

TUBO DE ENSAYO

Fármacos y PIB



FRANCISCO J. FERNÁNDEZ
Director
@Fjfernandez

El Gobierno y Farmaindustria han llegado a un acuerdo en el que cambian crecimiento por estabilidad. Se comprometen a que el gasto en medicamentos no crezca por encima del PIB (y si lo hace la industria debe redistribuirlo de algún modo a la Administración, incluso con dinero si se supera el PIB nominal, es decir, PIB más IPC) y a que, en contraprestación, el Gobierno no sorprenda de la noche a la mañana con decretos de bajadas de precios u otras medidas similares.

Es la vieja y razonable reclamación de la industria: un marco más previsible en el que desenvolverse a medio plazo. Y hay precedentes: recuérdese un pacto similar alcanzado entre Farmaindustria y la ministra Villalobos en 2001.

A las angustias de los laboratorios por las bajadas sorpresivas se han venido sumando año tras año el que el medicamento centre buena parte de las medidas de recorte y el añadido de no saber cuál es el ahorro que se persigue: cuál sería el porcentaje de gasto en fármacos sobre el sanitario que la Administración consideraría cabal.

Enfrente, el Gobierno se protege ante la presión creciente de los productos más sofisticados que llegan y la realidad de una mayor presión del gasto en fármacos ante la cronicidad y el envejecimiento.

Visto así, el acuerdo tiene sentido. Pero caben dudas: más allá de ver cómo se concretan los criterios de aplicación, hay que recordar que pactos del pasado acabaron diluidos en el tiempo y habrá que ver la respuesta de otros partidos (el PSOE ya lo ha rechazado) y de las autonomías. Pero, sobre todo, subyace la duda de si un pacto así enfoca más allá del corto plazo el verdadero reto del gasto en medicamentos.

Lo relevante es el uso adecuado (que a quien se le prescriba un fármaco tenga acceso a él e, igual de importante, lo use bien), precisamente en una sanidad que necesitará cada vez más del medicamento, y eso puede suponer que crezca por debajo del PIB o justificar muy bien que lo hiciera por encima.

PROTAGONISTAS



ANTONIO CAMPOS

La Universidad Autónoma de Santo Domingo, primera fundada en América, en 1538, ha otorgado el doctorado *honoris causa* al catedrático de Histología de la Universidad de Granada "por su aporte a la ingeniería tisular".



NARCISO PERALES

Presidente de la Semicyc de 1991 a 1993 acaba de ser nombrado miembro de honor del European Resuscitation Council a propuesta del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar por su trayectoria en este campo.



JOSÉ RAMÓN NÚÑEZ

Director del Programa de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células de la OMS ha sido reconocido con el Premio Antonio Gimbernat a la Excelencia que otorga el Hospital Clínico San Carlos, de Madrid.

COLUMNA INVITADA

La melancolía que sufre 'el elefante en la habitación'



MARGALIDA GILI

Profesora Titular de Psicología Social de la Universidad de las Islas Baleares.

El *elefante en la habitación* es una metáfora utilizada en los países anglosajones que hace referencia a una verdad evidente o a una amenaza obvia que se ignora y evita con el objeto de no hacer frente al problema que plantea. Hay un *elefante* muy presente en nuestra vida cotidiana. Prácticamente no lo vemos, pero está ahí. Se llama depresión.

Las cifras respecto a esta enfermedad son ciertamente inquietantes. Más de 350 millones de personas en el mundo la padecerán durante este año, de los cuales más de 2 millones viven en España. La Organización Mundial de la Salud (OMS) encarama la depresión a uno de los primeros puestos entre los trastornos que provocan mayor discapacidad, deterioro y sufrimiento para quien la sufre, y mayor impacto económico y social para la sociedad, muy por encima de enfermedades físicas que gozan de unos presupuestos para su prevención, diagnóstico, tratamiento e investigación muy superiores. Si la atención que pone el sistema de salud sobre una enfermedad viniera determinada por el sufrimiento que genera, la depresión debería ser uno de los trastornos más y mejor atendidos.

¿Por qué entonces la depresión es tratada con parámetros diferentes a los que se aplican al cáncer, al sida, o a las enfermedades cardiovasculares? La depresión es una enfermedad. Y no se cura con buenos deseos.

Una parte importante de la carga que genera no proviene de la enfermedad en sí misma. Deriva de la escasa atención para mejorar la comprensión de este trastorno mental por parte de todos, de la falta de una apuesta conjunta, decidida, organizada y eficaz que permita limitar el impacto al mínimo posible de este problema prioritario de salud pública. Por una parte, el desconocimiento, la estigmatización, la banalización, en ocasiones, de lo que constituye un trastorno grave, la dificultad que supone entender lo que a uno le pasa cuando son las emociones lo que no funciona en nuestro cuerpo son factores que hacen que un porcentaje importante de personas que padecen este trastorno no acudan a los servicios de salud. Nadie debería pasar por una depresión sin ayuda y en silencio.

Por otra, se da una paradoja una vez que los pacientes deciden acceder a los servicios de salud: el infradiagnóstico, es decir, no detectar y por tanto no ofrecer tratamiento a aquellas personas que realmente padecen una depresión, y el sobrediagnóstico, que implica ofrecer tratamiento a quienes realmente no lo necesitan. Mientras equivocadamente se avanza en la creencia de que la medicina puede resolver el malestar que generan las tensiones y problemas cotidianos, el hecho es que hay personas con depresión que sufren porque no están adecuadamente diagnosticadas y tratadas.

La atención primaria juega un papel fundamental en la evaluación inicial y el manejo de la depresión. Los profesionales de primaria son

los que ofrecen al paciente la primera oportunidad para reconocer, evaluar y tratar la enfermedad. Las múltiples demandas que atienden, el tiempo limitado del que disponen, la complicada y en ocasiones enmascarada presentación de la depresión, el reducido abanico de pruebas complementarias diagnósticas suficientemente sensibles y específicas, la escasez de programas de formación que se les ofrece son algunos de los factores que dificultan un adecuado manejo de estos pacientes.

INVESTIGACIÓN Y RRHH

Necesariamente la reducción de la carga que implica la depresión pasa por abordar estos aspectos con una mayor inversión en investigación y recursos humanos con capacidad de ofrecer innovadoras intervenciones que demuestren o han demostrado eficacia en la prevención y el tratamiento de los trastornos afectivos. Entre ellos, el desarrollo e implantación de nuevos antidepressivos; la utilización de programas *on line* basados en la evidencia; el

manejo adecuado de recomendaciones higiénico-dietéticas coadyuvantes al tratamiento habitual tales como la dieta mediterránea, exposición a luz solar, higiene de sueño o ejercicio físico; la aplicación de técnicas como la estimulación magnética transcraneal y la estimulación transcraneal de corriente

directa o el diseño de programas comunitarios psicosociales que detecten grupos vulnerables o que carecen de apoyo social.

Tal vez sean buenos tiempos para afrontar importantes retos. La complejidad del cerebro humano con sus infinitas combinaciones de conexiones sinápticas que se plasman en creatividad, emociones, juicios, sensibilidad y sus respectivos fracasos, constituyen otro de los impedimentos para disminuir la carga de la depresión. Pero no podemos reducir esta complejidad, debemos afrontarla con la traslación a la clínica del conocimiento derivado de la neurociencia durante estas últimas décadas, con la generación de nuevos resultados genéticos, clínicos, psicofarmacológicos, tecnológicos, conductuales sobre la prevención y el tratamiento de la depresión, con la reestructuración de un sistema de salud que distingue en demasía lo físico de lo mental o con la ya señalada inversión en recursos humanos.

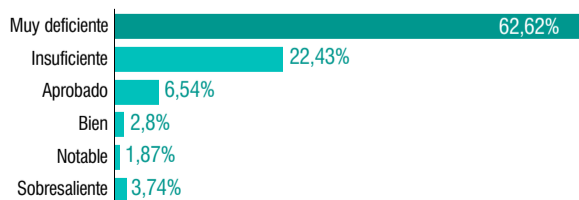
Esta es sólo una parte del problema, queda mucho compromiso por adquirir, pero sin duda nada debe quedar al azar. El flujo continuo que la información científica proporciona a partir de disciplinas como la epidemiología, la neurobiología, la psicología o la economía debe orientar el desarrollo de políticas sanitarias que tengan como prioridad reducir las consecuencias de esta enfermedad. El paciente con depresión necesita que todos y cada uno de nosotros, quienes tienen responsabilidades en salud primero, pero también la sociedad en su conjunto, prestemos una mayor atención al *elefante en la habitación*.

“¿Por qué la depresión es tratada con parámetros diferentes a los que se aplican al cáncer, al sida, o a las enfermedades cardiovasculares?”

LA ENCUESTA

BALANCE DE LA LEGISLATURA EN MATERIA SANITARIA

Valore del 0 al 5 el balance de esta legislatura en materia sanitaria. 110 participantes.



PARTICIPE ESTA SEMANA EN DIARIOMEDICO.COM:

¿Cree que los médicos deberían tener un régimen contractual común?