación en Argentina y Brasil.

- En Uruguay nunca existió voluntad política de exigir siquiera las BPF recomendadas por OMS en 1975 aunque ello figure en los papeles.
- Esta situación provoca diferencias y en cierta forma una competencia desleal encubierta por el propio Estado, ya que muchas empresas nacionales y regionales han hecho esfuerzos e inversiones importantes, para adaptar sus plantas a las exigencias actuales y deben competir con otras que ni siquiera cumplen con las OMS 1975.

Solución:

- Exigir ya el cumplimiento de las OMS 1975.
- Fijar una fecha para exigir cumplimiento de las OMS 92 que nunca podrá ser antes de 24 ó 30 meses por el tiempo que lleva la validación.

Beneficios:

- Se asegura una sana competencia en igualdad de condiciones.
- Certeza de las autoridades de que sólo circularán productos de calidad elaborados en plantas que cumplen con las BPF, por lo que deben sortear una cantidad de controles antes de ser volcados al mercado.

IV. INSPECCIONES.

Como ya se expresó, el aseguramiento de la calidad no se obtiene con el control de un lote del producto ya sea este efectuado en el momento de la importación ó bajándolo de la góndola de una farmacia, sino con la seguridad de que se cumplen las buenas prácticas de fabricación en todas las etapas.

Es necesario por tanto formalizar un plan de inspecciones permanentes tanto a nivel local como regional.

A tales efectos, debe aumentarse el número de inspectores y efectuar cursos de capacitación conforme a las BPF OMS 92.

De existir problemas en la designación ò asignación de personal, se puede realizar un Convenio con la Comisión de Control de Calidad de Medicamentos y el Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU), encomendándoles las tareas de inspección.

V. INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO.

V.1 La investigación clínica.

Un nuevo medicamento no puede crearse de un día para otro, sino que es el resultado de un trabajo largo y constante, rico en fracasos y decepciones, que exige plena dedicación por parte de químicos, farmacólogos, toxicólogos, clínicos y otros científicos, así como grandes erogaciones económicas y la disposición de los laboratorios farmacéuticos de correr grandes riesgos.

En el mundo de la investigación farmacéutica, hoy en día, descubrir un nuevo producto que cure es un esfuerzo titánico. Promedialmente, una de 5.000 moléculas que empiezan pruebas pre-clínicas llega a ser lanzada al mercado.

Pero superadas las etapas de desarrollo químico y prueba en animales, el ensayo decisivo para un fármaco se lleva a cabo en la clínica, y tiene por objeto decidir si la sustancia activa ensayada en la experimentación animal es idónea para el empleo terapéutico en el ser humano.

Claro está que el ensayo clínico tiene que realizarse en el mayor número posible de enfermos, con el juicio crítico necesario y teniendo en cuenta el efecto de todos los factores, tales como características étnicas, clima, dieta, costumbres, sexo, etc.

Para justificar el uso de un fármaco, es necesario demostrar que su uso trae beneficios distintos de la evolución natural de la enfermedad o del tratamiento ya conocido y aceptado. Esto debe ser confirmado por hechos sometidos a análisis estadísticos. A este principio se denomina genéricamente “medicina basada en evidencias”.

Dicho proceso de investigación clínica en humanos sigue un proceso acordado internacionalmente con pasos y regulaciones sucesivas muy estrictas. Ellos van desde la Fase I que se lleva a cabo en centros altamente especializados en el mundo, donde la sustancia en investigación se contacta por primera vez con el ser humano, hasta la Fase IV que comprende un gran número de pacientes con la sustancia ya comercializada. Las diferentes fases evalúan el comportamiento farmacológico, la dosis óptima, la tolerancia de la sustancia entre otras cosas.

Esa, entre otras razones, ha determinado que los laboratorios de investigación hayan desarrollado cada vez más en los últimos años los ensayos clínicos multicéntricos, para de esa forma tener una muestra mucho más rica a la hora de sacar conclusiones.

Para poder llegar a esa meta, **se debe cumplir con ciertos requisitos** en tiempo y forma para beneficio y garantía de todos los involucrados, para lo cual es imprescindible un esfuerzo **y un trabajo conjunto** de las autoridades sanitarias, la Universidad de la República, los investigadores y los laboratorios farmacéuticos involucrados en la investigación.

Existe al nivel de Mercosur una norma armonizada sobre Requisitos para las Buenas Prácticas de la Investigación Clínica **(RES.GMC 129/96)** internalizada por Decreto N° 189/998 de 21 de julio de 1998, **a la cual C.E.F.A. y sus Laboratorios afiliados se adhieren en su totalidad y claman por la correcta aplicación de una norma clara, precisa y de nivel internacional.**

La proporción de las erogaciones para investigación y desarrollo de medicamentos efectuadas por los laboratorios internacionales fuera de sus respectivos países, se ha más que duplicado en los últimos diez años.

Uruguay debería sumarse a las actividades científicas, tratando de alcanzar el desarrollo necesario para convertirse en un país con centros acreditados de investigación clínica.

V.2 Protección de la información clínica.

La patente protege la molécula sintetizada y las propiedades terapéuticas con relación a una indicación médica determinada. Esta protección cae en el ámbito del derecho de patente.

Una vez solicitada la patente de la molécula, se inicia la investigación clínica. Esta puede tardar entre 10 y 12 años y arroja una gran cantidad de información, la cual también se protege pero a través del derecho contra la competencia desleal.

Existen dos formas de proteger esa información clínica:

- Protección a la información no divulgada (secretos empresariales).
- Protección a los datos de prueba.

V.2.1 Información No Divulgada ó Secretos Empresariales.

- Información no divulgada ó secreto empresarial es cualquier información reservada ó secreta que pueda usarse en una actividad productiva, industrial, comercial ó de servicios, que tenga un valor comercial, que sea susceptible de transmitirse a un tercero, y que haya sido objeto de medidas razonables para mantenerla secreta. El valor de esta información deriva de su confidencialidad.
- La tutela corresponde a quien lícitamente tenga su control.
- La protección durará mientras la información permanezca secreta, tenga valor comercial y haya sido objeto de medidas razonables para mantenerla secreta.
- El derecho relativo a la información no divulgada está establecido en el artículo 39-2 del ADPIC.

V.2.2 Protección de los Datos de Prueba.

Datos de prueba son aquellos que resultan de la medición sobre pacientes, ó en la naturaleza, que permiten fundamentar la seguridad, eficacia y calidad de los productos farmacéuticos ó fitosanitarios.

- El valor de los datos de prueba deriva de su generación.
- Los datos de prueba debe estar protegidos contra toda divulgación al igual que los secretos empresariales, y contra todo uso comercial desleal.
- Los Datos de Prueba requieren:
 - Que la autoridad exija esos datos como requisito para conceder el registro sanitario.
 - Que se trate de productos pertenecientes a los sectores farmoquímico ó agroquímico.
 - Que se trate de compuestos nuevos.
 - Que esos datos no hayan sido previamente divulgados.
 - Que la obtención de esos datos haya supuesto un esfuerzo considerable.

- A nivel internacional los países que apuestan fuertemente a la investigación y desarrollo protegen los datos de prueba por un período que varía entre 5 y 10 años según los países, tengan ó no patente.
- La tutela recae sobre el Estado (por órgano de la autoridad sanitaria).

V.3 Importancia para Uruguay.

Para tener una cabal idea de la importancia creciente que la investigación puede tener en nuestro país, basta con imitar a nuestros hermanos argentinos, que con la aplicación rápida y eficiente de una legislación apropiada, entre 1998 y 2003 duplicaron las inversiones realizadas en investigación clínica pasando de 19,4 millones de dólares en 1998 a 42 millones en 2003, extendiéndose la cantidad de centros en los que se realiza investigación clínica de 643 a 1605 y el número de investigadores contratados trepó de 961 a 3725.

- existe junto a esa investigación toda una parte de docencia que va preparando para el futuro nuevos investigadores;
- se está en contacto con los centros de investigación y los investigadores más avezados del mundo ya que estos estudios son monitoreados y auditados desde el exterior y supervisados por la FDA u alguna otra agencia europea;
- permite sacar conclusiones propias para nuestros pacientes y no extrapolar resultados de experiencias realizadas en otras regiones;

- ofrece la posibilidad de tener un acceso más rápido a drogas curativas que de otra forma (en tanto se terminan las fases de investigación y registro), pueden demorar hasta 5 y 6 años en lanzarse al mercado uruguayo, siempre con la tranquilidad de que no debe haber enfermo más cuidado, atendido y estudiado que el que forma parte de un ensayo clínico.

VI. DISTRIBUCIÓN y DISPENSACION.

Al abordar el tema de la distribución y dispensación de un medicamento no podemos dejar de referirnos al rol protagónico que cumplen el médico y el farmacéutico responsable a la hora de recetar y dispensar respectivamente, siendo a nuestro juicio fundamental el papel que ambos cumplen a la hora de diagramar una política de futuro que tenga por finalidad lograr un uso racional de medicamentos, los cuales deben ser seguros, eficaces y accesibles a la población.

Al prescribir un medicamento, el médico emite una orden en base a sus conocimientos, experiencia y confiabilidad que le representa determinado producto así como el laboratorio que lo respalda. Esta orden es la **Receta Médica**, que debe ser dispensada al paciente tal como se indica.

En Uruguay, en muchas oportunidades se han encontrado diferencias significativas entre medicamentos que contienen la misma droga, debido a que no se exige demostración de equivalencia terapéutica entre ellos. Ello implica que la sustitución de un medicamento, distorsiona el tratamiento con implicancias para la salud del paciente y el manejo que el médico debe hacer de éste.

Únicamente cuando el médico prescribe y vigila la administración de medicamentos, estos cumplen la función terapéutica para la que fueron creados. Los medicamentos se desarrollan para ser usados en **“El tratamiento, mitigación, prevención o diagnóstico de una enfermedad, condición física o psíquica anormal o síntoma de ésta en el ser humano.”** y con el fin de que los médicos puedan administrar adecuadamente dosis exactas y específicas para cada paciente en particular.

Esta es una razón más para que la receta médica no contenga exclusivamente la denominación genérica de la droga sino además la designación específica del nombre del producto.

A partir de allí creemos que la Farmacia Comunitaria debe ser el eje central en la dispensación de medicamentos.

Sus estratégicas ubicaciones, su integración con la comunidad donde su local está ubicado, su vocación de servicio, sus horarios extendidos y su sistema de guardias han permitido a los uruguayos tener una farmacia muy cerca de nuestros hogares, cubriéndose las 24 horas durante los 365 días del año, quedando garantizada la dispensación al paciente necesitado, cumpliendo el farmacéutico una función fundamental en cualquier sistema de salud como es asegurarse que la persona reciba exclusivamente el medicamento indicado.

Siempre ha sido necesaria la existencia de un profesional que se ocupara de dispensar los medicamentos con responsabilidad, seriedad y conocimiento.

En los próximos años veremos ingresar productos mucho más sofisticados gracias a una mayor comprensión del ADN humano. La biotecnología estará a la cabeza de los descubrimientos, sistemas de dispensación y procesos de fabricación. Los pacientes cada vez más tendrán acceso a infinita información de los nuevos medicamentos que no estarán calificados para descifrar y juzgar adecuadamente.

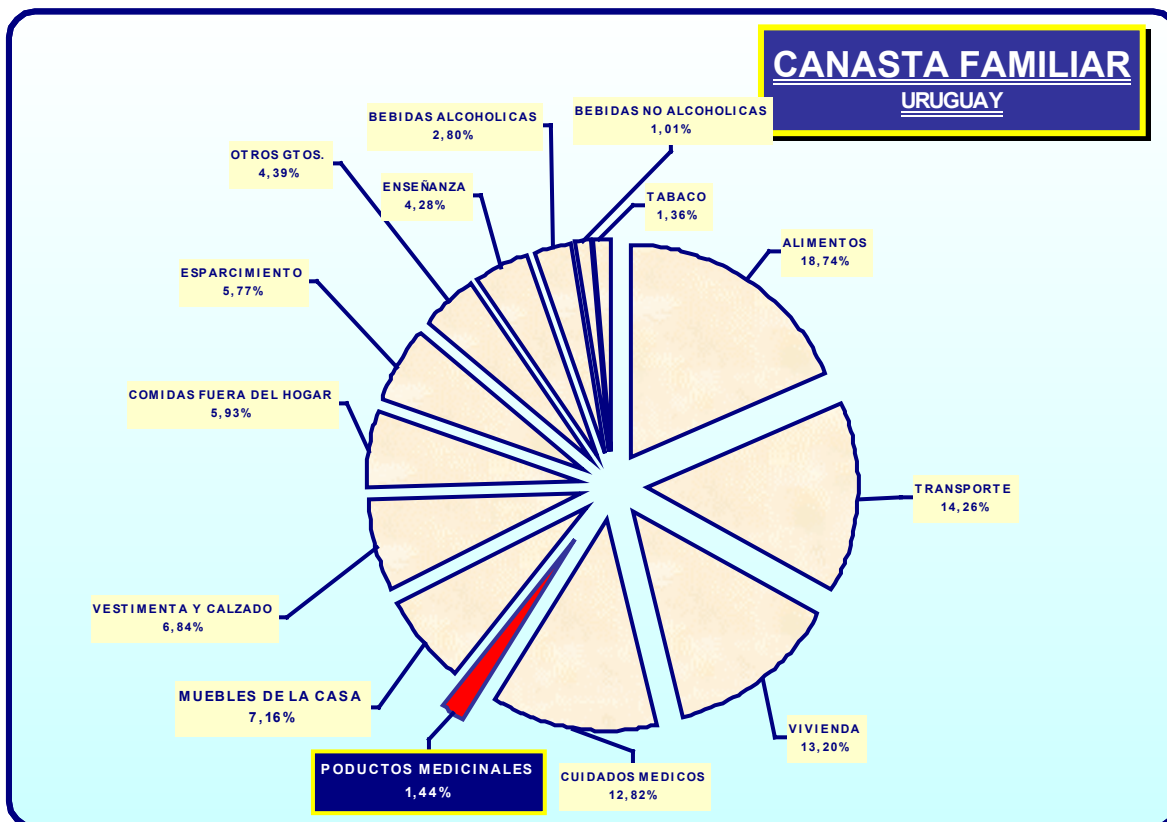
En esta nueva era de la medicina y de los medicamentos, el “Farmacéutico” deberá capacitarse en forma continua pues confiamos en él para que se convierta en la pieza clave en el respeto de la receta del médico tratante y la correcta dispensación de productos que serán muy específicos para el tratamiento de una enfermedad en determinado tipo de paciente.

¿EL MEDICAMENTO ES CARO?

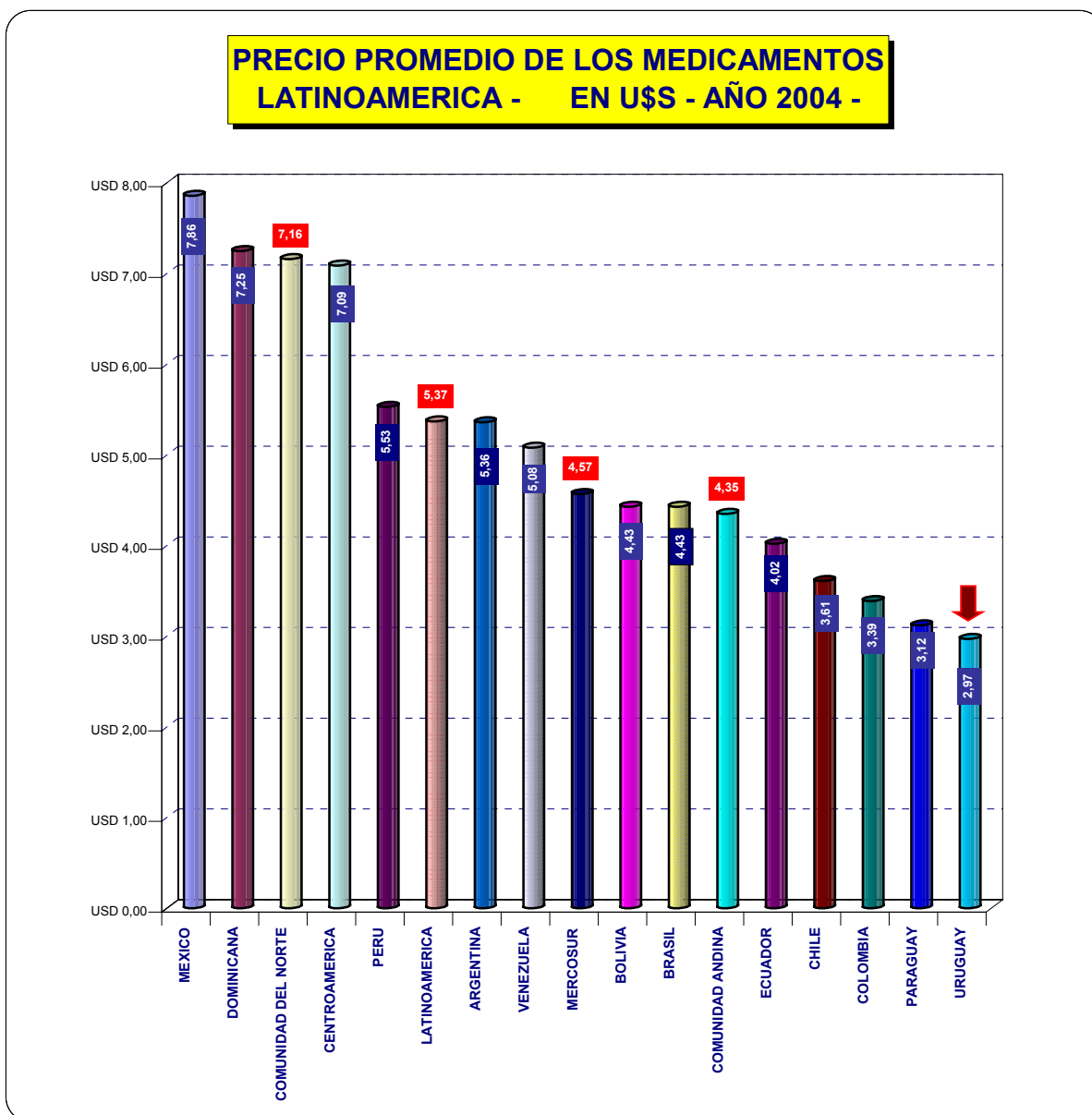
A todo nivel existe un mito de que el medicamento es caro y es el causante de todos los males financieros de las instituciones mutuales y del gasto en salud del Estado.

Sin embargo, - y aunque a muchos les cueste reconocerlo - esa afirmación no se ajusta a la realidad.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, los productos medicinales representan tan sólo el 1,44% de la canasta familiar, prácticamente lo mismo que el gasto en tabaco (1,36%) con la gran diferencia que mientras este último es uno de los principales agentes de enfermedad en nuestro país, el medicamento ha contribuido en el último siglo a llevar la esperanza de vida de 40 a 75 años.

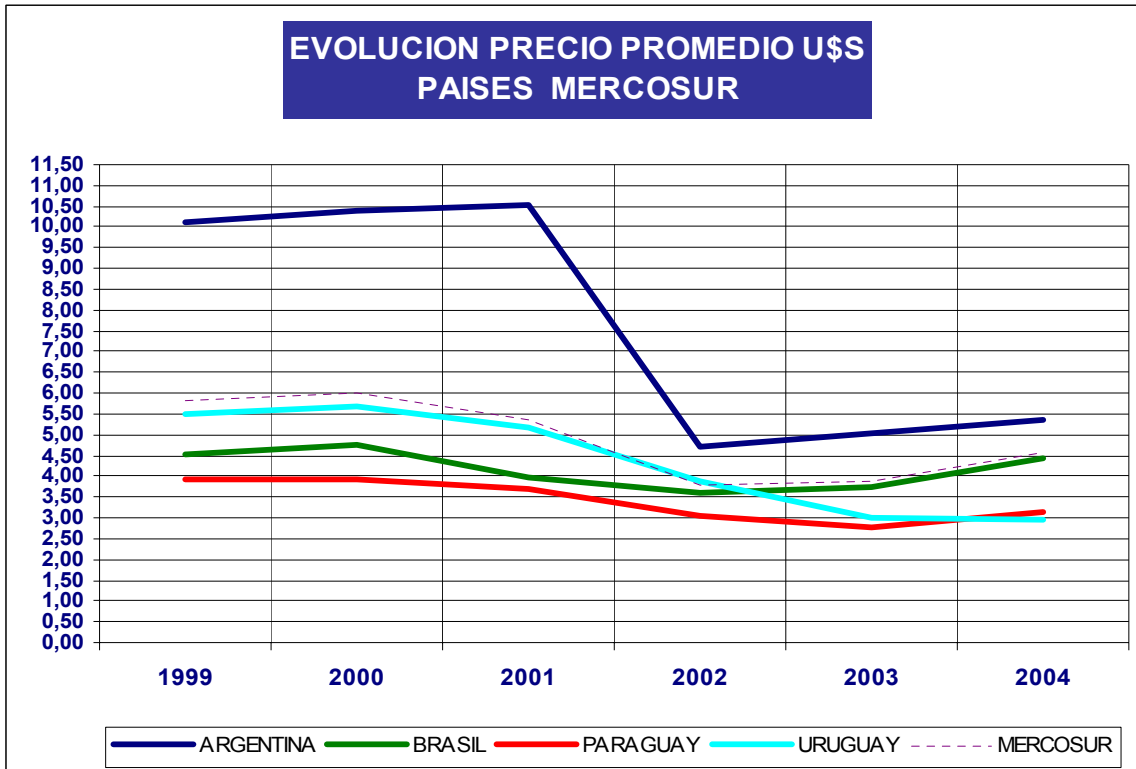


Si hacemos un comparativo con los precios de la región resultará para muchos sorprendente descubrir que a pesar de que en forma permanente se habla de las políticas de genéricos de Argentina y Brasil, el precio promedio de nuestro país es casi la mitad de la de estos dos países, y el más bajo de América Latina, incluso por debajo de países como Paraguay, Bolivia y países de la Comunidad Andina.



Si se analiza la evolución de los precios en los últimos 5 años a nivel de MERCOSUR (que siempre ha sido y es un referente para nuestras autoridades), podremos apreciar cómo en nuestro país prácticamente el precio promedio ha descendido a la mitad, en tanto nuestros vecinos, tras la crisis de comienzos de siglo, comenzaron un proceso de ajuste al alza, lo

cual hace concluir en qué más que nosotros fijarnos en sus políticas tendientes a la baja del precio del medicamento, ellos deberían consultar la experiencia uruguaya, y tomar ejemplo de las empresas instaladas en Uruguay sobre cómo han hecho para poder sobrevivir tras las enormes pérdidas sufridas, pues no debe olvidarse que siendo un 8% del gasto la industria farmacéutica asumió más del 40% de la financiación de lo cual tras los procesos de cierre de instituciones, concursos, quitas y devaluación, apenas recuperó un 30% del 100% de sus créditos.



En cuanto a la verdadera incidencia que el medicamento representa en el gasto en salud, podemos analizar las cifras oficiales que surgen del Estado de Resultados consolidado que publica el SINADI.

A partir de allí podemos concluir en que mientras el gasto bruto de medicamentos alcanza al 15,8%, se recaudan por concepto de tickets el 7,6% de los ingresos lo cual determina que el verdadero gasto en medicamentos asciende realmente a un 8,2% a lo cual debe restársele el ingreso financiero que significa para el sistema percibir los tickets al contado y pagar a un promedio de 235 días, esto es casi 8 meses después, que a la tasa media de mercado publicada por el Banco Central del Uruguay (16.89% anual) representa un beneficio de un 11% anual sobre el gasto, lo cual equivale a un resultado financiero de unos \$ 227.000.000 adicionales, lo cual reduce el verdadero costo e incidencia del medicamento en las IAMCs. a un 6.4% contra un 39% de retribuciones personales, un 11,75% de servicios contratados a terceros y un 11,44% de gastos de administración y ventas. ¿Es entonces el medicamento el causante de todos los males?

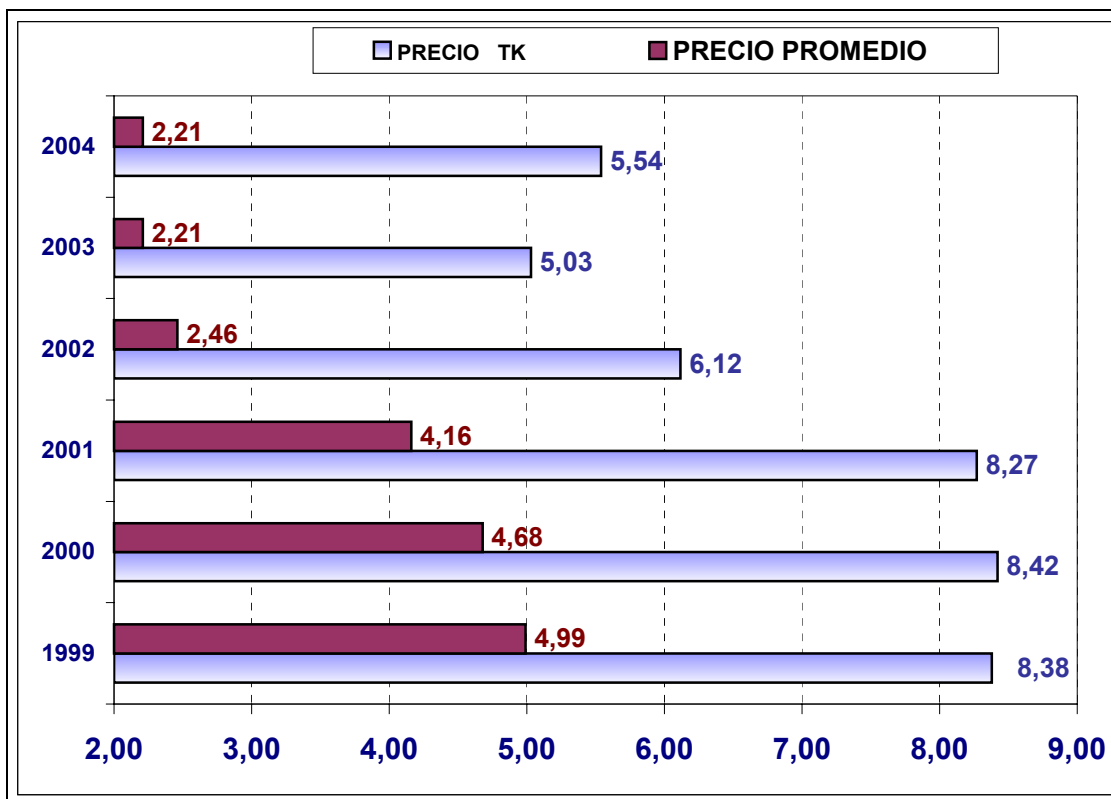
DIAS DE DEUDA					
EVOLUCION 2000-2004					
	2000	2001	2002	2003	2004
mutualismo	353	365	414	309	235

Por si el razonamiento anterior no resultara suficiente, en el cuadro siguiente puede observarse claramente como ha sido la evolución del precio del ticket contra la evolución del precio promedio del medicamento, con lo cual puede concluirse inmediatamente en que el medicamento en estos últimos 5 años, lejos de haber constituido un problema ha sido una buena fuente de financiación para el sistema.

PRECIO TK vs. MEDICAMENTOS (mutuales)

AÑO	PRECIO TK (1)		PRECIO PROMEDIO (2)		RELACION
	U\$S	Indice	U\$S	Indice	
1999	8,38	100,0	4,99	100,0	1,68
2000	8,42	100,5	4,68	93,8	1,80
2001	8,27	98,7	4,16	83,4	1,99
2002	6,12	73,0	2,46	49,3	2,49
2003	5,03	60,0	2,21	44,3	2,28
2004	5,54	66,1	2,21	44,3	2,51

(2) CORRESPONDE AL PRECIO PROMEDIO AL MUTUALISMO



Si concluimos que la verdadera incidencia del medicamento en el total de costos de las instituciones médicas (tomamos valores promedios) es de un 6,4%, ¿será entonces éste el rubro que desfinancia al sistema?

Sí, compartimos la inquietud que el gran problema para el Estado y las instituciones privadas de salud lo representan según se dice los medicamentos altamente especializados y de alto costo ya existentes, así como la necesidad de que Uruguay cuente con una previsión de futuro para absorber las tecnologías y nuevos tratamientos que a corto y mediano plazo vayan apareciendo y que seguramente serán en muchos casos muy costosos.

A tales efectos, se adjunta el proyecto elaborado conjuntamente por el Sindicato Médico del Uruguay y CEFA denominado **FO.NA.TE.S. (Fondo Nacional para Tecnologías de Salud)** el cual aporta una solución a dicha problemática.

CONCLUSIONES

Al abordar el tema de diagramar una nueva política de medicamentos, está en el punto de partida como ya se dijo el de obtener una política que favorezca la accesibilidad del medicamento a toda la población.

Uruguay ha buscado en los últimos años disminuir el gasto en medicamentos como forma de favorecer esa accesibilidad. Sin embargo, persiste el hecho de que diferentes sectores de la población no tienen acceso aunque en ello poco ó nada tenga que ver el precio del medicamento. La falta de acceso a los medicamentos es un problema cuyas causas deben buscarse allí mismo donde se encuentran las causas de la carencia de recursos con que cuentan en nuestro país y todo el mundo millones de personas. Es esa misma pobreza que le impide a miles de uruguayos tener acceso a la alimentación, la vivienda, la educación y el bienestar en general. No se puede responsabilizar al medicamento de esta situación.

A la hora de establecer los factores que limitan el acceso a los medicamentos, -preocupación que compartimos- lejos de considerar el precio como único responsable, parece mucho más evidente y razonable considerar como causante de esta problemática la falta de recursos públicos, las bajas jubilaciones y pensiones fruto de un sistema de seguridad social deficitario, el desempleo, los bajos ingresos, el crecimiento de la marginalidad y el abandono en que viven segmentos importantes de la población.

La industria farmacéutica de investigación es responsable de investigar nuevos medicamentos, y para ello emplea criterios comerciales propios del mercado. Si se le priva de los incentivos que permiten abordar esos estudios y financiar la duración, costo y riesgo de la investigación, ella simplemente no podría sobrevivir y como consecuencia se eliminaría la mayor parte de los nuevos medicamentos. Si nadie asume con plenitud esa responsabilidad, el daño para la salud y la vida humana sería impredecible. Si se continúa delegando la producción de nuevos medicamentos (genéricos incluidos) en la empresa privada entonces deben comprenderse los criterios que inspiran a ésta a la hora de producir y comercializar sus productos.

El costo del medicamento podrá tener su incidencia en el gasto global que se destina a la salud, pero responsabilizarlo casi en forma exclusiva de las limitaciones en el acceso a los medicamentos ó en el desfinanciamiento de las instituciones de salud, es desviar la atención de los verdaderos obstáculos que impiden que sectores muy importantes de la población accedan a los medicamentos, cualesquiera sea el precio que estos tengan.
