

Ley de Sanidad, investigación y pacto farmacéutico

La nueva Ley de Sanidad sigue su trámite tras haber sido aprobada por unanimidad en la Comisión de Sanidad del Congreso. En este sentido, son de resaltar las escasas críticas que ha recibido el capítulo sobre investigación, bien porque el asunto no interesa a la política sanitaria, bien porque el planteamiento de la ley es afortunado y avanzado. Deseo inclinarme por lo segundo ya que, en mi opinión, el texto de la futura ley sienta las bases para corregir esa tendencia tan centralista que caracteriza nuestro sistema de I + D sanitario.

El proyecto de ley apuesta por un fortalecimiento del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), pero anuncia un esperanzador plan de descentralización y vertebración basado en la acreditación de redes e institutos asociados al ISCIII, sustentado en criterios de evaluación. A su vez, la ley apuesta por la movilidad e intercambio de científicos dentro del sistema. Entiendo, pues, que se pretende transformar al ISCIII en el <i> buque insignia </i> <i> sin paredes </i> de la investigación sanitaria, desde el que se establecerá la estrategia científica entre todas las partes. En consecuencia, deduzco la necesidad de proceder a un inteligente adelgazamiento del desproporcionado componente intramural que ahora tiene el mencionado organismo autónomo y, como muchos, sueño en un día en el que los futuros centros <i> nacionales </i> de investigación que se impulsen, no terminen necesariamente con sede y único gran edificio en Madrid capital.

En consonancia con lo anterior, otro objetivo clave que se deduce de la nueva Ley de Sanidad es la voluntad de separar la ejecución científica de la planificación, prioridad y asignación de recursos, así como de la evaluación de los resultados. Por ahora, la carencia de política científica en ciencias de la salud se ha suplido con exhaustivos pronunciamientos retóricos en el BOE que sólo en contadas ocasiones se han visto plasmados en la práctica. Todo ello en un río muy revuelto, en un sistema desproporcionado por la fuerza de los más influyentes y que se percibe amenazado por efectistas acciones patrimoniales.

Ante tal situación se anuncia un plan sectorial de I + D en colaboración con las comunidades autónomas y un compromiso de participación y cooperación entre los diversos actores en el sistema. Para tal fin se propone una Comisión Asesora de Investigación en Salud, con funciones y composición pendientes de determinar. Confiemos que en esta comisión asesora queden debidamente representadas las comunidades con mayores activos científicos, y que la sociedad civil encuentre en ella su debido espacio de participación. Me imagino una comisión asesora en condiciones de confrontar las propuestas estratégicas con las de la más alta dirección política, tanto la del Ministerio de Sanidad como las de las comunidades, por lo que sería un acierto que su presidencia se ofreciera a algún científico o científica de prestigio y con visión estratégica de los que dispone nuestro país, en el marco de una nueva política basada en la confianza. Pero como se ha reiterado en los debates previos, la clave determinante de la nueva propuesta legislativa es su financiación, y para el caso de la investigación sanitaria, el reto pasa particularmente por fortalecer una asignación estratégica de los recursos financieros procedentes del denominado pacto farmacéutico. Al fin y al cabo, una parte muy sustancial de la financiación de los centros nacionales de investigación creados recientemente por el Ministerio de Sanidad (CNIO, CNIC) se basa en los recursos de dicho pacto, un fenómeno que sólo ha visto su alternativa vertebradora tras las ayudas concedidas recientemente por el ISCIII para el apoyo a las redes temáticas de investigación cooperativa en toda España.

La industria farmacéutica recibe diversos tipos de apoyos por parte de la Administración para el fomento de su I + D, ya sea en forma de créditos blandos u otro tipo de subvenciones directas e

indirectas. A su vez, y aunque con nombres distintos, siempre ha habido un espacio de retorno de recursos por parte de la patronal farmacéutica hacia la Administración sanitaria central.

El último acuerdo se basa en unas cifras pactadas sobre el crecimiento del gasto farmacéutico, pero el pacto está en permanente tensión porque el gasto sigue desviándose al alza. Como fuera que en España el salto en el futuro de la investigación sanitaria depende del gasto sanitario en farmacia, no podemos estar ajenos a las medidas efectivas de su racionalización. Unas medidas que, en definitiva, pasan por promover un uso más racional de los medicamentos e invitar a que algunas partes tengan menos ganancias (que no beneficios).

El ambiente es controvertido, un influyente sector de la patronal farmacéutica se considera agredido por las iniciativas de las comunidades de Andalucía, Extremadura y Madrid en favor de unas normas dirigidas a favorecer la prescripción por principio activo, pero que sólo pueden aplicarse íntegramente si se recurre al dudoso mercado de copias. La industria farmacéutica también tiene deberes pendientes en el sentido de que podría reducir sus costes de comercialización (manteniendo sus beneficios) si revisara sus fabulosos presupuestos de promoción comercial y se esforzara en ser más exquisita en sus prácticas con los prescriptores.

Por si faltaran pocos, irrumpe ahora el sector minorista con políticas cada vez más intervencionistas. En efecto, parece contradictorio que, mientras la corporación farmacéutica se autoprohíbe efectuar descuentos a sus clientes, algunos reciban descuentos y bonificaciones en especie, prebendas de dudosa legalidad que se establecen entre intermediarios de mayoristas y oficinas de farmacia. Estas bonificaciones ni repercuten en quien paga finalmente la factura, que es la Administración, ni en quien la cofinancia, que son los enfermos, pero al fin y al cabo son la prueba de que en materia de gasto farmacéutico aún existe suficiente margen (de actuación).

La investigación biomédica y sanitaria en el Sistema Nacional de Salud se sustenta en un sistema sanitario robusto, pero debe saber coligarse adecuadamente con las universidades y los organismos públicos de investigación. También debe entender mejor, más bien de otra forma, las potencialidades de su relación con la industria sanitaria. La investigación biomédica y sanitaria en España tiene un enorme potencial, pero sigue situada en los primeros puestos de la segunda división de la liga internacional. Para que se produzca este salto cualitativo, para el que estamos bien preparados, fundamentalmente se necesitan muchos más recursos.

No hay que dar más vueltas a cuál es la receta necesaria para ocupar la plaza que nos corresponde, acorde con el papel político y la fortaleza económica que España exhibe ante los demás países europeos. En este contexto, todos los actores deben ser conscientes de que las medidas para fortalecer el pacto farmacéutico y el futuro de la investigación biomédica y sanitaria confluyen en una misma mesa. El pacto debe ampliarse a toda la industria sanitaria, y las comunidades autónomas deben incorporarse plenamente a estos pactos, y esta nueva etapa no puede desarrollarse al margen del esperanzador escenario científico que se propone en la nueva ley. Nuestros responsables políticos tienen en esta confluencia un desafío sin precedentes, y tienen la oportunidad de demostrarnos si apuestan por un sistema moderno con una investigación científica de futuro o si ello poco les importa, y prefieren entonces abordar el gasto farmacéutico sin afrontar la raíz de los problemas.

Jordi Camí

es director del Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM) de Barcelona y profesor de la Universidad Pompeu Fabra.