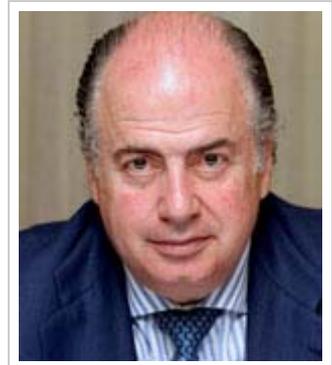


El valor del medicamento, como elemento esencial de la protección de la salud de los ciudadanos, está fuera de toda discusión. Este producto sanitario atraviesa por diversas fases y es atendido por diversos agentes. Desde la autorización para su fabricación, en la que interviene la autoridad sanitaria nacional, pasando por la compra, en la que interviene la autoridad sanitaria nacional o autonómica y la prescripción, en la que interviene el médico, hasta la dispensación reservada a los farmacéuticos. A todos estos actores podemos añadir alguno más, como los Colegios Oficiales, la Administración asistencial o la irrupción de internet, con sus luces y sus sombras. Un amplísimo abanico de temas que han sido objeto de estudio en el XVIII Congreso Nacional Farmacéutico, presidido por Carmen Peña y Marta Fernández-Teijeiro, en el que tuve la ocasión de moderar la mesa que trató del papel que cumplen los agentes que ejercen la gobernanza de la política farmacéutica, en sus espacios nacional y autonómico.



Nuestra Carta Magna, en su artículo 43, reconoce el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, que supone el correlativo deber de los poderes públicos de dispensar las prestaciones y servicios necesarios, entre los cuales se encuentra la prestación farmacéutica. Declarado este deber, falta por determinar a qué poderes públicos se atribuye. En este sentido la Constitución recoge la reserva general de competencia estatal para las bases y coordinación general de la sanidad, citando la normativa básica reguladora de la farmacia (art. 149) sin perjuicio de las competencias autonómicas en esta materia reconocidas en el artículo 148. Este pronunciamiento que podría parecer sencillo es extremadamente complejo en su aplicación normativa posterior y en sus perfiles prácticos, comenzando por preguntarnos si ordenación farmacéutica es un epígrafe contenido en ordenación sanitaria o si tiene, por el contrario, sustantividad propia.

Se viene entendiendo que este techo competencial del Estado, contenido en el artículo 149, no quiere decir que las materias objeto de reserva estatal estén vedadas a la CC.AA., siempre que, a través del artículo 148, puedan ser objeto de desarrollo y ejecución por aquellas. Hay que puntualizar que en el terreno sanitario hay distintos niveles de relación, pues mientras que la sanidad exterior es competencia exclusiva estatal, la sanidad interior admite competencias estatales reservadas (bases generales) y competencias compartidas en el sentido que acabo de enunciar.

El amplísimo desarrollo normativo posterior no ha ayudado demasiado, comenzando por la propia Ley 14/1986, General de Sanidad, que siendo norma básica sanitaria, al abordar el asunto de las competencias estatales y autonómicas en materia sanitaria, en sus artículos 39, a 41, repite los planteamientos constitucionales. Los años transcurridos desde este texto y la evolución normativa, social y política son las que pueden darnos la clave de la actual situación de la gobernanza del Sistema Nacional de Salud en el aspecto de su política farmacéutica.

La inquietud de los responsables autonómicos para optimizar sus recursos ha llevado a la implantación de instrumentos impensables hace tan sólo algunos lustros. Por ejemplo la compra centralizada de medicamentos en su espacio territorial, desde Osakidetza (servicio pionero en esta iniciativa), pasando por la Agencia Valenciana de Salud, el instituto Catalán de la Salud o los Servicios de Salud de Andalucía, Castilla la Mancha, Canarias o Baleares, por ejemplo. A veces la iniciativa de compra centralizada parte del Ministerio (campaña vacunal de gripe estacional 2011-2012) y se adhieren a ella diversas CC.AA. e incluso el Ministerio de Defensa e Instituciones Penitenciarias. Se mueve en este sentido centralizador la última propuesta del Ministerio de Sanidad al de Hacienda y AA.PP. para que sean ellos quienes se encarguen de la compra y pago de medicamentos a los proveedores, para su suministro al conjunto de las CC.AA. El instrumento económico sería la posterior compensación mediante descuento en el importe de las transferencias. Este sistema pretende beneficios para las administraciones (mejores precios por economía de escala) y para los suministradores, que encontrarían

una garantía de pago estatal, al no ver su cobro dependiendo de la solvencia presupuestaria de cada C.A.

Esta acción conjunta aparece, otras veces, en terrenos relacionados con los medicamentos, pero no en el terreno de la compra, sino en el de la financiación, como el acuerdo de junio pasado sobre los medicamentos excluidos de financiación pública, surgiendo de inmediato la inquietud por la manifestación de alguna C.A. de financiarlos con cargo a su propio presupuesto, o la preocupación por la posible subida de precio por los laboratorios, que podría ocasionar la desfinanciación.

En el espacio nacional o en el autonómico es incuestionable la importancia de estudiar, definir, orientar y ejecutar políticas farmacéuticas. Expresar las metas a medio y largo plazo y definir las estrategias y medios a emplear para alcanzarlas. Aparecen en los momentos actuales asuntos que atender tan relevantes como la equidad prestacional en la farmacia, o lo que es lo mismo la igualdad de las condiciones de acceso a los medicamentos con independencia del espacio geográfico o la receta electrónica y la implantación efectiva de la misma o su futura interoperabilidad. No es nada fácil este complejo escenario, por ello la cita bienal de la Profesión Farmacéutica organizada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos con la colaboración del Colegio de Farmacéuticos de Cantabria, que bajo el lema de "Damos salud, damos confianza", ha sido todo un éxito, del que he tenido la oportunidad de ser testigo, presenciando como se puede promover y facilitar este intercambio de ideas y experiencias entre farmacéuticos, con el fin de avanzar en el desarrollo de la Farmacia en beneficio siempre del paciente. Un gran ejemplo en estos momentos de crisis económica.