



Fernando Carballo, presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) y presidente electo de la Federación de Asociaciones Científico Médicas de España (Facme).

Hay que acumular experiencia sobre biosimilares

Carballo aconseja informar al paciente si no se respeta la decisión clínica en la introducción de estos medicamentos

ALMUDENA FERNÁNDEZ
 Madrid

Dentro del manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal, los especialistas conocen “muy bien” las indicaciones de los biológicos anti-TDF —y alguno más que están introduciendo en la actualidad— y saben perfilar el tratamiento indicado para cada paciente. Por ello, para introducir los biosimilares tiene que hacerse exclusivamente en las indicaciones de inicio de tratamiento y solo en aquellos pacientes que los profesionales consideran que por su perfil es prudente hacerlo en lugar del original estimando que el resultado predecible va a ser de beneficio para el paciente.

Sin embargo, no debe introducirse un biosimilar en pacientes con un perfil de riesgo en el tratamiento elevado, porque en esos casos existe una experiencia acumulada con los originales que permiten a los facultativos ser más prudentes.

Así lo explicó a GM el presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), Fernando Carballo, para quien la disminución del coste es un factor razonable que debe explicársele al paciente cuando sea aconsejable utilizar el biosimilar. Asimismo, en los pacientes que ya estén siendo tratados por el original con buenos resultados, no debe modificarse.

“En la práctica clínica, a la hora de introducir los biosimilares, lo razonable es hacerlo paulatinamente”, buscando como beneficio no más resultados terapéuticos, sino exclusivamente menos gasto y, a partir de esa introducción, ir adquiriendo experiencia gracias a los estudios de seguimiento que permitan ir aumentando paulatinamente el uso de los biosimilares “de una forma natural, sin tensiones, prudentemente y

en beneficio de los pacientes”.

En opinión de Carballo, no debería haber ninguna dificultad de convivencia entre ambos tipos de fármacos porque las reglas del juego están claras, aunque las dificultades pueden aparecer en cualquier momento si la decisión clínica es inducida desde perfiles administrativos que impliquen que haya una sustitución que no dependa del clínico. En caso de suceder, recomendó explicar al paciente el motivo por el que no se sigue la indicación clínica, ya que el conflicto que se genera es en contra de la decisión tomada por la clínica. Añadió que el problema mayor se deriva de que el clínico tiene la responsabilidad sobre las decisiones clínicas y si algo no va bien o algo que se indica no es adecuado, puede tener incluso responsabilidades penales por no actuar correctamente.

“Cabría esperar que la responsabilidad recayese sobre el que ha tomado la decisión, por lo que el conflicto puede aparecer si alguien toma decisiones y no quiere asumir las explicaciones de las mismas”, destacó el presidente de la SEPD.

En cuanto al riesgo de que se produzcan inequidades entre comunidades, apuntó a que en el SNS es algo “permanente” por la fragmentación en la toma de decisiones que se inicia con la autorización de fármaco o elemento de la cartera de servicios y, después, eso que se decidió de forma objetiva y a través de las evaluaciones correspondientes, es aplicado o no en función de otros criterios diferentes, que muchas veces se deben a las dificultades de financiación que cada comunidad autónoma pueda tener.

Para resolver este problema, abogó por que uno de los objetivos del consejo interterritorial sea la equidad, algo en lo que se ha avanzado ya pero en lo que queda todavía mucho camino por recorrer.