

# **11<sup>mas</sup> Jornadas Federales y 10mas Internacionales**

**Política, Economía y Gestión de  
Medicamentos**



**19 y 20 de septiembre de 2013**

**Hotel Maitei**

Av. Ulises López (acceso Oeste) y Ruta Nacional N° 12

**Posadas - Misiones - ARGENTINA**



**11<sup>vas</sup> Jornadas Federales  
y 10mas Internacionales**  
Política, Economía y Gestión de  
**Medicamentos**

A stylized, dark grey silhouette of the map of Argentina is positioned to the right of the text, partially overlapping the word 'Medicamentos'.

**Posadas - Misiones - ARGENTINA**

# **11<sup>vas</sup> Jornadas Federales y 10mas Internacionales**

**Política, Economía y Gestión de  
Medicamentos**



**Posadas - Misiones - ARGENTINA**  
**19 y 20 de septiembre de 2013**

11mas Jornadas Federales y 10mas Internacionales de Política, Economía y  
Gestión de Medicamentos /  
Hugo Ignacio Robatta ... [et.al.]. - 1a ed. - Santa Fe: Colegio de Farmacéuticos  
de la Provincia de Santa Fe, 2014.  
392 p.: il.; 15x24 cm.

ISBN 978-987-29972-1-2

1. Farmacología. 2. Políticas Públicas. 3. Economía. I. Robatta, Hugo Ignacio  
CDD 320.6

Primera Edición 500 ejemplares, julio 2014

Queda hecho el depósito que marca la Ley Nº 11.723  
Editado e impreso en la República Argentina por

#### **Publicación**

COLEGIO DE FARMACEUTICOS  
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE 1a. C.  
Crespo 2837 - 3000 Santa Fe  
Tel. (54-342) 410 1000  
E-mail: secpres@colfarsfe.org.ar

#### **Producción Editorial**

COLEGIO DE FARMACEUTICOS  
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE 1a. C.

#### **Edición Final**

Farm. Hugo Ignacio Robatta  
Farm. María Rosa Pagani

**Agradecimiento** por la colaboración en la edición de esta publicación



**Laboratorio Monserrat y Eclair S.A.**

**Estas Jornadas organizadas por FEFARA  
fueron auspiciadas por:**

*Ministerio de Salud Pública de la provincia de Misiones*

*Ministerio de Cultura, Educación, Ciencia y Tecnología de Misiones*

*Subsecretaria de Recursos Humanos de Misiones*

*Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe*

*Instituto de Seguridad Social de la Pampa*

*Facultad de Ciencias Químicas, Exactas y Naturales  
de la Universidad Nacional de Misiones*

*Asociación de Trabajadores de Farmacia de Rosario*

**Declaradas de interés por:**

*Cámara de Senadores de la Nación*

*Cámara de Diputados de la Nación*

*Cámara de Representantes de la Provincia de Misiones*

*Honorable Consejo Deliberante de la ciudad de Posadas*

*Cámara de Senadores de la Provincia de Santa Fe*

*Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe*

*Universidad Nacional de Misiones*

*Universidad Nacional de la Pampa*

*Universidad Nacional de Rosario*



# INDICE

## **ACTO DE APERTURA**

|  |    |
|--|----|
| <i>Farm. Natalia Rodríguez - Farm. Manuel Agotegaray</i>     |    |
| <i>Dr. Oscar Herrera Ahuad - Lic. Hugo Passalacqua .....</i> | 11 |

## **MESA N° 1**

### **EUROPA: CRISIS DE LOS SISTEMAS DE SALUD**

#### **E INTRODUCCIÓN DE GENÉRICOS**

##### *Coordinador:*

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| <i>CPN Carlos Vassallo .....</i> | 23 |
|----------------------------------|----|

##### *Disertante:*

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| <i>Profesor Félix Lobo .....</i> | 27 |
|----------------------------------|----|

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| <i>Preguntas y Comentarios.....</i> | 53 |
|-------------------------------------|----|

## **MESA N° 2**

### **PRODUCCIÓN, CONSUMO, CALIDAD Y ACCESO AL MEDICAMENTO**

#### **EN BRASIL Y ARGENTINA**

##### *Coordinador:*

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| <i>Farm. Natalia Rodríguez .....</i> | 57 |
|--------------------------------------|----|

##### *Disertantes:*

|                           |    |
|---------------------------|----|
| <i>Telma Salles .....</i> | 59 |
|---------------------------|----|

|   |    |
|---|----|
| <i>Ing. Marcelo Ernesto Liebhardt .....</i> | 70 |
|---|----|

|   |    |
|---|----|
| <i>Lic. Martín Rodrigo Etchevery.....</i> | 80 |
|---|----|

### **MESA N° 3**

#### **ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN LAS PROVINCIAS DEL NOROESTE Y DEL LITORAL ARGENTINO**

*Coordinador:*

*Farm. Juan Carlos Rucci*..... 99

*Disertantes:*

*CPN Roberto Mazal* .....101

*Bioq. Miguel Gonzalez* .....123

*Dr. Antonio Morante*.....140

### **MESA N° 4**

#### **LEGISLACIÓN Y POLÍTICA FARMACÉUTICA**

*Coordinador:*

*Farm. José Cid* .....153

*Disertantes:*

*Dra. Carola Musetti* .....158

*Farm. Roberto Fabián Uliana* .....169

*Dr. José Daniel Guccione* .....179

### **MESA N° 5**

#### **EL VALOR AGREGADO FARMACÉUTICO PARA EL ACCESO Y EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO**

*Coordinador:*

*Farm. Manuel Agotegaray*.....187

*Disertantes:*

*Dra. Simone Lisot* .....189

*Reflexiones Finales:*

*Farm. Manuel Agotegaray*.....200

## **MESA N° 6**

### **RECUERDOS DEL FUTURO - 10 AÑOS DE LAS JORNADAS DE POLÍTICA, ECONOMÍA Y GESTIÓN DEL MEDICAMENTO**

*Coordinador:*

*Farm. Hugo Robatta.....203*

*Disertante:*

*C.P.N. Carlos Vassallo .....205*

## **MESA N° 7**

### **LAS CADENAS FARMACÉUTICAS EN AMÉRICA LATINA: UNA LÓGICA COMERCIAL EN LA DISPENSA DEL MEDICAMENTO**

*Coordinador:*

*Farm. Miguel Osio.....231*

*Disertantes:*

*Mg. QF. Juan Pablo Morales Montecinos .....234*

*Dra. María Laura Guaragna Llano.....266*

## **MESA N° 8**

### **LOS DESAFÍOS DE GESTIONAR EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS EN LOS PLANES DE SALUD**

*Coordinador:*

*Farm. Néstor David Campos .....283*

*Disertantes:*

*Farm. Silvia Noemí Cano .....285*

*Dr. Juan Carlos Falcowski .....298*

*C.P.N. Julio Cesar Prieto .....309*

*Dr. Peregrino Selser.....314*

## **MESA N° 9**

### **MEDICAMENTOS Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

*Coordinador:*

*Lic. Carmelo Crapanzano* .....321

*Disertantes:*

*Juan Carlos Arguello* .....324

*Mario Antonowicz* .....329

*Alberto Ferrari* .....335

*Matías Loewy* .....343

*Reflexiones Finales*

*Lic. Carmelo Crapanzano* .....355

## **MESA N° 10**

### **LA FORMACIÓN DE LOS FARMACÉUTICOS QUE NECESITAN LA SOCIEDAD Y TODO EL SISTEMA DE SALUD**

*Coordinadora:*

*Farm. Natalia Rodríguez* .....357

*Disertantes:*

*Mg. Graciela Ascar* .....360

*Mg. María Antonia Lloret* .....369

*Mg. Gabriela De Battista* .....377

## **ACTO DE CIERRE**

*Farm. Natalia Rodríguez* .....385

*Farm. Manuel Agotegaray* .....385

## ACTO DE APERTURA



Participaron del Acto el Lic. Hugo Passalacqua, Vicegobernador de la Provincia de Misiones; el Dr. Oscar Herrera Ahuad, Ministro de Salud Pública de la Provincia de Misiones, el Farm. Manuel Agotegaray, Presidente de FEFARA y la Farm. Natalia Rodríguez, Presidenta del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Misiones.

***Farm. Natalia Rodríguez***  
*Presidenta del Colegio de Farmacéuticos*  
*de la Provincia de Misiones*

Buen día, quiero agradecer la presencia de todas las autoridades, el Sr. Vicegobernador de la Provincia de Misiones, Lic. Hugo Passalacqua y el Sr. Ministro de Salud Pública Dr. Oscar Herrera Ahuad que, además, nos acompañó durante la organización de estas Jornadas y colaboró ampliamente.

Hago extensivo este agradecimiento a todas las autoridades presentes, los Diputados Nacionales Sra. Stella Maris Leverberg y el Dr. Jose Guccione; la Directora de Farmacia del Ministerio de Salud Pública, Farm. Rosana Galeano; el Subsecretario de Atención Primaria de la Salud, Dr. Jorge Martin Cesino y al decano de la Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales, Ing. Fernando Kramer que nos acompaña hoy y siempre en todas nuestras actividades.

Bienvenidos a todos los farmacéuticos que no son de esta provincia y disfruten de ella que es hermosa, y a los colegas misioneros siéntanse cada uno de ustedes anfitriones de las Jornadas.

Agradezco infinitamente al resto de la Junta Ejecutiva de FEFARA, de la cual orgullosamente formo parte, por habernos elegido como Colegio anfitrión. Trabajamos bastante en organizar esto y creemos que todas las energías puestas valdrán la pena si cada uno de ustedes puede sacar provecho de estas Jornadas.

Tenemos temas sumamente interesantes para desarrollar y contamos con disertantes, algunos extranjeros, que desinteresadamente vinieron a nuestra Provincia a colaborar con nosotros enriqueciendo, nuestras habituales Jornadas.

Les quiero comentar que para nosotros la presencia de los Ministros de toda la zona es fundamental porque reafirma el carácter federal de este Encuentro. Es sumamente importante poder dialogar sobre la problemática zonal y, fundamentalmente, que se genere esto desde FEFARA.

Además, es de destacar que estas Jornadas son subvencionadas totalmente por FEFARA y por los farmacéuticos asistentes. Nosotros no tenemos auspicios económicos externos que puedan condicionar de alguna manera las opiniones de cada uno de los disertantes. Opiniones que quedarán plasmadas para siempre en los libros, que además entregaremos a todas las Universidades que tienen carrera de Farmacia.

A los que viajaron muchos kilómetros, a las autoridades, a los disertantes y a todos los colaboradores, administrativos del colegio, allegados y amigos que permitieron que hoy se puedan llevar a cabo estas Jornadas y que esté todo en orden les decimos simplemente: Muchas Gracias.

***Farm. Manuel Agotegaray***  
*Presidente de FEFARA*

Buenos días, muchas gracias a todos por acompañarnos y especialmente a las autoridades presentes, porque conozco a varios de ellos y se como trabajan día a día por la salud no sólo de Misiones sino de todos los argentinos.

Ésta es una provincia que en algunas leyes ha sido pionera, leyes que luego se replicaron en otras regiones del país. Esto indica una continuidad, más allá de las personas, de una política de salud, así que felicitaciones en ese sentido.

Agradezco a todos los presentes, especialmente a los colegas del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Misiones que han organizado estas Jornadas y a sus colaboradores.

Es de destacar que desde el año 2002 se están realizando estos encuentros, en el contexto de un país que es bastante cíclico e inestable. País en el cual en muchas cosas se avanza no a la velocidad que los farmacéuticos quisiéramos, en lo que refiere a la profesión y al tema del mercado del medicamento. Pero por suerte, la profesión farmacéutica tiene muchísimas cosas todavía para ofrecer y para tratar de impedir que, de alguna manera, nos reemplacen.

Así que, simplemente, los invitamos a disfrutar. Son dos días en que los farmacéuticos y sobre todo FEFARA hacemos esto con enorme esfuerzo, para escuchar otras opiniones que no son las nuestras y que intentaremos sumarlas a un proyecto de Salud y medicamentos que la población argentina merece.

Es un orgullo en estas Jornadas contar con disertantes como Félix Lobo de España, colegas de Brasil y de Chile que vienen a comentar la experiencia de las cadenas farmacéuticas y cómo el mercado se acomoda en ese sentido. También, entre

otras mesas con excelentes exponentes, se va a desarrollar el tema de la legislación farmacéutica.

Tenemos muy claro que estas Jornadas tienen que servir para contribuir a producir, en el tema medicamentos y la profesión farmacéutica, una información que sea genuina, independiente y que sirva realmente a la población.

El mercado del medicamento, como todos sabemos, está muy contaminado y eso de alguna manera es mortal para la profesión farmacéutica. Nosotros debemos de seguir trabajando para que ese mercado en el cual se ejerce nuestra profesión tenga la mayor transparencia posible porque en un contexto donde los poderosos intereses comerciales lo contaminan todo, no tenemos ningún futuro.

De eso se trata cuando hablamos de tener independencia económica en la organización de estas Jornadas porque es muy difícil tener independencia política si no tenemos independencia económica. Por eso, dijimos que estas Jornadas son organizadas con los recursos de los Colegios adheridos a FEFARA, a partir de sus redes de farmacias integradas informáticamente desde la provincia de Misiones a Santa Cruz inclusive, de su gerenciamiento y de la eficiencia de esa tarea.

Cuando afirmamos que lo que se gasta en medicamentos y salud en la Argentina es mayor de lo que se tendría que gastar, que el medicamento es un bien social y debería tener un uso racional, lo hacemos desde una posición que nos dio la experiencia y el trabajo diario. Los recursos hay que asignarlos mejor y esto lo decimos, además, porque nadie mejor que los farmacéuticos sabemos que la mayor cantidad de recursos en la Argentina que se gasta en medicamentos sale del bolsillo de la gente.

Estas Jornadas nacieron, hace 11 años, en un momento en que el país sufría una grave crisis, en ese momento el tema principal era la accesibilidad al medicamento, hoy, además, nos

debemos preocupar por la seguridad del medicamento. Esto tiene que ver con algunas Obras Sociales provinciales, que desgraciadamente no hemos llegado como FEFARA a gerenciar, en donde aparecen expedientes de gente que ya ha fallecido, problemas con las licitaciones, etc. Manejos que tienen que ver con la transparencia y la seguridad que la gente debe tener cuando consume un medicamento ya sea en la obra social provincial, en la sindical, en el estado, en cualquier lugar. Para eso trabajamos todo el año y llevamos a cabo estos encuentros. Por supuesto, siempre necesitamos de alguna manera nuevas herramientas, nuevas ideas y ver como reconvertimos a la profesión farmacéutica.

Seguramente el valor y el nivel de las distintas charlas nos va a servir en el trabajo diario y celebro que nos acompañe un funcionario que está en la gestión actualmente, no como siempre pasa en este país que aparecen los "especialistas" en relación a lo que se debe hacer, antes o después de estar en los cargos.

Es de destacar que en estos últimos años, estas Jornadas se van nutriendo de una gran cantidad de estudiantes de las facultades lo que nos hace también a nosotros redoblar las esperanzas y trabajar con muchas más energías por esta querida profesión.

Como dijo el vicepresidente de FEFARA parafraseando a Atahualpa Yupanqui "hay silencios en el programa de gente que no va a venir porque posiblemente no tenga mucho para decir". Bueno, lo lamentamos por ellos, a través de los días irán deduciéndolo Uds.

Muchísimas gracias a todos y como siempre afirmamos, el límite de lo que se dice aquí es responsabilidad de quien expone.

***Dr. Oscar Herrera Ahuad***  
*Ministro de Salud de la Provincia de Misiones*

Buenos días a todos y gracias por venir a la provincia de Misiones. La verdad que cuando se mira la grilla de expositores da muchas ganas de quedarse a participar de los dos días porque el prestigio que tienen es muy importante y será muy bueno escucharlos.

Sin lugar a dudas que algunos conceptos fundamentales que hablábamos con Manuel y Natalia y que los venimos trabajando con ellos a lo largo de estos años tienen cada día mayor vigencia. Por ejemplo, nadie que administre un sistema de salud puede abstraerse de la política de medicamentos, porque eso es no considerar un componente fundamental del gasto público en Salud.

Ayer, en la conferencia de prensa, comentaba que prácticamente entre el 24 al 25 % de la inversión en salud esta puesta en medicamentos y yo le hablo de inversión más que de un gasto. La inversión de la provincia de Misiones es muy grande. Si a eso le sumamos la inversión que hace el Estado Nacional con el programa Remediar y que llega a los 370 Centros de Atención Primaria de la Salud de la provincia, realmente la cifra crece exponencialmente y si, además, le sumamos aquello que los usuarios del sistema pagan de su bolsillo, la cifra supera ampliamente a la que el Estado pone presupuestariamente.

Por eso creo que estos foros donde se debaten experiencias de otros países de prestigio y con muchos años de trabajo en política de medicamentos, a nosotros, nos van a nutrir y nos servirán para ser más eficientes en el manejo de nuestras políticas de medicamentos.

Nosotros hace dos años atrás, teníamos cuatro o cinco pacientes que utilizaban medicaciones especiales y anticuerpos

monoclonales, el gasto era 100 ó 150 mil pesos mensuales, hoy superan los 2 millones y medio de pesos mensuales en 25 pacientes con estas medicaciones. Por lo tanto, es muy difícil de explicar, a quien financia el sistema, cómo se dispara el gasto en algunas materias muy específicas que tiene que ver con la medicación que todos le llaman de alto costo. Esperemos que en algún momento sea la medicación que le sirva a toda la gente a un costo accesible y creo que es hacia allí, también, donde tenemos que volcar las mejores experiencia. Pero si no le ponemos un techo a la política de medicamentos, va a ser muy difícil.

Podemos decir que la birome del médico es cada vez más pesada para el Estado que es el que toma las decisiones finales en las políticas de medicamentos. Creo yo que en algún momento esto se va a tener que alivianar y vamos a tener que encontrarle la manera porque si no el sistema va a quebrar. Con respecto a esto, nosotros trabajamos muy fuerte, tenemos auditorias que son rigurosas, a través de los Comités de Tumores. Pero claro, como se le explica a una señora que un médico le indicó una medicación, que es para curar el cáncer y el Estado no se lo provee. Ahora yo me pregunto cómo hacen con estos temas algunas Obras Sociales.

La verdad, que preocupa muchísimo que esas cosas ocurran, si bien uno puede ir hacia la Superintendencia de Salud y lograr después que las coberturas se realicen, el tiempo pasa y la angustia de la gente es lo que lleva a que se tomen decisiones coyunturales y apresuradas, entonces el gasto se dispara aún más. Y en esto tienen mucho que ver los medios de comunicación porque si a la Sra. o Sr. no le das la respuesta, se dirige a los medios y mama mía.

Entonces, creo que también en esto debemos ser muy serios, no soy muy científico en explicarlo, pero creo que con ideas surgidas de la práctica se puede llegar a entender cuál es nuestra mayor preocupación. Ella, no es invertir en medi-

camentos cuando la demanda así lo requiera, sino optimizar esa respuesta y creo que estos foros sirven para ver cómo lo hacen en otros países, sacar ideas, y de esa manera poder dar respuestas a nuestra gente y realmente ser ordenados en la política de medicamentos.

En el día de ayer le hicimos entrega a la Presidenta del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Misiones, la Resolución donde facultamos al Colegio, para ser quien otorgue los certificados de las distintas especialidades en Farmacia reafirmando, de esa manera, lo que venimos haciendo hace muchísimos años como provincia, que es darle a los Colegios Profesionales esta potestad ya que son los que más conocen y, quienes más están en contacto con estas especialidades. Esto es, sin desentendernos nosotros como ente rector en lo que tiene que ver con la formación académica.

Así que vamos dando pasos que son importantes, estamos acá porque nos interesa muchísimo, también porque queremos aprender. Todos los días se aprende algo nuevo y en lo que tiene que ver con la política de medicamentos más allá de que hoy es una política de estado, nos queda todavía un largo camino.

Así que quiero agradecerles a todos Uds. por estar acá, a Manuel y a Natalia por invitarme a este lugar tan prestigioso y donde uno se siente cómodo porque las veces que he participado pude exponer la política sanitaria de la provincia en forma muy clara y realmente ha llegado a mucha gente. Les deseo que tengan una excelente jornada y bienvenidos a la provincia de Misiones. Gracias.

***Lic. Hugo Passalacqua***

*Viceregobrador de la Provincia de Misiones*

Muy buenos días a todos, quiero agradecer a Fefara la gentil invitación. Es una distinción, sobre todo para mí ya que debo de ser el único en la sala, que no provengo de las ciencias médicas. Yo vengo de las ciencias sociales pero de todos modos hablo como ciudadano, como político y como consumidor de medicamentos, porque se trata de la vida, la salud, inevitablemente no hay quien en este país, salvo contadas excepciones, no haya pasado por una farmacia. Entonces, la responsabilidad con que Uds. están llevando a cabo este evento, esto de no estar pegados, por decirlo vulgarmente, y ser responsables de lo que se dice y sin ningún tipo de condicionamiento, ni presiones, me parece de una potencia política, de temas sanitarios, de la salud, muy fuerte, muy digno, muy intenso, imitable.

Como bien dijo Manuel hubo ciertos momentos de crisis por el que ha tenido que pasar el mundo farmacéutico, de la farmacia, eso es verdad. Pero, a ver, la profesión de Uds. es milenaria, hurgando un poquito en los albores de los boticarios, algo que siempre me llamo la atención, en los palacios reales europeos cerca de la recamara del rey estaba el boticario, piensen si es importante hasta para la política, el hombre de las especies y las pócimas.

Le costó mucho al mundo académico, diría siglos, instituir al concepto de farmacia, inclusive al de medicina, como una ciencia dura. En la Universidad de Bolonia, Italia, la primera universidad del mundo, los estudios giraban sobre la matemática, astrología, filosofía, pero era un tabú el tema de los remedios, del curar, del cuidado. En latín, curar quiere decir cuidar, al cuidado va, inexorablemente, adjunto el medicamento.

No hay porque tener angustias por algunos años de desavenencias o de desencuentro, de flaqueza, decaimiento. Los

respaldan a Uds. la responsabilidad social que, evidentemente, están teniendo al hacer durante once años seguidos estos encuentros, que es mucho tiempo y evidentemente mucho esfuerzo y mucha responsabilidad puesta.

Estaba mirando el programa y, realmente, es fascinante. Recién mencioné el tema europeo, todos sabemos el problema en España de la euroreceta, tiene una cápita, desde nuestra perspectiva, muy poco social. En Latinoamérica se habla de las cadenas farmacéuticas, estas Jornadas, que son internacionales, permiten ponernos en contexto la región del nordeste, la provincia, el país, con Brasil, con Latinoamérica, en relación al acceso racional al medicamento.

Hay una pregunta interesante que creo que está en la carta de invitación, ¿qué medicamento necesita la sociedad? Y eso, me parece, pone el eje sobre el cual orbita lo que acá se va a discutir. ¿Qué necesitamos las personas?, ese es el concepto más humano, más personal, lo que sentí que me tocaba a mí, es decir, ¿qué necesito yo?

La política pública la describió en forma excelente Oscar, la venimos practicando con mucha humildad desde la gestión de "Pepe" Guccione, tiene esa directriz. Es cierto, el gasto es enorme en el país, pero también es cierto que en 25 años se decuplicó el gasto de salud, y eso habla bien pero también genera contradicciones, intereses.

Para concluir le voy a contar dos pequeñas historias, antes de tener este trabajo yo tenía otro que era el de ser diputado, y me toco participar de una discusión muy interesante rápidamente tome posición, estoy hablando de hace tres o cuatro años atrás, sobre el tema de la venta libre de medicamentos. Nos venían a ver, yo presidía una comisión que era la de Presupuesto, para que las estaciones de servicio, no quiero levantar polémicas acá ni pelear con nadie, ya que estaban las 24 hs. abiertas, etc., es decir me dieron un argumento. Por supuesto, mi posición fue

inmediata a favor de los farmacéuticos. Es en la farmacia y es el farmacéutico el responsable de recomendar hasta una aspirina, ya que él sabe si el que lo va a comprar puede tomarla o no, por su condición sanitaria. Rápidamente para mí se saldó la discusión como ciudadano, desde el punto de vista del sentido común. Pero es una discusión que aquí fue muy dura no sé en otros lados del país y nos parece que el Estado ahí sí participa en forma reglamentaria como disciplinador de un mercado.

La segunda pequeña anécdota me tuvo a mí hace 4 o 5 días, todos habrán visto que fue la cena de la industria en Tecnópolis, y por esas casualidades de la vida me toca en la mesa con la gente de la industria farmacéutica y al lado de Alberto Sileoni Ministro de Educación, se armó una mesa de lo más extraña, medio surrealista, porque como Uds. saben los farmacéuticos hablan de medicamentos, los médicos de medicina, los ingenieros de matemática y nosotros la verdad estábamos medios perdidos, pero bueno, en un momento se apiadaron de nosotros y comenzamos a dialogar y abordar un tema de cómo el Estado está ausente de ciertos temas y hay que asumir la responsabilidad y corregirla. El país tiene más de 1.000 escuelas técnicas, solamente tres se dedican a la tecnicatura en química en todo el país, ese es el reclamo que le hacían, la gente de Cilfa, al Ministro de Educación que estaba al lado mío. Y tuve que asociarme con él en la discusión, como para no dejarlo tan solo, ahí los abandone digamos. Eso es cierto es un tema a corregir y el planteo que le hacían estos industriales del mundo de la farmacia es que están creciendo mucho, los laboratorios crecen y no hay mano de obra calificada y esa es una responsabilidad del Estado.

Para ir cerrando, los felicito sinceramente, por la responsabilidad, la unción y el respeto con que tratan Uds. su profesión. Realmente es encomiable y me voy de acá más seguro, al saber en las manos de quien está mi propia salud. Muchas gracias.



## MESA N° 1

### **Europa: Crisis de los Sistemas de Salud e Introducción de Genéricos**

*Coordinador: CPN Carlos Vassallo*

Buenos días, es un gusto estar en Posadas, en estas Jornadas que como Uds. saben se están trasladando por todo el país y están generando, en el sector, un movimiento importante de pensamientos y de reflexión.

Para mí es un verdadero honor coordinar esta Mesa en donde va a disertar el Profesor Félix Lobo, porque cuando empezamos a trabajar en el tema medicamentos lo que hicimos, básicamente, fue leer y estudiar algunos de sus trabajos. Al respecto, quiero mencionar dos libros que a mí me parecen de lo más interesantes como para que todos aquellos que quieran profundizar sobre en el tema, los tengan en cuenta y son: "Medicamentos: política y economía" y "Estrategias, viabilidad e implicancias económicas de la atención farmacéutica".

Félix Lobo es Catedrático de Economía y Director del Seminario de Estudios Sociales de la Salud y los Medicamentos de

la Universidad Carlos III de Madrid, desde el año 1990 y 1995. Dirige el Máster en Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado (Fármaco-Economía), además, el Curso Superior de Dirección de Organizaciones Sanitarias de la Universidad Carlos III de Madrid. Ha sido funcionario temporal del Centro Internacional de Estudios Industriales y consultor de la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial en Viena, consultor de la Organización Mundial de la Salud, de la Oficina Panamericana de la salud, de la Comisión de la Unión Europea y del Banco Mundial. Entre sus libros destacan "Medicamentos: Política y Economía", "La industria farmacéutica en España tras la unificación del mercado europeo" y "Medicines and the New Economic Environment". Entre las distinciones que se le han conferido figuran el Premio Nacional de Bachillerato, el Premio extraordinario de doctorado de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Complutense de Madrid, el Premio a la trayectoria profesional de la Fundación de Bamberg y el Premio de la Red Nacional de Fármaco-vigilancia.

Quiero agregar que, además de su extenso currículum, el profesor Félix Lobo ha sido referente de algunos de los disertantes que nos acompañaron en las Jornadas y recibió la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad, un premio que otorga el Ministerio de Salud, por su trabajo como Director General de Farmacia desde el año 1982 hasta el año 1988 y como Presidente de la Agencia Alimentaria. Todo esto lo convierte en una figura muy interesante para poder aprovechar el contenido de su exposición.

Un comentario previo, quiero decir que cuando hablamos de medicamentos pareciera que fuera una cuestión simplemente económica, de un gasto o un tema de presupuesto. La cuestión del medicamento está relacionada parcialmente con eso, básicamente está relacionada con el acceso, la calidad y con el costo- efectividad. Por supuesto que después tiene su impacto sobre lo económico si no se utiliza bien el recurso pero lo que hay que señalar es que el problema no es económico, sino que es sanitario.

Si nos preguntamos, por qué esta mesa y por qué reflexionar sobre lo que está pasando en Europa, la respuesta es porque, como bien nos va a contar Félix, Europa, está viviendo una crisis importante y esto impacta fuertemente sobre los Sistemas de Salud, que a diferencia de los Sistemas de Salud de América Latina, son consolidados. Entonces, el tema del financiamiento está impactando y ha emergido nuevamente la cuestión del medicamento genérico como una de las respuestas para poder evitar que de alguna manera el sistema termine quebrando.

Nosotros, en algún momento, tuvimos una discusión sobre genéricos pero que pasó muy rápidamente. Cuando las cuestiones no van al fondo del hueso y se pasan muy rápidamente la realidad sigue sin modificarse. Por ello, nosotros tenemos un mercado, cada vez más concentrado que durante los últimos diez años se ha integrado verticalmente y, hoy, como Uds. saben los laboratorios tienen el manejo de las mandatarias, de la distribución y, además, el control de muchas de las farmacias.

La vocación política que se ha tenido para regular el sector ha sido muy débil y desarticulada, solo algunos esfuerzos parciales, no hay una fuerza única como Uds. van a escuchar de España. Los medicamentos genéricos, no es algo que se pueda hacer de la noche a la mañana, no es suficiente un solo gobierno para instalarlos, tiene que haber una política con continuidad como vamos a escuchar después de Brasil. Es una política que trasciende un gobierno de cuatro años y que requiere trabajar fuertemente desde el punto de vista técnico porque cuando se termina el mandato hay que seguir trabajando en los laboratorios con la bioequivalencia, la biodisponibilidad, para asegurar la calidad de los medicamentos y convencer a los profesionales de que el genérico vale la pena ser utilizado.

Entonces, ¿qué nos encontramos en esta Argentina? Bueno, un problema de altos precios, que lo vivimos diariamente, altos copagos de la gente para poder acceder al medicamento y coberturas que se van acotando y disminuyendo.

El desafío es cómo lograremos cuadrar ese círculo. Y ese círculo no lo vamos a poder cuadrar si no generamos una oferta de medicamentos con precios que sean un 30, 40 % del que nosotros estamos pagando hoy. Eso es avanzar sobre una política de genéricos y no vamos a poder sostener una política de ampliación de la oferta de medicamentos, con toda la ola biotecnológica que viene, si no logramos generar, como tiene Alemania o Estados Unidos, un mercado que convive con un 40 % de medicamentos genéricos que tienen precios, por supuesto, menores.

Hecha esta introducción los dejo con el primer disertante de las Jornadas.

## **Crisis y Medicamentos Genéricos en Europa**

*Profesor Félix Lobo*

*Seminario de Estudios Sociales de la Salud y los Medicamentos  
Universidad Carlos III. Madrid*

Muchas gracias a Carlos Vassallo por la presentación y a la Organización por la invitación que me han hecho para compartir con Uds. y reflexionar sobre los medicamentos genéricos.

Bueno, en mi exposición voy a hablar brevemente de la crisis económica en Europa y cómo afecta a los Sistemas de Salud Europeos y, también, acerca de los medicamentos genéricos.

### **Crisis económica europea y sanidad**

La crisis económica europea, después de la crisis financiera que se desencadenó en el año 2008 debido a los problemas de la banca americana, tiene unos fundamentos muy complejos y que en definitiva se relacionan. Lo más importante es que se relacionan con el diseño insuficiente, equivocado de la Unión Europea que resolvió la política monetaria común pero no resolvió la política fiscal común y, entonces, hoy tenemos una asimetría, contamos con una política monetaria común y una moneda única pero no tenemos una política fiscal única.

Esto ha afectado mucho a los ingresos fiscales de algunos países europeos, entre ellos España y eso también ha puesto en compromiso al gasto público en salud. Como Uds. saben este gasto en España y en otros países europeos financia prácticamente toda la sanidad, el 80 %.

Tenemos un sistema público financiado con impuestos y por consiguiente si esos ingresos se derrumban el sistema va a tener problemas.

¿Cómo se ve desde los organismos europeos la situación? Esto es lo que yo quiero aquí analizar muy brevemente:

- Los Estados miembros afrontan retos fiscales difíciles para recobrar el equilibrio y cumplir el Pacto de Estabilidad y Crecimiento.
- Se contempla el gasto público sanitario como uno de los motores de los déficit fiscales y en grado creciente. De tal manera que si el crecimiento económico no se reanuda, ese gasto es insostenible.
- También, hay que decir que la política sanitaria que hasta ahora era una política nacional, en Europa se está cada vez "europeizando" más debido a las restricciones fiscales y dependemos de las decisiones de Bruselas.

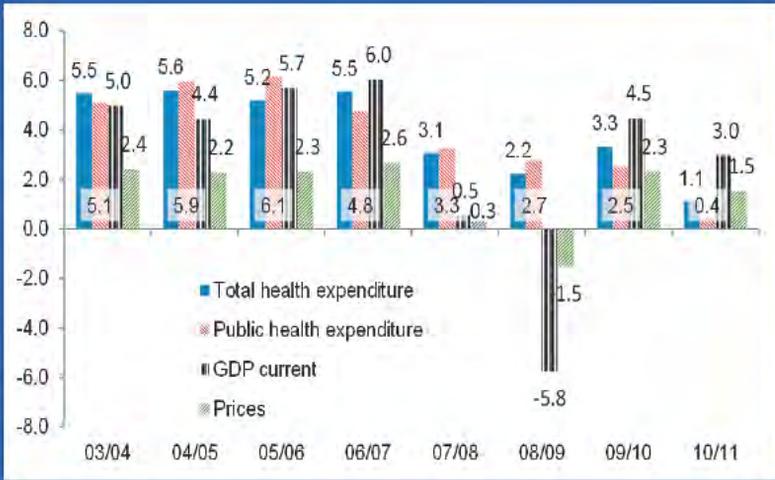
En el siguiente gráfico se puede observar las tasas de variación del gasto público, que son las que aparecen en números recuadrados. De tener crecimientos medios del 5 ó 6 puntos hemos pasado a tener en los años de crisis de sólo el 2 ó 2,5, y ahí están los países que están sufriendo más la crisis y los que la están sufriendo menos.

Esa evolución revela que ha habido un fuerte choque sobre los sistemas sanitarios públicos europeos que han tenido que contraer su gasto, podríamos decir, brutalmente.

Les voy a mostrar algunas cifras para que puedan tener una idea. Por ejemplo, el gasto farmacéutico público en España que financia el 80 % del gasto farmacéutico Nacional ha caído un 30 % en 4 años. Un 30 % es una cifra verdaderamente importante.

## GASTO TOTAL Y GASTO PÚBLICO EN SALUD

Tasas anuales medias de crecimiento (Términos nominales)

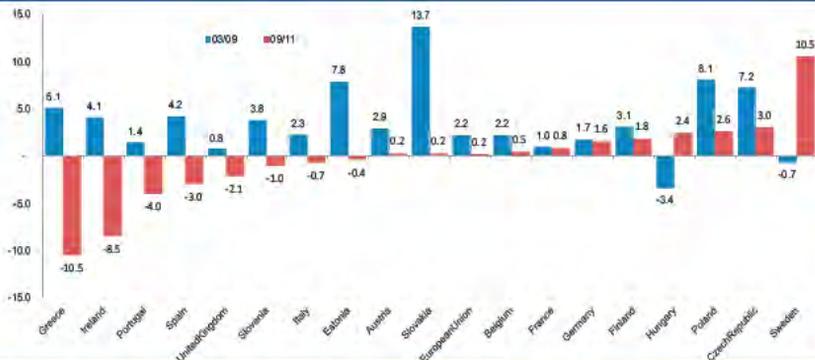


Aquí vemos, también, cómo ha evolucionado por países ese gasto público en salud y tenemos en color azul las variaciones antes de la crisis y en rojo las variaciones después de la crisis. El caso de España, por ejemplo, vemos como en el período antes



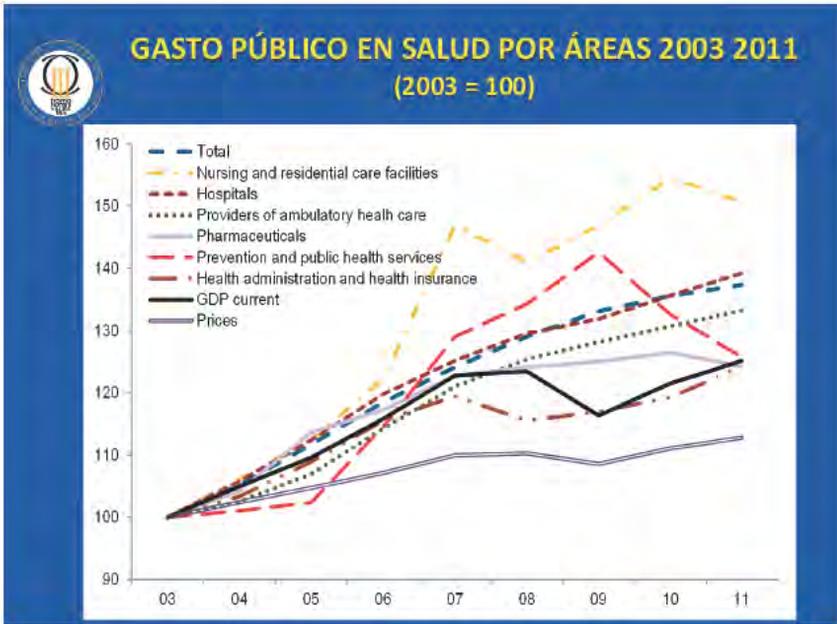
## GASTO PÚBLICO EN SALUD P. CÁPITA 2003-09-11

Tasas anuales medias de crecimiento (Términos reales)



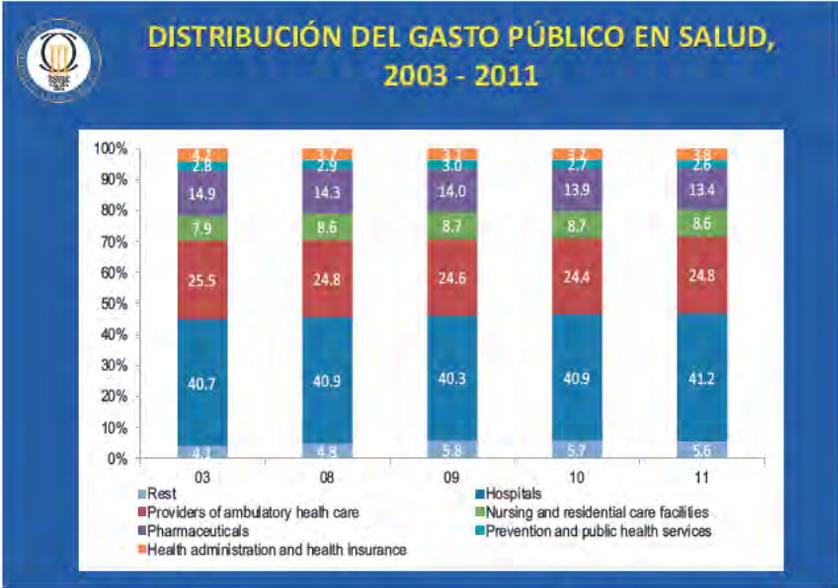
de la crisis, entre el año 2003 y el 2009 teníamos un crecimiento medio anual del 4,2%, que era muy fuerte, y pasamos a tener una caída en el período 2009-2011 del 3%. Es decir, 7 puntos de variación en las tasas interanuales medias de crecimiento, que es un choque realmente muy importante.

En este otro gráfico tenemos los componentes del gasto sanitario y como han evolucionado. Entre ellos, el gasto farmacéutico, que es la línea gris, que como Uds. pueden observar permanece plano pero en los últimos años comienza a caer, e incluso declina como media europea.

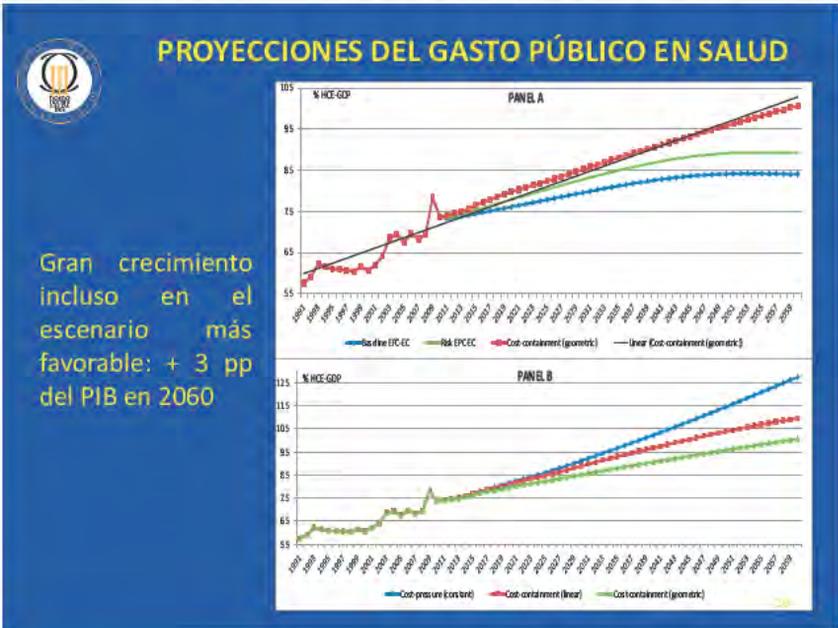


Aquí están los componentes del gasto público en salud con una relativa estabilidad hacia lo largo del tiempo, el violeta es el gasto en productos farmacéuticos. Se encuentra en torno a un 14 % a nivel europeo, como media de los 27 países.

Esto es mirando al pasado, si ahora ponemos la vista en el futuro, ¿qué se espera que ocurra con el gasto público en salud?

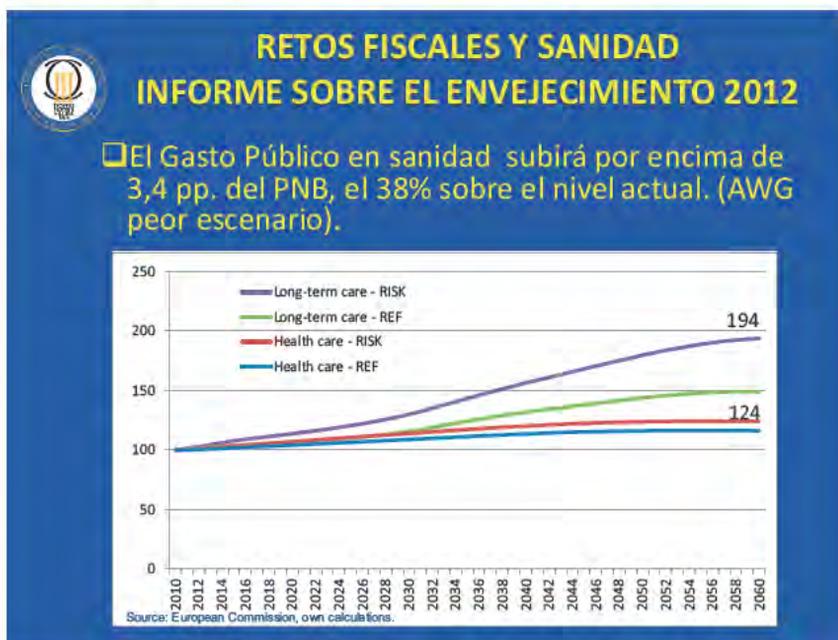


Podrán observar las proyecciones que han hecho las oficinas de estudio de la Dirección General de Economía y Finanzas de la Unión Europea de tal manera que se espera un gran crecimiento



del gasto público en salud. En el escenario más favorable se espera que aumente en 3 puntos porcentuales del Producto Interno Bruto para el año 2.060, como consecuencia, básicamente, del envejecimiento y, también, de los cambios tecnológicos.

Cada año se hace para la Unión Europea un informe sobre sostenibilidad fiscal. En el último (año 2012) se subraya que la situación en relación a la sanidad es muy seria, pues se dice que el 70 % del crecimiento del gasto relacionado con el envejecimiento entre los años 2010 y 2060 se deberá a la asistencia sanitaria y la atención a crónicos. Obviamente la cuestión es si lo vamos a poder pagar.



En otro informe (Joint EPC – EC (DG ECFIN) Report on Health Care Systems 2010) se alude a los **grandes retos de los sistemas sanitarios** según los Organismos Económicos Europeos. Y la gran pregunta es ésta, ¿cómo contener el gasto mediante mejoras de eficiencia que aseguren la viabilidad fiscal, sin perjudicar el derecho de todos a una asistencia sanitaria de alta calidad?

Bueno aquí tenemos una enumeración de los retos que según este informe afectan a la política sanitaria española.

- Controles macroeconómicos de recursos y presupuestos (medidas de control de costes, estilo tope superior al gasto en salud), asociadas con reformas micro que modifican los incentivos.
- Límites a la demanda: aumento de la participación en los costes (copagos) y reducción de beneficios fiscales, combinadas con medidas para garantizar la equidad y el acceso.
- Mejorar la gobernanza general del sistema (Ej.: gestión de la adopción de decisiones, sistemas de contratación).
- Mejorar datos e información para apoyar la mejora del desempeño.
- Reducir el recurso innecesario a especialistas y hospitales al tiempo que se mejoran atención primaria y derivaciones.
- Incrementar el valor obtenido a cambio del dinero gastado en medicamentos. Hay un capítulo específico dedicado a los medicamentos.
- Promover la eficiencia de los hospitales mediante el la cirugía en ambulatoria y la concentración de los servicios hospitalarios.
- Asegurar una adecuada combinación de los conocimientos y habilidades del personal sanitario.
- Utilización sistemática de la evaluación de tecnologías sanitarias para identificar los tratamientos eficientes merecedores de financiación pública.
- Promover una promoción de la salud y prevención de la enfermedad más efectiva para mejorar el estado de salud y reducir la demanda de servicios sanitarios.

En concreto, en este informe hay una referencia explícita a los **medicamentos genéricos** que es el tema de la segunda parte de mi intervención. En el informe dice "...se ha producido un incremento del desarrollo de los productos genéricos, que han contribuido a que los pacientes y las autoridades dispongan de medicamentos más baratos". "Entre las áreas de mejora estarían... la promoción de la prescripción de genéricos". Explícitamente se reconoce que éste es un campo en el que puede haber progresos, y que esos progresos pueden servir a la sostenibilidad del sistema.

A los que tengan interés en conocer más detalles sobre la situación de los sistemas de salud europeos en tiempos de crisis yo les recomiendo esta referencia.

Recientemente, en el mes de abril, se celebró en Oslo una conferencia convocada por la región europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, también, la Unión Europea con este tema "Los Sistemas de Salud y la

Crisis Económica". En la página web de la Oficina Regional para Europa de la OMS están disponibles todos los documentos (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/event/oslo-conference-on-health-systems-and-the-economic-crisis>).

A lo largo de estos años de crisis en Europa, los distintos países han tomado medidas con respecto a los sistemas sanitarios. Les voy mostrar, en la siguiente tabla las cuestiones referidas a productos farmacéuticos, que es lo que se encuentra marcado en amarillo, y donde se puede observar que se menciona, precios y genéricos. Un área en la que se está trabajando en distintos países europeos.





### REFORMAS RECIENTES EN EUROPA SEGÚN LA OMS (CONFERENCIA DE OSLO 2013)

| Generating savings  | Country  |
|---|--|
| Limit the increase of, freeze or reduce salaries and fees             | Belgium, Cyprus, France, Greece, Ireland, Latvia, Lithuania, Portugal, Romania, Slovenia, Spain, Germany, United Kingdom, Denmark, Italy, Slovenia |
| Reduced health worker benefits  | Cyprus, Estonia, Portugal, Slovenia, Sweden, United Kingdom  |
| Increased cost containment in hospital spending                       | Bulgaria, Czech Republic, Denmark, Estonia, France, Ireland, Lithuania, Romania, Slovenia, Latvia  |
| Increased control of procurement of pharmaceuticals and medical goods | Bulgaria, Czech Republic, Greece, Slovakia, United Kingdom, Romania  |
| Strengthened pharmaceutical policy (Prices, generics).                | 23 EU Member States  |
| Reduced capital investments   | Romania, United Kingdom, Bulgaria  |

Source: WHO (2013), "Health, health systems and economic crisis in Europe: impact and policy implications"; European Commission services.

En España, la “panoplia” de medidas que han afectado al mercado farmacéutico es impresionante, incluso, revela una inestabilidad de la regulación. Desde el año 2008 ha habido más de 7 leyes promulgadas en relación con el Sistema de Salud para tomar medidas que permitieran afrontar la crisis y, desde luego, muchísimas más disposiciones reglamentarias de todo tipo.

En conclusión, es una crisis compleja que básicamente tiene que ver con la estructura del sistema europeo, que afecta a los Sistemas de Salud, porque éstos se nutren de fondos públicos con serios problemas fiscales. Además, para el futuro hay grandes retos y compromisos, debido al envejecimiento y a la incorporación de tecnología, que exigen considerar detenidamente la viabilidad de esos sistemas y la fórmula para conseguir esa viabilidad sin reducir el acceso a las prestaciones de salud.

## **Los Medicamentos genéricos**

Pasemos a hablar ahora de los medicamentos genéricos. Voy a iniciar mi exposición con algunas ideas fundamentales que, seguramente, todos Uds. conocen pero quiero poner algunos puntos centrales para orientar la exposición y la discusión.

Para que exista un medicamento genérico en el mercado es necesario que haya caducado la patente y, además, al menos desde la perspectiva económica, un genérico exige que su denominación sea una denominación común, no por marca comercial.

Esto plantea la cuestión de si podríamos **distinguir** entre **medicamentos genéricos** que tendrían que reunir estas dos condiciones, patente expirada y denominación común y **medicamentos intercambiables** porque han demostrado bioequivalencia pero que no necesariamente tienen una denominación común en su etiquetado.

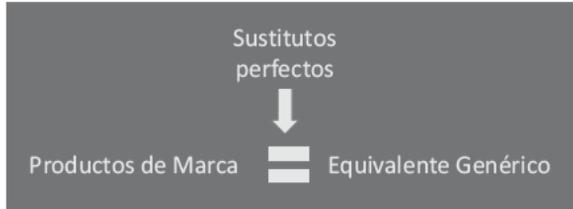
En mi opinión es más útil pensar que todos los genéricos son intercambiables pero no todos los intercambiables son genéricos.

Mi perspectiva es considerar que lo más útil, desde el punto de vista analítico, es exigir las dos condiciones para lo que podríamos llamar la definición de genéricos, aunque esto advierto no es la única perspectiva posible ni tampoco la de todas las legislaciones.

A los **medicamentos**, como Uds. saben, se los puede **nombrar** de tres formas distintas: la **nomenclatura química**, la **denominación común** y el **nombre comercial**. La nomenclatura química es muy compleja, por eso necesitamos los nombres genéricos.

El mercado de los genéricos se caracteriza, básicamente, por las nociones que hemos dicho antes. Desde el punto de vista

económico tiene que haber equivalencia de tal manera que consigamos que sean sustitutos "perfectos" de las



marcas. Perfectos es una manera de hablar que tenemos los economistas, es decir que sean sustituibles y que terapéuticamente cumplen la misma finalidad.

¿Qué problema viene a resolver los medicamentos genéricos y más en particular las denominaciones comunes? Pues un problema que los economistas llamamos fallo del mercado. Los mercados fallan por muchas razones y dentro de la más relevantes desde el punto de vista de la economía de los medicamentos son:

- la información imperfecta y asimétrica,
- la excesiva diferenciación del producto,
- el monopolio.

Con respecto al último punto, se puede considerar que el monopolio de patentes es un monopolio legal, pero el monopolio en sí, es un fallo del mercado. El mercado no funciona eficientemente en esas condiciones.

Pues bien, en el caso de los **medicamentos** hay un **fallo del mercado** que yo llamo **por confusión**, así como a la mayoría de los productos los identificamos por simple inspección de sus características en el caso de los medicamentos esto no ocurre. Los consumidores de



ninguna manera podemos identificar los medicamentos sólo con verlos sobre la mesa, necesitaríamos hacer análisis para precisar su naturaleza y entonces tenemos aquí un caso de información imperfecta extrema que hace que el mercado no funcione bien si no hacemos algo.

Las empresas sólo tienen incentivos de mercado para identificar sus productos con sus marcas y no para resolver ese problema de información y, entonces, nos surgen varias posibilidades, todas negativas.

Sin regulación estatal se puede presentar confusión en tres formas:

- Mismo producto, con diferentes marcas y diferentes fabricantes.
- Diferentes productos con la misma marca del mismo fabricante o diferentes fabricantes.
- Nombres de marcas que se parezcan o suenen similar.

El siguiente ejemplo es para España: Marca (DCI)

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <b>Dianben (metformina)</b>                    | <b>Diován (valsartán)</b>         |
| <b>Ecazide (captopril e hidroclorotiazida)</b> | <b>Eskazide (trifluoperazina)</b> |

Esta confusión puede dar lugar a problemas muy graves y aquí estamos en la dimensión de la salud pública, no solo la económica como por ejemplo:

- errores en la medicación,
- reacciones adversas,
- Interacciones no deseadas entre medicamentos.

Aquí tenemos algunos datos:

- El 10 % de todos los errores reportados en medicación ocurren por confusión de los nombres de los medicamentos. FDA (RADOS, 2005).
- El 12 % de los errores reportados al ISMP-España, están relacionados con confusión de nombres. Grupo de expertos en Prácticas Seguras de Medicación, Consejo de Europa (2006).

Uds. son farmacéuticos y saben de lo que estoy hablando. Basta recordar la catástrofe de la talidomida para subrayar la importancia del problema. En este caso una vez descubierto el problema y meses después de que apareciera en primera página de todos los periódicos del mundo, todavía había mujeres que seguían tomándola. Por ejemplo, esto se documentó en Brasil sencillamente porque se comercializaba bajo nombres de marca distintos. Estamos hablando de principios de los años 60 del siglo pasado, no estaban reguladas las denominaciones comunes en todos los países, de tal manera que aquí hubo, además, del problema inicial, uno subsiguiente derivado de que los medicamentos no estaban correctamente denominados o las denominaciones no estaban correctamente regulados y naturalmente este no fue un problema menor.

Por lo tanto, en estas condiciones, **la denominación es crucial para identificar los medicamentos** por parte de los médicos, farmacéuticos y los pacientes **para evitar la confusión**. Por eso siempre la denominación es un elemento clave en los expedientes de autorización de medicamentos.

Ahora bien, ¿cuál es el remedio ante este problema de confusión?

La solución es una **nomenclatura común**. Esto el mercado no lo puede regular y hace falta que intervengan organismos públicos para poder abordar una nomenclatura común. Entonces,

la regulación pública a este respecto se asienta actualmente sobre tres pilares:

- 1.** Una nomenclatura común internacional creada por la OMS, Denominación Común Internacional (DCI; INN, siglas en inglés).
- 2.** La obligación de los fabricantes de utilizar el nombre genérico en el etiquetado y en la publicidad.
- 3.** La sustitución por el farmacéutico.

La nomenclatura común, Uds. la conocen muy bien, se puso en marcha en el año 1953, en base a un programa de la Organización Mundial de la Salud que sigue funcionando normalmente y que nos proporciona lo que en lenguaje no técnico llamamos las denominaciones genéricas. Estas denominaciones genéricas, hoy en día, equivalen a las Denominaciones Comunes Internacionales de la OMS, salvo casos muy concretos y en todos los países. Este programa de la OMS fue siendo adoptado por las legislaciones nacionales de tal manera que en la mayoría de las mismas cuando se habla de denominación común se dice explícitamente que deben ser las Denominaciones Comunes Internacionales de la OMS, como ocurre con la legislación europea, norteamericana, etc.

El segundo pilar, tenemos la nomenclatura ahora debemos de obligar a que se use por parte de los fabricantes. Esto se logró a lo largo de los años 60 del siglo pasado, ya en la primera directiva de la Unión Europea del año 1965 sobre medicamentos, se estableció como obligatorio. En el etiquetado debe de figurar la denominación común internacional, con determinadas precisiones.

Por último, tenemos la sustitución por el farmacéutico que es un procedimiento, que yo creo, sirve al desarrollo profesional del farmacéutico y que no se podría dar si no hubiera Denominaciones

Comunes Internacionales, nombres genéricos, y a la inversa, la sustitución, también, favorece la utilización de Denominaciones Comunes Internacionales. Cuando hablamos de sustitución lo que queremos decir es que según los países se permite/obliga al farmacéutico a dispensar un genérico, el más barato, aunque el médico haya prescrito una marca. La sustitución es obligatoria en determinados contextos en muchos países, por ejemplo en Estados Unidos y también en Europa. Además, favorece la competencia y rebaja el gasto farmacéutico.

¿Qué importancia económica tienen esas Denominaciones Comunes Internacionales?

Desde el punto de vista económico la DCI es un **bien público**.

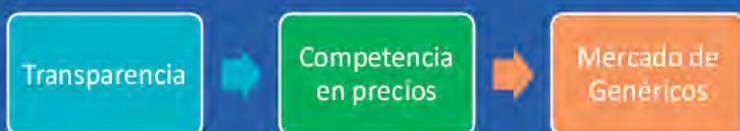
- Las empresas privadas no tienen incentivos para crearlos ni utilizarlos.
- El coste marginal de incluir a un consumidor más en su disfrute tiende a cero.
- El coste marginal de excluir a un consumidor de su disfrute tiende a infinito.
- Solo los pueden crear y mantener entidades públicas financiadas con impuestos.

Además, y quizás esta es la diapositiva más importante de toda mi exposición, las denominaciones comunes que incorporan todos los genéricos tienen un efecto económico fundamental y es que crean transparencia, es decir, podemos comparar entre los productos que son iguales y elegir el más barato. Eso favorece la competencia en precios y, en definitiva, abre el funcionamiento del mercado de genéricos. Lo expresaba un médico en una declaración en el congreso americano cuando se discutía la legislación pertinente de una manera bastante clara como lo pueden observar.



## IMPORTANCIA ECONÓMICA Y BENEFICIOS SOCIALES DE LAS DCI (NOMBRES GENÉRICOS)

### COMPETENCIA



“Un médico acostumbrado a prescribir Miltown tendría poca probabilidad de cambiar la receta si no supiera que Equanil es esencialmente lo mismo, produciendo los mismos efectos, pero más barato” (Dr. Garb en el Congreso Americano, 1972).

Pero tienen otros beneficios económicos:

- Externalidades de red: cuanto más se usan mayores son los beneficios para todos.
- Reducen los costes de transacción (Kindleberger, 1986).
- Promueven el comercio.
- No dificultan la innovación.

Además de las mejoras económicas, también nos proporcionan efectos beneficiosos en la Salud Pública:

- Facilitan el entendimiento mutuo entre científicos y profesionales sanitarios.
- Facilitan el trabajo de las autoridades reguladoras.

- Mejoran la seguridad del paciente y disminuyen los errores médicos.

### ¿Cuál es el **futuro** de las **Denominaciones Comunes Internacionales**?

Ya tenemos la nomenclatura común internacional, la obligación legal para los fabricantes y la sustitución para el farmacéutico. Bueno, ¿hasta qué punto se usa en todas partes las DCI por parte de los médicos y farmacéuticos?

Donde hay sustitución, los farmacéuticos la usan naturalmente, en el caso de los médicos es más complejo y en ninguna parte hay una utilización general de las DCI en la prescripción médica. Como pueden observar, las siguientes cifras indican que, incluso en países en los que se utilizan mucho los medicamentos

**En el Reino Unido durante el 2004 fue el 21% y en 2010 fue el 17%.**

Espín y Rovira, 2007; Kullman 2011.

**En el 2010 el 22% de la medicina dispensada por los farmacéuticos no fue realizada con genéricos en EUA.**

IMS Institute of Health Care Informatics, 2011.

genéricos, la mayoría de las veces las prescripciones no son por denominación común. Por ejemplo, el Reino Unido es un país en el que se usan muchísimo las denominaciones comunes pues todavía una parte sustancial de las prescripciones médicas no se hacen por DCI.

Para que esto revierta, ¿qué propuestas se han formulado?

Bueno, se ha hablado de abolir las marcas, seguramente esto es poco realista e inclusive a lo mejor inconveniente. También, la OCDE ha recomendado incentivos financieros para médicos y farmacéuticos que dispensen medicamentos genéricos, esto se usa en España por ejemplo. Durante una época los farmacéuticos en España tuvieron un margen superior cuando dispensaban medicamentos genéricos al que tenían cuando dispensaban marcas.

En el Reino Unido, que es el país europeo donde más se usan las denominaciones comunes, se utiliza la información y la persuasión para convencer a los médicos.

En España, recientemente, se han aprobado leyes que obligan a los médicos a prescribir por nombre genérico lo que allí llamamos prescripción por principio activo, de una manera un tanto impropia. Sin embargo, quizás lo más importante en España son las herramientas informáticas de apoyo a la prescripción que se están generalizando unidas a la receta electrónica.

Actualmente en España, la prescripción de los médicos se hace por prescripción informática, aproximadamente un 80% de los quinientos millones de recetas que se prescriben cada año. Esos sistemas informáticos guían a prescribir por DCI y además, el sistema elige el más barato.

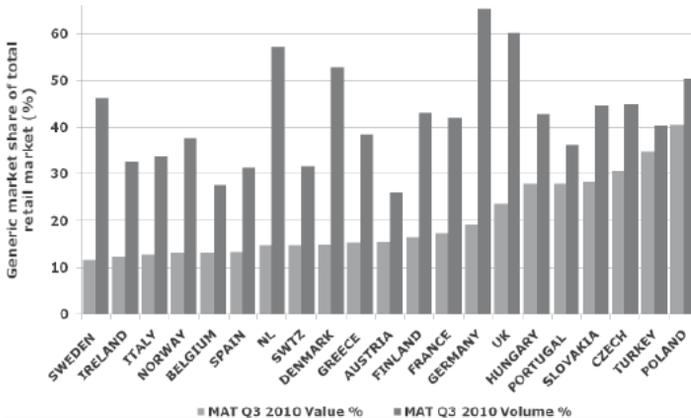
Nos podríamos preguntar si lo óptimo sería el uso dual de los dos nombres que con las herramientas informáticas actuales quizás no fuera tan complicado.

## Regulación en la Comunidad Europea

En relación a la regulación europea de los genéricos y de las denominaciones comunes, aquí tenemos algunos datos sobre la porción del mercado de medicamentos que ocupa los medicamentos genéricos en Europa. En valor son las líneas más bajas de color marrón, y las más altas en color verde son las unidades. Por ejemplo, en España, en el año 2010 estábamos por debajo del 30% en unidades, actualmente estaremos llegando al 40%. Hay países donde esto es superior como decía el Reino Unido, pues se distingue porque tiene una prescripción por denominación común muy intensa y desde hace bastante tiempo. En todo caso el porcentaje del mercado europeo en valor que cubren los medicamentos genéricos hoy en día estará en torno a un 25%.



Generic market share varies widely across Europe



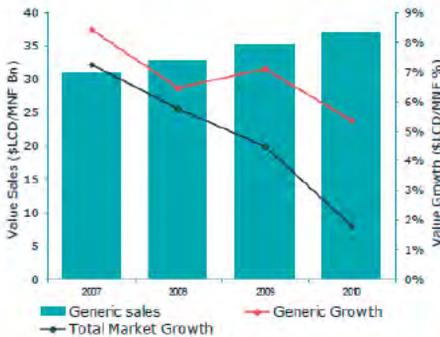
ims

En la siguiente gráfica, hay datos dinámicos de crecimiento, se puede observar (línea roja) como en estos últimos años debido a la crisis, crecen más los genéricos al doble de velocidad que las marcas en relación a las ventas.



European generics growing at over twice total pharma\* in 2010  
 However, generic value still under 20%

Generic Value Sales and Growth (LCUS\$-ex man)



| 2010 Top 10 countries   | % share of global generics LCUS\$*-2004 | % share of global generics LCUS\$*-2010 |
|-------------------------|---|---|
| Germany                 | 24%                                     | 18%                                     |
| France                  | 13%                                     | 16%                                     |
| UK                      | 16%                                     | 12%                                     |
| Turkey                  | 6%                                      | 10%                                     |
| Italy                   | 9%                                      | 9%                                      |
| Spain                   | 7%                                      | 8%                                      |
| Poland                  | 7%                                      | 6%                                      |
| Portugal                | 3%                                      | 2%                                      |
| Greece                  | 2%                                      | 2%                                      |
| Czech                   | 2%                                      | 2%                                      |
| <b>Top 10 countries</b> | <b>98%</b>                              | <b>95%</b>                              |

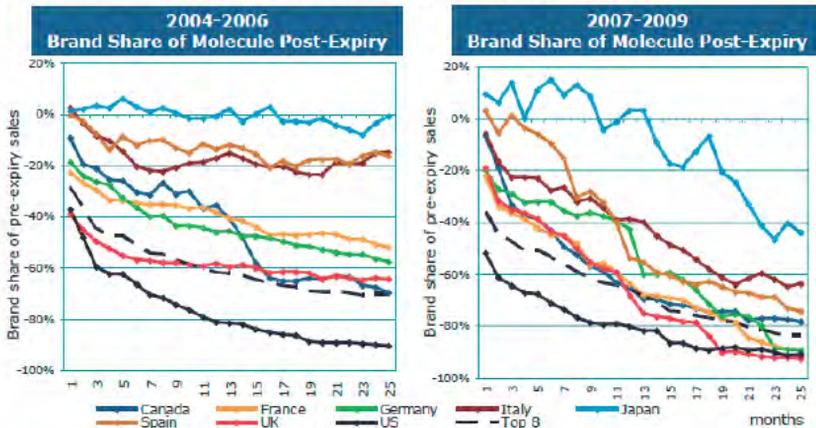
Source: IMS Health, MIDAS, Market Segmentation countries, MAT Dec 2010. \*Rx only. Rankings determined by 2010 Value Sales (LCUS\$).

(\*) at ex-man price level



En estas otras gráficas tenemos la velocidad con la que se incorporan al mercado los medicamentos genéricos medida al revés. Las líneas decrecientes nos dicen cuantos meses pasan desde que el medicamento de marca afronta la competencia del medicamento genérico y vemos cómo va decreciendo y cómo esa competencia es cada vez más rápida.

Generic penetration becoming steeper and faster



Source: IMS MIDAS, Market Segmentation, June 2010



¿Cómo define la legislación europea los medicamentos genéricos? Bueno, básicamente se fija en la intercambiabilidad y lo define en los siguientes términos:

*“Todo medicamento que tenga la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica que el medicamento de referencia, y cuya bioequivalencia con el medicamento de referencia haya sido demostrada por estudios adecuados de biodisponibilidad...*

*El solicitante podrá estar exento de presentar los estudios de biodisponibilidad si puede demostrar que el medicamento genérico satisface los criterios pertinentes definidos en las correspondientes directrices detalladas”*

Artº 10, nº2 Directiva 2001/83/CE modificada por Directiva 2004/27/CE

Para que el **medicamento genérico** pueda **aparecer en el mercado de la Comunidad Europea**, es necesario que hayan **expirado dos períodos** que son **independientes** pero que pueden correr simultáneamente, el de **protección de patentes** y el de **protección de datos**.

Las **patentes**, hoy en día, pueden ser de **productos**, de **procedimiento** y de **utilización**. En todos los países europeos tenemos patente plena de producto, cuyo período, como es el uso internacional, es de 20 años más un certificado de ampliación de otros cinco años.

Adicionalmente, tenemos la **protección de datos**, cuyo significado es que la empresa que quiere solicitar la autorización de un medicamento genérico no tiene libre acceso a los datos que ha proporcionado la empresa que lo distribuye.

La idea de la protección de datos, sobre todo los de los ensayos clínicos, es relativamente reciente y puesta en marcha

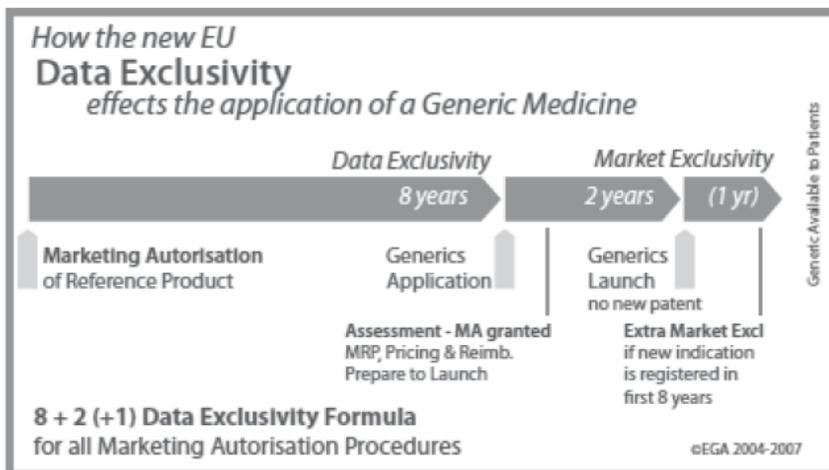
por la Unión Europea, y es una protección adicional a la protección de patentes.

La **finalidad** es para proteger medicamentos desarrollados con moléculas cuya patente ha caducado y también para que sólo se comercialicen genéricos con larga experiencia de uso y conocimiento amplio de sus características y de su perfil beneficio- riesgo.

En cuanto al período de protección de datos, a partir del 1º de noviembre de 2005:

- 10 años todos.
- 11 años si en los primeros 8 años de comercialización el laboratorio desarrolla indicaciones terapéuticas nuevas y con beneficio clínico significativo.
- “Cláusula Bolar”: A partir del año 8 se aceptan solicitudes de autorización de genéricos para iniciar evaluación.

Como anteriormente mencioné, se aplica una **fórmula 8+2+1**. Esto quiere decir que han de transcurrir 8 años para que una empresa de genéricos tenga derecho a apoyarse en los datos



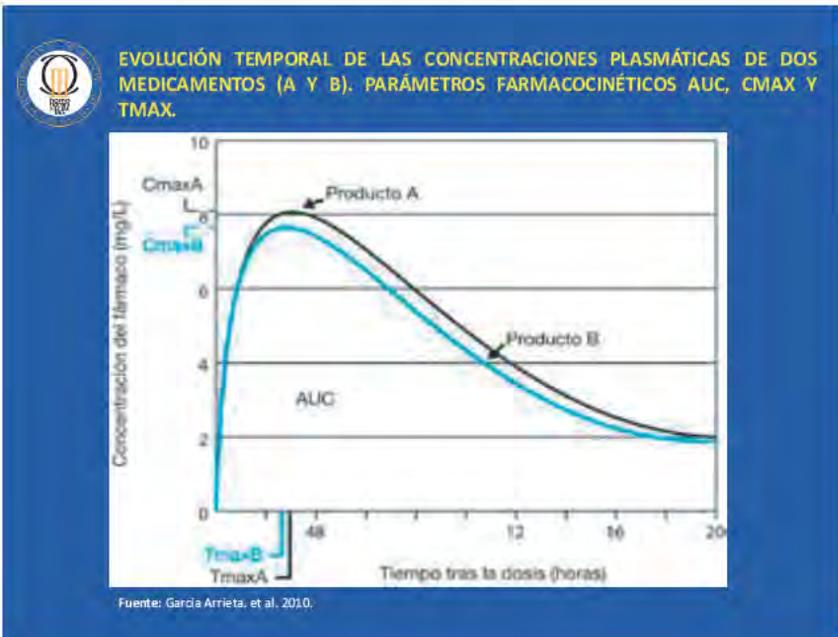
EU data exclusivity provisions affecting all applications for marketing authorisation submitted after 31 October 2005.

presentados previamente por la empresa solicitante del medicamento de referencia. Al cumplirse el octavo año y durante dos años más, la empresa de genéricos puede hacer uso de esos datos para, a su vez, solicitar la autorización del medicamento genérico pero no lo puede comercializar, y hay un año más de protección si la empresa titular del medicamento de referencia inicial desarrolló una indicación nueva con un significativo beneficio clínico.

La idea fundamental es que, además, de que caduque la protección de la patente, han de caducar estos períodos de protección de datos, antes no se puede comercializar el medicamento genérico.

Además, está el requisito de **bioequivalencia** y el fundamento científico es:

- Con la misma cantidad de principio activo:
- la curva de niveles plasmáticos en función del tiempo es idéntica a la del innovador...



- podemos esperar que los efectos sistémicos sean los mismos.

Todo esto se prueba con estudios farmacocinéticos, como muestra el gráfico anterior.

También, se comprueba con los estudios de bioequivalencia. Aquí viene la cuestión técnica de la Unión Europea que va muy orientada a la equivalencia terapéutica. En definitiva, lo que se pretende es similitud en términos de seguridad y eficacia. No es una cuestión exclusivamente farmacocinética sino que está orientada a la identidad de resultados sistémicos terapéuticos. La siguiente es la **definición de bioequivalencia** adoptada por la **Unión Europea**.

***"Dos medicamentos que contienen los mismos principios activos se consideran bioequivalentes si son farmacéuticamente equivalentes o alternativos y sus biodisponibilidades (tasa y duración) después de ser administrados en la misma dosis molar se encuentran dentro de límites aceptables predefinidos. Estos límites se fijan para garantizar efectos in vivo comparables, es decir, similitud en términos de seguridad y eficacia"***

Committee for Proprietary Medicinal Products, GUIDELINE ON THE INVESTIGATION OF BIOEQUIVALENCE, CPMP/EWP/QWP/1401/98 Rev. 1/Corr \*\* (2010).  
[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Scientific\\_guideline/2010/01/WC5000\\_70039.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2010/01/WC5000_70039.pdf)

En relación a la **calidad**, los **medicamentos genéricos** tienen que cumplir los mismos requisitos que los medicamentos de referencia y que todos los medicamentos en general, es decir, tienen que cumplir con las normas de correcta fabricación y están sometidos a la misma inspección periódica. De tal manera, que hoy por hoy, nadie puede dudar de que la calidad de los medicamentos genéricos en los países europeos y en muchos otros países que tienen estos sistemas regulatorios sea tan buena como la de los medicamentos de marca.

La bioequivalencia permite presumir la intercambiabilidad del genérico con el medicamento de referencia. Por tanto, son sustituibles. Adicionalmente, se reconoce también la intercambiabilidad con los demás medicamentos genéricos bioequivalentes, aunque esto último no haya sido objeto de demostración formal como requisito para la autorización.

La intercambiabilidad da lugar a las políticas de sustitución por el farmacéutico, que en el caso europeo, no está unificado. Las políticas de sustitución forman parte en definitiva de las políticas sanitarias de uso racional del medicamento que hasta ahora han venido siendo nacionales y cada país tiene una política de sustitución distinta o no tiene ninguna. Hasta no hace mucho Alemania no sólo no la permitía ni obligaba sino que la prohibía explícitamente y todavía hay algún país europeo que prohíbe la sustitución.

La sustitución hoy va más allá de los medicamentos genéricos, idénticos y bioequivalentes, por ejemplo en España, hay una gran discusión en este momento en todos los niveles sobre los equivalentes terapéuticos con principio activo distinto pero de la misma familia terapéutica y con similar perfil de eficacia y seguridad.

## **Conclusiones**

Podemos llegar a algunas conclusiones muy simples, pero importantes:

- Los medicamentos genéricos se utilizan amplia y crecientemente en muchos países desarrollados con las mismas garantías de calidad que los de marca.
- Los genéricos y las DCI/INN tienen importantes ventajas de salud pública.
- Los genéricos y las DCI/INN remedian el fallo del mercado de la confusión.

- Los genéricos, gracias a la transparencia y la competencia en precios que propician, contribuyen a optimizar el gasto sanitario y liberan recursos para usos alternativos, por ejemplo para sucesivas innovaciones terapéuticas.
- En el futuro la prescripción y la dispensación de medicamentos por la DCI aumentará.

Muchas gracias, es todo lo que les quería decir.

## **Preguntas y Comentarios**

**Audiencia:** *La pregunta que voy a realizar no es referida al tema desarrollado en la disertación tiene que ver con los medicamentos biológicos y, en particular, los biosimilares, en los mercados de América Latina se está discutiendo mucho sobre estos productos, ¿qué está ocurriendo en Europa en relación a esta temática?*

**Profesor Félix Lobo:** En la exposición no he querido mencionar el tema expresamente, me imaginaba que podía salir en el diálogo, para no confundir y no hacer eterna la charla. En la actualidad, los biosimilares son quizás el tema más candente ya que por un lado tenemos los problemas que plantean los productos biosimilares en cuanto a su fabricación, producción y calidad que los hace diferentes a los productos de síntesis química. En este último caso la fabricación siempre puede ser más exacta y puede responder a parámetros con menos variabilidad que los procedimientos biológicos. Esto hace que, por un lado tendamos a ver con mayor precaución o con mayor escrutinio el tema de la intercambiabilidad.

Por otro lado también hemos de tener en cuenta que son productos de altísima tecnología, de muy reciente introducción y de muy alto precio, con tratamientos cuyo coste mensual o anual es muy gravoso para todos los presupuestos. Este es un problema que tienen aquí en Argentina pero que también existe en España, el resto de Europa, Estados Unidos y en todas partes.

La cuestión está en que nos interesa fomentar la competencia desde el punto de vista económico para conseguir precios más bajos, una oferta más diversificada y por consiguiente nos interesaría que el mismo proceso que tuvo lugar a lo largo del tiempo de regulación y popularización de los medicamentos genéricos ocurriera también en el caso de los productos biológicos o biosimilares.

Aquí existe una cuestión técnica y tecnológica de hasta qué punto esa variabilidad en los procedimientos de fabricación es relevante desde el punto de vista de la seguridad, la eficacia y el efecto sistémico terapéutico del que hablábamos antes, o no lo es. Lo que les puedo decir es que la regulación europea ya cuenta con directivas para productos biológicos y en este mes de septiembre se aprobaron los 2 primeros productos biosimilares en Europa. En cuanto a las garantías de equivalencia, son las más difíciles y complejas porque técnicamente es así. En la medida que las variabilidades no afecten al efecto terapéutico pues porque no aprobar biosimilares cumplidos los plazos de patentes de protección de datos igual que hemos venido aprobando genéricos.

**Audiencia:** *La farmacia, ¿participa de la dispensa de los productos biológicos?*

**Profesor Félix Lobo:** Sí, algunos de los medicamentos biológicos se dispensan a través de la Oficina de Farmacia. Hay casos que por su complejidad y por su precio, en España, ha habido una tendencia a reconducir a la farmacia de Hospital las que cuentan con farmacéuticos especialistas en Farmacia Hospitalaria. Estas características de la dispensación no es una política unificada a nivel europeo, es Nacional.

**Audiencia:** *Buenos días, yo quería saber de acuerdo a lo que Ud. explicó, ¿un laboratorio de genéricos después de 20 años de patente más 10 años de protección podría lanzar el producto al mercado? La otra pregunta es, ¿el laboratorio puede iniciar la preparación de toda la información antes de los diez años? y con relación a los estudios de bioequivalencia, ¿requiere que se haga en España o si se hace en la Comunidad Europea es aceptado por España?*

**Profesor Félix Lobo:** Respecto de los plazos son los que he dicho antes, depende de cuando se empiece a contar no se puede decir para todos los productos igual pero la idea es 20

años de protección de patentes si hay certificado complementario 5 años más de protección de patentes y simultáneamente tiene que transcurrir también el plazo de protección de datos que ya he dicho que rige la fórmula 8+2+1.

En cuanto a lo que Ud. pregunta de si se pueden utilizar los datos antes, sí existe la cláusula bolar en la legislación europea, en el caso de la protección de datos se exigen 8 años, en los 2 años que quedan hasta los 10 años en los que se prohíbe la comercialización, es posible utilizar los datos a efectos del expediente de autorización de comercialización.

En cuanto a los estudios de bioequivalencia sí son aceptados mutuamente por las autoridades europeas, es más una parte muy importante de los medicamentos nuevos y desde luego todos los innovadores siguen un procedimiento europeo centralizado ante la agencia europea. En el caso de los nacionales la idea es la misma si son estudios de bioequivalencia para genéricos bueno pues muy frecuentemente se dan ante autoridades nacionales aunque también puede ser frente a la agencia europea pero son aceptados estudios hechos en otros países europeos.

**Audiencia:** *En el caso de Chile estamos discutiendo temas de prescripción genérica, pero hemos discutido mucho el tema de las patentes, porque estos plazos frente a lo que significa el acortamiento en el ciclo de vida de los medicamentos, es decir, cuando terminan los plazos que expiran las patentes o expiran los periodos de protección ya los medicamentos innovadores están fuera del mercado han aparecido otros que ocupan su lugar. Por otro lado la industria innovadora ha ido adquiriendo laboratorios de producción de genéricos, entonces cuando entra otro laboratorio de industria de medicamento genérico a competir se encuentra de que ya ha pasado mucho tiempo en el cual el medicamento innovador se encuentra posicionado pero que también ya tiene la existencia muchas veces de genéricos que son parte de la misma industria innovadora. Nosotros hemos centrado la discusión en el tema de patentes, en los tiempos excesivos*

*del tema del patentado. Chile junto con otros países, están discutiendo actualmente un tratado internacional que busca aumentar esos plazos de patentes. La pregunta es ¿esos plazos que permiten el establecimiento de precios monopólicos son justos, adecuados, razonables?*

**Profesor Félix Lobo:** Le puedo contestar que, desde luego, por lo que sé en Europa no hay ninguna perspectiva en este momento de que esos plazos se acorten, pues se entiende que la legislación de patentes tal como está se encuentra consolidada. Los plazos son 20 años y lo que se puede discutir son los 5 años de extensión de la protección que tiene sus condicionantes no siempre se obtienen los 5 años ni siempre tienen que ser los 5 años, esto en cuanto a las perspectivas en Europa yo entiendo perfectamente lo que Ud. dice.

En cuanto a si son adecuados o no, bueno, esto todo el mundo se lo ha preguntado, por qué el incentivo a la protección a través de las patentes tiene que sujetarse a un período de 20 años para cualquier mercado, producto, país. Es una regla muy simple que tenemos dudas de que sea óptima y de hecho esto se ha discutido mucho, entonces, ciertamente no podemos decir que sea óptima en todo caso, toda circunstancia, todo producto, toda tecnología. Piense Ud. que los 20 años no son sólo para medicamentos sino para cualquier cosa, cualquier tipo de tecnología. Entonces, realmente, ésta es una regulación diríamos muy simplista. Esa es una discusión que ha estado siempre abierta desde el punto de vista económico y tecnológico pero que se vaya a trasladar a la legislación y la práctica, hoy por hoy, lo veo muy improbable. Además, como en Europa también la patente europea se acaba de unificar en sus procedimientos, solicitudes, etc. no es el momento para plantear reformas de este tipo, ni nadie las plantea que yo sepa. Pero entiendo su preocupación y desde luego como economista y desde el punto de vista del fundamento económico del fomento de la innovación, ¿por qué 20 años? Pues, porque es una cifra redonda.

Bueno, muchas gracias



## MESA N° 2

### **Producción, consumo, calidad y acceso al medicamento en Brasil y Argentina**

*Coordinador: Farm. Natalia Rodríguez  
Presidenta Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Misiones*

Buenos días, quiero decir que a esta Mesa la consideramos sumamente importante porque estaremos analizando a toda la cadena del medicamento desde su inicio y contaremos para ello con la participación de valiosos especialistas.

Para tratar este tema, invitamos a Telma Salles y Marcelo Liebhardt, de Brasil, a quienes agradecemos mucho que nos estén acompañando. De Argentina, convocamos para formar esta mesa a las tres Cámaras que agrupan a los Laboratorios productores. Lamentablemente hoy solamente contamos con la presencia de un representante de CAEME, Martín Etcheverry, así que queremos destacarlo.

Telma Salles, cuenta con 35 años de experiencia profesional, 21 de ellos en el sector farmacéutico. Es presidenta ejecutiva de Pro Genéricos, Asociación Brasileña de Fabricantes

de Medicamentos Genéricos, una organización que reúne a las empresas líderes en el segmento, responsables de la producción de 90% de los medicamentos en el país. Entre sus actividades principales, está la coordinación de la agenda estratégica de la organización, cuya misión es contribuir a la mejora del acceso a los medicamentos en Brasil.

Tiene formación en administración y ha dedicado sus esfuerzos profesionales a la mejora de las relaciones institucionales con importantes empresas y entidades vinculadas a la industria farmacéutica. Además, forma parte del Consejo Asesor de ABIFINA, Asociación Brasileña de Industrias de Química Fina, Biotecnología y sus Especialidades.

Marcelo Ernesto Liebhardt es Ingeniero Agrónomo, recibido en la Universidad de Buenos Aires, Argentina, tiene un posgrado en Economía, Universidad de Stuttgart, Alemania. Es Director del Área Económica de Interfarma; Coordinador general de la Secretaria de Comercio Exterior, Ministerio de Desarrollo, Industria y Comercio Exterior; Director de Comercio, Ministerio de Desarrollo, Industria y Comercio Exterior; profesor de Economía Internacional y Econometría de la Universidad Católica de Brasilia.

Martín Rodrigo Etcheverry, es licenciado en Administración, Universidad de Buenos Aires; tiene una maestría en Sistemas de Salud, Isalud; posgrado en Marketing Farmacéutico, Universidad de Belgrano. Es Jefe de asuntos institucionales de la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEMe) y docente en la Universidad de Belgrano.

**“Los medicamentos genéricos: herramienta de acceso para una política de salud pública inclusiva.”**

*Telma Salles*

*Presidenta de Pro Genéricos. Brasil.*

Buenos días a todos, muchas gracias a FEFARA y Natalia por la invitación a participar de estas jornadas.

Les quiero mostrar y contarles a Uds. un poco de la experiencia de genéricos en el mercado brasileño. Es muy interesante ver cómo el acceso a los medicamentos aumentó por parte de la población de Brasil.

El tema de esta charla es “Los medicamentos genéricos: herramienta de acceso para una política de salud pública inclusiva” y Uds. con el transcurso de mi charla van a entender el porqué de este nombre.

En primer lugar, Pro Genéricos es una asociación de 13 compañías, que juntas responden por el 90 % de los medicamentos genéricos fabricados y comercializados en Brasil. Son empresas de capitales nacionales y, también, extranjeros. Como pueden observar en la diapositiva, contamos con grupos como, Medley; Sandoz; Torrent, que es una empresa de India; Valeant, americana; ICF, Instituto de Ciencias Farmacéuticas, Aché, un gran laboratorio de prescripción en Brasil; EMS, la mayor industria de medicamentos de Brasil en la actualidad. Todas ellas son empresas que tienen en su portfolio productos originales, similares y genéricos.

Pro Genéricos es una organización sin fines de lucro y trabajamos para que esas empresas puedan colocar sus productos



en el mercado y en consecuencia, que la población tengan acceso a los medicamentos.

Nuestra **misión** es ampliar el acceso a los medicamentos para consolidar el mercado de genéricos, lo que contribuye a la mejora de la salud pública en nuestro País.

### Medicamentos genéricos en Brasil

- Fueron creados por la Ley 9.787 en el año 1999.
- Presentó el concepto de medicamentos con bioequivalencia comprobada en comparación con productos de referencia.
- Los primeros productos fueron lanzados en Brasil en febrero del año 2000.

Nosotros entendemos que **la ley solamente estimula nuevos negocios si existen oportunidades de mercado y emprendedores dispuestos a asumir riesgos.**



Los empresarios brasileños de esa época invirtieron en medicamentos genéricos y tuvieron un impacto significativo.

En Brasil es posible registrar un medicamento genérico solamente si su precio es 35 % más barato que el precio de comercialización del "original". Sin embargo, hemos percibido a lo largo del tiempo, en la venta al consumidor, que el medicamento genérico es, en promedio, 60 % más barato que el medicamento de referencia, al que llamamos también "original".

Tenemos cerca de 20.000 presentaciones y 3500 registros. Los principios activos son, aproximadamente, 500 y cubren los grupos terapéuticos más importante.

En Brasil, hoy, de los 20 medicamentos más prescritos, 15 tienen versión genérica. Una reciente investigación reveló que de las 20 millones de prescripciones, 15 millones eran de genéricos. Tenemos hoy un mercado muy bien conceptualizado por los médicos y no existe desconfianza por parte de los profesionales con respecto a estos medicamentos.

Una de las cuestiones que nos dejan muy tranquilos y muy felices es que la propia industria que produce originales, tiene también su versión genérica. Y nadie puede pensar que esas empresas de pronto decidieron fabricar un medicamento de buena calidad y otro de calidad menor sólo por ser la versión genérica. Son normalmente los mismos productos que sólo tienen embalajes diferentes.

El Instituto Datafolha de San Pablo, realizó una encuesta y luego publicó los datos, en 12 capitales brasileñas sobre el perfil de los consumidores en las farmacias privadas, muestra que el 68 % de las 1.611 personas encuestadas, tiene la costumbre de comprar medicamentos genéricos. Esto significa calidad, lo que se puede demostrar por la eficacia y seguridad de los productos.

Los genéricos más vendidos son para tratar enfermedades crónicas. También, el sildenafil, un medicamento nuevo que entró en el mercado de genéricos hace unos 10 años y tiene una performance muy interesante.

**Genéricos Más Vendidos en Brasil**

- Losartana
- Dipirona
- Sildenafil
- Atenolol
- Paracetamol
- Metformina
- Hidroclorotiazida
- Nimesulida
- Enalapril
- Albendazol

Fonte: Progenéricos Dez/2012

PróGenéricos

Los **medicamentos genéricos proporcionaron** desde 2001 hasta mayo del 2013, un **ahorro para el consumidor** de 36 mil millones de reales, lo cual es muy importante para la población y el presupuesto de Salud Pública.

Las **inversiones** que la **industria** tuvo que hacer para producir genéricos fueron muy importante, como lo pueden observar en el siguiente gráfico.



Los genéricos generaron un parque industrial con una enorme capacidad de volumen productivo, con alta tecnología. Hoy, algunas de las empresas que fabrican medicamentos genéricos abastecen a más de 40 países. Podemos decir que los medicamentos genéricos trajeron no sólo acceso a la población, sino también desarrollo tecnológico y capacitación en el recurso humano. Los profesionales, actualmente, tienen mucho más acceso a las industrias porque éstas necesitan centros de investigación y desarrollo. Por ejemplo, una de nuestras empresas asociadas, EMS, cuenta con 500 doctores en su departamento de investigación, entonces, tenemos una capacidad de absorción de mano de obra calificada muy grande. Este, también, es un importante beneficio que generó el medicamento genérico.

## Análisis actual

Como análisis del mercado actual de genéricos, todavía tenemos en Brasil la necesidad de mayor acceso a los mismos. Si observamos la concentración del mercado, por ejemplo, 43% en San Pablo, que es el mayor volumen de genéricos, esto implica que Brasil todavía necesita de más medicamentos genéricos, entonces, podemos decir que este mercado tiene todavía mucho potencial.

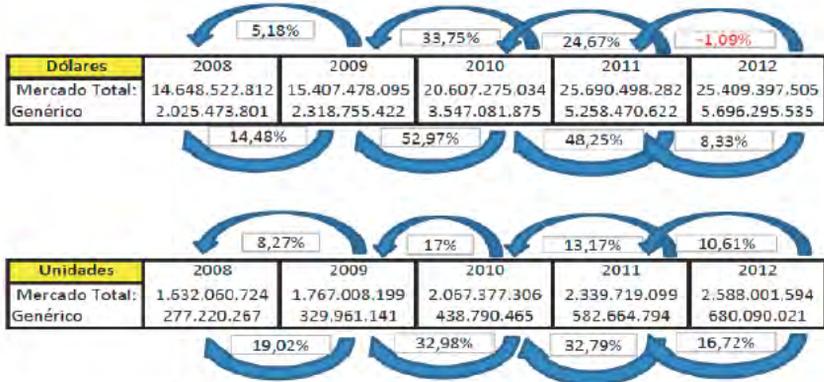
Los datos del crecimiento del mercado de genéricos es muy interesante, en 2008/2009 ha crecido, aproximadamente, un 15 % mientras que el mercado total ha crecido un 5 %. Los genéricos siempre crecen más que el mercado total y eso significa eficacia comprobada del producto.

Otro dato interesante que el mercado de genérico trajo para Brasil es la producción, el 90 % de lo distribuido y vendido en el país es producido localmente. Las importaciones son muy pequeñas, y entre los países importadores están incluidos, Ar-



## CRECIMIENTO DEL MERCADO TOTAL Y GENÉRICO

2008 a 2012



Fonte: IMS Health/ MAT dez/2012

ProGenéricos

gentina, Israel, Canadá, Alemania, India. Pero el dato importante es que **el 90 % de la capacidad productivo es interna**.

Las empresas farmacéuticas que participan de este mercado son de capitales enteramente nacionales como la EMS que ocupa el primer lugar, Medley que al principio era de capitales nacionales y luego fue comprada por capitales extranjeros. Neo Química es una empresa brasileña que está en el centro-oeste de Brasil y también tiene una performance maravillosa en el mercado total. Novartis tiene un "brazo" en el mercado de genéricos en el mundo que es Sandoz, que tiene una participación bastante importante en Brasil. Pfizer también tiene participación. Solamente, Merck Sharp & Dohme no tiene participación en genéricos. De las 10 mayores empresas que actúan en Brasil, 8 poseen líneas de medicamentos genéricos.

Cuando miramos otros países, nos pone muy orgullosos ver el posicionamiento logrado porque somos un mercado nuevo que tiene menos de 15 años pero ya cuenta con una participación del 27 % en unidades. Mientras que mercados como Alemania

## RANKING DE LAS INDÚSTRIAS FARMACÉUTICAS EN BRASIL

| EMPRESAS         | MAT - FEV |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|------------------|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|                  | 1999      | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| EMS Pharma       | 29º       | 5º   | 3º   | 1º   |
| MEDLEY (SAI)     | 32º       | 7º   | 5º   | 4º   | 4º   | 4º   | 2º   | 2º   | 2º   | 2º   |
| ACHÉ             | 3º        | 2º   | 2º   | 3º   | 3º   | 3º   | 4º   | 3º   | 3º   | 3º   |
| NEO QUÍMICA      | 58º       | 36º  | 36º  | 36º  | 32º  | 20º  | 8º   | 6º   | 6º   | 4º   |
| SANOFI-AVENTIS   | 1º        | 1º   | 1º   | 2º   | 2º   | 2º   | 3º   | 4º   | 4º   | 5º   |
| EUROFARMA        | 28º       | 9º   | 8º   | 8º   | 7º   | 6º   | 5º   | 5º   | 5º   | 6º   |
| NOVARTIS         | 2º        | 4º   | 4º   | 5º   | 5º   | 6º   | 6º   | 7º   | 7º   | 7º   |
| PFIZER           | 7º        | 3º   | 5º   | 6º   | 6º   | 7º   | 7º   | 9º   | 9º   | 8º   |
| MSD              | 15º       | 7º   | 7º   | 7º   | 8º   | 8º   | 9º   | 8º   | 8º   | 9º   |
| TEUTO BRASILEIRO | 77º       | 54º  | 43º  | 49º  | 44º  | 40º  | 28º  | 16º  | 12º  | 10º  |

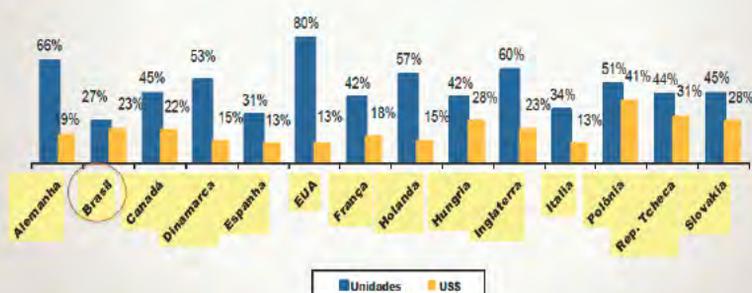
8 empresas entre las 10 mayores possuem líneas de medicamentos genéricos

Fonte: IMS Health

PróGenéricos

## Participación del Mercado Comparativo con Otros Países

Los genéricos tienen mayor participación en los mercados donde existe efectiva participación del gobierno por medio de políticas de reembolso.



Fonte: IMS Health

PróGenéricos

o Inglaterra, que tienen más de 30 años de existencia, tienen una participación del 60 %.

Brasil no tiene política de reembolso para medicamentos. Nosotros tenemos el Ministerio de Salud que dispensa los me-

dicamentos en los “puestos de salud” y contamos, también, con el programa “Farmacia Popular” que tiene mucho éxito, donde el medicamento es distribuido gratuitamente en las farmacias acreditadas, para la población de Brasil.

## **Desafíos**

Uno de los desafíos que tenemos en Brasil, es **proporcionar más información**, a los médicos, sobre la disponibilidad y oferta de genéricos, esto contribuirá a aumentar las prescripciones. También para que los profesionales orienten mejor a la población sobre genéricos, sus beneficios terapéuticos y económicos. Al ser estos medicamentos, en promedio, 60 % más baratos, es posible aumentar la prescripción de genéricos.

Otro desafío es el **sistema de patentes**, tenemos que acompañar para que la aplicación de la Ley de Propiedad Intelectual pueda ser aplicada de forma correcta, en los plazos adecuados. Entendemos que las patentes son muy importantes porque son las que regulan el mercado de genéricos.

Las empresas que perdieron las patentes de sus productos tienen que buscar productos nuevos, porque tenían un mercado más “confortable” pero ahora, con un mercado de genéricos creciente, es necesario que introduzcan nuevas moléculas.

También trabajamos con la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) para la **mejora del marco regulatorio**, para que nuestros genéricos sean autorizados en plazos menores para que la población los pueda obtener más rápidamente. Solicitamos, también, simplificación y racionalización de los procedimientos.

Además, en Brasil tenemos una prerrogativa en la Ley en donde para la concesión de una patente en el área farmacéutica, se debe contar con la anuencia previa de la ANVISA.

Por ello la vigilancia sanitaria actúa junto al Instituto Nacional de la Propiedad Industrial (INPI), para decir si un medicamento puede tener o no su patente.

En cuanto a la **correcta dispensación**, entendemos que el farmacéutico tiene un papel determinante para garantizar el cumplimiento de la legislación brasileña, la que establece qué solamente un medicamento genérico puede sustituir al medicamento prescrito. Seguimos en esto para que todos los farmacéuticos comprendan cuán importante es su papel en el momento de la dispensa. Él puede ayudar eficazmente en el tratamiento al ofrecer de forma correcta, segura y adecuada la sustitución del medicamento prescrito.

Otro desafío que tenemos es la **carga tributaria**. Los medicamentos en Brasil tienen, actualmente, impuestos superiores al 33,9 %. Entendemos que si conseguimos, por diversos mecanismos, una disminución/eliminación de la carga tributaria eso contribuiría a disminuir más el precio y ampliaría el acceso. Es decir, la gente podría comprar medicamentos más baratos y tendría una mejor calidad de vida.

En Brasil, un **programa del gobierno** que posibilita un mayor acceso a los medicamentos, es el llamado "**Farmacia Popular**". Este programa hoy pone a disposición medicamentos para más de 20 millones de personas en forma "gratuita". Hay una lista de productos seleccionados, y la persona concurre a las farmacias adheridas al programa con la receta y retira sus medicamentos. Cualquier farmacia puede adherirse (farmacias de "redes" o cualquier otra). Estos medicamentos seleccionados ya forman parte del portfolio (stock de la farmacia), entonces la farmacia lo entrega y luego el gobierno le reembolsa el importe.

"Farmacia Popular" es un programa muy inclusivo para los brasileños. Otro programa inclusivo que tiene Brasil es el llamado "Bolsa Familia" que es una contribución que le brinda el gobierno a las familias que tienen salarios muy bajos.



El 76 % de lo dispensado en "Farmacia Popular" son medicamentos genéricos, las categorías que participan de este programa son: hipertensión, diabetes, colesterol y asma.

**Los medicamentos genéricos, definitivamente, son una efectiva herramienta de acceso para una política de salud pública inclusiva.**

Una de las cuestiones que nosotros entendemos como importantes dentro de la política de medicamentos genéricos es que ella trajo un desarrollo muy importante tanto tecnológico como de recursos humanos. Actualmente, hay empresas con 5000 personas trabajando las 24 hs. en la producción de medicamentos, e invirtiendo en este mercado que hoy solo representa el 30 %, del total. Por lo tanto, para llegar al 100 % tenemos que trabajar mucho.

Nuevamente les agradezco la oportunidad que me brindaron para poder contarles cuán importante son los medicamentos genéricos para la política de Salud Pública en Brasil y quedo a disposición para responder las preguntas. Muchas gracias.

## **Salud en Brasil. Oportunidades y desafíos para la industria farmacéutica**

*Ing. Marcelo Ernesto Liebhardt*

*Interfarma – Brasil*

Buenos días a todos. Quería agradecer la invitación a participar de estas jornadas de FEFARA, principalmente al Farm. Manuel Agotegaray y a Carlos Vassallo.

Me quiero disculpar porque la presentación que Uds. van a ver está en inglés y el motivo es porque recibimos muchas empresas del exterior que quieren ver el mercado brasileiro y tenemos una especie de estándar y está en ese idioma.

Me voy a referir a la **situación de la salud en Brasil**. Después del año 1994, cuando se creó el plano real que estabilizó la economía, hubo grandes cambios institucionales que llevaron, también, al mercado de medicamentos a la situación en la que está hoy.

Primero se consiguió estabilidad democrática, hubo elecciones, prensa libre, mayor poder de la opinión pública y también la existencia de un poder judicial independiente. Esos factores de estabilización permitieron que las finanzas públicas estén mejor de lo que estaban, aumentó en gran medida las reservas del país, lo que es muy importante.

El gobierno dio incentivos para el mercado doméstico y el interno, que permitieron una movilidad social grande lo que se tradujo en el pasaje de aquellas personas que eran considerados clases D, E a clase C. Como se puede observar en el gráfico, la

franja que se encuentra de color verde aumentó de izquierda a derecha (desde el año 2003 al 2014) y esos son nueva gente que pasó a entrar en el mercado de consumo.

## Reduction of poverty and inequality

Growth of classes A, B and C



Interfarma

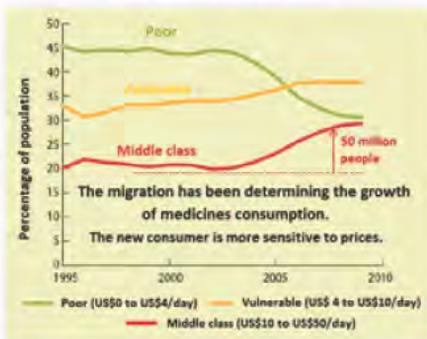
Source: IGG/PWAD and IPE

Consecuentemente, el ingreso de toda esta población en el mercado de consumo y el poder salir de una pobreza, consiguió también ser un factor dinámico para el aumento de consumo de medicamentos.

El consumo de las familias creció, también, de forma casi exponencial y eso también se refleja en el mercado de trabajo. La tasa de desempleo es muy baja, alrededor de 5,3 %.

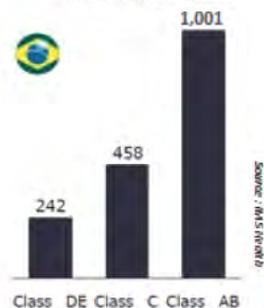
## Over the past decade 50 million people ascended to the middle class – potential for expansion is still big

Population by social class Latin America and Caribbean



Impact of income increase on the consumption of medicines

Consumption of medicines per family in Brazil (US\$/year)



~65% of the population, or 350 million people, in "vulnerable" or "poor" condition

Todo esto no implica que no haya muchas cosas que deben ser mejoradas, por ejemplo, el peso de la burocracia, la alta carga tributaria, una infraestructura pobre. Además, como en el caso de Argentina, existe un crecimiento que está comandado por el sector de *commodities*, principalmente el sector agrícola, y el incentivo al consumo. Por otra parte, falta mano de obra calificada, hay un bajo nivel de inversión pública y privada que se necesita que crezca como ocurre en China que las tasas de inversión pública y privada son altísimas y es lo que contribuye al desarrollo del país. También, hay un bajo volumen de exportaciones con valor agregado alto.

En relación al **sector de salud**, al producirse un mayor desarrollo, aumentó el consumo interno y el bienestar de la gente, eso llevó a que las demandas sobre el sistema de salud aumentaran. La gente demanda una mejor calidad y a medida que mejora el nivel de vida la gente se queja más.

Por otra parte, está cambiando el perfil de las enfermedades. Según las proyecciones, para el año 2030 se invierte la curva y Brasil para de crecer en términos de población. Entonces, vamos a pasar a tener un problema semejante al que tiene Europa, un rápido envejecimiento y, en vez de maternidades hay que tener más lugares para tratar a los pacientes crónicos.

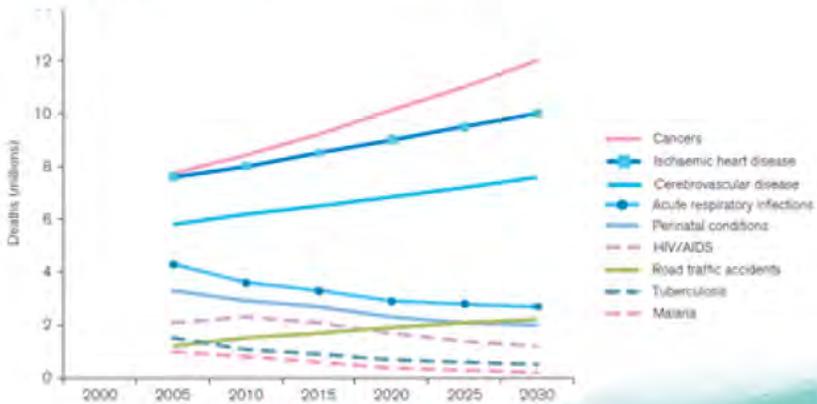
Además, hay una presión en torno de las drogas más complejas y eso aumenta el gasto público y privado.

Hay que considerar que el 75 % de los medicamentos son comprados en las farmacias por el consumidor final que es el paciente. Esto es un sistema diferente de los que Uds. están acostumbrados en la Argentina y muy diferente, con seguridad, al de Europa.

El 25 % ciento restante corresponde a compras gubernamentales. El gobierno tiene un sistema de compras para alta complejidad, medicamentos para el cáncer, HIV/ Sida, que son totalmente financiados por el gobierno.

Como Uds. podrán observar en las proyecciones, las causas de muerte están más relacionadas con el cáncer, enfermedad cardíaca isquémica y otras patologías de gente de edad más avanzada.

### Projection of death causes 2000-2030



Source: WHO - World Health Organization

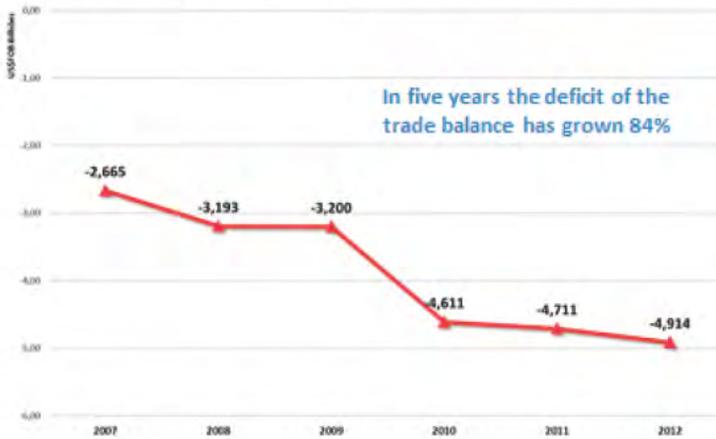
Es decir, la **medicina está más compleja y es uno de los principales factores que Brasil sea formulador de medicamentos.**

Los principios activos, como ocurre no solamente en el caso de Brasil sino en el resto del mundo, son fabricados principalmente en India y China, entonces las empresas a pesar de tener sus parques industriales que se modernizaron muchísimo, importan los principios activos de China e India.

Eso significa que cuanto mayor es el acceso hay un mayor déficit tanto desde el punto de vista de los gastos de gobierno como de las importaciones. En el siguiente gráfico Uds. pueden observar el déficit comercial, estamos en cinco mil millones de dólares.

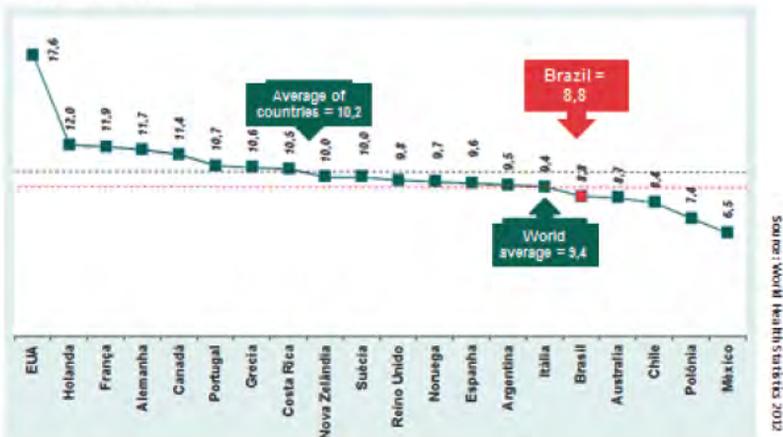
## The trade deficit

Evolution of the Medicines Brazilian Trade Balance



## Scenario of Health

The Brazilian health expenditure is not small in comparison to worldwide



El otro problema que tenemos es que el 50 % de los gastos en salud los paga el gobierno y el otro 50 % los paga también el público. Cuando comparamos con otros países del mundo, los consumidores en Brasil pagan mucho más al Sistema de Salud que en otros países avanzados.

En Brasil interviene el Sistema Único de Salud. Este sistema es muy grande porque teóricamente por la Constitución, la salud es un derecho de todos. Evidentemente, para que todos tengan derecho a la salud primero hay que definir exactamente lo que es salud y hasta donde se puede ir. Pero como en la Constitución se colocó que todos tienen ese derecho, por ejemplo, el que padece de una enfermedad grave y tiene que enfrentar un tratamiento con costos muy altos va a la justicia y el juez decide que el gobierno tiene que pagarle el tratamiento. Esa es una cuestión, también, que aumenta mucho los gastos del gobierno y que el gobierno no sabe exactamente como salir de ese círculo vicioso.

La población de Brasil es de aproximadamente doscientos millones de habitantes, entre cuarenta y cincuenta millones tienen planes de salud y los otros tienen que arreglarse con el Sistema Único de Salud. El sistema, como ya mencioné, es gigante y como tal tiene lugares de excelencia tecnológica y buena capacidad y otros que son mucho más deficitarios.

El gobierno gasta, aproximadamente, seis mil millones de dólares en medicamentos y faltan recursos. El problema del bache del gobierno es complicadísimo, a pesar de las presiones no se consigue aumentar mucho el dinero para el Sistema Único de Salud.

Por todo lo dicho hay una creciente insatisfacción de la población con el sistema público y ese es un problema para la presidenta Dilma Rousseff que tiene que resolverlo mejorando este sistema porque es el que está más negativamente clasificado dentro de las políticas de gobierno.

## Scenario of Health



Dissatisfaction with the public health system

La **agenda del gobierno** está en aumentar el acceso a los medicamentos, tratar el problema de la falta de recursos y del aumento del déficit de la balanza comercial del sector de la salud.

El gobierno trata eso centralizando la compra de los medicamentos y además con la puesta en marcha del Programa Farmacia Popular, al que Telma ya se refirió. En éste se entregan medicamentos sin costo para el tratamiento de la hipertensión, la diabetes y el asma, la gente va con una receta a la farmacia y con ella se lo entregan en forma gratuita, lógicamente no son los medicamentos de tecnología más avanzada.

A partir de hace un año, también se están haciendo *parcerias* público privadas, en las cuales intervienen laboratorios públicos, transferencias de tecnología de empresas multinacionales a empresas nacionales, principalmente en el área de biotecnología. Y en esa área de biotecnología se espera que Brasil pase a producir sus propios medicamentos biotecnológicos.

Quisiera aclarar algunos aspectos que se refieren al caso de las patentes, de los genéricos y qué va a pasar con la biotecnología. Por un lado, el período de patentes de veinte años impresiona a mucha gente, pero como Uds. vieron por la presentación de España el medicamento en realidad llega al mercado después de doce años de estudios clínicos, de inventar la molécula, de ver para lo que sirve y todos los gastos regulatorios que se generan. Además, hay que computar el costo para cada medicamento de todas las moléculas que no funcionaron y eso, ahí, cambia un poco la perspectiva porque uno ve que cuando analizamos esos doce años de desarrollo del medicamento, en realidad, gran parte de los gastos que se hacen también son gastos regulatorios. Cuando hablamos, por ejemplo de la talidomida, no es que no fueron hechos los ensayos sino que se realizaron en poblaciones pequeñas, cualquier medicamento que se investiga en diez mil pacientes, si lo trasladamos a una población mundial de seis o siete mil millones de habitantes evidentemente siempre va a ver gente que va a tener reacciones adversas.

Entonces el período que tiene una empresa para tener el usufructo de su patente es, en el mejor de los casos, ocho años porque a los ocho años generalmente empieza a ser comercializado en los países más avanzados que hacen la entrada más rápida y de repente van a un país como Brasil y el proceso de entrada del medicamento tarda otros dos o tres años. En realidad, la patente para aquel que la registró y que tiene el medicamento le dura entre cinco y ocho años. Lo que pasa es que el paciente no quiere esperar cinco años para que caiga la patente y ahí está el problema, si uno tiene un problema terminal evidentemente la situación es diferente.

Una cuestión es cuando alguien fabrica la molécula de la aspirina que es consumida por miles de millones de personas y otra, cuando se hacen medicamentos para nichos. Hay medicamentos que son hechos para tratar enfermedades raras que se usan a lo mejor, como en el caso de Brasil, que hay novecientas

mil personas que lo consumen, consecuentemente la forma de amortizar todos los gastos con esos medicamentos está en una base reducidísima y eso hace que el costo sea altísimo.

Existe un dilema porque aquella investigación que se hacía con las pequeñas moléculas es muy diferente de la que se está haciendo hoy con los medicamentos biológicos. Esto es porque las pequeñas moléculas, por ejemplo, es muy fácil para una empresa que quiere hacer los genéricos, copiar por síntesis química ese medicamento de pequeñas moléculas. Por ese motivo es que se transforma rápidamente en un commodity el principio activo y por eso es que lo compramos de India y China que tiene costos de producción mucho más baratos y hace que el medicamento genérico pueda llegar al mercado a precios mucho más competitivos. Es interesante ver en algunos test que realizamos, que el medicamento originario o de referencia pierde 75 % del mercado cuando entra el genérico, es decir, la pérdida es rapidísima para la empresa que lanzó el medicamento.

Otra cuestión es que en el mundo las empresas están teniendo cada vez más problemas en conseguir nuevas moléculas de síntesis químicas para hacer medicamentos. Consecuentemente ha habido un cambio enorme en el mundo en las empresas farmacéuticas y como Uds. vieron en el caso de los genéricos muchas multinacionales entraron en el mercado de genéricos porque tienen que balancear el portfolio de la empresa. Se les acabaron las pequeñas moléculas que eran los grandes "blockbuster" como el conocido caso que se mencionó aquí del sildenafil. Entonces, las compañías empiezan a comprar empresas innovadoras de biológicos, de genéricos y hacen una gama de productos para intentar defender lo que antes conseguían ganar con moléculas como el sildenafil.

En cuanto al problema que viene con los biológicos, es que tiene una lógica de proceso totalmente diferente. Lo que los producen son organismos vivos y una cepa que la esté haciendo una empresa innovadora puede no tener exactamente

los mismos resultados que una cepa hecha por otra empresa que después de la patente o lo que fuera, quiere producirlo. Por eso la necesidad de los estudios de bioequivalencia, biodisponibilidad y demás, que llegan a una situación muy diferente, por más que consigan hacerlo perfectamente igual. El proceso permite disminuir los costos mucho menos que en las pequeñas moléculas de síntesis química y consecuentemente en esos medicamentos biológicos cuando entren cada vez más los biosimilares no van a conseguir reducciones de precios tan significativos como las que se conseguían con los genéricos de pequeñas moléculas.

Entonces ustedes ven que es un panorama permanentemente cambiante y el problema de las grandes moléculas de biotecnología que apuntan a nichos de mercado específicos y que probablemente cuando lleguemos a la medicina personalizada no sé cómo se va a conseguir resolver la ecuación de los costos, porque la medicina personalizada quiere decir para vos y no para el vecino, o sea que la población sobre la cual los costos se distribuyen está cada vez más acotada.

Muchas gracias.

## **El Aporte de la Industria de I+D**

*Lic. Martín Rodrigo Etcheverry*

Bueno en principio muchas gracias a FEFARA por haber permitido a CAEMe participar de esta mesa.

Como dijo Natalia Rodríguez, CAEMe es una de las tres o cuatro cámaras que agrupan a los laboratorios de la industria farmacéutica y hoy nuestros primos nos han dejado aquí en soledad para hablar frente a este auditorio.

Hoy se habló mucho de las ventas y del mercado y nos dieron un muy buen pie porque nosotros tratamos de hacer un análisis de los números previos a la etapa de investigación y desarrollo. Pero es una situación incómoda porque me encuentro frente a un auditorio de expertos y yo soy economista, con lo cual el abordaje no va a ser demasiado técnico sino que va a intentar mostrar un poco el peso que implica esta etapa para el costo de un medicamento y analizar algunos datos del mercado argentino publicados por algunas instituciones públicas.

El título de mi charla es el aporte de la industria de investigación y desarrollo. Al respecto les voy a mostrar algunas cifras y el impacto que han generado las nuevas drogas en los pacientes. Además, voy a exponer que este tema es un proceso largo y costoso, y me parece que falta un adjetivo que es típico de estos procesos y que es, riesgoso, porque la posibilidad de éxito es muy baja. Después, les voy a mostrar un mapa con la distribución de los estudios clínicos en el mundo, en Latinoamérica y Argentina y algunos datos de Institutos que han publicado entidades públicas. Por último, trataré el tema del Sistema de Salud y los consumos de los productos de alto costo.

Algunos datos para comenzar...

En el **siglo XVIII**, con la **Revolución Industrial**, la **fortaleza económica** de las naciones se medía por el **humo** que salía de las **chimeneas** de las fábricas.



Hoy, iniciado ya el **siglo XXI**, el **conocimiento y la innovación** son los **verdaderos motores** de desarrollo económico.



En el **campo farmacéutico**, esa **industria**, está **encarnada** por la **investigación y desarrollo (I&D)** de nuevos productos medicinales.

- **La innovación en medicamentos representa un aporte esencial al bienestar económico y social.**
- **La ciencia de avanzada y la fuerte competencia** en el sector privado originaron una revolución en **nuevas tecnologías sanitarias.**
- **La innovación ligada a nuevas tecnologías médicas** se ha convertido en una **fuerza importante de ventaja competitiva**, en especial en el campo emergente de las **ciencias biológicas**, un impulsor **clave** del **crecimiento económico** en el siglo XXI.

Quiero comentarles que CAEME es la Cámara que agrupa a laboratorios que tienen como rasgo común realizar investigación y desarrollo.

Les voy a comentar algunas cifras...

- En el año **2009**, a escala mundial, la cifra invertida fue de **65,2 billones** de dólares.
- El **costo promedio** por producto ronda los **800 millones**

de dólares y llega hasta los **1.300 millones** cuando se trata de productos de origen biotecnológico.

- Las compañías farmacéuticas de I&D destinan cerca del **16 %** de sus ventas a I&D de nuevos medicamentos.
- Aproximadamente, **el 35 %** del gasto en I&D corresponde a **estudios pre-clínicos** en tanto que el otro 65 % se destina a estudios clínicos.

El siguiente gráfico muestra el alto porcentaje de las ventas que invierten las industrias farmacéuticas en investigación y desarrollo.



Más datos...

- Algo más del **20% de los nuevos medicamentos** comercializados proceden de la investigación biotecnológica.
- Las ventas de productos biotecnológicos se sitúan entre el **10% y el 15% del mercado** farmacéutico.
- En la actualidad hay **más de 2700 medicamentos** (para casi 5000 indicaciones) **en alguna etapa de desarrollo**.

|                                       |                               |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Enfermedades raras:</b>            | <b>300 moléculas</b>          |
| <b>Cáncer de mama:</b>                | <b>90 moléculas</b>           |
| <b>Cáncer de pulmón:</b>              | <b>113 moléculas</b>          |
| <b>Enfermedades cardiovasculares:</b> | <b>277 moléculas</b>          |
| <b>Enfermedades neurológicas:</b>     | <b>547 moléculas</b>          |
| <b>VIH/SIDA:</b>                      | <b>92 moléculas y vacunas</b> |
| <b>Enfermedades mentales:</b>         | <b>197 moléculas</b>          |

El relación al **impacto en los pacientes**, la mayorías de las drogas y las vacunas de la medicina moderna, que revolucionaron la salud pública mundial, surgieron de los esfuerzos creadores, como dijimos, y persistentes de esta industria.

Lo que se ha logrado es que muchas enfermedades que hasta hace un tiempo eran incurables, hoy son tratables y se ha aumentado la expectativa de vida, por ejemplo, en algunos tipos de cáncer y leucemia mieloide. A otras pacientes se les ha mejorado la calidad de vida, tales como los que padecen artritis reumatoidea, esclerosis múltiple, etc.

El impacto de la investigación y desarrollo en la mejora de la expectativa de vida de los pacientes, se ve muy claro en el tema del VIH/SIDA. Desde el reconocimiento de la enfermedad, se desarrollaron los cócteles de drogas que llevaron de 10 a 24 años la expectativa de vida.

También, en cuanto al tema de las vacunas, cada **año** previenen más de 3 millones de muertes y se han desarrollado vacunas, por ejemplo, contra el virus de la Hepatitis B. También, contra el Virus Papiloma humano (VPH), cuya infección es la causa del 99,7 % de todos los cánceres de cuello de útero.

Por otra parte, la sobrevida del cáncer de mama se duplicó desde los años setenta, y ya desde la década de 1990 se encuentra por arriba de los 10 años. La del cáncer de colon se incrementó 17 veces, pasando de 7 meses en la década del 70 a 10 años en la actualidad. En linfoma No-Hodgkin, la sobrevida se incrementó 10 veces, pasando de 10 meses a 10 años.

La implementación del Pap como método de screening para cáncer de cuello de útero logró reducir en un 80% la mortalidad.

La mamografía de rutina en mujeres de 50 a 69 años consiguió reducir en un 25% la tasa de mortalidad del cáncer de mama.

El desarrollo de las terapias dirigidas, que atacan selectivamente a las células tumorales, abrió el camino hacia la personalización de los tratamientos oncológicos a la medida de las necesidades del paciente.

Hoy los test genéticos o moleculares son la piedra angular de la llamada terapia dirigida y del desarrollo de la medicina personalizada en oncología.

Este gráfico cuando lo analizamos nos pareció muy claro, y muestra el avance de la sobrevivencia para todos los tipos de cáncer, en distintos períodos. Podemos observar que en la década del 70,

## El Aporte de la Industria de I+D El impacto en los pacientes

MEDIANA DE SOBREVIVENCIA PARA TODOS LOS CÁNCERES DEL PERIODO



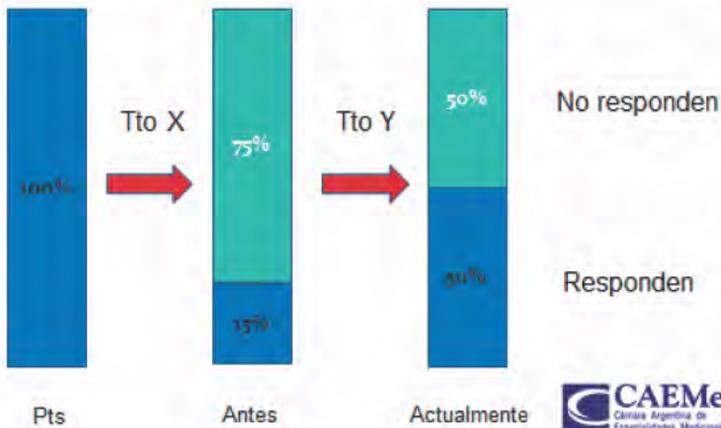
✓ Muchos de los pacientes diagnosticados de cáncer en 2007 vivirán más de lo que se estimaba seis años atrás

la mediana de la sobrevivida estaba en un año, fue aumentado y luego en el año 2007, que es el momento en donde fue realizado este estudio, llega a aproximadamente, seis años.

En el siguiente esquema pueden observar la respuesta a un tratamiento con diferentes medicamentos, por ejemplo en artritis reumatoidea. Del 100 % de los pacientes tratados por primera vez, se obtuvo una respuesta del 15 % y ésta se incrementó en tres veces, con un nuevo desarrollo, llegando a un 50 %.

### El Aporte de la Industria de I+D El impacto en los pacientes

Artritis Reumatoide: Ejemplo de respuesta al tratamiento.



Esta diapositiva pretende graficar los beneficios de la innovación en tres planos, uno en lo que tiene que ver con la salud, otro con los pacientes y otro desde un plano social con una visión si quieren económica.

Analizando que la liberación de los recursos sanitarios, mejora la productividad al permitir al paciente reinsertarse en periodos más cortos en su trabajo. Por otra parte, en relación a la comodidad de los pacientes ya que las nuevas formas farma-

## El Aporte de la Industria de I+D El impacto en los pacientes



céuticas que han sido desarrolladas para nuevas moléculas han mejorado la adhesión facilitando la toma del tratamiento. Con respecto a la salud, podemos ver que han disminuido los tiempos de tratamiento, se han mejorado la toxicidad, la tolerabilidad, la interacción con otros fármacos, etc.

La idea era mencionar algunas cuestiones sobre el **proceso de investigación y desarrollo**.

- Desde el descubrimiento o síntesis de una molécula prometedora hasta que el producto pueda ser lanzado al mercado pueden llegar a pasar **entre 10 y 12 años**, lo que conlleva una **inversión de entre 800 y 1.300 millones de dólares**.
- Solo **1 de las 10.000 moléculas** que se seleccionan al comienzo de un estudio se convierte en un producto comercial.
- **90 % de los más de 300 productos** que comprende la Lista de Drogas Esenciales (EDL) de la OMS  **fueron desarrollados por la industria farmacéutica de I&D**, para uso humano.

- El **proceso de desarrollo**, que es distinto del descubrimiento, **consume la mayor cantidad de tiempo** y se inicia solamente después de que la compañía ha identificado los proyectos potenciales a medicamentos.
- Es un **proceso muy activo** que requiere inversiones sustanciales, experiencia técnica específica, coordinación logística detallada y un cronograma considerable.
- Aún en las últimas etapas de este proceso, **no existe garantía de éxito**, solamente una pequeña fracción, menor al 1 %, de las moléculas que la industria patenta logran llegar a los estudios en humanos.
- Crear *una* droga exitosa requiere, en promedio, el estudio detallado de la selección de 1 millón de compuestos y de miles de moléculas.

Este es un gráfico que muestra las diferentes **etapas de la investigación y desarrollo** separándolo entre lo que es inves-



\* Los índices de éxito reflejan la cantidad de proyectos que pasan exitosamente a la próxima etapa de I+D

tigación, desarrollo pre-clínico y las distintas fases. Básicamente, la diferencia es entre lo que se pretende averiguar del medicamento en cada una de las fases y quiénes son los pacientes que son tratados dentro de la fase II y III, ya empieza a tratarse pacientes que son posible target de estas moléculas cuando, en realidad, en la fase I, son individuos sanos y se intenta entender la toxicidad y la posología. El desarrollo pre-clínico es el que realiza con animales.

Este mapa muestra la distribución de los estudios clínicos en el año 2013. Lo que está en color rojo corresponde a los lugares donde hay una mayor cantidad de estudios clínicos y la parte que está en amarillo y en verde es la menor.

## El Aporte de la Industria de I+D Estudios clínicos en el mundo

✓ Canadá, Estados Unidos y Europa representan el 80 %

✓ América Latina es el 4,9% del total

✓ La Argentina Ronda el 1 %

✓ Los "cobayos humanos", si existieran, estarían en los países más desarrollados.

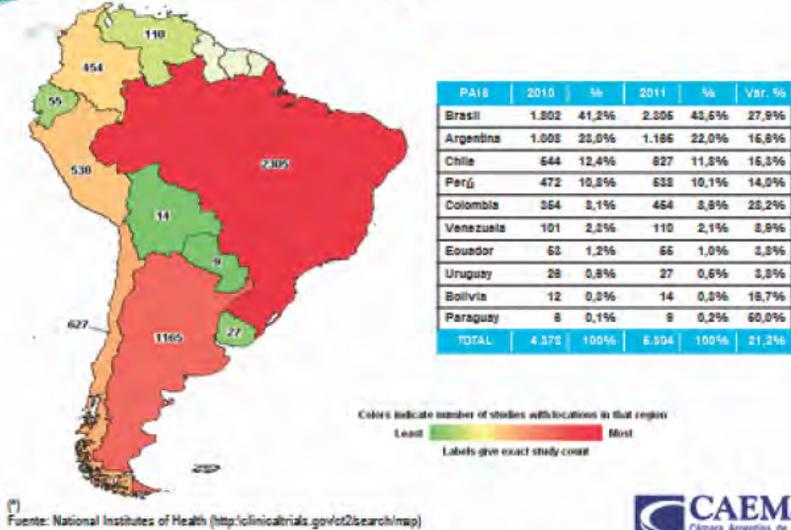


Fuente: Clinical Trials.gov. Sitio del US Institutes of Health



Si observamos lo que ocurre en América Latina, lo que tenemos que destacar es que Brasil involucra, aproximadamente, un 28 % de los estudios clínicos que se están realizando en la región. Argentina está en el segundo lugar con 15 % y los primeros cinco países tienen prácticamente el 90 %.

## El Aporte de la Industria de I+D Estudios clínicos en la región\*



Para analizar los estudios clínicos en Argentina, consultamos cuatro fuentes, una corresponde a datos generados por la Cámara a través de la encuesta a sus asociados y otras son de organismos públicos.

Si analizamos lo que implica la realización de estudios clínicos en la Argentina podemos decir que significa:

- Trabajos de alta calidad – incorporación de graduados / doctorados de universidades.
- Capacidad del país de entender y usar la ciencia más avanzada. Resolver problemas patológicos / médicos específicos del país.
- Mejor atención de la salud por medio de acceso a medicamentos más nuevos.
- Aporte de alto valor agregado.
- Credibilidad internacional y elevado perfil de país como huésped de inversiones en alta tecnología en un frente más amplio.

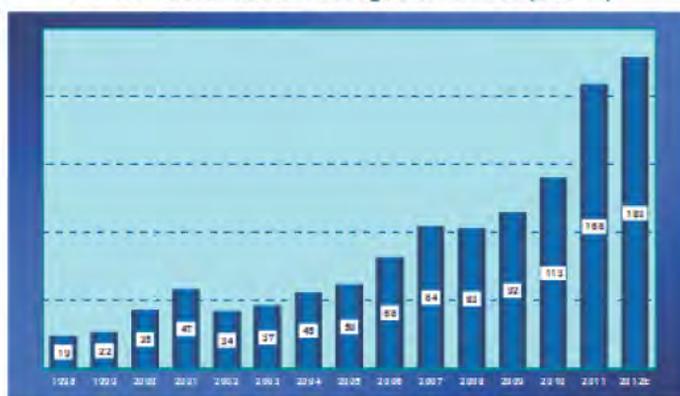
- Mejor acceso a la tecnología e información modernas y a la transferencia de tecnología.

Los siguientes gráficos surgen de los datos de una encuesta que realizamos en CAEMe, desde hace 14 años. Lo que se lleva a cabo es una consulta a cada uno de los asociados y se le preguntan algunas cosas como: cuánto dinero han invertido en investigación clínica, cuánto corresponde a los salarios, etc.

El primero muestra los datos sobre la inversión en investigación clínica, es moneda constante pensada en dólares y tiene una tendencia claramente alcista.

## El Aporte de la Industria de I+D Estudios clínicos en la Argentina

Inversión destinada a investigación clínica (US\$ M)



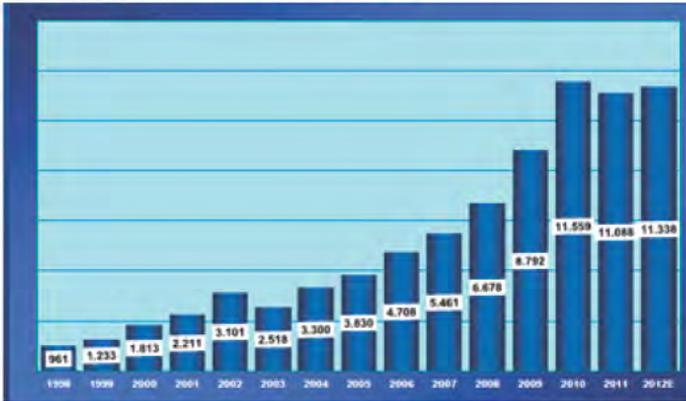
Fuente: CAEMe, encuesta anual de investigación clínica



El siguiente, muestra el personal demandado por los estudios y tiene, desde el punto de vista técnico, un problema porque si hay alguien de un centro que participa de dos estudios, se suma dos veces. Con lo cual no implica que sea empleo generado sino cantidad de personas que participan en algún estudio.

## El Aporte de la Industria de I+D Estudios clínicos en la Argentina

Personal Demandado para Estudios Clínicos



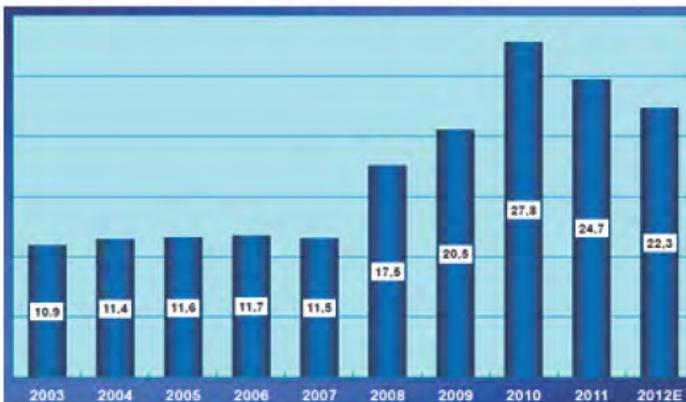
Fuente: CAEME, encuesta anual de investigación clínica

No es igual a empleo generado, dado que un profesional alocado en un centro, puede trabajar en más de un ensayo clínico



## El Aporte de la Industria de I+D Estudios clínicos en la Argentina

Personal Demandado por Ensayo Clínico



Fuente: CAEME, encuesta anual de investigación clínica

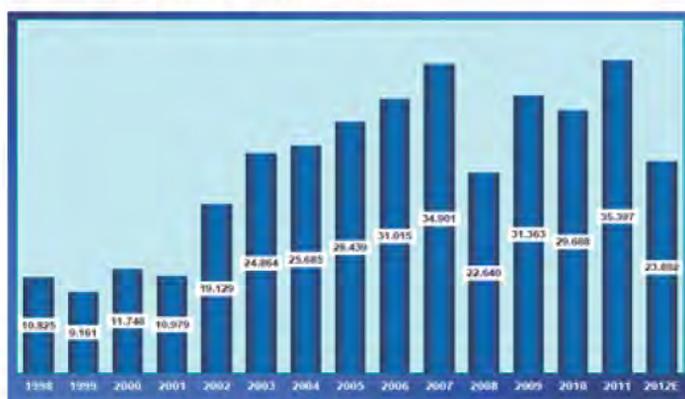


Esto marca el personal promedio demandado por cada uno de los ensayos clínicos. Cuando disminuye, se puede atribuir a que hay una mayor agrupación de estudios en las últimas fases.

Este último gráfico muestra el número total de pacientes involucrados. Uds. podrán observar que es muy variable y tiene que ver con los ensayos clínicos en vacunas, que la entrada y salida es muy rápida.

### El Aporte de la Industria de I+D Estudios clínicos en la Argentina

Número total de pacientes involucrados



Fuente: CAEME, encuesta anual de investigación clínica

la entrada y/o salida de ensayos clínicos en vacunas, explica la alta variabilidad



Buscando otras fuentes, encontramos que el Ministerio de Salud de la Nación, a través del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina, tiene algunos indicadores, entre ellos está el RENIS que es el Registro Nacional de Investigaciones. Nos pareció importante mostrarles qué es lo que publica en cuanto a la calidad de la información. Básicamente, todos los estudios que se están haciendo tienen un título, refieren a una enfermedad, a un área temática, tipo estudio si es experimental u observacional y el tipo de registro, si no aplica o si responde

a una disposición de ANMAT o a una resolución del Ministerio de Salud. Lo que no tiene es el detalle de las fases en las cuales se encuentra cada uno de esos estudios o por lo menos no lo tiene como un campo definido.

También, el Ministerio publica en su misma página los patrocinadores, un listado de empresas públicas y privadas que se han inscripto como posibles patrocinadores de este tipo de estudios.

### El Aporte de la Industria de I+D Estudios clínicos en la Argentina



Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación

SIISA Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino

Registro Nacional de Investigaciones

|                  |                   | Tipo de estudio |               |       |
|------------------|-------------------|-----------------|---------------|-------|
|                  |                   | Experimental    | Observacional | Total |
| Tipo de registro | Disposición ANMAT | 48              |               | 48    |
|                  | No aplica         |                 | 7             | 7     |
|                  | Resolución MSAL   | 3               | 78            | 81    |
|                  | Total             | 51              | 85            | 136   |

Patrocinadores

Listado de Empresas publicas y privadas que se han inscripto como posibles patrocinadores de Estudios Clínicos

Fuente: <https://sisa.msa.gov.ar/sisa/>



CAEME  
Cámara Argentina de Especialidades Medicinales

Por otra parte se divulga los centros de investigación autorizados o inscriptos. En la siguiente diapositiva pueden observar estos centros divididos geográficamente y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe se encuentra casi el 90 % de los centros.

Otra de las fuentes donde se puede acceder a información sobre los estudios clínicos que se realizaron o se están realizando en Argentina, es en la ANMAT. Esta administración interpreta

## El Aporte de la Industria de I+D Estudios clínicos en la Argentina



Centros de Investigación

Total País: 292

| Provincia    | Total | Share  |
|--------------|-------|--------|
| CABA         | 103   | 35,27% |
| Buenos Aires | 60    | 20,55% |
| Córdoba      | 29    | 9,93%  |
| Santa Fe     | 26    | 8,90%  |
| Tucumán      | 12    | 4,11%  |
| Mendoza      | 12    | 4,11%  |
| Misiones     | 11    | 3,77%  |
| Salta        | 8     | 2,74%  |
| Jujuy        | 6     | 2,05%  |
| Corrientes   | 4     | 1,37%  |
| Entre Ríos   | 3     | 1,03%  |

| Provincia           | Total | Share |
|---------------------|-------|-------|
| Chubut              | 2     | 0,68% |
| La Pampa            | 2     | 0,68% |
| San Juan            | 2     | 0,68% |
| San Luis            | 2     | 0,68% |
| Chaco               | 2     | 0,68% |
| Río Negro           | 2     | 0,68% |
| Neuquén             | 2     | 0,68% |
| Santa Cruz          | 1     | 0,34% |
| Santiago del Estero | 1     | 0,34% |
| Formosa             | 1     | 0,34% |
| La Rioja            | 1     | 0,34% |

Fuente: <https://sisa.inss.gov.ar/sisa/>



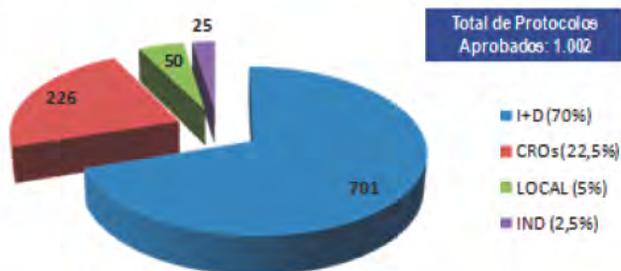
que la sistematización y disponibilidad de la información de los estudios en farmacología clínica constituye una herramienta fundamental para conocer la actividad y características de la investigación clínica farmacológica que se desarrolla bajo su competencia. Para ello, pone a disposición pública una base informativa sobre los estudios en farmacología clínica. La misma incluye los siguientes campos: año, título, patrocinante, fase, estado.

Si analizamos los datos publicado por la ANMAT, entre los años 2002 y el 2011, vemos que el 70 % de los protocolos aprobados ha sido patrocinado por empresas de investigación y desarrollo, el 22,5 % por CROs.

Esto datos nos pareció interesante incluirlo por que marca el incremento de las CROs en la participación como patrocinador dentro de los ensayos clínicos aprobados por la ANMAT.

## El Aporte de la Industria de I+D Estudios clínicos en la Argentina

Ensayos clínicos aprobados por la ANMAT entre los años 2002-2011 según Tipo de patrocinantes



Fuente: ANMAT ([http://www.anmat.gov.ar/aplicaciones\\_net/applications/consultas/ensayos\\_clinicos/principal](http://www.anmat.gov.ar/aplicaciones_net/applications/consultas/ensayos_clinicos/principal))



## El Aporte de la Industria de I+D Estudios clínicos en la Argentina

Ensayos clínicos aprobados por la ANMAT

| PATROCINANTE | Nº PROTOCOLOS |      | PARTICIPACION % |        |
|--------------|---------------|------|-----------------|--------|
|              | 2002          | 2011 | 2002            | 2011   |
| I&D          | 99            | 100  | 81,8%           | 65,4%  |
| LOCAL        | 4             | 4    | 3,3%            | 2,6%   |
| CRO's        | 13            | 48   | 10,7%           | 31,4%  |
| IND.         | 5             | 1    | 4,1%            | 0,7%   |
| TOTAL        | 121           | 153  | 100,0%          | 100,0% |

Fuente: ANMAT ([http://www.anmat.gov.ar/aplicaciones\\_net/applications/consultas/ensayos\\_clinicos/principal](http://www.anmat.gov.ar/aplicaciones_net/applications/consultas/ensayos_clinicos/principal))





**Ambito de aplicación:**

Sub-sectores públicos, de Obras Sociales y Privadas, pertenecientes al sector Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Lo que agrega esta fuente es que categoriza los ensayos clínicos por especialidad y vemos que oncología tiene un 20 % en los últimos tres años y ha tenido una participación constante.

Para comentarles cómo es el consumo de medicamento de alto costo dentro de algunos convenios que administra la industria farmacéutica, nos pareció oportuno incluir algunas diapositivas sobre cómo está el Sistema de Salud en la Argentina.

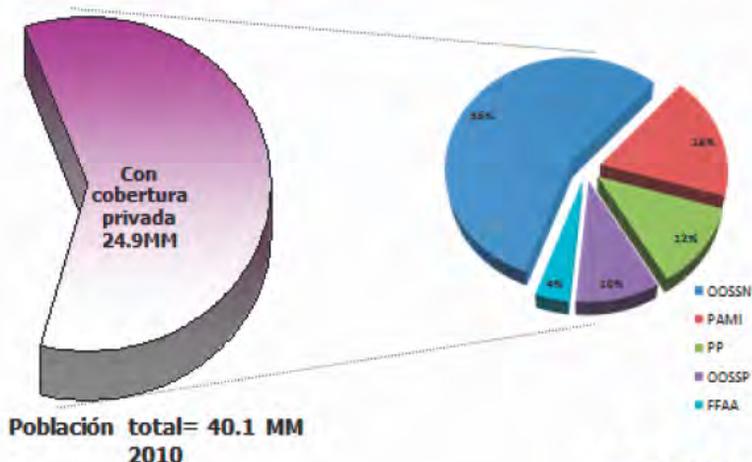
Como Uds. saben de la población total, es decir 40,1 millones de habitantes, alrededor del 60 % cuenta con algún tipo de Seguridad Social y el resto, accede al Sistema Público.

**El Aporte de la Industria de I+D  
Sistema de salud Argentina**



En cuanto a la cobertura privada, en el gráfico podemos observar el porcentaje que le corresponde a cada uno de sus componentes.

### El Aporte de la Industria de I+D Sistema de salud Argentina



**CAEMe**  
Cámara Argentina de  
Especialidades Médicas

Para cerrar, les quiero mencionar que ha evolucionado positivamente la cantidad de afiliados que han tenido acceso a un producto de alto costo. Este dato surge del análisis de los convenios que son administrados por las empresas de la Industria.

Bueno, muchas gracias.



### MESA N° 3

## Estado de situación de los Sistemas de Salud en las Provincias del Noroeste y del Litoral Argentino

*Coordinador: Farm. Juan Carlos Rucci  
Vicepresidente de FEFARA*

Buenas tardes, agradezco la deferencia que han tenido los expositores de participar en esta mesa, conocemos claramente las exigencias de la agenda de los actores como Uds. Además, quiero decirles que la concepción de esta Federación Farmacéutica desde sus inicios es ser parte de la solución y no parte del problema. Por ello, la distribución geográfica de nuestras Oficinas de Farmacias nos llevó a desarrollar herramientas informáticas, de gestión, y recursos humanos que están absolutamente a disposición de las autoridades políticas de Salud.

Es claro que los Sistemas de Salud se construyen entre todos y FEFARA, como mencioné anteriormente, puede colaborar con el Estado brindando las herramientas de gestión desarrollada en favor de una salud acorde a la que se merece el pueblo argentino.

Nos honra contar en esta mesa con los siguientes expositores: C.P.N. Roberto Mazal, representante del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones; Bioq. Miguel Gonzalez, Secretario de Salud de la Provincia de Santa Fe; Dr. Antonio Arnaldo María Morante, Ministro de Salud de la Provincia de Chaco.

*CPN Roberto Mazal*

*Coordinador Provincial del Programa Nacional Remediar + Redes  
Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones*

Buenas tardes, mis saludos y respeto a las autoridades de FEFARA, a los organizadores de este evento, a las autoridades de salud de las otras provincias y a todos los presentes.

Me da mucho gusto estar, vengo en representación del Ministro de Salud, que por un impedimento no pudo asistir y en nombre de él, también, le doy las buenas tardes y el deseo de que estén pasando bien en esta nuestra provincia tan querida como es Misiones.

En lo personal también me da mucho gusto estar en el medio de tantos farmacéuticos porque mi padre también lo era, recibido en la UBA. Yo me crié en medio de esos olores a alcanfores y a supositorios y aprendí como se preparaban algunos medicamentos como los jarabes, los paquetes y demás. De todo eso me queda un recuerdo muy grato y, a pesar de ser contador, aprendí a querer la profesión de mi padre.

Antes de comenzar voy a hacer una reflexión en cuanto al tema de mi charla y al Sistema de Salud. En esta provincia estamos sustentados sobre un piso sólido que es la Ley de Salud. Ello nos da un marco normativo que establece una política sustantiva de salud que expresa a la salud como una política de estado, que ya ha dejado de ser una política partidaria o del gobierno de turno. Entonces, eso nos suministra un esquema de comportamiento, de reflexión para una planificación estratégica pensando siempre en la población y su salud.

Cuando uno inicia un proyecto necesita inicialmente, valga

la redundancia, fuerte apoyo institucional y continuidad en las políticas. Al respecto, hace más de 10 años que, en Misiones, contamos con esa continuidad en las políticas de Salud. Tengo 35 años de contador en Salud y eso me da una cierta autoridad para opinar en este sentido, nunca vi un apoyo tan irrestricto desde lo institucional como el apoyo que se está dando al sector. Bienvenido sea, para los ciudadanos que están esperando estos servicios sanitarios de parte de su gobierno.

A partir de ahí todo es más fácil. Sin embargo podemos opinar que en Salud hay siempre un camino inconcluso. A nosotros nos toca recorrerlo hoy, porque somos en este momento primeros responsables pero todos somos actores y, por lo tanto, debemos actuar conjuntamente en favor de la población.

### **Modelo de Atención**

Hay un solo eje, sujeto y objeto que merece todos los desvelos, el ciudadano.

En ese sentido hemos realizado un **importante cambio desde el empadronamiento hacia la nominalización de la población.**

La nominalización comprende mucho más que estar inscripto en una planilla, es haber entrado al sistema a través de una clara expresión de quien es el ciudadano y cuáles son sus posibilidades de atención y referenciado o geo-referenciados a un CAPS o a un primer nivel de atención.

A partir de eso, en esta nominalización, no sólo será atendido por un profesional médico sino por un equipo de salud, bioquímico, odontólogos, etc.

Hay **otro cambio de eje** muy interesante, que es el que va **de la atención a la protección.** A partir de estar nominalizado, ese individuo comienza a estar protegido por el sistema, con turnos programados, controles y seguimiento, etc.

Actualmente, hay dos patologías a las que se les realiza seguimiento, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Esto no se lleva a cabo en las seis zonas de salud, pero sí en dos zonas, con clara precisión.

Quiero dejar sentado el apotegma de nuestro Ministro de Salud, **“Dejar de prestar la salud que se puede para comenzar a prestar la salud que se debe.”**

La Ley de Salud plantea como estrategias de modernización del sistema a cuatro modelos que son: modelo de Atención, de Gestión, de Financiamiento y de Calidad. Si bien es cierto que el modelo de calidad está presente en los otros tres anteriores.

Inicialmente, comenzamos a ver cuál es la demanda y a partir de ahí empezamos a establecer pautas concretas de cuál es la oferta.

La **demanda** nuestra está dada por **una pirámide poblacional** de última extracción donde Uds. podrán apreciar su



conformación. Esta pirámide tiene una base ancha, donde se mantuvo el indicador de natalidad pero disminuyó la mortalidad de los niños.

Al igual que los otros logros, la mejora de los indicadores tiene que ver con una mayor educación y concientización por parte de la población llevada a cabo por todo un equipo donde se ha trabajado fuerte y duro.

Uds. podrán apreciar en el siguiente cuadro de los **Indicadores Sanitarios**, que la **tasa de mortalidad materna** disminuyó del año 2011 al 2012 de 5, 58 a 3,5. El ministro siempre dice que va a ser difícil sostener este indicador y es cierto, pero se ha logrado y tenemos que expresarlo. La **tasa de mortalidad infantil** en este mismo período se mantuvo en 10,97 pero es todo un logro también. Lo mismo ocurrió con la tasa de mortalidad neonatal que se estableció en 6,91. No ocurrió lo mismo con la tasa de mortalidad post neonatal que tuvo un aumento de 4,05 a 4,36, y acá hemos sentido que nos fracasó un proyecto pero tenemos que tratar de revertir esta situación. Hay un claro desafío en ese sentido.

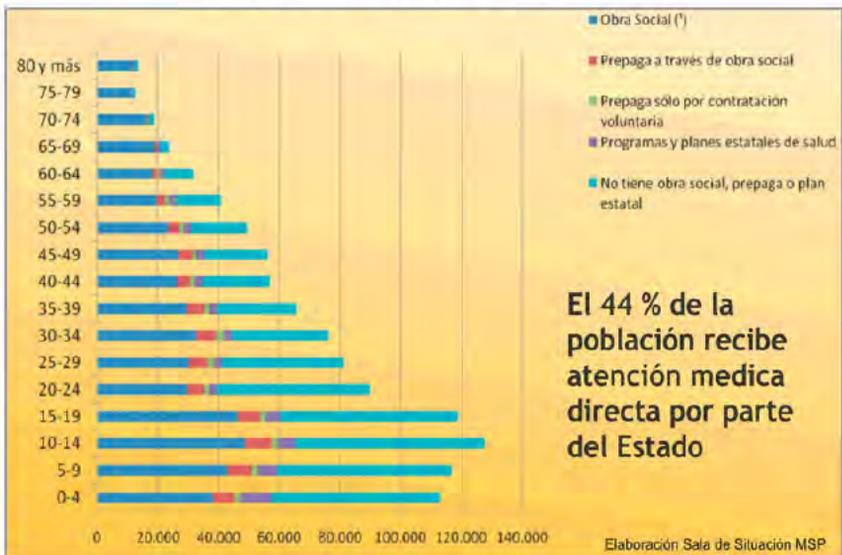
### Indicadores sanitarios

| Años        | Tasa Mortalidad Materna x 10.000 nacidos vivos. | T. Mort. Infantil X 1.000 NV (de 0 a menos de 1 año) | T. Mortalidad Neonatal (de 0 a menos de 28 días) | T. Mort. Post. Neonatal (de 28 a 11 meses) | Tasa de Natalidad x 1.000 habitantes | T. Mortalidad General X 1.000 hab. |
|-------------|---|--|--|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <b>1990</b> | <b>8.6</b>                                      | <b>32.1</b>  | <b>20.1</b>                                      | <b>12</b>                                  | <b>39.4</b>                          | <b>5.9</b>                         |
| <b>2001</b> | <b>4.84</b>                                     | <b>18.96</b>   | <b>12.7</b>                                      | <b>6.25</b>                                | <b>25.74</b>                         | <b>4.56</b>                        |
| 2002        | 4.19  | 21.81  | 15.07  | 6.74                                       | 24.75                                | 5.69                               |
| 2003        | 5.80  | 19.55  | 12.38  | 7.17                                       | 25.01                                | 5.68                               |
| 2004        | 5.95  | 16.55  | 11.12  | 5.43                                       | 26.06                                | 5.23                               |
| 2005        | 6.29  | 14.47  | 9.32   | 5.16                                       | 22.69                                | 5.07                               |
| 2006        | 11.95   | 16.21  | 10.23  | 5.98                                       | 19.83                                | 5.41                               |
| 2007        | 8.01  | 13.71  | 8.59   | 5.12                                       | 20.81                                | 5                                  |
| 2008        | 7.98  | 13.57  | 8.58   | 4.99                                       | 22.19                                | 5.09                               |
| 2009        | 8.85  | 12.66  | 8.54   | 4.12                                       | 22.49                                | 5.06                               |
| 2010        | 7.1   | 12.47  | 7.73   | 4.74                                       | 23.08                                | 5.66                               |
| 2011        | 5.58  | 10.97  | 6.91   | 4.05                                       | 24.7                                 | 5.58                               |
| <b>2012</b> | <b>3.5</b>                                      | <b>10.97</b>   | <b>6.61</b>                                      | <b>4.36</b>                                | <b>22.7</b>                          | <b>5.46</b>                        |

En cuanto al indicador de mortalidad general, también hay una disminución. Todo esto está relacionado con la cobertura por parte del Estado para con sus ciudadanos. Siempre discuto cuando alguien dice la población "vulnerable", la población no está vulnerable está protegida por el Estado. Como pueden observar en el gráfico, el 44 % de la población que no tiene cobertura explícita, está protegida por el Estado.

Nosotros teníamos entre los años 2000 al 2002 un 54 a 55 % de población protegida por el Estado, hoy día es de 44 %, esto está dado por una mejora en el sistema socioeconómico, la dedicación económica del Estado para con los ciudadanos y la situación laboral.

### Población 2010 según grupo etario y tipo de cobertura de obra social



Algunos datos...

- La **población total** es de: 1.286.411 hab. (Según el último censo)

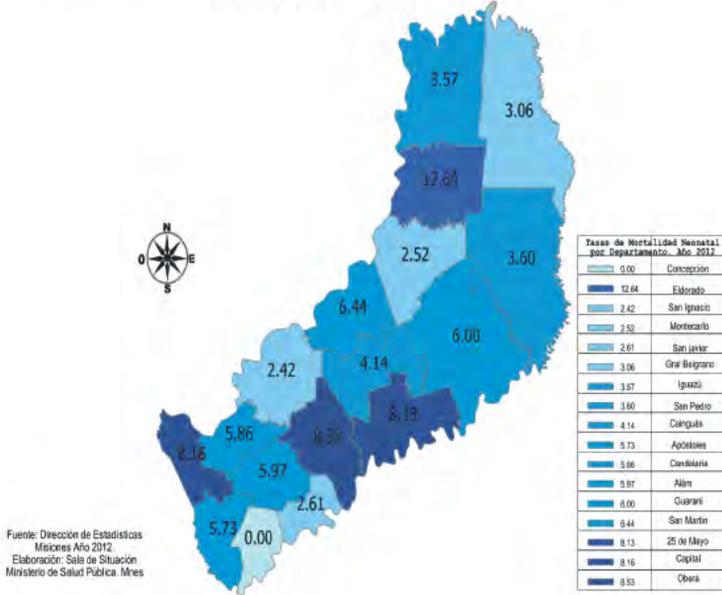
- El 44% de la **población a cargo del Estado** es de: 498.469 hab.
- **Consulta hab./año**: 5. Eso marca la posibilidad y acceso de la población a la consulta considerando que la tasa de uso que establece la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud para considerar bueno un sistema en su posibilidad de accesibilidad, es entre 3 y 5.
- La **demanda espontánea** de población protegida por la Obra Social que acude al Sistema Sanitario Provincial es de: 20 % (725.045 hab.). La consulta habitante-año es de: 3,15.

Muchas veces desde la prensa se ataca al esquema sanitario cuando ocurre un problema de mala atención o cuando fallece alguien pero dicho esquema en toda la provincia atiende el 63 % de los partos y 2.800.0000 consultas/año. Además, se capacita a todo el personal. Con esto, no vamos a minimizar cuando existe un hecho trágico porque aunque sea uno, es terrible, pero también tenemos que hacer valer todo lo que aporta el sistema sanitario y la oferta pública de servicios al ciudadano.

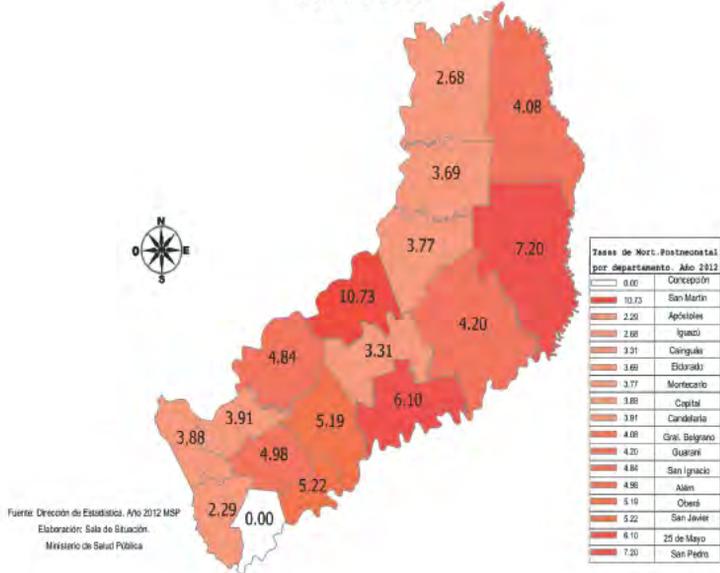
En relación a la **tendencia de mortalidad infantil por departamento**, es importante señalar que si bien la **Mortalidad Infantil neonatal** ha descendido en todos ellos, aún en Eldorado, 25 de Mayo, Capital y Oberá continúan con una tasa mayor a la media provincial de 6,61/1.000 nacidos vivos.

En cuanto a la **Mortalidad Infantil Postneonatal por departamento**, vemos que San Martín, San Ignacio, Alem, San Javier, 25 de Mayo y San Pedro tienen una tasa superior a la media provincial de 4, 36/1.000 nacidos Vivos.

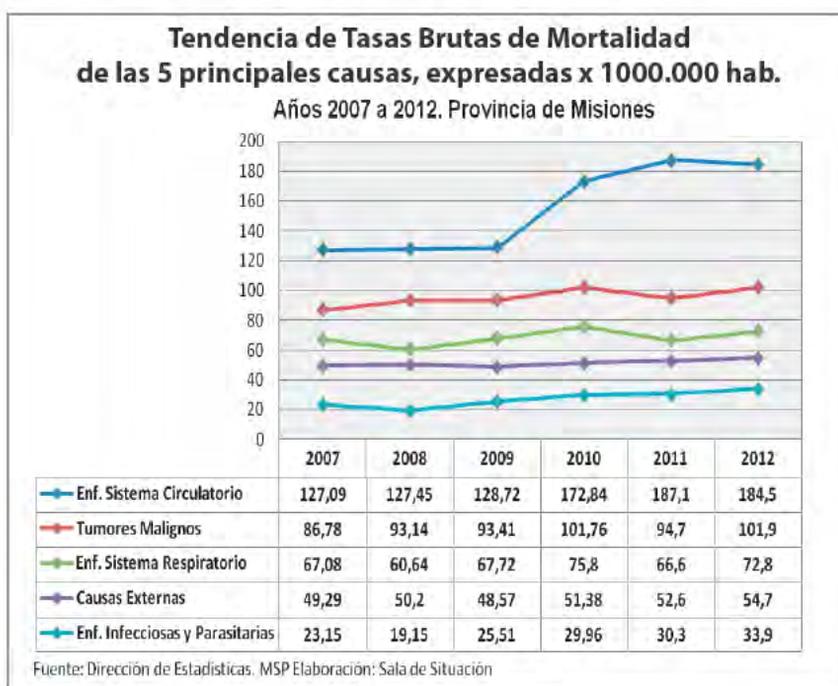
### Tasas de Mortalidad Neonatal por departamento Misiones Año 2012



### Tasas de Mortalidad postneonatal por departamento Año 2012



En el siguiente gráfico se puede observar las **Tasas Brutas de Mortalidad de las 5 principales causas**, observamos que existe un aumento significativo en las tasas de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio. Los demás grupos de causas mantienen estables sus tasas de mortalidad a lo largo del período estudiado; no obstante estos constituyen los primero cinco grupos de causas de muerte en la Provincia de Misiones.



## Sala de Situación

En la provincia contamos con algo que estratégicamente es un buen sustento y que nos ayuda a tomar decisiones, que es la existencia de una **Sala de Situación**.

Las **Salas de Situación** son unidades de inteligencia epidemiológica, órgano de asesoría directa que apoya, con una base científico-técnica, el proceso de toma de decisiones y su evaluación.

Esta Sala agrupa y establece todos los indicadores, no solamente los provinciales, sino los regionales, nacionales y del resto del mundo. Esto es para comparar y para medir el comportamiento de nuestros resultados con otros y, también, darle una relatividad a esos números y que dejen de ser números absolutos.

Respecto de estas Salas queremos precisar su Visión, su Misión y su Función.

### **Visión**

Ser el espacio de discusión de las situaciones priorizadas en salud analizando toda la información disponible



con el objetivo de lograr la máxima calidad en el abordaje integral de salud de todos los ciudadanos y ciudadanas.

### **Misión**

Somos una masa crítica que promueve el uso de la información de calidad en salud para la toma de decisiones retroalimentando los procesos de planificación.

### **Función**

Identificación y estudio de las situaciones de salud, sean o no coyunturales.

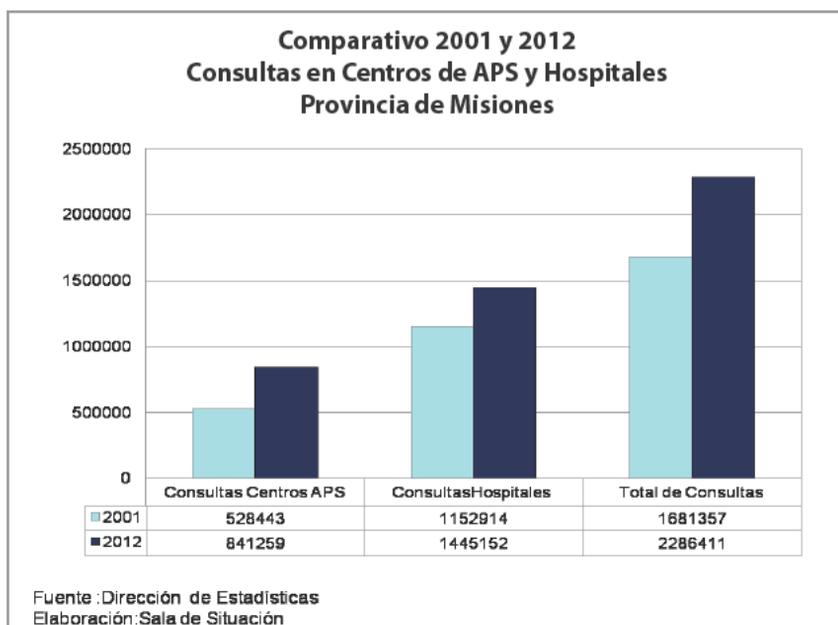
El análisis de los factores que determinan esas situaciones.

La construcción de las soluciones más viables y factibles de acuerdo al contexto local.

El monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas.

## Indicadores de Producción Hospitalaria 2012

Como pueden observar en el gráfico existe una clara tendencia a la mejora en la atención primaria, y la accesibilidad de la población hacia al primer nivel de atención, que está conformado por Hospitales de baja complejidad y los CAPS.



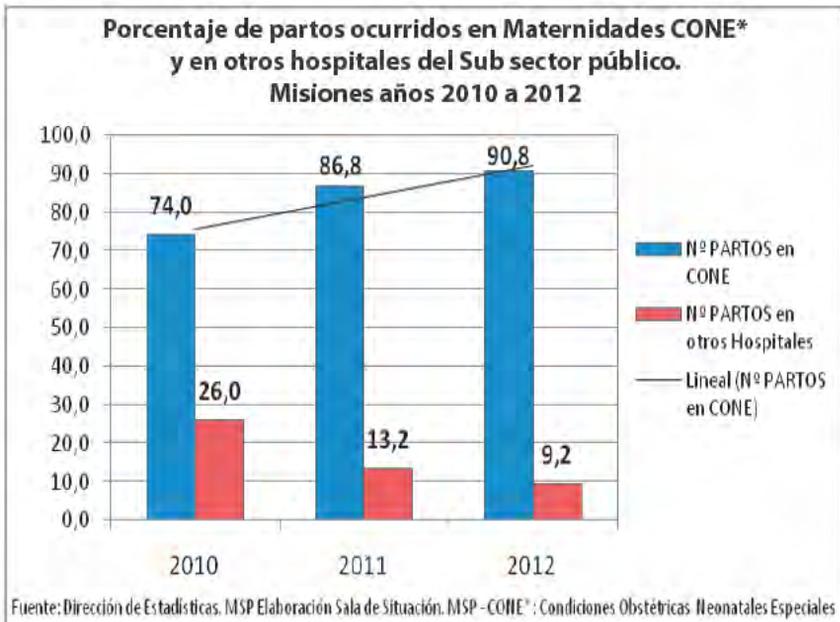
Hubo un incremento en la consulta en general desde el año 2001 al 2012 de 35%, en cuanto a la consultas en Atención Primaria de la Salud fue de 59% y las consultas en los hospitales de un 24%. Esto quiere decir que la población accede al primer nivel de atención para luego formar parte del sistema sanitario provincial.

El total de las consultas del año 2012 fue de 2.286.411. Distribuidas en Consultas en consultorio externo, área programática y guardia. El porcentaje de consultas médicas por guardia normal estaría entre un 20 a 25 %, como pueden observar en el gráfico nosotros estamos en un 22 % porque las consultas van por consultorios externos y áreas programáticas (77 %).

Hemos llegado a que las consultas en promedio por emergencia estuvieran entre el orden del 35 al 40 %, lo que mostraba inicialmente que no había un fácil acceso a las consultas de mañana o las consultas normales.



En relación a los **partos ocurridos en maternidades con Condiciones Obstétricas Neonatales Especiales (CONE)**, en el presente gráfico se observa que la regionalización de la atención perinatal en la provincia ha ido aumentando desde su implementación en el año 2010.



Representa en el último año (2012) un 90,8% en relación a todos los partos del subsector público. Las CONE garantizan los 365 días del año, los 7 días de la semana y las 24 hs. del día: anestesista, quirófano, sangre segura, traslado y recepción y estabilización del recién nacido.

Obviamente, la población ha comprendido lo que es la regionalización y la maternidad segura. Hubo serios conflictos con los intendentes que expresaron sus inquietudes porque dejaban de nacer los niños en su localidad, hasta que se le hizo comprender que la regionalización y maternidad segura tienen que ver con la salud de la población.

### **Promotores de Salud**

Son el Nexo real y efectivo entre la Comunidad y el Estado Provincial. El promotor se elige 1/1000 habitantes pero no establecido al azar sino como representante de un barrio que debe llevar adelante el registro y la accesibilidad de la población, tomando contacto familiarmente con cada uno de los vecinos.

- En el año 2004 se capacitaron a 3.000 misioneros que aspiraban a convertirse en Promotores de Salud.
- En enero de 2005 se seleccionaron 1.000, teniendo en cuenta el mérito de estudio y el lugar de residencia.
- En octubre del 2012, la Cámara de Diputados de la Provincia de Misiones aprobó la Ley XVII- Nº 82- Ley Provincial de Agente Sanitario y 300 promotores pasaron a formar parte de la Carrera Sanitaria.

En relación al **trabajo en terreno** hay un promotor de salud cada 800 personas en zonas rurales y un promotor cada 1500 personas en zonas urbanas.

A través **del Registro Único de Salud Misiones (RUSMI)** se lleva a cabo el relevamiento de datos que permite determinar

la situación socio-sanitaria de las familias misioneras. Los datos relevados permiten optimizar las políticas sanitarias y darle mayor eficiencia. Es la primera vez en la historia de la provincia que el Estado, a través de los Promotores de Salud, genera datos dinámicos que surgen de la comunidad y que llegan directamente a los responsables.

### **Unidad Central de Traslados y Emergencias**

Esta unidad es lo que relaciona a toda la provincia y optimiza el gasto. Además del traslado en ambulancia, establece con clara eficiencia quien debe de ser trasladado y cuando ese traslado es al interior, sobre todo de hospitales de primer a segundo nivel. La misma red de derivaciones accede a los turnos para facilitarle el trámite a la persona que está siendo trasladada.

Éstos son algunos datos de traslados y total de ambulancias:

- **En el año 2012:** 24.202 traslados. Total ambulancias: 170 (90 alta complejidad).
- **En el año 2013:** 15.819 traslados (enero a julio). Total ambulancias: 180 (95 alta complejidad). Para el mes de octubre se incorporarán 25, de las cuales 5 son de alta complejidad y el resto de mediana complejidad.

### **“MISIONES te cuida”**

Es el acercamiento de los servicios del sistema sanitario hacia cada población en un camión y otros rodados donde se prestan los servicios de atención primaria a la población. Se ha recorrido toda la provincia varias veces, y fíjense la cantidad de atenciones que han tenido:



**MISIONES**  
*te cuida*

- **32.796** prestaciones efectuada del 04/01 al 15/02 de 2013 en el Parque Nacional Cataratas del Iguazú. Operativo en conjunto entre el Ministerio de Salud Pública de Misiones con el Ministerio de Salud de la Nación.
- **Primer semestre 2013:**
  - Atenciones efectuadas en los diversos operativos realizados en el territorio provincial: **88.476**
  - Clínica médica: **5.289**
  - Pediatría: **4.900**
  - Control de tensión arterial: **26.484**
  - Enfermería: **12.172**
  - Ginecología: **3.200**
  - Papanicolaou: **700**
  - Mamografías: **1.200**
  - Ecografías: **350**
  - Control de Glucosa: **8.500**
  - Medicamentos entregados: **11.385**
- En el 2012 se registraron **87.752** prestaciones en los operativos realizados en el territorio provincial.

Esto nos da mucha satisfacción y la población siente que forma parte de un sistema sanitario. Por otro lado es un claro concepto de terminar con la exclusión social.

Les quiero comentar, también, sobre el **Programa de prevención y detección del Cáncer de mama**. Salud Pública cuenta con una red mamográfica, distribuida en 6 puntos estratégicos para brindar asistencia a todos los misioneros y una unidad móvil perteneciente al programa MISIONes Te Cuida, con dos mamógrafos. Éstos son los **números de mamografías realizadas en la red desde enero a agosto de 2013:**

- Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga: 3836

- Hospital Samic Oberá: 123
- Hospital Samic Alem: 105
- Hospital Samic San Vicente: 159
- Hospital Samic Eldorado: 410
- Hospital de Pto. Iguazú (a partir del 14/8/13): 101

**MISIONes Te Cuida.** Desde el 2004 hasta agosto de 2013 lleva realizadas **102.400** mamografías. Cada paciente se realizó, en este lapso, un promedio de 5 mamografías.

También contamos con un **Programa de detección y prevención de cáncer de Cérvix en la comunidad Mbya Guaraníestos.** En este caso, se llevaron a cabo talleres de sensibilización e información y se tomaron **632** muestras. Se inició la acción por las Zonas Norte Paraná, Centro Paraná, Centro Uruguay y Sur, actualmente se inician las Aldeas de Zona Noreste. Se detectaron **29** lesiones, de las cuales **3** se confirmó cáncer, **2** de ellos en tratamiento, y **1** resuelto, con tratamiento cumplido, gozando de buena salud junto a su bebé.

El **Plan Sanar** cuenta con **consultorios satélites.**

- **Desde Noviembre de 2011 a la fecha** se efectuaron consultas en los consultorios satélites del interior: Oberá, San Vicente, Jardín América, Eldorado y Puerto Iguazú.
- **En el año 2012,** se realizaron 1448 cirugías.
- **En el año 2013** (Enero a agosto), se hicieron 882 cirugías

Las cirugías reconstructivas fueron realizadas a bebés, niños, adolescentes y adultos en los Hospitales de Posadas.

Continuando con los programas, otro orgullo para nosotros es contar con el **Programa Provincial de Sangre - Banco**

**Central.** Este banco de sangre, es uno de los únicos en el país con todas las aparatología de última generación. Les voy a comentar algunos datos:

- En el año 2013. **Registro de Donantes de Células Progenitoras hematopoyéticas** se sumarán más de 1.000 inscritos a los 2500 históricos de Misiones.
- Se ha iniciado la **colecta de sangre de cordón umbilical** por un convenio con el Hospital Garrahan.
- En el año 2014. Se hará en todos los donantes de sangre **técnicas de biología molecular (NAT) para disminuir el riesgo de período ventana de los virus: VIH, Hepatitis B y C.**
- En al año 2012. Se registraron **11.764** donantes voluntarios y se practicaron **9.863** extracciones.
- En Misiones el porcentaje de donación voluntaria de sangre pasó de menos de **1%** en 2005 al **44%** en 2013, superando la media nacional que es de **35%**

El **Laboratorio de Especialidades Medicinales de Misiones (LEMIS)**, representa también una clara expresión de lo que es el sistema sanitario. En total se elaboraron 65 especialidades en la Planta de Elaboración de Medicamentos de Misiones. Las presentaciones son en comprimidos, jarabes y alcohol glicerado.

Como Uds. podrán observar éstas son **cifras del año 2012**

| Unidades entregadas | Costo de insumos de elaboración | Costo del producto final en la red de distribución (OCASA) | Precio de Mercado |
|---------------------|---------------------------------|--|-------------------|
| 1.180.443           | 1.083.000\$                     | 3.557.000\$  | 19.000.000\$      |

Misiones cuenta con el único **laboratorio estatal** que está habilitado por la ANMAT **para la elaboración de fitomedicamentos** en nuestro país. Es la única provincia que distribuye fitomedicamentos en forma gratuita.

**Jarabe de Ambay**

**Crema de Caléndula**

**Comprimidos de Cangorosa**

**Carqueja en gotas**



La **Farmacia del Parque de la Salud (FASP)** donde en el año 2013 hubo un promedio mensual de consultas de 7.824. Se registró un incremento del comportamiento en atención del 111%.

**Red de laboratorios**, hay 19 redes temáticas conformadas, lo que nos permite trabajar en Red dentro de la provincia (Instituciones privadas, IPS y Laboratorio Municipal Posadas) y con los referentes nacionales. También, 4 redes temáticas provinciales, que surgen de unirnos a diferentes proyectos y acompañar a la formación del recurso humano. Hoy ya tienen una estructura consolidada. La calidad desde el laboratorio es fundamental, para que el resultado obtenido sea confiable, por lo que incorporamos a cada laboratorio en los distintos controles de calidad.

### **Remediar + Redes**

- **Fin:** Fortalecer las redes de servicios de salud públicas de las Zonas Norte y Centro Paraná.
- **Propósito:** Implementar un modelo de gestión y organización para fortalecer el trabajo en red de los servicios de salud en base a la Ley Provincial de Salud.

**- Objetivos:**

- Fortalecer la coordinación y gestión de la red.
- Organizar los procesos de referencia y contrarreferencia.
- Promover capacitación y motivación de los recursos humanos.
- Incrementar acciones de Promoción y Prevención.
- Mejorar los sistemas de comunicación y Transporte para las redes.
- Mejorar las estructuras y el equipamiento de los efectores de salud.

**Programa de Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la Salud**

Nosotros estamos, desde el año 1991-92 en una clara descentralización, no solamente administrativa sino funcional. Todo esto por estar cerca de la demanda porque se apuesta a "más salud en el menor tiempo posible". Estar cerca de la demanda a través de una clara descentralización funcional operativa y de responsabilidad. Tenemos 6 zonas de salud en la provincia y cada una de ella tiene un director responsable que también establece coordinación con los hospitales de esa zona.

En relación a los **pueblos originarios**, hay 104 comunidades aborígenes, dispersas en todo el territorio provincial. Con una población de 7.813 personas, constituidas en 1.600 familias. Se cuenta actualmente con 71 agentes sanitarios aborígenes que reciben capacitación constante.

El **Programa SUMAR** es la ampliación del Plan Nacer. Este programa beneficia a embarazadas y niños hasta seis años, niños de 6 a 9 años. Menores hasta los 18 años y mujeres de hasta los 64 años. Los inscriptos a este programa son el 73,94 % de la



población total estimada. El 33,35 % de los inscriptos cuentan con Cobertura Efectiva Básica.

### **Modelo de Gestión**

Contamos con un recurso humano relacionado al Ministerio de 7.331 agentes. Contamos con un **Programa Médicos Full Time**, que es una clara política del gobernador apostando a mejorar la capacidad de oferta del sistema, dividido en cada zona y de acuerdo a las necesidades de la misma. Además, hay un **Sistema de Residencias Provincial**.

### **Modelo de calidad**

Se encuentra en pleno funcionamiento el **Consejo de Carreras Sanitarias** integrado por: 4 funcionarios del Ministerio de Salud Pública. Actualmente, figuro como presidente del Consejo permanente de Carreras Sanitarias. También, hay 2 representantes de los gremios ATE y UPCN y 2 representantes de los Colegios Profesionales relacionados a Salud.

En este Consejo se establece, entre otras cuestiones, los reglamentos de concursos para cargos jerárquicos y todo el tratamiento de lo que tenga que ver con la carrera sanitaria dentro del esquema del personal que trabaja en el sistema.

En cuanto al **Programa de Formación de Agentes Sanitarios**, nosotros estamos convencidos que, además de la incorporación de recursos humanos, tiene que existir una clara política de apoyo a la capacitación y educación del mismo. Entendemos que la medula espinal del sistema es el recurso humano, no hay otro, no puede ser reemplazado por ningún aparato por más moderno que sea.

La **escuela de gestión** que se lleva adelante, capacita a las personas exclusivamente en gestión, no sobre política de salud, ni economía. Entendiendo que gestión es gerenciamiento,

lo que equivale a toma de decisiones. Para llevar a cabo esta toma de decisión hay que estar avalado por toda la información que sustenta el sistema, como por ejemplo los presupuestos, estadísticas, costo, entre otras cuestiones.

La **Tecnicatura superior en APS** es donde se brinda capacitación a los promotores de salud y otros agentes sanitarios.

El **Parque de la Salud Dr. Ramón Madariaga** es una clara exposición del apoyo institucional irrestricto del cual he hablado, cuyos objetivos, además de lo asistencial, son docencia y capacitación, actualización y mantenimiento, entre otros. Se encuentra ubicado

en la ciudad de Posadas y está integrado por 16 instituciones: Hospital Escuela de Agudos, Dr. Ramón Madariaga; Hospital de Pediatría, Dr. Fernando Barreyro; Hospital Materno Neonatal; Unidad Central de Emergencias y Trasla-



dos; Banco de Sangre, Biológicos y Tejidos; Unidad Académica; Jardín Maternal Evita; Laboratorio Central; Farmacia del Parque de la Salud (FAPS); Hogar de Madres; Registro de las Personas; Escuela Especial; UNaM (Enfermería-Bioquímica-Farmacia); Centro de Oncología y Terapia Radiante (en construcción); Consultorios de Especialidades Parque de la Salud; Capilla.

Se denomina Parque de la Salud, porque el componente de la oferta está ligado a una expresión clara de modernismo y de alto contenido de calidad en la atención.

Este es **Hospital Escuela de Agudos**, aquí en el año 2013 se han llevado a cabo 4.529 cirugías. Contamos en este hospital con cirugía robótica, hoy la está haciendo el Da Vinci uno de los únicos en el país.

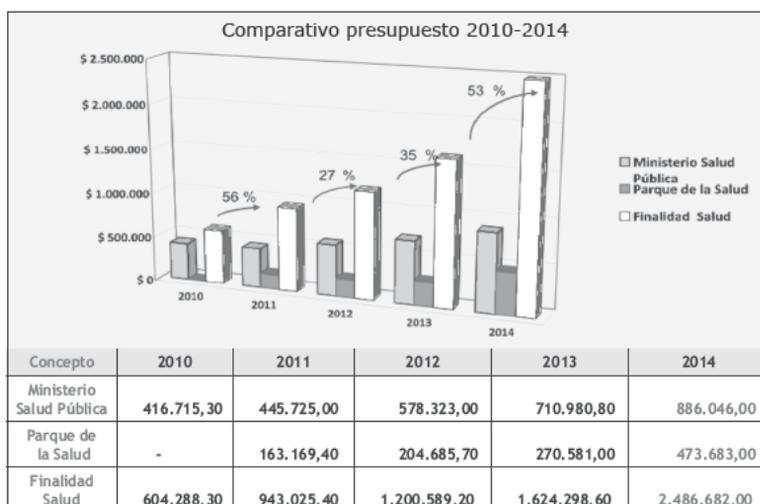


**Sistema de Gestión - Historia clínica digital**, actualmente se está trabajando y perfeccionando este tipo de historias clínicas, en el Parque de la Salud. Entendemos que con el claro apoyo del gobierno provincial, que está llevando la fibra óptica al resto de la provincia, se va a extender a toda Misiones. La historia clínica informatizada significa nada más ni nada menos que la inclusión social, donde el individuo deja de ser un anónimo para tener nombre y apellido cuando entra al sistema.

### **Modelo de financiamiento**

Según la **Ley Provincial de Salud. Capítulo VI: Financiamiento; Art.: 32 Inciso: e** "En ningún caso el presupuesto anual de la Unidad de Organización Ministerial de Salud Pública será inferior al 10% anual del presupuesto General de la Provincia, porcentaje que será incrementando en el 1% anual como mínimo, hasta lograr un piso del 15% anual del Presupuesto General de la Provincia".

Hoy día el presupuesto de Salud alcanza un 15 % del total del presupuesto de la provincia. En el siguiente gráfico se puede observar el presupuesto comparativo entre los años 2010-2014 y las cifras según los distintos conceptos.



Quiero comentarles que con el Dr. Guccione, compartíamos en el año 2000 -2001 un grupo de logística y que trabajamos en un proyecto de salud con muchas ambiciones para que la salud llegue a toda la población. Hablábamos mucho de la inclusión social pero manteníamos siempre el concepto de que el eje, sujeto y objeto era el ciudadano.

La administración que está desde el 2003 entra con un claro proyecto que hoy se sigue desarrollando gracias a la continuidad institucional. Los indicadores mencionados son un claro exponente de esta gestión.

Para finalizar voy a hacer referencia a una película "Los unos y los otros" de un director francés Claude Lelouch. La misma terminaba diciendo: .."No hay diferentes historias lo que sí existen son diferentes actores en la historia".

En salud no hay diferentes historias, existe una sola, lo que cambian son los actores y somos los que en este momento estamos compartiendo esta mesa y escuchando lo que cada uno de los representantes de los Ministerios va a decir. Nosotros como actores responsables tenemos que lograr mejorar la salud de nuestra población. Muchas gracias.

*Bioq. Miguel Gonzalez*

*Secretario de Salud de la Provincia de Santa Fe*

Buenas tardes a todas y todos.

Quiero agradecer a las autoridades que organizan este encuentro, al que hemos sido varias veces invitados para compartir experiencias en algún momento en repre-

sentación de nuestra Obra Social Provincial, contando acerca de medicamentos de alto costo y una serie de cuestiones que nos desvelan a todos.



A esta Jornada nos convocaron para que les comentemos que está haciendo el Ministerio de Salud Pública de la Provincia y nos parecía interesante desarrollar esta charla desde términos conceptuales. La verdad que voy a pedir disculpas porque la presentación anterior ha sido muy detallada y pormenorizada ya que, no sólo, desarrolló conceptos sino también aportó datos muy valiosos.

La verdad que es muy placentero escuchar que en otras provincias se manejan conceptos similares y posibles de desarrollar en un país federal donde, en general, se carece de esa ley que tiene la Provincia de Misiones.

Nos hubiese gustado que exista una Ley Nacional que nos ordene y una Ley Provincial, que también nos ordene. Pero, en el caso de nuestra provincia no fue posible obtener un consenso de las características que ha conseguido Misiones y por lo tanto, la

incapacidad de pensar en forma conjunta en un proyecto de Ley que nos contenga a todos, ha hecho que la Provincia de Santa Fe no tenga Ley de Salud.

Así que trabajamos sin Ley y, como dicen los chicos le ponemos "onda", porque es complicado trabajar sin esta conceptualización que indicaba el CPN Mazal, que pone marcos referenciales y acota las discrecionalidades que se producen cuando no está claro hasta donde se puede avanzar.

Quiero decirles que creo importante que cada uno de los que participamos en este Encuentro digamos desde que posición venimos a participar de este intercambio. Al respecto, como Uds. saben la Provincia de Santa Fe es gobernada por un Frente que se llama Frente Progresista Cívico y Social. Este Frente está constituido por los Partidos Socialista, Radical y otros partidos progresistas. Todos ellos, en conjunto, han planteado un marco estratégico y dentro de ese marco está el plan de salud de la provincia de Santa Fe.

Como podrán observar pusimos un disparador **La Fundación de un Sistema de Salud en la Provincia de Santa Fe**

## **La Fundación de un Sistema de Salud en la Provincia de Santa Fe**

Lógica subyacente y etapas en su concreción.

Ideas rectoras, algunos programas y condiciones que facilitan u obstaculizan su desarrollo.



**MINISTERIO DE SALUD**

Gobierno de Santa Fe

**Fe.** Esto no lo colocamos porque creemos que nuestra tarea es fundacional sino para pensar fundación en términos de “fundar ejes y establecer orientaciones”.

Concebimos el **Sistema de Salud** como aquel que compromete a todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones, cuyo propósito primario es el mejoramiento de la salud. Cuyo objetivo es el de alcanzar niveles óptimos de salud y las menores diferencias posibles entre el estado de salud de los individuos y/o los grupos poblacionales. (OMS – 2000)

En esto coincidimos con el planteo de Misiones, porque nos parece que ese es el eje central ya que nos planteamos la salud desde la perspectiva de los Derechos.

Este cambio de paradigma en los últimos tiempos ha sido tomado en muchas provincias y, también creo, en la nación, con una visión que tal vez no compartimos en todos sus términos pero sí, en lo que hace a la ampliación de derechos y pensar al Estado como garante de derechos sanitarios y no como un prestador de servicios. Desde ese lugar y esa perspectiva es que construimos el Sistema de Salud.

Un Sistema de Salud expresa no sólo lo que cada país o provincia destina en términos de recursos a ese servicio, sino también los valores y las opciones que ofrece ante las demandas de la población.

El tema de la opción es algo que siempre hace ruido en salud. Pero los que hacemos gestión tenemos obligaciones y una de ellas es la priorización, y cuando uno prioriza o elige lo hace en virtud de una escala de valores, desde donde piensa que algo es prioritario.

Los recursos en salud, como todos lo saben, no son infinitos, están acotados y de cómo nosotros nos plantamos ante ese gasto en salud dependerá nuestra orientación hacia garantizar los derechos colectivos o los derechos individuales de aquéllos

que tienen mayor capacidad de demanda. Esto no es un detalle menor en un país donde avanza la judicialización de la salud y donde la fragmentación social es algo que nos duele a todos.

Estamos seguros que una cosa es entenderlo conceptualmente y otra es actuar en consecuencia para reducir las brechas.

El **Sistema de Salud santafecino** trabaja desde una lógica que se las voy a comentar rápidamente. La provincia tiene una larga y rica trayectoria en gestión de Salud y posee muchísimos dispositivos de atención de complejidad creciente, los que ya existían mucho antes que lleguemos nosotros. Tenemos dos leyes para el funcionamiento hospitalario, una de ellas referida a los SAMCO, que es una ley proveniente de la época de Onganía, que parece que a nadie molestó y no la cambiamos. Y la otra, se llama Ley de Hospital de Autogestión que también es de aquella época cuando claramente el Estado se “desresponsabilizó” de los procesos de financiamiento y gestión de los recursos.

Por lo tanto, los puso en manos de la Comunidad y de las organizaciones de los hospitales que se llaman Consejos de Administración, donde se ha subvertido la lógica de la responsabilidad y tanto es así que estos Consejos tienen, hoy, sobre sus espaldas responsabilidades que exceden largamente lo administrativo. Por ejemplo, si hubiera algún problema son responsables frente a las leyes.

Sin embargo a nuestros legisladores les encanta como está y no les gusta tratar la Ley de Salud que proponemos. Nosotros decimos, no aprueben nuestra ley aprobemos una, pero dejemos de cargar sobre la comunidad, semejante grado de responsabilidad. Involucremos a los actores, hagamos que participen, pero tengamos en cuenta que es muy distinto participar activamente que ser responsable jurídicamente cuando se generan, por ejemplo, juicios de mala praxis, laborales, etc.

Como bien sabemos, la **Argentina** cuenta con **3 Subs-**

**temas de Salud**, lo cual es un problema. Esto es un tema que se aborda en todas las mesas en las cuales se habla de economía de la salud, ahora, la verdadera cuestión es qué hacemos con esto. No es sólo aprender cómo funciona el sistema y las dificultades que tiene, sino como nos plantamos frente a esta **enorme fragmentación para intervenir de modo positivo frente a ella.**

Nosotros tenemos la Obra Social Provincial a cargo, porque nuestro gobierno provincial decidió pasar el Iapos a la órbita del Ministerio de Salud. Esta decisión se tomó con la idea que desde la Obra Social Provincial se pudiera empezar a modelar la oferta de servicios de salud, o sea, tratar de incidir para que esa oferta de servicio de salud tenga alguna relación con las directrices que también está pensando el Ministerio de Salud para su subsector público. Porque no debiera haber una directriz para la obra social y otra para el subsector público, sin embargo así era. Por ejemplo, vademécum distinto, modalidad de utilización de medicamento de alto costo, etc.

Hasta en los trabajadores de la salud provincial existe una contradicción muy grande. Todos están asegurados por la Obra Social Provincial, como trabajadores intervienen en el sistema con una lógica y cuando se hacen atender una dolencia con otra. La verdad es que hay que estar muy firme para no volverse esquizofrénico pero bueno hacemos lo que podemos, ese es el país donde vivimos.

La otra cuestión importante es el desafío de pensar cómo es que se hace la **gestión de lo público y lo público.**

Mencionaba el compañero de Misiones sobre el plan Nacer-Sumar y el modo que la Nación decide intervenir con planes directores en salud. Desde nuestra óptica no compartimos ese modo de intervención pero no seremos duramente críticos, no por ser políticamente correctos, sino porque creemos en la complejidad de las decisiones. Nosotros pensamos que es mejor

concentrarse en el subsidio de la oferta de servicios. La lógica de seguros supone subsidiar la demanda de servicio, pero estos seguros que diseñó Nacer y Sumar creo que hacen un esfuerzo por compatibilizar las lógicas territoriales provinciales y ahí es donde nosotros, sin estar de acuerdo con el modelo de aseguramiento, **aceptamos el desafío de tomar y compatibilizar los esquemas de financiamiento para poder aprovechar los recursos existentes.**

El gobierno Nacional ha sido elegido democráticamente y tiene, por supuesto, legitimidad para hacer su planteo de salud, nosotros como Provincia creemos tener la misma legitimidad para enfocar y encarar los problemas de financiamiento y prestación de servicios. No tenemos que pelearnos, sino compatibilizar y hacer un enorme esfuerzo por entendernos, porque estamos convencidos que no puede ser que entre lo público-público apostemos a la fragmentación solo por no estar de acuerdo con un modelo de financiamiento. Y digo solo, para alivianarlo porque para nosotros tiene una gran carga ya que en los años noventa los seguros no eran lo que son ahora, suponían otras cosas. Por todo esto si bien, en su momento, hubo resistencia hoy optamos por **compatibilizar, acordar, intentar seguir adelante en un sistema que es fragmentado y que tenemos obligación de "desfragmentarlo"**.

### **Principales problemas**

- Inequidad en el acceso y cobertura.
- Oferta centrada en lo curativo y la atención hospitalaria.
- Desigualdades regionales.
- Establecimientos inconexos y competitivos.
- Alienación en las prácticas.
- Malestar y escaso compromiso de los trabajadores.

- Incoherencia entre objetivos de programas y necesidades poblacionales.
- Centralización de las decisiones.

Con respecto a **inequidad en el acceso y cobertura**, hemos hecho un enorme esfuerzo por reducir la brecha, pero todavía falta mucho para lograrlo.

Respecto de la **oferta centrada en lo curativo y la atención hospitalaria**, claramente los servicios crecieron con una lógica de oferta de servicio y no pensados desde la necesidad de la ciudadanía.

En cuanto a las **desigualdades regionales** en la oferta del servicio de salud, en general, tiene que ver con donde se instalan los servicios y los profesionales. Por otra parte, depende de que una gran parte de los profesionales en nuestra provincia, trabaja en los dos subsistemas y por lo tanto se instalan en donde tengan las posibilidades de compartir esos subsistemas.

En el caso de los **establecimientos inconexos y competitivos**, sobran los ejemplos. No es razonable que hospitales que están muy cerca, a 5 ó 6 cuadras en las grandes ciudades, hagan exactamente lo mismo y tengan dificultades organizativas con sus profesionales, especialidades, accesos a quirófano, etc.

En este caso nos planeamos que tenemos que trabajar en conjunto con los hospitales porque no creemos que en Salud se pueda ir con una normativa dura y que eso garantice que el hospital va a cambiar su perfil. Estamos persuadidos de que si la comunidad de ese hospital o centro de salud no se convence de que tiene que hacer un cambio cultural, ser parte del desarrollo del sistema y un actor central en ese desarrollo, las posibilidades de fracaso son muchas. Para que un sistema se sostenga en el tiempo se necesita un cambio cultural y que todos se involucren en ese cambio porque si no es así, se produce una resistencia y esto es lo que vemos todos los días.

## **Proceso de Descentralización Provincial**

En nuestra provincia se planteó un programa de regionalización con una división territorial que tenga en cuenta cómo y de qué manera transita la gente y cómo resuelve sus problemas.

Durante los dos primeros años de la gestión se hicieron una serie de rondas de Asambleas Ciudadanas donde se ponía particular énfasis en ver dónde y de qué manera la gente resolvía sus problemas. Esto es porque a veces uno cree que los habitantes de un determinado departamento tendrían que concurrir a tal lugar y cuando se le pregunta a la gente, en realidad, va a otro lado. No va a donde nosotros queremos, sino donde culturalmente cree que tiene que ir, donde las rutas así lo llevan, donde se le simplifica una serie de cuestiones logísticas, todas cuestiones que no tienen que ver con la división geográfica y política. Entonces lo que se hizo fue esta división que como pueden observar en el mapa tiene centros "nodales" en la ciudad de Reconquista, Santa Fe, Rafaela, Venado Tuerto y Rosario. Y se establecieron estrategias de cómo iba a ser la regionalización en cuanto al modelo de ciudades progresivas, en cuanto a complejidad de atenciones.

## **Plan estratégico y Asambleas Ciudadanas**

En relación al plan estratégico lo construimos con los vecinos y vecinas de la Provincia de Santa Fe participando de las asambleas con el Gobernador y cada uno de los funcionarios que, además, daban cuenta de lo que estaban haciendo. Este tipo de acciones hacen que el funcionario esté en contacto con las necesidades reales de la población. Ese es el valor de la asamblea ciudadana y lo defendemos muchísimo porque nos parece una decisión que fue estratégica y nos permitió revisar sistemáticamente si lo que decimos y hacemos efectivamente funciona o no.

## Proceso de Descentralización Provincial en 5 Regiones



-  **REGIÓN 1**  
Nodo Reconquista
-  **REGIÓN 2**  
Nodo Rafaela
-  **REGIÓN 3**  
Nodo Santa Fe
-  **REGIÓN 4**  
Nodo Rosario
-  **REGIÓN 5**  
Nodo Venado Tuerto



Gobierno de Santa Fe



**SANTA FE  
AVANZA**

[www.santafe.gob.ar](http://www.santafe.gob.ar)

## Plan Estratégico y Asambleas Ciudadanas



Junto con la gente acordando con nuestra estrategia se desarrollaron las líneas políticas que nos llevarían a la transformación de un viejo modelo



Gobierno de Santa Fe



**SANTA FE  
AVANZA**

[www.santafe.gob.ar](http://www.santafe.gob.ar)

## **Estrategia de Atención Primaria**

Como mencioné anteriormente, la Atención Primaria la concebimos, como también la planteó Misiones, no como el primer nivel de atención, sino como la puerta de entrada al primer nivel de atención. Pero además, tenemos que garantizar la continuidad de la atención porque si no corremos el riesgo de "primarizar" la atención y creer que quien tiene garantizado el acceso a través de los servicios públicos solamente tiene derecho a eso. En realidad, tenemos que garantizar que si hay una tecnología nueva disponible, la misma esté accesible para todos los ciudadanos y no sólo para los que tienen capacidad de pago.



## **Antecedentes en la Provincia**

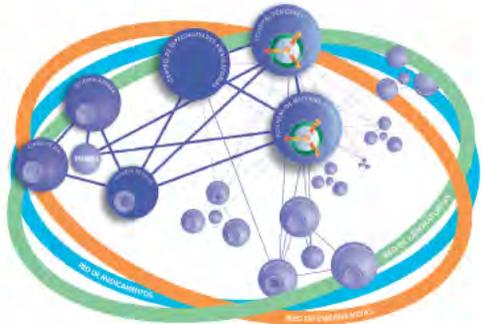
Desde hace 6 años estamos impulsando este proyecto en la Provincia. Pero contamos con un antecedente y es el trabajo desarrollado en la Municipalidad de Rosario. Fíjense que a pesar de que decimos que queremos romper la lógica "hospitalocéntrica" les mostramos el Hospital Clemente Alvarez, somos así de contradictorios. Pero es un hospital emblemático que fue pensado y desarrollado con la lógica de cuidado progresivo. Esto fue claramente una ruptura del modelo médico hegemónico que todos conocemos. Ese modelo que en lugar de estar responsabilizado en un equipo de salud, estaba referenciado en una persona lo que generaba una serie de costos y problemas que no nos permitían proyectar otro tipo de servicios sanitarios y de integralidad.

## Sistema de Salud de la ciudad de Rosario



## Red de Servicios de Salud

La red de Servicios de Salud tiene que ser **pensada con los trabajadores y con la gente** porque el diseño normativo puede estar bien hecho técnicamente, pero se deben relacionar muy bien los distintos actores.



Por ejemplo, el jefe de la guardia de un hospital de primer nivel debe relacionarse de un modo razonablemente amigable con el del segundo y tercer nivel para que estos en lugar de rechazarlo, lo acepte, entienda cuál es su nivel de responsabilidad, etc.

Por ello es importante la norma, pero si los actores no se encuentran, el problema igual se produce y las explicaciones llegan tarde cuando, por ejemplo, la persona no entró al sistema, con las consecuencias que ello conlleva.

Pensamos que en la Red era fundamental darle importancia a las Redes de Traslado y hemos trabajado mucho pero todavía las estamos construyendo porque esta tarea ofrece muchísimas dificultades. Para su correcto funcionamiento es fundamental

el rol del médico regulador en la central de emergencia. El es responsable de interactuar entre los servicios para producir los traslados en forma óptima. Por ello, la red de emergencia cuenta en este momento con un software que le permite el médico regulador estar visibilizando cuales son las camas disponibles en cada uno de los efectores públicos, de modo que cuando llega el paciente de una localidad lejana a un hospital no empiece a peregrinar, sino que llegue a donde corresponde y están esperándolo para su atención.

### **Redes de Soporte**

En la provincia contamos con las siguientes redes:

- Red de Emergencias
- Red de Rehabilitación
- Red de Videolaparoscopia
- Red Neuroquirúrgica
- Red de Laboratorios
- Red de Pesquisas Neonatales
- Red de Análisis de PAP
- Red de Cardiopatías Congénitas
- Red de Traumatología

Las Redes de Emergencia constituyen una de las políticas más firmes que hemos tratado de desarrollar, porque romper con la fragmentación es fácil decirlo pero otra cosa es empezar a realizarlo y tener que explicitar una nueva estrategia sanitaria enfrentando las lógicas políticas de resistencia. Era mi ambulancia que atendía a mi población y no estaba inventariada en la red. Enfrentar esos argumentos y que confíen en que si la Red utiliza la ambulancia de esta localidad quien la necesite va a poder tener una ambulancia de otra localidad que lo asista. Esto implica un cambio cultural. Debemos construir confianza porque la red opera no sólo por lo normativo.

En definitiva, construir las redes costó mucho trabajo porque muchas situaciones tienen que ver con lo que mencioné antes, la apropiación de los pacientes que vienen a demandar a mi servicio no en función de su pertenencia a la Red con un criterio sanitario sino en función de la presión de demanda sobre mi servicio. Así que en eso se trabajó en acercarse a cada uno de los actores para que se encuentren y que las listas de espera bajen bajo criterio sanitario. En la red de traumatología estamos tratando de organizar para que cada servicio haga la parte que le corresponda porque no puede ser que todos hagan todo. Pero para convencernos que cada uno debe hacer lo suyo también debemos construir confianza entre todos.

### **Recuperación de la Capacidad**

Construimos 62 **Centros de Salud de primer nivel de atención** que tienen estos prototipos, como pueden observar en las fotografías.



Están pensados con una lógica de transparencia, espacialidad, receptibilidad, iluminación, etc; son el punto inicial de los prototipos de primer nivel de atención, que creemos que tiene que hacerse.

También estamos construyendo y recuperando **Hospitales de mediana complejidad**, uno está inaugurado, el otro se inaugura la semana próxima.



Además, están en marcha dos **Hospitales de alta complejidad** y un **Hospital referencial**, que se va a llamar CEMAFE, que es para atender segundo nivel ambulatorio exclusivamente, para cambiar la lógica hospitalocéntrica.

### Política de medicamentos

La política de medicamentos para el gobierno de la Provincia de Santa Fe es central, el Laboratorio Industrial Farmacéutico que es una empresa del estado junto con el LEM que es un laboratorio de la Municipalidad de Rosario, trabajan juntos en complementarse para producir el 80 % de las unidades de medicamentos que se entregan a los efectores de primer nivel de atención. No estoy hablando de dinero sino de unidades. Además, le proveemos al Programa Remediar, metformina, cefalexina, entre otros, que son de producción pública.



Vamos a comenzar con la producción asociada de medicamentos biológicos. Estamos convencidos

que producir medicamentos biológicos en forma asociada con Universidades públicas, que tienen desarrollo, contenido y responsabilidad sobre los productos que pueden producir, va a ocasionar un quiebre en como nosotros pensamos el tema de los medicamentos de alto costo.

**IAPOS**

Des-  
de el IAPOS  
pensamos  
modelar la



Instituto Autárquico  
Provincial  
de Obra Social



oferta de servicio. Esas ambulancias que están en la foto se compraron y no se gestionaron desde la obra social, sino en conjunto con la red de traslado. La red es una sola e involucra a la obra social provincial. Por eso hizo un aporte de ambulancias y la red le traslada los pacientes a la obra social provincial.

**Integración de la información**

Este gráfico lo que pretende mostrar es un poco lo que venimos acordando con la Nación, la enorme cantidad de programas que hay, con distinta temáticas que se producen en diferentes lugares de la Red.

A nosotros nos parecía que para dar cuenta a la Nación, en relación a los planes, lo que estamos haciendo con los recursos que nos dan, debía generarse un sistema único de información para



no multiplicar el esfuerzo de quienes deben producir las planillas, para nosotros, para la Sala de Situación, Plan Sumar, etc.

Por ello, a través de dos sistemas, el **Diagnose** para hospitales y el **Sicap** para Centros de primer nivel de atención, mediante una transformación informática, informamos en el formato que la Nación necesita para saber que se hizo efectivamente en el servicio.

### **Incorporación de nuevas tecnologías**

Se invirtió mucho dinero en nuevas tecnologías pero como le gusta decir al Gobernador, comprar aparatos es fácil pero gestionarlos es otra cosa. Lo que nosotros tenemos que hacer es incorporar en forma paulatina y crítica las nuevas tecnologías pero sabiendo de qué manera vamos a poder gestionar responsablemente.



Hemos estado incorporando las tecnologías necesarias para resolver hasta el tercer nivel y últimamente incorporamos una tecnología que nos parece que es novedosa, estoy hablando de la telemedicina. Realizamos varios ensayos para realizar interconsultas desde poblaciones muy lejanas. Uds. piensen que hay localidades que se encuentran a 500 Km de los centros más poblados y trasladar a un paciente sólo para una interconsulta, nos parece una enormidad contando con la posibilidad de la tecnología.

## **Fortalecimiento de la política de Procuración, Ablación, Implante y Trasplante de Órganos, Tejidos y Médula.**

En relación a este tema estábamos muy mal pero hace un tiempo esta situación comenzó a revertirse. Desde que pasamos a la lógica de hospital donante cambió absolutamente la perspectiva y comenzamos a mejorar.

Para cerrar esta charla, quiero decirles que nosotros estamos convencidos que hay que romper con algunas lógicas. Sobre todo es un planteo político el que queremos hacer. La desconfianza ha hecho que durante años se diga, quiero ver para creer y nosotros los invitamos a "creer para poder ver". Para ello, se tiene que creer que el recurso principal es el conocimiento y que las tecnologías son solo una herramienta.

Tenemos que creernos que podemos transformar la realidad desde el compromiso que poseemos como profesionales de la ciencia de la salud y creémosla, y si nos la creemos seguramente vamos a poder ver.

Ese es el mensaje que queríamos traerles. Gracias.

*Dr. Antonio Arnaldo María Morante*  
*Ministro de Salud de la Provincia de Chaco.*

Buenas tardes. Quiero decirles que es un gran placer compartir con Uds. estas Jornadas. Agradezco a los organizadores que tuvieron la deferencia de invitarme y por todo ello hice un lugar muy apretado en la agenda para poder estar aquí.

Mi gestión en el Ministerio de Salud tiene pocos meses y en este breve lapso intentamos hacer todo lo que podemos para la población de Chaco.

Les quiero comentar que en nuestra provincia, el Sistema de Salud es estrictamente estatal provincial, no hay ningún efector sanitario municipal, ni dependientes de comisiones de fomento, o locales. Absolutamente todos los efectores sanitarios desde el puesto sanitario más pequeño en el Impenetrable hasta el Hospital Perrando pertenecen y son financiados por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia, con lo cual como se imaginarán el Sistema y la Red son enormes.

### **Realidad Sanitaria Provincial**

La Provincia de Chaco tiene de acuerdo al censo del año 2010, aproximadamente, un millón sesenta mil habitantes, de los cuales setecientos mil dependen del sistema público de salud integrado por las obras sociales provinciales, el PAMI y el PROFES. Y las obras sociales sindicales y las prepagas le dan cobertura al resto de la población. Como se observa en la diapositiva el presupuesto de salud, en la actualidad es de 10,4 % del presupuesto Provincial. Está previsto que para el año 2014 llegue al 11%.

## Realidad Sanitaria Provincial

Unos 700 mil chaqueños dependen del sistema público de salud

Cerca del 66 por ciento de las personas no cuentan con obra social

Chaco tiene el índice más alto de personas sin cobertura de salud del país\*



Por ello, la asignación de recursos financieros al sistema de Salud Pública pasó del 6.36 por ciento del presupuesto total de la Provincia en 2007, al 10.4 por ciento en la actualidad.

\* Fuente: Censos de Población y Vivienda, Censo de 2010

Esto significa un salto cualitativo en recursos económicos para el sistema público, porque podemos decir con absoluta sinceridad, que hasta hace poco nuestro sistema estaba colapsado y presentaba una desinversión importante. En los últimos 6 años hemos podido incorporar más de 500 profesionales y más de mil agentes al sistema, además, recuperar muchos hospitales y centros de salud, porque hubo una política activa en el Sistema de Salud.

En el año 2010, se reformuló todo el sistema, y a partir del Decreto N°: 315 se ordenó y clasificó los establecimientos sanitarios.

Además, se estableció un sistema de redes que nos permite garantizar la atención de todos los chaqueños desde la menor complejidad y la mayor distancia a los centros más equipados.

Según la clasificación, los **centros de primer nivel** son aquellos puestos que están asistidos por agentes sanitarios en las regiones más alejadas. Los centros de salud de **nivel dos** tienen médicos, enfermeros, agentes sanitarios. Los de **nivel tres** son aquellos que cuentan, no solamente con médicos sino también

## Organización del Sistema Sanitario Provincial

### Decreto Nº 315 (Febrero de 2010)

Clasifica los Establecimientos Sanitarios Polivalentes según niveles de atención, complejidad y tipo de atención, por Región Sanitaria.

424 efectores en  
toda la Provincia



52 Hospitales

372 Centros de Salud

con especialistas que atienden por turnos. Los centros de salud de **nivel cuatro** son aquellos centros de referencia de 24 hs.

En cuanto a los **hospitales**, el **nivel tres**, son hospitales generalistas ubicados en localidades que tienen aproximadamente 10.000 habitantes o más, los de **nivel cuatro** son los hospitales regionales, cabecera de cada una de las regiones. Los

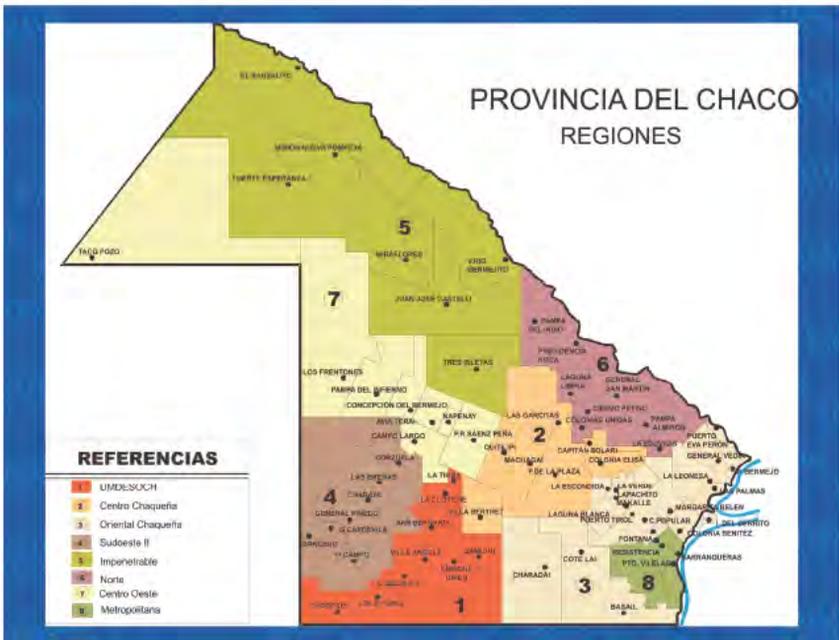
## Establecimientos sanitarios provinciales

según niveles de atención, complejidad y tipo de atención

| Nivel de Complejidad       | Denominación              | Cantidad |
|----------------------------|---------------------------|----------|
| CS-I                       | Centro de Salud Nivel I   | 276      |
| CS-II                      | Centro de Salud Nivel II  | 55       |
| CS-III                     | Centro de Salud Nivel III | 38       |
| CS-IV                      | Centro de Salud Nivel IV  | 3        |
| H-III                      | Hospital Generalista      | 42       |
| H-IV                       | Hospital Regional         | 6        |
| H-VI                       | Hospital Interregional    | 3        |
| H-VIII                     | Hospital Provincial       | 1        |
| Total general de efectores |                           | 424      |

de **nivel seis** son los interregionales y el hospital de **nivel ocho** el Hospital Provincial Julio C. Perrando, que cuenta con todas las especialidades, y donde, inclusive se realizan trasplantes.

El siguiente mapa muestra la **distribución geográfica de las regiones sanitarias**. Como pueden observar nuestro territorio es tan extenso que coincide la división de regiones sanitarias con las regiones determinadas por el gobierno de la provincia. Esa coincidencia no es solamente con las regiones sanitarias, sino con las educativas, direcciones de la policía, de vitalidad, de tal manera que todo el gobierno cuenta con la misma distribución de equipamiento y de logística.



### Principales metas para el año 2013

Afortunadamente, pudimos llevar adelante hasta hoy el fortalecimiento de las redes de los hospitales, la organización de los recursos humanos y la optimización de la atención primaria en todos los CAPS.

**1 Fortalecer la RED de hospitales**  
(nivel de complejidad VIII-VI-IV)

Garantizando especialidades básicas y cubriendo las especialidades críticas

Conformando la Unidad de Gestión de Derivaciones (U.G.D.)

Informatizando los Servicios en Red (Gobierno Electrónico)

Renovando el equipamiento y refuncionalizando los espacios



Para ello hemos trabajado, básicamente, **garantizando** que los centros de salud y los hospitales de nivel 3 pudieran contar con las **especialidades básicas**.

Esto nos generó un enorme esfuerzo porque si bien tenemos casi 11.000 agentes en todo el sistema de salud como dije hemos incorporado 500 en los últimos 5 años. Y hemos tenido una migración en los últimos 2 años, por traslado, de casi 500 profesionales en 24 meses lo que nos generó un déficit enorme de médicos y de otros profesionales de la salud en los hospitales de nivel 3. Por ello, estuvimos trabajando en la reformulación de estos traslados en un llamado a concurso para incorporar 100 nuevos profesionales.

También hemos conformado una **Unidad de Gestión de Derivaciones**, como bien planteaba recién el colega de Santa Fe, porque este es un tema muy importante Así que hemos conformado esta unidad que tiene una cabecera central en Resistencia y otra en la ciudad de Presidencia Roque Saenz Peña. Desde allí se gestionan las derivaciones y la posible resolución en el terreno de las patologías. Afortunadamente en poco tiempo

hemos podido no solamente protocolizar las derivaciones sino que hemos, también, obtenido muy buenos resultados.

Además, estamos **Informatizando los Servicios en Red y renovando el equipamiento**. Pronto se va a inaugurar un laboratorio central de imágenes en el ámbito del Hospital Julio C. Perrando donde hemos concentrado la mayor cantidad de especialistas en diagnóstico por imágenes. Hemos podido adquirir un tomógrafo nuevo en este principio de año, que se suma al que gestionamos hace un año y medio para la ciudad de Presidencia Roque Sáenz Peña. También, está por llegar un resonador magnético que va a ser el primero del sistema público en el Chaco.

Todo este equipamiento está integrado y a disposición de la red. Además, en el Chaco hoy afortunadamente tenemos una amplia longitud de fibra óptica, así que seguramente para el primer semestre del año próximo deberemos tener interconectadas a todas las ciudades más importantes lo que nos va a permitir seguir mejorando la gestión hospitalaria en la provincia.

En relación a la **Integración de la Red de los hospitales** los hospitales de nivel 6 son: el Hospital Pediátrico de Resistencia





y antes de fin de año vamos a inaugurar el nuevo edificio que está en el predio del Hospital Perrando; el Hospital 4 de Junio, de Presidencia Roque Sáenz Peña que está en el centro geográfico de la provincia, el Hospital del Bicentenario en Juan José Castelli que se inauguró en el año 2010 y el hospital provincial Julio C. Perrando, todos ellos son de referencia de la provincia.

Estos son los hospitales de nivel 4 distribuidos en la provincia. En este momento, tanto en el hospital de General San Martín, como en el de Las Breñas y el de Villa Ángela estamos llevando adelante cirugías videolaparoscópicas porque hemos adquirido los equipos y tenemos los profesionales perfectamente capacitados para ello y el objetivo es que en el primer semestre del año próximo podamos realizar cirugías videolaparoscópicas en cada uno de estos hospitales.

El **Fortalecimiento de la Red Sanitaria** también tiene que ver con un plan sostenido de inversión en infraestructura como mencioné anteriormente nos hemos encontrado con una gran desinversión en el sistema con muchos hospitales en condiciones realmente precarias y en estos cinco años y medio de



gestión se construyeron nuevos hospitales y CAPS. Además, se planificaron obras a diciembre del 2015.

En los próximos días, se va a inaugurar el primer hospital público en Barranqueras. Esto es un orgullo para todos nosotros, del mismo modo que cuando inauguramos el hospital de la ciudad de Fontana lo que nos permite tener dos hospitales a 60 cuadras del hospital Perrando y del hospital Pediátrico lo que garantiza acompañamiento al momento de necesitar camas.

Otra inversión importante que llevamos a cabo en los últimos años fue la **renovación de la flota de ambulancias**. Desde el año 2007 hasta la actualidad se han entregado 115 ambulancias a los servicios de la Provincia. El objetivo es renovar prácticamente el 50 % de la flota en el transcurso del año 2013, para asegurar un salto de calidad en la atención.

La **reorganización de recursos humanos** fue todo un desafío porque nos encontramos con una enorme cantidad de agentes en el sistema con una distribución que dista de ser óptima. Por ello, seguimos trabajando porque queremos tener todo

el sistema sanitario cubierto con profesionales y reubicados en los lugares donde los necesitamos. Además, les comentaba que desde el 2007 a la fecha pudimos incorporar nuevos profesionales y en esa incorporación podemos destacar que tenemos 32 farmacéuticos en todo el sistema con un cupo total de 37 cargos para cubrir. En cada uno de los hospitales tenemos farmacéuticos y fueron incorporados por concurso.

La reorganización de los recursos humanos tiene que ver con hacer una fuerte de **incorporación de profesionales**. A través de un decreto establecimos una bonificación por arraigo de profesionales en zonas alejadas de los centros de mayor complejidad. Además, estamos trabajando fuertemente en la incorporación de residentes, para lo cual hicimos un esfuerzo para incrementar la construcción de viviendas en los lugares donde tenemos residencias de medicina general y también para garantizar las rotaciones por alta complejidad y que los residentes puedan completar su período en nuestra provincia. Por otro lado hemos hecho una modificación a la ley para que los residentes que terminan la formación de posgrado puedan quedarse en el sistema durante un año hasta la apertura de nuevos concursos para cubrir esos cargos.

## 2 Reorganizar el recurso humano

**Plan de optimización del recurso humano**

Desde 2007 a la actualidad, se sumaron:  
500 profesionales a planta permanente  
22 médicos del Programa Médicos Comunitarios  
245 médicos residentes de diversas especialidades.

32 farmacéuticos en la provincia  
(con un cupo total de 37 cargos)

**Nuevo valor de hora guardia ACTIVA:**  
Días hábiles 50%  
Días feriados entre 100 y 150% dependiendo del nivel de complejidad.

**Reorganización del RRHH:**  
Análisis de los traslados realizados para avanzar con reasignaciones.

**Fortalecimiento de las Residencias Médicas:**  
+ Incremento de becas,  
+ viviendas de Servicio,  
+ rotación de Baja y Alta C.  
+ LEY DE RESIDENCIAS

2

## Reorganizar el recurso humano

**Incorporación por Concurso**

Por primera vez en la historia provincial, los trabajadores que ingresan al Estado lo hacen a través de **Concursos de Antecedentes y Oposición**, los cuales garantizan estabilidad laboral y beneficios salariales desde el primer día de trabajo

**Regularización Laboral**

Durante este mandato se acabará la **precarización laboral** en el sector mediante un plan progresivo de pase a planta de la totalidad del personal habilitado.

**Carrera Sanitaria**

Esta gestión avanzará en implementación del instrumento normativo para contribuir al ordenamiento de las relaciones laborales y al desarrollo organizacional.

**OBJETIVO:** dotar de profesionales a todos los servicios sanitarios de la Provincia.

La **regularización laboral** tiene que ver con dos leyes que se votaron en estos últimos años y que permiten la regularización paulatina de todo el personal contratado. Teníamos 6.000 contratados en el sistema de salud y se han incorporado otros 4.000 y en un proceso que va a culminar posiblemente en enero del año próximo incorporaremos a todo el personal que estaba contratado. Esto nos permitirá terminar con esa precarización laboral y garantizar la cobertura social, los aportes jubilatorios y la estabilidad a cada uno de nuestros trabajadores.

Además, estamos muy cerca de poder votar una **Ley de Carrera Sanitaria** que nos permita garantizar la carrera administrativa de todos los profesionales y los trabajadores del sistema de salud.

La **optimización de la atención primaria en todos los CAPS**, tiene que ver con una fuerte inversión que hicimos para recomponer el sistema que estaba muy deteriorado, sobre todo en las zonas rurales. Invertimos mucho dinero para mejorar la infraestructura y modificamos algunos decretos que impedían la



cobertura por zona desfavorable. Porque la verdad que hay zonas en la provincia de Chaco que hay que tener una gran vocación para radicarse allí y seguir trabajando en el sistema de salud. Además, debemos garantizar la provisión de equipamiento, de insumos y medicamentos.

Estamos **trabajando** fuertemente **con los programas Nacionales**, tales como: Remediar + redes, Sumar, Inmunizaciones, FESP, Control de embarazo y niño sano. Con respecto a este último hemos podido reducir la mortalidad infantil y esto es un logro sustantivo que tiene que ver con los trabajadores de la salud, los profesionales, los recursos que hemos puesto desde el gobierno pero fundamentalmente, con la implementación de una propuesta política que plantea la prioridad de trabajar por nuestros niños y por nuestras mujeres embarazadas.

Como **metas complementarias**, como pueden observar en la figura, queremos tener en un solo ámbito de la ciudad de Resistencia la Ciudad Sanitaria. Además, reforzar el control epidemilógico.



## Gestión de medicamentos

En este período estamos trabajando en el fortalecimiento del **Sistema de Gestión de Insumos Médicos**. Presentamos, hace unos días, un sistema informático que nos permitirá tener un control de stock y almacenamiento de medicamentos de cada establecimiento sanitario. En la 1º etapa, la prueba piloto se va a realizar con el Hospital Perrando, el Hospital Pediátrico y el Hospital 4 de Junio. Además, este sistema nos posibilitará prever la disponibilidad y calcular la compra de insumos médicos y realizar trazabilidad sobre los medicamentos.

Aspiramos a la **unificación del vademécum con la obra social de la provincia**, para ello estamos trabajando en conjunto. El Ministerio de Salud y la Obra Social de la Provincia son los mayores financiadores del sistema sanitario en la provincia del Chaco. Queremos poder tener el mismo sistema de compras y trabajar, más que nada, en cuestiones de compras y de consumo de medicamento y de insumos.

Se produjo la **incorporación de nuevos farmacéuticos**, como dije, por concursos en todos los hospitales del sistema. Además, en cada una de las regiones sanitarias tenemos un referente farmacéutico que trabaja en conjunto con la Farmacia Central y con el programa Remediar.



En las imágenes se puede observar, el Hospital del Bicentenario, la Red de atención náutica. Esta red se conformó en las últimas inundaciones ya que tuvimos que asistir muchos pobladores ribereños para lo cual hicimos una adquisición de lanchas para poder llegar y darles la cobertura a ellos.

Quiero terminar la charla con una frase de Dr. Ramón Carrillo...

*"La medicina no sólo debe curar enfermos sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud y tratar que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida".*

Muchísimas gracias.



## MESA N° 4

### Legislación y política farmacéutica

*Coordinador: Farm. José Cid  
Miembro de FEFARA*

Buenas noches a todos y a todas, es para mí un placer y un honor presentar este panel. También estamos honrados de pertenecer a esta organización donde después de 11 años podemos decir con tranquilidad que tenemos la camiseta puesta. Esto ya constituye un tema de sentimientos porque si tuviera que poner un lema de quienes se acercan a participar con la FEFARA yo diría que se suman los hombres buenos y luego capaces, como apotegma de construcción institucional.

Bueno, después de escuchar a los Ministros que están realmente en la trinchera, nos metemos de lleno en el tema legal y de política farmacéutica, que no es un tema menor y, además, muy conflictivo, Por lo tanto, debemos abordarlo entendiendo la complejidad de lo que estamos analizando.

Quiero rescatar de la inauguración de esta jornada dos cuestiones, una de ellas, lo que mencionó Manuel Agotegaray de que estos procesos son cíclicos y la otra es la que mencio-

nó el Vicegobernador de Misiones Licenciado Passalaqua que hay que rescatar la política para recuperar el Estado en su verdadera y correcta dimensión.

Cuando se piensa sobre los grandes cambios cíclicos y los de recuperación del Estado, personalmente diría que las grandes rupturas se produjeron surge un proyecto político ideológico capaz de enfrentar a los intereses que manejaron a la Argentina por ejemplo en la época de Irigoyen.

En el gobierno de Irigoyen había un proyecto de Nación, sin duda que luego también se dio ese mismo proyecto en la época de Perón y por eso el Ministro rescataba a Carrillo. Estos proyecto iban a cambiar todo, entre ello, la legislación. Era una propuesta integral, la conformación de una cultura de cambio, uno puede estar de acuerdo o no, pero allí está la trascendencia de esos procesos.

Hubo esbozos a posteriori y yo quiero rescatar la ética del Dr. Illia porque hay que tener coraje para instalar la Ley 16.463 en la Argentina que no tenía controles y que todos sabemos, cómo conspiraron después y como se produjo lo que finalmente pasó. Cuando se atraviesa un tema conflictivo donde están los intereses del medicamento en juego, no son "inocentes" los que actúan en el mercado.

Quiero rescatar, también, lo de Dr. Alfonsín y por supuesto lo de esta gestión porque se quieren hacer cambios.

Esto que Manuel Agotegaray decía de los procesos cíclicos, por ejemplo en la época de los años 90 fue muy grande el poder que se construyó fuera del Estado y por lo tanto hubo desregulación de las normas sanitarias y entre otras cuestiones cualquier persona física o jurídica, podía ser titular de una farmacia.

Eso es el resultado de una política donde el Estado estuvo absolutamente ausente pero con un plan de vaciar el país y pasó lo que nos pasó. Entonces no es casualidad tampoco que

en el año 2001 nos caímos del Sistema de Salud y todavía nos estamos tratando de recuperar.

No tenemos una Ley Federal de Salud, ni un Sistema Nacional Integrado de Salud, escuchaba a los Ministros que están en la trinchera, realmente son héroes del combate por la salud y evidentemente lo que debemos apostar, en mi concepción, es a construir consensos en el campo de la salud.

Debemos tener un gobierno centralizado por consenso, no de la omnipotencia del poder mismo, un Estado organizado y con instituciones libres pero el Estado debe ser el garante de ese equilibrio.

Como mensaje fundamental de esta mesa me parece interesante desarrollar el concepto de instituyente e instituido, desde el punto de vista de la filosofía. El instituyente es el poder real, el que tiene poder, cultura, el que genera una idea de la guerra, de la ciencia o el que genera una idea de la ley de patente. El instituido son las normas que tenemos que cumplir y la legislación por ejemplo la Ley de Patentes.

¿Cuál es la necesidad cuando existe un instituyente y un instituido con normas a cumplir? La necesidad es generar una contra cultura.

Yo creo que ese es el gran desafío la conformación de una contra cultura y para eso hay que tener valores y dar la batalla en lo político y lograr que el Estado acepte los cambios y asegure un justo equilibrio de todas las instituciones.

En este mismo sentido, brevemente, les quería contar que se constituyó el "Pacto Argentino para la Inclusión en Salud" donde se debate y construyen consensos sobre las políticas de Salud y es de carácter multidisciplinario. Lo integran el Dr. Aldo Neri, Dr. Roberto Chuit, Dr. Federico Tobal, C.P.N. Carlos Vassallo. Hay que concebir un nuevo Sistema de Salud en la Argentina, por eso los felicito.

En San Luis estamos peleando por una Ley de la mano de FEFARA, con el apoyo de la Universidad. Esta Ley permitiría aplicar inyecciones intravenosas en la oficina de Farmacia en forma no obligatoria. Para ello, se modificó los planes de estudio.

Esta Ley se aprobó por unanimidad en la Cámara de Diputados y de Senadores, un hecho inédito. Sin embargo, gracias a las corporaciones, cuando fue al Ejecutivo se vetó.

Ahora sí abrimos esta Mesa. Nos acompañan los siguientes disertantes:

La Dra. Carola Musetti es abogada y escribana, egresada de la Universidad Nacional de la Plata; Magister en Política y gestión de la Salud de la Universidad de Bologna, Italia. Realizó una tesis sobre Las licencias obligatorias, ¿una oportunidad para el desarrollo? y la Maestría en Economía y gestión de la Salud, Universidad Isalud. Es docente en la Universidad de Buenos Aires, la Procuración del Tesoro y la Universidad Isalud. Actualmente, desarrolla tareas de asesoramiento de Medicamentos, con especial relación al mercado internacional y en especial a los derechos de Propiedad Intelectual. Es representante alterna del Ministerio de Salud en el Mercosur, en la Comisión de política de Medicamentos dependiente de la Reunión de Ministros. Es representante alterna también, del Grupo de Acceso Universal a Medicamentos de la Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR). Además, es representante del Ministerio en la negociación de tratados bilaterales y multilaterales en la Organización Mundial de la Salud, entre otras agencias multilaterales.

El Farmacéutico Roberto Fabián Uliana, es profesor adjunto de la Cátedra Ética y Legislación Farmacéutica de la Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales de la Universidad Nacional de Misiones. Fue Presidente del Colegio de Farmacéuticos y Químicos de Misiones durante el período 2003-2007. Actualmente, es director del Departamento de Farmacia, Fa-

cultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales, Universidad Nacional de Misiones.

El Dr. José Daniel Guccione, es médico egresado de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Fue Ministro de Salud de la Provincia de Misiones en el período 2003-2011. Actualmente, es Diputado de la Nación desde el 10 diciembre del 2011 hasta el año 2015. Forma parte de la Comisión de Acción Social y Salud Pública. También integra las comisiones: MERCOSUR, Turismo, Asuntos Municipales, Discapacidad.

Realizadas las presentaciones, los dejo con estos notables disertantes.

*Dra. Carola Musetti*

*Dirección de Economía de la Salud  
Ministerio de Salud de la Nación*

En primer lugar le quiero agradecer a los organizadores por la invitación y al viceministro de Salud de la Nación Dr. Bustos Villar porque me permitió estar acá. Además, mi agradecimiento al coordinador de la mesa porque aportó una ilustración brillante de la historia de nuestro país, en el marco de la cual me permito adelantarles que creo que carecemos de una política nacional farmacéutica.

Para comenzar quisiera realizar un repaso de la organización del país, destacando algunas cuestiones que a mí me parecen sustanciales.

En primer lugar, tenemos una organización federal donde las provincias son previas a la existencia de la Nación y en ese acuerdo de pactos preexistentes para conformar la Nación, hay atribuciones o acciones que pasan de las provincias a la Nación y otras que no.

El derecho a la salud es un derecho no delegado, es decir el **derecho a la salud** está en cabeza de las provincias por eso nosotros decimos que el **Ministerio de Salud de la Nación** tiene el **rol de rectoría**. Vale decir, el diseño de una política sanitaria nacional es responsabilidad absolutamente de todos y la realidad indica que cuando queremos hacer una ley que tenga implicancias en el ámbito nacional necesitamos contar con la adhesión de las provincias. Fue así la Ley de Prescripción por Nombre Genérico, es así la Ley de Trazabilidad.

Entonces para que un proyecto sea de implicancia nacional es responsabilidad principal, desde mi punto de vista, de

las provincias que tienen en su cabeza motorizar el proceso y llevarlo a la realidad.

### Política Farmacéutica

La definición de Política Farmacéutica que van a observar, la tomé de la OMS y es del año 2012.

## Política Farmacéutica

La Organización Mundial de la Salud define la política farmacéutica nacional como un compromiso con un objetivo y una guía de acción que expresa y prioriza las metas a medio y largo plazo establecidas por el gobierno para el sector farmacéutico, e identifica las estrategias principales para alcanzarlas [1].

[1] Fuente: OMS. *Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional*. Segunda edición. Malta, 2002. Pág. 13.



Se realizó una encuesta en 123 países de la región y solamente 50 de ellos manifestaron tener algún tipo de Política Nacional Farmacéutica. Si de esos 50 que dijeron tener algún tipo de política, tomábamos en cuenta que tuvieran, además, metas a largo y mediano plazo, la realidad es que no llegaban al 10 %. Con lo cual queda claro que para lograr una legislación nacional es muy difícil tener en toda la región, no solamente en Argentina.

Esta definición de la OMS menciona, además, lo siguiente:

Según OMS  
una política  
nacional de  
medicamentos

- a) Suministra un marco dentro del cual se pueden coordinar las actividades del sector farmacéutico.
- b) Abarca los sectores tanto público como privado, e implica a todos los protagonistas del ámbito farmacéutico.
- c) Constituye un documento, presentado e impreso como declaración oficial del gobierno,
- d) Asume carácter programático con objetivos, metas, acciones, y responsabilidades claramente definidas y comprendidas.



La realidad es que es una definición absolutamente ambiciosa que nos encantaría algún día poder alcanzar pero que por el momento nosotros podemos decir que la política que existe en la diversidad de los países que integran la región son acciones que tienden a paliar o a afectar a alguno de los puntos que debería de tener una política integral.

### **Funciones Esenciales del Estado**

Quisiera destacar las siguientes funciones del Estado y



Como funciones estratégicas del Estado, el documento lo marca y a mí me gusta destacarlo, está el **rol de regulación** para generar y aplicar una política. Todos sabemos que el mercado no es perfecto que hay fallas y que a pesar de la regulación esas fallas no desaparecen totalmente.

En el día de hoy se habló mucho del sistema de patentes, este sistema es una regulación y vendría a corregir una falla. La falla estaría dada porque si al sector de investigación y desarrollo no se le garantiza el recupero de la inversión, se supone que, no estaría dispuesto a financiar nuevas inversiones. Frente a esa dificultad, que plantea el mercado los que estamos del lado de la Salud Pública, decimos que eso no debería ocurrir, y entonces acordamos a nivel internacional lo que se denominan los ADPIC (Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio).

Cuando la Argentina se incorporó a la Organización Mundial del Comercio uno de los compromisos que asumió fue suscribir al

tratado de los ADPIC que no es otra cosa que suscribir determinadas condiciones para los derechos de propiedad intelectual. Estos derechos son varios: marcas, indicaciones geográficas y patentes. En ese tratado se impuso como condición que los países que lo suscribiera tenían que cumplir determinados requisitos mínimos. Esos requisitos mínimos estaban constituidos por, en primer lugar, no poder separar ningún ámbito de la ciencia del tratado.

Esto, en nuestro país se tradujo, en que anteriormente teníamos patente de procedimiento en el área farmacéutica pero no teníamos patente de producto y con este tratado tuvimos que tener patente de producto y patente de procedimiento. Les comento que el Ministerio de Salud no estuvo en la mesa de negociación y que fueron Ministros de Economía que suscribieron el acuerdo.

En consecuencia, tenemos la Ley N°: 24.481 que regula patentes entre otros derechos y dentro de lo que nos afecta, exclusivamente en el mercado farmacéutico, obliga a que la Argentina conceda patente por 20 años a los productos y a los procedimientos. Esto implica que si era posible el desarrollo a través de ingeniería inversa, eso hoy no es posible. Ello es así porque la ingeniería inversa supone que alcanzo el mismo resultado que un referente y si este también tiene patente del producto implica que copio ese producto por más que llegue a través de otro procedimiento.

Entonces acá llegamos a la etapa donde la regulación no siempre nos da las soluciones porque pese a la ley de patentes no se investiga y desarrolla de acuerdo a necesidades sanitarias sino de acuerdo a necesidades de mercado, esto está comprobado y es de público conocimiento.

Es decir, la industria sigue investigando para lograr productos en aquellos mercados donde la renta, el volumen del mercado, le asegura determinadas ganancias y los mercados un poco más chicos o de poblaciones pobres, siguen sin tener la investigación necesaria para lograr los productos que afectan su salud.

Otra función fundamental que creemos que debe de tener el Estado es la de **informar**.

Francamente es una debilidad muy grande del Estado argentino ya que tenemos serios problemas en generar información útil y accesible en general.

Por tercera función a mí me parecía importante destacar la de **proveer**.

Proveer para asegurar varias cuestiones. Se lo puede hacer a través de compras, de producción o de otro mecanismo como por ejemplo las compras por fondos internacionales.

En nuestro país está planteada la discusión acerca de qué forma debemos proveer y con qué estrategia debemos hacerlo.

Para ello también contamos con aproximadamente 39 laboratorios públicos que están integrados en un plan. Luego de la creación de ese plan se elaboró una Ley Nacional y estamos tratando que finalmente se apruebe su reglamentación. Para ello, el Ministerio ya la envió y está en Presidencia. Con esta Ley estamos intentando darle un sentido armónico a esas producciones ya que, en su gran mayoría, los laboratorios están en distintas provincias.

Existe un fuerte programa de producción pública en concurso con la ANMAT, para tratar de fortalecer a los laboratorios para que puedan cumplir con las buenas prácticas de manufactura necesaria para que sus productos obtengan registro nacional. Aquí quiero hacer una aclaración, el registro, también, es una regulación pero como les comentaba antes las provincias son autónomas, esto quiere decir que puede haber registros provinciales y el producto puede venderse dentro esa provincia, pero para que ese producto tenga tránsito interprovincial, es decir federal, esa autorización la tiene que dar la ANMAT.

Por eso, los laboratorios provinciales debieron alcanzar

los estándares fijados por la ANMAT y, así, poder vender sus productos en todo el territorio nacional.

Aun asumiendo que nosotros no tenemos una Política Farmacéutica Nacional, debemos reconocer que hemos tenido muchas intervenciones y que algunas han sido muy eficientes, otras no lo han sido tanto y algunas con el tiempo se han disipado de su cumplimiento. En este sentido quiero resaltar algo que a Uds. los afecta directamente. En plena crisis en el año 2002 se sancionó la Ley que se conoce como de Prescripción por Nombre Genérico, donde básicamente lo que se hizo fue empoderar al farmacéutico y sus capacidades. Lo que hizo la ley, además de establecer que las recetas deberían prescribirse por Denominación Común Internacional, fue habilitar la sustitución en farmacia. La lógica que motivaba esa sustitución era que el precio que finalmente abonara el paciente fuera más económico. Esta ley sigue vigente pero hace algún tiempo que no se mide el impacto. Ésta es una debilidad la de haber construido una



herramienta como dicha Ley y hubo solo dos mediciones de impacto que se hicieron, pero bueno es una deuda pendiente que tiene el Estado de monitorear sus propias acciones y tratar de evaluar su cumplimiento. En este sentido también tenemos que hacernos cargo que la información a la comunidad, en general, fue bastante difícil de realizar.

Otro punto que quería destacar en la construcción de una política, porque me parece insoslayable, es que la **política sanitaria tiene que estar en correlato necesariamente con la política industrial y la política educativa**. Nosotros no podemos tener una política independiente, o sea podemos, pero no va a ser efectiva si no tenemos estos correlatos que son fundamentales para que la política sanitaria se pueda cumplir.

En ese repaso histórico que realizó el moderador de la mesa, veíamos como en los años 90 la política industrial había primado por sobre toda política sanitaria. El bien medicamento



había sido asimilado directamente a una mercancía, es decir, comprar cualquier bien de uso y comprar un medicamento era lo mismo y legislativamente, también.

La agencia que regula las patentes que se dan para todas las áreas de la tecnología, es el Instituto Nacional de la Propiedad Industrial, que depende del Ministerio de Industria, y no del Ministerio de Salud.

En el Ministerio visualizamos el impacto que las patentes generaban e intentamos lograr algunas herramientas que modificaran esa situación y el primer escollo que tuvimos fue que no éramos autoridad de aplicación. Es decir, nosotros estábamos padeciendo los efectos de una ley en la que no teníamos ningún tipo de incumbencia como competencia. Y en ese momento, ya hace algunos años, no había ninguna posibilidad de trabajar sobre las leyes de propiedad intelectual.

Las leyes de propiedad intelectual eran un dato de la realidad y no había ninguna posibilidad de proponer o sugerir reformas, entonces empezamos a trabajar sobre las flexibilidades que esa ley nos permitía. Esa ley nos permitía que nosotros interpretáramos los requisitos para conceder la patente, es decir, nosotros podíamos hacer una interpretación nacional de cómo se debía conceder una patente.

Para ello llevamos a cabo un estudio y relevamos todas las patentes que se habían concedido desde el año 2000 y eso nos decía que eran 951. Además, no representaban nada que significara un verdadero adelanto en el saber. Es decir, una patente se tiene que conceder, este es un criterio interpretativo, cuando se traspasa la frontera del conocimiento existente hasta el momento y eso no suele ocurrir en todos los casos. Sin embargo, la agencia encargada de dar la patente brindaba este derecho, este monopolio legal por 20 años a productos que desde el punto de vista sanitario no tenían la condición suficiente, desde el punto de vista técnico para obtenerlo.

Así fue como trabajamos en el ámbito internacional y presentamos el proyecto en el ámbito del MERCOSUR porque era una necesidad regional, y esta realidad la vivíamos todos los países. Además, ideamos unas pautas que dicen cómo se tiene que patentar los productos farmacéuticos.

Lo que no podíamos hacer a nivel local lo pudimos hacer a nivel internacional bajamos esa problemática al área específica que es la industria y ahí milagrosamente, encontramos el vínculo correcto. Finalmente tenemos, las pautas para el examen de patentabilidad en materia farmacéutica aprobadas por resolución conjunta del INPI, Ministerio de Salud e Industria, a nivel nacional; y por contextos que no voy a desarrollar, lamentablemente no las tenemos todavía en el MERCOSUR.

Lo que les quería comentar con respecto al tema judicialización es que tener un programa no garantiza que no ocurran problemas. Actualmente, tenemos un problema muy grande en el sector sanitario. Cuando sacamos las pautas tuvimos 81 reclamos de industrias pidiendo la inconstitucionalidad.



**Desafío**

La contribución de la innovación, solo será provechosa si se encuentra el mecanismo para hacerla accesible y asequible par las poblaciones pobres.

CIPDH



MINISTERIO de  
**SALUD**  
de la NACIÓN

Como conclusión les quiero decir que la investigación y el desarrollo son muy importantes y, además, es absolutamente necesario fomentarlos en el país. De hecho tenemos un Ministerio de Ciencia y Tecnología recientemente creado que se encarga de eso, pero la realidad es que esa innovación sólo va a servir cuando se encuentren mecanismos para hacerla accesible y asequible para todas las poblaciones pobres porque si no el sacrificio que hacemos como sociedad, no tiene sentido.

Muchas gracias.

*Farm. Roberto Fabián Uliana*

*Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales*

*Universidad Nacional de Misiones*

Buenas tardes, en primer lugar quería agradecer a la Federación Farmacéutica y al Colegio de Farmacéuticos de Misiones por invitarme a disertar en estas importantes Jornadas.

Voy a tratar de desarrollar dos temas: **Legislación y Políticas de la Actividad Farmacéutica y Legislación y Políticas de Medicamentos.**

### **Marco Normativo**

- **Actividad Farmacéutica:** Ley Nacional 17.565 (Actividad Farmacéutica), Dec. 2284, Ley 26.567. Leyes Provinciales.
- **Medicamentos:** Ley 16.463 (de medicamentos), Decreto 150, Ley 25.649 (Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico).

En relación a la **Legislación de la actividad farmacéutica**, vamos a tratar de ubicarnos en todo lo que sea Legislación Nacional y también Provincial pero solamente de algunas provincias para tomar como ejemplo.

Tanto la Ley Nacional como algunas leyes provinciales tocan los siguientes temas:

- Farmacia Oficial: Propiedad - Distancia - Densidad Poblacional.

- Medicamentos solo en farmacias.
- Droguerías – Herboristerías.
- Farmacias Institucionales (Hospitales y Sanatorios).
- Centrales de esterilización.
- Radiofarmacia - Gases.
- Publicidad - Logística.
- Especialidades Farmacéuticas.

Bueno, yendo específicamente a la parte legislación de la **Propiedad de la Farmacia**, según la Ley N° 4687 del año 1905: "Sólo podrán establecer nuevas farmacias los farmacéuticos que posean diploma otorgado o revalidado por la Universidad de la Nación, quienes tendrán la dirección efectiva y personal del despacho".

Varios años después, en 1967, a partir de la Ley 17565, que es la Ley que nos rige actualmente a nivel nacional, se amplía el derecho de propiedad a las sociedades en comandita simple, cuyo socio comanditado obligadamente debe ser el Farmacéutico Director Técnico del establecimiento.

Después en el año 1992, por el Decreto N° 2284 de desregulación económica, el famoso decreto de Cavallo, dejó de ser obligatorio que la Propiedad de la Farmacia sea de farmacéuticos. Uds., podrán observar en el siguiente cuadro las diferencias que marca el Decreto 2284:



Vamos a observar en el siguiente cuadro, **Aspectos de la Legislación de la Actividad Farmacéutica en algunas Provincias**. Algunas de ellas no adhirieron al Decreto de Desregulación, como por ejemplo Santa Fe y todavía mantiene la propiedad de la farmacia en manos del farmacéutico. Esto es realmente un logro y los criterios de habilitación también siguen vigentes manteniendo las distancias en 300 m. La Provincia de Buenos Aires, por su parte cuenta con una Ley del año 1987 y no se adhirió tampoco a la desregulación económica. La propiedad de la farmacia pasa por el farmacéutico, las sociedades colectivas y sociedades de responsabilidad limitada de farmacéuticos, pero ya aparecen las sociedades en comandita simple. Mantiene los criterios de habilitación de farmacia tanto en distancia como en cantidad de habitantes.

En Misiones, la Ley es del año 1988, se adhirió al decreto de desregulación y la propiedad de las farmacias pasó a ser para cualquier persona física o jurídica. Los criterios de habilitación prácticamente pasaron a ser inexistentes, porque tanto la distancia como la cantidad de habitantes fueron desreguladas.

En la Provincia de Córdoba, la Ley surgió en el año 1993, prácticamente en la misma época que se desreguló todo a nivel nacional. Allí la propiedad de las farmacias también puede estar en manos de cualquier persona física o jurídica y los criterios de habilitación de farmacias son totalmente permisivos.

Aspectos de la legislación de la actividad farmacéutica en algunas provincias



| Provincia/<br>Legislación    | Año  | Actuali-<br>zación  | Adhesión<br>Desregula-<br>ción<br>Dec. 2284 | Propiedad Farmacias   | Criterios de<br>habilitación<br>Farmacias<br>(dist./densidad) |
|------------------------------|------|---------------------|---|---|---|
| Nacional<br>Ley 17565        | 1967 | 1992<br>2009        | SI  | Cualquier persona física o<br>jurídica  | Ninguno   |
| Santa Fe<br>Ley 2287         | 1932 |                     | NO  | -Farmacéutico   | Distancia 300 m   |
| Buenos<br>Aires<br>Ley 10606 | 1987 | 2003                | NO  | -Farmacéutico<br>-Sociedades Colectivas o SRL<br>(farmacéuticos)<br>-Sociedad en Comandita Simple | Distancia 300 m<br>Cada 3000 hab                              |
| Misiones<br>Ley 2567         | 1988 | NO                  | SI  | Cualquier persona física o<br>jurídica  | Ninguno   |
| Córdoba<br>Ley 8302          | 1993 | Art. 14<br>bis 1998 |   | Cualquier persona física o<br>jurídica  | Ninguno   |

| Provincia/<br>Legislación | Año  | Actuali-<br>zación | Adhesión<br>Desregula-<br>ción<br>Dec. 2284 | Propiedad Farmacias   | Criterios de habilitación<br>Farmacias<br>(dist./densidad)  |
|---------------------------|------|--------------------|---|---|---|
| Mendoza<br>Ley 7303       | 2004 | DEC<br>355/09      |   | -Farmacéutico<br>-SRL (farmacéuticos o<br>farmacéuticos y terceros)<br>no más de dos farmacias. | Cada 3000 hab.  |
| Entre Ríos<br>Ley 9817    | 2007 | Si                 |   | -Farmacéutico<br>-SRL (farmacéuticos o<br>farmacéuticos y terceros)<br>no más de dos farmacias. | Cada 3000 hab.<br>Distancia 300 m   |
| Río Negro<br>Ley 4438     | 2009 | Si- 2011           |   | -Farmacéutico<br>-SRL (farmacéuticos)   | Cada 2500 hab. (derogado<br>en 2011)<br>Distancias:<br>a.Ciudades con menos de<br>15.000 hab., 200 m.<br>b.Ciudades con mas de<br>15.000 hab., 400 m. |

Ciudad Autónoma de Bs. As., San Luis, Chubut, T. del Fuego, etc. Ley 17565

Pasando al año 2004 tomé como referencia Mendoza. Allí se comienza a esbozar un cambio, por ejemplo, en Propiedad de Farmacias ya que pueden ser del farmacéutico y de sociedad de responsabilidad limitada de farmacéuticos o farmacéuticos y terceros, la única condición es que los titulares no pueden tener más de dos farmacias. También se empieza a volver a regular los criterios de habilitación en este caso, por la cantidad de habitantes.

En Entre Ríos es muy parecido a Mendoza, lo único que incorpora a los criterios de habilitación la distancia de 300m. Y por último tenemos la Ley de Rio Negro que es la más actual y reguladora tanto de la propiedad que pasa a ser exclusivamente de farmacéuticos, o SRL de farmacéuticos como de los requisitos de habilitación. Estos, plantean una distancia en las ciudades que tienen menos de 15.000 habitantes de 200m y las de más de 15.000 habitantes, 400 m.

En relación a **Medicamento solo en farmacias**, el siguiente cuadro grafica la situación antes y después del Decreto de



desregulación del año 1992. Hay que tener en claro que muchas provincias no adhirieron a ese decreto o sea que tenemos muchas provincias que tienen el medicamento de venta libre por fuera de las farmacias y otras provincias que todos los medicamentos se venden exclusivamente en la farmacia. Ahora, a partir de la Ley N° 26.567 volvemos a tener legalmente los medicamentos de venta libre en la farmacia. Bueno veremos cómo podemos hacer para que esta Ley se cumpla.

En el siguiente cuadro se puede observar el **marco normativo, según las provincias**, en relación a: **droguerías, industrias, herboristería, medicamentos homeopáticos, medicamentos magistrales.**

| <b>MARCO NORMATIVO</b>                          |                   |                       |                       |  |  |
|---|-------------------|-----------------------|-----------------------|--|--|
| <b>Ley Nacional 17.565 y Leyes Provinciales</b> |                   |                       |                       |  |  |
| <u>Provincia/<br/>Legislación</u>               | <u>Droguerías</u> | <u>Industria</u>      | <u>Herboristerías</u> | <u>Med.<br/>Homeopáticos</u>           | <u>Med. Magistrales</u>                |
| Nacional<br>Ley 17565                           | SI                | NO                    | SI                    | SI                                     | SI                                     |
| Misiones<br>Ley 2567                            | SI                | NO                    | SI (Hay que mejorar)  | SI (Hay que mejorar)                   | SI (Hay que mejorar)                   |
| Buenos Aires<br>Ley 10606                       | SI                | SI                    | SI                    | SI                                     | SI Normas BPPF Resolución n° 8/2012:   |
| Córdoba<br>Ley 8302                             | SI                | SI - Como Laboratorio | SI                    | SI - Res. MSPC. 1326/10 - 152 Y 153/12 | SI - Res. MSPC. 1326/10 - 152 Y 153/12 |
| Río Negro<br>Ley 4438                           | SI                | NO                    | SI                    |  |  |

Continuamos con el **marco normativo en las farmacias de asistencia pública y farmacias de asistencia privada.** Muchas provincias lamentablemente no regulan esto y necesitamos que esto se regule para que el farmacéutico sea el que lleve adelante la dirección técnica en todas las farmacias de hospital y también en las de los sanatorios privados. Lo mismo ocurre con esterilización y gases medicinales.

| <b>MARCO NORMATIVO</b>                          |  |  |   |                          |
|---|--|--|---|--------------------------|
| <b>Ley Nacional 17.565 y Leyes Provinciales</b> |  |  |   |                          |
| <u>Provincia/<br/>Legislación</u>               | <u>Farmacias<br/>Asistenciales<br/>Públicas<br/>(Hospitales)</u> | <u>Farmacias<br/>Asistenciales<br/>Privadas<br/>(Sanatorios)</u> | <u>Esterilización</u>                           | <u>Gases</u>             |
| Nacional<br>Ley 17565                           | NO   | NO   | NO  | NO                       |
| Misiones<br>Ley 2567                            | NO   | NO   | NO  | NO                       |
| Buenos Aires<br>Ley 10606                       | SI   | SI   | SI  | SI                       |
| Córdoba<br>Ley 8302                             | SI - Disp.<br>DJFMSPC.<br>166/12                                 | SI - Disp.<br>DJFMSPC.<br>166/12                                 | SI - Como<br>Laboratorio. Res.<br>MSPC. 2803/92 | SI - Como<br>Laboratorio |
| Entre Ríos<br>Ley 9817                          | SI   | SI   | NO  | NO                       |
| Mendoza<br>Ley 7303                             | SI   | SI   | NO  | NO                       |

Como pueden observar **radiofarmacia** y **logística** muy pocas provincias lo regulan.

**Especialidades farmacéuticas**, prácticamente ninguna provincia lo tiene incorporado. Pero es muy importante destacar

| <b>MARCO NORMATIVO</b>                          |                      |                  |  |   |
|---|----------------------|------------------|--|---|
| <b>Ley Nacional 17.565 y Leyes Provinciales</b> |                      |                  |  |   |
| <u>Provincia/<br/>Legislación</u>               | <u>Radiofarmacia</u> | <u>Logística</u> | <u>Publicidad</u>  | <u>Especialidades<br/>Farmacéuticas</u> |
| Nacional<br>Ley 17565                           | NO                   | NO               | SI   | NO                                      |
| Misiones<br>Ley 2567                            | NO                   | NO               | SI (Hay que<br>mejorar)                                      | NO                                      |
| Buenos Aires<br>Ley 10606                       |                      | SI               | SI   | SI                                      |
| Córdoba<br>Ley 8302                             | NO                   | NO               | SI - Disp.<br>DJFMSPC. 4/08 -<br>15/08 Y REG.<br>PUBLIC. CFC | CFC Mat. Esp.<br>desde 2012             |
| Entre Ríos<br>Ley 9817                          | NO                   | NO               | SI   | NO                                      |
| Mendoza<br>Ley 7303                             | NO                   | NO               | SI   | NO                                      |
| Río Negro<br>Ley 4438                           | NO                   | NO               | SI   | NO                                      |

que hace un mes el COFESA aprobó las siete especialidades de la actividad farmacéutica. Y también es importante recordar que ayer, el Ministerio de Salud Pública de esta provincia de Misiones aprobó e incorporó al Colegio de Farmacéuticos como autoridad de certificación de las especialidades.

Ahora vamos a desarrollar **Política de la Actividad Farmacéutica**. Nosotros, en relación a **propiedad, distancia y densidad poblacional** creemos que esto debería estar completamente regulado. La propiedad de la farmacia debería estar en manos del farmacéutico, y la distancia y densidad poblacional también claramente determinados.

Lo que nos trajo la desregulación está claramente demostrado acá en la ciudad de Posadas. Concentración de las farmacias en el centro de la ciudad y prácticamente desprotegidos y desatendidos los barrios alejados. Además, se permitió la instalación de cadenas de farmacia tanto de carácter nacional, como regional y también locales.

Esta situación casi anárquica nos reclama debatir entre todos los actores, qué modelo de farmacia queremos para el futuro. Si queremos un modelo como el de Chile en el que más del 90 % de las farmacias pertenecen a cadenas comerciales o un modelo como el de España donde se tiene una buena regulación de los servicios farmacéuticos.

**Medicamentos solo en farmacias**, hoy prácticamente la mitad de las provincias está regulada y la otra mitad esta desregulada. Sin embargo, en la realidad todos los medicamentos de venta libre están por fuera de la farmacia y algunos que no son de venta libre, también. Ahora, cómo regular. Creo que debemos hacerlo como por ejemplo, en Córdoba y en Misiones en donde existen convenios con las Municipalidades ya que ellas cuentan con el poder de policía para ejercer el control directamente. Es un trabajo realmente titánico inspeccionar todos los kioscos y todos los comercios, lo que sí se puede hacer es controlar la

cadena de comercialización. Es decir, ver en qué instancia de la cadena se producen los desvíos de esos medicamentos hacia los comercios no habilitados para su expendio.

En relación a **herboristería**, deberíamos tener los mismos estándares en una provincia como en el Estado. Antes de regular deberíamos acordar que todas las hierbas vuelvan a ser medicamentos y no sean aprobados específicamente como alimentos ya que de esta manera pasan todos por fuera de la farmacia.

Las **centrales de esterilización** y todo lo que sea la **farmacia institucional** (Hospitales y sanatorios) también adolecen de pobres marcos regulatorios y por lo tanto se depende de la voluntad política de los Ministerios de Salud. Nosotros, en Misiones, tuvimos suerte y pasamos de tener menos de 10 farmacéuticos hace 10 años, a más de 50 en la farmacia hospitalaria. En eso realmente tenemos que agradecer a nuestros Ministros de Salud.

### **Medicamentos. Marco Normativo**

La **Ley de Medicamentos (Ley Oñativia)** que es del año 1964, en su momento no diferenciaba las condiciones de registro para distintos tipos de medicamentos. Además, reguló la publicidad estableciendo que los anuncios al público o propaganda sólo se permiten para los productos de venta libre, fijó límites para los gastos en propaganda y estableció las condiciones de expendio de medicamentos al público (Venta Libre - Venta Bajo Receta - Venta Bajo Receta Archivada - Venta Bajo Receta y Decreto). También, estableció una política de precios y control de medicamentos, envases de acuerdo con el tratamiento, los nuevos medicamentos debían justificar un adelanto científico y congeló los precios a los vigentes en 1963.

El **Decreto 150 del año 1992** desreguló 29 artículos de los 44 de la Ley Oñativia, prácticamente hicieron una ley nueva por decreto. Establece las características del registro de medi-

camentos y fija distintas categorías, establece la obligatoriedad del uso del nombre genérico en los textos normativos y compra del estado, reglamenta el fraccionamiento en farmacia y regula la importación (no solo para laboratorios) y exportación de medicamentos.

Nosotros lo **necesitamos** en este momento es un proyecto para **una nueva Ley del medicamento**. Los **temas que debería incluir esa nueva Ley**: investigación clínica, evaluación, autorización, registro, fabricación, preparación y control de calidad del medicamento, almacenamiento, distribución, circulación, transito interjurisdiccional, trazabilidad, comercialización, información y publicidad, importación, exportación, prescripción, dispensación, seguimiento beneficio/riesgo, uso racional y control de precios.

Por último, una visión a futuro, que las leyes contemplen lo siguiente:

## Visión

- ▶ **Medicamento: BIEN SOCIAL.**
- ▶ **Farmacéutico: en el EQUIPO SALUD como EXPERTO en medicamentos.**
- ▶ **Farmacia: -CENTRO SANITARIO  
-CENTRO DE APS.  
-SERVICIO PUBLICO.**
- ▶ **Estado: MERCADO REGULADO**  
Fabricación-distribución-dispensación

Muchísimas gracias.

*Dr. José Daniel Guccione*

*Diputado de la Nación*

*Secretario de la Comisión de Acción Social y Salud Pública.*

Buenas tardes a todos, para mí es un placer estar aquí en mi ciudad, mi Provincia y agradezco al presidente de FEFARA y a la Presidenta del Colegio de Farmacéuticos por la invitación a participar de estas Jornadas.

En pleno acuerdo con muchos de los planteos que se hicieron hoy, estoy seguro que todos los que estamos aquí presentes tenemos la posibilidad de realizar muchas más cosas que las que estamos haciendo, claro que, para ello, debemos plantearnos qué es lo que nos falta y como lo vamos a concretar.

Por ejemplo, en el año 2001, 2002 junto con otros tres compañeros, Roberto Mazal, Víctor Hugo Martínez y Sandra Giménez, nos tomamos nuestro tiempo y durante más de un año redactamos un proyecto de Ley de Salud. Después, gracias a las vueltas de la vida, yo fui Ministro de Salud y Sandra Giménez diputada de la provincia, y ella fue la que llevó adelante las acciones que culminaron con la sanción de la Ley de Salud de la Provincia de Misiones.

Si nos preguntamos por qué la Argentina no tiene un Plan Federal de Salud, la respuesta siempre debemos buscarla en la historia. Al respecto, desde Carrillo y a otros ministros cada uno en su momento, siempre lo que limitó las posibilidades fue el tema financiero y más con un país con un sistema de salud muy fragmentado. Esto último hizo siempre muy difícil llegar a acordar en cuestiones económicas.

Tenemos que hacer el Plan federal de Salud y para ello debemos dejar algunas cuestiones que tienen que ver con las reglamentación posteriores para poder lograr lo que la Argentina necesita. Ello es un plan de salud para todos los argentinos con el marco general de las concepciones que contiene la ley de salud de la provincia de Misiones. Esto es, un modelo de atención, gestión, calidad y financiamiento con una base muy fuerte en la promoción y prevención de la salud.

Cuando esa ley de salud se planteaba en la Cámara de Diputados de la Provincia de Misiones con los que más se generó resistencia fue con los médicos. Porque en ninguna parte de la ley figuraba el médico como eje y sí, en cambio, el equipo de salud constituido por todos los actores.

Todos somos actores corresponsables de una política sanitaria a donde a cada uno nos toca una parte y esa parte tenemos que defenderla y luchar para que se sume a lo que es la salud de un país o de una provincia.

Personalmente, antes como Ministro de Salud tenía una visión de lo que había que llevar a cabo, es decir de las necesidades. Ahora, como diputado, tengo que lograr que lo que veía como Ministro se pueda realizar. Por eso, me pongo a disposición del Ministerio de Salud de la Nación para poder lograr leyes en distintos ámbitos de dicho ministerio y una de ellas es la Ley de Farmacia que se está trabajando.

## **Política Farmacéutica**

La **Política Farmacéutica** es una **parte esencial** de la **Política Sanitaria**. Sus objetivos son:

## OBJETIVOS

PROMOVER LA EQUIDAD Y  
SOSTENIBILIDAD DEL SECTOR  
ASEGURANDO PARA ELLO



La **Política Farmacéutica** expresa y prioriza las metas establecidas por un gobierno en el sector farmacéutico, en el mediano y largo plazo, identificando las distintas estrategias para alcanzarlas.

Está asentada en dos patas: **Medicamentos** y **Recursos Humanos**. Creo que esta última es más importante que la de medicamentos porque si no existe un recurso humano formado para tal fin creo que no se puede lograr la producción de medicamentos.

### Medicamentos

El medicamento como **bien social** incide en la calidad de vida de los ciudadanos, considerando siempre a la prescripción racional que se hace efectiva cuando un profesional bien informado, haciendo uso de su mejor criterio, prescribe al paciente un medicamento bien seleccionado, en la dosis adecuada, durante un período apropiado y al menor costo posible.

En nuestro país, el carácter social está definido expresamente en la Ley de Producción Pública de Medicamentos, esto lo

planteó en varias oportunidades la Presidenta de la Nación. En distintas provincias, Misiones, Santa Fe, se cuenta con plantas de producción de medicamentos, y en la nuestra, además, se elaboran fitomedicamentos que están aprobados por la ANMAT. Nuestra provincia limita con Paraguay y Brasil, países que culturalmente utilizan mucho las hierbas medicinales, por ello fue necesario regularlo. Pero esto no solamente debe estar legislado desde el ámbito que compete, sino que, también, desde el Colegio de Farmacéuticos se debe trabajar en este sentido, porque es una construcción colectiva.

### **Recursos Humanos**

Tomamos como base "La función del farmacéutico en el sistema de atención de la salud: ventajas para los gobiernos y el público", *Tokio, Japón, 1993*. Y en relación al **rol del farmacéutico planteamos:**

- Dispensador de atención sanitaria que puede participar activamente en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, junto con otros miembros del equipo de atención de la salud.
- Proporciona Atención Farmacéutica tanto cuando un paciente inicia el tratamiento con un medicamento de venta libre, como cuando actúa dentro de un equipo en relación con un tratamiento prescrito, de conformidad con las normas nacionales de las *Buenas Prácticas de Farmacia*.
- La Atención Farmacéutica configura una atención al paciente integral donde la prestación exige una relación continua y acordada entre los profesionales de la salud y el paciente. El farmacéutico debe utilizar su criterio clínico para determinar el nivel de Atención Farmacéutica que necesita cada paciente.

En cuanto a las **acciones del farmacéutico:**

- *Identificar, evaluar y valorar:*
  - Los problemas relacionados con los medicamentos (PRMs: efectos secundarios, interacciones o utilización inadecuada).
  - Los síntomas descritos por los pacientes.
  - Las dolencias autodiagnosticables.
- *Indicar o modificar tratamientos, con medicamentos o sin ellos, mediante:*
  - La propia iniciativa (medicamentos que puede dispensar el farmacéutico sin necesidad de prescripción, o bien tratamientos sin medicamentos, como por ejemplo, cambios en el modo de vida o utilización de productos sanitarios); y
  - la acción en colaboración (necesaria cuando se trate de medicamentos de prescripción facultativa).
- *Preparar y suministrar los medicamentos (selección de los productos farmacéuticos, determinación de la receta, dispensación, mezcla, empaquetado y etiquetado).*
- *Establecer las metas del tratamiento conjuntamente con el prescriptor, el paciente, o ambos, según los casos.*
- *Diseñar y poner en práctica el plan de Atención Farmacéutica (educación y asesoramiento).*
- *Vigilar los resultados terapéuticos y tomar las medidas complementarias adecuadas (recomenzar el ciclo de la Atención Farmacéutica).*

Les pregunto a todos los que están acá, farmacéuticos, estudiantes de farmacia, ¿se están cumpliendo estas pautas? Considero que tenemos que plantear determinadas situaciones y debatirlas porque por un lado estamos peleando con algunas cadenas multinacionales que sí cuentan con farmacéutico y entregan el medicamento con receta y, por otro lado, existen

farmacias atendidas por farmacéuticos, que de pronto no cumplen las pautas que estamos planteando. Por eso, tenemos que equilibrar para arriba y hacer que toda nuestra estructura farmacéutica en la provincia, así como tiene que estar atendida por farmacéuticos, cumpla también con todos los otros requisitos porque si no estamos desvirtuando el concepto del farmacéutico como profesión .

La **profesión farmacéutica** ha desarrollado diversas modalidades de formación de post grado y ha determinado la existencia de numerosas especializaciones en la profesión.

Las **especialidades farmacéuticas** favorecen el desarrollo de un sistema de salud **transparente, equitativo** y de mayor **calidad**. La COFESA **por** Resolución N° 1.186 del año 2013, se aprobaron las siguientes especialidades farmacéuticas:

## **ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS RESOLUCIÓN 1186/13**

- FARMACIA HOSPITALARIA,
- FARMACIA COMUNITARIA,
- ESTERILIZACION,
- FARMACIA INDUSTRIAL,
- FARMACIA SANITARIA Y LEGAL,
- NUTRICION Y ANALISIS DE LOS ALIMENTOS,
- BIO FARMACIA.

Otra de la cuestión, que personalmente me parece muy importante, es que el farmacéutico hospitalario, sea cofirmante con el médico. Porque muchas veces los médicos podemos tener muy buena formación pero los medicamentos y las fórmulas que se vienen modificando tan rápidamente hacen que

el farmacéutico pueda ayudarnos en una patología específica y con la última información para la prescripción de un medicamento. Y no solamente en los medicamentos que tengan la capacidad de resolver el problema, sino también en lo relativo a los costos. Para ello los farmacéuticos deben estar preparados profesionalmente para ser confirmantes porque prescribir una medicación a un paciente implica responsabilidad civil, penal y ética.

Como bien decía el vicegobernador de la provincia, a esta profesión milenaria tenemos que recuperarla y ponerla en el lugar que corresponde. Y a partir de todas estas especialidades y la incorporación de este recurso humano que se está formando atenderemos mejor a ese bien común que tiene que ver con la promoción, la prevención y la recuperación de la salud.

Estoy trabajando en una ley nacional sobre las responsabilidades de la farmacia y la venta exclusiva de los medicamentos en este ámbito, y además cuáles son las responsabilidades del farmacéutico como tal.

Sé que esta cuestión va a traer un ruido fuerte porque, indudablemente, atrás de este debate están los grandes capitales.

Como conclusión quiero reafirmar que con esto estamos buscando poner en el lugar que corresponde a esta profesión farmacéutica que coparticipa activamente del equipo de salud, tanto a nivel nacional, provincial, como local.

Muchas gracias.





## MESA N° 5

### **El valor agregado farmacéutico para el acceso y el Uso Racional del Medicamento**

*Coordinador: Farm. Manuel Agotezaray  
Presidente de FEFARA*

Bueno voy a hacer una rápida introducción para poder disfrutar de la disertación de la Farm. Simone Lisot a quien le damos una afectuosa bienvenida y le agradecemos su valiosa presencia.

Fundamentalmente, quiero explicar cuál es el sentido que le quisimos dar a esta mesa porque para nosotros es muy importante ya que con Carlos Vassallo estuvimos hace unos meses en San Pablo y sentimos una sana envidia por la realidad de Brasil, sobre todo relacionada con el mercado del medicamento y las regulaciones del mismo. Esto hace que, de alguna manera, el ejercicio de la profesión farmacéutica se desarrolle por un andarivel más claro, más concreto y más coherente de lo que tenemos en la Argentina.

Como mencionaba en el acto de apertura de estas jornadas, los problemas en la Argentina son cíclicos y las últimas intenciones

de hacer algo como política farmacéutica en el país se mostraron en el año 2002, después de mucho tiempo en el que nada sucedía en el mercado de los medicamentos y en la Farmacia.

El Estado, a través del Ministro de Salud de ese momento Ginéz Gonzalez García, decidió intervenir simplemente con la Ley de Prescripción por el Nombre Genérico o Denominación Común Internacional y desde la profesión farmacéutica muchos valoramos esta decisión como una posibilidad de crecimiento.

Pero después, con los años, se fue nuevamente ausentando el Estado y los farmacéuticos fuimos quedando solos frente a las fuerzas del mercado tratando de defender de alguna manera la profesión a través de nuestras Instituciones y la labor diaria de los colegas.

Hoy les decía a unos colegas que se intervino en el mercado del medicamento con una licuadora revolviendo todo y cuando se retiró el Estado se fue decantando y nos encontramos más solos que nunca tratando de defender nuestra profesión.

Pero como somos bastante obstinados y tenaces vamos a seguir dando esta discusión porque nunca admitiremos que no se puede hacer nada, lo que, quizás, sería lo más fácil y lo que muchos van sembrando para todo quede como está.

En estas jornadas hoy se habló todo el día de genéricos, en un país que no existe el medicamento genérico, y esto es sinceramente inadmisibile.

Cuando fuimos a Brasil y hablábamos con colegas y los representantes de Pro Genéricos, nos costó muchísimo explicar que medicamentos se consumen en Argentina, donde no existe prácticamente el medicamento genérico y todo el mundo habla de genéricos. Esta realidad es difícil, pero es lo que no ha tocado vivir en este país, no renegamos de eso y por eso seguiremos trabajando.

Vamos a pasar a escuchar la exposición.

*Dra. Simone Lisot*

*Superintendente del Consejo Regional  
de Farmacia del Estado de San Pablo.*

Buenas tardes, me gustaría comenzar esta charla contándoles un poco del Colegio de Farmacéuticos de San Pablo. El Colegio "Federal" fue creado en el año 1960 y el Colegio del Estado de San Pablo, en el 1961, por lo tanto tenemos 52 años.

El mercado farmacéutico de Brasil, de farmacias y droguerías, fue reglamentado en el año 1973, y a partir de ese año pasó a ser obligatoria la presencia del profesional farmacéutico en los establecimientos de dispensación de medicamentos. Pero recién en el año 1990 esto empezó a ser controlado por los organismos de vigilancia sanitaria y por el propio Colegio de Farmacéuticos.

Debido al número muy pequeño de farmacéuticos esos profesionales en un principio fueron requeridos en otras áreas, por ejemplo, en laboratorios de análisis clínicos, farmacias de preparados magistrales, industrias farmacéuticas, distribuidoras y entonces las farmacias comunitarias pasaron a un segundo plano y, en ese período, adquirieron una característica puramente comercial.

Tanto para la población como los farmacéuticos que actuaban en esa área no se veían como profesionales de la salud.

El Consejo de Farmacia de San Pablo actuó muy fuertemente para rescatar este papel de las farmacias como establecimientos

---

La Dra. Simone Lisot es Farmacéutica formada en la Universidad Metodista de Piracicaba (UNIMEP), habilitada en Análisis Clínicos; Especialista en Homeopatía, UNIMEP. Cuenta con un posgrado en Gestión y Auditoría en Salud, Instituto de Pós Graduação (IPOG). Se desempeña en la Superintendencia General del Consejo Regional de Farmacia del Estado de San Pablo.

de salud y para garantizar el acceso de la población a la atención primaria y a los preparados farmacéuticos. El esfuerzo tendió a que los farmacéuticos sirvieran como profesionales de la salud.

Luego en un corto período evolucionamos de 10 Instituciones de Enseñanza de Farmacia a 114 en el estado de San Pablo. Y el profesional comenzó a actuar donde él tiene un espacio, para ejercer su profesión, que es dentro de la farmacia comunitaria.

Es ahí donde nosotros impulsamos algunas políticas fundamentales para insertar a los profesionales en establecimientos privados. Las leyes son las mismas para los establecimientos mantenidos por el gobierno, y el Estado vigila el cumplimiento de las leyes en los establecimientos privados o estatales. En muchos municipios, lamentablemente, los programas de asistencia farmacéutica no cuentan con la presencia del profesional farmacéutico en la dispensación directa al paciente.

Una de las cosas que contribuyó mucho para que el farmacéutico vuelva a la oficina de farmacia fue la ley de genéricos, porque en ella se menciona que sólo el profesional farmacéutico puede llevar a cabo la sustitución.

Ese fue el primer paso para comenzar a trabajar con los profesionales sobre la importancia de estar en el establecimiento farmacéutico de dispensación y también con la población para que visualice a la farmacia como un establecimiento de salud. Esto fue fundamental para que la población adhiriera al uso de medicamentos genéricos porque si no es imposible incorporarlos en el mercado con la debida competitividad con los medicamentos de marca.

Realizada esta presentación, voy a desarrollar el tema del **valor agregado farmacéutico para el acceso y uso racional del medicamento.**

Según la Organización Mundial de la Salud, por Uso Racional del Medicamento se entiende **cuando los pacientes reciben los**

**medicamentos adecuados para sus condiciones clínicas, en las dosis correspondientes a sus necesidades individuales, por un período adecuado al menor costo para ellos y para la comunidad donde ese individuo está inserto.**

Otros factores que pueden colaborar en el uso racional del medicamento son:

- **disponibilidad oportuna.** En este caso hacemos, nuevamente, referencia a la cuestión de los medicamentos genéricos porque muchas veces el medicamento de marca no es accesible para el paciente, con excepción de aquellos medicamentos que forman parte de un programa que es muy nuevo en Brasil que se llama "Farmacia Popular" que la Dra. Tema ya mencionó esta mañana. Entonces el genérico puede facilitar la adhesión del paciente en la adquisición de esos medicamentos.
- **dispensación en condiciones adecuadas.** Es fundamental el rol del farmacéutico en brindar información sobre el uso del producto.
- **orientación en la posología** de medicamentos seguros, efectivos y de buena calidad.



Todo medicamento presenta riesgos, mismo cuando utilizado de manera correcta.

El consumo de forma racional objetiva proporcionar el máximo beneficio con la minimización de los posibles efectos perjudiciales.



Para que el medicamento cumpla su función, ya sea como paliativo o curativo, no es suficiente con que sea accesible al paciente o que tenga calidad "Farmacopea", es necesario, también, que se acompañe de una información adecuada.

La información adecuada puede ser proporcionada al paciente de forma verbal o escrita.

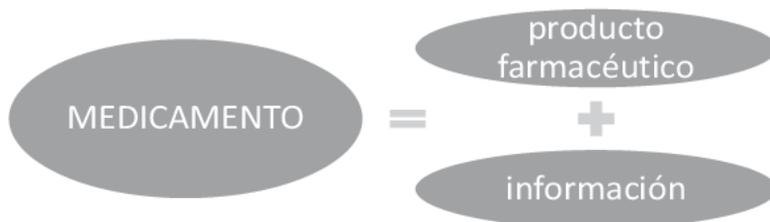
En Brasil la Atención Farmacéutica debe ser registrada, a través de la Resolución N° 44 del año 2009, se estableció que toda dispensación de medicamentos debe ser registrada para que no le quede dudas al paciente.

Aquí el farmacéutico interviene en forma decisiva en la utilización del medicamento, minimizando los riesgos previsibles por el uso del producto y potenciando la efectividad y eficiencia terapéutica del medicamento.

Todo eso va a provocar la adhesión del paciente al tratamiento porque si el no tuviese información correcta, el primer problema que va a tener es que va a abandonar el tratamiento.



Además, la información adecuada sobre medicamentos es un factor activador de la adhesión al tratamiento por parte del paciente.



Fonte: GOMES, REIS & MAGALHÃES, 2003.

La información que recibe el paciente durante la dispensa es casi más importante que el medicamento que está adquiriendo.

El uso irracional del medicamento es un grave problema en todo el mundo, más del 50 % de todos los medicamentos son prescritos, dispensados o vendidos de manera incorrecta y eso puede causar una serie de intoxicaciones y otras reacciones al paciente. Por otra parte, aproximadamente, la mitad de los pacientes que tienen acceso al medicamento lo utiliza en forma incorrecta.

El último contacto que tiene el paciente en el sistema de salud, con un profesional del área, es con el farmacéutico. Tiene que haber un farmacéutico brindando la información correcta sobre el uso de los productos, porque muchas veces los médicos tienen una consulta tan breve que el paciente no consigue ni siquiera preguntar exactamente cuál es su dolencia y porque le prescribe ese medicamento, entonces, ese papel en Brasil lo está cumpliendo el farmacéutico.

En Brasil, los **ejemplos de uso irracional de los medicamentos** están dados por:

- **el uso excesivo de medicamentos.** Muchos pacientes así como usuarios del sistema público de salud, concurren a un médico de una unidad básica de salud, y reciben una prescripción. Luego van a otra unidad, también de atención primaria de la salud y recibe otra prescripción y la mayoría de las veces el paciente no tiene hábito de hablar con el médico para contarle que ya está tomando otro medicamento.

Y no deja de administrarse los medicamentos recetados anteriormente y termina haciendo un uso excesivo. El problema nace en la falta de comunicación en el sistema de salud, a pesar de que actualmente la tecnología está tan avanzada, en Brasil no conseguimos que la ficha farmacológica de un paciente esté disponible en cualquier establecimiento de salud

ya sea en los consultorios médicos o en las farmacias. Esto es aún un sueño que tenemos para poder llevar un control más efectivo con respecto al uso de los medicamentos.

- **utilización inapropiada de antimicrobianos**, generalmente en dosis inadecuadas, o para infecciones virales. Recientemente salió en Brasil la Resolución N° 20 que establece que la venta de los antibióticos debe ser realizada de la misma manera que los psicofármacos. Es decir, bajo receta médica y llevan el mismo sistema de control que los psicofármacos.
- **uso exagerado de medicamentos inyectables**, cuando las formulaciones por vía oral serían más apropiadas.
- **falta de prescripción de acuerdo con los guías de tratamientos.**
- **automedicación generalmente de medicamentos que necesitan receta.** Recientemente, tuvimos una Resolución que impedía a los usuarios tener un libre acceso a los medicamentos, tendiente a que los medicamentos que no necesitan receta médica sean dispensados sólo por un farmacéutico para que le paciente recibiera una orientación adecuada. Por presiones de los laboratorios y de los propietarios de empresas farmacéuticas esta Resolución fue revocada. Algunas empresas, sin embargo, sin tener la obligación legal de vender sus productos sólo en farmacias, lo hicieron igual porque consideraron que esto fideliza a los pacientes además de recibir el consejo médico.
- **no adhesión al régimen terapéutico.** En Brasil, existe una ley de fraccionamiento del medicamento, como no hay una cultura en la población de comprar en forma fraccionada y los establecimientos tampoco tienen interés en dispensar sus productos en forma fraccionada entonces esa ley quedó como una cosa rara. Entonces cuando una persona precisa un antibiótico, por ejemplo 14 cápsulas, en la farmacia sólo

encuentra cajas de 20 cápsulas y las que sobran terminan siendo consumidas por un familiar o vecino que tenía los mismos síntomas. Ésta es una cuestión cultural que estamos tratando de cambiar en la población.

A pesar de que el Colegio tiene como función fiscalizar el ejercicio de la profesión, invertimos fuertemente en la capacitación de los profesionales porque cuando la población va a buscar un medicamento es importante que se encuentre con un profesional capacitado para prestar servicio. También, trabajamos para que la población reconozca al farmacéutico, solicite por él y para que sepa que en la farmacia tiene una persona que puede ayudarle en sus problemas de salud.

**CRF SP**  
CONSEJO REGIONAL  
DE FARMACIA  
DE SÃO PAULO

## Ejemplos del uso irracional de medicamentos

- El uso correcto de los medicamentos en la terapêutica es fundamental para lograr los objetivos terapêuticos.
- Identificar los problemas involucrados en el uso de medicamentos permite su resolución de manera optimizada.

www.crfsp.org.br

**PAF** PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO FARMACÊUTICO

Parceiros para uma assistência farmacêutica

Segundo Plano Nacional de Assistência Farmacêutica

Ministério da Saúde

El farmacéutico debe ser el vector para que se puedan crear **políticas de Asistencia Farmacéutica y Atención Farmacéutica** tanto en el ámbito privado como en el sector público.

Existen factores relacionados al **paciente**, a los **medicamentos** y a los **profesionales de la salud** (prescriptores y

farmacéuticos que intervienen en la dispensa) que pueden ser **responsables del uso incorrecto de los medicamentos**. Es muy importante que se hagan intervenciones sobre ellos para crear políticas sobre el uso racional.

Voy a citar algunas cuestiones que están directamente relacionadas con el uso racional y que son preconizadas por la OMS.

### **Intervenciones para la Promoción del Uso Racional de Medicamentos**

- Comité nacional multidisciplinario para coordinar las políticas de uso racional.
- Guías de directrices clínicas que establezcan protocolos de uso para determinados grupos de medicamentos.
- Listas de medicamentos esenciales.
- Comités de Farmacia y Terapéutica en todas las regiones y en los hospitales.
- Capacitación en farmacoterapia basada en la evidencia en los cursos de la Carrera de grado.
- Educación médica y farmacéutica continua, en servicio, como requisito para el registro de los profesionales en sus Colegios. Actualmente, en Brasil el Consejo de Medicina realiza evaluaciones que no son obligatorias ni impiden al profesional registrarse para poder ejercer. Los demás consejos del área de la salud también se reúnen para establecer criterios de aplicación de evaluaciones tendientes a mejorar la calidad del profesional, ya que tenemos grandes dificultades en la formación de los mismos. Muchos profesionales salen de la facultad sin un mínimo conocimiento técnico para actuar en el área farmacéutica. La única profesión que tiene la obligación por

Ley de someterse a estas evaluaciones para poder inscribirse en los Consejos, son los abogados.

- Supervisión, auditoría y retroalimentación.
- Información fiable y libre acerca de los medicamentos.
- Educación a los usuarios sobre los medicamentos.
- No permitir incentivos perversos.
- Reglamentación y fiscalización apropiada.
- Inversión gubernamental suficiente para garantizar la disponibilidad de medicamentos e infraestructura.

Quiero comentarles que la mayoría de las farmacias del gobierno no tiene farmacéutico (por lo menos en el Estado de San Pablo), actuando en la dispensación. Cuando va la fiscalización de los Consejos, interponen medidas judiciales que les impide actuar y siguen atendiendo sin un farmacéutico.

Todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo, necesitan de medios para garantizar el **uso racional** y costo-efectivo de los medicamentos. Por lo tanto, los **farmacéuticos** pueden jugar un **rol clave** en respuesta a las necesidades del individuo y de la sociedad.

### **¿Cómo debe actuar el farmacéutico?**

Debemos tener en cuenta que el primer profesional del equipo de salud que el paciente consulta es el farmacéutico, y muchas veces es el único, antes de iniciar el tratamiento.

Según la OMS, la **misión de la práctica farmacéutica** es suministrar medicamentos y otros productos y servicios para el cuidado de la salud, ayudando a la sociedad a emplearlos de la manera adecuada.

Además, el farmacéutico debe **orientar al paciente en:**

- el cumplimiento de la posología.
- la manera de administración/utilización.
- las condiciones de conservación.
- las interacciones (medicamentos, alimentos, etc.).
- el reconocimiento de posibles reacciones adversas.



## Contribución del farmacéutico para la promoción de la salud y el uso racional de medicamentos

El farmacéutico debe realizar servicios farmacéuticos:

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <p>Medición de parámetros fisiológicos:<br/>presión arterial y temperatura</p> | <p>Medición de parámetro bioquímico:<br/>glucosa capilar</p> | <p>Administración de medicamentos:<br/>inhalación, aplicación de inyecciones</p> | <p>Atención farmacéutica domiciliaria</p> |
| <p>manejo de síntomas menores (indicación farmacéutica)</p>                    | <p>Revisión del plan farmacoterapéutico</p> <p>NCDS-C27</p>  | <p>Gestión de medicamentos</p> <p>NCDS-C28</p>                                   | <p>Seguimiento farmacoterapéutico</p>     |

[www.crfsp.org.br](http://www.crfsp.org.br)

PAF PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO FARMACÉUTICO

Farmácia está de olho na sua saúde

Seja você o(a) chefe do(a) farmácia

En Brasil se ha creado un **Programa de Farmacias notificadoras** que informan sobre efectos adversos de los medicamento, falla de calidad, etc. Las farmacias adherida a este programa no reciben ningún incentivo financiero, la notificación es remitida a

la Agencia Reguladora que retroalimenta a la Organización Panamericana de la Salud, que a su vez retroalimenta a la OMS.

Hay que destacar que la **sistematización de las intervenciones farmacéuticas** y el **intercambio de informaciones** tiene gran potencial de contribución, ya sea que se lleve a cabo a nivel individual o colectivo, para un uso racional de medicamentos.

**Vale recordar que una Profesión es reconocida por la sociedad cuando la gente la necesita y confía en el trabajo de los profesionales que forman parte de esa categoría.**

La profesión farmacéutica no será valorizada por un decreto-ley pero cuanto más se diferencia el farmacéutico en su local de trabajo será más reconocido y junto con eso vendrán mejores recompensas. En Brasil, un farmacéutico recién recibido gana 2200 reales y es muy difícil sobrevivir con ese salario. Entonces en la medida que el farmacéutico sea más valorado tendrá mejores salarios.



**¡Por lo tanto,  
tenga actitud  
y haz la  
diferencia!**

[www.crfsp.org.br](http://www.crfsp.org.br)



Muchas gracias.

## **Reflexiones Finales**

*Farm. Manuel Agotegaray*

Al escuchar esta excelente exposición, que nos aportó interesantes experiencias de los colegas brasileños continuamos reuniendo elementos para ver cómo podemos encontrar mejores estrategias para enfrentar los problemas que enfrentamos con la farmacia en la Argentina.

Todos sabemos que aquí la rentabilidad de las farmacias está centrada específicamente y nada más que en el medicamento y por más que sigamos trabajando desde las Instituciones, este esquema está agotado y nuestras farmacias se van haciendo cada vez más inviables.

Venimos escuchando hace muchísimo tiempo que una salida a esa situación sería el agregado de servicios farmacéuticos pero la verdad es que por responsabilidad primero de los dirigentes de las instituciones y después de los colegas, desbordados por los problemas del día a día, todavía no hemos podido instrumentar una salida. La clave está en que todos estos servicios sean rentables y que el colega pueda incorporarlos al trabajo diario, porque si no es así solo estamos proponiendo ilusiones.

Debemos tomar conciencia que si no logramos esto realmente vamos a tener un gran problema en el futuro y a los jóvenes les vamos a dejar una farmacia mucho peor que la que encontramos los que hace algunos años que nos hemos recibido.

Al respecto, creo que los primeros que en cierta manera boicoteamos esto de la incorporación de los servicios somos los mismos farmacéuticos porque cultural y conceptualmente nos sigue costando estimar un valor y cobrarle a la población esos

servicios. Parecería estar establecido que tienen que ser siempre gratis y la población reacciona como lo hacemos todos, lo que no paga no lo valora.

Entonces creo que hay que empezar a discutirlo en todos los ámbitos para ver como damos vuelta esta concepción porque si no la rentabilidad y la viabilidad de las farmacias la vamos asfixiando nosotros mismos.

Por todo ello como les decía al comienzo, debemos tomar y analizar otras experiencias como las que se desarrollan en Brasil o en España porque creo que estamos frente al mayor desafío de los próximos años y que consiste en incorporar servicios profesionales farmacéuticos a la Red de Farmacias. De esta manera seremos más valiosos para la Salud de la población y nuestras farmacias serán rentables y los colegas podrán vivir de su profesión dignamente y en forma independiente.





## MESA N° 6

### **Recuerdos del futuro - 10 años de las Jornadas de Política, Economía y Gestión del Medicamento**

*Coordinador: Farm. Hugo Robatta  
Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe  
Miembro de FEFARA*

Buenos días, quiero comentarles que he tenido la suerte durante todos estos años, como tantos otros colaboradores, colegas y amigos, de estar presente y participar en la organización de nuestras Jornadas. Y hoy me siento realmente satisfecho y agradecido a los colegas misioneros porque cuando llegamos nos hemos encontrado con que prácticamente estaba todo perfectamente organizado. Y queremos destacar esto porque el trabajo previo que requiere llevar a cabo estos encuentros es muy importante y ese gran esfuerzo generalmente pasa un poco desapercibido.

Por ello a Natalia Rodríguez y todos sus compañeros los felicitamos por su trabajo y les agradecemos las atenciones que nos están brindando a todos los visitantes.

Simplemente estoy aquí para acompañar y presentar a Carlos Vassallo que, como muchos saben, fue uno de los promotores académicos de estas Jornadas y siguió colaborando en el equipo durante todos estos años.

Para todos nosotros, es un orgullo mirar hacia atrás y repasar el trabajo que se hizo, por lo tanto pensamos que Carlos podía contarles mejor que nadie lo que ha sido la historia de estos Encuentros que mucha gente hoy valora como de características únicas en el país. Y esto es así, porque estamos hablando de unas Jornadas que constituyen una convocatoria interdisciplinaria que durante 11 años consecutivos se ha realizado en distintas provincias para tratar, como nadie lo hizo en todos estos años, los temas más importantes referidos al medicamento y la Farmacia en el marco de la salud de los argentinos.

El C.P.N. Carlos Vassallo tiene un postgrado en Economía y Gestión del Sector Salud -SDA- Universidad Bocconi - Milán (Italia); Visiting Research, CRES, Universidad de Pompeu Fabra, Barcelona; coordinador académico de la Maestría en Política y Gestión de la Salud – América Latina – Europa. Alma Mater Studiorum Universita di Bologna. Sede Buenos Aires; profesor titular ordinario Salud Pública Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del litoral. En cuanto al sector privado es asesor de asuntos académicos e institucionales de FEFARA desde el año 2006 hasta la fecha.

Amigos, los dejo en compañía de Carlos Vassallo.

*C.P.N. Carlos Vassallo*

*FEFARA*

La idea de esta presentación que espero no resulte muy agotadora es hacer una panorámica de cómo surgieron y transcurrieron las Jornadas durante estos diez años.

Me pidieron desde FEFARA que realice un "racconto" y para ello es importante decirle a la audiencia que se tratará de una narración que conforme vaya progresando en el tiempo se acercará, también, al momento inicial del recuerdo, el punto de partida de la historia.

Porque no podemos relatar las jornadas en forma cronológica y como algo cerrado, sino que al hacerlo estaremos entrecruzando la historia política, económica, social y en particular sanitaria del país. Porque estas Jornadas han sufrido los avatares y las características de los cambios, las transformaciones, los ciclos, las idas y venidas que ha tenido el país y, específicamente, el sector farmacéutico. Todo ello, se ha intentado abordarlo de una manera muy abierta, poco encapsulada y creo que es una de las grandes virtudes de nuestros encuentros. No hemos sido corporativos al momento de organizar los temas e invitar a los disertantes para intercambiar opiniones y posiciones. Y sinceramente creemos que esto es muy importante en un país donde distintos grupos se reúnen entre ellos pero no se enriquecen del intercambio y la pluralidad.

Tenemos un sistema de salud en donde los médicos se juntan con los médicos para decirse lo bueno que son, igualmente los farmacéuticos, las obras sociales, los laboratorios y lo que había que generar era un ámbito en donde pudiésemos escucharnos todos. Entonces, más allá que a los farmacéuticos

no los inviten desde otros ámbitos porque el resto sigue con esa cultura cerrada, creo que las Jornadas han logrado convocar a una gran cantidad de instituciones, de posiciones y de personajes que nos han enriquecido a lo largo de estos primeros 10 años de historia.

Este gráfico muestra cuales son los puntos de fuerza más relevantes que tienen las jornadas, los que se han enhebrado en torno a estos tres factores:

**política, economía y gestión del medicamento.**

Nunca se pensó como una jornada profesional farmacéutica sino como una mirada desde los farmacéuticos hacia el entorno, hacia el sistema.

Por eso las jornadas han tenido un enfoque sistémico, interdisciplinario y se han nutrido de experiencias nacionales, regionales e internacionales.

### JORNADAS



En los últimos años hemos contado con la presencia de disertantes de España, Brasil, Uruguay, Costa Rica y a partir de ahora también Chile y Paraguay porque queremos continuar ampliando la convocatoria en la región. Más adelante en la medida que avancemos repasaremos quienes nos visitaron y que experiencias y conocimientos nos dejaron.

Ahora cuando tenemos que hacer una invitación a alguien para disertar en las Jornadas ya estamos en condiciones de mostrar que hace 11 años que se llevan a cabo y que, además, se edita un libro con todas las exposiciones de cada una de ellas. Esto cuenta como una carta de presentación muy importante

para un entorno donde las actividades de este tipo no logran superar algunos años de vida.

Les propongo dividir esta presentación en tres diferentes lecturas. La primera es con respecto a cuál fue el tema fundamental que se trató en cada jornada, la segunda la voy a hacer pensando en algunas recomendaciones que han quedado de cada una de ellas y una tercera acerca de lo que significó la organización de estas jornadas y de FEFARA.

En cuanto al **tema de cada una de las jornadas:**

Empezamos en la ciudad de Santa Fe discutiendo como emergía la política de medicamentos en el País que había estado ausente durante mucho tiempo. Y en el medio de la crisis, en ese año 2002, el Colegio

de Farmacéuticos de Santa Fe junto con lo que era, en ese momento, el Observatorio de Medica-



2002- Emerge la política de medicamentos

mentos que yo dirigía nos juntamos y organizamos la primera jornada. En un primer momento no teníamos la perspectiva de lo que podía llegar a surgir y que iban a desembocar en unas jornadas federales, internacionales, simplemente fueron una jornada en Santa Fe. Ustedes van a ver los invitados que tuvimos en esa primera edición y comprobarán que fue una jornada nacional, que excedió por su trascendencia al ámbito provincial. Después dejamos de llamarlas jornadas santafecinas pero, en merito a la verdad, surgieron como tales.

El segundo encuentro, fue en Rosario. Aquí se discutió mayormente sobre el tema del mercado y de la regulación de los medicamentos. Tuvimos una canti-



2003- Mercado y regulación de los medicamentos

dad muy interesantes de presentaciones y fue realmente muy extensa e intensa ya que en algunos momentos se desarrolló en más de una sala simultáneamente. Pero el libro de la segunda jornada por su valioso contenido vale la pena explorarlo a pesar de que han pasado algunos años. En esa ocasión tuvimos la visita de representantes de Anvisa de Brasil, quienes nos contaron lo que estaban haciendo en materia regulatoria y realmente nos sorprendieron. Además, tenemos constancia que Anvisa en estos diez años ha continuado desarrollando una tarea de referencia en la región en el marco regulatorio de los medicamentos.

En las terceras jornadas en la ciudad de Santa Fe lo que discutimos, funda-

mentalmente, fue el plan federal de salud. El ministerio nacional había lanzado este plan



2004- Los medicamentos y el plan federal de salud

y entonces tuvimos una instancia y un marco muy interesante como para poder avanzar en esa discusión. Además, tuvimos la participación de la Lic. Laura Cabiedes de Oviedo-España que nos dejó un panorama muy interesante de las reformas del sector medicamentos en su País.

En el año 2005 profundizamos el programa médico obligatorio y la evaluación económica de tecnologías. En estas jornadas estuvo como invitado el profesor

Jaume Puig-Junoy de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, uno de



2005- Programa médico obligatorio y la evaluación de tecnologías

los farmacoeconomistas más relevantes que tiene, sin duda, Europa y fue muy interesante compartir con él esa experiencia.

En las siguiente jornadas, en el 2006, empezamos a discutir sobre los medicamentos biológicos, un tema en el que se

avizoraba una gran perspectiva, y, precisamente en el día de ayer estuvimos hablando sobre la



### 2006- Medicamentos biológicos y producción pública

regulación de los biosimilares. Además, en esta edición incluimos, el debate sobre la producción pública, temática que hemos repetido en otras jornadas y que tiene también una perspectiva muy importante. Cuestión en la que falta todavía mucho para desarrollar y trabajar.

En el año 2007, volvimos invitar a un disertante de España, Enrique Bernal Delgado, para hablarnos de una cuestión que actualmente se



### 2007- Más no siempre es mejor. Uso racional del medicamento

está discutiendo en todas las reformas de los sistemas de salud: la variación de la práctica clínica

en función de la mejor utilización de los recursos.. La conferencia de cierre acerca del Modelo de Farmacia Español estuvo a cargo del Farm. Manuel Pérez Fernández quién ese año nos visitara por primera vez.

En el 2008 damos un salto importantísimo porque fue creada la Federación Farmacéutica (FEFARA) y estas fueron las primeras Jornadas organizadas por dicha Institución. Se llevaron a cabo por primera vez fuera de la provincia de Santa Fe en la ciudad de San Nicolás (Provincia de Buenos Aires)



### 2008- investigación y desarrollo, uso racional del medicamento

En esta edición hicimos mucho hincapié en el tema de la investigación y desarrollo, que es un área sobre la cual nos ha interesado siempre debatir porque impacta en la realidad y el futuro del Sector Farmacéutico, además, de definir la formación del farmacéutico.

Las jornadas del año 2009 se desarrollaron en la ciudad Córdoba y allí discutimos la cues-



2009- precios, acceso, calidad y nuevas tecnologías

tion de precios, calidad, acceso y nuevas tecnologías. Nuestro invitado del exterior fue el especialista catalán Joan Rovira quien expuso respecto de cómo se estaba desarrollando el mercado de genéricos, la discusión de precios y la imposibilidad que tiene la política farmacéutica en América Latina para establecer controles y regulaciones al precio y a la calidad.

El encuentro estuvo enmarcado en la dura discusión sobre la seguridad de los medicamentos que se desarrollaba en todo país por aquellos días. Visto este debate a la distancia podemos decir que hemos obtenido algunos avances desde el punto de vista regulatorio como en bioequivalencia, biodisponibilidad y trazabilidad pero no así en el tema de regulación de precios, variable tan importante que tiene el medicamento.

En el año 2010 hicimos el encuentro en Mar del Plata y ahí discutimos sobre Enfermedades Raras y Medicamentos huérfanos un tema cada vez más importante, y cómo lograr un financiamiento adecuado para las enfermedades ca-



2010 – enfermedades raras, medicamentos huérfanos y judicialización

stróficadas. En referencia a esto último, debemos decir que en América Latina están creciendo verticalmente los costos de las coberturas sin ningún tipo de criterio de financiamiento previsto. En esta edición contamos con cuatro invitados extranjeros.

En el año 2011, en la ciudad de Tigre, retomamos la temática de los medicamentos de alto costo y empezamos analizar el tema de la sustentabilidad de una Red Farmacéutica Profesional. Al respecto, vimos como en el caso de Minas Gerais (Brasil) el

sector privado puede trabajar complementándose con el público, en una red de farmacias. Este



2011- medicamentos de alto costo y sustentabilidad de la red farmacéutica profesional

tema lo tenemos en la agenda y seguiremos analizándolo porque la cobertura de medicamentos que tiene el sector público es insuficiente y más allá del programa Remediar el problema es que no hay una red pública-privada para la dispensa adecuada del medicamento a todos los sectores y en todo el país.

En el año 2012, en la ciudad de Rosario, intentamos realizar una mirada sobre las reformas del sector y en este caso contamos con la presencia de Sanitaristas de gran trayectoria y los integrantes del grupo PAIS quienes abordaron con profundidad este tema que todavía no ha sido incorporado decisivamente a la agenda del Sector.



2012 – idas y vueltas de la reforma sanitaria

Finalmente, en estas Jornadas en la ciudad de Posadas que estamos desarrollando, el tema central es el de los medicamentos genéricos, los precios y la accesibilidad.



Genéricos : Medicamentos de calidad y precios asequibles

En cuanto a las **Políticas de Salud y de Medicamentos**, estos son los principales temas desarrollados en todas las jornadas:

- Las reformas sanitarias en los países.
- Los sistemas de salud: Argentina, Brasil, España, Costa Rica, Uruguay.

- Programa médico obligatorio y la cobertura de medicamentos.
- Políticas farmacéuticas: programa Remediar.
- El acceso y la cobertura de los medicamentos.
- La regulación de la producción, distribución y dispensa.
- ANMAT y la regulación de los medicamentos.

En relación a **Economía de los Medicamentos**, en el transcurso de estos años se abordó:

- El gasto en salud y en medicamentos.
- El mercado de medicamentos en Argentina y otros países.
- El mercado de dispensa farmacéutica: competencia y regulación de las oficinas de farmacia.
- Las innovaciones en salud: medicamentos biológicos, medicina genómica. Impacto sobre los sistemas de salud.
- Evaluación económica de tecnologías sanitarias.
- Los fondos para la cobertura de medicamentos catastróficos.
- La producción pública de medicamentos.

Desde el punto de vista de la **Gestión de los Medicamentos** en estos 11 años se trató sobre:

- Las tecnologías de información y comunicación y los medicamentos.
- Gestión de redes de farmacias profesionales.
- Uso racional del medicamento.
- Trazabilidad de los medicamentos.

## **Recordando algunas ideas y propuestas vertidas estos diez años en las Jornadas de Política, Economía y Gestión de Medicamentos.**

### **I Jornadas Santafesinas – 2002**

Manuel Agotegaray en la inauguración de las primeras Jornadas decía “A pesar de la difícil situación por la que atraviesa el país vale la pena este esfuerzo, puesto que después de muchos años comenzamos a tener una política de medicamentos en el país”. En ese momento, era el presidente del Colegio Farmacéutico de Santa Fe, 1° C.

Contamos con la presencia, por primera vez del Ministro de Salud de la Nación, quién comentó respecto de la crítica situación nacional que “era el momento de construir, de los cambios culturales y pensando en más salud para los argentinos”. Este era un momento muy especial en donde se generaron políticas para la emergencia muy importantes, como el programa Remediar y la política de prescripción por nombre genérico.

Otro invitado de esta edición fue el Dr. Aldo Neri, que en realidad luego se ha convertido en un asiduo invitado y él se preguntaba acerca de si nos íbamos a convertir o no en un país serio y expresaba esperanzado que se estaba generando una reacción de nuestra sociedad que se podía ver en los encuentros como el que estábamos protagonizando.

Éste era un momento en el cual los farmacéuticos se “habían hecho carne” de la política de genéricos que se estaba llevando adelante desde el gobierno nacional, como toda la población. La población también apoyó fuertemente y creo que hubo una insuficiencia en el trabajo del Ministerio con los profesionales de la Salud. Una política de genéricos necesita un trabajo de continuidad en el tiempo y, me parece, que el grupo de dirigentes de las Instituciones farmacéuticas creyó fervientemente el discurso de genéricos y después se decepcionaron porque no se sintieron acompañados.

Ayer el Farm. Manuel Agotegaray comentaba que en un momento: uno se da vuelta y dice: ¿y dónde están los otros? En esta situación pasó lo mismo, estábamos trabajando por el genérico y nos quedamos solos, el resto, es decir, las autoridades, la gente volvió a la marca, los laboratorios hicieron la suya como para zafar y los médicos encontraron la tercera posición. Esto es, seguir prescribiendo por el nombre de la DCI y abajo la marca.

Rubén Torres que en ese momento era el Superintendente de Salud nos dejaba una frase de Bernard Shaw que decía "hay dos tipos de hombres, los que miran la realidad y se preguntan porque. Hay otros que la imaginan tal como debe ser y se dicen ¿Por qué no?"

Federico Tobar, en aquella primera jornada relató cómo estaban implementando el Programa Remediar. Un programa muy exitoso, que trascendió Argentina y que debería ser revisado ahora, luego de haber pasado algunos años. Se debería empezar a mirarlo más como una clave no de emergencia como fue concebido, sino con una clave más federal.

Al finalizar el presidente del Colegio expresaba lo siguiente: "Tenemos una red de farmacias perfectamente distribuidas pero debemos comprender la fisonomía cambiante de la demanda que al mismo tiempo es muy fragmentada. Tenemos que desarrollar en forma operativa un sistema de gerenciamiento, combinando recursos humanos e informática que nos permita satisfacer las necesidades, de lo contrario con el paso del tiempo quedaremos al margen del negocio".

Otra cuestión muy importante es que estos farmacéuticos comenzaron a entender que no había que mirarse así mismo si no que había que empezar a escuchar al financiador y a la demanda, para poder organizar la oferta. Y creo que el paso siguiente es empezar a escuchar al Estado, para empezar a darle una respuesta de colaboración, como lo está haciendo Italia, en donde las farmacia se han convertido, como vimos en las jorna-

das de Tigre, en agentes sanitarios plenamente reconocidos. La farmacia es un lugar que permanece abierto muchas horas al día, quizás muchas más que los centros de salud entonces el desafío es convertirlas en un centro de atención a muchos sectores de la población que no tienen cobertura de salud.

Ya se hablaba, también, de incorporar el gerenciamiento y la gestión que constituye desde entonces una de las líneas de acción que marcan la diferenciación de este grupo de farmacéuticos integrantes de FEFARA. No podemos dejar de utilizar la informática, el *on line* y todo lo que tiene que ver con la gestión farmacéutica porque competimos con un sector que si bien es diverso, porque no podemos decir que la industria sea única, para los grandes temas como la administración de las obras sociales se pone de acuerdo.

Entonces cuando existe alguien con la suficiente inteligencia como para ponerse de acuerdo en los grandes temas, uno tiene que estar preparado como para poder competir, no se puede hacer desde un punto de vista amateur. No se puede gestionar un sector como éste yendo una vez al día a la entidad para ver cómo se hacen las cosas o cómo anda la facturación. Esto es gestión farmacéutica, necesita un seguimiento permanente, dedicación, profesionalidad y eso es lo que de alguna manera este grupo comprendió y los que no lo comprendieron se quedaron afuera. Por ejemplo se quedaron afuera los médicos, los odontólogos, los que no comprendieron que el gran salto se produjo cuando se cambió del modelo de pago por prescripción al de pago capitado. Ahí había que comprender que el modelo de pago capitado se administra y se gerencia.

En esta edición, estuvieron presentando sus trabajos el Prof. Luis Alesso (Universidad Nacional de Córdoba) quien desarrolló el tema de la seguridad de los medicamentos y el rol de las farmacovigilancia y la Dra. Mónica Elías quién avanzó sobre bioequivalencia y biodisponibilidad de los medicamentos en un momento clave donde se discutía sobre que son los medicamentos

genéricos. Al respecto, tuvimos, también, la visión y la opinión de la industria farmacéutica que estuvo presente a través de representantes de las distintas Cámaras de laboratorios.

En las jornadas siempre contamos, también, con la presencia de financiadores a quienes tuvimos la posibilidad de preguntarles que querían, que pensaban, como veían el modelo de contratación. En esta edición estuvo presente Armando Reale, que es una especie de prócer de la seguridad social, la directora del IAPOS y un representante de Sancor Salud, una mutual que estaba creciendo de manera importante.

## **II Jornadas Santafesinas – I Jornadas Federales - 2003**

En esta edición el Dr. Aldo Neri planteaba algunas cosas, adelantándose a lo que sucedió con la política de medicamentos. En ese momento fue un visionario.



- o Pero el temor más central es quedarnos cortos en hacer de esta oportunidad una continuidad en el desarrollo de una política necesaria, para que en 6 años no tengamos un mercado distinto, pero tan distorsionado, tan inequitativo y tan poco adecuado a muchas de las necesidades reales de la población como el que teníamos en años anteriores”

Por primera vez contamos con una mesa sobre regulación sectorial y comenzamos a discutir sobre el rol de la ANMAT.

En esta jornada, también, tuvimos avances sobre el tema de los protocolos y gestión clínica con presentaciones muy interesantes del Dr. Hugo Oteo y la Farm. Ana María González.

En cuanto a invitados del extranjero, en este encuentro contamos con la presencia de representantes de ANVISA Brasil

que nos contaron su experiencia. Uno de ellos, Alexandre Lemgruber, actualmente es responsable de las áreas de Evaluación e Incorporación de Tecnologías Sanitarias de la OPS.

Volvimos a contar con una mesa sobre el tema de los financiadores. Aquí me pareció interesante rescatar esta frase de la directora del IAPOS. “Me parece importante para poder comprender el espíritu con el cual se ha trabajado aquí, decir que nunca hay que levantarse de la mesa de negociación y siempre hay que encontrarle alguna respuesta para resolver los convenios”.

Continuando con esta edición, empezamos a discutir la cuestión de pacientes crónicos y de medicamentos de alto costo, temas que van a permanecer y sobre todo lo que es la transición epidemiológica y el impacto de las enfermedades crónicas.

También, por primera y creo que única vez asistieron a estas jornadas representantes de las distribuidoras de medicamentos, tal vez no se las conoce demasiado pero son en definitiva uno de los reguladores que tiene el mercado de los medicamentos en la Argentina.

En esta edición comenzamos a hablar de algunos temas como gestión económica financiera en la farmacia y para ello los invitamos a Carlos Ortego para que desarrolle el tema de la gestión de la Red.

### **III Jornadas Santafesinas y II Jornadas Federales – 2004**

Estas jornadas fueron inauguradas por el tema del Plan Federal de Salud y concurrió el Jefe de Gabinete de Ministros que planteó cuáles eran los ejes del medicamento vinculados al plan: acceso, prescripción por nombre genérico, producción estatal y vacunas.

Además, contamos con la presencia de un Ministro de Salud de la Provincia de Córdoba Roberto Chuit y del Subsecretario de

Salud de Santa Fe quienes nos contaron lo que estaba pasando en estas dos importantes provincias.

Nos acompañó una disertante extranjera, la segunda visita internacional de estas jornadas, Laura Cabiedes, quien presentó la reciente reforma del sector medicamentos en España.

Continuamos abordando el tema de investigación y estudios clínicos, en un primer momento lo hicimos con el Dr. Seoane que era funcionario de la ANMAT, pero también con representantes de CAEMe y de CILFA que comenzaron a hablar sobre la investigación y desarrollo.

El Superintendente de Servicios de Salud, nuevamente, nos visitó y nos dejó un pensamiento muy interesante y que merece ser mencionado. "Los farmacéuticos aquí reunidos representan una posición de liderazgo en el pensamiento de la gestión de la farmacia argentina"

#### **IV Jornadas Santafesinas y III Jornadas Federales – 2005**

En estas jornadas, el invitado extranjero fue el Dr. Elias Jorge representante del Ministerio de salud de Brasil, que vino a contarnos sobre lo que estaba pasando en relación a la política de Medicamentos, en ese país. Incluimos, también, la temática de las enfermedades huérfanas y tuberculosis. Contamos con la presencia del director de Epidemiología del Ministerio de Salud y un representante del Laboratorio Roche.

Volvimos a discutir sobre el tema de la formación de los médicos y farmacéuticos en materia de política de medicamentos. Estuvo presente, la Dra. Claudia Balagué quien es, actualmente, la Ministra de Educación de la Provincia de Santa Fe, y en ese momento era la Decana de la Facultad de Farmacia de la UNR. También compartió esa mesa, Augusto Guerra de Minas Gerais, Brasil. Actualmente, Secretario de Asistencia Farmacéutica en Minas Gerais.

Se abordó el tema de la regulación, calidad y control de los medicamentos. En esta mesa estaba presente el Profesor Amadeo Cellino de la Facultad de Bioquímica de la UNL. Esta facultad fue la primera del país que desarrolló una empresa biotecnológica propia que después fue vendida al sector privado. Él nos contó la experiencia de cómo es la incubadora de empresas. Otro de los expositores de esa mesa fue, quien hoy es el director de la ANMAT, Carlos Chiale. En ese momento era director del INAME.

Contamos con la presencia de Jaume Puig-Junoy de la Universidad Pompeu Fabra quien nos interiorizó respecto de cual estaba siendo la política de financiamiento de los medicamentos en Europa en ese momento.

Discutimos sobre el Programa Médico Obligatorio y la Evaluación de Tecnologías. En esa época, la evaluación tecnológica se estaba desarrollando en forma muy importante y, en ese momento, parecía que Argentina podía convertirse en uno de los primeros países de América Latina donde se podía dar este desarrollo del sector.

Empezamos a hablar sobre la Regulación y Modelos de Dispensa Farmacéutica, tema que, después retomamos en otras jornadas.

Comenzamos a discutir, y seguimos haciéndolo, el Programa de Atención de enfermedades Crónicas, para ello, entre otros, estuvieron presente representantes de la Superintendencia de Servicios de Salud.

## **V Jornadas Santafesinas y IV Jornadas Federales – 2006**

El invitado extranjero en esta edición fue Juan Oliva de la Universidad de Castilla- La Mancha. Nos brindó una actualización con respecto al rol de la evaluación de tecnologías en la asignación de recursos sanitarios, desde una mirada europea,

NICE en Inglaterra, la agencia sueca. Todo esto con el fin de empezar a buscar algún criterio de racionalidad en materia de financiamiento de medicamentos.

Una de la mesas trató el tema de Investigación y Desarrollo, compartieron la misma un empresario, Enzo Zamboni quien nos contó lo que su empresa estaba llevando a cabo en materia de biotecnología. Junto a Daniel Ciriano de Roche y Federico Santoro que en ese momento era gerente de Elea, uno de los laboratorios más importantes de América Latina. Esto lo vamos a volver a retomar en Rosario porque el laboratorio Elea se fue convirtiendo poco a poco en el grupo Insud, el grupo biotecnológico más importante que hay en la Argentina y que se está preparando para competir con biosimilares.

Nuevamente se abordó la cuestión de ANMAT y abordamos la temática de la demanda de los medicamentos desde el punto de vista del financiador con invitados como el Dr Rodolfo Rodríguez (Córdoba) y representantes de Medife.

Además por primera vez, abordamos el tema de los derechos del paciente, un capítulo fundamental para comenzar a escuchar, también, al beneficiario.

También incluimos por primera vez, el tema de la producción privada y estatal del medicamento. Para ello, contamos con los representantes del LIF, que es el laboratorio farmacéutico que tiene la provincia de Santa Fe, Laboratorios Puntanos y Hemoderivados de Córdoba, y estamos hablando casi de los tres mejores laboratorios de producción pública que hay en el país. En otras jornadas también estuvieron presentes.

## **V Jornadas Federales y VI Jornadas Santafesinas – 2007**

Aquí tenemos la presencia del especialista español Bernal Delgado con el trabajo que había hecho sobre la Variación de la Práctica Clínica con esta frase “más no siempre es mejor”

que define lo que muchas veces pasa en salud. Creemos que agregando más recursos se van a solucionar las cosas, Más no siempre es mejor.

También seguimos discutiendo el tema de Medicamentos Biológicos, qué importancia tienen en cuanto a la necesidad de producción, desarrollo, financiación y distribución.

Otra temática que abordamos en esta edición fue la competencia y la regulación de precios de los medicamentos. Federico Tobar nos presentó un trabajo sobre la tendencia en la regulación de precios y Carlos Vassallo habló acerca de la regulación de los mercados de medicamentos en Sudamérica.

Nuevamente, invitamos a Rubén Torres y en este caso a Martín Cañas de GAPURMED que es el grupo que trabaja sobre el Uso Racional de Medicamento.

Tuvimos una trascendente discusión política porque invitamos a los tres candidatos a Diputados Nacionales en las elecciones que se estaban por realizar en la provincia de Santa Fe. Uno de ellos, precisamente, fue el que fuera electo Ministro de Salud de Santa Fe, el Dr. Miguel Angel Cappiello.

Contamos con una mesa sobre Federalismo Sanitario versus Centralismo. El profesor Mera de la Universidad Torcuato Di Tella presentó un interesante trabajo histórico. Todo esto acompañado de una gran discusión acerca de los Seguros Provinciales de Salud y la interesante visión de Mario Róvere con una posición mucho más centralista en cuanto al rol del Ministerio de Salud en esta cuestión.

Algo muy destacable fue que por primera vez nos acompañó el presidente del Real e ilustre Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, Manuel Pérez Fernández que nos habló sobre el modelo de regulación de las farmacias en España.

## **VI Jornadas Federales y VII Jornadas Santafesinas – 2008**

En esta edición, el Dr. Capiello como Ministro de Salud, inaugura las jornadas que se hace por primera vez en San Nicolás.

Hicimos una muy buena discusión sobre Investigación y Producción de Vacunas, si algunos de Uds. estuvo presente lo recordará, porque contamos con la presencia del responsable del Instituto Butantan Dr. Octavio Acevedo y el Dr. Ricardo Oliva de la Fundación para el Remedio Popular que cuenta con un laboratorio público de medicamentos que funciona en San Pablo (Brasil).

Además, repetimos la temática del Uso Racional del Medicamento ahora invitando al Dr. José Luis Castro (OPS), y nuevamente el Prof. Alesso (UN de Córdoba).

Otro tema tratado fue el acceso a la salud en América Latina y con las miradas de un representante del Sistema de Salud brasileño el Dr. Renilson Rehem, del profesor Vargas de Costa Rica para contarnos la experiencia de ese país y también nos acompañó de Argentina el Dr. Mario Róvere.

Tuvimos una gran mesa para discutir las Estrategias de Atención Primaria con la que era en ese momento Secretaria de Salud de la Provincia de Santa Fe, Dra. Débora Ferrandini, a un representante de Remediar, Dr. Francisco Leone y al Dr. Adolfo Sánchez de León que después nos va a acompañar en otras jornadas.

Comenzamos a abordar algunas cuestiones acerca de la Economía Política del Financiamiento y tuvimos una mesa sobre Error Médico y Judicialización con una excelente integración. Contaba con un miembro del Consejo de la Magistratura (Dr. Mariano Candiotti), el Dr. Oscar Cochler y el Dr. Julio Munia-gurria.

### **VII Jornadas Federales y VI Jornadas Internacionales – 2009**

En esta edición realizada en Córdoba nos acompañó en la apertura el Ministro de Salud Provincial Dr. Oscar Gonzales y el secretario de Salud de Catamarca.

Contamos con la presencia del Prof. Joan Rovira (Universidad de Barcelona) para realizar una profunda y detallada presentación acerca del acceso al medicamento.

Discutimos el modelo de farmacia de Minas Gerais e hicimos la comparación con el programa Remediar y qué es lo que podemos llevar a cabo. Con la presencia del Farm. Augusto Guerra (Brasil).

Presentamos algunos de los servicios y tecnologías que FEFARA ha ido desarrollando de la mano de Gest MED, Gest INFO, Red ATEMPRI y el Servicio de Excelencia Farmacéutica.

Mantuvimos un nuevo intercambio sobre el Uso Racional del Medicamento que es un poco el eje sobre el cual tenemos diferencias importantes respecto a la mayoría de quienes producen y venden medicamentos. Si hay algo que el farmacéutico puede hacer es usar su profesionalidad para evitar que esto se convierta en una fiesta del consumo de medicamentos. Entonces lo bueno está en que puede ser un actor para regular el adecuado uso de este importante recurso terapéutico.

### **VIII Jornadas Federales y VII Jornadas Internacionales – 2010**

En esta jornada que se llevó a cabo en Mar del Plata, contamos con la presencia del Superintendente de Servicios de Salud, Ricardo Bellagio y debatimos sobre dos Sistemas de Salud bastante exitosos en América Latina como son el de Uruguay y el de Costa Rica. Dos sistemas que a pesar de gastar mucho menos de lo que gasta Argentina tienen resultados sanitarios

excelentes. Para contarnos sobre ello vinieron representantes de los dos ministerios.

Nuevamente, contamos con una mesa para discutir el tema sobre Factores de Riesgo en la Salud de la Población y los Programas Sanitarios. Vinieron representantes de distintos sectores y organismos entre ellos, del Banco Mundial, Luis Pérez; del Ministerio de Salud de la Nación, CPN Mario Koltan y otros especialistas de gran nivel.

Empezamos a tratar el Rol del Farmacéutico y el Valor Agregado Farmacéutico a la efectividad del Sistema de Salud. Para lo cual la Farm. Natalia Rodríguez hizo una interesante presentación junto con Pedro Armando de la UNC.

Seguimos debatiendo sobre Enfermedades Raras y Medicamentos Huérfanos, en este caso contamos con una brillante presentación del Farm. Manuel Pérez Fernández de Sevilla, España.

Abordamos en profundidad el tema de la Financiación desde el punto de vista de las Obras Sociales, participaron Miguel González de la Obra Social Provincial de la Prov. de Santa Fe, el Dr. Roberto Caro de la Prov. de San Luis y el Dr. Daniel Palumbo de la Prov. de Jujuy que planteó las inconsistencias que tiene esta política de seguir aumentando la cobertura sin tener las respuestas y las previsiones adecuadas.

Tuvimos un invitado de España, el Dr. Mingorance Gutiérrez un especialista de gran nivel quien nos contó sobre la distribución de medicamentos en España y cómo funcionaba.

Estas jornadas finalizaron con una presentación del presidente del IOMA, Antonio La Scaleia, que como Uds. saben es la Obra Social más importante debido al número de afiliados. También, participaron representantes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

## **IX Jornadas Federales y VIII Jornadas Internacionales – 2011**

En esta edición contamos con un panel muy importante sobre Investigación y Desarrollo. Participaron del mismo del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación la Lic. Gabriela Trupia, del Ministerio de Salud Carolina O'Donnell, quien estaba encargada de Salud Investiga y del sector privado el Dr. Eduardo Franciosi de CILFA y el Dr. Alberto Paganelli por CAEMe.

Continuamos abordando la cuestión de la cooperación entre la red de farmacia y la política de acceso del sector público estando la disertación central a cargo del Dr. Augusto Guerra de Minas Gerais (Brasil). Éste es un tema que tenemos pendiente en Argentina porque creo que los Ministerios de Salud están ávidos de tener alguna propuesta nuestra para ayudar a resolver este problema.

Por primera vez abordamos el tema de la Trazabilidad y para ello estuvieron presentes representantes del PAMI y de la ANMAT, que trabajaron sobre este tema de gran trascendencia para la Seguridad de los medicamentos.

Contamos con la presencia de Alarico Rodríguez de León representante del Fondo Nacional de Recursos en Uruguay quién hizo un importante aporte. Este Fondo es una reforma muy interesante que se ha hecho para resolver la cobertura de salud en ese país. Una concentración importante de la compra y el financiamiento que le ha permitido encontrar respuestas muy satisfactorias.

Finalmente se discutió sobre las políticas nacionales y federales de salud, participaron el Secretario de Salud de Misiones y que actualmente es el Ministro: Dr. Oscar Herrera Ahuad, y el Ministro de Salud de la Provincia de Santa Fe, Dr. Miguel Angel Capiello.

## **X Jornadas Federales y IX Jornadas Internacionales – 2012**

Estas jornadas se llevaron a cabo nuevamente en la ciudad de Rosario. La mesa inaugural abordó un tema muy importante y actual: Recursos Humanos en Salud. La Dra. Abramzón, referente en esta materia junto a Hugo Mercer de la OMS y el Ministro de Salud de la Provincia de Santa Fe, Dr. Miguel Angel Capiello, aportaron al diagnóstico y a las estrategias para desarrollar este recurso fundamental para cualquier sistema de Salud.

Volvimos a tratar el tema de la Producción Pública de Medicamentos y para ello contamos con representantes de los principales laboratorios estatales de la Argentina, y quien abordó el tema de los medicamentos biotecnológicos.

En esta edición, nos acompañaron el Dr. Neri, un ex Ministro de Salud, el Dr. Chuit y el Dr. Adolfo Sánchez de León, para hablar sobre el fundamental tema de: La reforma del sistema de salud en Argentina.

Sobre el mismo tema escuchamos la propuesta del Grupo PAIS lo que estuvo a cargo de Federico Tobar y Carlos Vassallo. Ahí, presentamos algunas de las grandes líneas que están circulando para poder consensuar reformas al sistema de salud. Como conclusión expresamos: "no estamos proponiendo la revolución del sistema sanitario sino que estamos tratando de consensuar algunas líneas de trabajo".

Seguimos tratando el tema de la Trazabilidad y empezamos a debatir acerca de la Competencia y la Cooperación en la cadena de valor del medicamento.

Finalmente, se trató una cuestión esencial para los farmacéuticos: Calidad y Rentabilidad de los Servicios Farmacéutico, un verdadero desafío de esta hora. Para ello nos acompañó un invitado de España, el Farm. Manuel Pérez Fernández quien nos informó en detalle de lo que ocurre en ese país.

## Recordatorios

No quiero finalizar esta conferencia sin antes mencionar a algunas personas que han participado de las jornadas pero ya no nos acompañan, el Dr. Juan Héctor Sylvestre Begnis "Canchi" que, para alguno de nosotros, fue un verdadero maestro con el cual aprendimos mucho de liderazgo, salud y compromiso social. La Dra. Débora Ferrandini, Subsecretaria de Salud de la Provincia de Santa Fe y una persona clave en el desarrollo de la formación de médicos generalistas y de familia y el Dr. Jorge Leguiza, que también falleció muy joven, y fue uno de los que sin dudas más aportó a la evaluación de tecnologías dentro de la Superintendencia de Servicios de Salud. También a los farmacéuticos Federico Cionna y Oscar Peresón quienes acompañaron en forma entusiasta desde FEFARA y del Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe, respectivamente, el desarrollo de estas jornadas durante varios años.

## Enseñanzas de la historia

Para ir cerrando esta exposición, empecé a asociar frases de algunos presidentes argentinos con momentos históricos que atravesó la FEFARA y, en particular, las jornadas y que pueden considerarse como lecciones aprendidas:

2002

**Hipólito Irigoyen.** *Nuestro programa es la constitución.* Nosotros podríamos decir respecto de este grupo que nuestro programa es la gestión y el acceso a los medicamentos para todos.

2003

**Marcelo T. de Alvear.** *Los hombres somos transitorios pero los partidos organizados, con sus virtudes y defectos, son fuerzas permanentes y necesarias llamadas a progresar y perfeccionarse.* Los hombres pasan las organizaciones quedan, mensajes importantes para poder ir sumando. La construcción de una organización inteligente.

2004

**J. D. Perón.** *Yo he visto malos que se han vuelto buenos, pero jamás he visto un bruto que se haya vuelto inteligente.* Esta es una frase clave para darnos cuenta de la importancia del conocimiento y que el eje está en la construcción del mismo. Datos, información y finalmente conocimiento. Es un capital intangible fundamental.

2005

**Alfredo Palacios.** *Quien se entrega al ejercicio de una profesión determinada se compromete con la sociedad a cumplir cabalmente la tarea que asume.* Esto es muy importante para comprender que hay que comprometerse desde el mismo momento en el cual uno estudia y con el saber.

2006

**Arturo Frondizi.** *Cambié mi postura porque prefiero renunciar a una actitud intelectual irreal, que mantenerla en desmedro de los intereses del país.* Los farmacéuticos que no entiendan el rol del manejo de la información, de la red de farmacias, del control de gestión y de la gestión de contratos tenderán a quedarse afuera desde un punto de vista económico del sector salud. Se trata de ser flexible a los cambios en el entorno y adaptarse sin perder los valores.

2007

**Arturo H. Illia.** *Los males profundos que nuestra patria debió soportar en su lucha fueron siempre el fruto de la concentración del poder político y económico en pocas manos, más diestras para servir demandas inconciliables con el alto interés nacional que para defender nuestro patrimonio moral y material.* Los farmacéuticos conviven en un sector medicamentos profundamente concentrado hay que moverse con inteligencia y rapidez como para saber aprovechar las oportunidades que se presentan e identificar las debilidades de los competidores para sobrevivir y crecer.

2009

**Raúl Alfonsín.** *Si la política solo fuera el arte de lo posible sería el arte de la resignación.* FEFARA siempre trato de ir más allá de lo posible porque si no se hubiera quedado a mitad de camino y quejándose de lo poderoso que son sus interlocutores: laboratorios y financiadores.

2011

**J. D. Perón.** *Sin independencia económica no hay posibilidad de justicia social.* En el sector de medicamentos donde le toca trabajar a FEFARA si no se consigue independencia de los grandes actores uno termina enredado en sus estrategias sin poder trabajar para los verdaderos intereses que tiene que representar que son las pequeñas y medianas farmacias administradas profesionalmente.

Muchas gracias.





## MESA N° 7

### **Las cadenas farmacéuticas en América Latina: una lógica comercial en la dispensa del medicamento**

*Coordinador: Farm. Miguel Osio  
Colegio de Farmacéuticos de la Prov. de La Pampa*

Buenos días a todos y a todas. En primer lugar, no puedo dejar de destacar, como miembro de FEFARA y como asistente a todas las Jornadas realizadas, lo que ha generado en mí la exposición que termina de realizar Carlos Vasallo. Estoy seguro que quienes no conocían la historia de este Encuentro se han informado fielmente y quienes la vivimos la pudimos recordar emotivamente y revalorizar todo el esfuerzo realizado. Gracias.

Antes de darle lugar a los expositores quería decir, respecto al título de esta mesa, que quizás surjan algunas diferencias importantes. Por ejemplo, alguien dijo que integramos una cadena de profesionales, y nosotros preferimos decir que somos una Red de profesionales o una Red de farmacias. La diferencia no es semántica sino todo lo contrario es una diferencia profunda. Porque nosotros conformamos una Red de profesionales para atender una demanda sanitaria de la sociedad y otros organizan

cadenas de establecimientos que entre otros productos venden medicamentos pero respondiendo siempre a un interés puramente comercial.

Alguna vez se planteó que el momento de aparición y de crecimiento importante en el escenario Nacional de estas cadenas fue a partir de la ley de Prescripción por Genéricos y quienes venimos hace algunos años caminando por estos lugares y por estos escenarios entendemos que el anclaje legal lo dio el Decreto N° 2284 de la Desregulación farmacéutica. A través del mismo se desreguló la propiedad, la distancia, la densidad de farmacia por cantidad de habitantes, el precio, y esto fue como aquella mancha de humedad que vemos acá pero que ingresó por otro lado me parece que lo que quedó como solapado fue aquella resolución que abrió la puerta al ingreso de las cadenas en la Argentina.

En el año 1991, con el advenimiento de la desregulación, pasamos de una propiedad regulada a una libre donde las personas jurídicas de cualquier naturaleza podían ser propietarios de una farmacia y ahí, vimos como aparecieron estas sociedades anónimas. Como decía el presidente de FEFARA en la conferencia de prensa, cuando la competencia es por la accesibilidad al medicamento entre actores identificados, nosotros, ese partido estamos dispuestos a jugarlo. En cambio cuando la competencia nos la plantean desde el anonimato de un fondo de inversión, nosotros ofreceremos resistencia.

Voy a ceder la palabra a los expositores el Mg. Juan Pablo Morales Montecinos y la Dra. María Laura Guaragna Llano.

El Mg. Juan Pablo Morales Montecinos es Químico Farmacéutico, recibido en la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas de la Universidad de Chile; Diplomado en Gestión de Calidad en Salud, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; Magister y MBA en Gestión y Dirección en Salud, Facultad de Economía y Negocios de la Universidad Mayor. Desarrolla su

actividad docente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Ha prestado servicios en distintos campos profesionales que incluyen, la oficina de farmacia y laboratorio farmacéutico. Actualmente, divide su trabajo en el sector público como asesor del Director del Hospital de Carabineros de Chile y en el sector privado como asesor en materia de asuntos regulatorios farmacéuticos, además, del tercer sector de las organizaciones sin fines de lucro. Es fundador del Centro de Políticas Farmacéuticas, una ONG de Chile, organización sin fines de lucro. Actualmente, es presidente de dicha organización como Director Ejecutivo. Fundador del Centro de Políticas Farmacéuticas (ONG) de Chile. Organización sin fines de lucro. Actualmente es Presidente de dicha organización como Director Ejecutivo.

La Dra. María Laura Guaragna Llano es Química Farmacéutica Egresada de la Facultad de Ciencias Química, de la Universidad Nacional de Asunción. Participó de numerosos Cursos, Simposios y Congresos tanto en administración y gerenciamiento de Unidades Farmacéuticas, a nivel nacional y extranjero. En el ámbito gremial, participó activamente en el Consejo Directivo de la Federación de Químicos del Paraguay. Es socia activa de AQUIMFARP (Asociación de Químicos del Paraguay). Durante nueve años conformó el Consejo Directivo de la Cámara de Farmacias del Paraguay, teniendo a su cargo durante todo este tiempo la Presidencia de CONVENFARMA (Convención de Farmacias del Paraguay). Actualmente, es Presidenta de la Cámara de Farmacias del Paraguay y CONVERFARMA. En el ámbito laboral, trabajó en Laboratorios Catedral, Scavone Hermanos, Laboratorios EMPA, Comfar SAECA., Laboratorios Éticos. En el año 1999, juntamente con otros colegas Químicos Farmacéuticos crean la Primera Cadena de Farmacias por el sistema de Asociatividad, la Red de Farmacias Independientes MAXIFARMA, que trabaja otorgando franquicias. Es Gerente propietaria y Regente del SERVICIO FARMACÉUTICO S.R.L. Farmacia.

*Mg. QF. Juan Pablo Morales Montecinos*

*Centro de Políticas Farmacéuticas*

Bueno, primero que todo quiero agradecer a FEFARA porque la verdad es que pese a estar muy cerca geográficamente no conversamos mucho sobre esta materia entre chilenos y argentinos. En el "raconto" que hizo Carlos Vassallo, pudimos ver que casi no hay participación desde nuestro país. Me parece que, salvo algunas excepciones de asistentes, pero en relación a mostrarnos y contarles nuestra realidad, la verdad que no hay. Por ello, celebro estar aquí para comenzar a reparar un poco esta cuestión.

Uds. hablan de regulación, nosotros vivimos la desregulación hace más o menos 40 años. La desregulaciones son parte de nuestra ley y el ejercicio farmacéutico esta relegado precisamente a lo que es esa ley.

Nosotros, como grupo, nos conformamos, nos constituimos como una ONG, precisamente, porque nos dimos cuenta de que los farmacéuticos chilenos muchas veces nos juntamos a hablar y en general se coincide en que todo está muy bien. Ustedes pueden ir a un Congreso a Chile y van a ver que hablamos de la atención farmacéutica, la dispensa de medicamentos, el uso racional pero cuando visitamos nuestros hospitales y nuestras oficinas de Farmacia, la verdad es que el discurso dista mucho de lo que es la realidad. En esa perspectiva decidimos independizarnos de las órdenes profesionales y de aquellas asociaciones gremiales industriales que de cierta forma cooptan el discurso y el dialogo en Chile.

De forma libre y al igual a como lo hace FEFARA quisimos empezar a generar conocimiento y material para discusión pero

no solamente para los farmacéuticos, sino también para la sociedad civil, para los médicos, para los profesionales de la salud y nos abrimos a un espacio más masivo.

Los farmacéuticos conocemos bien nuestro valor, lo tenemos claro, pero cuando le preguntamos al ciudadano, cuando conversamos con otros profesionales, ¿lo tienen tan claro?.

A veces los sistemas progresan y cambian en virtud de cuál es la valoración que tiene la sociedad de una profesión determinada. Por lo tanto, la valoración que tenemos sobre nosotros no es tan útil si es que esa valoración no la trasladamos hacia la sociedad civil, quienes finalmente validan en un conjunto social, las leyes y las normativas.

### Antecedentes preliminares

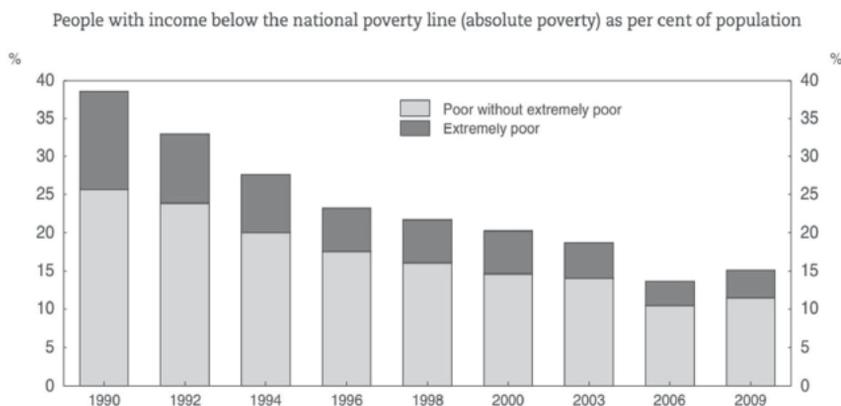
Hablar de cadenas de farmacias, es hablar de Chile. La verdad es que para entender por qué tenemos este sistema, es importante comprender cuál ha sido, también, el desarrollo de Chile como país. Para eso, es necesario saber cómo ha sido la evolución de algunos índices económicos, como el Producto Interno Bruto per Cápita en comparación con, por ejemplo, Latinoamérica.



Fuente: Mg Juan Pablo Morales Montecinos. 2013.

Como pueden ver en la siguiente gráfica, Chile ha superado esa barrera y ya ha llegado a situarnos, un poco presuntuosamente, dentro de los países de la **Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)** y a compararnos en términos de indicadores sanitarios con ellos.

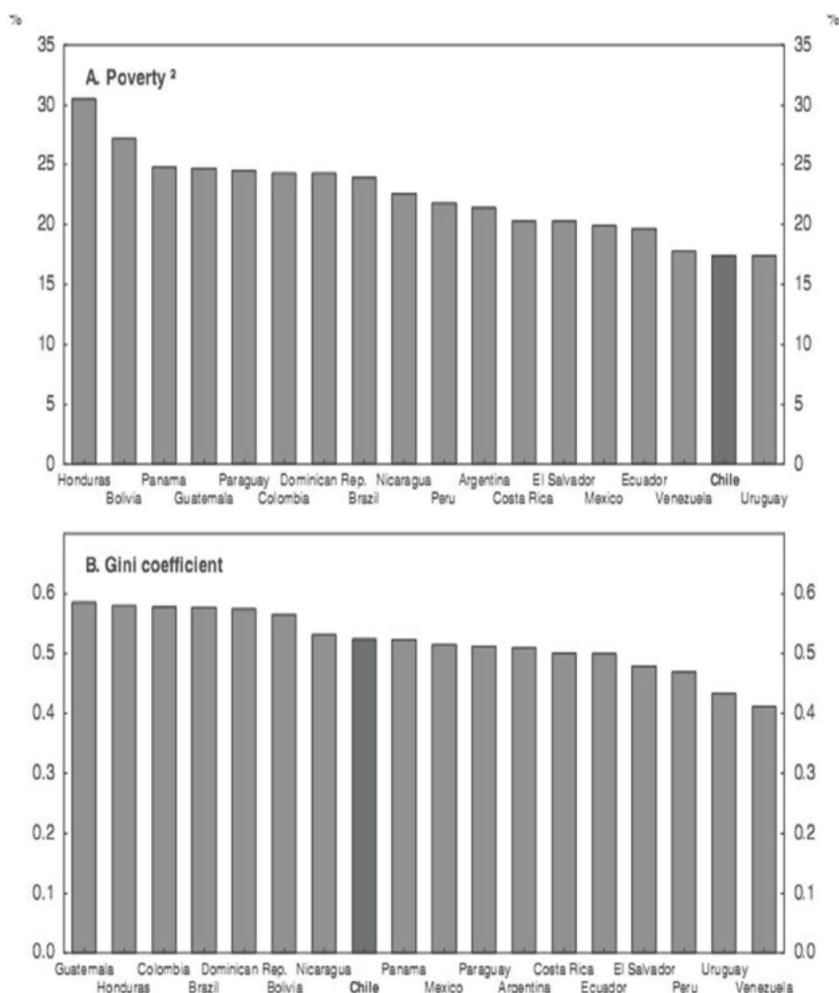
Por otra parte, también la batalla contra la pobreza ha sido significativa en Chile y en pocos años hemos superado índices que en el año 1990 alcanzaban casi al 40 % de la población. Esto también lo pueden observar en la siguiente gráfica.



Fuente: Mg Juan Pablo Morales Montecinos. 2013.

Si nos comparamos con América Latina, nos encontramos en una situación aventajada en comparación a nuestro contexto, pero con una característica muy importante que tiene que ver con la inequidad, con la desigualdad que está dada por el coeficiente de Gini, que nos muestra, lo podrán ver en la figura, como uno de los países más desiguales dentro del contexto de la OCDE.

Poverty and inequality in Latin America comparison<sup>1</sup>  
2009 or latest year available

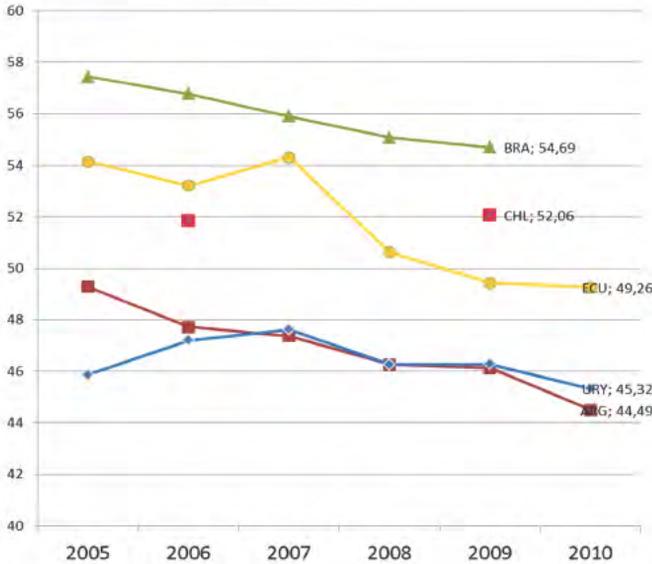


Fuente: Mg Juan Pablo Morales Montecinos. 2013.

Si nos comparamos en ese contexto con los países latinoamericanos y en selección con quienes participan de estas Jornadas, la verdad es que también dentro de la situación latinoamericana estamos dentro de los países con mayor desigualdad, como Uds. lo pueden observar en la gráfica.

### Indice de Gini, equidad en la distribución de Ingreso, países seleccionados (0=equidad perfecta 100=inequidad perfecta)

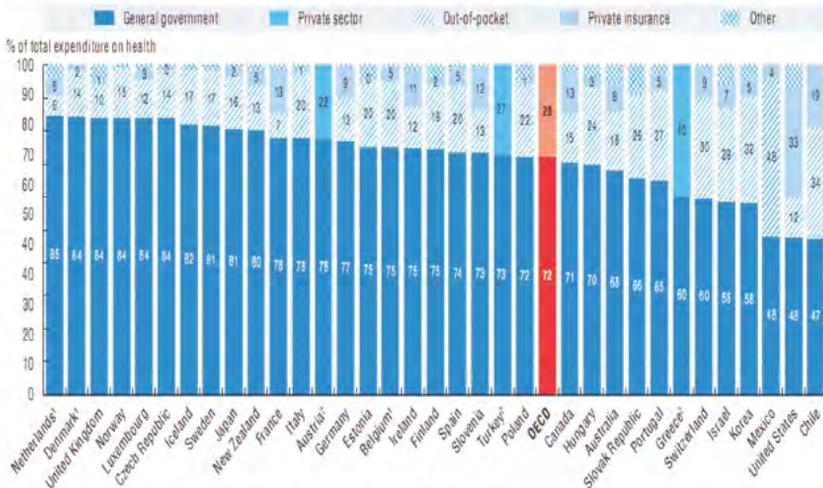
Elaboración propia a partir de datos Banco Mundial. 2011.



Fuente: Mg Juan Pablo Morales Montecinos. 2013.

### Gasto en Salud en relación a las fuentes de financiamiento

7.5.1 Expenditure on health by type of financing, 2009 (or nearest year)

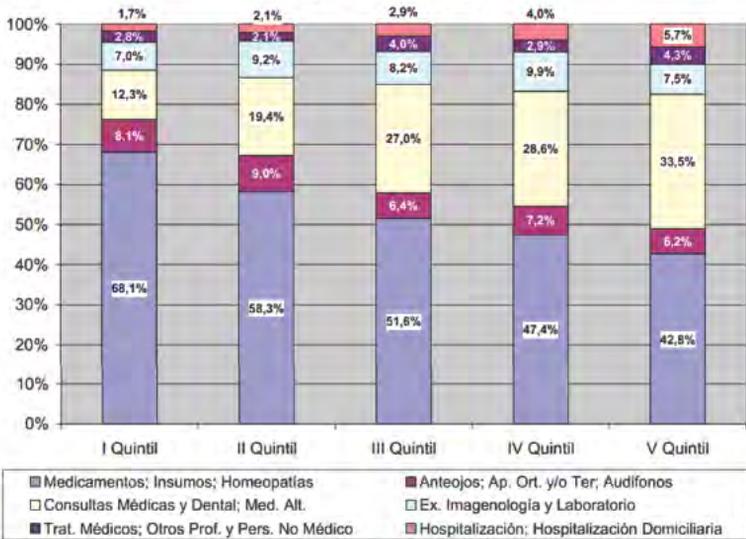


Fuente: Mg Juan Pablo Morales Montecinos. 2013.

Por otro lado, si comparamos el gasto en salud en relación a las fuentes de financiamiento, podemos ver que Chile está en el extremo superior derecho, en donde el gasto con el cual concurre el gobierno es muy bajo, es de cerca de un 47 % y la mayor proporción del gasto es asumido de forma directa por el beneficiario, a través de lo que se conoce como el gasto directo de bolsillo.

Ese gasto de bolsillo, si nosotros lo desagregamos, podemos ver que los primeros quintiles, es decir los sectores más pobres y vulnerables de la sociedad, tienen un gasto de bolsillo casi cercano al 70 % que corresponde directamente a medicamentos. Lo que ocasiona una situación de inequidad, de injusticia y, obviamente, una situación altamente regresiva.

**Composición del gasto en Salud. Según Quintil**  
(incluyendo reembolsos)

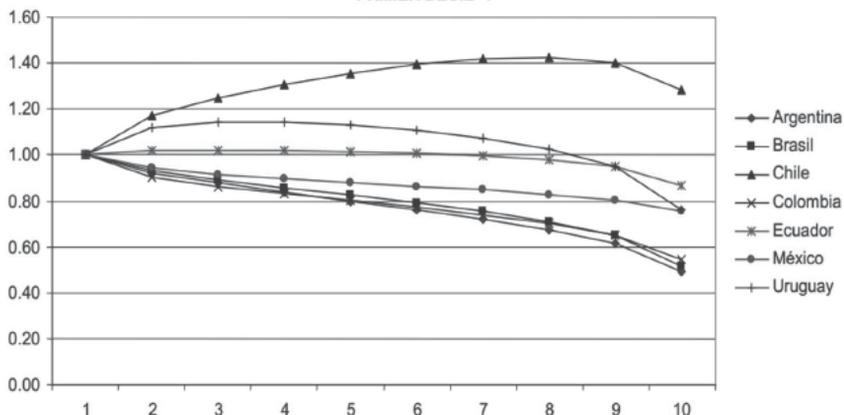


Fuente: Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud (ENSGS).

Si observamos ese gasto de bolsillo y nos comparamos con otros países de Latinoamérica, en virtud de los ingresos de nuestra población, podemos ver que en la línea superior con

### Países seleccionados de América Latina, CGB por niveles de ingreso

PREDICCIONES DEL MODELO LINEAL, POR DECILES DEL INGRESO PER CÁPITA FAMILIAR, PRIMER DECIL=1



M. Pericara. "Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos". Políticas sociales series, No. 141 (LC/L.2879-P), Santiago, Chile, Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC), 2008. United Nations publication, Sales No. S.08.II.G.18

triángulos se ubica Chile en donde se puede ver que la carga es mucho mayor para nuestros sectores poblacionales en virtud de ese ingreso pero también en virtud de la inexistencia de seguro o de reembolso en materia de medicamentos.

Muy bien, habiendo hecho esa previa para que Uds. puedan tener una capacidad crítica de cómo funcionan nuestro sistema sanitario en muy grandes líneas, ahora es preciso presentar como han progresado las cadenas de Farmacia en nuestro país. Éstas son un resultado de la organización política, económica y también, obviamente, de la organización industrial que hemos adoptado y que es más parecida al modelo estadounidense que al modelo europeo que ustedes miran.

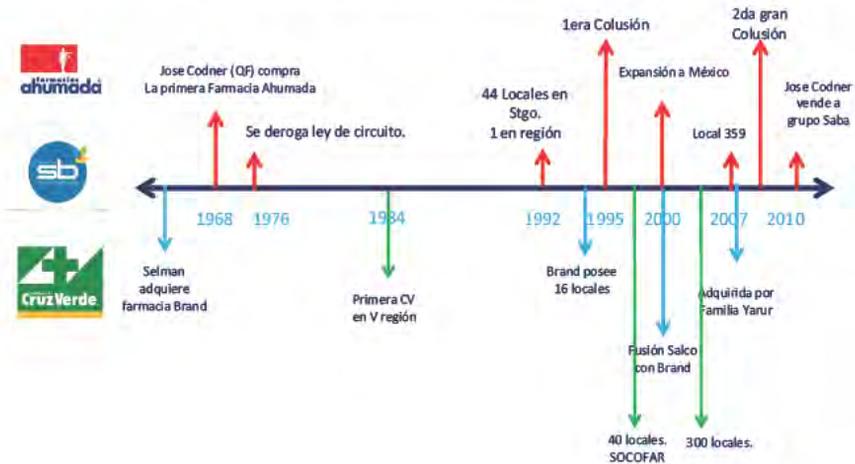
### Cadenas de Farmacia en Chile

En el año 1968, José Codner, un Químico Farmacéutico compra una primera farmacia. En el año 1976, se deroga la ley de circuito que establecía la titularidad de la farmacia en manos del farmacéutico y, también, las distancias mínimas que eran de cuatrocientos metros en relación a la cobertura de las farmacias.

Hacia el año 1992 este profesional comienza a formar una cadena y ya tiene 44 locales en Santiago y funda el número 45 en la región. En 1995 se detecta la primera colusión de medicamentos en Chile en donde concertaron entre las principales y grandes cadenas de Farmacia los precios fijos de medicamentos. En Chile no tenemos precios de referencia, tampoco tenemos una fijación del precio del medicamento. Por lo tanto, el precio es un resultado de la interacción entre laboratorios, productores y entre, también, las instancias de dispensa. Posteriormente, en el año 2000 se expande a México y funda su local 359. En el año 2009 tenemos la segunda gran colusión y en el 2010 José Codner vende un grupo de farmacias al grupo Saba, que es un grupo mexicano que posee más de 13.000 farmacias.

La segunda cadena, Salcobrand, comienza antes del año 1968 cuando Selman adquiere la primera farmacia Brand. Esta farmacia Brand en el año 1995, antes de la colusión ya tenía 16 locales en un esquema de libertades y de propiedad libre. Posteriormente se fusiona con Salco y forma la cadena Salcobrand. Luego, en el 2007 es adquirida por un gran grupo económico que es la familia Yarur.

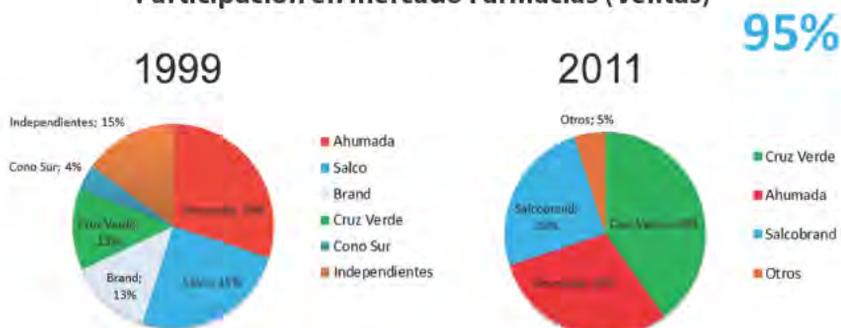
### Antecedentes Históricos: Cadenas en Chile



La otra gran cadena de Farmacia, es la Farmacia Cruz Verde, que en 1984 manejaba el negocio de las droguerías o de la distribución de medicamentos. Por el año 1998 ya tiene 40 locales, pero maneja el nivel de distribución de medicamentos e insumos médicos a través de una distribuidora que se llama Socofar. En el año 2005, ya tiene 300 locales.

Si vemos la participación en el mercado, la analizamos y la comparamos desde el año 1999 al 2011 nos encontramos con que la participación de estas tres cadenas, al año 2011, domina el 95 % de las ventas en Chile. Por otro lado, tiene un índice de Herfindahl, que es el que mide la concentración en los mercados, cerca de los 3000 puntos, que da cuenta de un mercado altamente concentrado. Como referencia, en algunos casos de duopolio se alcanzan los 2500 puntos.

### Participación en mercado Farmacias (Ventas)



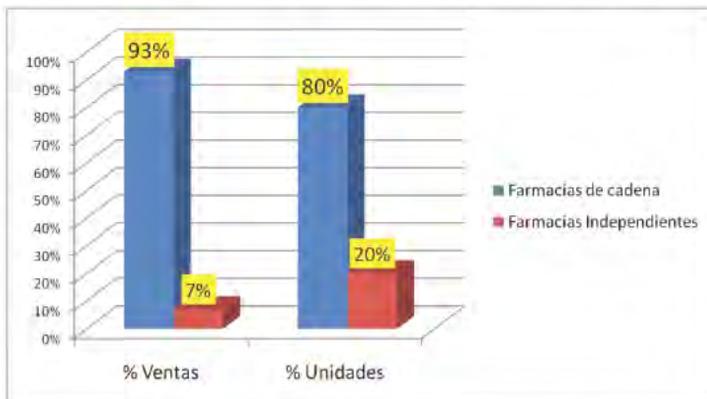
Índice Herfindahl Hirschman (HHI) de los 3.000 puntos.

A pesar de la existencia de Farmacias independientes, que en general no están en manos de farmacéuticos sino de sociedades anónimas o de empresas de inversión limitada, las farmacias de cadena al año 2012, son aproximadamente 1.400. Las farmacias de cadena, concentran el 93 % de las ventas, el 80 % de las unidades. Las farmacias independientes, que son 1.300, luchan por un 7 % de las ventas.

Les comento que para construir estos indicadores nosotros enfrentamos una dificultad muy grande, toda vez que esta información es en mayor medida de dominio privado y no existen indicadores públicos, o se están construyendo hace muy poco.

La verdad que eso es una situación de ejercicio profesional precario y, muchas veces, estas oficinas de farmacia funcionan sin farmacéuticos. La situación actual ha llevado que bajo esta lógica de depredación, las farmacias se encuentren en aquellos puntos más rentables y no se ubiquen en las comunas más pobres. Esto provoca, que al año 2012, 44 comunas en Chile no tienen farmacias.

|                          |      | % Ventas | % Unidades |
|--------------------------|------|----------|------------|
| Farmacias de cadena      | 1400 | 93%      | 80%        |
| Farmacias Independientes | 1300 | 7%       | 20%        |

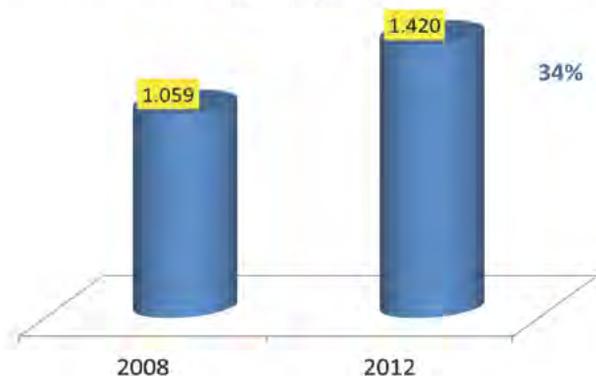


Situación actual: 44 Comunas en Chile, sin farmacias.

Fuente: DIPOL / MINSAL Octubre 2012

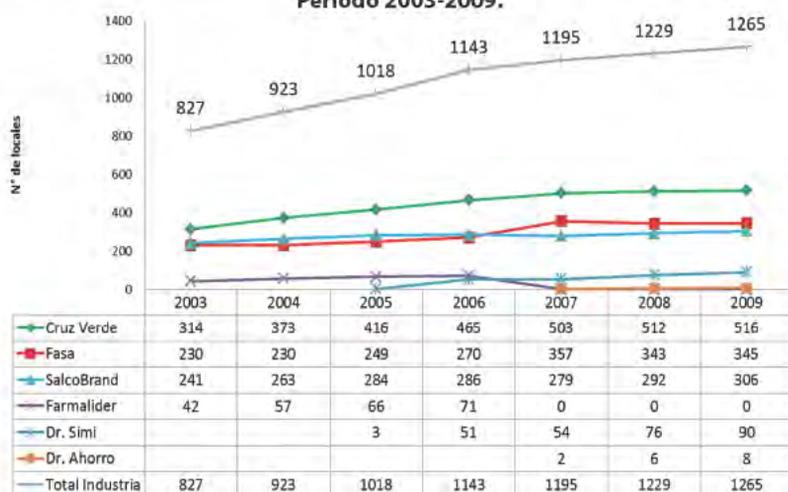
Por otro lado, si analizamos las ventas de cadenas en los últimos cinco años, han aumentado progresivamente un 34 %. En el año 2008 vendían mil cincuenta y nueve millones de dólares, y en el año 2012 ya van en los mil cuatrocientos veinte.

### Ventas cadenas de farmacia en millones de dólares (últimos 5 años)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por Ministerio de Economía. Informe sobre mercado farmacéutico. 2013.

### Evolución número de locales Cadenas de Farmacias en Chile. Período 2003-2009.



\*Elaboración propia a partir de datos de P. Rojas y Asociados 2010. Informe Económico.

La evolución del número de locales, la verdad, que es casi exponencial, ya nombramos las tres cadenas que dominan el mercado, pero de forma incipiente han aparecido otras cadenas muy pequeñas, generalmente en el rubro de los medicamentos similares, como las farmacias mexicanas del Dr. Simi o del Dr. Ahorro.

La comparación con el mercado estadounidense, bueno, es similar. Como pueden observar las farmacias de propiedad única presentan una caída de nivel importante y las cadenas de farmacia de nivel nacional, regional y pequeñas cadenas han ido en un progreso toda vez que las economías de escala que son capaces de generar, le facilitan mucho la competencia vía precio. Y en un país en donde el acceso está principalmente condicionado por el precio, la verdad es que otras formas de competencia, son muy difíciles.

### Comparación con situación mercado Estadounidense

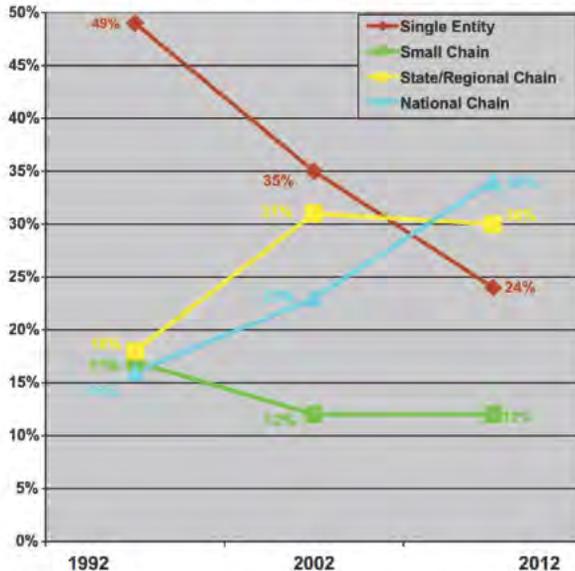


Fig. 5. Proportion of business organization structures for community pharmacies in Minnesota 1992, 2002, 2012. <sup>a</sup>Refer to methods for operational definitions.

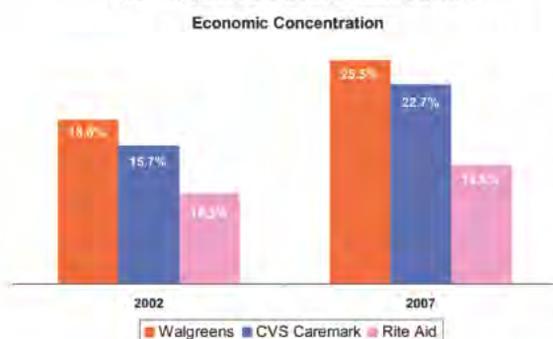
Schommer et al. / Research in Social and Administrative Pharmacy j (2013) 1–15

Fuente: Fuente: Mg Juan Pablo Morales Montecinos. 2013.

La concentración, bueno, muy parecida a la que tiene el mercado estadounidense sin embargo, ellos tienen casi cerca de un 50 % de concentración y nosotros tenemos el 95 %.

Pero podríamos hablar de que quizá esta suerte de progresión a través de la economía de escala podría ser positiva si es que otorga beneficios para la sociedad, como por ejemplo el precio de medicamentos bajo. Pero si analizamos la evolución de los precios desde el año 2006 al 2013 nos encontramos que hay una progresión de precios alcista en donde el precio de medicamentos en Chile ha subido en virtud de los años.

### Concentración de la participación en mercado Estadounidense



Fuente: Fernandez, J. Encuentro OPS-Minsal (Walmart Chile)

### Evolución del precio promedio de medicamentos



Algunos **efectos positivos** (P. Rojas y Asociados 2010. Informe Económico.)

- Nuevo modelo de creación de valor:
- Imagen común (MARCA) con estándares de calidad superiores.
- Servicio, inventario, confort, estacionamientos, climatización.
- Integración con empresas de distribución reducciones de costos unitarios con beneficios traspasados a consumidores.
- Mayores horarios de atención.
- Créditos.
- Uniformidad de precios.
- Cobertura geográfica.

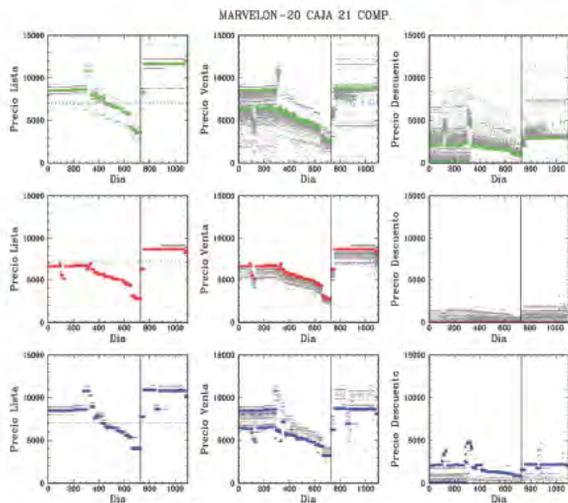
En relación a la **concentración y eficiencia** podemos hablar de que todavía hay mucha controversia dentro de la literatura científica al respecto pero, en general, se llegan a dos principios fundamentales de que a mayor concentración, mayor posibilidad de colusión. Pero también a mayor concentración, mayor posibilidad de generar precios menores, expandirse a través de la producción y de generar algunos mayores beneficios, pero la verdad es que sigue siendo un punto muy controversial. En el año 1998, Laporta menciona que la expansión y la alta concentración es posible en países con protección jurídica baja, que es el caso de Chile, en donde la protección pese a ser un campo muy regulado a través de leyes, se regula para permitir la libre competencia y eso significa la competencia de cualquiera que tenga el capital para poder instalarse con una farmacia.

Dentro del **contexto social y político**, la colusión de las farmacias es un tema que la ciudadanía tiene muy presente y en la cual se ha involucrado dentro de la imagen de la farmacia, al farmacéutico. Por otro lado, hay un reclamo social frente a la

desprotección financiera del precio de los medicamentos. Otro tema muy curioso es que todas las intenciones de regulación por parte del Estado han sido confrontadas y resistidas tanto por los gremios farmacéuticos como los gremios médicos. Eso también nos da cuenta de una suerte, obviamente, de compromiso y de casi infiltración o algún tipo de relación muy especial, y eso produce una mala evaluación por parte de la ciudadanía.

Estos son algunas especies de caricaturas, pero lo más importante de esta línea es como se comportó el precio y como los laboratorios durante un período, que se establece casi cerca de un año, fueron capaces de ir actuando, ya sea a través de acuerdos tácitos o de acuerdos directos, para la fijación de distintos precios. Aquí, la participación de los laboratorios fue fundamental, la colusión en verdad no es solamente de la farmacia, sino también una colusión de los laboratorios. Los laboratorios, de alguna manera se ven obligados a participar toda vez que un poder de compra del 95 % del mercado pone de rodillas al sector productor.

### Capítulo aparte: la Colusión.



**La Segunda**

Elaboró Andrés Páez el gráfico para compararlo en el medicamento... También, los laboratorios Sanja y Dorian.

**Acusan a farmacias de alzas concertadas**

Serey, V. Indicadores de Colusión en el Mercado Farmacéutico Chileno. 2012.

Todo esto, generó imágenes de la ciudadanía, de reclamo, ataque a las farmacias y a los farmacéuticos, de clausuras simbólicas por parte de los ciudadanos.



### Modelo de retail, cadena de valor e integración vertical.

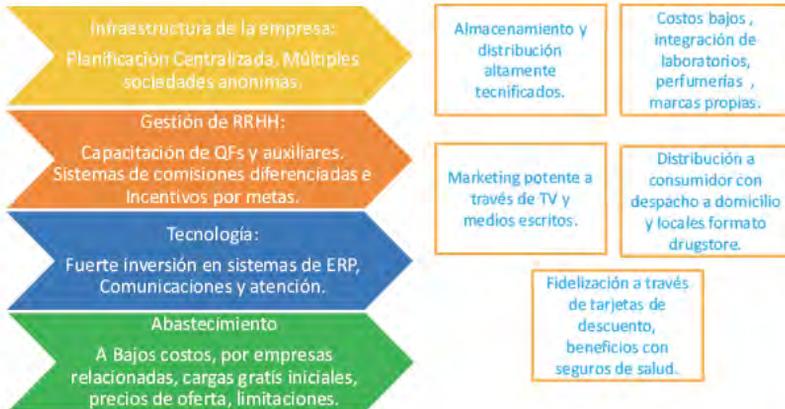
El modelo del retail introduce la cadena de valor y se desarrolla a través de la integración vertical.

El **retail farmacéutico** tiene 4 principios primordiales: disminuir los costos y dentro de los costos muchas veces se puede considerar a su personal y a sus profesionales, disminuir los precios de compra, diferenciarse por precios y aumentar las ventas.



Hay sistemas diferenciados que incentivan a la venta en donde el farmacéutico participa directamente y parte de su sueldo está compuesto por esos incentivos. También, acuerdos con productores, desarrollo de marcas propias por parte de las cadenas de farmacia e integración tanto vertical en donde estas cadenas, hoy en día, son dueñas de laboratorios, de droguerías y en ese sentido acaparan un poder muy grande de mercado, tanto vertical como horizontal como es el caso de perfumerías.

La **generación de valor**, propia del retail, con planificación centralizada, múltiples sociedades anónimas, sistemas con profesionales de primer nivel, abastecimiento a bajos costos, integración vertical, almacenamiento muy tecnificado, marketing a través de tv y medios escritos.



Esto nos da como escenario, farmacias que desde el punto de vista de la imagen corporativa son muy atractivas pero también con ofertas de medicamentos, y en este contexto, hablar de uso racional de medicamento o de ejercicio de la profesión desde un punto de vista profesional, créanme que es muy difícil.



**OFERTA IMPACTO**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>\$1,090</b><br>Cefixima 150 mg<br>12 comprimidos     | <b>\$3,490</b><br>Amoxiclavato 500 mg<br>12 comprimidos  | <b>\$4,990</b><br>Amoxiclavato 500 mg<br>12 comprimidos                          |
| <b>\$5,990</b><br>Paracetamol 500 mg<br>12 comprimidos  | <b>\$36,090</b><br>Amoxiclavato 500 mg<br>12 comprimidos | <b>\$24,990</b><br>\$14,000<br>\$11,000<br>Amoxiclavato 500 mg<br>12 comprimidos |
| <b>\$990</b><br>Amoxiclavato 500 mg<br>12 comprimidos   | <b>\$1,190</b><br>Amoxiclavato 500 mg<br>12 comprimidos  | <b>\$2,990</b><br>\$1,000<br>\$1,990<br>Amoxiclavato 500 mg<br>12 comprimidos    |
| <b>\$2,990</b><br>Amoxiclavato 500 mg<br>12 comprimidos | <b>\$2,990</b><br>Amoxiclavato 500 mg<br>12 comprimidos  | <b>\$3,990</b><br>Amoxiclavato 500 mg<br>12 comprimidos                          |

Presentación única disponible en el país. Medicamento a disposición de todo paciente.  
Reservados todos los derechos. No se garantiza la exactitud de los precios. No se garantiza la disponibilidad de los productos.  
El medicamento debe ser prescrito por el médico. Consulte siempre al médico y evite el automedicarse con productos de marca registrada.

rápida como sea posible. Entonces, como principios orientadores estarían incluidos: la eficiencia, la predictibilidad, la capacidad de control y la sustitución de lo humano por la tecnología.

Como Uds. pueden ver coloco como ejemplos propagandas, una de ellas es una propaganda de las cadenas de farmacias al medio está el farmacéutico junto a un prestador de servicio, un bombero como lo llamamos nosotros, que le vende bencina a los autos y una cajera de supermercado. Esa es la forma de promocionar el ejercicio profesional en nuestro país que tienen estas cadenas de farmacia. No hay diferencia con dos empleados de Mc Donald's de comida rápida.



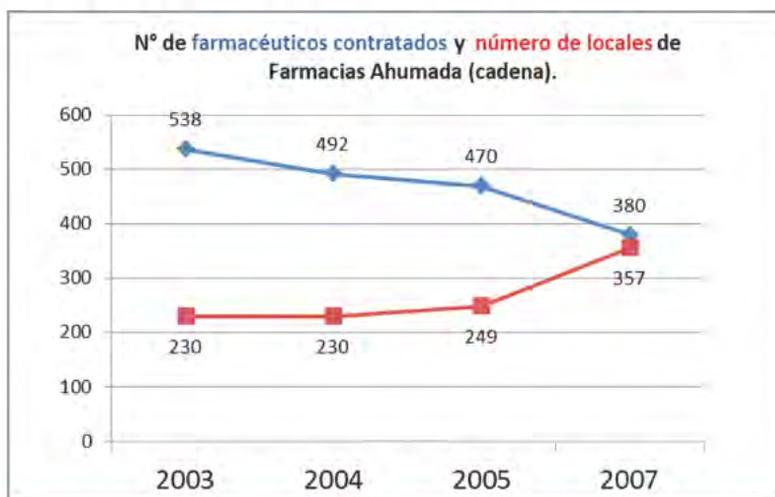
Por otro lado, también el **progreso profesional** dentro de estas cadenas de farmacias se da primero, como farmacéutico complementario, posteriormente como farmacéutico jefe del local, jefe zonal, *Key Account Manager* (KAM) y por otro lado

La búsqueda de progreso profesional en la pirámide del retail.



como gerente de ventas. Es decir el progreso profesional en las cadenas está limitado a abrazar los principios orientadores del retail, no hay otra progresión. Por lo tanto, esto cambia mucho la cosmovisión del propio ejercicio profesional y los niveles de renta, obviamente, superiores al inicio de esa cadena con una disponibilidad de puesto muy pequeña. Por lo tanto, se inicia una pelea social dentro del gremio por alcanzar esos puestos.

Pero, como pueden observar en el gráfico, si comparamos el progreso y el crecimiento en números de farmacias con el número de farmacéuticos contratados en una de las cadenas, podemos ver que en azul el número de farmacéuticos contratados a través del tiempo ha disminuido de forma importante. Sin embargo, el número de locales de farmacias ha aumentado, y si sacamos una relación, podemos ver que esa relación se acerca peligrosamente casi a un farmacéutico por farmacia, en donde las farmacias funcionan 24 hs. Es decir, hay 16 hs. que la farmacia no tiene farmacéutico, o tiene un farmacéutico contratado en condiciones laborales que no están relacionadas con un contrato de trabajo.



|          |     |     |     |     |
|----------|-----|-----|-----|-----|
| Relación | 2,3 | 2,1 | 1,9 | 1,1 |
|----------|-----|-----|-----|-----|

Fuente: Elaboración propia a base de estados de resultados FASA

La evolución del retail está cambiando día a día, y cuando un país entra en la dinámica del retail, la verdad, lo que nos indica esa lógica es solo buscar soluciones de retail, para tener esa mayor eficiencia.



En la gráfica hay una solución de retail con la que me tope el año pasado en una presentación que hicimos para el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, en donde Correos de Chile, una empresa estatal, ya está hablando de una lógica de dispensación a través de sistemas de correo y donde la figura del farmacéutico desaparece. Ellos hablan de más opciones para consumidores y la entrega de medicamentos a través de puntos de retiro, de encargos y encomiendas.

En relación a la **integración vertical**, la verdad, es lo que ha permitido principalmente la consolidación de estas cadenas toda vez que la disminución de costos y el evitar transacciones entre empresas ha provocado que el poder económico de estas empresas sea muy grande.

En el siguiente cuadro se sintetizan los beneficios y costos. Es para destacar que uno de los beneficios quizás es un poco lo que Uds. intentan a través de la agrupación farmacéutica que han construido y es evitar algunos costos de transacción. En cuanto a los costos, entre otros se encuentra la necesidad de mayor capital para ingresar a este mercado, por lo tanto la libre competencia por parte de un farmacéutico o de pequeños productores es imposible.

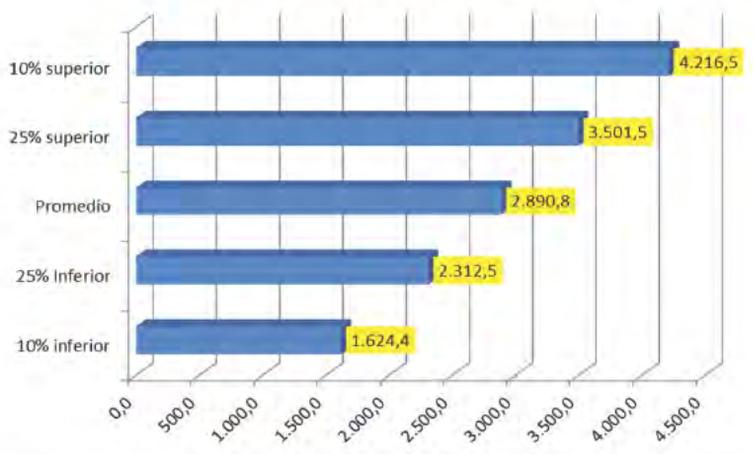
| Beneficios  | Costos  |
|---|---|
| Internalización de economías de escala.                               | Riesgos de operación mayores.   |
| Evita costos de transacción.  | Necesidad de mayor capital.   |
| Economías a partir de operaciones combinadas.                         | Dificultades de cambios de procesos.  |
| Genera amplias espaldas defensivas contra proveedores y competidores. | Barreras de salida altas.   |
| Optimiza necesidades de personal cuantioso.                           | Aumento del poder monopólico y de las rentas percibidas por posición estratégica.<br>Efectos negativos sobre la competencias. |

Fuente: Elaboración propia a partir de varios autores.

Dentro del punto de vista de la **empleabilidad e ingreso**, la empleabilidad en Chile es cerca de un 97 % al quinto año de titulación. Es decir, es una situación de pleno empleo para los farmacéuticos, y eso de cierta forma tiende a acomodarlos, a sentirse quizás que están sacrificando alguna parte. Pero bueno, en vista de esta estabilidad laboral, ya no es tan mal visto esta situación.

### Ingreso bruto promedio al 5to año de titulación (USD)

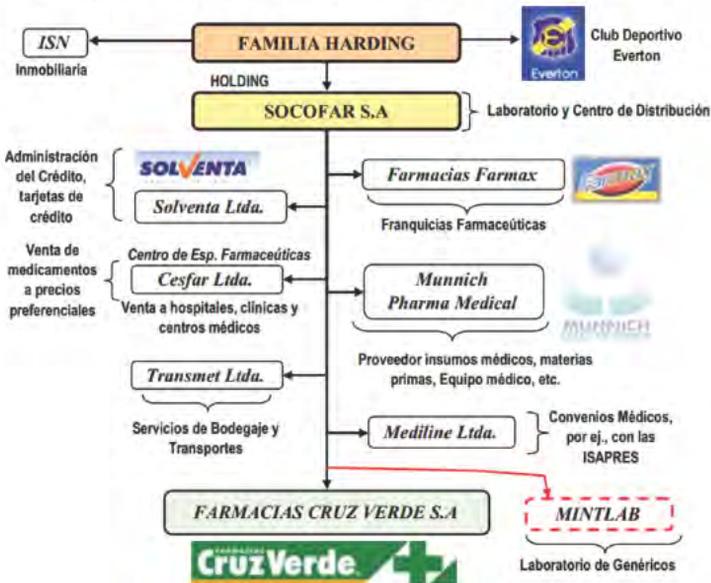
(Fuente: Ministerio de Educación Chile 2012)



Si analizamos los ingresos brutos promedios, el 10 % superior de los farmacéuticos está cerca de los 4.200 dólares mensuales. El promedio de ingreso de los farmacéuticos es de 2.800 dólares mensuales, en un país donde el ingreso promedio de la clase media es casi cercano a los 1.100 dólares, por lo tanto, también, hay una situación de privilegio que ha llevado a aceptar cómodamente esta situación.

Uds. podrán observar un modelo de integración vertical que yo les hablaba, aquí tenemos la estructura de una de las cadenas, de Cruz Verde. Ellos son dueños de un club deportivo y una inmobiliaria, administran tarjetas de crédito, tienen farmacias de especialidades, servicios de transporte y bodegas. Además, tienen convenios médicos con los sistemas de salud que tenemos, poseen droguerías y, por otro lado, poseen laboratorios. La verdad, que en virtud de esta integración vertical, el alcanzar costos y competir con precios, deja afuera a cualquier competidor que pueda existir.

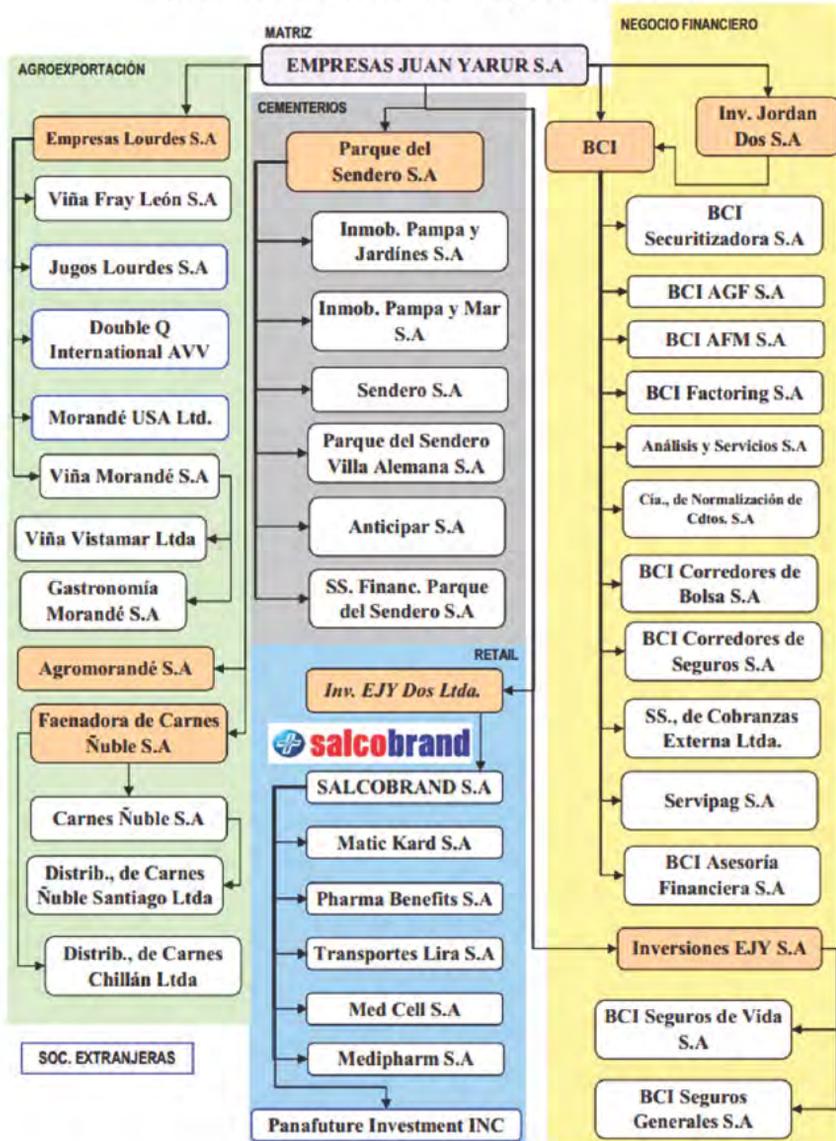
### Estructura Societaria Cruz Verde - Diciembre 2007



Fuente: Informe Retail. Fundación Sol. 2007

Otro ejemplo de integración vertical, es la cadena Salco-brand, en donde son dueños de bancos, cementerios, farmacias y de faenadoras de carne. Eso les permite en términos de la organización industrial poder progresar.

**Estructura Societaria EJY - Septiembre 2007**



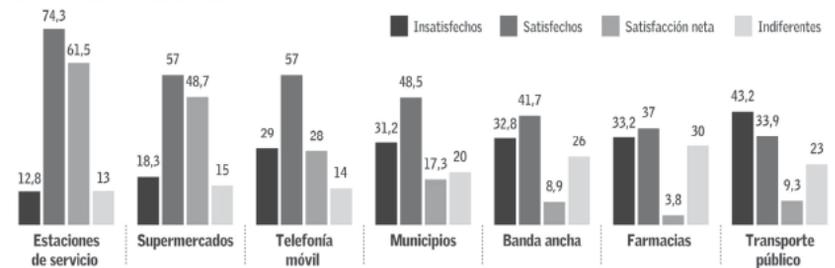
## Efectos Sociales y Políticos.

¿Cuáles son los efectos sociales y políticos que ha causado esto? En el caso de Chile a raíz de la colusión tuvimos que el Tribunal de la Libre Competencia, multó a las cadenas de farmacia con 20 millones de dólares a raíz de la investigación que realizó la Fiscalía Nacional Económica, pero también a raíz de un informe económico que presentó Carlos Vassallo, en una oportunidad.

Por otro lado, se establecieron algunos nuevos marcos legales, la Ley de fármacos y la modificación del Código Sanitario. Y hay propuestas de regulación como ya lo dije, con alta resistencia de gremios profesionales e industriales, la verdad, que a mí me cuesta entender. Pero por otro lado hay graves denuncias de lobby, que se han visto a través de los medios de comunicación, un Ministro de Salud preocupadísimo frente a la dificultad de poder sacar leyes o sacar regulaciones en virtud de que un poder tan grande, con una integración vertical, con un capital económico tan grande, es financista de campañas políticas, de candidaturas a diputados y a senadores. Por lo tanto la relación se vuelve mucho más profunda.

En relación al **efecto de la desconfianza**, Uds. podrán observar una evaluación que se hizo aproximadamente hace casi tres semanas, en donde se estableció como se valoraba el servicio que prestaban las farmacias a la sociedad. La verdad, es que no sé si Uds. han escuchado, pero en Santiago, hemos tenido

Qué tan satisfecho está Ud. con:



Fuente Front Desk

EL MERCURIO

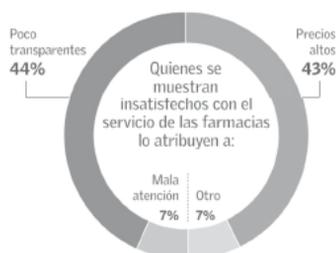
un problema gigante con el transporte público que ha causado mucho malestar en la ciudad. Bueno, las farmacias solamente están mejor evaluadas que el transporte público. La banda ancha, los municipios, la telefonía móvil, los supermercados, las estaciones de servicio, tienen mejor valoración que la que tienen las farmacias hoy en día.

Eso ha causado marchas, en virtud de lo carísimo que son los medicamentos. Por otro lado, las farmacias tienen conductas que son muy reñidas con la ética, en general las recomendaciones de los vendedores, la población la identifica como condicionante.



Cuando uno llega a la farmacia con una receta del médico tanto los vendedores como los farmacéuticos, tratan de ofrecerte el medicamento que es propio de la marca propia de ese laboratorio.

|   | Muy de acuerdo/de acuerdo<br>↓ | Muy en desacuerdo/en desacuerdo<br>↓ |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| La recomendación del vendedor ¿es conveniente para la farmacia?             | 75%                            | 13%                                  |
| La recomendación del vendedor ¿es conveniente para el cliente?              | 36%                            | 52%                                  |
| ¿Los vendedores le indican para qué sirve el medicamento?                   | 53%                            | 47%                                  |
| ¿El vendedor le sugiere medicamentos de fabricación de la propia farmacia?  | 53%                            | 47%                                  |
| ¿El vendedor le sugiere medicamentos de menor valor sin que usted consulte? | 24%                            | 76%                                  |
| Ahumada es una farmacia transparente  | 37%                            | 43%                                  |
| Salcobrand es una farmacia transparente                                     | 36%                            | 38%                                  |
| Cruz Verde es una farmacia transparente                                     | 41%                            | 35%                                  |



Por otro lado, la **Ley de fármacos** es un intento de regular con algunos **aspectos abordados** como los incentivos perversos, la restricción ante el cambio de receta, colocar alguno que otro precio en envases y regular los horarios y turnos.

| Aspecto                          | Aborda   | Pendiente / propuestas.  |
|----------------------------------|--|--|
| Incentivos Perversos.            | Prohibición, donación, definición.                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Definir y regular promoción médica.</li> <li>Presiones laborales.</li> <li>Transparencia beneficios. Listados públicos.</li> </ul>                                |
| Restricciones cambio de recetas. | Definición Receta, prescripción DCI, Equiv. Terapéuticos-menor precio. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mecanismos de empoderamiento a consumidor.</li> </ul>   |
| Precios en envases.              | Transparencia de precios.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>No resuelve el problema de fondo Fijación-Variación. Genera costos extras.</li> </ul>   |
| Regulación horarios y turnos     | Farmacia = Centro Salud. Farmacia Itinerante. Turnos.                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Petitorio Mínimo.</li> <li>Proceso de licitación de servicio público concesionado para poder garantizar el cumplimiento durante un tiempo determinado.</li> </ul> |

Pero hay otros **aspectos que no aborda la Ley de fármacos**, como la integración vertical, que podríamos decir, que es quizás la raíz de este problema. Tampoco los mecanismos de control de precios, la fortaleza de la Agencia Nacional de Medicamentos, el gran comprador público, ni algunos aspectos relacionados con las buenas prácticas de manufactura y la intercambiabilidad de medicamentos.

Pero no lo aborda, no porque no quiera, sino porque nuestro marco constitucional protege la libre empresa y la salud ocupa

| Aspecto                          | Importancia  |
|----------------------------------|--|
| Integración vertical             | FNE concluye que esto las interrelaciones facilitadas por los acercamientos entre competidores, alianzas estratégicas verticales (Socofar-Cruz Verde- Salcobrand) sumado a la estrecha utilización de los laboratorios para la coordinación y monitorización de los acuerdos de fijación de precios fue lo que en definitiva lo que permitió la colusión de las farmacias. |
| Mecanismos de control de precios | Nuevamente, la ley no contempla ningún mecanismo que regule los precios ni cómo varían en el tiempo lo que construye una situación de vulnerabilidad de la ciudadanía en un mercado con características oligopólicas.  |
| ANAMED                           | Necesidad de agencia especializada, el ejecutivo ha expresado la intención clara de cumplir con compromiso de crear la ANAMED cosa que no se ve reflejado en este proyecto.  |
| CENABAST                         | MINSAL DEBE ASUMIR RESPONSABILIDAD POLÍTICA DE INTRODUCIR MEDICAMENTOS AL SISTEMA EN ESTE TIPO DE SITUACIONES Y NO CENABAST.   |
| Calidad GMP/ Equiv. Terapeuticos | Que no suceda lo presentado por nuestra ONG  |

un segundo lugar, toda vez que el derecho a la salud no está consagrado en la constitución sino que lo que está consagrado es el acceso a mecanismos de protección en salud, que es casi como decimos nosotros, una "leguleyada" Pero la verdad, es que establece un marco distinto.

Quedó al descubierto la influencia de la industria, se identificaron *lobbyistas* que seguían a parlamentarios y los pauteaban en las sesiones. Esto me tocó verlo en forma personal, en la Cámara de Diputados. Frente a la no existencia de mecanismos de transparencia, el *lobby* operó y luego de varios años de la colusión, el parlamento está discutiendo la ley del *lobby*. Existieron acusaciones de financiamiento de campañas y de pactos con cadenas, laboratorios y gremios.

Existen algunos paralelismos con Estados Unidos. La principal cadena en Estados Unidos, Walgreens, la esquina de la felicidad y la salud, y sus aportes a campañas políticas. Por lo tanto, el nexo entre un gran poder económico, obviamente, es un gran poder político.



AT THE CORNER OF **HAPPY & HEALTHY™**

**CAMPAIGN FINANCE \$7,592,768**  
**7.600 drugstores**

Republicans vs. Democrats

*in dollars. "other" includes 3rd parties and organizations without official party affiliation.*



Top Recipients

*Includes contributions from the organization's employees, their family members and its political action committee.*

- Michael J. Madigan (D-IL)
- Barack Obama (D)
- Rod R. Blagojevich (D-IL)
- Emi Jones III (D-IL)
- Tom Cross (R-IL)
- Lisa Madigan (D-IL)
- John J. Cullerton (D-IL)
- Mark Kirk (R-IL)
- Raf Somerville (R-IL)
- Matt Murphy (R-IL)

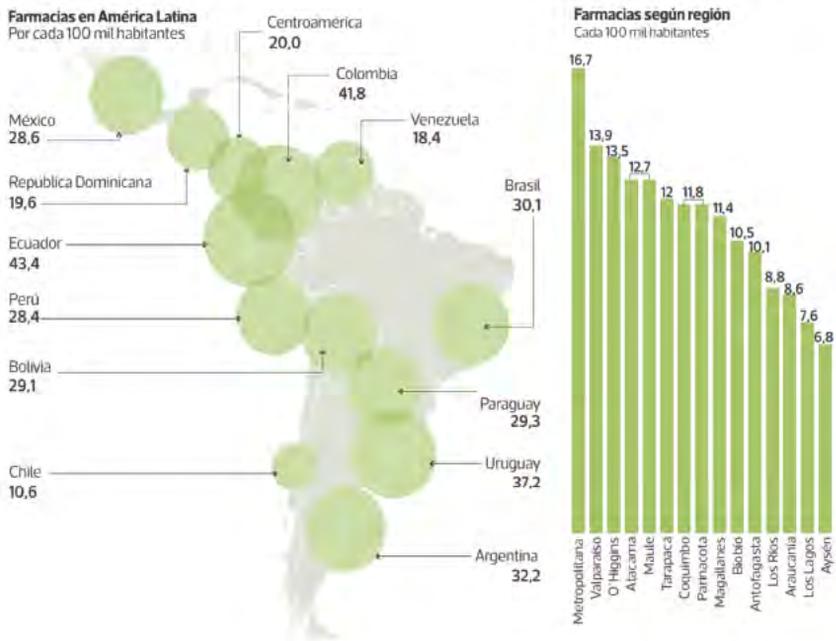


Fuente: <http://influenceexplorer.com>

Con respecto al **problema de la cobertura**, aquí tenemos una tabla, actualizada a este año. Podemos ver en un color resaltado el caso de la octava región, la catorceava región y de las regiones australes, en donde sus índices de pobreza o el porcentaje de situación de pobreza son los mayores del país y paralelamente tienen la peor distribución de farmacias.

La región metropolitana, se acerca a un número de 5.754 habitantes por farmacia, eso ha llevado a que si observamos el promedio de instalación de farmacias por comuna según la tasa de pobreza, en las 30 comunas con mayor porcentaje de pobreza, no existe una farmacia, estadísticamente hablando por otro lado en las comunas con mayor riqueza hay 12,2 farmacias.

Si nos comparamos con América Latina tenemos una de las peores relaciones, no obstante quizás nuestro desarrollo aparente, estamos muy por debajo de Argentina, Uruguay, México y de Brasil.



## **Discusión y Conclusiones**

El modelo de desarrollo con lógica del retail ha llegado para quedarse y avanzará en la medida de que países liberalicen sus legislaciones sanitarias. Esto no hay que interpretarlo como que sea un modelo malo de desarrollo, yo creo que incluso las Federaciones Farmacéuticas están avanzando hacia esas progresiones o a ese tipo de organización industrial porque es una organización industrial que tiene beneficios. El problema está cuando esa búsqueda de racionalización de costos nos lleva a escenarios irracionales como el que por ejemplo vivimos en Chile, ese es el problema principal.

Por otro lado, este problema no se reduce al ámbito farmacéutico sino que es un fenómeno económico y social, pero como dije anteriormente lo importante es intentar llegar a políticas de consenso con la óptica de mirar hacia el futuro. El mundo no va a retroceder, ni la lógica de retail y la del mercado, pero si lo que podemos hacer es evitar que ese avance produzca efectos irracionales en la sociedad.

### **Nos preguntamos, ¿qué está en juego?**

Bueno, el mundo avanza hacia ese proceso de globalización en donde las formas de vida se están estandarizando, o adoptamos la forma de vida del país dominante en ese momento o nos quedamos fuera de un mercado y de posibilidades de desarrollo. El retail mediante la economía de escala y la integración vertical y horizontal, progresa en forma sistemática y con una gran rapidez en nuestra estructura industrial actual.

Pero la pregunta que quizás también hay que hacerse y que hay que reflexionar profundamente es que, este debate sobre el avance del retail, ¿se refiere a la propiedad solamente o se refiere a la forma de hacer farmacia? Porque en general cuando nos juntamos y hablamos de los desafíos que tenemos por de-

lante, nos juntamos a dialogar de desafíos que quizás lo hacían nuestros antepasados hace 30 años atrás y que el farmacéutico aún no los asume y que al no asumir ese rol ha provocado el progreso de estas soluciones de mercado.

¿Cómo compite el farmacéutico en un escenario abierto y liberal? Claramente, es un desafío. El ejercicio libre de la profesión en Chile es una realidad, tanto para abogados, médicos, dentistas y farmacéuticos. Ya se habla de integración vertical a nivel de las aseguradoras de salud, los centros de salud, entre otros.

Nosotros creemos que no todo puede ser gris y la verdad es que hay una luz en el camino y el farmacéutico tiene mucho que decir sobre la estructuración industrial de su sector, sobre la Farmacoeconomía, tiene mucho que aportar sobre la organización de las Agencias gubernamentales y sobre la gestión hospitalaria que como dijo alguien ayer, muchas veces en los hospitales lo menos que se hace es gestionar medicamentos. También, su participación en los Observatorio, Centros de Estudios, Comité de Ética, entre otros.

Pero quizás lo más importante tiene que ver con la sintonización del beneficiario final, quien es el que sufre el precio del medicamento y sufre el precio de esta organización industrial, que nosotros mismos también hemos provocado y dejado avanzar.

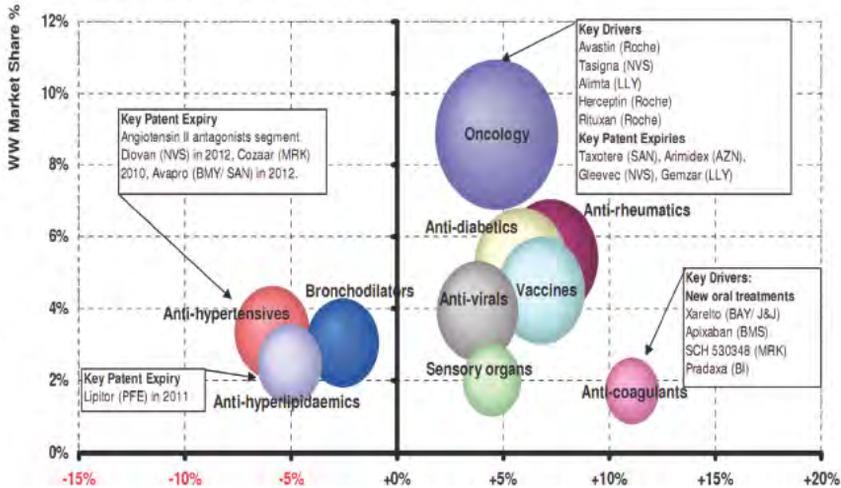
Nuestra propuesta desde la plataforma en la cual trabajo es, ¿y si dejamos de abogar solamente por nosotros, nuestras conquistas, nuestros deseos y sintonizamos nuestros principios con aquellos que sufre el ciudadano común?

La verdad es que nosotros creemos que la producción de conocimiento y la capacitación del ciudadano, para que comprenda lo que sucede, es la única vía de poder frenar este tipo de desarrollo.

El futuro del gasto farmacéutico al año 2016 va a estar situado en los productos biológicos y eso va a ser un tema sobre el cual tenemos que pronunciarnos.

## El futuro del gasto farmacéutico, proyecciones 2016

Analysis on Top 10 Therapy Areas in 2016, Market Share & Sales Growth (2009-16)  
Source: EvaluatePharma® (30 APR 2010)



Actualmente en Chile, estamos discutiendo y hemos tenido muy buena sintonía con otras ONG de Latinoamérica en las rondas de negociación del TPP en donde hemos hablado sobre asuntos relacionados a patentes farmacéuticas y el interés de algunos países por aumentar las protecciones que dan ya las patentes que para países en vías de desarrollo como el nuestro y los países latinoamericanos, la verdad, es que aparecen poco coherentes.



## Declaración de América sobre TPP Abril – 2013

### TPP FAVORECE DERECHO DE LAS CORPORACIONES FRENTE A LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS

#### Declaración de Organizaciones Sociales de América en oposición al TPP

La negociación del denominado Tratado Trans Pacífico (TPP por su siglas en inglés) iniciada hace más de tres años, entre Estados Unidos, México, Canadá, Perú, Chile, Singapur, Brunei, Australia, Nueva Zelanda, Vietnam y Malasia que viene realizándose de manera secreta, tendrá un efecto que profundizará el cuestionado modelo de desregulación de sectores sensibles a favor de los intereses de las corporaciones que promovieran los Tratados de Libre Comercio (TLC). Esta negociación, busca dar continuidad al fracasado proyecto del Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA), que fuera rechazado y resistido por diversos movimientos y organizaciones sociales del continente. Así, el TPP, de hecho, está buscando burlar la manifestación inequívoca de los pueblos de las Américas que durante muchos años lucharon y resistieron a la lógica del libre comercio, que ahora se pretende resucitar en negociaciones secretas. El modelo de negociación del TPP es abiertamente antidemocrático, debido a que trasciende la agenda comercial multilateral, incluyendo sólo a unos cuantos países y excluyendo del proceso a los parlamentos nacionales. La pretensión de promover por esta vía una reforma de las reglas del comercio global a nivel internacional



#NO TPP #MSF



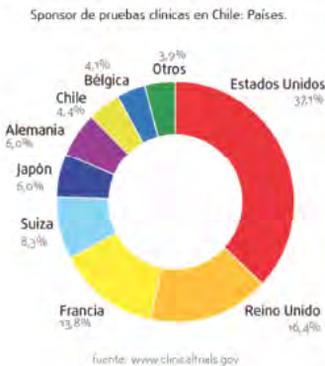
#Nonegociable #NOTPP



Pero, lamentablemente, de estos temas los farmacéuticos conocemos poco y mal podemos informar, obviamente, a la población desde esa perspectiva.

Por otro lado la investigación clínica que también es un hecho, una realidad, cada vez más presente en Latinoamérica.

Figura 4: Países de donde provienen los principales sponsors de pruebas clínicas en Chile. Comparación con la generación de patentes farmacéuticas por país.



Comparación entre generación de patentes farmacéuticas e institucionalidad científica entre Chile y los países top ten en industria farmacéutica innovadora

| País           | Patentes farmacéuticas (200-2009) | inversión en I+D (dólares per cápita) | investigadores por millón de hab. |
|----------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Estados Unidos | 838                               | 1306                                  | 4673                              |
| Reino Unido    | 115                               | 629                                   | 3794                              |
| Japón          | 100                               | 1100                                  | 5189                              |
| Alemania       | 67                                | 1056                                  | 3780                              |
| Suecia         | 66                                | 1337                                  | 5017                              |
| Francia        | 46                                | 771                                   | 3590                              |
| Suiza          | 30                                | 1337                                  | 3320                              |
| Bélgica        | 25                                | 749                                   | 3491                              |
| Dinamarca      | 20                                | 1229                                  | 6390                              |
| Canadá         | 11                                | 707                                   | 4335                              |
| CHILE          | nd                                | 58                                    | 354                               |

fuentes: Friedman, V. Location of Pharmaceutical Innovation 2000-2009. Nature reviews drug discovery Nov 2010.

Nov Más Ciencia País Chile. Las organizaciones Gubernamentales de Fomento a la Ciencia en los países líderes en Vinculación Academia-Empresa. Oct. 2012

© políticasfarmacéuticas 2012

Muy bien, les agradezco el haberme escuchado. Muchas gracias.

*Dra. María Laura Guaragna Llano*

*Presidenta de la Cámara de Farmacias de Paraguay (CAFAPAR)*

Muy buenos días a todos, quiero comenzar agradeciendo a las autoridades de FEFARA, por la invitación tan cordialmente cursada. En particular a la colega Natalia Rodríguez, que en todo momento estuvo en contacto con nosotros para poder darnos la oportunidad de venir a comentarles la realidad del ejercicio de la farmacia en nuestro País.

Después de escucharle al colega chileno uno queda impactado, sin embargo, también en Paraguay hace rato que venimos viendo una situación similar. Los que trabajamos en las Instituciones farmacéuticas desde hace tiempo tenemos conciencia de la gravedad de esta situación pero está en nosotros que podamos revertir en alguna medida esa realidad.

Quiero comenzar comentándoles a ustedes lo que es mi gremio. CAFAPAR fue fundada el 13 de agosto del año 1967 como una Asociación de Propietarios de Farmacias del Paraguay (APROFAR). Posteriormente en el año 1994, con la nueva Constitución Nacional de la República del Paraguay nuestra institución pasó a convertirse en Cámara de Farmacias.

Nuestra constitución es participativa, y con una larga trayectoria de lucha, servicio y cooperación, con la Autoridad Sanitaria del Paraguay. Por la Ley N° 3.664 de fecha 28 de noviembre de 2008 el Congreso de la Nación, declaró el Día de la Farmacia Paraguaya el 13 de agosto, coincidiendo con la fecha de fundación de nuestra entidad.

Entre las principales actividades que realizamos desde CAFAPAR, además de la atención propia del día a día a las farmacias socias, colaboramos con la Autoridad Sanitaria conformando

varias Comisiones Interinstitucionales que están lideradas por la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria. Este es un órgano ejecutor del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, tales como la Comisión de Fijación de Precios de Medicamentos, porque nosotros tenemos por ley precios fijados por el Ejecutivo a través del Ministerio de Salud. También conformamos la Comisión de Publicidad y Propaganda, que también está relativamente regulada, e integramos, además, comisiones asesoras de la Dirección de Vigilancia Sanitaria (CAVISA).

Igualmente CAFAPAR realiza cada año, entre los meses de septiembre y octubre la Convención de Farmacias del Paraguay, que es el único evento que está dirigido a las farmacias porque congresos profesionales tenemos muchos, organizados por la Federación de Químicos y la Asociación de Químicos Farmacéuticos. Está acompañada de una Expofarma científica, donde se encuentran todos nuestros proveedores nacionales e importados y fue declarada, en reiteradas oportunidades, de interés Nacional por decreto del Poder Ejecutivo y de interés Municipal. En las últimas ediciones de Argentina nos visitó el presidente de la FACAFA, el Farm. Miguel Lombardo y hemos firmado inclusive el Pacto de Asunción.

Al respecto, el año pasado, como Uds. saben, nuestro país salió del MERCOSUR pero en el ámbito de la farmacia tuvimos nuestro propio MERCOSUR porque nos visitaron colegas de todos los países vecinos encabezados por los presidentes de sus Asociaciones y se pudo rubricar un Pacto de Asunción, por que básicamente el farmacéutico y la farmacia tienen los mismos problemas en todos lados.

Dicho esto, les voy a comentar que nosotros cada año en la **CONVENFARMA**, hacemos un **relevamiento de datos** a través de una empresa muy prestigiosa en nuestro medio, llamada Tendencias. No contamos datos oficiales, tenemos datos oficiosos y consecuentemente en el sector privado debemos recurrir a los especialistas para obtenerlos.



En este caso hablamos de **Asunción y el Dpto. Central** que es donde se concentra la mayoría de las farmacias y de la venta. Por lo que yo estuve escuchando y viendo son muy parecidos los problemas que tiene la farmacia de Argentina, salvando que nosotros no tenemos los problemas de las obras sociales que tienen Uds.

Aquí pueden observar, la encuesta se realizó en 582.816 hogares y sobre, aproximadamente, 2 millones de habitantes.

### Evolución histórica

Quiero hacer una revisión histórica porque es interesante ver, como se van cumpliendo inexorablemente los plazos y las tendencias. Nosotros venimos hablando hace tiempo y sin embargo los colegas no se despiertan y no toman en cuenta que el agua nos va subiendo y ya está por el cuello. Cuando comenzamos a visualizar la situación no era así, todavía teníamos tela para cortar, por eso quiero mostrar lo que pasaba años atrás (8-10 años), y lo que es hoy. Y ver como creció el fenómeno de las cadenas.

Entre el año 2005 en Asunción, Paraguay, la **cantidad de Farmacias** aumentó en porcentaje cercano al 20 por ciento, eso hizo que nuestros clientes y nuestras ventas se atomicen.



En relación a **la compra fiel**, existen sistemas de fidelización por tarjeta, cliente fiel, cliente vip y todo lo que utilizamos con tal de mantener al paciente cerca de nosotros. Como podemos observar, en el año 2008 teníamos un 23 % de personas que compraban en un solo local, en el año 2010 subió un poquito a 29 %, en el 2013 ya tenemos un 34 % de personas que compran siempre en el mismo local.

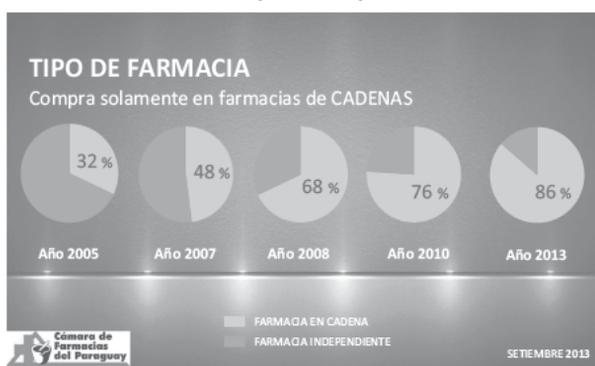


Esto nos demuestra que ese tipo de acciones son eficaces, y ese crecimiento se dio sobre todo en las Cadenas de Farmacias. Ellos están muy bien organizados, consecuen-

temente están en condiciones de ofrecer mayor ventaja de valor agregado, por llamarle de alguna manera. Por ejemplo, hicieron sorteos de camionetas 4x4, alisadoras, viajes al Caribe, con los vehículos exhibidos en frente de cada farmacia. O sea, en nuestro país ya vimos todo lo que son capaces de hacer estas empresas.

Con respecto a los **tipos de farmacias en las que compran los pacientes**, en el año 2005, solamente, el 32 % de las personas, compraban en las cadenas. Pero, con el transcurso del tiempo el porcentaje fue aumentando, debido a esas acciones previamente enumeradas que supongo deben ser similares a las que se utilizan acá. Cuando en el año 2010, comprobamos que 76 personas de 100 compraban en las cadenas, nos dimos cuenta como fuimos perdiendo clientes-pacientes.

Y llegamos al año 2013, en que 86 personas de cada 100 compran en los locales de las cadenas de farmacias. Piensen Uds. con qué nos quedamos el resto de los farmacéuticos, con bien poco.



Los **atributos de compra**: es decir, ¿qué es lo que valoran los clientes?, ¿por qué se van?, ¿qué necesitan de una farmacia?

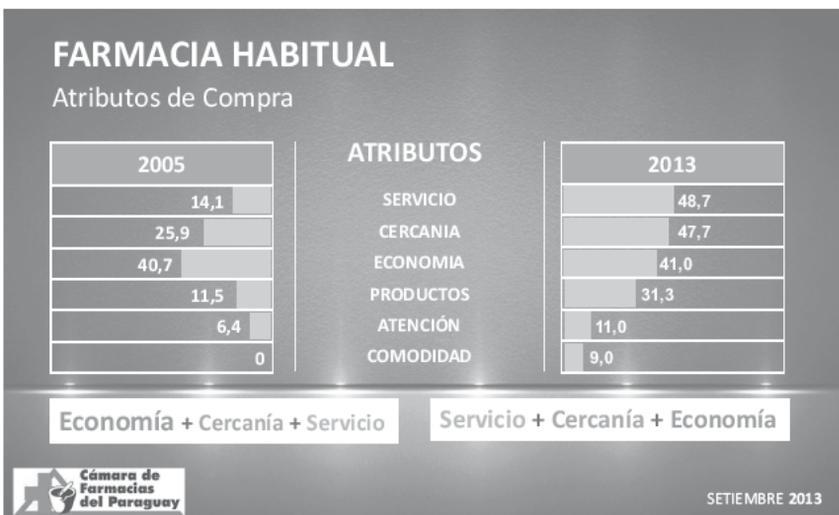
Esos **atributos** son: el servicio, que tenga *delivery*, que abra 24 hs., la cercanía, la economía o sea descuentos, la variedad de los productos, la calidad de la atención y la comodidad.

Si evaluamos los atributos cuantificables, en el año 2005 teníamos que el servicio ocupaba un 14,1 %, la cercanía un

25,9%, la economía un 40,7 %, la variedad de los productos, 11,5 %, atención 6,4 % y la comodidad ninguna. Fíjense que entonces el orden era: economía, luego la cercanía y por último estaba el servicio. Eso es lo que le movía al individuo en el año 2005.

En el 2013, se da vuelta, y tenemos que las prioridades son: el servicio en un 48,7 contra el 14 % anterior. La cercanía es de un 47,7 %, (esto es cercano al trabajo, de vuelta de buscar a los niños, cerca de la casa de la mamá, etc.). La economía, (descuentos) se mantuvo increíblemente muy cercano con un 41 %. Ahora, en la variedad de productos subió a un 31 %, o sea que se le pide a la farmacia que tenga de todo.

Al respecto, nuestra legislación no nos permite que tengamos para la venta muchas cosas a pesar de que, debo de hacer un mea culpa porque igualmente las tenemos. Y de repente, eso es lo que nos salva la venta del día a día. No podemos tener carteras, portarretratos, pero en la práctica, lastimosamente, tenemos que recurrir a eso y ser un mini supermercado. En la atención, también, están más exigentes, quieren una atención más personalizada y fíjense Uds. la comodidad de cero pasó a 9 %.



En 2013 se observa la inversión total. Primero está el servicio, luego la cercanía y por último la economía. El servicio es que me traigan todo a mi oficina, a mi casa, donde yo necesite, con un *delivery*, así sean las 12 de la noche o las 3 de la mañana. Y normalmente quiénes tienen las condiciones económicas para hacer eso, las cadenas de farmacias. Obviamente, no somos nosotros, que tenemos que levantarnos e irnos allá con el marido a entregar un pedido.

Entonces, el poder económico te permite organizarte para ello y nosotros que salimos de la facultad con nuestro título, felices, que queríamos poner nuestra farmacia tropezamos con ese tipo de cosas y te llevás la gran desilusión.

Los atributos de compra que le pide el consumidor a su farmacia habitual, en este tiempo, es: servicio 48,7 %, la cercanía y la economía, porque todo el mundo quiere más descuento y el descuento es muy perjudicial para la rentabilidad de la Farmacia. Yo siempre digo, el descuento es nuestro dinero, nuestra ganancia que regalamos pero actualmente te ves en la obligación de hacer ese descuento porque en nuestro país se volvió una epidemia. Estamos con un descuento del 10 al 50 %, entonces uno comienza a decir, bueno, hasta acá llevo mi amor, porque más no se puede.

En cuanto a la Atención, un 11 % y la Comodidad un 9 %. El tema del *delivery* es otro gran problema que tenemos. Son muchachos en moto que, básicamente, traen muchos problemas judiciales. Una solución, a ello, fue que se podían tercerizar.

Ahora, sale una reglamentación de la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria, que plantea que todas las personas que transportan medicamentos, llámense los choferes de los laboratorios que reparten a las droguerías, por el interior o la Capital y a los *deliverys*, se le debe munir de un carnet y hacerse cargo de una persona que no sabes si va a estar 24 hs. contigo, porque no hay manera de controlarlos. Ni las cadenas han podido solucionar ese problema.

Se convirtió en un drama, ya hay gente que ha muerto, etc. Entonces, constituyen una solución y un gran problema. Solución para el cliente, pero un gran problema para la farmacia porque, además, los seguros no los quieren cubrir, ni a la moto y mucho menos a la persona por que ya saben a lo que se expone.

En nuestro país tenemos muchos Seguros Médicos. Por supuesto siempre llegan a la gente triple A y no al que lo necesita en realidad.

Otra condiciones que se nos demanda es tener la farmacia siempre abierta, un servicio rápido con facilidad de pago. También, que tenga otros servicios por ejemplo, cobrar servicios, facturas, hacer giros, tener *Western Union*, es de todo un poco, es el famoso "de todo como en botica".

Además, de la cercanía, reclaman descuentos, precios bajos, te piden que estés, y que regales tu mercadería.

En cuanto a la confianza, miren Uds., 1,7 la confianza, y la costumbre y comodidad un 9 %, esos son los atributos que mira nuestro consumidor.



Aquí vemos la evolución entre el año 2005 y el 2013 de los principales atributos.



Con el *delivery*, también sucede otro problema. Te solicitan, bromazepan uno le pregunta ¿tenés la receta? Si, por supuesto. Cuando llega el *delivery* la receta está vencida, borroneada. Vos como regente sos responsable y te ves en figurita porque ya se entregó el medicamento, se cobró y no tenés la receta que te avale y es todo un tema. Al respecto, nosotros tenemos vigente la Ley 1340 que es de los medicamentos controlados.

Yo estuve escuchando al colega chileno acerca de la entrega de medicamentos por correo, mira si el correo paraguayo hace entrega de esa manera, Dios nos libre y nos guarde. Además los medicamentos que se ofrecen por las redes sociales, internet, no se sabe de dónde salen, te dicen que tienen maravillas, que vas a ser joven, rica, feliz otra vez y soltera, es impresionante, hasta yo quiero comprar a veces.

Afortunadamente nuestra autoridad, la actual Directora de Farmacia es profesional del área, tuvo farmacia, nacida y criada por su madre farmacéutica. Entonces, ella sabe lo que es el pesar del propietario de farmacia.

A nosotros en la Facultad no se nos forma en la parte comercial, vas aprendiendo por el camino y con todo el tiempo que perdiste, porque no nos enseñan de finanzas, de administración, ni manejo de personal. Tampoco se tiene conocimiento de las leyes laborales, después te vienen las demandas. Entonces, nuestra autoridad está tomando conciencia y la Cámara está presionando pero de buena manera sin pelearnos porque ya hemos constatado que con la confrontación no se llega a ningún lado.

Esto es con el objetivo de paliar un poco las situaciones y mejorar la situación del propietario de farmacia. Voy a hablar siempre del propietario de farmacia, si bien soy Química Farmacéutica que tuve la dicha de estudiar en la Universidad de Buenos Aires donde me recibí de bioquímica. Después en mi país convalidé la parte de farmacia, para darle el gusto a mi papá que viera a su hija doctora, pero a mí, siempre me gustó el tema del medicamento.

Volviendo a nuestra presentación tenemos el atributo de la Cercanía, como pueden observar, también, en crecimiento.



¿Cuál es la ecuación de compra? Los atributos de primer orden son cercanía más descuento más *delivery* y los de segundo orden, la variedad, el cliente socio o socio cliente fiel y la atención.



Cuando les preguntaron a las personas que concurren a las farmacias **¿Cambiaría a su Farmacia habitual de compra?** Sólomente, un 7 % nos dijo que no la cambiaría por nada y un 93 % que cambiaría su farmacia habitual, que siempre le dio el servicio. Yo siempre digo una frase, después de tu marido el más infiel es tu cliente.

#### **¿Por qué razones cambiaría su farmacia habitual?**

Como pueden observar en el cuadro, en el año 2008 los motivos eran: por una atención deficiente, falta de ventajas económicas, la lejanía, mala ubicación, falta de productos y otras ventajas. Ahora en el 2013 es por: falta de producto o sea el stock es fundamental, falta de ventaja económica, servicio deficiente, que no quede cerca, atención deficiente y otras ventajas. Es decir, tenemos que tener stock, para eso es necesario contar con dinero, ¿donde hay stock? en las cadenas de farmacia.

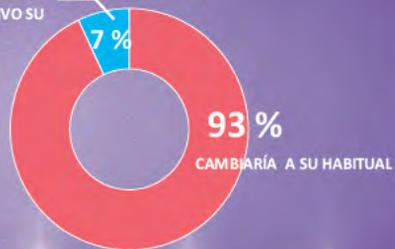
Luego se les preguntó, **¿qué le agregaría a la farmacia, que hoy no tenga?** Si miran los resultados, el 82,7 % está

## ABANDONO

Cambiaría a su Farmacia habitual de compra?



NO CAMBIARÍA POR NINGUN MOTIVO SU HABITUAL



## ABANDONO

Que razones le llevarían a Ud. A cambiar su Farmacia habitual?

### Motivos de Cambio 2008

|   |        |
|---|--------|
| • ATENCIÓN DEFICIENTE                   | 36,9 % |
| • FALTA DE VENTAJA ECONOMICA            | 33,5 % |
| • QUE NO QUEDE LO SUFICIENTEMENTE CERCA | 10,0 % |
| • MALA UBICACIÓN                        | 9,2 %  |
| • FALTA DEL PRODUCTO / POCA VARIEDAD    | 5,1 %  |
| • OTRAS VENTAJAS                        | 2,0 %  |



### Motivos de Cambio 2013

|   |        |
|---|--------|
| • FALTA DEL PRODUCTO O MEDICAMENTO      | 42,3 % |
| • FALTA DE VENTAJA ECONOMICA            | 33,7 % |
| • SERVICIO DEFICIENTE                   | 29,0 % |
| • QUE NO QUEDE LO SUFICIENTEMENTE CERCA | 8,7 %  |
| • ATENCIÓN DEFICIENTE                   | 2,7 %  |
| • OTRAS VENTAJAS                        | 1,3 %  |

## ¿QUÉ LE AGREGARÍA

A su farmacia habitual, que hoy no tenga?

82,7 %

Está satisfecho con la propuesta actual:



### SUGERENCIAS

|   |       |
|---|-------|
| ▪ MEJORAS DEL SERVICIO                                  | 8,3 % |
| ▪ MEJORAS DE INFRAESTRUCTURA - AMPLIO / ESTACIONAMIENTO | 5,0 % |
| ▪ MAS VARIEDAD DE PRODUCTOS                             | 3,7 % |
| ▪ MEJORAS EN LA OFERTA ECONOMICA                        | 1,3 % |
| ▪ NUEVAS CATEGORIAS                                     | 0,7 % |
| ▪ MEJORAR LA ATENCION                                   | 0,7 % |

satisfecho con la propuesta que presenta el mercado actual de la farmacia paraguaya y dieron una sugerencia mejorar el servicio, infraestructura, estacionamiento, variedad de producto, mejorar la oferta y ese tipo de cosas.

La otra pregunta fue **¿Cómo ven las farmacias en el futuro?** En relación a la estructura, personal, productos y otras cuestiones. Las repuestas fueron: No saben, un 42 %, o sea esta relativamente conforme y el 58 % tiene alguna idea sobre el futuro de las farmacias.



El 58 % de las personas que tenían una idea sobre el futuro de las farmacias opinó lo siguiente:



En este cuadro se puede apreciar, en forma sintéticas, la **transformación de la farmacia del año 2008 a 2013**.

**TRANSFORMACIÓN FARMACIAS - 2008 vs. 2013**

|  |  |
|--|--|
| ➤ Canal en expansión y protagonismo ✓  | ➤ Procesos de franquicias ✓  |
| ➤ Introducción en la plaza del formato Drugstore ✓                                 | ➤ Incorporación del Sistema Self Service (Góndolas) ✓  |
| ➤ Amplían Mix Oferta de productos ✓  | ➤ Ampliación a Rubros No Fármacos ✓  |
| ➤ Ofrecimiento de Programas de Fidelización con descuentos ✓                       | ➤ Aplicación del concepto Cross Channel (Venta cruzada) ✓                                      |
| ➤ Delivery 24 horas ✓  | ➤ Alto grado de competitividad entre Cadenas ✓   |
| ➤ Ubicaciones estratégicas ✓   | ➤ Se convierten en Negocios de conveniencia, un lugar donde se hacen compras no planificadas ✓ |
| ➤ Ampliación de Horarios de Atención ✓   | ➤ Participación en eventos comerciales (Black Friday) en toda su variedad de productos ✗       |
| ➤ Tarjetas de créditos propias o de Entidades Comerciales ✓                        |  |
| ➤ Modernización de los Locales ✓   |  |
| ➤ Proceso de Concentración (Cadenas) vs Atomización (Independientes) de emblemas ✓ |  |

 **Cámara de Farmacias del Paraguay**

SETIEMBRE 2013

CAFAPAR está viendo ya con mucha preocupación y hace bastante tiempo este fenómeno. En nuestro país, se da el caso que no tenemos una legislación que nos proteja, con los laboratorios pasa al revés. A diferencia de lo que nos comentaba el colega de Chile que la farmacia compró la droguería y el laboratorio, en nuestro caso, el laboratorio pone la droguería y las cadenas de farmacias. Tenemos 3 ó 4 laboratorios en esa condición que son nuestros proveedores, de los que somos las cadenas independientes, y también son nuestra competencia, por supuesto, ellos ofrecen en sus farmacias los productos de su fabricación prácticamente al precio que nosotros le compramos a ellos.

Por ello, en el orden estrictamente gremial CAFAPAR, en su calidad de entidad rectora del comercio farmacéutico en el orden civil, actualmente está trabajando en el proyecto de implementación de la **CADENA CAFAPAR** a fin de que las farmacias del país puedan asociativamente realizar actividades comerciales conjuntas tendientes a mejorar su rentabilidad, como una justa retribución al esfuerzo diario que realizan desde sus respectivos

establecimientos farmacéuticos, centro de atención primaria de la salud y servicio público por excelencia.

Para hacer viable las gestiones citadas precedentemente, el Consejo Directivo de CAFAPAR cuenta con varios Gabinetes Técnicos de trabajo tales como, Científico, Jurídico, Administrativo, de Eventos, de Negociación y de Marketing para la Cadena CAFAPAR y otros que asisten permanentemente al órgano ejecutivo.

Finalmente como medio de comunicación entre la Autoridad Sanitaria, Gremios Farmacéuticos y Socios de la entidad, CAFAPAR cuenta con la Revista Semanal INFOFARMA, de alcance nacional, donde entre otras informaciones se difunde el Informativo Semanal de Precios de Medicamentos, aprobados por la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria.

Estamos absolutamente en una posición desigual con las cadenas de farmacias, dada por el poder adquisitivo.

Ante esta situación quiero decir que nosotros tenemos un poco la culpa porque no hicimos bien nuestro trabajo. El problema radica, a mi criterio, que no sabemos conjugar en plural, no aprendimos muy bien en la escuela, todo es yo, yo y yo, entonces el único sistema que nos puede salvar a nosotros, propietarios de farmacia, a la farmacia, para no llegar al destino inexorable de lo que es Chile, es la asociatividad.

Por eso les hago un llamado, únense Uds. que son federales, por provincia, hagan sus cadenas, hablen con sus vecinos, asíciense para las compras con la farmacia que está a tres, cuatro cuadras, que es de un colega. Acérquense a su gremio, no hay otra salida, nosotros probamos de todo y el problema radica en las personas, en la falta de criterio, de humanidad y de visión colectiva. Sino, lo lamentable es que nosotros mismos estamos cavando nuestra propia tumba. Porque cuando nos cerramos y decimos si no compro voy a desaparecer de la pan-

talla del laboratorio y no me va a tener en cuenta, le digo que los laboratorios que no tienen cadenas nos apoyan a nosotros en un 100% porque si no se queda sin su cliente. En CAFAPAR tenemos la visión de que no hay otra manera, este es el último tren o nos subimos todos o nos resignamos y punto.

El logotipo de la Cadena CAFAPAR son los colores de nuestra bandera y las tres cruces que identifican a la farmacia como servicio social.

Estamos empezando, necesitamos una unidad de compra, una distribuidora que es lo que Uds. llaman droguería, porque el laboratorio siempre te da descuento de acuerdo al volumen. Consecuentemente necesitamos la alianza para poner una distribuidora que nos haga la logística, porque esa es la parte difícil. Ahora hemos decidido contratar distintos asesores para que nos organicen lo que entendemos va a ser la salvación de la farmacia independiente en la República del Paraguay.



Les agradezco muchísimo la atención.





## MESA N° 8

### Los desafíos de gestionar el acceso a los medicamentos en los planes de salud

*Coordinador: Farm. Néstor David Campos  
Miembro de FEFARA*

Buen día a todo el auditorio, es un gusto compartir con Uds. estas jornadas. El tema que van a desarrollar los expositores que conforman esta mesa es de suma relevancia en el trabajo diario que llevamos a cabo en nuestras farmacias. Nos acompañan la Farm. Silvia Cano, Dr. Carlos Falcowski, el CPN Julio César Prieto y el Dr. Peregrino Selser.

La Sra. Silvia Noemí Cano es Farmacéutica, recibida en la Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia, Universidad Nacional de San Luis (UNSL). Cuenta con estudios de posgrado: Auditoría y Gestión Farmacéutica, Universidad ISALUD; Seminario Internacional de Actualización en Auditoría y Gestión Farmacéutica, ISALUD, Madrid - Barcelona (España); Especialista en Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica, Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia, UNSL. Actualmente, se desempeña como Gerente

de Servicios de la Obra Social del Estado Provincial de la Prov. de San Luis (DOSEP), desde el año 2012.

El Dr. Juan Carlos Falcowski, es Médico Clínico y Farmacéutico, Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Especialista en Farmacología Clínica y Auditoría del Medicamento, Magister en Gerencia y Administración de Servicios de Salud. Se desempeña como profesor en las cátedras de Química Medicinal y de Farmacología I de la Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales de la Universidad Nacional de Misiones. Es Subgerente de Prestaciones Médicas Asistenciales del Instituto de Previsión Social Misiones.

El C.P.N. Julio Cesar Prieto, fue Tesorero General de la Prov. de Catamarca, Asesor del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y Secretario Administrativo de la Cámara de Senadores de la Prov. de Catamarca. Actualmente, es Director de la Obra Social de los Empleados Públicos de Catamarca (O.S.E.P), asesor de: Colegios de Bioquímico, Colegio de Farmacéutico y del Colegio Odontológico, de Catamarca.

El Dr. Peregrino Selser es médico recibido en la UBA, se especializó en Dirección de Empresas. Se ha desempeñado desde entonces en casi todas las áreas dentro de organizaciones vinculadas a la industria de la salud y de la seguridad social. Ha sido convocado por el gobierno argentino como interventor de la Obra Social provincial de Santiago del Estero, llevándola en el lapso de un año de su mandato a regularizar sus operaciones y al equilibrio financiero. Se ha capacitado tanto en Argentina como en el exterior en temas de liderazgo, negociación y la gestión de personas. Es docente en el Centro de Estudios Interdisciplinarios en Gestión y Economía de la Salud (CEGES) de la Universidad Austral y ha escrito un libro sobre liderazgo: "Liderazgo o Manipulación, un enfoque diferente".

Realizadas las presentaciones, pasamos a escuchar a los disertantes.

*Farm. Silvia Noemí Cano*

*Obra Social del Estado Provincial.*

*Provincia de San Luis*

Buenos días a todos. En principio quiero agradecer a FE-FARA, en la persona de su presidente Manuel Agotegaray, una persona a la que admiro mucho y sobre todo a mi amigo, colega y profesor José Cid que es uno de los motores en mi carrera profesional.

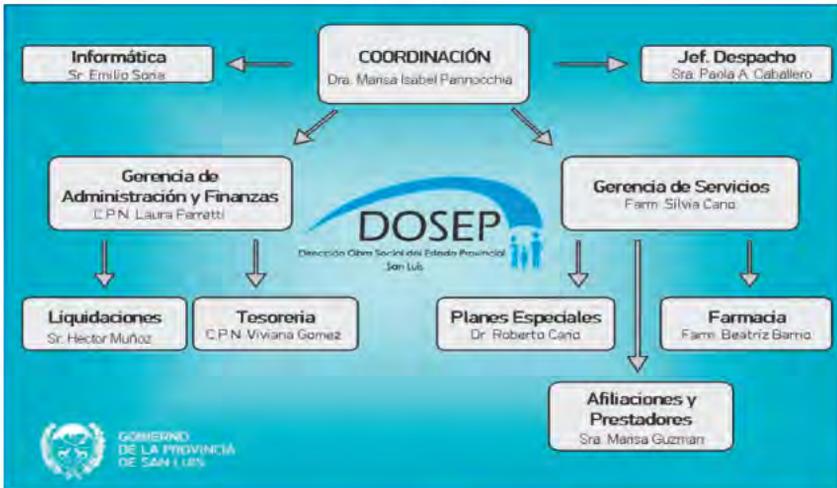
Como mencionaron, me desempeñé como Gerente de Servicios de la Obra Social del Estado Provincial. Ese es el edificio de la obra social que está engalanado, porque estamos en el año del 60° Aniversario.

Voy a hacer un pantallazo general del organigrama de la obra social.



Cuenta con dos gerencias, una de ellas de Administración y Finanzas y la otra de Servicios que es la que está a mi cargo. Sobre la órbita de Gerencia de Servicio una de las áreas que se encuentra es la de Farmacia.

## Organigrama



Iniciamos nuestra gestión con 82.600 afiliados, que están distribuidos de la siguiente manera:

- **Afiliados Obligatorios o Directos:** Todos los agentes de la Administración Pública Provincial o Municipal, como así también los que disponga el Estado Provincial y el grupo familiar primario de dichos agentes.
- **Afiliados Voluntarios o Indirectos:** Los Jubilados y Pensionados de la Administración Pública Provincial que hubiesen optado por la O.S y los Ex-Empleados que se hayan desempeñado en forma continuada por un tiempo no menor de tres (3) años en la Administración Pública Provincial, y el Grupo Familiar Primario de ambas categorías.
- **Afiliados beneficiarios de Programas Sociales Provinciales:** Programa Pasantías y Programa Inclusión Social.

Contamos con un Vademécum, a mi criterio bastante amplio, están incluidas mil doscientos cincuenta drogas y/o asociaciones.

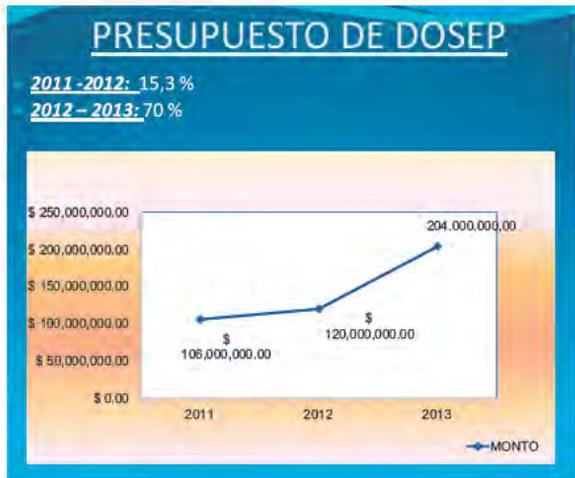
También, se autorizan medicamentos por vía de excepción, con una cobertura del 30 al 50 %.

Las coberturas son:

- 30% medicamentos de uso tópico y/o acción local y complejos vitamínicos.
- 50% medicamentos línea general.
- 70% medicamentos beneficiarios de PMI y jubilados según recibos de haberes.
- 80% medicamentos a jubilados según recibos de haberes, coadyuvantes de oncológicos y afiliados con capacidades diferentes (CADI), Planes Especiales (Patologías crónicas de baja incidencia y alto costo (AR, EM, MG, Parkinson, LES, etc.), DBT II.
- 100% patologías especiales y/o crónicas: Diabetes I, VHI, Oncológica.

En relación al **presupuesto de DOSEP**, desde el año 2011 al 2012 tuvimos un incremento en el presupuesto de un 15,3 % y del 2012 al 2013 se elaboró un presupuesto con un 70 % de aumento.

Pensábamos que no lo iban a aprobar pero debido a que todos los objetivos que nos habíamos planteado al asumir en diciembre del 2011, fueron concretados y en menor tiempo que el previsto, tuvimos el visto bue-



no por parte del Gobernador y de la Ministra. Financieramente estamos bien, lo que nos permite llevar adelante muchas acciones y pagar en tiempo y forma a todos los prestadores.

## Gestión 2012

En nuestra gestión la **misión** es:

*Optimizar la calidad de las prestaciones y servicios que brinda la Obra Social y facilitar el acceso a las mismas en todo el territorio provincial.*

En el año 2012 tuvimos un presupuesto de \$120.000.000 y terminamos con un superávit de \$24.000.000. Con una incidencia del gasto farmacéutico sobre el presupuesto de la obra social del 40 % y un porcentaje promedio de cobertura del 59 % en medicamentos ambulatorios. Este gasto de medicamentos está dividido en farmacias prestadoras y el resto en la industria. Para la provisión del servicio en Farmacias existe un convenio de prestación con una gerenciadora. El aporte promedio oscila alrededor del 17,5 % de bonificación que está dado por un 12 % de las farmacias y el resto de la industria. Lamentablemente este porcentaje que aporta la industria es muy bajo y, financieramente, el peso cae sobre el farmacéutico que es el que está financiando, en definitiva, el servicio.

El 59 % de cobertura en medicamentos ambulatorios es alto respecto de lo que es la media Nacional y no deja de ser para nosotros algo positivo porque le estamos facilitando no solo el acceso sino también poder llevar adelante el cumplimiento del tratamiento a la población.

Dentro de los **objetivos** alcanzados en el año 2012 hay muchos, como pueden observar. Uno de los más importantes fue la incorporación de unidades móviles, empezamos con una y ya contamos con tres. Dos de ellas hacen el recorrido tres días a la semana en la ciudad capital y dos días por el interior

**OBJETIVOS ALCANZADOS 2012**

- DOSEP MOVIL I, II Y III
- MAYORES COBERTURAS EN MEDICAMENTOS
- DESTINADOS A PATOLOGIAS CRONICAS Y A GRUPOS MAS VULNERABLES

PÁGINA WEB  
ORDEN WEB

APERTURA DE NUEVAS DELEGACIONES  
EN EL INTERIOR Y CIUDAD CAPITAL

OPTIMIZACION DE PRESTACIONES MEDICAS  
FARMACEUTICAS A ADULTOS MAYORES,  
DISCAPACITADOS Y PACIENTES ONCOLOGICOS



provincial, llegando a los lugares más recónditos con un servicio exactamente igual al que se brinda en la sede central de la capital. Por ejemplo dispensa de consulta, práctica médica con servicio de auditoría médica, prácticas odontológicas, campañas de prevención y asesoramiento. Además, cuenta con una enfermera y una vacunadora.

Otro logro importante fue la implementación de la orden web. Esto es, todo aquel afiliado de la obra social que posea su CIPE, Cédula de Identidad Provincial Electrónica, puede acceder a la página Portal Puntano y generar su orden de consulta para todos aquellos médicos prestadores que estén habilitados. Teniendo el turno y la orden web concurre al consultorio, presenta la CIPE y automáticamente sale cargada la orden y solamente tiene que decir a que médico está dirigida. Esta es una ventaja muy grande para el afiliado porque evita los tiempo de espera en la obra social. Estamos trabajando para que en un futuro la CIPE sirva como el carnet de la obra social e incluso ya se está cargando la historia clínica digital en ese documento.

Teniendo en cuenta que nuestro concepto fundamental, es gestionar la salud desde la salud misma y no desde la enfermedad, nos pareció sumamente importante la implementación de campañas de prevención.

## **Campañas de Prevención 2012**



- *Campaña de Prevención Bucodental para niños y adolescentes (agosto a septiembre)*
- *Campaña de Vacunación Antigripal (marzo a diciembre)*
- *Campaña de Prevención de Cáncer de Mama y Cuello Uterino (marzo a octubre)*
- *Campaña de Prevención de Cáncer de Próstata (julio a octubre)*
- *Campaña Anual de Prevención y Control en Niños y Adolescentes (agosto a sep.)*
- *Campaña de Prevención de la ERC (marzo a mayo)*
- *Campaña de prevención de ECV (noviembre a mayo)*

En relación a la Campaña de Vacunación antigripal, que se lleva a cabo todos los años, anteriormente las vacunas se compraban desde la obra social y eran distribuidas a través de los distintos hospitales y en el Vacunatorio de la obra social. En esta gestión somos dos farmacéuticas las encargadas y como a la profesión la llevamos en el corazón, tratamos de devolverle a la farmacia lo que se le había ido quitando. Por ello, programamos que la Obra Social compre las vacunas y la droguería las distribuye a las farmacias comunitarias y se le abona al farmacéutico un honorario por la colocación.

Todas estas campañas, se llevaron a cabo con un fuerte apoyo publicitario para informar sobre los objetivos de las campañas y se asesoraba sobre medidas de prevención. Esto a futuro nos va a disminuir el gasto en medicamentos porque con las campañas, sobre todo de enfermedades renales crónicas y de prevención de enfermedades cardiovasculares, aparecieron afiliados que tenían patologías ocultas.

Otra de las **acciones fundamentales realizadas en el año 2012**, por Resolución N° 487/12 (22/08/12), fue el incremento para los afiliados jubilados de la cobertura del 80 al 100 % en:

- Hipoglucemiantes orales (DBT II) (Farmacias Prestadoras)
- Tiras Reactivas (DBT II) (Farmacia DOSEP)
- Lancetas y Agujas (DBT I Y II) (Farmacia DOSEP)

Esto se hizo porque con el sistema *on line* instalado en las farmacias se lleva un control mensual del consumo, y por ejemplo los pacientes con diabetes tipo II algunos meses no retiraban la medicación. Es decir, no cumplían el tratamiento con las consecuencias que eso acarrea. Entonces, le facilitamos el acceso al medicamento con el aumento de la cobertura.

Además, se realizó promoción de actividad física y actualmente, hay 7 gimnasios en la ciudad capital en los cuales les cubrimos esta actividad para que completen las tres componentes del tratamiento de diabetes que serían la actividad física, la nutrición y la medicación.

El alcance de la medida llegó a 800 afiliados jubilados con patologías diabéticas.

Luego de esta resolución se incrementó el gasto farmacéutico en un 20 %, aproximadamente, como pueden observar en el gráfico. Teníamos previsto un 19 % pero las tiras reactivas aumentaron bastante, un 53 %.

### ANTES Y DESPUES (R-487/12)

| MESES            | PROMEDIO RECETAS | PROMEDIO GF    |
|------------------|------------------|----------------|
| ENERO-JULIO      | 31.838           | \$1.748.229,23 |
| AGOSTO-DICIEMBRE | 35.351           | \$2.101.286,50 |
| INCREMENTO       | 11.03%           | 20.19%         |

Otra de las **medidas tomadas**, también dirigidas a los jubilados, es el incremento del tope de haberes para las fases terapéuticas relacionadas a la edad. Esto abarca aproximadamente 546 drogas dentro del vademécum. Dicho incremento alcanzó el 16 %, aproximadamente, en la cobertura del 80% y más del 30%, en la del 70 % y se hace en función del aumento de los jubilados de la Nación, en marzo y en septiembre, y eso se traslada al tope mínimo que la obra social establece para el alcance de las coberturas.

### GESTION 2012: DICTADO RESOL N° 487/12 – Incremento tope de haberes jubilados

- *cardiológicos,*
  - *antihipertensivos,*
  - *antiarrítmicos,*
  - *antibióticos,*
  - *ansiolíticos,*
  - *analgésicos, antiinflamatorios*
  - *antiartrosicos,*
  - *antiácidos,*
  - *antidepresivos*
  - *Antimocoticos*
  - *Vasodilatadores cerebrale*
  - *Vitaminas y minerales*
  - *Diureticos*
  - *Antiglaucomatosos*
  - *Anticolesterolemicos*
  - *Antiasmaticos*
  - *Dilatadores bronquiales*
  - *Miorelajantes*
  - *Antiespasmoticos*
  - *Antigotosos}*
  - *Antiprostáticos*
- 546 monodrogas y/o asociaciones (56;4%)**

## **Análisis de recursos**

Le voy a detallar algunos datos del año 2013

- Presupuesto anual: \$ 204 millones
- Presupuesto mensual: \$ 17 millones
- Porcentaje promedio de cobertura: 60 %
- Incidencia en el gasto farmacéutico: 30 %

Se disminuyó la incidencia en el gasto porque aumentó mucho el presupuesto, hubo una ampliación del 70 %.

## **Acciones realizadas en el 2013**

En relación a las **campañas en el año 2013**, hemos realizado todas las campañas que les mencioné anteriormente e incorporamos en el mes de julio la de Prevención de la Osteoporosis que termina en octubre.

También, implementamos en enero de este año, el **Programa Integral de Obesidad** por Resolución N° 232/13, donde en lo que hace a medicamentos, se otorga cobertura del 80 % del Orlistat para los afiliados ingresados en el programa, en caso de necesitarlo y según criterio médico, previa auditoría. Además de las consultas médicas, nutricionistas, psicoterapia, y la promoción de la actividad física.

Implementamos el **Plan de Fertilización Asistida** por Resolución N° 210/13 (abril/13). Se modificó la cobertura, antes era del 50 % en prestación y el 40 % en medicamentos, lo cual hacía un poco inviable que cada afiliado pudiera acceder al tratamiento. Actualmente, teniendo en cuenta las estadísticas conocidas de los porcentajes de éxitos y fracasos de estos tratamientos, DOSEP reconoce las siguientes coberturas:

- **Inducción a la ovulación:** la medicación específica necesaria para un máximo de 3 (tres) intentos.
- **Inseminación artificial uterina con semen del cón-**

**yuge (IAC):** el procedimiento y la medicación específica necesaria de hasta 2 (dos) intentos por año, para un máximo de 3 (tres) intentos.

- **FIV e ICSI:** el procedimiento y la medicación específica y necesaria de hasta (dos) intentos por año, con un máximo de hasta 3 (tres) intentos totales.

Además, teniendo en cuenta la cantidad de intentos:

- **1° Intento:** *cobertura del 80% a cargo de DOSEP, en el caso que ambos cónyuges sean afiliados a la OO.SS y el **50% en caso que sólo uno de los cónyuges lo sea.***
- **2° Intento:** *cobertura del 50% a cargo de DOSEP, en el caso que ambos cónyuges sean afiliados a la Obra Social y el **25% en caso que sólo uno de los cónyuges lo sea.***
- **3° Intento:** *cobertura del 30% a cargo de DOSEP, en el caso que ambos cónyuges sean afiliados a la Obra Social y el **20% en caso que sólo uno de los cónyuges lo sea.***

Estamos gestionando la compra de los medicamentos directamente al laboratorio para poder dispensarlo desde nuestras farmacias.

Con todas estas medidas de mayores coberturas, también se tomó la precaución de agilizar los procedimiento de pagos, de modo tal que ahora la provisión de medicamentos ambulatorios se está cancelando a los 20 días de presentada la factura.

En relación a los **planes especiales**, en general se trata de enfermedades de baja incidencia y baja prevalencia. La excepción a esta regla es la diabetes que por sus características y potenciales complicaciones, integra el siguiente listado:

- VIH/SIDA
- HEMOFILIA
- DIABETES
- ESCLEROSIS MULTIPLE
- ARTRITIS REUMATOIDEA
- CANCER
- ESQUIZOFRENIA
- PARKINSON
- ALZEHIMER
- EPILEPSIA
- INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
- COLITIS ULCEROSA
- ENFERMEDAD CELIACA

Otro logro fue la **cobertura del 100% en medicamentos** destinados a **tratamientos de patologías crónicas de alto costo, baja incidencia y baja prevalencia** incluidas en el vademécum de la Obra Social, por Resolución N° 312/213 (mayo/13). Por ejemplo para Artritis Reumatoidea y Esclerosis Múltiple:

- **Costo promedio mensual:** \$16.000 x env.
- **Cobertura promedio otorgada:** 98%
- **% a/c afiliado:** \$320/mes - \$3.840/anual
- **Cargo/inversión adicional:** \$25.320/mensual - \$291.840/anales
- **Inversión mensual AR Y EM:** \$1.216.000
- **Inversión anual:** \$14.320.000

Estas son las patologías y los medicamentos correspondientes:

### **Artritis Reumatoidea**

- *Adalimumab (22) - HUMIRA*
- *Etanercept (40) - ENBREL*
- *Tocilizumab (7) - ACTEMRA*
- *Infliximab (4) - REMICADE*
- *Rituximab (2) - MABTHERA*
- *Abatacept (6) - ORENCIA*

## **Esclerosis Múltiple**

- *Interferón Beta: REBIF- BETAFERON – INMUNOMAS (15)*
- *Glatiramer, acetato: COPAXONE (2)*
- *Natalizumab: TYSABRI (2)*

## **Parkinson**

- *Levodopa/Carbidopa*
- *Levodopa/Benseracida*
- *Entacapone*
- *Ropinirol*
- *Pramipexol*
- *Selegilina*
- *Resagilina*

## **Miastenia Gravis**

- *Piridostigmina*

## **Colitis Ulcerosa**

- *Mesalazina (18)*
- *Azatioprima (16)*

## **Otras coberturas: Ostomía**

- *Bolsas para Colostomía*
- *Bolsas para Yeyunostomía*
- *Bolsas para Ileostomía*
- *Discos bolsas de ostomía*
- *Pasta de Karaya*

Estas son las **acciones** que están **en proceso de implementación:**

- Campaña de prevención del ACV.

- **Cobertura de la vacuna contra el HPV a grupo etario excluido del calendario obligatorio.**
- **Apertura de farmacia en la delegación de Merlo.**
- Habilitación de nuevos centros de atención con orden web.
- Implementación del programa de atención al paciente diabético.
- **Incremento en la cobertura de medicamentos osteoporóticos.**
- Continuidad en la informatización de las delegaciones del interior.

Me despido con una reflexión...

*"Todo lo que se hace se puede medir, sólo si se mide se puede controlar, sólo si se controla se puede dirigir y sólo si se dirige se puede mejorar"* **Dr. Pedro Mendoza A.**



Los invito a conocer San Luis cuando quieran. Muchas gracias.

*Dr. Juan Carlos Falcowski*

*Subgerente de Prestaciones Médicas Asistenciales  
del Instituto de Previsión Social Misiones*

Buenas tardes, quiero agradecer la invitación al Farm. Agotegaray presidente de la FEFARA y, también, a quien me precedió la Dra. Cano por su amplia y exacta exposición, acerca de qué manera una obra social provincial tiene que cubrir estas prestaciones generales médicas, farmacéuticas, bioquímicas. Hablo, además, en calidad de representante de la COSSPRA, Confederación de Obras Sociales Provinciales de la República Argentina.

El concepto es que en la COSSPRA, nuestras obras sociales, demuestran básicamente, de qué forma cada provincia va organizando sus prestaciones, generando diferentes sistemas de gestión bajo la concepción de satisfacer los requerimientos de salud médico, farmacéuticos, bioquímicos y, como son percibidos en los afiliados y en el nivel de salud de nuestra población.

El grave problema es que muchas veces esta percepción de salud de la que estábamos hablando está un poco alejada del concepto solidario y comunitario de salud. Y esto nos impone una necesidad de cumplir ciertos requerimientos y como bien mostraba la Dra. Cano, los valores para prestaciones médicas y farmacéuticas han ido creciendo. Eso nos pone en una encrucijada, sobretodo porque las obras sociales provinciales, carecen de aportes de Nación, que sí los tienen las obras sociales sindicales a través de la Superintendencia de Seguro de Salud.

Nosotros debemos pensar de qué manera este desafío lo vamos a enfrentar los estados y las obras sociales provinciales y que tienen la doble obligación, por una parte la de satisfacer los

niveles de salud comunitarios requeribles y necesarios y por otra, los niveles de salud percibidos por la población. Por ejemplo, voy a hablar desde el punto de vista médico, una madre con cierta inquietud requiere ver la cara del bebé y no se le reconoce la ecografía en 4 D. Cuando en realidad la OMS determina el uso de las ecografías en 2 D, es más, los protocolos de evaluación de riesgo fetal se basan en las ecografías normales. Entonces, ante estos casos, preguntamos cuántas embarazadas no llegan a acceder a una ecografía normal frente a requerimientos de la satisfacción de la percepción en la ecografía 4 D.

De esta manera nos llega el concepto de que en muchos casos esta percepción de salud de nuestros afiliados, es la que emana de un modelo sanitario médico hegemónico, cuando en realidad los factores determinantes de la salud son muchos más como pueden observar en la diapositiva.

### FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

“ El conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones”

— OMS

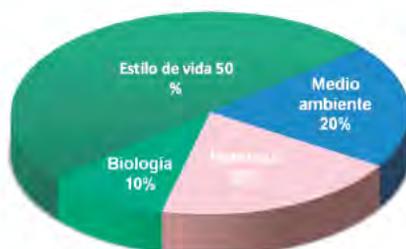


Cuando observamos qué determina realmente la salud de un individuo, vamos a encontrar que el estilo de vida implica más del 50 % de las variables. Por lo tanto, es mucho lo que puede hacer la sociedad, el afiliado, la persona, en el concepto de un cuidado de la salud integral.



## EL ESTILO DE VIDA

- Hábitos alimentarios
- Actividad física / sedentarismo
- Abuso de sustancias
- Violencia
- Conducta sexual irresponsable



"Los genes cargan el arma,  
el estilo de vida aprieta el gatillo"

— Elliot Joslin

Incluso los factores que determinan la incidencia de la mortalidad, considerados a través de los estudios de riesgos de seguros de vida internacionales, correlacionados con los gastos en que incurre el sistema de salud muestran que el sistema de asistencia sanitaria sólo influye en un 11 % de la mortalidad de la población, en tanto implica el 90,6 % del gasto médico. A diferencia del estilo de vida, que representa un 43 % de la incidencia de mortalidad y a nivel sanitario representa sólo el 1,2 % del gasto. Todo esto prorrateado, de alguna manera, a países como Estados Unidos o de Europa que estudian cuantitativamente todos estos factores.

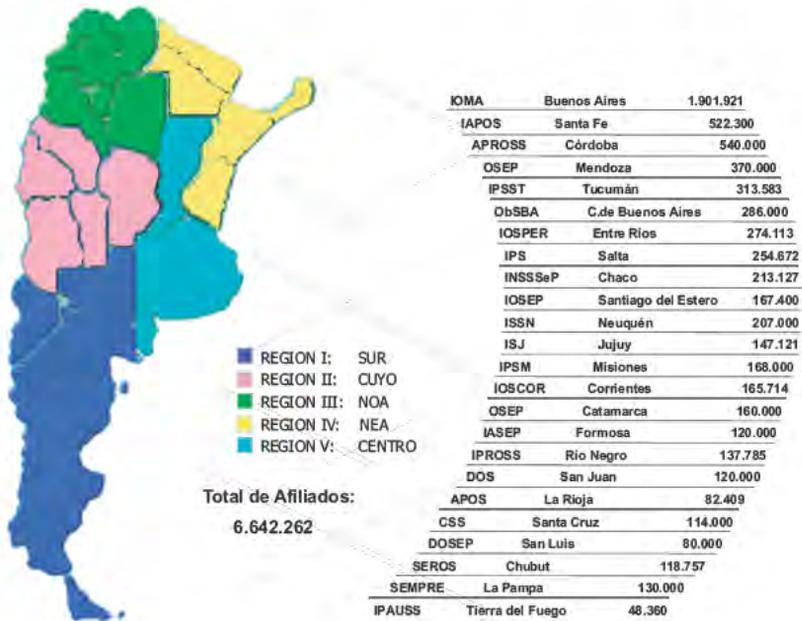
## DISTRIBUCION DE LOS RECURSOS SEGUN LOS DETERMINANTES DE SALUD

|                                 | INCIDENCIA DE MORTALIDAD | GASTO  |
|---------------------------------|--------------------------|--------|
| SISTEMA DE ASISTENCIA SANITARIA | 11 %                     | 90,6 % |
| ESTILO DE VIDA                  | 43 %                     | 1,2 %  |
| MEDIO AMBIENTE                  | 19 %                     | 1,5 %  |
| BIOLOGIA HUMANA                 | 27 %                     | 6,9 %  |

Además, existen diferentes determinantes sociales que van a tener mayor impacto en la salud, incluso determinantes volitivos, es decir que dependen de la voluntad, como es en el caso de la obesidad mórbida, de la enfermedad por adicciones. Estas tienen componentes volitivos que hasta cierto punto nosotros como cultura lo "patologizamos" quitándole la importancia educativa y social.

Este es un nuevo desafío que vamos a tener a corto plazo en la salud mundial. Las principales recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, no son médicas ni de tecnología médica, sino que se refieren a consideraciones de índole de desarrollo social, de educación. Esto también debe generar pautas de trabajo, en relación a un trato integral en el ámbito de salud y no solamente médico consumista proyectado a conceptos curativos y no preventivos.

El siguiente gráfico muestra las distintas **obras sociales provinciales y la cantidad de afiliados**. Las mismas generan



una representación importante de población, alrededor de seis millones setecientos mil argentinos basan su sistema de salud en las obras sociales provinciales.

Pero como decía la Dra. Cano tenemos algunas particularidades, carecemos de los fondos de redistribución nacional que sí tienen las obras sociales sindicales, y estamos brindando atención sanitaria a una parte importante de la población económicamente activa.

A diferencia del subsistema de la seguridad privada tenemos algunas reglas particulares, la solidaridad, la equidad y la igualdad. Eso nos obliga a otro concepto más allá del proceso financiero unitario que tiene el subsector de la medicina privada, nosotros tenemos un sistema de aportes por unidad familiar por lo cual debemos guiarnos siempre por la respuesta solidaria y la construcción de la salud desde un punto de vista social. Creería que a corto plazo debe extenderse a todo el Sistema Sanitario argentino, ya que debe prevalecer una mirada colectiva, un compromiso con el bienestar general y una medicina más social, más allá del concepto de salud como un proceso de consumo.

#### **RESPUESTA DEL SISTEMA SOLIDARIO DE SALUD**

- ▶ Una mirada colectiva
- ▶ Un compromiso por el bienestar general
- ▶ Una medicina mas social



Durante mucho tiempo se trabajó bajo el concepto de la curación de enfermedades, actualmente cualquier entidad que se desempeñe como un sistema de articulación de salud va a tener que promocionar la salud y cuidar a la persona sana, a través de la prevención primaria. También vamos a tener que atender a la enfermedad en el paciente enfermo, lo que representaría la prevención secundaria. No sólo tenemos estos dos retos normales, tradicionales, además, un tercero que es el de reducir el grado de discapacidad y lograr la mayor productividad y percepción de calidad de vida del paciente, del afiliado, de la población, éste va a ser nuestro concepto de prevención terciaria.

### OBJETIVOS DEL MODELO SOLIDARIO

- 1 Promocionar la salud – Cuidar a la persona sana.  
Disminuir el riesgo de enfermarse **(Prevención primaria)**
- 2 Atender la enfermedad con la mejor calidad prestacional  
Limitar el daño **(Prevención secundaria)**
- 3 Reducir el grado de incapacidad  
Lograr la mayor productividad del individuo **(Prevención terciaria)**

#### **"MANTENER SANOS A LOS SANOS"**

Abordando:

- ▶ Factores de riesgo
- ▶ Conductas de riesgo



Para poder vincular estos conceptos tenemos que generar un cambio de mentalidad y de percepción de la importancia de todos estos niveles. Vamos a lograr estos productos de los procesos de salud a través de la articulación sanitaria.



El gráfico anterior muestra los beneficios de la articulación sanitaria. Por ejemplo, en las patologías crónicas, promueve el programa de adherencia a los tratamientos. Motiva desde la organización a que los afiliados se apropien de su realidad, asuman un papel activo y participativo en el autocuidado, adoptando hábitos de vida saludable.

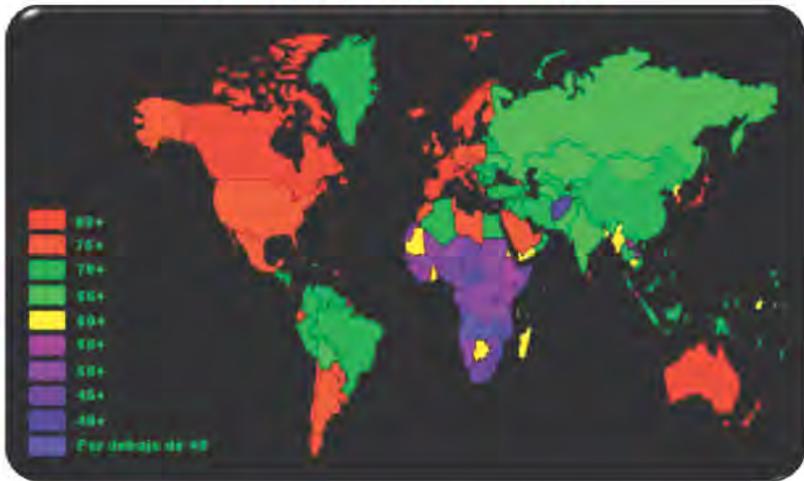
En otros países, desde hace tiempo, más allá de la disponibilidad sanitaria y de los diagnósticos se piensa en la adherencia, en la capacidad que tiene el paciente de permanecer en estos grupos y en estos procesos de salud. También, se enfatiza sobre el concepto de autocuidado y de autoresponsabilidad porque ello genera también la respuesta activa de la población para que de esa manera utilice nuestros medios de prevención.

En nuestro país hay una evolución de la pirámide demográfica, por el cual se va a incrementar continuamente la población de adultos mayores. La OMS define una población envejecida cuando los adultos entre los 60 y 95 años superan el 13 % de la población general. En Argentina, según los datos del censo del año 2010, el 14,3 % de los habitantes se encuentran dentro de este rango etario. Nuestro país ocupa el tercer lugar en la región, luego de Uruguay y Chile que están en primer y segundo lugar, respectivamente.

Otros datos muestran que, Argentina tiene 3.500 personas mayores de 100 años y la esperanza de vida al nacer es cercana a los 77 años.

Si observamos la expectativa de vida en el mundo, nuestro país tiene niveles sanitarios medidos en expectativa de vida bastante similares a los europeos, a los norteamericanos a pesar del sistema económico que presenta. Esto es un nuevo desafío porque la tecnología, esa verdadera carrera armamentista, se desarrolla precisamente en los países pintados de naranja, el mismo color que el nuestro.

### EXPECTATIVA DE VIDA EN EL MUNDO



Esta situación, es una preocupación de todos los países y de todas las sociedades, ya que en el año 2000, a nivel mundial había 600 millones de adultos mayores de 60 años y según la proyección, este valor se va a duplicar para el año 2025.

Simultáneamente con estos determinantes del envejecimiento de la población, vamos a tener un aumento de la esperanza de vida al nacer y una disminución tanto de la tasa de fecundidad como la de mortalidad.

Si extrapolamos esos datos a la Argentina, como pueden observar en el gráfico, a través de las décadas encontramos precisamente ese cambio en la pendiente demográfica que es típico de todas las otras sociedades en proceso de desarrollo. Nosotros ya la alcanzamos, alrededor del año 2001 y tenemos esta conformación en forma permanente y que nos habla sobre todo de un desarrollo social.



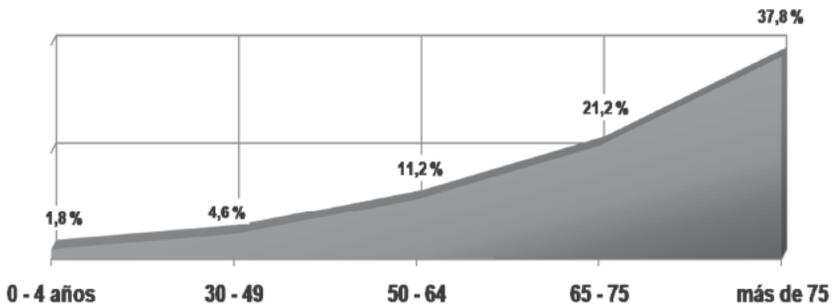
Pero este envejecimiento implica algunas consecuencias como por ejemplo:

- Fragilidad social
- Vulnerabilidad psicofísica
- Aumento de la demencia
- Prevalencia de enfermedades crónica y discapacitantes

Básicamente, en nuestro país, como se puede visualizar en el gráfico, existe un aumento de la discapacidad por grupo etario.

Ante todas estas cuestiones, a nosotros nos ponen en una encrucijada diaria debido al costo que tienen algunos medicamentos nuevos, como por ejemplo los antirreumáticos, como bien nos mostró la Dra. Cano.

### Discapacidad por grupo etario



Nosotros creemos que es necesario, primero educar y en segundo lugar construir, como estamos construyendo.

Nuestro desafío es sostener el modelo solidario de manera que nos permita:

- Planificar políticas de salud inclusivas.
- Atender a la salud desde la persona sana, desarrollando aún más la prevención y promoción.
- Incorporar los avances de la ciencia y la tecnología con un uso adecuado de recursos y responsabilidad social.
- Proteger, con sentido estratégico, a las poblaciones más vulnerables.
- Garantizar el derecho a la salud, atendiendo el derecho individual, sin atropellar el derecho colectivo.
- Reorientar las acciones de salud de nuestras Obras Sociales Provinciales dentro de las Políticas Públicas, con un modelo de gestión más participativo.

Pero además, un modelo que garantice los resultados en el tiempo y también la inclusión de la población y del paciente como un determinante sanitario y no solamente un consumidor. Esto se tiene que plasmar sobre todo en los planes preven-

tivos, que viendo básicamente a quien me precediera, todas las obras sociales incluimos en mayor o en menor medida junto con la articulación, a través de estos programas de la prescripción por Denominación Común Internacional que son muy importante.

Cuando logremos generar este cambio de educación, en el concepto de modelos de salud y sobre todo en la percepción sanitaria y del paciente, no solamente vamos a poder estar haciendo las cosas bien, si no garantizando el estado sanitario en el tiempo y el acceso de estos medicamentos especiales a quien realmente los requiere. Basándonos siempre en el concepto de protocolización y de la planificación de tratamientos y de gestión sanitaria.

### **NUESTRO DESAFIO ES SOSTENER EL MODELO SOLIDARIO DE MANERA QUE NOS PERMITA:**

- **Planificar políticas de salud inclusivas**
- **Atender a la salud desde la persona sana, desarrollando aún mas la prevención y promoción**
- **Incorporar los avances de la ciencia y la tecnología con un uso adecuado de recursos y responsabilidad social**
- **Proteger , con sentido estratégico, a las poblaciones más vulnerables**
- **Garantizar el derecho a la salud, atendiendo el derecho individual, sin atropellar el derecho colectivo**
- **Reorientar las acciones de salud de nuestras Obras Sociales Provinciales dentro de las Políticas Públicas, con un modelo de gestión mas participativo**

Muchas gracias.

*C.P.N. Julio Cesar Prieto*

*Director de la Obra Social de los  
Empleados Públicos de Catamarca (O.S.E.P)*

Muy buenas tardes, en primer lugar quiero decirles que es un honor poder compartir esta mesa con semejante nivel de expositores y agradecerle a Manuel Agotegaray la invitación para poder compartir con todos Uds. algunas de nuestras experiencias en la Obra Social de los Empleados Públicos de Catamarca.

Además, felicito a las misioneras y misioneros por la hermosa provincia que tienen y por la atención que han tenido con los que venimos a visitarlos e insto a algunos amigos de Catamarca que están aquí para que llevemos estos encuentros a nuestra provincia y poder mostrar nuestras bellezas naturales y nuestra hospitalidad que también las tenemos.

Quiero rescatar algunas palabras de Manuel cuando decía, no tenemos auspicio de nadie, porque este es un mercado contaminado y realmente es difícil hacer algunas reflexiones en este tipo de auditorio sin tocar determinados intereses.

Nuestra idea, en concreto, es tratar de contarles como estamos haciendo para que el acceso a los medicamentos de nuestros afiliados se haga en forma más rápida, más segura y menos onerosa.

### **Un poco de historia...**

Para empezar a hablar de nuestra Obra Social voy a hacer un poco de historia para ponerlos en tema porque en Catamarca hubo cambio de gobierno reciente, es decir que 20

años hubo un gobierno de un signo político, y a partir del 2011 otro gobierno de otro signo político. Las obras sociales provinciales, y acá envidio un poco a mi colega de San Luis que tiene superávit, porque las del noroeste son deficitarias y la nuestra no es la excepción.

Catamarca cuenta con 350.000 habitantes de los cuales 265.000 son afiliados a OSEP. Los que están al día con las cuotas o los que están activos serían 165.000, pero todos sabemos que se produce préstamos de carnet y sobre todo en las provincias norteñas es muy común, con lo cual creemos que de alguna forma dando salud a casi toda la población de Catamarca.

Cuando asumimos en diciembre del 2011 nos encontramos con una obra social con muchos problemas, todos los servicios extra provinciales suspendidos, una infraestructura edilicia decadente, un edificio en construcción abandonado y con un avance de obra de 50 %, aproximadamente. Además, un sistema informático vulnerable que no tenía ningún tipo de estadísticas, tremendas colas para la adquisición no solo de órdenes de consulta sino de cualquier tipo de práctica y lo más grave aún, denuncias penales por adquisición de medicamentos al menos de dudosa procedencia.

### **Acciones realizadas en esta gestión**

A partir de que asumimos, empezamos a trabajar para lograr tener credibilidad. Hablamos con los sanatorios, con las droguerías, los proveedores de prótesis, en definitiva, con todos los proveedores para que nos vuelvan a tener confianza.

Tuvimos que cambiar el sistema informático que abruptamente se nos cortó el día 10 de julio del año pasado y, a partir, de ahí logramos incorporar un sistema nuevo que a la fecha funciona bien y que nos está brindando algún tipo de estadística. Y de no tener nada a tener algo, es mucho.

Con respecto al edificio, el 22 de julio de este año lo hemos inaugurado. Es cierto que tiene muchísimas falencias por el estado de abandono que sufrió y porque muchas veces los controles de obra no fueron los adecuados.

Con respecto a los medicamentos, tuvimos que optimizar las compras. Si se observan las estadísticas, en todos los gobiernos el gasto más importante es en personal y el segundo, es en medicamentos. En nuestro caso particular sobre un presupuesto determinado, casi el 25 % de esos ingresos se los llevan los medicamentos y si le sumamos médicos, se nos va más del 50 % solamente en dos ítems.

En el caso de Catamarca, nosotros a cada uno de nuestros afiliados, no sólo le brindamos salud sino que además, cuando tiene que ir a otra provincia le abonamos los pasajes, hotel y comida. Todo esto hace que el dinero sea insuficiente. Ayer, el Ministro de Salud de Misiones decía que los medicamentos no tienen techo, la realidad, es que la salud no tiene techo.

Además como se ha mencionado en esta mesa no tenemos ayuda de nadie porque la Nación, puede socorrer a las obras sociales sindicales pero no a la provinciales.

Cuando comenzamos con esta gestión, había largas colas para la adquisición de órdenes de medicamentos. Pero afortunadamente tenemos una muy buena relación con el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia con quienes venimos trabajando en el expendio de medicamentos a través de las 140 farmacias de la provincia, e ideamos un sistema que sobre la misma base informática puede expender las órdenes de consulta. Por lo tanto alrededor de 30.000 órdenes de consulta hoy se expenden en las farmacias de la provincia. Con esto logramos un acercamiento interesante con el afiliado ya que puede acceder a dichas órdenes por las tardes, en los días feriados o los sábado y domingo, en cualquiera de las farmacias de la provincia.

También, nos propusimos beneficiar de algún modo a nuestros jubilados y esto fue, además, por indicación de nuestra gobernadora Sra. Lucía Benigna Corpacci. Decidimos otorgarles descuentos del 80 % en toda medicación crónica, y si bien constituye un importante beneficio, el error fue que no medimos las consecuencias. Cuando estimamos los valores nos dio una cantidad determinada de fondos pero la realidad fue otra, porque en las provincias norteñas ocurre frecuentemente que los matrimonios de jubilados, uno es nacional y le corresponde PAMI y el otro es provincial. Y actualmente, es mayor el beneficio que le da la obra social provincial que el PAMI. Entonces toda aquella masa que antes compraba a través del PAMI hoy compran a través de nosotros. A pesar del costo, me parece que es una manera de ir llegando al afiliado en forma directa a través de importantes beneficios.

Por otra parte, participamos activamente de la COSSPRA que es la Confederación de Obras Sociales Provinciales de la República Argentina, y tuvimos el honor de lanzar por primera vez en una provincia, dos programas regionales el DiabesNoa, y el Reumo NOA.

En el caso de DiabesNoa, gracias a la colaboración del Colegio de Farmacéutico de la provincia, de la Cámara de Propietarios de Farmacia de la provincia y a la gestión de FEFARA pudimos lograr que los afiliados con diabetes puedan recibir los hipoglucemiantes orales, las insulinas y las tiras reactivas a través de las 140 farmacias de la provincia. El sistema es muy simple, el afiliado retira en la farmacia un formulario de reempadronamiento, que es completado por el médico con los datos de la patología, los medicamentos, las dosis requeridas, etc. Este formulario se entrega en la farmacia que elige el afiliado, se dispara el pedido a las droguerías y en 72 hs. tiene el medicamento. Este medicamento viene trazable, a nombre del afiliado, y es entregado en una farmacia por un farmacéutico que garantiza la seguridad del medicamento.

Actualmente, estamos trabajando para que aquellos medicamentos de alto costo y los oncológicos también puedan ser entregados en cualquiera de las farmacias de la provincia, lo cual sería muy importante. El procedimiento es similar al que mencioné anteriormente, pero con la idea de que el afiliado retire la ficha de empadronamiento en la Obra Social para que se aplique la resolución, a través de protocolos y una vez autorizado concurrir a cualquiera de las farmacias y desde allí poder tener el medicamento de la misma forma trazable, seguro, en tiempo y forma.

Como todos sabemos, los precios de venta de los medicamentos muchas veces no se condicen con el costo de producción de los mismos, ni tampoco con el costo de investigación y llegan muchas veces a valores realmente altos. Además, cuando más nueva es la medicación generalmente es más cara. Pero todos sabemos también que de nada sirven medicamentos caros que no están al alcance de la gente.

Al respecto, quiero finalizar con una conclusión: todos los actores de la salud, deberíamos contribuir a que se haga un buen diagnóstico, una buena prescripción y que los medicamentos lleguen a todas las personas a valores razonables para asegurar la salud a la población.

Además espero que todos Uds. sepan entender que he hablado desde una formación como contador y no con los conocimientos de un farmacéutico.

Muchas gracias.

*Dr. Peregrino Selser*

*Asesor de la Obra Social de los*

*Viajantes Vendedores de la República Argentina (ANDAR)*

Hola, buenos días. Comparto con Uds. estas jornadas desde que comenzaron y, la verdad, tuve que pensar cómo abordar la temática de la mesa, si lo hacía al estilo médico sanitarista o trataba de hacer algunas apostillas de lo que me fue pasando como parte de este auditorio, en relación a lo que se debatió aquí. Finalmente opté por hacer un repaso que de alguna manera dé cuenta de lo que se planteó sobre los medicamentos desde una mirada superadora y desde un lugar que nos permita poner en preguntas las distintas cuestiones.

A partir de las exposiciones voy a hacer algunas consideraciones desde lo que yo pude apreciar. Porque todo lo demás lo han hecho los colegas de manera impecable, es decir lo que pasa en San Luis, las tormentas que enfrenta el colega de Catamarca, la situación en Misiones, el concepto de Salud, como influye la calidad de vida en el estado sanitario de la población, y el resto de los temas que han sido abordados con toda solvencia.

Pero cuando escuchaba ayer lo que pasa en España en relación a la Salud en tiempos de crisis y con una disminución directa de la inversión me pregunté ¿Qué pasó cuándo disminuyó el 30 % la venta del medicamento? ¿Qué pasó con la gente? ¿Hubo menos enfermos?, ¿Bajaron los precios de los medicamentos o hubo más gente que no se atendió. Ya que todos sabemos que hay una relación absolutamente directa entre la economía y las posibilidades de inversiones en salud.

Y planteo esto para que no vayamos a mirar esa situación pensando que somos una isla en un concierto de naciones desarrolladas que mantienen presupuestos, cantidad de píldoras y precios de píldoras porque eso no es así.

En una economía en crisis automáticamente se ajusta por todos lados y más allá de que nos hemos cansado de declamar que la salud es un bien protegido por la constitución, etc., el hecho concreto es que se castigan sus presupuestos con igual rigurosidad que el resto de las partidas de presupuesto de la Nación.

### ¿Dónde estamos?

Ayer, luego de las presentaciones de los colegas me di cuenta que muchos de ustedes desconocen lo que pasaba hace 10 años respecto a las dificultades para conseguir estadísticas en Argentina. Ello constituía un grave problema pero,



además, lograr que una persona pudiera exhibir en público los datos de su agente de seguro, local o regional era muy complicado.

Lo que ayudó muchísimo fue la computación, disculpen que diga esto que seguramente para ustedes, que la mayoría son jóvenes, resulta una obviedad pero que nosotros valoramos porque el desarrollo de esas herramientas informáticas nos permitieron facilitar enormemente el trabajo.

A lo que quiero llegar es que hoy contamos con una autopista informática que nos permite de alguna manera poder tener mucha información ordenada para mostrar y comparar.

A partir de la exposición de las personas que vinieron de Brasil a presentar el tema de los medicamentos genéricos y la economía de Brasil, celebro que todo lo que yo voy dando en mis clases como por ejemplo que la salud es una cuestión de dinero, que Argentina tiene mucha mora en inversiones en salud y muchos años de retraso por funcionarios caudillos dueños de provincias que no invertían en salud, no pasa solamente en nuestro país.

Ahora descubrimos que el país que encabeza Latinoamérica está intentando ponerse de pie, porque Brasil tiene planes de salud que son incompletos e insuficientes y que no saben cómo hacer para desarrollar el mercado de consumo interno para generar exportaciones con valor agregado o que dependen de la importación de medicamentos de India o Paquistán. Y todo ello es más o menos lo que nos pasa a todos.

Además hemos escuchado que los países desarrollados que se supone nos están "regenteando" a la hora de realizar ajustes, también los hacen como acá. Porque si no nosotros parecíamos "monstruos" diciendo que bajábamos el gasto en salud como si eso fuera una cuestión que no se podía tocar y resulta ser que los europeos también lo hacen, es decir, que nuestras fórmulas y estrategias, por más antipáticas que sean, son más o menos las mismas.

Por otra parte estamos acá reunidos hablando de si los presupuestos de salud son suficientes o no y sobre los medicamentos biológicos y esto es muy bueno porque en definitiva podemos hacer alguna clase de crítica con datos comparados de provincias diferentes y al final nos damos cuenta que estamos todos más o menos en la misma epepeya.

### **¿Rentar accionistas, el problema del capitalismo?**

Quisiera contarles una historia. Como pueden observar en ese gráfico por un lado están las píldoras que van a las cajitas que están en las oficinas de Farmacia y del otro lado misiles.

La industria farmacéutica con todo ese sacrificio, ese esfuerzo enorme que hace en el desarrollo de investigaciones están administradas por personas que son profesionales de empresas planetarias, que cotizan en todos los mercados y los accionistas que tienen esas acciones cuentan con mucho dinero. Igual que cualquier empresa que fabrique, por ejemplo, misiles.



Es decir que mirar la industria del medicamento sin mirar la rentabilidad es no ver la realidad.



El PBI más grande del mundo es el de Estados Unidos y la rama de la economía más poderosa del mundo la de las armas. Quiere decir que los Estados Unidos la mayor forma de fabricar riqueza para su país es construyendo submarinos nucleares, misiles, satélites. Pero el segundo rubro es de los medicamentos. De manera tal, que hacer una mirada naif de este asunto, es poco serio.

Y después estamos nosotros tratando de ver cómo hacemos ahora con los productos biológicos, con la tecnología y la pregunta es si Argentina gasta el 8 % del PBI en salud, qué debiera hacer nuestro país frente a la incorporación de los medicamentos biológicos, ¿le parecerá bien a los señores de Wall-Street que pongamos 16 puntos del PBI y que no haya agua corriente para las poblaciones marginales? ¿O será mejor en todo caso que dejemos de hacer casas para poder pagar las moléculas monoclonales del tratamiento para pocas personas que poseen un melanoma? O será como la pelea, la construcción de la ficción, para incorporar al medicamento genérico. Al respecto debo decirles que esa pelea tuvo la colaboración de que Argentina estaba en una gran crisis porque si no tal vez no se hubiese logrado. La incorporación de la política de genéricos se pudo introducir porque las oficinas de Farmacia estaban con las persianas bajas, porque no podían

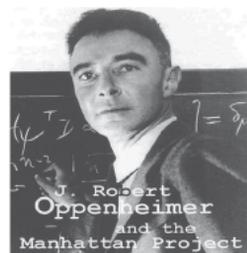
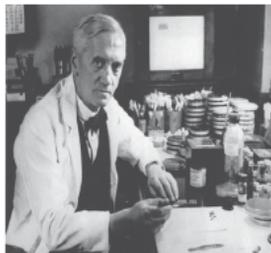
vender los medicamentos ya que no se sabía cuál era el precio al que iban a reponerle desde la industria. Y si en ese momento de espanto, como dijo la Farm. de Paraguay no se incorporaba la política de prescripción por el nombre genérico, creo que en otras circunstancias no hubiese sido posible.

Entonces resulta ser que ahora que estamos con los muchachos de Wall-Street nos estamos preguntando si podemos elaborar el genérico de manera de poder competir contra el comercial, obviamente, para que se lleven menos de la cantidad de dinero que hay en medicamentos. Es decir que primero apareció la industria del medicamento y ahora la industria de lograr bajar las apetencias por los recursos que tiene la industria de medicamentos comerciales.

Pero a mí lo que me irrita de esta conversación, no tiene que ver con la industria sino que tiene que ver con nosotros, con la humanidad y es, ¿para qué queremos vivir hasta los 140 años si no vamos a conseguir lo que necesitamos para llegar ahí? ¿Para qué se ofrece tecnología para que viva más si después es inaccesible? y por fin ¿por qué me dicen que hay alguien que va a vivir 140 años si yo no tengo agua potable?

Si ustedes quieren saber que pienso, yo no pondría más puntos porcentuales del PBI en salud. Y esta pelea está en marcha porque los que tienen privilegios van atrás de los dólares y poco les importa la distribución de la riqueza de los países, poco les importa lo que le pase a la gente porque lo que quieren es mantener su sistema de privilegios. Y esto no está relacionado a la industria de medicamentos, es mucho más extenso, acuérdense de esa foto. Participan en el mismo mercado de Wall-Street, el que hace el submarino y el que fabrica medicamentos.

Estas fotos co-



rresponden, una al Dr. Alexander Fleming, la humanidad necesita de más personas como él y menos intermediarios. La otra foto pertenece a Robert Oppenheimer.

Por el año 40, en Estados Unidos tuvieron la idea de que tenían que terminar el conflicto con Japón y la segunda guerra, por ello lo convocaron a Einstein para que desarrolle una bomba atómica. Einstein se negó y les dijo que, esa es una fuerza que Uds. no pueden controlar y como, además, son irresponsables no contaran con él.

Entonces llamaron a un mediocre estudiante de la clase de Einstein, Oppenheimer, a quien ofrecieron hacerse cargo del proyecto Manhattan. Obviamente que aceptó y desarrolló el proyecto Manhattan lo que determinó la posibilidad de los Estados Unidos de tener armas no convencionales. Einstein dijo el hombre acaba de desencadenar un recurso cuyas consecuencias no conoce.

Menciono estos dos casos porque me parece que no vale que la humanidad se desarrolle para esclavizarnos cada vez más y para dejar más excluidos.

La Argentina tiene deuda con su sistema sanitario y esto demanda de mucho compromiso, de mucha energía y trabajo, pero necesitábamos pasar antes por este tipo de análisis para no errar en el camino elegido.

Quisiera hacer una corrección conceptual antes de terminar, hay una cuestión que siempre se menciona respecto de las obras sociales provinciales y su financiamiento. Al respecto, o aceptamos como dice nuestra Constitución que somos una República federal en cuyo caso las obras sociales provinciales son autónomas, autárquicas y dependen del presupuestos provincial por cuanto está dictado en la constitución o se incorporan todas las obras sociales provinciales a la superintendencia y que corran igual suerte. Tengamos en cuenta que las personas que trabajan en los estados provinciales, que no pueden sacar dinero de la

superintendencia, tampoco ponen un peso en la Superintendencia. A las obras sociales nacionales el gobierno federal les retiene aportes y contribuciones que son de los trabajadores y después no se les devuelve y ese es otro tema. Aquí no tienen que ver los efectores de Salud sino los políticos que agarran la plata de los trabajadores la meten en el Tesoro nacional y después no la vuelcan ni a los trabajadores ni a las provincias.

Cerrando este tema digo que muy distinto fuera si las obras sociales provinciales pidieran soporte del tesoro nacional para financiar las cuestiones de todos los argentinos.

Respecto de lo del **concepto de salud y accesibilidad al medicamento** solo les voy a decir lo siguiente. Afortunadamente en la salud ya se dejó atrás el modelo médico hegemónico planteado en los años 70 y hoy es un bien social porque se desarrolló la lógica de la prevención. Y en estos 10 años se ha progresado muchísimo en nuestro país porque por fin atinaron a darse cuenta que en lugar de seguir ocupándose de las diarreas había que poner agua corriente y cloacas.

Finalmente, quiero decirles que vienen tiempos de renovación basados en la participación de la juventud. Y esto es porque los jóvenes se atreven a hacer con lo mismo cosas diferentes.



Me parece que tenemos que confiar en que los jóvenes farmacéuticos nos van a ayudar para que no nos sigan engañando al momento que nos plantean la accesibilidad al medicamento como un bien social que está más allá de los intereses de los que pelean por los privilegios que no quieren soltar y mientras tanto muchos de nuestros hermanos siguen sin poder tratar sus enfermedades.

Muchas gracias, buenas tardes.



## Mesa N° 9

### Medicamentos y Medios de Comunicación

*Coordinador: Lic. Carmelo Crapanzano  
Director del Programa InfoSalud*

Buenas tardes, tengo el gusto por segundo año consecutivo de coordinar la mesa que está referida a Medicamentos y Medios de Comunicación. Entendiendo que es altamente relevante para la profesión farmacéutica e inclusive para retroalimentar a los medios, este grado de acercamiento para debatir temas puntuales o las políticas que tienen que ver con los medicamentos.

Los periodistas tienen, no sé si decir el derecho o la obligación de estar enterados de que es lo que pasa y saber que pueden contar con las Instituciones farmacéuticas en este caso FEFARA, como punto de referencia para determinados temas, como ha ocurrido históricamente, por ejemplo con los problemas generados con el Yectafer® o con la talidomida, entre otros.

Si bien es razonable apelar a la consulta de cuál es la opinión del médico, seguimos entendiendo que es absolutamente necesario también apelar a la consulta de cuál es la opinión del

farmacéutico que en este caso es el agente de salud especializado en el medicamento.

Realmente desde la jornada anterior, la que se celebró en Rosario, la conducción de FEFARA tuvo la gentileza de incorporar una mesa dirigida a comunicadores porque es nuestra opinión que los temas que se tratan en estas jornadas, desde la historia y hasta esta inclusive, son lo suficientemente relevantes como para tener una difusión. Esta difusión únicamente podemos tenerla haciendo participar a los comunicadores para que conozcan lo que hacemos y como lo hacemos.

Estas Jornadas de Misiones, y ésta es una opinión personal, han dejado hasta el momento no menos de 3 elementos noticiables. En orden cronológico, entiendo que el primero fue la firma del convenio entre el Ministerio de Salud de la Prov. de Misiones y el Colegio de Farmacéutico de dicha provincia, donde el Colegio asume la responsabilidad de las especializaciones determinadas por un decreto del Ministerio de Salud de la Nación, que no tiene más de 60 días. Por lo cual es altamente relevante esta cintura política del Ministerio de Salud Provincial para, rápidamente, instrumentarlas aquí.

El segundo elemento, que desde mi óptica es noticiable e importante, es que el LIF o sea el Laboratorio Industrial Farmacéutico de la Provincia de Santa Fe, anuncia que está trabajando muy fuerte y muy firmemente para poder incorporar como producción nacional la eritropoyetina y el interferón. Por último, el tercer elemento que en mi opinión, vuelvo a insistir, es altamente significativo fue en la charla que dio ayer el Diputado Nacional y secretario de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados de Nación y Secretario de Relaciones Institucionales del COFELESA, que es el Consejo Federal Legislativo de Salud, acerca de que está trabajando muy fuertemente para promover una Ley de regulación de la actividad farmacéutica, cosa que necesitamos y que creo que es absolutamente importante y que todos en mayor o menor medida estamos celebrando.

Antes de dar comienzo a esta mesa, les voy a presentar a los disertantes, en primer lugar tendremos el gusto de escuchar al periodista Juan Carlos Arguello, quien es jefe de redacción de Misiones *on line* y conductor del programa Debate sobre el Futuro que se transmite por Canal 5 de Posadas. El tema que nuestro panelista ha elegido es: ¿Qué nos quieren vender?

A continuación, Mario Antonowicz quien es comunicador social, propietario y director periodístico de la Radio Yguazú de Misiones, FM 99.9 y de YTV Canal 28 de la ciudad de Iguazú. Además, es corresponsal para la zona norte de Misiones de LT 85 TV Canal 12 de Posadas y LT 17 Radio Provincia de Misiones. También, colabora con diferentes medios periodísticos provinciales y nacionales en lo referido principalmente a hechos que se producen en la región de la triple frontera. El tema que se va a abordar en esta mesa es: Medios de comunicación en la frontera y penetración cultural.

Luego, nos acompañará el periodista Alberto Ferrari quien se desempeña como redactor de la Agencia de Noticias ANSA, director del portal de noticias Pharma Bayres.com y colaborador en la revista Acción. Fue jefe de sección en la agencia DyN. Es especialista en temas de salud y autor del libro "Patentes sin monopolios". Participó en coberturas periodísticas internacionales, fundamentalmente sobre temáticas de salud, en China, India, Estados Unidos y América Latina. El tema de su disertación es: Salud enfoque en los medios.

Por último contaremos con la presencia de Matias Loewy es periodista, farmacéutico, editor de la revista Newsweek Argentina, ex vicepresidente de la Red Argentina de Periodismo Científico, profesor de periodismo científico en la Fundación Instituto Leloir y es editor de la página de ciencia y salud de la revista Noticias.

Realizada la presentación, damos inicio a la mesa.

## **¿Qué nos quieren vender?**

*Juan Carlos Arguello*

Buenas tardes, muchas gracias por la invitación. La verdad es que no conozco en profundidad el tema de medicamentos, pero quiero hablar un poco de como percibimos nosotros los periodistas la información que nos llega sobre dicho tema, sobre todo la nueva forma de comunicación que se está imponiendo que es la de servicio de prensa que reciben los medios de comunicación.

El título de mi disertación es porque justamente parece eso, que todo el tiempo nos están queriendo vender algo y que nosotros somos meros transmisores de una publicidad, de una propaganda de medicamentos como "Medicamentos, soluciones mágicas".

Creo que debiera ser diferente y cuando se habla de medicamentos se tendría que mostrar las cosas positivas pero también las contraindicaciones. Además, cuando se recibe la información en los medios y, realmente es mucha, generalmente son propagandas de nuevos medicamentos, nuevos métodos, descubrimientos exitosos que realmente no sabemos si son reales. Esto es porque no somos ni médicos ni farmacéuticos y hay muy pocos medios que tienen especialistas en la materia, sobre todo en el interior.

Tal vez en los medios más grandes de Buenos Aires o de algunas otras provincias pueda haber especialización en distintas materias, pero en los medios del interior o al menos en lo que hace al trabajo nuestro, no tenemos un especialista que sepa realmente de Farmacia o de Medicina. Se puede llevar a cabo un seguimiento de los temas tanto de medicina como de

medicamentos pero de ahí a saber la diferencia entre un medicamento que puede ser beneficioso o un nuevo invento falso, hay una gran distancia.

Entonces nos encontramos con mucha propaganda y la información que puede ser relevante queda escondida sobre todo cuando se presenta un informe pero se termina vendiendo una marca. Hay que tener claro que la propaganda es otra cosa, si alguien quiere publicitar, paga la publicidad y nadie cuestiona nada y cada cual se hace cargo de lo que dice. Pero cuando se envía información encubierta como una noticia, nosotros los periodistas, tenemos que tener la responsabilidad de saber lo que estamos comunicando y ello es muy difícil.

En el caso de las contraindicaciones, en toda la información que se recibe nunca aparece algo que sea negativo, y se sabe que todo medicamento tiene una contraindicación, puede producir efectos adversos. Esa información nunca aparece en el material que se envía desde el laboratorio o desde algunos estudios médicos.

Traje dos ejemplos, espero que nadie aquí se sienta aludido. Uno de ellos, es en relación a la presentación de una nueva vacuna contra el cáncer de pulmón, desarrollada por un consorcio científico público y privado. Según la información recibida es un avance muy importante, pero nos encontramos al final con el medicamento y la marca y termina siendo una propaganda. Y nosotros desconocemos si realmente se aprobó con un estudio en 10.000 pacientes o en 100, y si eso se hizo en la Argentina o no.



## Presentan nueva vacuna terapéutica contra el cáncer de pulmón desarrollada por un consorcio científico público-privado

Presentan una nueva vacuna terapéutica contra el cáncer de pulmón desarrollada por un consorcio científico público-privado.

- Es un fármaco innovador para el tratamiento de la variante más común del cáncer de pulmón.
- Su nombre es racotumomab e induce al organismo a responder inmunológicamente contra las células tumorales.
- En ensayos clínicos controlados, la vacuna triplicó el porcentaje de pacientes que viven dos años después de la aplicación.
- La comercialización en Argentina la realizará el laboratorio Elea bajo el nombre de Vaxira® y estará disponible a partir de julio.
- Sus beneficios terapéuticos serán presentados en la reunión anual de ASCO (American Society of Clinical Oncology), la más importante en oncología a nivel mundial, que se realiza en Chicago, del 31 de mayo al 4 de junio.

**Buenos Aires, Argentina.**- Científicos e investigadores clínicos presentaron un medicamento innovador que representa una nueva opción terapéutica para pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas. Se trata de racotumomab (Vaxira®), una vacuna que es el resultado de 18 años de investigación de un consorcio público-privado del que participaron más de 90 científicos.

---

El otro ejemplo es sobre otro nuevo hito en anticoncepción hormonal, pastillas anticonceptivas con estrógenos naturales, podría ser interesante, es un nuevo descubrimiento y como siempre termina el informe con la publicidad del nuevo anticonceptivo. Personalmente, no tengo nada en contra, no sé si es bueno o malo, simplemente es la forma en que los medios reciben la información y que termina convirtiéndose en propaganda.



Lo que pasa con esto, es que generalmente terminamos tirando a la papelera todo lo que llega. Al no ser confiable la información del 100 % de lo que recibimos, se publica un 20 o un 30 % y seguramente descartando cosas novedosas o atractivas que pueden servir para los lectores.

Por primera vez en Argentina

## Lanzan nuevo hito en anticoncepción hormonal: pastillas anticonceptivas con estrógenos naturales

Se trata de una innovadora opción natural con una alta eficacia anticonceptiva.

[Descarga imagen](#)

**Buenos Aires, Argentina.**- Desde junio, está disponible por primera vez en nuestro país el **primer anticonceptivo oral monofásico con estrógenos naturales**. Los estrógenos naturales poseen importantes ventajas: tienen menos efectos secundarios adversos y mucha mejor tolerancia, lo que permite que más mujeres puedan optar por este método, con una alta efectividad. Combinada con nomegestrol, la nueva píldora representa un verdadero hito en la historia de la anticoncepción ya que su principal compuesto, el 17 beta estradiol, es un estrógeno natural idéntico al que producen los ovarios.

“Las investigaciones en anticoncepción muestran que estas pastillas con estrógeno natural, tienen menos efectos sobre el metabolismo de los lípidos y los hidratos de carbono, es decir, el estado de nutrición, así como un menor impacto sobre los factores de la coagulación sanguínea. Además, regularizan mejor los ciclos y proveen menstruaciones más cortas y leves, con un muy bajo porcentaje de sangrado intermenstrual”, explicó la doctora Alicia Figueroa, médica ginecóloga del Hospital Durand.

Con una presentación de 24 comprimidos activos y 4 placebos, estas pastillas se toman de manera muy sencilla: se inicia el envase el primer día menstrual tomando 1 comprimido por día hasta terminar las 24 pastillas activas. Luego, se ingieren los 4 comprimidos inactivos o placebos. Y al día siguiente, se inicia nuevamente el ciclo.

### La pregunta es, **¿quién se hace cargo de la información?**

Generalmente, cuando se presenta un estudio o medicamento nuevo, mencionan a un profesional como contacto para la prensa. La verdad, es que se llama varias veces y nunca se puede ubicar, o el teléfono no existe. Si por el contrario, nos podemos comunicar y el responsable confirma que ese medicamento es lo que dice ser, entonces, se cita, se coloca nombre y apellido y la información cobra otra relevancia, porque si hay alguien que está dispuesto a poner su nombre.

Hago una apelación a los Colegios Profesionales, ahora que justamente están todos aquí, para que sirvan como soporte a los medios, ante cualquier consulta. Tal vez algunas veces los vamos a consultar por alguna nimiedad, pero a la hora de informar es importante tener un canal de contacto abierto con todos los medios.

En relación al tema de las **responsabilidades** y del compromiso **de los Colegios y de los medios**, siempre menciono

que la responsabilidad primaria es nuestra, la de los periodistas de chequear y confirmar. Pero también es de Uds., los farmacéuticos, que pueden interactuar, en cada una de las provincias a las que pertenecen, con los medios de comunicación para brindar información certera. Además, cuando recibimos estudios, informes de nuevos medicamentos o propagandas, que nos puedan certificar si esto es así. Es importante que nos informen si podemos conseguir alguna fuente alternativa, bibliografía que mencione datos relevantes sobre el tema, para poder ofrecer información que sea beneficiosa para nuestros lectores y también para Uds.

Todo esto es **con el fin de no terminar convirtiendo al medicamento en un producto y al paciente en un mero consumidor.**

Según datos, la automedicación es la cuarta causa de muerte en el mundo, entonces, creo que tenemos que ser responsables como medios de comunicación y Uds. que son los que dispensan el medicamento, a la hora de comunicar. Si podemos lograr un canal de diálogo más fluido, creo que nos vamos a beneficiar nosotros y vamos a beneficiar a todos.

Muchas gracias.

## **Medios de comunicación, invasión cultural en la frontera y medicamentos de venta libre**

*Mario Antonowicz*

Muy buenas tardes a todos, muchísimas gracias por venir. En realidad cambié en el título la palabra penetración por invasión porque ya estamos un poquito cansados de la penetración aquí en la frontera. En el auditorio hay mucha gente de Misiones que conoce esta realidad pero, también, están presentes mucha gente que ha venido de afuera y que necesita saber dónde está ubicada y que sucede en la provincia de Misiones.

La provincia de Misiones está en el corazón del Mercosur. Tal como lo muestra la siguiente imagen en la que pueden observar que tenemos mil km de frontera con Brasil y Paraguay y solo 100 km nos unen a la República Argentina.

Esta situación geográfica tuvo y tiene sus consecuencias porque, por ejemplo, hasta hace unos 12 años nuestra región fue considerada una zona de posible conflicto con la hermana República Federativa del Brasil.



Es así que durante años Misiones ha sido considerada una provincia periférica y esa hipótesis de conflicto ha retrasado su desarrollo. Por otra parte, hoy a doce años de haber abandonado esta situación problemática, se lograron varios cambios, a saber: mejoramiento del corredor vial Nacional dentro de la provincia, asfaltado de las rutas provinciales, desarrollo de la red eléctrica de comunicación y de la red sanitaria, obviamente.

Pero Uds. se preguntaran qué tiene que ver esto con los medios de comunicación y los medicamentos de venta libre, y es aquí que paso a explicar los resabios de una vieja política heredada de los procesos militares y políticos que ha sufrido o vivido nuestro país que veían no como hermanos sino como a potenciales enemigos e invasores a los países limítrofes. Hay temas que aún quedan pendientes de resolución y que sólo se cambiarán con el conocimiento cabal de cuál es la situación en esta zona de frontera y esto se va hacer con una fuerte inversión de forma permanente.

El **principal problema** que tenemos es la **invasión cultural** que hemos sufrido a lo largo de estos años, y no me refiero solamente al idioma, si es español, portuñol o portugués, o la música que se escucha, sino a los años de postergación a los que hacía referencia anteriormente con falta de comunicación por rutas, red eléctrica, medios de comunicación y servicios sanitarios. Esto nos ha puesto en desventaja con nuestros países vecinos y puede ser que a la hora de la verdad algunos puedan ver como virtual estas cuestiones pero traen problemas reales. Para ser más claros y específicos es como hablar de seguridad y sensación de seguridad ¿qué es más importante, estar seguros o sentirse seguros?

Recordemos que a lo largo de estos 1000 km de frontera con Brasil y Paraguay estos dos países han desarrollado, en estos años, una estrategia comunicacional fronteras hacia afuera. Esto es con miras hacia la Argentina y Paraguay porque nosotros tenemos, además, una situación de triple frontera.



Esto permitió generar influencias que han sido captadas por los habitantes de Misiones, no por todos, por ciertos sectores que generalmente son los más vulnerables. Quizás no se note tanto en nuestra capital provincial, Posadas,

donde el desarrollo y la comunicación fueron, casi en forma permanente, con nuestro país porque tienen más frontera con la Argentina que con Brasil y Paraguay. Pero les puedo asegurar que sí se nota a lo largo y ancho de nuestra querida provincia.

### **¿Cómo influyen los medios de comunicación en el tema difusión y venta libre de medicamentos?**

En esto hay que sincerarse y expresar que se ha hecho poco o casi nada, o al menos no se ha percibido una acción disuasiva por parte del Estado y de las instituciones involucradas en el control para evitar esta situación.

La invasión cultural trajo aparejada que los medios extranjeros entraran en nuestras casas, nos mostraran una realidad distorsionada a través de los mismos colocando a nuestro Sistema de Salud y farmacológico falsamente en una posición desfavorable. Esto se debe a que se compara una prescripción médica con soluciones a veces mágicas o extraordinarias que se ofrecen a través de la excesiva publicidad de medicamentos de venta libre en los países limítrofes.

Es así que muchos de nuestros vecinos hoy recurren a las oficinas de Farmacia de nuestra provincia, según las consultas efectuadas con varios farmacéuticos de Misiones, con el objetivo de adquirir estos medicamentos a los que hacemos referencia.

Al encontrar una respuesta negativa, finalmente, terminan comprándolos en farmacias de Brasil o Paraguay o lo que es más grave, adquiriendo los mismos en la vía pública de esos países. O lo que es peor, los adquieren en puestos de venta callejeros o comercios multirubros de nuestra propia provincia.

Estos fenómenos se pueden ver como un hecho común en localidades pequeñas, pero en realidad ocurren en toda la provincia de Misiones.

Profundizar aún más en esta realidad es plantear la permeabilidad de nuestras fronteras y volver a recordar los más de 1.000 km que tiene nuestra provincia con los países limítrofes.

Quiero mostrar algunas fotografías, algunas son muy bellas y de paso voy a promocionar la provincia, turísticamente.

Ésta es una imagen del río Iguazú viéndolo hacia el río Paraná en una puesta de sol y se ve Paraguay y hacia la margen derecha está la República Federativa de Brasil.



Éstas son imágenes del río Paraná que muestran la permeabilidad de nuestra frontera.

Con esta imagen de fondo.



## ¿Cuáles serían las posibles soluciones a este problema de permeabilidad de nuestra frontera?

El efectuar mayores controles, obviamente, por parte del Estado a través de los organismos que a tal efecto controlan a las farmacias y quizás hacerlo extensivo a todo tipo de rubros sin necesidad de mediar denuncia. Pero lo veo como un hecho casi imposible.

Le voy a mostrar fotografías que tome de los medios de comunicación de Brasil y de Paraguay. Estas publicidades son invasivas, por ejemplo pasan la de un medicamento, luego otro tipo de propaganda y vuelven a otro medicamento, y así sucesivamente.

Además, se contratan a figuras del espectáculo de Brasil para vender este tipo de medicamentos.

Pueden observar la promoción de venta en Farmacia pero, obviamente, también se venden en la vía pública. Y, como decía anteriormente, se venden en la vía pública en nuestra provincia y en locales multirubros.



Lo concreto es que el problema existe, lo podemos ver a diario, quizás sea tiempo de **llevar un mensaje claro y contundente a nuestra población sobre los riesgos que implica adquirir este tipo de productos en algunas de sus formas antes mencionadas**. Máxime cuando hablamos de poner en riesgo la calidad de vida y la salud de las personas.

No quiero cerrar con un mensaje negativo, por ello voy a aclarar que desde hace un tiempo ha mejorado la red hospitalaria y la redistribución de medicamentos en esos hospitales públicos y ello influye para que aquellas prácticas, un poco, se han ido abandonando. También ayuda un poco la asimetría cambiaria porque si uno va a adquirir un medicamento en el vecino país cuando cambia de Pesos a Reales, ese medicamento triplica su valor.

Pero no es cierto de que se haya abandonado totalmente y son los sectores más vulnerables, los de menores recursos que generalmente recurren a ese tipo de medicamentos porque buscan la solución mágica.

Quizás de la forma que vaya a cerrar sea un poco graciosa, lo que van a observar, también es publicidad.

**SE PERSISTIREM OS SINTOMAS,  
O MÉDICO DEBERÁ SER CONSULTADO**

Esto se puede traducir como si persisten los síntomas el médico deberá ser consultado. Es decir, si el medicamento mágico no le dio resultado, entonces, consulte a un profesional.

Muchísimas gracias.

**SALUD/enfoque en los medios**  
**¿Suplementos de economía o interés social?**

*Alberto Ferrari*

Muchas gracias por la invitación. En primer lugar una aclaración en términos globales, considero que este momento actual es muy malo para el periodismo. Además, soy docente en la escuela de periodismo y a los alumnos de primer año desde la primera clase les recomiendo que se dediquen a alguna otra actividad profesional con mayor consenso social y menos irritativa.

En este contexto de mal momento para el periodismo, donde los temas relevantes son los policiales o cualquier generador de escándalo mediático, y en el cual vivimos con un clima de pirotecnia verbal, el tema de la salud ocupa muy poco lugar en los medios. En realidad los espacios dedicados a la salud o los suplementos de salud están concebidos como "chivos" publicitarios y lo manejan los gerentes de marketing, no hay un trabajo serio de investigación y difusión.

El periodismo de investigación al cual me dediqué durante mucho tiempo, cuesta no solo tiempo al periodista sino dinero al medio.

En la conferencia de prensa que se realizó el miércoles en el Colegio de Farmacéuticos de Posadas alguien me comentó en tono crítico, y con total justeza, que los periodistas venían tomaban dos o tres declaraciones del ministro, sacaban un par de fotos y se iban. En realidad, posiblemente, ese periodista de ahí tenía que ir a la costanera porque habían pescado un surubí

gigante o en el camino a la redacción tenía que ir a cubrir un accidente de tránsito. Eso es como generalmente se trabaja hoy en los medios, no en todos.

### **¿Qué podemos hacer en ese contexto?**

**Trabajar con la información veraz, precisa, concreta y de actualidad.** Esto requiere de mucha perseverancia y tiempo, ya que no siempre se consiguen resultados. En la actualidad, cuando surgen temas de salud importantes en el mercado farmacéutico aparecen en las páginas o suplementos de economía. Los periodistas de economía, no quiero hablar mal de los demás colegas, pero son una secta y relativamente peligrosa dentro del periodismo. Por ejemplo, en la década del 90 cuando surgió el tema de la ley de patente, a quienes confrontamos con la posición de Estados Unidos nos costó una gran batalla, pero fue un punto de ruptura y logramos sacar el tema de las patentes de mano de los periodistas de economía o de los economistas reciclados en periodistas con una visión absolutamente neoliberal. El hecho era la concepción que tenían, y nosotros en un momento logramos que el tema de las patentes terminara siendo un tema social que se derramara en la página de información general o que fuera abordado como un problema de acceso a los medicamentos y de salud pública.

Creo que todavía se puede hacer un periodismo de investigación, donde se busque para determinados temas la mayor cantidad de información posible como para sostener un comentario, alguna denuncia. Por ejemplo, si se va a hablar de los efectos adversos de los anticonceptivos de Bayer que ahora van a juicio en Estados Unidos y Canadá por haber provocado la muerte de muchas jóvenes, posiblemente el periodismo se quede en ese título y no dé esa información porque Bayer es un auspiciante muy fuerte.

Hoy tenemos nuevas formas de investigar, contamos con un nuevo sistema informativo, existen muchas páginas

web y es muy anárquico. Considero que se ha diversificado muchísimo la información y esto es bueno comparado con la década de los 80 donde teníamos dos o tres medios y algunas pocas radios.

Por otra parte, es fundamental que las Instituciones Profesionales de la salud trabajen con los periodistas, sobre todo colaborando con las fuentes, antecedentes, estadísticas.

### **El centro y la periferia**

Este título no tiene que ver con cuestiones geográficas, sino con cuestiones periodísticas. Anteriormente mencioné las redes alternativas, considero que no es fácil entrar en los grandes medios ya que estos tienen avisadores y, a veces, uno los molesta. Por ejemplo, Farmacity es uno de los grandes avisadores.

Al respecto hay un sitio de internet que han hecho los trabajadores de Farmacity que es algo así como trabajadores-defarmacity.com.ar o trabajadoresexplotadosdefarmacity.com.ar que ya define básicamente de que se trata, pero también lo tienen algunos laboratorios. Pasa lo mismo con las automotrices cuando un automóvil 0 km tiene determinada falla. Como pasó hace muchos años con un modelo de las 4x4 de Ford se tuvieron que matar unas cuantas personas, hasta que la empresa reconoció el error y que el periodismo tomó ese tema y lo llevó a las páginas.

Obviamente todos queremos que nuestro tema informativo salga en los diarios Clarín y la Nación, o en radio Mitre, en realidad, 40 líneas en esos medios cuesta mucho, pero hoy con suerte tenemos redes alternativas que se pueden construir desde la periferia. Vuelvo a repetir, no es una cuestión geográfica que Clarín está en Buenos Aires y que en torno al Gran Buenos Aires hay decenas o centenas de radios y diarios zonales, páginas web y otro sitios.

Además, están los “nichos informativos” que en el periodismo, actualmente, son fundamentales, incluso como fuente laboral. La búsqueda de determinada información en forma rápida, concreta, de pronto, no se encuentra en los grandes diarios pero si la encuentra en un nicho informativo. Y ese nicho informativo está disponible para los lectores especializados en determinados temas, como por ejemplo los actores sanitarios, farmacéuticos, médicos o incluso para los funcionarios si les interesa informarse de algo.

Los medios tradicionales yo los comparo con una rama seca del periodismo. No estoy diciendo que van a desaparecer pero es como una rama que se va secando, las nuevas generaciones, realizan la primera búsqueda a través de las redes sociales. Un panelista de estas jornadas comentó que en los congresos cada vez más la gente twittea en directo, en tiempo real. Esto sería un tema a debatir e interesante para preguntarse cuántos twitter circularon desde aquí estos días, por ejemplo.

Los **temas importantes** en cuanto al **sector farmacéutico no están en la agenda de los grandes medios**. En realidad los grandes medios condicionan la agenda y los medios audiovisuales tienen la primacía. Es más, millones de personas en la Argentina y en el mundo se informan por los zócalos de los noticieros que se encuentran abajo de la imagen. Requiere tiempo romper esta rutina informativa porque los periodistas, en general, hoy tienen poco tiempo, van de la conferencia de prensa del Colegio de Farmacéuticos de Posadas al accidente de tránsito y llegan a la redacción y tienen que escribir todo eso. No les da el tiempo para hacer periodismo de investigación. Además, la mayoría de las veces no se lee más que el copete y los títulos entonces de esa manera resulta difícil transmitir una información.

En relación a la cuestión del **lobby publicitario**, tomé el tema de Farmacity porque debe de ser el que más cerca está de ustedes y es uno de los grandes avisadores que está en todos los medios. Hubo una serie de sucesivos fallos judiciales en contra de

Farmacy en los últimos años, el periodismo ¿brindó información de esto?, ¿alguien de los medios llamó a los farmacéuticos para preguntarles que opinaban de esos fallos?. Con respecto a este tema los diarios hicieron notas muy pequeñas, 20 líneas, ubicadas abajo. El jefe de gobierno de la ciudad de Buenos Aires, ustedes tal vez conozcan la situación, vetó la Ley que prohíbe la venta de medicamentos de venta libre fuera de la farmacia. Esto pasó casi desapercibido, yo creo que si no hubiera tanta protección mediática para determinados jefes de gobierno y sobre todo para Farmacty hubiera sido un escándalo, lo hubieran vinculado a la venta libre, al contrabando y a todo lo demás.

Esta ilustración corresponde a una nota de la agencia IPS sobre el contrabando, y los estragos sociales de la falsificación de medicamentos en Camerún y una de las fuentes de información es un médico del Hospital Universitario de la capital del País.



Lo quería comparar con la Argentina, acá el tema de los medicamentos va a policiales. Según mis conocimientos, pocas veces se escucha la voz de los farmacéuticos. Cuando hacen alguno de estos procedimientos, sale el comisario, el gendarme pero no el profesional farmacéutico, por lo menos en Buenos Aires y alrededores quizás en otros lugares sí.

Quería mencionarle algunas opiniones que son, posiblemente, más válidas. Una de ellas, la de Ianina Lois docente de la Carrera de Ciencias de la Comunicación de la UBA, en el diario Página 12 del 15 de junio del 2011 decía:

*"La forma en que comunicamos en salud se encuentra atravesada por modelos ideológicos hegemónicos".*

Yo diría también que se encuentra atravesado por intereses comerciales y de mercado. Los comunicadores que trabajan en salud conviven de manera conflictiva con los diferentes modelos comunicacionales.

La pregunta que se hace la autora es si es posible romper estos modelos de comunicación sordos y ciegos.

Personalmente, creo que hay que darle batalla, porque es muy difícil en un periodismo que esta encajonado y que practica la pirotecnia verbal.

En las organizaciones modernas comunicacionales, la función de la comunicación está vinculada cada vez más a objetivos y planificaciones estratégicas. Esto quiere decir, eje determinado de temas de interés público, apuntar a un público especializado y tratar de que el periodista nos sirva de correa de transmisión, eludir los lenguajes críticos y para entendidos, pero sobre todo eludir conceptos evasivos.

En los medios audiovisuales, lo sustancial del discurso, hay que decirlo en 30 segundos, el que no dijo lo que tenía que decir en ese tiempo, pierde. Eso forma parte de una premisa que hoy imponen los medios y a la que tenemos que adaptarnos.

En relación al tema de los **medicamentos**, cuando alguno es **cuestionado** en efectividad o denunciado por su toxicidad **requiere** de una **investigación previa que avale la denuncia**. Por ejemplo, cuando se habla de que el laboratorio Bayer va a juicio en Estados Unidos y Canadá, por la muerte de adolescentes a causa de sus anticonceptivos, podemos sostener esa información ya que la globalización nos ha dado la posibilidad de acceder a los expedientes de algún juzgado de Vancouver o Toronto. O también, consultar los diarios de esas ciudades, para buscar información sobre esos juicios.

Quiero finalizar esta charla con unas frases que me parecen muy interesantes, las extraje de un seminario llamado Salud, ética y medios de comunicación. Este seminario se organizó hace varios años pero recientemente lo ha subido la Defensoría del Pueblo de la ciudad de Buenos Aires.

*"La salud es un campo conceptual marcado por cuidados y éticas propias, que se sitúa en la delicada frontera entre la vida y la muerte. Esto delimita las preocupaciones que hay que tener en cuenta al definir estrategias de comunicación".*

Adriana Ghitia, Lic. En Comunicación, UBA

Otra frase que quiero compartir con Uds. es la que dijo Silvia Mercado, que en ese momento era la vocera del Ministro de Salud Ginés González García.

*"Es innegable que hay problemas en los medios, a los que usualmente no se les presta atención. Uno de ellos es la proliferación de espacios destinados a la promoción de tratamientos supuestamente "naturales". [...] hablan de medicamentos o tratamientos naturales, que no están regulados por nadie. La ANMAT regula sólo los medicamentos legales. No tiene poder de policía ni injerencia en lo ilegal".*

Silvia Mercado, Ex Vocera del Ministerio de Salud

Y la última.

*"La automedicación es un gran negocio"*

Francisco Maglio, Doctor Medicina de la UBA,  
Directivo de la Asociación Argentina de Investigaciones Éticas

En cuanto a las **responsabilidades de la industria y de los medios de comunicación**, quiero decirles que a los medios de comunicación no le gusta que les digan que son el libre mercado en cuanto a los avisos, ni que violan códigos éticos, simplemente porque tienen un avisador que les pone todas las semanas un gran aviso.

Otra frase extraída del seminario...

*"La explosión de la información y su manejo conforme a los intereses del mercado constituyen un problema que puede afectar el ejercicio del derecho a la salud".*

Seminario "Salud, Ética y Medios de Comunicación",  
Defensoría del Pueblo de CABA

A modo de conclusiones finales creo que en definitiva el periodismo es un campo de batalla por la información y para conquistar posiciones se requiere:

- Elaborar contenidos con noticias veraces, en lo posible de fuentes múltiples.
- Ideas nuevas en materia de comunicación. Basta de gacetillas que van a ir al tacho de la basura.
- Fuentes de información.
- Comunicación.

En comunicación nadie debe esperar que el periodista levante el teléfono y llame a una fuente, primero esa fuente debe mostrar que puede aportar información. En consecuencia, un intento por acceder a los medios a través del periodista, es ofrecerle información veraz de temas de la actualidad y evitar en lo posible las visiones sesgadas aunque por supuesto aquel que difunde una información tiene todo el derecho de interpretar la realidad de sus propios intereses. Intereses sectoriales de pronto, pero intereses que en definitiva si son intereses lícitos y bien defendidos, son intereses éticos.

Muchas gracias.

## **El farmacéutico como fuente periodística. Fortalezas y debilidades de un profesional "fantasma"**

*Matías Loewy*

Buenas tardes, ante todo quiero decir que es un honor haber recibido otra vez la invitación, tal vez como representante de estos dos mundos, el mundo de lo que fui, farmacéutico, y el mundo en el que trabajo desde hace 15 años, periodismo.

Una de las preguntas que quise plantear para organizar esta exposición es, ¿cómo ven los periodistas al farmacéutico? La respuesta es que los periodistas no lo ven muy distinto a como lo visualiza el resto de la sociedad.

Entonces, lo que me interesaba explorar es, de qué manera la imagen pública y la construcción cultural y social del rol del farmacéutico fue cambiando a lo largo de la historia.

Personalmente, me da la impresión que el farmacéutico tiene una posición singular entre la botica y la ciencia. Es decir, tiene una pata que tiene que ver con su formación académica, cla-

### ENTRE LA BOTICA Y LA CIENCIA



ramente científica. Con Carmelo Crapanzano estuvimos en la entrega de los premios Konex a los científicos más destacados de la década y había tres con el título de farmacéutico. Por supuesto no todos los farmacéuticos son científicos pero hay científicos que evidentemente tuvieron como formación inicial la carrera de Farmacia que es una carrera que habilita perfectamente para la investigación científica.

Pero también tiene la otra pata en la botica, en el negocio, que es lo que la mayoría de las personas conoce.

Les voy a mostrar dos ilustraciones, una de ellas corresponde a la del farmacéutico, tal vez más conocido del siglo XIX, que es un personaje de la novela Madame

### HOMAIS (MADAME BOVARY, 1857)



- Es el único personaje de la novela que tiene éxito.
- Amante del progreso científico, racionalista, anticlerical.
- Sabe y escribe de climatología, filosofía, problemas sociales, piscicultura, caucho, ferrocarriles, cocina y horticultura.

Bovary. Les recomiendo que la lean, es una obra que inauguró un género como es el de la novela realista y considerada una obra maestra y creo que de lectura interesante e imprescindible para los farmacéuticos. En ella se muestra un personaje, Homais, que es el arquetipo o la caricatura del científico ilustrado, por un lado algo que representa una ventaja y es algo así como una revancha íntima. El personaje engañado por la mujer es el médico y la única persona que termina siendo exitosa en la novela es el farmacéutico Homais.

Este personaje sobre todo tiene una opinión, una respuesta fundada y hay una escena interesante donde Homais va a una feria agrícola y comienza a hablar con una campesina y ésta,

sorprendida por encontrarse en ese lugar con el farmacéutico le dice, "pero farmacéutico que raro que Ud. este acá, pensé que no entendía de estas cosas". Y la respuesta de Homais, fue: "La química estudia la acción recíproca y molecular de todos los cuerpos de la Naturaleza, de lo cual se deduce que la agricultura se halla comprendida en su campo... ¿Cree usted que para ser agricultor es necesario labrar la tierra o criar gallinas? Es más necesario conocer la composición de las sustancias de que se trate; las capas geológicas; las acciones atmosféricas; la calidad de los terrenos; de los minerales y de las aguas; la densidad de los diferentes cuerpos y su capilaridad... ¡ojalá fueran químicos nuestros agricultores! Al menos, ¡ojalá escuchasen más los consejos de la ciencia!"

En contrapartida, un siglo y medio después, en una historieta que los más jóvenes seguramente no conocen, Diógenes y el Linyera, se menciona también al farmacéutico como un científico pero devaluado. No el científico ilustrado como Homais.

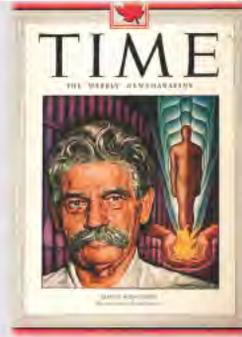
## FARMACÉUTICO DE GANÍMEDES (DIÓGENES Y EL LINYERA, 1979)



Como Uds. podrán observar en la tira, llevan a ese extraterrestre, el cual había llegado a un pueblo que se llama Ganímedes, a la farmacia y dice: "Bueno no será la NASA pero al menos vamos a saber qué hacer si se nos resfría." Esta historia continúa y resultó ser que este supuesto extraterrestre había sido un bebé de probeta que había intentado hacer el farmacéutico y le había salido mal. Decía: "los hombres de ciencia en los pueblos del interior no tenemos los recursos del centro."

Otra dificultad vinculada al tema de los farmacéuticos, que tiene que ver con su singularidad como profesión, es que a diferencia de otros profesionales de la salud no tiene héroes. Por ejemplo, acá tenemos un

#### EL FARMACÉUTICO NO TIENE HÉROES



héroe de la medicina que es Albert Schweitzer y una heroína de la enfermería que es Florence Nightingale.

Cualquiera de estas dos personas, proyectaron un ideario de lo que era la Profesión, abnegación, entrega, y esta cuestión de dar incluso la vida, resignar confort en función del beneficio de sus pacientes. Estos héroes de alguna manera conciben representaciones sociales sobre valores y características de una profesión y a mí me parece que los farmacéuticos no tenemos este tipo de héroes Sí hay personas famosas que han sido farmacéuticas como es el caso del Dr. Bernardo Houssay, el primer Premio Nobel argentino en ciencias. Me refiero a héroes que de alguna manera lo sean en función del ejercicio específico de la profesión.

Tal vez lo más cerca que estuvimos de haber construido héroes fue la epidemia de Fiebre Amarilla en Buenos Aires, en

el año 1871. Fue dramático porque en una ciudad de 190.000 habitantes murieron 14.000 personas, aproximadamente el 10 % de la población. Había en ese momento 160 médicos de los cuales aparentemente hu-

yeron 100, incluso el Presidente de la Nación también lo hizo, quedaron 60 médicos, de los cuales fallecieron 12. También hubo farmacéuticos que murieron en cumplimiento de su labor, 5 en total, y hay un monumento en la ciudad de Buenos Aires frente al Hospital Muñiz que los recuerda.

VÍCTIMAS DE LA EPIDEMIA DE FIEBRE AMARILLA EN BS. AS. (1871)



La imagen más famosa que quedó luego de la epidemia es la de este cuadro que les muestro. Está basado en un hecho real, es una mujer a la que



encontraron muerta. Ella era inmigrante, Ana Bristiani y la hallaron con su hijo que estaba mamando. El autor de la pintura es Juan Manuel Blanes, y se presentó en el teatro Colón a fines del año 1871. Ana Bristiani se transformó en la víctima más conocida de la Fiebre Amarilla para los porteños y las dos personas que la están mirando son dos de los médicos que fallecieron. La realidad histórica es que ellos

no estuvieron en ese momento, no es que alguien los llamó y fueron a la casa y encontraron esa escena pero lo que el pintor uruguayo intentó hacer en este cuadro es conjugar en una sola imagen el drama de la Fiebre Amarilla y el heroísmo de esos dos profesionales que fueron dos de las víctimas.

Por eso digo que a pesar de que ante la epidemia de Fiebre Amarilla de los 160 médicos, hubo 100 que huyeron, fueron ellos los que quedaron como los héroes en esa situación.

Se suele destacar que el farmacéutico es el profesional sanitario más cercano a la población y que brinda un servicio de "alto valor agregado". Pero en la cultura popular, el farmacéutico tiene rasgos peculiares de personalidad y no necesariamente esas funciones y roles sociales.

Los **estereotipos o imágenes estructuradas** de una profesión influyen sobre la importancia social percibida. Y también, por supuesto, sobre los propios periodistas.

Estos son algunos de los estereotipos de farmacéuticos que yo identifique el año pasado revisando escenas, imágenes en películas o en la literatura, mirando otros trabajos: trabajador, aburrido, metódicos, compasivos, solidarios, utilicé esta expresión "éticamente lábil" es decir, con cierta tendencia a la transgresión, eso es lo que dicen las películas o las obras de literatura, novelas. Y, por supuesto, este famoso estereotipo un poco peyorativo que es un simple vendedor de aspirinas.

Ahora bien, nosotros podemos criticar esa imagen, esa visión que puede tener la sociedad o los propios periodistas, pero a mí me parece que también es importante reconocer algunos problemas de identidad. Ciertos rasgos difusos de la profesión, que plantean interrogantes permanentes y que muchas veces distorsionan la imagen, la manera en que ese farmacéutico es presentado en los medios de comunicación. En la siguiente diapositiva traté de sintetizarlos:

Estos son problemas de identidad que de alguna manera influyen sobre la manera en que los medios tratan, abordan o retratan el rol de los farmacéuticos.

## PROBLEMAS DE IDENTIDAD

¿El farmacéutico...

- es un profesional?
- es un comerciante?
- es un dueño o un empleado que hasta tiene su propio sindicato?
- es un «doctor» que, en funciones dirigentes, deja de ser farmacéutico?
- se centra en el paciente o se centra en el producto que vende?

Pero creo que hay otros problemas de identidad y eso lo veo a partir de mi trabajo como periodista, desde hace muchos años, y buscando fuentes o expertos para mis notas.

## OTROS PROBLEMAS DE IDENTIDAD

El farmacéutico...

- \*sabe de química pero no es un químico.
- \*sabe de física pero no es un físico.
- \*sabe de botánica pero no es un biólogo.
- \*sabe de anatomía, fisiología, fisiopatología y farmacología pero no es un médico.
- \*sabe de nutrición pero no es un nutricionista.
- \*sabe de microbiología pero no es un microbiólogo.
- \*sabe de producción pero no es un ingeniero.
- \*sabe de confidencias pero no es un sacerdote.

Es decir, sabe de muchas cosas pero siempre parece que hay un profesional que es más competente que él en determinados campos. Entonces uno puede preguntar, el farmacéutico ¿en qué es experto? Los farmacéuticos somos expertos en medicamentos, pero la pregunta inevitable es ¿en qué aspecto del medicamento? Porque como Uds. saben, la **ruta del medicamento** es muy amplia, va desde la identificación de un blanco molecular, pasa por varias etapas como pueden observar en la diapositiva hasta la evaluación clínica y sanitaria sobre la efectividad, las cuestiones farmacoeconómicas sobre la utilidad o la aplicación de distintas tecnologías sanitarias incluyendo medicamentos.



El farmacéutico puede estar en todas estas etapas, pero la imagen que queda es que está solamente en lo que coloqué en color verde, que es la dispensación.

Si nos preguntamos, ¿cómo aparece el farmacéutico en los medios de comunicación? La contestación es que aparece básicamente interviniendo en aspectos vinculados a la dispensación, provisión y acceso a medicamentos, eventualmente,

cuestiones de medicamentos ilegítimos, aspectos vinculados a la alerta sobre la automedicación y a veces, lamentablemente, como una víctima más de hechos de inseguridad.

## ¿CÓMO APARECE EL FARMACÉUTICO EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN?



¿Qué se puede hacer para mostrar una imagen un poco más global, más amplia de cuáles son las competencias y las aptitudes del farmacéutico?

A mí me pareció divertido mostrar esta imagen que corresponde a un comic desarrollado por un farmacéutico catalán, en donde el héroe es un farmacéutico comunitario.

### PHARMAKON (BARCELONA, 2012)



Como Uds. pueden observar el héroe está rodeado por villanos y por un visitador médico que es un fiel ladero, que está al lado, es la persona que está con anteojos. También tiene una ayudante en la farmacia que lo acompaña.

## ALGUNAS REFERENCIAS FARMACÉUTICAS



- Recomendación ante "síntomas menores"
- Adherencia terapéutica
- Cartera de servicios
- Farmacovigilancia
- Detección de interacciones
- Detección de diabetes infantil
- Recordatorio de posología
- Uso correcto de inhaladores

A través de este comic se trató de mostrar, que el farmacéutico hace otras actividades que normalmente no son visibles. Como por ejemplo las que figuran en la diapositiva. En este cómic, los catalanes intentaron poner en evidencias todas estas otras competencias profesionales del farmacéutico en la oficina de farmacia.

Para ir cerrando voy a resumir lo que considero que son **fortalezas y debilidades del farmacéutico como fuente de información**, como aquel experto a quien el periodista recurre cuando necesita una voz autorizada.

Hay un estudio, que se realizó en Suecia el año pasado, donde se exploró de qué manera los farmacéuticos estaban representados en los medios gráficos de ese país. Se obtuvieron resultados más o menos esperables, que por supuesto, si uno

## EL FARMACÉUTICO COMO FUENTE PERIODÍSTICA

### **FORTALEZAS**

- Es accesible y cercano a las demandas y expectativas de la población.
- Tiene una formación académica generalista.
- Puede hablar en el "lenguaje de la gente".
- Es confiable.

### **DEBILIDADES**

- En muchas ocasiones, parece haber un profesional más capacitado para referirse a un tema.
- Una amplia gama de sus funciones, desde la síntesis hasta la gestión integral del medicamento, siguen siendo «invisibles»

miraba la manera en que el farmacéutico aparecía en esos medios gráficos de Suecia, la sociedad no parecía tener una conciencia real del rol del farmacéutico. Sin embargo, los autores de dicho trabajo terminan con un mensaje esperanzador, que Uds. pueden leer:



- "La sociedad, tal como reflejan los medios gráficos, no muestra tener conciencia real del rol del farmacéutico. Pero eso que puede resultar decepcionante para la profesión, le permite (permitirá) a los farmacéuticos influir sobre la manera en que son retratados y por lo tanto mejorar también su posición social."

Carlson, B., Renberg, T., Spornog, K., *Res.Social Adm. Pharm.*, 2012, Mar-April(2):133-44.



## **Reflexiones Finales**

*Lic. Carmelo Crapanzano*

Voy a hacer un pequeño resumen tratando de fijar conceptos, de lo que se habló en la mesa. Nuestro primer orador Juan Carlos Arguello, nos explicó cómo percibe el periodista y en qué forma participa en el armado de la comunicación sobre medicamentos. De acuerdo a su concepto, hay mucha propaganda y una información encubierta bajo la noticia, nunca se habla de las advertencias. Además, el siente que el comunicador tiene necesidad de contar con el apoyo de los Colegios de Farmacéuticos y de los profesionales de la Salud, para poder tener la seguridad de lo que está difundiendo y cómo lo está haciendo.

Por otra parte, Mario Antonowicz, nos ubicó a aquellos que venimos de otras regiones, en lo que es Misiones, y nos permitió entender o visualizar por primera vez esta suerte de península insertada en el Mercosur. Con mil kilómetros de frontera con Paraguay y Brasil y solo 100 Km con nuestro propio territorio. Enfatizó en que los resabios de la vieja política que consideraban potenciales enemigos a los países vecinos, van quedando en el terreno de la comunicación. Y el principal problema que el enfatiza es la invasión cultural, que influye perniciosamente en el consumo de medicamentos de venta libre y de contrabando. Opina que es necesario reforzar todos los controles.

Nuestro amigo Alberto Ferrari, entendió y sugirió que el periodismo es una actividad cuestionada y muy poco lucrativa, por eso se permitió sugerir mejores profesiones, dedicado esto, a todos a aquéllos que piensan estudiar periodismo. Además, aclaró que el periodismo de investigación cuesta dinero, cons-

tancia y perseverancia para instalar esos temas de salud en la agenda de los medios. Comentó, además, que hay un nuevo sistema informativo, tal vez visualizado como un tanto anárquico, que no está en los grandes medios y está en las redes sociales. En cuanto al sector farmacéutico, dijo que tampoco están en los medios y que en nuestro país el tema de los medicamentos generalmente va a policiales. Por otra parte, mencionó que es posible romper estos modelos de comunicación que calificó como sordos y ciegos pero son muy difíciles de combatir. Periodismo es un campo de batalla, agregaba y son necesarias nuevas ideas para promover la verdad.

Por último, nuestro amigo Matías Loewy decía que partiendo de la autoridad que le da el haber trabajado profesionalmente como farmacéutico y luego como periodista se permitió ironizar con respecto a la profesión. Fundamentalmente desde la historia de la literatura analizó problemas de identidad que plantean interrogantes permanentes. También, se preguntaba si la comunicación farmacéutica debía centrarse en el paciente o en el producto, o sea en el medicamentos. Nos dejó dos visiones de los farmacéuticos desde sus fortalezas o de las debilidades, entonces en debilidades él decía, tiene muchos conocimientos de muchos elementos pero siempre hay alguien que sabe más de cada uno de esos elementos. Y destacó entre sus fortalezas que es un profesional cercano, formado y confiable.

Creo que esto es lo más importante que queda de esta visión de los comunicadores para con la profesión farmacéutica.



## Mesa N° 10

### **La formación de los farmacéuticos que necesitan la sociedad y todo el sistema de salud**

*Coordinadora: Farm. Natalia Rodríguez  
Presidenta del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Misiones*

Buenas tardes, esta última mesa de la jornada está pensada con el fin de mostrar lo que las facultades están trabajando en adaptarse a las demandas que plantea la sociedad a nuestra profesión.

Realmente, entre todos deberíamos participar en este debate y los que estamos en la farmacia, también deberíamos aportar y para ello cada facultad tiene incorporados a sus graduados. En esta mesa vamos a informarnos si esta comunicación y este intercambio se cumple.

Contamos con las siguientes disertantes, Mg. Graciela Inés Ascar, Mg. María Antonia Lloret y la Farm. Gabriela De Battista.

Graciela Inés Ascar, es decana de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Católica de Córdoba, profesora ti-

tular en la Carrera de Especialización en Farmacia Comunitaria, miembro del Comité Académico de la Especialización en Farmacia Comunitaria, investigadora en el área de Farmacia Clínica y Asistencial, vocal en la Comisión de Especialidades del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba.

María Antonia Lloret es Farmacéutica, egresada de la Universidad Nacional de Misiones; Magister en Tecnología de Alimentos, Universidad Nacional de Misiones; Especialista en Esterilización, Universidad Nacional Buenos Aires. Profesora Adjunta Regular a cargo de Farmacotecnia IIC, Práctica Profesional Farmacéutica. Carrera de Farmacia. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones. Directora de la Carrera de Farmacia. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones. Docente Investigador. Directora de proyectos de investigación acreditados y de becarios de investigación.

Además, es primer vocal del Comité Ejecutivo del Ente Coordinador de Unidades Académicas de Farmacia y Bioquímica (ECUAFyB). Miembro titular del Comité Nacional de Certificación y Recertificación Farmacéutica (CNC) como representante del Ente Coordinador de Unidades Académicas de Farmacia y Bioquímica (ECUAFyB). Coordinador responsable del área Farmacia: Segunda fase de Acreditación de la carrera de Farmacia y Bioquímica. Universidad Nacional de Misiones.

Gabriela De Battista, egresó como Licenciada en Química de la Universidad Nacional del Litoral y con posterioridad como Farmacéutica de la Universidad Nacional de Misiones. Es Especialista en Gestión de la Calidad y tiene un posgrado en el área de Biotecnología Vegetal desarrollado por el Instituto de Biotecnología Vegetal de la Universidad Marta Abreu de Las Villas, Cuba. Es profesora de la Carrera de Farmacia de la Universidad Nacional de Misiones, responsable de la cátedra de Calidad de los alimentos y Farmacognosia. Ha sido premiada y reconocida por su labor destacada y su compromiso en la profesión por la

Federación de Colegios y Consejos Profesionales de Misiones en el marco de la tercera conmemoración provincial del día del Profesional Universitario Argentino en el año 2008 y en el 2006 por su labor destacada por el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Misiones. Por otro lado, con motivo de la acreditación de las Carreras de Farmacia y Bioquímica en el país ante la Comisión Nacional de Acreditación Universitaria, fue designada por la institución como coordinadora de la autoevaluación de la carrera, culminando dicha actividad con la producción del documento de autoevaluación de la carrera y la propuesta del plan de mejoras. Además, es corresponsable técnica del programa para la mejora de la enseñanza en las carreras de Farmacia y Bioquímica del país que ha permitido el ingreso de recursos para dar cumplimiento al plan de mejora propuesto por la mejora de la calidad de las Carreras en Misiones.

*Mg. Graciela Ascar*

*Decana de la Facultad de Ciencias Químicas  
Universidad Católica de Córdoba*

Buenas tardes a todos, es un gusto realmente compartir este espacio con Uds. Quiero agradecerle, antes de empezar a hablar sobre el tema, al Presidente de FEFARA y a todo su equipo por haber tenido la deferencia de convocarnos y por habernos recibido tan calurosamente como lo han hecho.

Hemos trabajado con las otras disertantes de manera de no solaparnos y hacer una muy apretada síntesis de lo que vienen haciendo las universidades individualmente y el ECUAFYB, el ente que nos coordina, para poder de alguna manera abastecer la necesidad social que hoy existe.

La profesión farmacéutica es verdaderamente milenaria, mucho más antigua que casi todas las demás profesiones y se encuentra en estos últimos 30 años, atravesando cambios realmente sustanciales.

Nosotros veníamos, históricamente, de centrar nuestra



atención en el medicamento, desde su obtención con un alto grado de calidad, almacenamiento, tener su guarda, dispensarlo y de pronto, al cabo de no mucho tiempo resulta ser que nos toca, además de gestionar la provisión de los medicamentos, gestionar la farmacoterapia a través del seguimiento del paciente. Es decir, que pasamos a desviar nuestra atención, que estaba centrada en el medicamento, a estar centrada en el paciente.

Esto incluye: asegurar la disponibilidad de los fármacos de alta calidad, brindar asesoramiento y proveer información. Es decir aplicar las buenas prácticas en la dispensación y desde la información que brindamos hasta el momento de finalizar el proceso de la dispensación, bajo las buenas prácticas.

Finalmente, ofrecer a nuestros pacientes de que podemos hacerle un seguimiento del medicamento para dar garantías de que el logro terapéutico se alcance. Este monitoreo requiere tiempo y nosotros, además, tenemos un montón de otras obligaciones que cumplir y la cosa empieza a complicarse, a hacerse más compleja.

Desde la Organización Mundial de la Salud se da un concepto, que luego lo asume la Federación Farmacéutica Internacional (FIP), el del **farmacéutico 7 estrellas**.

Un farmacéutico que tiene ser comunicador, administrador, que tiene que capacitar y por lo tanto tiene que estudiar, qué tiene que gestionar para optimizar el rendimiento de su Farmacia. Además, tiene que liderar campañas de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad, ser un cuidador y demás. Y ahí está haciendo malabarismos tratando de ver como ejerce su profesión de forma completa sin descuidar ninguno de los aspectos.

Pero para eso hacen falta una serie de habilidades y aptitudes para las que, francamente, no hemos sido formados, por lo menos la gran mayoría de los que estamos acá sentados. No hemos recibido una formación para que se de este cambio, en lo que es nuestra profesión.



**Nuestro nuevo rol** habla de centrar la atención en el paciente, de asistir al paciente.



**asistiendo al paciente**

Además, trabajar junto a los demás miembros del equipo de salud algo a lo que en general no estábamos habituados. Es más, muchos farmacéuticos



**trabajando junto a los demás miembros del equipo de sanitario**

actualmente no están habituados a comunicarse y mantener una fluida comunicación con los otros profesionales que asisten al paciente.



**promoviendo la salud**

Por otra parte, incluye promover la salud, promover el uso racional del medicamento, educar a la población.

Escuchaba recién a los comunicadores en la conferencia anterior y digo si pudiéramos utilizar los medios de difusión para promover el uso racional del medicamento evitaríamos un montón de accidentes, de llegar a situaciones límites como pasa cuando los pacientes llegan a la guardia de un hospital por un problema relacionado con el medicamento.

Es cierto que a veces no le llamamos la atención a la población sino que lanzamos la noticia amarilla de las muertes que causó o los daños que provocó un medicamento. Habrá que ver la forma de llamar la atención de quienes nos escuchan, pero aprovechar los medios de comunicación para ir trabajando en el uso seguro del medicamento. Podemos trabajar en combatir la automedicación, por ejemplo, contando algunos de los accidentes que diariamente ocurren por el uso de analgésicos, por el uso de montón de medicamentos que salen de la farmacia o de otros lugares mucho menos recomendados como si fueran caramelitos y que terminan causando serios accidentes. Entonces, yo creo que es un buen momento de trabajar de la mano con los comunicadores pero para este tipo de cosas y darle al medio, casos concretos, de pacientes concretos, de medicamentos concretos, que habitualmente se consumen y que pueden causar daños muy severos.

Todo esto, que implica nuestro nuevo rol, el farmacéutico actual, lo tiene que hacer con recursos económicos limitados y con escasos recursos humanos de soporte. Estoy segura que la mayoría de Uds. está en la farmacia solo durante todo el día o buena parte del día, sin tener ninguna asistencia de otro tipo de personal como para poder ir desarrollando dignamente el servicio.

Además, estamos frente a un sistema de salud deficiente, permanentemente con dificultades desde las obras sociales, desde la provisión de medicamentos. Además, contamos con un entorno de cambios continuos desde lo social, político, económico, desde lo tecnológico ya que todos los días tenemos medicamentos nuevos en el mercado.

Todo esto es una situación altamente compleja y es ahí donde nosotros estamos viendo como cargamos esta mochila pesada en la que se ha convertido nuestra profesión cuando la queremos abordar de forma consciente e integral.



A veces surge la pregunta ¿por qué el cambio?, ¿por qué llegamos a esta instancia?, ¿quién movilizó este cambio?

La respuesta se desprende de algunas cuestiones que podríamos ampliar con muchísima información pero lo concreto es que hubo en las últimas décadas una gran explosión en lo que respecta a la industria del medicamento, surgieron un arsenal de nuevas opciones terapéuticas y está claro que estos son una gran herramienta para luchar contra las enfermedades.

Todo este nuevo menú de opciones se enfrenta con las limitaciones que presentan los ensayos clínicos, Uds. saben que para que un medicamento salga al mercado tiene que atravesar ensayos preclínicos con animales de experimentación y luego ensayos clínicos que se realizan sobre poblaciones de pacientes muy bien seleccionados. Y en condiciones sumamente estrictas,

si todas esas etapas funcionan bien, el medicamento sale a la calle pero será utilizado por pacientes en la más variada gama de situaciones. Por ejemplo, se los usa concomitantemente con otros fármacos, para una patología concreta pero en un organismo que puede estar atravesando otros procesos patológicos. Además, se los utiliza en extremos etarios cuando los ensayos clínicos no se hacen sobre niños, gestantes, entonces las condiciones son tan variadas que es ahí donde realmente aparecen los verdaderos problemas relacionados con ese medicamento nuevo que está en el mercado.

Es así como a principios de la década anterior empiezan a aparecer las primeras estadísticas, por ejemplo que en Estados Unidos los medicamentos estaban siendo entre la cuarta y la sexta causa de muerte. Además, surge que los problemas relacionados con los medicamentos requerían una inversión de ciento treinta millones de dólares anuales en Estados Unidos y ochocientos doce millones en el Reino Unido. Todas estas situaciones empiezan a alarmar y a requerir de los farmacéuticos una actitud más proactiva frente al paciente consumidor del medicamento que era su eje de ejercicio profesional hasta el momento.



Buscando, encontré una publicación del Territorio Digital, un medio masivo de difusión *on line* que da números sobre Posadas, casualmente, habla de que el mal uso del medicamento causó mil muertes en un año en Misiones y veintidós mil en Argentina.

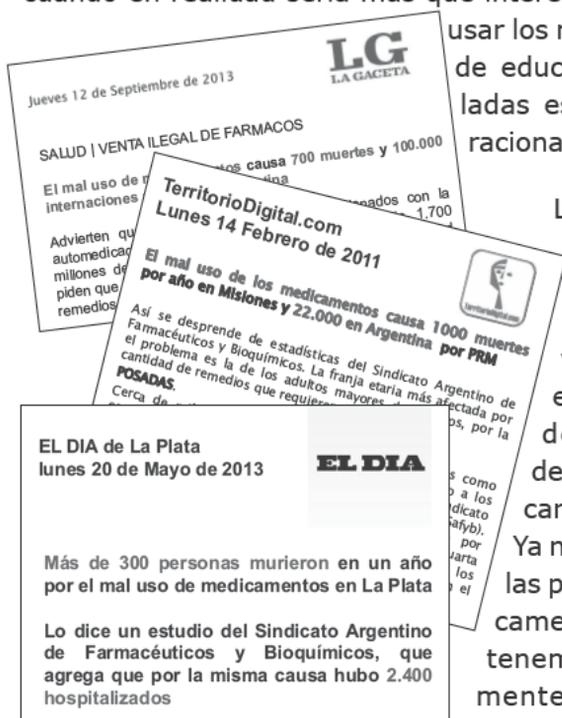
Otro artículo del diario La Gaceta de Tucumán que habla que el mal uso de medicamentos causa setecientas muertes y cien mil internaciones al año en Argentina.

También encontré una publicación de El día de La Plata que hablaba de que más de trescientas personas murieron en un año por el mal uso de medicamentos en La Plata.

Esto está muy relacionado con las conferencias que se dieron anteriormente, siempre que sale algo en un medio, es referido a la cantidad de muertes, de lo que ya no podemos resolver, cuando en realidad sería más que interesante que se pudieran

usar los medios para campañas de educación sanitaria vinculadas específicamente al uso racional de medicamentos.

Lo cierto es que nuestra profesión esta en cambio y que de todos estos números y de estas estadísticas el farmacéutico actual debe hacerse cargo, debe encargarse y debe cargar con esta realidad. Ya no podemos desatender las problemáticas del medicamento en los pacientes, tenemos que indefectiblemente responsabilizarnos,



El Farmacéutico  
actual debe...



junto al resto de los profesionales del área de la salud, del éxito o del fracaso de la farmacoterapia.

Es cierto que la realidad del mostrador no nos permitiría hacerle un seguimiento a todos los pacientes que se van con el medicamento desde nuestra oficina, pero creo que tenemos que ser lo suficientemente astutos como para seleccionar aquellos paciente que son de alto riesgo, de modo de iniciar este proceso y hacernos cargo.

**Debemos** incluso **asumir este rol por una cuestión proteccionista de la profesión**, los enfermeros, los médicos y otros profesionales de la salud, ante las evidencias que acabamos de mostrar empiezan a prepararse para convertirse en los gestores de la farmacoterapia, y esa es una verdadera amenaza para nuestra profesión.

Tenemos que pensar mucho más en grande que ser un simple dispensador del medicamento de nuestra farmacia, ya urge pasar al segundo nivel de atención farmacéutica.

Ahora bien, vuelvo a una pregunta que hice hace un rato, ¿nosotros estamos preparados para esto? Desde nuestra uni-

versidad hemos trabajado de la mano con ECUAFYB y ahora la colega es quien les va a contar un poco como fue la evolución de nuestros planes de estudio y desde las acciones que se llevaron a cabo para poder estar a la altura de las necesidades, a la altura de las circunstancias.

**¿Recibimos formación para asumir el rol que nos compete?**

- **Diseño de los nuevos planes de estudio de la carrera de Farmacia,**
- **Estándares de acreditación,**
- **Carreras de Posgrado.**



Muchas gracias.

## **Avances y desafíos de la Educación Farmacéutica**

*Mg. María Antonia Lloret*

*Representante del Ente Coordinador de  
Unidades Académicas de Farmacia y Bioquímica (ECUAFyB)*

Buenas tardes a todos, en primer lugar quiero agradecer en nombre del ECUAFyB, a los organizadores de este evento la posibilidad de estar hoy aquí y poder compartir esta mesa con estas apreciadas colegas que me acompañan. Nos conocemos desde hace mucho tiempo, con Gabriela De Battista hemos trabajado intensamente en la Carrera de Farmacia y con la Decana Ascar nos encontramos permanentemente en las reuniones de ECUAFyB. También quiero saludar a dos colegas farmacéuticas que se encuentran presentes y que también participan activamente en el ECUAFyB, Roxana Martina representante de FEFARA y a Susana Muñoz representante de SAFYBI.

Como tan bien lo ha explicado Graciela Ascar, las áreas del ejercicio profesional se han ido modificando a lo largo del tiempo. La actuación del profesional farmacéutico en áreas como Farmacia Clínica, Farmacia Hospitalaria, Atención Farmacéutica y, más recientemente, Servicios Farmacéuticos basados en la Atención Primaria de la Salud como un enfoque de práctica profesional, están modificando el proceso educativo: En este sentido voy a hablar de lo que se viene haciendo en el ECUAFyB para introducir los cambios necesarios, para adecuar la enseñanza farmacéutica a las necesidades y cambios que ocurren en el entorno.

Para los que no lo conocen el **Ente Coordinador de Unidades Académicas de Farmacia y Bioquímica (ECUAFyB)** se fundó en el año 1987, es una **asociación voluntaria y no vinculante** de Unidades Académicas de Farmacia y Bioquímica de toda la República Argentina, agrupa tanto a universidades públicas (11) como universidades privadas (7).

Actualmente son **18** las **Unidades Académicas** que **dictan la Carrera de Farmacia**.

Desde los inicios, los fundadores del ECUAFyB tuvieron la visión de incorporar en **carácter de invitados** a las **entidades profesionales y asociaciones estudiantiles**. Esto es de destacar porque como ya les mencioné anteriormente siempre están representadas distintas entidades profesionales, tienen voz pero no tienen voto, pero siempre son escuchados para el debate permanente sobre la realidad farmacéutica.

El ECUAFyB participa activamente en foros Nacionales e Internacionales, tiene presencia permanente en los Ministerios de Salud, de Educación y en otras oficinas gubernamentales.

Quiero mencionar algunos de los **finés más notables de su estatuto**, porque después eso se ve reflejado en todas aquellas actividades académicas que se vienen realizando desde su fundación. Entre estos fines tenemos:

- *Propender al logro de objetivos comunes en cuanto al perfil del graduado, su currículum y su grado académico, adaptados a la realidad nacional y en el respeto de las necesidades regionales.*
- *Promover los mecanismos que permitan una interrelación fluida y permanente de la universidad con las entidades representativas de los graduados.*
- *Promover y proponer soluciones a los problemas de la comunidad en las áreas de incumbencia de las Ciencias Farmacéuticas y/o Bioquímicas.*

- *Promover estudios de postgrado, consolidar los existentes y jerarquizar el funcionamiento de los mismos para asegurar la educación continua y aumentar los vínculos del graduado con la universidad.*

Dentro de las **actividades académicas más complejas e importantes** por su magnitud que se fueron desarrollando podemos mencionar:

- ***Elaboración de documentos para la armonización curricular:***

- Análisis comparativo de los contenidos impartidos y la bibliografía, en ambas carreras, por área del conocimiento.
- Elaboración de los contenidos recomendados, por área.
- Formulación de los diseños curriculares.

Por otro lado, la **Ley de Educación Superior 24.521 en el Art. 43** distingue a los "*títulos correspondientes a profesiones reguladas por el estado, cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes, se requerirá que los planes de estudio respeten:*

*a- la carga horaria mínima y tener en cuenta los contenidos curriculares básicos y criterios sobre la intensidad de la formación práctica...*

*b- las carreras deberán ser acreditadas periódicamente por la CONEAU..."*

- *Se reconoce la importancia de la acreditación como mecanismo de reconocimiento de la calidad.*
- *Se solicita la inclusión de la profesión en el artículo 43.*
- *Se elaboran los documentos relativos a actividades reservadas al título, contenidos curriculares básicos, cargas horarias, criterios de formación práctica y estándares de acreditación.*

Es así que los contenidos curriculares se presentan en forma de áreas y diferentes ciclos:

- **Ciclo de Formación Básica**

Matemática, Estadística, Física, Química General e Inorgánica, Fisicoquímica, Química Orgánica, Química Analítica.

- **Ciclo de Formación Biomédica**

Biología General y Celular, Química Biológica, Morfología, Fisiología, Fisiopatología Humana, Microbiología General, Inmunología.

- **Ciclo de Formación Profesional**

Farmacobotánica, Farmacognosia, Química Medicinal, Nutrición y Bromatología, Toxicología, Farmacología, Garantía de Calidad de Medicamentos, Tecnología Farmacéutica y Biofarmacia, Higiene y Sanidad, Farmacia Clínica y Asistencial, Legislación y Ética Farmacéutica.

En la siguiente diapositiva se pueden observar las cargas horarias mínimas.

| <b>CARGAS HORARIAS MÍNIMAS</b> |               |
|--------------------------------|---------------|
| ➤C. F. Básica                  | 1200 h        |
| ➤C. F. Biomédica               | 800 h         |
| ➤C. F. Profesional             | 1200 h        |
| ➤Práctica Profesional          | 300 h         |
| ➤Asignaturas sociales          | 100 h         |
| ➤Asig. optativas/electivas     | <u>100 h</u>  |
| <b>Total</b>                   | <b>3700 h</b> |



Es así que en el año 2003 se presentan estos documentos de estándares de acreditación y en el año 2004 por Resolución del Ministerio de Educación 566/2004, se aprueban. Esta Resolución fue muy importante porque cada unidad académica debió adecuar la carrera a las nuevas pautas, como lo mencionó ayer el profesor Cid de la Universidad de San Luis que debieron realizar modificaciones para incorporar avances en productos biotecnológicos, para dar un ejemplo.

Es en el tema de acreditaciones que el ECUAFyB toma un rol protagónico, porque marca un antes y un después en relación a dicha temática.

En el año 2006, finalmente la CONEAU formaliza el primer ciclo de acreditación, es decir ahí comienza el primer ciclo con todas sus etapas. Las unidades académicas elaboran planes de mejoramiento para alcanzar el perfil previsto en esos estándares.

Luego, en el año 2007 salen las Resoluciones de acreditación, algunas carreras acreditaron por 3 años y otras por 6 años. Aquellas que lo hicieron por tres años debieron hacer las mejoras requeridas por la CONEAU y en el año 2010 se concreta esa Segunda Fase de Acreditación para ver si habían cumplido con los estándares que se le requerían.

Recientemente las autoridades de ECUAFyB se han reunido con CONEAU y en el año 2014 CONEAU formalizará el segundo ciclo de acreditación. Este segundo ciclo se va a realizar con los mismos estándares que están incluidos en la Resolución 566/2004. Esto es así porque en esta temática, se está haciendo un permanente análisis y revisión de estos estándares y se está trabajando mucho en el fortalecimiento de la formación disciplinaria práctica. Para que cuando finalice ese segundo ciclo de acreditación las unidades académicas realicemos las mejoras que consideremos necesarias.

**El desafío es seguir trabajando cómo mejorar la carrera:**

- Trabajar en el desarrollo de competencias para estos nuevos ámbitos.
- Desarrollar estrategias solidarias y de responsabilidad social, incorporar mayores contenidos vinculados con la sociedad.

Con respecto al **posgrado**, lo que el ECUAFyB está llevando a cabo para formar a ese profesional y prepararlo para estos nuevos roles que tiene que desempeñar, es:

- *Integración y participación en organismos de certificación y recertificación farmacéutica.*
- *Integración de las comisiones para la definición de las Especialidades reconocidas por el Ministerio de Salud.*
- *Estudio de los mecanismos y ámbitos de formación para el reconocimiento de especialistas en Farmacia y Bioquímica.*

En el año 2009, como ya lo mencionaron varios disertantes en el día de ayer, el Consejo Federal de Salud aprobó el listado de especialidades de Farmacia, son siete:

**FARMACIA COMUNITARIA**

**FARMACIA HOSPITALARIA**

**ESTERILIZACIÓN**

**FARMACIA INDUSTRIAL**

**FARMACIA SANITARIA Y LEGAL**

**NUTRICION Y ANÁLISIS DE LOS ALIMENTOS**

**BIOFARMACIA**

Estas especialidades fueron avaladas por el ECUAFyB y por otras instituciones profesionales, tales como SAFYBI, COFA, FEFARA, la Asociación de Farmacéuticos de Hospitales, entre otros. Se trabajó en el COFESA, sobre la base de los consensos y finalmente salió la Resolución del Ministerio de Salud 1186/2013 donde se aprobaron las Especialidades Farmacéuticas y las modalidades de certificación. Esta Resolución se publicó en el Boletín Oficial 32.710 del 28/08/2013.

Estas especializaciones permitirán que los farmacéuticos posean un trayecto formativo y un ejercicio profesional en un área específica de la profesión y de esta manera se puedan anunciar como especialistas y acá quiero hacer la aclaración, esto no es un título. Los títulos tanto de grado, como de posgrado aprobados por la CONEAU, los otorgan las universidades. En este caso se va a certificar a especialistas, en estos ámbitos.

Otra cuestión para aclarar es que en este caso el Ministerio de Salud de la provincia, como lo anunció el Ministro Ahuad, ha delegado al Colegio para que instrumente esta certificación aquí en Misiones.

En cuanto a las universidades, están desarrollando distintas alternativas para que los profesionales tengan posgrados universitarios para estas especialidades en todo el país. Esto es porque si no existen estos posgrados en el ámbito universitario no pueden existir estas especialidades del Ministerio de Salud como tales.

### **Algunas reflexiones...**

Hay que seguir trabajando en:

- El desarrollo de los posgrados para la capacitación.
- Cursos y actividades de actualización y perfeccionamiento.

Finalmente, quiero decir que **es indispensable que el profesional farmacéutico tome conciencia que es en la formación continua donde se encuentra la clave de la respuesta a las expectativas profesionales.**

Tanto las certificaciones como las recertificaciones de actualización y las certificaciones de especialidades, son voluntarias. Por ello es muy importante, y en esto tienen que trabajar mucho los Colegios, para que el farmacéutico tome conciencia y continúe con su educación.

Muchas gracias.

**“La Carrera de Farmacia en la Facultad de Ciencias Exactas Químicas y Naturales -UNaM y las demandas de la Sociedad del Profesional Farmacéutico”**

*Mg. Gabriela De Battista*

Muy buenas tardes, quiero agradecer profundamente la invitación a la FEFARA y al Colegio de Farmacéuticos de esta provincia, a su presidenta Farm. Natalia Rodríguez y a toda la Comisión directiva.

Voy a comenzar con un resumen, muy sencillo, de la **historia de la Carrera de Farmacia en Misiones** porque es algo que ha permitido generar un cambio profundo en esta provincia.

En el año 1985 en la provincia de Misiones, contábamos con 100 farmacéuticos y en las ciudades y pueblos había botiquines de farmacia pero no teníamos farmacéuticos. Entonces, es de destacar la importancia de la creación de la carrera de Farmacia, en el año 1985, iniciándose en la Universidad Nacional de Misiones, la primera promoción en el año 1986. Nuestro primer inconveniente fue que el plan de estudio de la carrera se inicia en una Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales por lo tanto el ciclo básico común de la carrera lo compartíamos con Ingeniería Química, Bioquímica y empezamos con la problemática de identidad.

En el año 1989, se implementa el ciclo específico y tuvimos la suerte de poder armarlo con profesores de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Luego transitamos una modificación del plan de estudio y nuestra institución nos permitió participar en las reuniones del ECUAFyB. Se genera una modificación del plan

de estudios que nos permite estar a tono con el nivel Nacional, pero a pesar de que tuvimos mejoras, se produjo una reducción en la carga horaria de la práctica profesional, en 100 hs. Entonces si bien podemos hablar de ventajas porque nos equiparamos al nivel Nacional, tenemos ese problema de dicha reducción.

**Antecedentes de la carrera de Farmacia en la FCEQyN-UNaM :**

Creación de la Carrera de Farmacia en el año 1985. Título con validez nacional. Ordenanza CS N° 005/89.MECyT N° 0606/01. Necesidad de profesionales Farmacéuticos en la Región. Plan de estudios con ciclo común con la carrera de Ingeniería Química. Las asignaturas específicas se implementan en el año 1989. Profesores de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

Modificación del Plan de estudios. Año 1998. Recomendaciones del ECUAFyB. Ordenanza CS N° 012/00. Bioestadística, Bromatología y Nutrición. Ética y Legislación Farmacéutica. 4313 horas totales. Se reduce en 100 horas la carga horaria de la práctica profesional.

Pro F. Gabriela De Battista

Hemos atravesado todos esos procesos para poder pertenecer y ser una carrera acreditada. Todo esto con muchas dificultades porque tuvimos que atravesar el inconveniente del plan de estudio que tenía aspectos que no se ajustaban a los requerimientos.

Posteriormente, en un tercer plan de estudios de la carrera, y en esa modificación se generaron muchas mejoras porque se incrementó la carga horaria a 450 hs para la práctica profesional de los alumnos antes de egresar de la facultad. Además, se incorporó una asignatura taller Introducción a la Farmacia, en el primer año de la carrera. Eso también ha provocado profundos cambios porque desde que se inicia el alumno, en el primer año, podemos trabajar en la identidad con la carrera.



Acreditación ante CONEAU. Ley de Educación Superior N° 24.521, art.43. Resolución MECyT N° 566/04. Año 2006.

Autoevaluación de la Carrera. Plan de Mejora. Año 2006. Documento de la Autoevaluación.

Propuesta para cumplimentar los Requerimientos y Recomendaciones. Marzo, 2007.

Programa de Mejoramiento de la Enseñanza de las Carreras de Farmacia y Bioquímica. PROMFYB. Salto cuantitativo en la carrera. 2008-2010

Segunda Fase de Acreditación . Año 2010. Acreditación por 3(tres ) años.

#### **ANTECEDENTES: La profesión Farmacéutica frente a los constantes cambios**

- La iniciativa sobre Servicios Farmacéuticos (SF) basados en Atención Primaria de Salud (APS) promovidas por la OPS/OMS para fortalecer los sistemas de Salud en las Américas (OPS/OMS, 2005; 2008a).
- Desarrollo de la Práctica de Farmacia centrada en la atención del Paciente. OMS/FIP, 2006.
- El farmacéutico de siete estrellas revisado (WHO, 1997; OMS, 2006). **Investigador.**
- La "Guía para el Desarrollo de los Servicios Farmacéuticos basados en la Atención Primaria de Salud" (OPS/OMS, 2011).
- La Declaración de Asunción del 2011. Defensa de los Profesionales Farmacéuticos.
- Las Directrices conjuntas de la OMS y la FIP de Buenas Prácticas en Farmacia., (OMS; FIP, 2011);
- El Marco de competencia global por los servicios prestados por la Fuerza Laboral de Farmacia (A Global Competency Framework for Services Provided by Pharmacy Workforce) (FIP, 2012);

Prof. Gabriela De Battista

Esta profesión atraviesa continuos cambios y son los mismos que ocurren en la sociedad. Mucho han trabajado, desde el ejercicio profesional farmacéutico, las diferentes instituciones a nivel internacional generando muchos documentos. Todos esos documentos están orientados a enaltecer al profesional farmacéutico, por ejemplo, ante la realidad social se empieza a

hablar de los Servicios Farmacéuticos y de la Atención Primaria de la Salud, así como aquellos aspectos que se relacionan a las Buenas Prácticas de Farmacia.

Pero, en ese sentido, hay una revisión y se le incorpora otra cualidad la de investigador, que la define la Organización Mundial de la Salud en el año 2006. Pero ese rol de investigador lo puede llevar a cabo desde la Universidad, en su propia oficina de Farmacia o en el ámbito hospitalario.



**Investigador:** el farmacéutico debe poder utilizar la base de la evidencia (p.ej., científica, práctica farmacéutica, sistema de la salud) con eficacia para aconsejar sobre el uso racional de medicamentos en el equipo de salud. Compartiendo y documentando experiencias, puede también contribuir a la base de la evidencia con el objetivo de optimizar el cuidado de los pacientes y los resultados. Como investigador, el farmacéutico puede aumentar la accesibilidad a una salud ecuánime y a la información sobre medicamentos, tanto al público como a otros profesionales de la asistencia sanitaria.

Por otra parte, el Foro Farmacéutico de las Américas (FFA), junto con la OPS/OMS, la Federación Farmacéutica Internacional (FIP) y la Conferencia Panamericana de Educación Farmacéutica (CPEF), decidieron crear este grupo de trabajo conjunto para desarrollar una propuesta de **competencias** para los servicios farmacéuticos basados en APS y en las BPF (GT-CSF)- 2012.

La **formación de grado de la profesión**, la que se ha discutido en todos estos documentos que están a continuación y que no lograba concordar una definición que pueda llegar a indicar ese perfil de egreso debido a todos esos cambios que estamos teniendo en la profesión.



#### La formación de grado para la profesión.

- Buenas Prácticas de Educación Farmacéutica. FIP, 2000 (Viena).
- Plan Básico de Educación Farmacéutica del grupo de trabajo de Lima ( Perú ) ( OPS/OMS, 1998. ( OPS/OMS, 2010 a, Porto Alegre ( Brasil); La Habana ( Cuba), 2012.
- Acreditación de la Carrera de Farmacia en América ( OPS/OMS, 2010b).
- ECUAFyB. Argentina

Prof. Gabriela De Gálvez

*Perfil de egreso.*

*Definición acordada:*

**PROFESIONAL DE LA SALUD EXPERTO EN MEDICAMENTOS, CON COMPETENCIAS CIENTÍFICAS, TÉCNICAS Y HUMANÍSTICAS, QUE PROVEE CUIDADOS Y SERVICIOS, CON COMPROMISO SOCIAL PARA MANTENER Y MEJORAR LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN.**

Revisión: VIII Conferencia en Cuba/2012.

Hay unos aspectos muy simples que quiero, sintéticamente abordar, para indicar qué cambios podríamos hacer desde la carrera para modificarlos en el ejercicio profesional. Tomé como referencia la importancia de la responsabilidad social de la Educación Superior, un documento de la UNESCO, del año 2009.

Tenemos una realidad y ella implica una gran responsabilidad nuestra, el uso y abuso de los medicamentos por parte de la población, las propagandas de medicamentos, la venta de los mismos vía internet, el uso ineficiente de los fármacos, los problemas de salud relacionados con los medicamentos. Todo ello deja visible el importante rol del farmacéutico en la sociedad, al ser un profesional de la salud. Esta responsabilidad social, va a ir acompañada con responsabilidades más nuestras, como son la ética de la profesión, la bioética y la parte de la ética social.

El documento de la Guía de Servicios Farmacéuticos de Atención Primaria de la Salud habla de las especificidades que presenta la actividad en salud dado que consigna la vida en sociedad, las relaciones interpersonales, tanto con los pacientes como con los otros profesionales de la salud. Entonces, yo me preguntaba ¿cómo es nuestra relación en una Farmacia Comunitaria con los médicos?, para que lo pensemos.

Rescato lo que mencionó Graciela anteriormente, y es la necesidad de cambiar el objeto de conocimiento, no pensar en el medicamento sino pensar en el paciente. Eso es una realidad para este nuevo profesional que nosotros tanto estamos buscando.

El conocimiento, hablando con términos farmacéuticos, tiene fecha de vencimiento, y cada vez es más corto. Entonces, nuestra propuesta desde la Universidad tiene que generar adelantos y transformación, porque el ritmo del conocimiento nos obliga.

En relación a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, si la información no la transformamos en conocimiento, no sirve. Tenemos que colaborar para que el alumno desarrolle el pensamiento crítico. Esto es lo que va a permitir que crezca en valores, algo esencial para la situación que estamos viviendo.

### **Para finalizar...**

Los requerimientos de la sociedad a los profesionales farmacéuticos especialmente en las farmacias comunitarias se han modificado. En tal sentido se hace necesario redefinir el vínculo con el paciente y para ello el profesional deberá asumir mayores responsabilidades. Desde la formación en el grado se debe implementar y/ o fortalecer con diferentes niveles de complejidad la Responsabilidad Social y Ética de la profesión farmacéutica. Se destaca la necesidad de las continuas revisiones de las currículas de las carreras de Farmacia en las Universidades, para dar respuestas a las nuevas y constantes demandas de la formación profesional. Un currículum activo, flexible, abierto, integrador es la mejor alternativa para equilibrar las demandas cambiantes y crecientes de la profesión.

Muchas gracias.





## ACTO DE CIERRE

*Farm. Natalia Rodríguez*

Solo dos palabras tengo para decir, muchas gracias. Les agradezco a todos ustedes por su participación tanto a los farmacéuticos misioneros y a los colegas de otras provincias que nos visitaron, a los estudiantes de farmacia, a los demás profesionales que nos estuvieron acompañando, a todos los disertantes, a los periodistas y a los que participaron en la organización de estas Jornadas que estoy segura tendrán una gran y positiva repercusión, a todos, reitero, muchísimas gracias. El éxito y la continuidad de estas Jornadas les pertenecen a todos. Que tengan un buen retorno y hasta siempre.

*Farm. Manuel Agotegaray*

Quiero agradecer a los colaboradores en la organización de estas jornadas y a todos los colegas misioneros por la hospitalidad, el esfuerzo y la calidez con que hemos sido atendidos. Además, hago extensivo el agradecimiento a la gran cantidad de participantes que nos han acompañado hasta el final de este encuentro.

Por otra parte, también es grato contar con muchas asistentes que nos siguen año a año, muchos colegas de Misiones y de la zona, y de lugares muy lejanos de nuestro país. Además, estuvieron presentes funcionarios y dirigentes de obras sociales, de diferentes lugares de la Argentina. A todos gracias porque vuestra presencia nos llena de energía y nos obliga a redoblar el esfuerzo.

Voy a hacer un repaso rápido de lo que fueron estas jornadas. En el día de ayer, en la primera mesa contamos con la presencia de Félix Lobo, un economista de España de reconocida trayectoria. Como bien mencionaba, cuando los recursos empiezan a ser escasos, en cualquier lugar del mundo, se empieza a cortar siempre por lo más delgado y esto a nosotros nos debe alertar, primero, a cualquier dirigente farmacéutico en la Argentina y después a cada colega que ejerce la profesión. Estamos convencidos que desde las instituciones podemos seguir trabajando en tratar de obtener la mayor rentabilidad que se pueda en nuestra red de farmacias, pero sabemos que con esto sólo no alcanza. Por eso, estas jornadas nos sirven para ver y estudiar la realidad que nos muestran del nuestro y de otros países.

Me parece que la clave es adicionar servicios farmacéuticos y para lo cual hay que seguir trabajando. En FEFARA estamos convencidos de eso, no es cuestión de plantear los mismos servicios que hace 25 años. Si hay algo que les sobra a los farmacéuticos en la Argentina, es conciencia de lo que nos falta así que es obligación nuestra ver cómo hacemos para que las farmacias sean rentables cuando agreguen servicios a la dispensación de medicamentos.

Otra de las mesas, que me parece importante resaltar, en esta cuestión de que cuando la política se mete en los mercados como el de medicamentos y no va hasta el fondo, a los años se vuelven a producir los mismos problemas dentro del mercado. Pudimos escuchar a la representante de la Cámara de Pro Genéricos de Brasil que es una Cámara en serio, con un Instituto de

Biodisponibilidad como un socio más de esa Cámara. En Argentina, hablamos de medicamentos genéricos y no existen como tales, sí los similares. Ellos sí tienen un mercado serio, transparente y la Profesión, de alguna manera, tiene y debe apelar a otras armas para defenderse en el mercado de medicamentos.

Escuchamos, también, a Ministros y Secretarios de Salud regionales, de Santa Fe, Chaco y de Misiones. Y con el tema de las Especialidades Farmacéuticas, sucedió un hecho muy importante porque no en todas las provincias logramos que los Ministros de Salud vayan a los Colegios. De eso se trata FEFA-RA, acercarse y poder concretar en cada uno de los lugares que están los Colegios pertenecientes a esta entidad, algún tipo de servicio al Estado. Vamos a tener que trabajar mucho con eso, es una materia pendiente tenemos una variedad de servicios que se les puede proponer a los funcionarios de turno siempre que se pueda, por supuesto. Lo mismo con los financiadores y a las obras sociales, creo que va a pasar por ahí, parte de la clave.

También quiero tomar el planteo que hizo un querido colega y ex presidente del Colegio de Farmacéutico de Misiones, Roberto Ulliana, cuando planteaba el tema de que por algo desde FEFARA no exigimos demasiadas leyes en la Argentina, sino que hacemos mucho hincapié en que las leyes actuales se apliquen, se fiscalicen. Contamos con demasiadas leyes buenas, pero coincido con él que cuando vamos a la parte política de lo que pasa con esas leyes del mercado ahí es donde perdemos por goleada. Hay que seguir trabajando en la fiscalización y en hacer cumplir las leyes que tenemos, coincidimos en que no nos va a salvar la vida a los farmacéuticos ninguna ley.

Tuvimos un aporte también de una representante del Consejo Regional Farmacéutico de San Pablo (Brasil). Continuamos ampliando nuestras relaciones desde FEFARA a nivel internacional con instituciones farmacéuticas que coincidan mínimamente en la visión que sostenemos respecto del rol de la dirigencia farmacéutica y de la profesión.

En relación al tema de las cadenas, quisimos abordarlo porque es un gran tabú, nadie sabe bien de que se trata y nosotros quisimos que se discutiera. Personalmente me confirmaron que esta cuestión es muy difícil para los colegas que tratan de seguir con sus farmacias de forma independiente, y que es en los colegios, las cámaras, en alguna organización donde se tienen que respaldar porque solos no tienen ningún futuro.

Nosotros seguimos trabajando sobre las cadenas tratando de dejar en claro quiénes son sus dueños, quiénes las financian y qué servicio dan. En cuanto al servicio que dan, no le tenemos que tener ningún tipo de miedo porque siguen planteando su estrategia desde la oferta y no desde la demanda de lo que la gente realmente necesita. Lógicamente debemos seguir trabajando desde las instituciones, en lo jurídico y en lo político acerca de quiénes son las cadenas y quiénes son los verdaderos dueños. Por supuesto nosotros somos más débiles todavía en la parte puramente comercial.

Por eso decía en la conferencia de prensa que nosotros podemos consensuar algunas cosas, cada vez que en alguna provincia sale una ley de farmacia, lo que no se puede consensuar es que la farmacia sea de las sociedades anónimas. Porque ahí no hay responsables y las sociedades anónimas responden nada más que con el capital, no responden ni penal, ni civilmente. Por eso, cuando defendemos que la farmacia tiene que ser a nombre de un farmacéutico es porque ponemos los huevos en esa canasta, que es la Farmacia que la sociedad necesita.

El tema de los Financiadores y las Obras Sociales creo que fue una buena mesa con diferentes realidades lo que generó un interesante intercambio.

Con respecto a los Medios de Comunicación considero que vamos aprendiendo muchísimo y que, también, somos conscientes de nuestras falencias. Cada vez que hemos querido emitir

un comunicado de algún tema nos han pedido pagos cuyos montos nos hicieron pensar que vamos a seguir discutiéndolo políticamente y defendiendo la utilización de ese dinero en los encuentros deportivos y en estas jornadas que son actividades con las que de alguna manera devolvemos algo al farmacéutico durante el año. La verdad que son cifras que no estamos dispuestos a invertir para salir en una página.

Estas jornadas, es uno de las actividades que llevamos para tener un diagnóstico exacto del servicio farmacéutico que la sociedad necesita y del que se le está brindando en el país. Estamos en pleno proceso de ejecución de una encuesta Nacional, con 4.500 urnas, en las diferentes farmacias del país. La misma se va a realizar en el mes de octubre y consta de una serie de preguntas estudiadas por los colaboradores y los colegas que trabajan en la comisión de prensa. Queremos saber qué piensa la sociedad del Farmacéutico y de la Farmacia y evaluar, exactamente, en dónde estamos parados.

Para ir terminando, Carlos Vassallo hizo un repaso de los 10 años de la jornada y en ello mencionaba personas que ya no están. Personalmente, quiero recordar al colega Federico Cionna porque fue una persona que estuvo en los momentos que había que estar y no era fácil, y lo hizo por convicción y por creer en el proyecto de FEFARA.

Amigos, creo que podemos irnos tranquilos ya que las Jornadas, otro año más, volvieron a gozar de muy buena salud. Esto en referencia no sólo al financiamiento, que lo recalcamos siempre, sino por la responsabilidad con la que los expositores nos dejaron sus vivencias y sus conocimientos, lo que fue muy positivo.

Como ocurre todos los años, estamos haciendo el cierre y ya se está pensando en la próxima Jornada, y de qué manera podemos mejorarla. Esto va a ser, como siempre, un lindo desafío. Muchísimas gracias y hasta el año que viene.

