

**TRAS ADVERTIR QUE YA OCURRIÓ CON LA ATORVASTATINA**

## **Advierten de que "lo que se ahorra en la medicación" que se dispensa a un enfermo "se pierde luego en reingresos"**

**Pide que no se "penalice" a los médicos que, por razones terapéuticas, recetan en ocasiones fármacos más caros del porcentaje fijado**

SEVILLA, 31 May. (EUROPA PRESS) -

La especialista del Hospital Sant Joan de Déu de Manresa y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Arteriosclerosis Clotilde Morales ha advertido de que dispensar fármacos más baratos a enfermos con problemas cardíacos, de colesterol alto y de tipo vascular en general que requieren para su dolencia de medicamentos más innovadores (que se suele corresponder con los más caro al estar aún bajo patente), conlleva a posteriori una "alta probabilidad de que luego sufra un reingreso hospitalario por infarto".

Morales, quien ha participado en Sevilla en el XXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Arteriosclerosis, ha defendido en una entrevista con Europa Press la necesidad de que en aquellos enfermos en los que la medicación genérica no funciona "se pueda dispensar, siempre bajo criterios estrictamente terapéuticos y de mejora del paciente", familias de fármacos recién salidas al mercado, sin que por ello "se penalice a los médicos que receten en ocasiones fármacos más caros del porcentaje fijado" en los objetivos de cada unidad.

Al hilo de ello, se ha referido a la caso de la atorvastatina, un fármaco de la familia de las estatinas que es usado para controlar el colesterol LDL, "y que hasta que no salió al mercado en su forma genérica, hecho que se produjo hace tan solo un año, nos 'penalizaban' si nos pasábamos de un porcentaje máximo de prescripción".

"La atorvastatina nos la tenía penalizada en los objetivos, porque era un medicamento más caro que los fármacos que ya existían, como por ejemplo la simvastatina", ha lamentado esta experta, quien ha sostenido que tras su aparición en genérico "ahora la podemos dar libremente".

"Esto es algo grave, ya que, si dando un medicamento más barato pero menos potente no podemos evitar un posterior infarto, aunque ahorremos en medicación no ahorramos en una posterior hospitalización de ese caso", ha argumentado Morales.

Según esta experta, si bien es "muy difícil" demostrar a veces esa relación causa-efecto, ya que los resultados de dar el mejor fármaco en este tipo de asistencia "sólo se ven a largo plazo", a los especialistas "lo que más nos interesa es la morbilidad en estos pacientes".

"Sabemos positivamente que tratando bien los factores de riesgo, especialmente el colesterol, tanto en enfermos que aún no han tenido ningún problema como a los que ya han tenido un evento, podemos evitar en algunos casos que ingresen por un infarto o una angina de pecho", ha insistido la miembro de la Sociedad Española de Arteriosclerosis, quien, pese a todo, ha recalcado que no se trata de dar siempre el fármaco más caro, sino el que mejor se adapta al paciente.

"Demos al paciente la estatina con la que consigamos llegar a los objetivos clínicos que nos hemos propuesto para ese enfermo dado", ha continuado Morales, quien ha aclarado que esa aseveración quiere decir que "si a tu paciente con una simvastatina clásica consigues llegar a ese objetivo, pues perfecto, no hace falta que des un fármaco más caro". No obstante, ha defendido que ello también significa que "si necesitas por ejemplo darle una rosuvastatina, que es uno de las estatinas más potentes que han salido ahora al mercado, tienes que poder ofrecérsela y que el gestor no penalizar por ello al médico prescriptor".

### **PENALIZACIONES**

En cuanto a las penalizaciones, ha aclarado que una parte de los incentivos económicos del médico van en función de variables sujetas a los objetivos de prescripción marcados por los gestores. "Aún somos pocos (los médicos) los que renunciamos a cobrar esa parte, ya que representa hasta un 20 por ciento del salario variable que va en función de los objetivos".

"Si no cumples con el porcentaje marcado como tope por la administración de dispensar un medicamento más caro estás fuera de ese objetivo y evidentemente no cobras ese salario variable", ha reconocido.

"Ahora con la rosuvastatina, que no tiene aún genérico, está pasando lo que pasaba antes con la atorvastatina, por lo que lo que venimos a decir en este congreso es que no merece tanto la pena lo que nos ahorramos de precio en no dar ese fármaco, con lo que luego a medio o largo plazo no nos ahorramos por los reingresos hospitalarios", ha concluido.