FEFARA AVANZA

12mas Jornadas Federales y 11mas Internacionales

Política, Economía y Gestión de Medicamentos

1ras Jornadas Profesionales Farmacéuticas

28 y 29 de Agosto de 2014

Hotel Potrero de los Funes

Ruta 18, km. 16, Potrero de los Funes

San Luis - Argentina



12mas Jornadas Federales y 11mas Internacionales

Política, Economía y Gestión de Medicamentos

1ras Jornadas Profesionales Farmacéuticas



Potrero de los Funes
San Luis - Argentina

12mas Jornadas Federales y 11mas Internacionales

Política, Economía y Gestión de Medicamentos

1ras Jornadas Profesionales Farmacéuticas



28 y 29 de Agosto de 2014

Potrero de los Funes
San Luis - Argentina

Agotegaray, Manuel
12das Jornadas Federales y 11ras Internacionales de política, economía y gestión de medicamentos y 1ras Jornadas Profesionales Farmacéuticas / Manuel Agotegaray; Hugo Robatta; Natalia Rodriguez. - 1a ed. - Santa Fe: Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe, 2015.
400 p.; 15x24 cm.

ISBN 978-987-29972-2-9

1. Medicamentos. 2. Politica de Salud. 3. Actas de Congresos. I. Hugo Robatta II. Rodriguez, Natalia III. Título
CDD 615.1

Primera Edición 500 ejemplares, mayo 2015

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

Este libro se terminó de imprimir en el mes de mayo de 2015
en los Talleres Gráficos de Imprenta Lux S.A.
Hipólito Irigoyen 2463 - (3000) Santa Fe - Argentina
www.imprentalux.com.ar

Agradecimiento por la colaboración en la edición de esta publicación

Laboratorio Monserrat y Eclair S.A.

Estas Jornadas organizadas por FEFARA
fueron auspiciadas por:

Universidad Nacional de San Luis

Departamento de Farmacia.
Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia. UNSL

Dirección de Obra Social para el Personal Universitario. UNSL

Universidad Nacional de La Pampa

Facultad de Ciencias Exactas, Química y Naturales.
Universidad Nacional de Misiones

Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas.
Universidad Nacional de Rosario

Instituto de Seguridad Social. Provincia de La Pampa

Asociación Trabajadores de Farmacia de Rosario

Declaradas de interés por:

CPN Claudio Poggi, Gobernador de la Provincia de San Luis

Ministerio de Salud. Provincia de La Pampa

Municipalidad de Potrero de los Funes. Provincia de San Luis

Cámara de Senadores de la Provincia de Santa Fe

Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe

Municipalidad de la Ciudad de Santa Fe

También se recibió la adhesión del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones y el saludo del Dr. Antonio Bonfatti, Gobernador de la Provincia de Santa Fe.

ÍNDICE

ACTO DE APERTURA

Farm. Humberto Albanesi - Dr. Gastón Hissa
Farm. Manuel Agotegaray - CPN Claudio Poggi 9

MESA N° 1
COYUNTURA ECONÓMICA, INFLACIÓN, CRECIMIENTO Y EMPLEO
Coordinador:
Farm. Juan Carlos Rucci..... 17
Disertantes:
Marcos Ochoa 19
Jorge Colina 39
Carlos Vassallo 61

MESA N° 2
ANÁLISIS ECONÓMICO DEL MERCADO DE MEDICAMENTOS EN ARGENTINA. MORFOLOGÍA, CARACTERÍSTICAS DINÁMICAS Y EQUILIBRO
Coordinador:
Farm. Hugo Navarro..... 77
Disertantes:
Víctor Hugo Quiñones..... 79
Miguel Ángel Maito..... 94
Gabriel Boccanera.....112

MESA N° 3
POLÍTICAS Y FINANCIAMIENTO DEL MEDICAMENTO
Coordinadora:
Farm. Natalia Rodríguez 135
Disertantes:
Silvia Cano.....137
Marcelo Delgado.....149

MESA N° 4
LEGISLACIÓN Y ROL DE LAS FARMACIAS ANTE LAS NUEVAS REGULACIONES EN SUDAMÉRICA
Coordinador:
Farm. David Campos 163
Disertantes:
José Luis Cárdenas 165
María Eugenia Lucas 185
Miguel Ángel Osio 207

MESA N° 5
LAS FARMACIAS ESPAÑOLAS ANTE LA CRISIS ECONÓMICA. LECCIONES APRENDIDAS
Coordinador:
Farm. José Cid 227
Disertante:
Manuel Pérez Fernández 230

MESA N° 6
POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA EN LAS PROVINCIAS DE CUYO Y CENTRO
Coordinador:
Farm. Manuel Agotegaray 263
Disertantes:
Daniel Roberto Pizzi 264
Gastón Hissa 278

ACTO DE CIERRE
Gastón Hissa 295
Manuel Agotegaray 297

PRIMERAS JORNADAS PROFESIONALES FARMACÉUTICAS 303

ACTO DE APERTURA



Ocupan el estrado el CPN Claudio Javier Poggi, Gobernador de la Provincia de San Luis; el Dr. Gastón Hissa, Ministro de Salud de la Provincia de San Luis; el Farm. Manuel Agotegaray, Presidente de FEFARA y el Farm. Humberto Albanesi, Presidente del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de San Luis.

Farm. Humberto Albanesi

Presidente del Colegio de Farmacéuticos de la Prov. de San Luis

En primer lugar quiero expresarles nuestra alegría y nuestro agradecimiento por la presencia de tantos profesionales y saludar, especialmente, al numeroso grupo de jóvenes que, realizando un gran esfuerzo, ha llegado desde distintas provincias argentinas a participar de estas Jornadas. También quiero agradecer a todos los disertantes nacionales y extranjeros que nos acompañan y destacar la presencia de la Diputada Nacional Dra. Berta Arenas, Vicepresidenta de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados de la Nación y del Sr. Daniel Orlando Intendente de esta hermosa ciudad de Potrero de los Funes. Sean todos bienvenidos a nuestra querida Provincia de San Luis.

Debo, también, agradecer al Sr. Gobernador y a las Autoridades de Salud de San Luis por el apoyo que nos brindaron para la organización de este Encuentro.

Estamos muy orgullosos de realizar aquí estas Jornadas que, desde aquellos modestos comienzos en Santa Fe en el año 2002, han recorrido distintas provincias y fueron ganando gran prestigio por la trascendencia de los temas tratados y el nivel de sus participantes.

Finalmente, quiero expresar nuestro reconocimiento a los colegas de FEFARA que decidieron realizar aquí en San Luis esta nueva edición de las Jornadas y a todos quienes nos ayudaron en su realización.

Les reitero la bienvenida a todos y que disfruten de nuestra querida Provincia.

Dr. Gastón Hissa

Ministro de Salud de la Prov. de San Luis

Buen día a todos, agradezco la presencia de ustedes y felicito a las autoridades de FEFARA y del Colegio de Farmacéuticos de San Luis por esta importante convocatoria. Celebro que se realicen estas Jornadas en nuestra provincia y que se dispongan a participar en debates de cuestiones fundamentales para la Salud como el Uso Racional y la Política de Medicamentos.

Espero que este encuentro sirva, también, para estrechar vínculos, compartir vivencias entre los participantes de distintas provincias y, por supuesto, para analizar profundamente el importante temario que se ha planteado.

San Luis los recibe con los brazos abiertos y esperamos que no sea la última vez que realicen una Jornada en nuestra querida Provincia.

Les deseo que disfruten de la estadía. Muchas gracias.

Farm. Manuel Agotegaray

Presidente de FEFARA

Buenos días a todos, en primer lugar quiero agradecer a las autoridades de la Provincia de San Luis por su presencia y por la importante colaboración que nos brindaron en la organización de estas Jornadas.

Hace doce años que venimos organizando ininterrumpidamente este Encuentro y atravesando, por consiguiente, las diversas circunstancias que nos fue presentando la realidad nacional. Sin embargo, la convicción y el esfuerzo de un importante equipo de trabajo, nos permitió mantener esta reunión anual para analizar y discutir a favor del desarrollo permanente de nuestra Profesión y del servicio Farmacéutico para la gente.

Como decía Humberto Albanesi, comenzamos en el año 2002 en la ciudad de Santa Fe con estas Jornadas de Política, Economía y Gestión de Medicamentos y muchas veces tuvimos que disimular la inexistencia de políticas concretas en el campo de los medicamentos y la farmacia. Por ello, en la mayoría de esos encuentros prevalecieron los aportes sobre economía y gestión. Afortunadamente esto no sucede en esta ocasión, porque aquí en San Luis no sólo existen políticas de medicamentos sino que además sus responsables colaboraron con la organización de estas Jornadas y hoy están presentes dispuestos a participar del debate. Lo quiero decir con total libertad, ésta es la primera vez, en doce años de Jornadas, que contamos con un apoyo tan concreto e integral como el que nos brindó el gobierno de la Provincia de San Luis.

Al respecto cuando lo escuchaba recién al Ministro pensaba que debemos agradecer de ser argentinos y de poder contar con

tanta gente dispuesta a seguir trabajando por mejorar la realidad que nos toca vivir.

Y en ese sentido, quienes nos sentimos en falta somos nosotros porque sabemos que todavía no estamos aportando todas las herramientas de gestión con las que contamos en el Colegio y en FEFARA para colaborar en la aplicación plena de las políticas vigentes en esta Provincia.

Estas Jornadas se gestaron en medio de una gran discusión sobre qué le aportaba la profesión farmacéutica a la salud de los Argentinos y a partir de entonces comenzamos a desarrollar herramientas informáticas de gestión que instaladas en la mayoría de nuestras farmacias lamentablemente todavía están subutilizadas.

Estas reflexión tiene que ver con nuestro convencimiento de que sólo desde la política se pueden poner en marcha los grandes cambios que nos demanda la realidad sanitaria, y nosotros debemos colaborar porque no tenemos ningún futuro sino trabajamos junto a las autoridades complementándonos para solucionar los problemas de Salud de la población.

Por otra parte, en nuestras Jornadas, siempre valoramos la presencia de los funcionarios porque son los que están gestionando la problemática de Salud y ello nos permite intercambiar ideas, discutir y consensuar estrategias para el trabajo en común.

En ese sentido, quiero decir aquí que apoyamos la importante tarea que, en esta Provincia, se lleva adelante desde la Universidad y el Laboratorio Productor de Medicamentos a favor de la formación profesional de los farmacéuticos y la accesibilidad de los fármacos. Todo ello nos confirma que el medicamento es un Bien Social y no comercial en esta Provincia pero, sin embargo, esto se contrapone con la existencia de cadenas de farmacias puramente comerciales que nadie sabe quiénes son los dueños de los fondos de inversión que las manejan.

Al respecto, nosotros pensamos que no debe haber pacientes de primera o de segunda y que todos merecen recibir sus medicamentos de una farmacia que le garantice no solo la calidad y la seguridad sino también el asesoramiento profesional necesario para la correcta utilización de esta importante herramienta sanitaria.

Estas apreciaciones las hacemos desde el respeto que nos inspira la gran tarea que se lleva adelante en esta provincia en todo el campo de la salud y el medicamento dándole prioridad a temas que no ocupan los primeros lugares en los reclamos de la gente y que, como no traen votos, en muchos lugares son dejados de lado.

Por todo ello, quiero ratificar aquí el compromiso de FEFARA y de su Red de más de 4500 farmacias de colaborar con las Autoridades sanitarias de San Luis y de todo el país para que sumando esfuerzos mejoremos el Servicio Farmacéutico que recibe la gente. Además, estoy convencido que no importa si los servicios de Salud son privados o estatales, lo importante es que atiendan eficientemente todas las demandas sanitarias.

Antes de finalizar, quiero solicitarle al Sr. Gobernador que me acompañe para entregarle un presente y realizar un pequeño homenaje a una colega puntana que, siendo en aquel momento Presidenta del Colegio de Farmacéuticos de San Luis, puso todo su esfuerzo y coraje para ayudar en la fundación y conformación de FEFARA. Todos quienes integramos esta organización hacemos un alto para agradecer y homenajear a la querida colega, farmacéutica Anita Giunta.

Nada más, muchas gracias y muy buenas Jornadas para todos.

CPN Claudio Poggi

Gobernador de la Prov. de San Luis

Quiero felicitar sinceramente a los organizadores de estas Jornadas porque nos interesa mucho que se debatan los temas fundamentales de la Salud en esta coyuntura y sabemos del esfuerzo que requiere organizar anualmente un encuentro de esta magnitud en distintas provincias de nuestro país. Al respecto, quiero decirles que estamos muy orgullosos que esta edición de las Jornadas de Política, Economía y Gestión de Medicamentos se lleve a cabo en la Provincia de San Luis.

A nosotros como Provincia nos entusiasma promover y auspiciar este tipo de encuentros federales por la trascendencia de la temática que abordan y en segundo lugar porque nos gusta que quienes nos visitan puedan conocer San Luis y luego decidan volver a visitarnos.

Permítanme, en principio, dar un breve pantallazo de lo que es la provincia de San Luis para todos quienes llegaron desde otras provincias y desde el exterior. La nuestra es una pequeña provincia que maneja apenas el 1% del presupuesto público nacional. Pero que, sin embargo, es una provincia muy pujante porque desde hace bastante tiempo aquí se llevan adelante lo que conocemos como políticas de estado. Políticas y planes de gobierno que trascienden los períodos electorales y, por lo tanto, nos permiten proyectar a largo plazo y tener un horizonte claro en todos los campos, entre ellos la Salud.

El eje fundamental de estas políticas apunta a tener unas finanzas públicas sanas, sin endeudamientos y con un presupuesto que, en un 50%, se invierte en desarrollo económico y social.

Específicamente en el campo de la Salud, hemos sancionado una Ley que constituye un verdadero Plan Maestro de Salud que

el Dr. Hissa va a desarrollar en detalle en uno de los paneles de estas Jornadas.

Además, en el campo de la Farmacia estamos orgullosos de la tarea de excelencia que se lleva a cabo en nuestra Universidad y de la labor de avanzada de nuestro Laboratorio Provincial de Medicamentos, Laboratorios Puntanos. Este laboratorio que está abasteciendo Instituciones y establecimientos de todo el país y en los próximos días, como ustedes conocen, comenzará con la distribución de sus medicamentos en la red de farmacias comunitarias.

Como verán nuestra gestión está muy ligada con vuestro quehacer y con vuestra temática y estamos seguros que si continuamos trabajando conjuntamente el éxito estará garantizado y será en beneficio de todos y fundamentalmente de la gente.

Finalmente, les reitero nuestro agradecimiento por haber llegado a nuestra Provincia, los invitamos a volver a visitarnos y sinceramente les digo a todos que están en su casa. Muchas Gracias.



MESA N° 1

Coyuntura económica, inflación, crecimiento y empleo

Coordinador: Farm. Juan Carlos Rucci

Secretario de FEFARA

Buenos días, antes de presentar a los disertantes, permítanme saludar a todos los directivos y docentes de la Facultad de Farmacia de San Luis porque, evidentemente, siembran en sus estudiantes un gran amor y un gran compromiso por la Profesión. Y, ello, se manifiesta permanentemente en distintas actividades de nuestra Federación a través de la participación de los muchos colegas egresados de esta prestigiosa Facultad.

Quiero, además, sumarme al homenaje a la querida colega Anita Giunta que tanto colaboró desde el Colegio de esta Provincia en la construcción y consolidación de nuestra FEFARA.

Ahora sí, formalmente, voy a presentar esta primer Mesa de la 12^{mas} Jornadas Federales y 11^{ras} Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos en la que vamos a tratar las cuestiones que hacen a la coyuntura económica y las variables macroeconómicas para el período del 2014-2015.

Nos acompañan en esta mesa, Marcos Ochoa quien realizará un análisis del contexto económico internacional y luego se enfocará en la realidad nacional. Posteriormente, Jorge Colina analizará las variables macro económicas enfocadas al sector Salud, el Laboral y el de la Seguridad Social. Finalmente, nuestro amigo Carlos Vassallo orientará su análisis al mercado del medicamento.

Marcos Ochoa es Economista egresado de la Universidad Nacional de La Plata, Máster en Finanzas (UCEMA), Director del Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora, Economista Jefe EPN de la Universidad de Belgrano, profesor en la Universidad Nacional de Lomas de Zamora y en la Universidad Nacional de la Matanza.

Jorge Colina es Economista egresado de la Universidad Nacional de Córdoba, Máster en Economía por la Universidad Georgetown (EEUU/Chile) y Master en Finanzas por la Universidad de Amsterdam (Holanda). Actualmente es economista del Instituto para el Desarrollo Social Argentino (IDESA), es consultor externo de organismos internacionales (BID, UNESCO, OIT), asesor de cámaras empresarias, docente e investigador en el Departamento de Economía de la Universidad Católica Argentina (UCA). Su área de especialidad son los temas vinculados a la economía laboral, educación, salud, seguridad social y política tributaria.

El CPN Carlos Vassallo es profesor titular en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral, profesor de Economía de las organizaciones de Salud en la Universidad de San Andrés, consultor de organismos internacionales, sector público y privado en economía, organización y gestión de la salud.

Marcos Ochoa

Buenos días, antes que nada agradezco a las autoridades de FEFARA por la invitación y el interés de conocer la coyuntura argentina, y a Carlos Vassallo que fue el vínculo directo para participar en estas Jornadas. Además, quiero agregar, que es un honor para mí participar de este Encuentro.

Cualquier charla de coyuntura, creo que, debe tener tres puntos fundamentales, uno el análisis del contexto internacional, otro la política económica básica que se está aplicando en ese país y a partir de ahí las variables económicas que más le pueden interesar a cualquier empresario. Estas cuatro variables económicas, básicamente, son: actividad, inflación, tipo de cambio y tasa de interés. Por lo tanto ese es el norte de esta charla sobre la coyuntura que vamos a desarrollar.

Con respecto al contexto internacional, solamente vamos a considerar el que nos afecta más a nosotros, por ello observaremos, por ejemplo, la actividad económica de Brasil. Este país tiene una economía que se está desacelerando fuertemente y esto se puede observar por sus tasas de crecimiento en los últimos 4 años: 2,7%; 2,5 %; 2,3 % y 1,3 % para este año.

Argentina está fuertemente expuesta por su comercio con Brasil y por lo tanto no es buena esta desaceleración. Aunque, podría decirles que, no es todavía un evento hostil. De hecho, cuando realmente el mundo se nos cayó encima, en el año 2009, Brasil tuvo una caída en su actividad económica y hoy lo que estamos viendo es una desaceleración o bajo crecimiento.

A partir de ahí, hay que analizar lo que ocurre en China y con la soja. Si observamos el gráfico anterior con respecto al crecimiento económico de China, se puede visualizar una desaceleración de su economía, con un crecimiento de 7,4 % pre-

CONTEXTO INTERNACIONAL

Contexto Internacional	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Comercio Mundial Volumen (var. %)	2,8	-10,7	12,6	5,9	2,8	3,1	4,0
Crecimiento % Brasil	5,1	-0,3	7,5	2,7	2,5	2,3	1,3
Crecimiento % China	9,6	9,2	10,4	9,3	7,7	7,7	7,4
Precio US$/Tn Soja (prom.) *	453	379	386	484	539	517	505
Tasa Referencia de USA (prom.)	2,08	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25
Tasa Referencia de Europa (prom.)	3,88	1,26	1,00	1,25	0,88	0,55	0,22
Cotización Dólar/Euro (prom.)	1,46	1,39	1,32	1,39	1,29	1,33	1,37

Para el año entrante se espera que el volumen del comercio mundial crezca 5,3%, Brasil 2% y China 7,1%. En el caso del Precio de la soja, los futuros a mayo de 2015 se encuentra en torno a los US$400 por tn. En el resto de las variables no es de esperar grandes cambios.
El contexto internacional no es tan favorable pero tampoco es un viento de frente.

Economista Marcos Ochoa | UNLZ - Económicas | e-mail: mochoa@macroaplicada.com.ar cel:15 4181 8779

visto para este año, lo cual diría que no es un mal crecimiento, obviamente uno preferiría que fuera de 10 o 9 %, pero no podemos decir que esa tasa de crecimiento de la economía China sea muy hostil. El problema más importante es el precio de la soja. En este año, en términos promedio, el precio de la soja no es malo, pero se observa que la tendencia es a bajar como consecuencia de la buena cosecha en Estados Unidos. Si ustedes observan el precio de la soja, este año, tiene un promedio de 505 dólares la tonelada, el problema son las proyecciones para el año que viene.

Desde el punto de vista del contexto internacional las tasas de interés son bajas, el dinero no tiene un nivel muy alto en su costo. El problema es que Argentina con el problema del "default" no puede usufructuar esto y es una limitante que tiene nuestra economía.

De todas maneras, otra cosa que sí podemos usufructuar, desde el contexto internacional, es la devaluación del dólar, dado que se mantiene devaluado con respecto al euro,

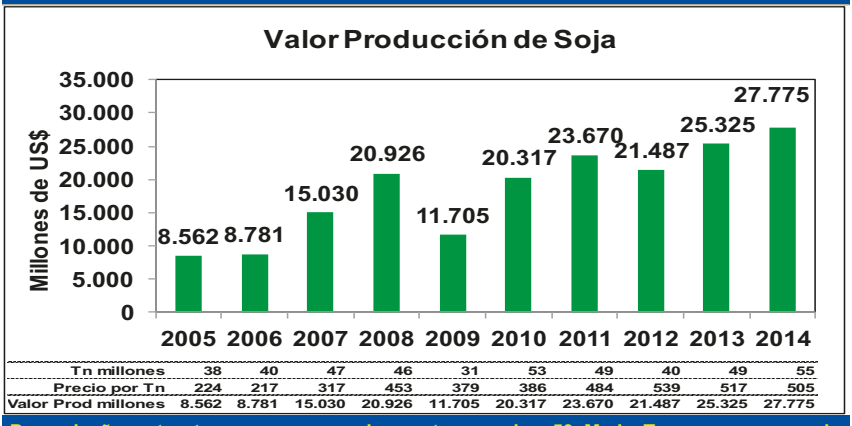
nosotros nos mantenemos de alguna manera devaluados con Europa, que representa aproximadamente un 15 % de nuestras exportaciones.

Conclusión con respecto al contexto internacional, diría que no es adverso como se está hablando, pero sí que es menos favorable que lo que teníamos hace 2 ó 3 años y no tan negativo como por ejemplo el del año 2009. Si observan el precio de la soja, estaba en 380 dólares la tonelada en ese año.

La limitante para la Argentina va a venir, más que nada, el próximo año. Como ustedes pueden observar en el siguiente gráfico, el valor de la producción total de soja en Argentina, en el 2014 es de 27.775 millones de dólares, es el dato más alto de una serie histórica reciente. Hemos tenido un buen valor de la producción de la soja, pero el problema es que la proyección de la soja para el año entrante se ubica por debajo de los 400 dólares la tonelada. Difícilmente Argentina tenga un nivel de producción como el que tuvimos este año de 55 millones de toneladas, seguramente se va a ubicar en el orden de los 50 millones, como un escenario, tal vez, optimista. Esto es importante que lo tengan en cuenta en el ámbito de los negocios para el año que viene porque el nivel de la producción de soja será de 20 mil millones de dólares aproximadamente, lo cual haría que perdiéramos, el año que viene, una entrada cercana a los 8 mil millones de dólares.

La balanza comercial proyectada para este año es de 8 mil millones de dólares, por lo tanto, si les decimos que van a entrar 8 mil millones menos, es altamente probable que la balanza comercial del año entrante sea 0 o esté muy poco por encima, o negativa. Además, el año que viene vence una deuda de 14 mil millones de dólares y el País no se puede permitir, perder 14 mil millones de dólares de reservas. El gobierno hará algo o si no lo hará el mercado, pero algo va a pasar porque la Argentina no se puede dar el lujo de perder ese nivel de reservas el año entrante.

CONTEXTO INTERNACIONAL



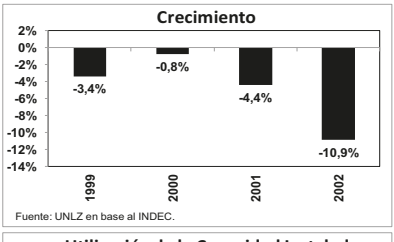
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tn millones	38	40	47	46	31	53	49	40	49	55
Precio por Tn	224	217	317	453	379	386	484	539	517	505
Valor Prod millones	8.562	8.781	15.030	20.926	11.705	20.317	23.670	21.487	25.325	27.775

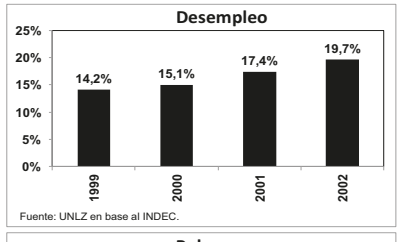
Para el año entrante con una cosecha en torno a los 50 M de Tn. y con un precio alrededor de US$400. Se perderían ingresos en dólares de alrededor de US$8.000 M. Estos menores ingresos de dólares presionarían sobre el tipo de cambio en el 2015.

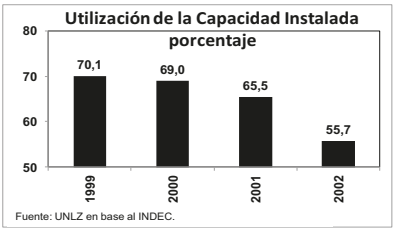
Economista Marcos Ochoa | UNLZ - Económicas | e-mail: mochoa@macroaplicada.com.ar cel:15 4181 8779

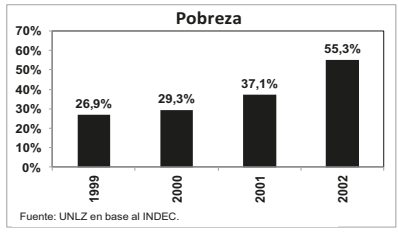
Para analizar el comportamiento de la política económica y de lo que estamos viviendo hoy en la Argentina, es importante saber de qué punto arrancamos. Partimos en el año 2002, el escenario en esa época era muy difícil, había una gran recesión,

AÑO 2002









Economista Marcos Ochoa | UNLZ - Económicas | e-mail: mochoa@macroaplicada.com.ar cel:15 4181 8779

una economía que cayó en un 11% después de 3 años, es decir, un problema muy fuerte en cuanto a términos de actividad económica. El desempleo elevadísimo, 20% de la población, índices de pobreza que superaban el 55%. Es decir, había gente que tenía trabajo y era pobre, hacía el esfuerzo de ir a trabajar todos los días y no le alcanzaba y por otro lado, las empresas trabajaban a mitad de planta.

En ese contexto es importante entender el rol de la política económica implementada. Lo que hicieron, en ese contexto, quienes manejaron la política económica oficial fue impulsar la actividad económica con tres herramientas básicas: gasto público, cantidad de dinero y salarios.

Como pueden observar en la diapositiva, el gasto público subió un 23,6% en promedio, la cantidad de dinero 21%, los salarios 18%, esto fue un fuerte impulso para la demanda.

Ahora, qué paso con la oferta, la producción de bienes, ¿pudo responder? Sí, porque lo que pasó en ese contexto, fue que las empresas empezaron a prender las máquinas que se habían apagado y empezaron a contratar gente que estaba desempleada, es decir, sobraba capital y sobraba gente, lo cual hizo que se incorporara al mercado productivo y la producción creció fuerte.

En promedio, el crecimiento entre el año 2003 y 2006 fue del 8,9%. De ahí que se hablara de las tasas chinas, porque China tiene esas tasas de crecimiento elevadas, aunque les diría que las tuvo por décadas y en Argentina fueron solo 5 años. Con respecto a la inflación, no creció tanto en comparación con la historia argentina, pero es mucho porque deberíamos tener un nivel de inflación un poco más bajo. En ese período fue de 9,4%.

Como conclusión les diría que aplicamos una política económica para impulsar la actividad y la oferta pudo reaccionar.

POLÍTICA ECONÓMICA 2003-2006

VARIACIÓN DE LA DEMANDA	VARIACIÓN DE LA OFERTA
Factores que influyen en la demanda:	Variables de oferta:
Gasto público 23,6%	PBI 8,9%
Agre. Monet. Priv. 21,3%	Producción Industrial 10,4%
Salarios 18,1%	Uci 70% – Desempleo 13%

LA DEMANDA CRECE MÁS RÁPIDO QUE LA OFERTA DE BIENES

INFLACIÓN

La inflación se ubica en torno al 9,4%

EQUILIBRIOS MACROECONÓMICOS BÁSICOS

1- Superávit fiscal.
2- Crecen las reservas (superávit de balanza de pagos)
4- Nivel de reservas elevado
3- Tipo de cambio real competitivo.

Los superávit gemelos junto con la elevada competitividad y el buen nivel de reservas generaron un contexto de confianza. La fuerte recuperación de la economía se debe a esto, al buen contexto internacional y al bajo punto de partida.

Economista Marcos Ochoa | UNLZ - Económicas | e-mail: mochoa@macroaplicada.com.ar cel:15 4181 8779

En el 2007 el gobierno no sólo siguió haciendo expansiva la política económica, sino que lo hizo más fuertemente que en el período anterior. Observen la siguiente diapositiva, el gasto público que anteriormente era de 23,6 %, en este período es de 33,9%. La cantidad de dinero que crecía en un 21,3%, actualmente, lo hace en un 25% y los salarios aumentaban en un 18,1% y ahora, 24%.

¿Cuál fue la realidad? Se impulsó más la actividad económica por el lado de las políticas expansivas pero con respecto a la oferta, desde el 2007 en adelante, hay restricciones de oferta importantes en el sector productivo argentino. La industria tiene un nivel de utilización de planta del 75% está en un contexto de restricción de oferta, o sea, no puede aumentar la producción fuertemente. Si la política económica la impulsa y la oferta no puede responder, ¿cómo termina eso? Menor crecimiento y más inflación que es lo que podemos observar, la economía pasó de un crecimiento del 8,9% a 3,2%, y de una inflación de 9,4% a 22,4%.

POLÍTICA ECONÓMICA 2007-2013

VARIACIÓN DE LA DEMANDA	VARIACIÓN DE LA OFERTA
Factores que influyen en la demanda:	Variables de oferta:
Gasto público 33,9%	PBI 3,2%
Agre. Monet. Priv. 25,0%	Producción Industrial 2,5%
Salarios 24,0%	Uci 75% – Desempleo 7,7%

LA DEMANDA CRECE MÁS RÁPIDO QUE LA OFERTA DE BIENES

INFLACIÓN

La inflación se ubica en torno al 22,4%

LA POLÍTICA ECONÓMICA INCREMENTA LOS PRECIOS Y GENERA INCONSISTENCIAS

1- Reaparece el déficit fiscal.
2- Disminuyen las reservas (déficit de balanza de pagos)
3- Nivel de reservas más bajo.
4- El tipo de cambio real atrasado.

Las inconsistencias terminan generando incertidumbre, aumento en los tipos de cambios informales y mayor presión sobre las reservas (fuga de capitales). A su vez, todo esto impacta negativamente en la inversión y en la actividad económica.

Economista Marcos Ochoa | UNLZ - Económicas | e-mail: mochoa@macroaplicada.com.ar cel:15 4181 8779

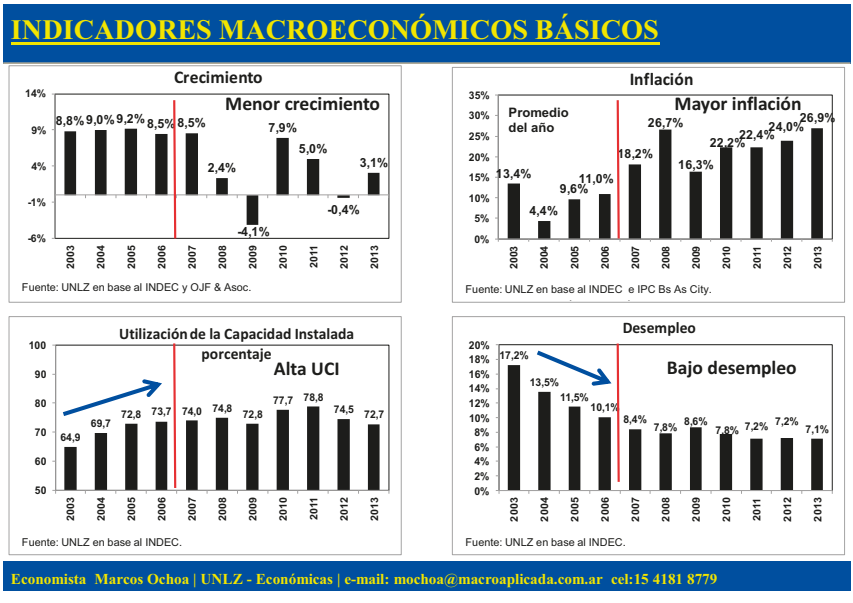
Todo lo anteriormente mencionado, lo puedo mostrar de una manera más gráfica, observen la siguiente diapositiva, mientras aumentó la utilización de planta y caía el desempleo, la actividad económica creció fuerte y la inflación no fue importante. Ahora, cuando la utilización de planta fue alta, el desempleo se quedó en un nivel bajo, la actividad económica, en término promedios, creció menos y la inflación fue ascendente.

Entonces ese es el problema que tenemos en la economía argentina, lo que estamos viviendo hoy no empieza hace unos meses sino en el año 2007. Hoy acumulamos varios años de desequilibrio, por lo menos, en términos de inflación.

Sin embargo, les quiero mostrar otro dato más, son 4 equilibrios macroeconómicos básicos que inciden en una economía y que pueden llevarla a una situación más compleja por ejemplo, una crisis.

Se puede observar que la Argentina pasó de un superávit primario alto a un déficit primario alto, de un buen nivel de

reserva con respecto a la cantidad de dinero pasamos a otra situación donde el nivel de reservas es más bajo y la cantidad de pesos es más alta, como consecuencias de que tengo déficit fiscal. El sector público se está financiando con el Banco Central de dos maneras y muy fuertemente a partir del 2010, emitiendo y usando reservas.

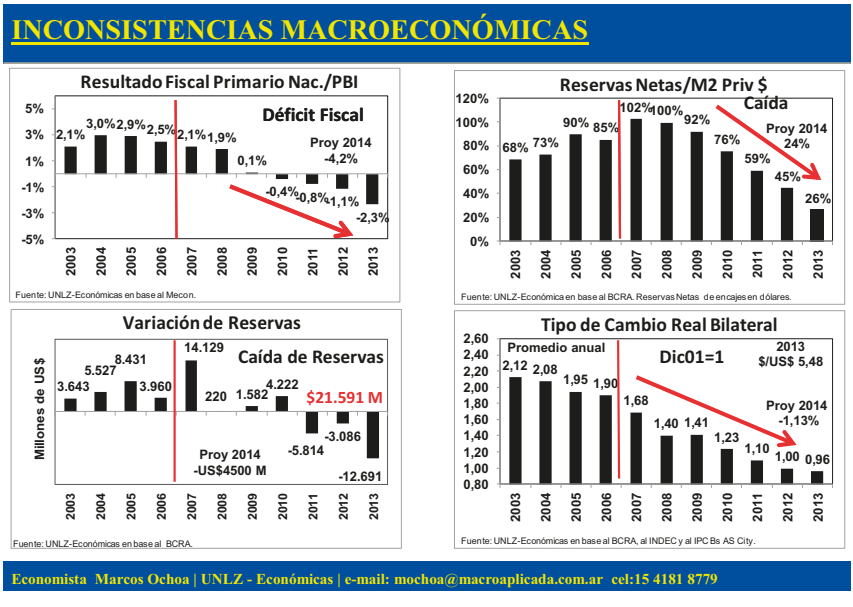


¿Y qué pasó con la economía argentina? Cayó fuertemente la competitividad. Los economistas usamos un indicador para esto, tal vez imperfecto, que es el tipo de cambio real que indica cuál es el nivel de competitividad que tengo con el transcurso del tiempo. La Argentina en el año 2013, tiene un tipo de cambio real promedio de 0,96, siendo 1 la convertibilidad. Argentina tenía un tipo de cambio, en términos de competitividad, incluso por debajo de la convertibilidad, de ahí venia lo que ustedes pueden leer que Argentina tenía un retraso cambiario relativamente importante.

A todo esto se le suma algo que nosotros llamamos déficit de balanza de pagos, ahí vienen los déficit gemelos, si el Estado

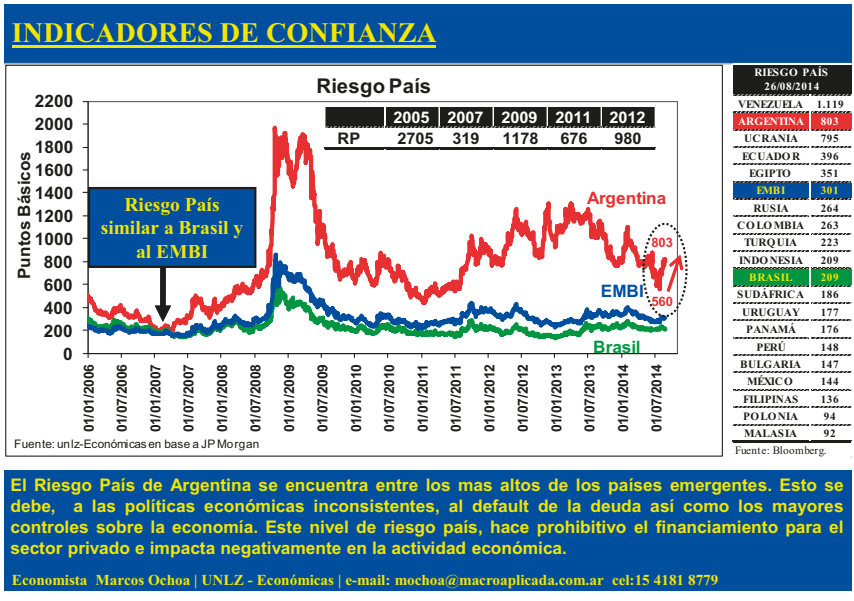
gasta más de lo que recauda, déficit fiscal, si se van más dólares de lo que entra, eso es déficit de balanza de pagos. Todo esto se traduce en pedidas de reservas, la Argentina perdió en los últimos 3 años 21.591 millones de dólares de reservas lo cual nos llevó a un déficit de la balanza de pagos.

Como conclusión, la Argentina genera inflación y pasó de un superávit fiscal a déficit, de superávit de balanza de pagos a déficit, de un país con alto nivel de competitividad a retraso cambiario y de un país donde teníamos muchos dólares con respecto a la cantidad de dinero, a revertirse esa situación. Éstas son las que llamamos las inconsistencias macroeconómicas básicas.



Esta tendencia si no se revierte, tarde o temprano, puede terminar en una situación más compleja de lo que estamos viviendo, esto es lo que ha hecho que la economía Argentina hoy sea una economía más riesgosa y, claramente, lo podemos observar con un indicador como es el riesgo país. Ustedes van a ver que el riesgo país empieza a crecer en términos de tendencia

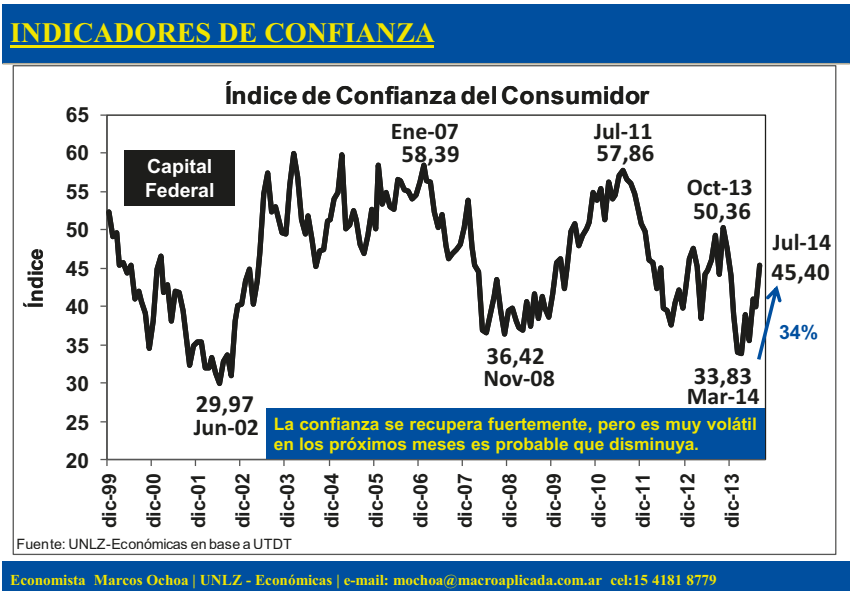
desde el año 2007, donde hay un hito muy importante y que fue la intervención al INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) y con las políticas económica inconsistentes que les mostré en la presentación anterior. Se puede observar un riesgo país más alto que lo que teníamos antes del 2007 y ese óvalo refleja de alguna manera, el crecimiento del riego país por el "default" de la deuda.



Quiero serles sincero, evidentemente el mercado está viendo, posiblemente, que esta situación no se complicará muy seriamente sino el riego país debería ser más alto. De todas maneras, es un riego país en un país que tiene un riesgo de "default" muy alto y por ello Argentina es el segundo país, en término de riesgo, después de Venezuela. Si ustedes comparan el riesgo país con otros países como por ejemplo Brasil vamos a encontrar que el nuestro es más alto respecto a Brasil y a otros países. Por lo cual si ustedes están impulsando proyectos de inversión este riesgo genera una situación altamente compleja a la hora de la toma de decisiones porque hace relativamente

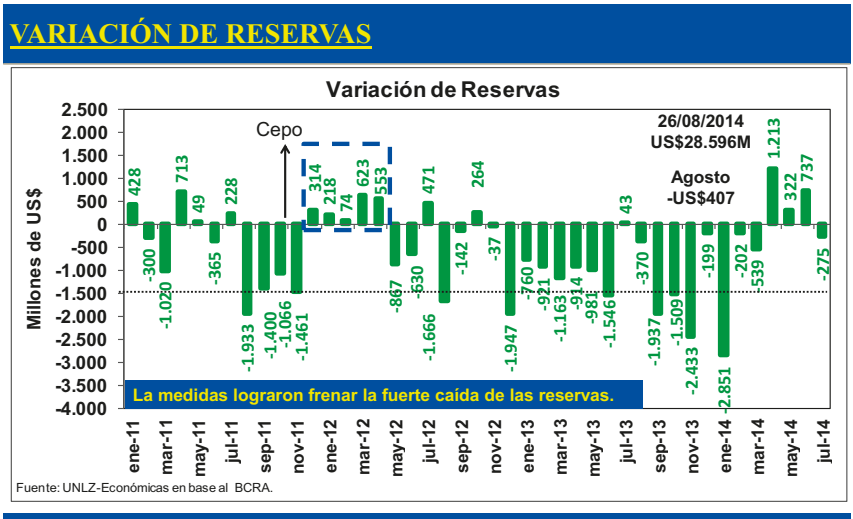
prohibitivo el costo de capital necesario para las inversiones en la Argentina.

Por otra parte, quiero decirles que el índice de confianza del consumidor ha crecido, de todas maneras, y ha pasado de un nivel muy bajo a lo que tenemos hoy. Lo que sí se observa que éste es muy volátil, así como hay períodos muy buenos de confianza cuando la economía tenía equilibrios macroeconómicos básicos como fue entre el 2003 y 2007, hoy tenemos un índice de confianza del consumidor que está en el orden de los 45 puntos, cuando supimos tener un nivel de 58,39 puntos pero es un nivel destacable, positivo para la economía.



La economía argentina aplicó un cepo cambiario en octubre del año 2011 debido a que el país perdía un nivel de reservas del orden de los 1900 a 1400 millones de dólares, y el año pasado se perdieron reservas entre 2400 y 2800 millones de dólares.

Con lo cual, si con un nivel de reservas más alto cuando perdíamos 1400 millones de dólares se tomaron medidas, en esta situación seguramente lo iban a volver a hacer. Básicamente el



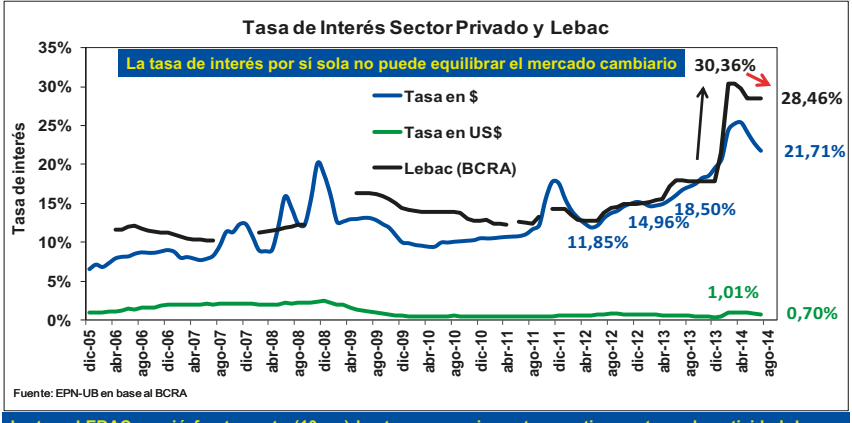
gobierno tomó tres medidas, una fue incrementar las tasas de interés, la otra fue devaluar el tipo de cambio, y en este contexto, a través de las paritarias hoy tenemos salarios reales con incrementos por debajo de los índices de inflación. Por lo tanto, hay una pérdida de poder adquisitivo en los asalariados registrados en el orden del 7% en términos anuales. Sin embargo, las tasas de interés comenzaron a disminuir a partir de marzo y esto impulsó, de alguna manera, la demanda del tipo de cambio del dólar "blue", que es lo que provocó esa devaluación.

Pero esta medida se está revirtiendo en estos días porque la tasa de interés sigue siendo muy negativa en términos reales y por lo tanto no alcanza a equilibrar el mercado monetario, o sea, la compra de dólares. Por lo cual, seguramente, van a tener que aplicar alguna medida adicional para calmar el mercado cambiario.

Con respecto a la devaluación, ya se venía con una inflación alta y esta provocó una aceleración de la inflación. La Argentina, si ustedes observan el gráfico, tiene una devaluación del tipo de

cambio oficial en términos anuales que es del orden del 50%. Esta devaluación importante terminó acelerando la inflación como se observa claramente.

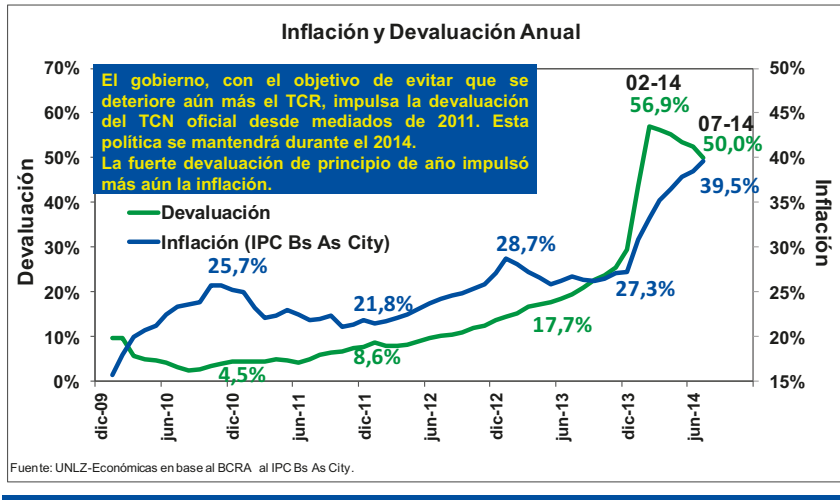
TASAS DE INTERÉS



La tasa LEBAC creció fuertemente (10 pp) hasta marzo e impacto negativamente en la actividad. Luego comenzaron a disminuirla (12/08/14 27,8%) para evitar que se profundice la recesión. Esto aumentó la demanda de dólares nuevamente y disminuyó la oferta de divisas. Por esto nuevamente se incrementaron 1 punto el 26/08. De todas maneras es muy negativa en términos reales.

Economista Marcos Ochoa | UNLZ - Económicas | e-mail: mochoa@macroaplicada.com.ar cel:15 4181 8779

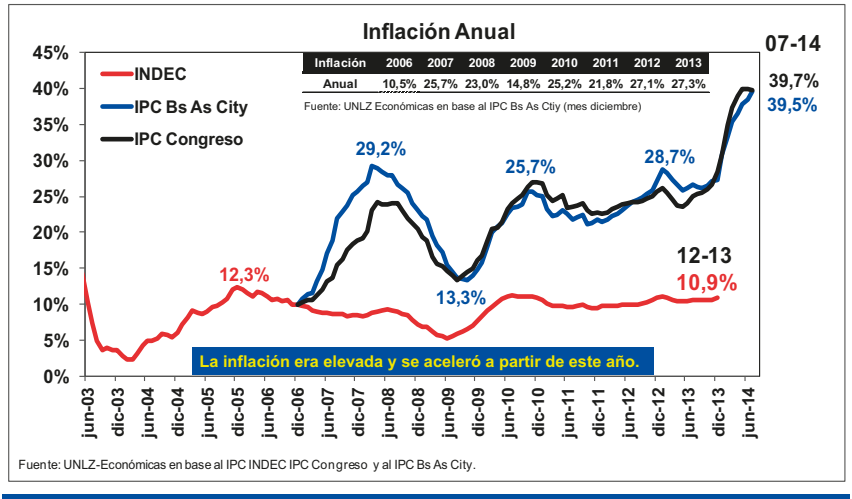
DEVALUACIÓN E INFLACIÓN (IPC Bs As City)



Economista Marcos Ochoa | UNLZ - Económicas | e-mail: mochoa@macroaplicada.com.ar cel:15 4181 8779

¿Y cómo se mantiene la inflación? Se pueden tomar diversos indicadores pero la inflación se encuentra en el orden del 40%; según el IPC congreso es de 39,5%; según el IPC de Buenos Aires City, 39,7%; el de la provincia de San Luis, 43%.

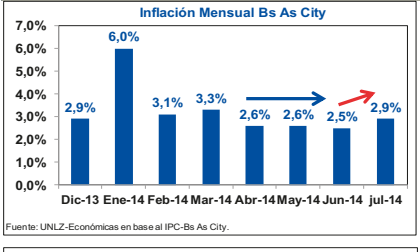
INFLACIÓN ANUAL



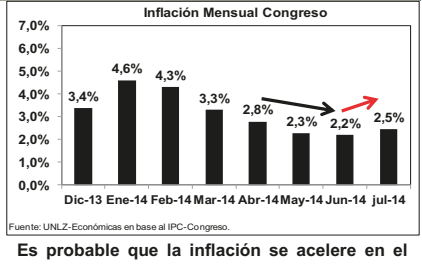
Fuente: UNLZ-Económicas en base al IPC INDEC IPC Congreso y al IPC Bs As City.

Economista Marcos Ochoa | UNLZ - Económicas | e-mail: mochoa@macroaplicada.com.ar cel:15 4181 8779

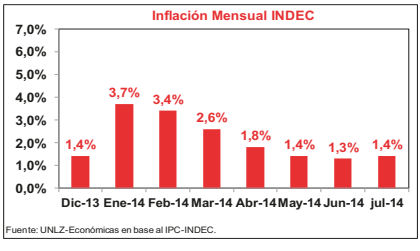
INFLACIÓN MENSUAL



Fuente: UNLZ-Económicas en base al IPC-Bs As City.



Fuente: UNLZ-Económicas en base al IPC-Congreso.



Fuente: UNLZ-Económicas en base al IPC-INDEC.

Es probable que la inflación se acelere en el resto del año por la emisión monetaria ($130.000 M entre agosto y diciembre) para financiar al sector público. En este contexto, es de espera que el tipo de cambio nominal se devalúe para mantener el tipo de cambio real.

Inflación Mensual	Dic-13	Ene-14	Feb-14	Mar-14	Abr-14	May-14	Jun-14	Jul-14	Acum
Congreso	3,4%	4,6%	4,3%	3,3%	2,8%	2,3%	2,2%	2,5%	24,1%
Bs As City	2,9%	6,0%	3,1%	3,3%	2,6%	2,6%	2,5%	2,9%	25,3%
INDEC	1,4%	3,7%	3,4%	2,6%	1,8%	1,4%	1,3%	1,4%	16,7%

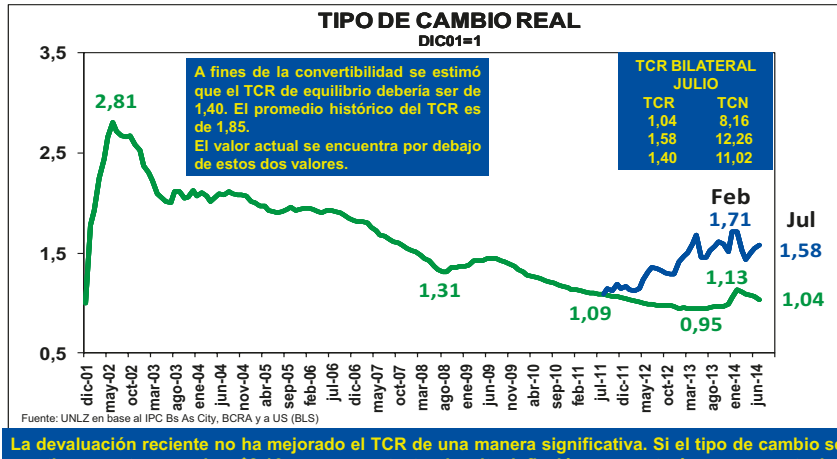
Fuente: UNLZ-Económicas en base al IPC Bs As City, IPC Congreso, IPC-GBA e IPC-Nu.

Economista Marcos Ochoa | UNLZ - Económicas | e-mail: mochoa@macroaplicada.com.ar cel:15 4181 8779

Estamos con un nivel de inflación muy alta, sin embargo, tal vez me puedo equivocar porque la Argentina tiene una economía muy difícil de proyectar, estamos viendo cierta aceleración de los precios en el margen. Es decir, desde mi perspectiva, los niveles de tasa de crecimiento de la inflación mensual que tuvimos son de piso y los niveles de inflación que van a venir van a ser un poco más altos de los que tenemos hoy. Por lo tanto, estaríamos proyectando tal vez una inflación levemente por encima del 40% hacia fin de año.

Si miramos el indicador de tipo de cambio real en la economía argentina hoy, julio de 2014, tenemos un tipo de cambio real de 1,04, siendo de 1 en diciembre de 2001, o comparemos contra diciembre de 2013 que fue 1, también. ¿Qué hizo el gobierno en diciembre de 2013? Devaluó fuertemente la moneda, por lo tanto, como consecuencia de esa devaluación que aceleró la inflación, hoy tenemos un tipo de cambio real que tiende a disminuir.

TIPO DE CAMBIO REAL

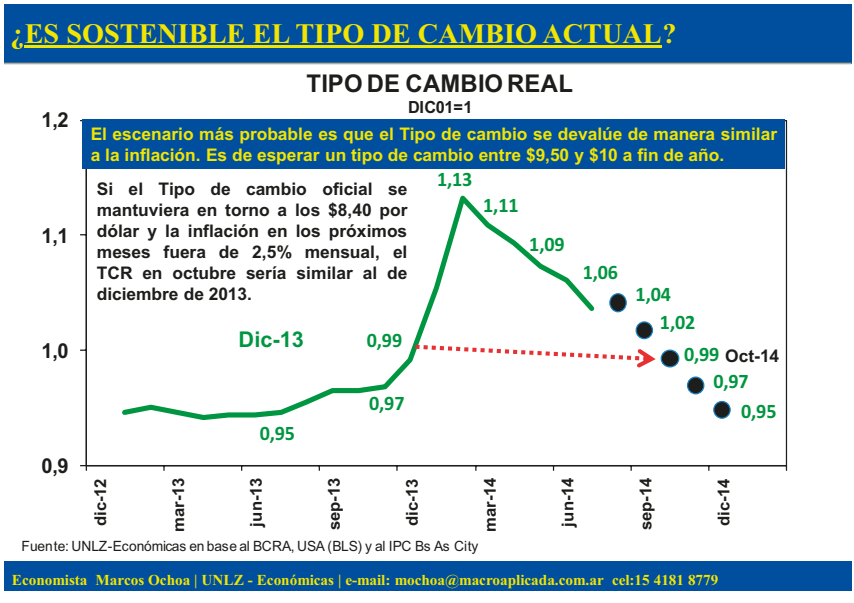


Fuente: UNLZ en base al IPC Bs As City, BCRA y a US (BLS)

La devaluación reciente no ha mejorado el TCR de una manera significativa. Si el tipo de cambio se mantiene en torno a los $8,16 en un contexto de alta inflación, aumentarán nuevamente las expectativas devaluatorias. Es de esperar que el tipo de cambio se devalúe en los próximos meses.

Economista Marcos Ochoa | UNLZ - Económicas | e-mail: mochoa@macroaplicada.com.ar cel:15 4181 8779

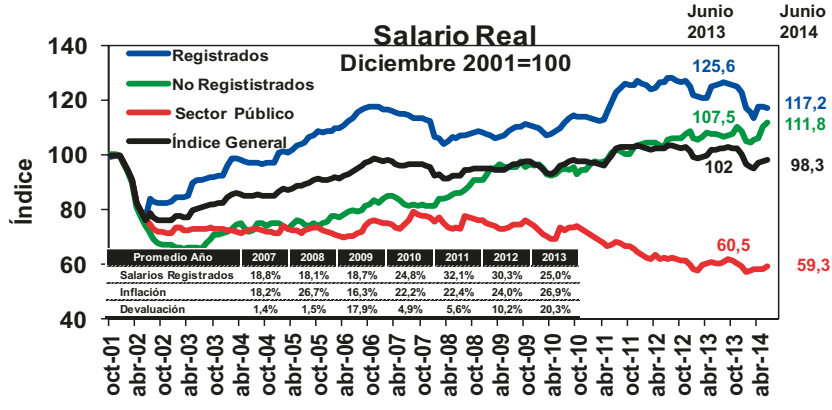
Hice un ejercicio teórico, suponiendo que se mantiene el tipo de cambio oficial, que la inflación no se acelera y se quedara en el 2,5% mensual, ¿cuándo volveremos a tener un tipo de cambio real de 1 este año? Si el tipo de cambio no se devalúa, lo tendremos en octubre. Por lo tanto, creo que el tipo de cambio oficial a partir de ahora va a tener que acompañar a la inflación; lo cual hace que como mínimo, si acompaña a la inflación el tipo de cambio oficial hacia fin de año puede estar en términos de los $9,50 o $10.



Si observamos los salarios reales, dejando de lado lo que informa el INDEC, tenemos en la economía Argentina una pérdida de poder adquisitivo de los empleados registrados del orden del 7% y del índice general del orden del 4%.

Con las cuestiones que les comenté recién, más esta realidad de la caída del salario real en términos anuales lo que se está provocando es un problema en la actividad económica que lo percibimos todos nosotros en las empresas.

SALARIO REAL

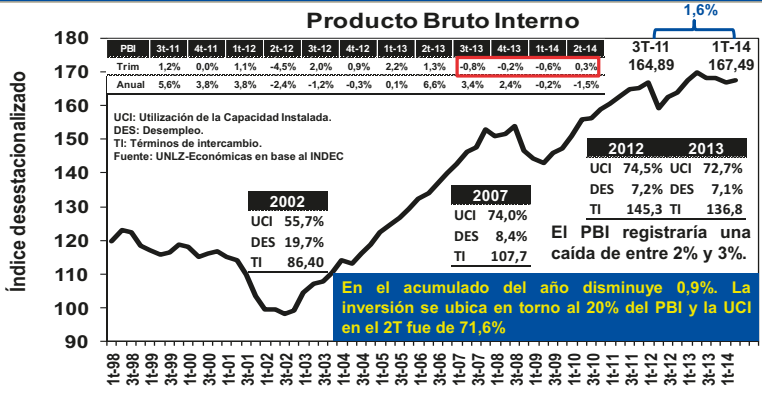


Fuente: UNLZ-Económicas en base al INDEC y al IPC Bs. As. City.

El poder adquisitivo de los salarios registrados en junio registraron un descenso de 7% con respecto a igual mes del año anterior. Y en el caso del índice general el deterioro es de 4%

Economista Marcos Ochoa | UNLZ - Económicas | e-mail: mochoa@macroaplicada.com.ar cel:15 4181 8779

ACTIVIDAD ECONÓMICA



Fuente: UNLZ en base a OJF & Asoc. y a estimaciones propias

Este año la actividad tendrá un desempeño negativo, dado que se espera que el salario real disminuya, una mayor presión tributaria, que se mantengan las tasas de interés en los valores actuales y que las expectativas económicas no mejoren sustancialmente.

Economista Marcos Ochoa | UNLZ - Económicas | e-mail: mochoa@macroaplicada.com.ar cel:15 4181 8779

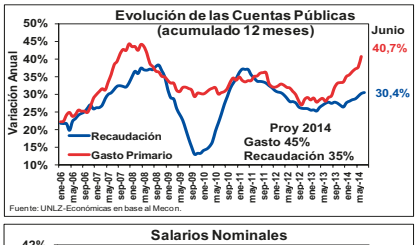
Si miramos un indicador de la actividad económica veremos que no crece desde el tercer trimestre del 2011, es decir, hace tres años que la economía no crece. Está debatiéndose, en el primer semestre de este año, entre una pequeña caída o

un estancamiento económico, cuando se confirmen las estadísticas lo sabremos. Mientras tanto se espera que en el segundo semestre, por algunos indicadores que ya han salido como el de producción industrial y de empleo, se completaría un proceso de recesión económica entre un 2 a 3% en todo el año.

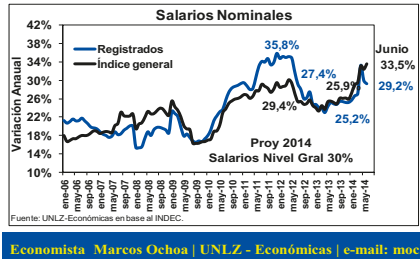
Lo que creemos que va a pasar en los próximos meses es que, seguramente, va a seguir aumentando el gasto público y se lo está proyectando hacia fin de año con un incremento del orden del 45%. Seguramente va a haber una importante emisión monetaria porque el déficit fiscal será más alto en los meses que vienen porque, justamente, es el período en donde menos oferta de dólares hay. Siempre los segundos semestres son más complicados en términos cambiarios, y vamos a observar que, posiblemente, la cantidad de dinero crezca en el orden del 30 o 35% y los salarios permanezcan en el orden del 30%.

Les diría que vamos a tener una política monetaria muy expansiva en un contexto donde, seguramente, la actividad económica en el mejor de los casos no va a crecer. Nosotros la proyectamos con una pequeña caída. Y con la inflación que se va a mantener muy alta en la economía Argentina.

GASTO PÚBLICO, AGREGADOS MONETARIOS Y SALARIOS







El mayor déficit fiscal como consecuencia del aumento del gasto público, impulsará la emisión monetaria en el resto del año.

En un contexto donde la actividad se encuentra se encuentra en el mejor de los casos en un estancamiento es de esperar mayores presiones inflacionarias y cambiarias.

A partir de lo anterior es de esperar que la inflación se acelere en lo que queda del año.

Economista Marcos Ochoa | UNLZ - Económicas | e-mail: mochoa@macroaplicada.com.ar cel:15 4181 8779

Como conclusión para ir finalizando, lo que tenemos son políticas económicas muy expansivas, especialmente a partir del 2007, efectivamente hubo en período entre el 2003 y el 2007 en donde la política impulsó fuertemente la actividad económica. Desde el año 2007 encontró restricciones por el lado de la oferta y eso está provocando tres cosas fundamentales, uno es que las políticas expansivas están provocando inflación, la segunda es que están provocando inconsistencias macroeconómicas, cada vez más déficit, menos competitividad, perdemos reservas y tenemos cada vez más dinero circulante y déficit de balanza de pagos. La inflación más las inconsistencias generan incertidumbres, y estos tres factores están impactando negativamente en la actividad económica, por lo tanto el problema de la economía Argentina no es sólo la inflación sino que es mucho más integral.

La actividad económica va a caer entre un 2 o 3%, la inflación va a estar entre un 37 o 42%, el tipo de cambio oficial que va a estar entre $9,5 y $10 y un nivel de competitividad de la economía que va a estar en el orden del 1,4 y va a estar 14% más alto comparado con diciembre de 2013 o diciembre de 2001.

PERSPECTIVAS

PROYECCIONES ARGENTINA	2011	2012	2013	2014
Crecimiento real	5,0%	-0,4%	3,1%	-2%/-3%
Inflación real (fin del periodo)	21,8%	27,1%	27,3%	37%42%
Tipo de cambio (fin del periodo)	$ 4,29	$ 4,88	$ 6,15	$9,5 / $10
TCR (dic01=1 - fin del periodo)	1,05	0,96	0,99	1,14

La economía necesita un plan económico integral que ataque todas las inconsistencias de manera conjunta.

En el contexto actual luce complicado poder proyectar el año 2015. La evolución de la economía dependerá si continúa en default, de la evolución de las cuentas públicas y de las variables monetarias.

El escenario para el año entrante es de recesión, inflación elevada con devaluación del tipo de cambio. Sin embargo un escenario de crisis no puede descartarse totalmente.

Economista Marcos Ochoa | UNLZ - Económicas | e-mail: mochoa@macroaplicada.com.ar cel:15 4181 8779

¿Qué puedo decirles para el año 2015? Honestamente no puedo hacer una proyección cierta, por lo tanto creo que para tener una visión más clara de eso vamos a tener que esperar a ver qué pasa con las políticas económicas en estos dos o tres meses próximos.

Quiero decirles, también, que los desequilibrios macroeconómicos no son tan altos como los supimos tener en otras crisis en la economía argentina, por ejemplo, las de los años 81, 82, 89, 90 o 2001 pero sí que estamos en una situación muy compleja en cuanto al comportamiento de la actividad económica.

Espero no haberlos apabullado, haber sido claro y que se haya entendido.

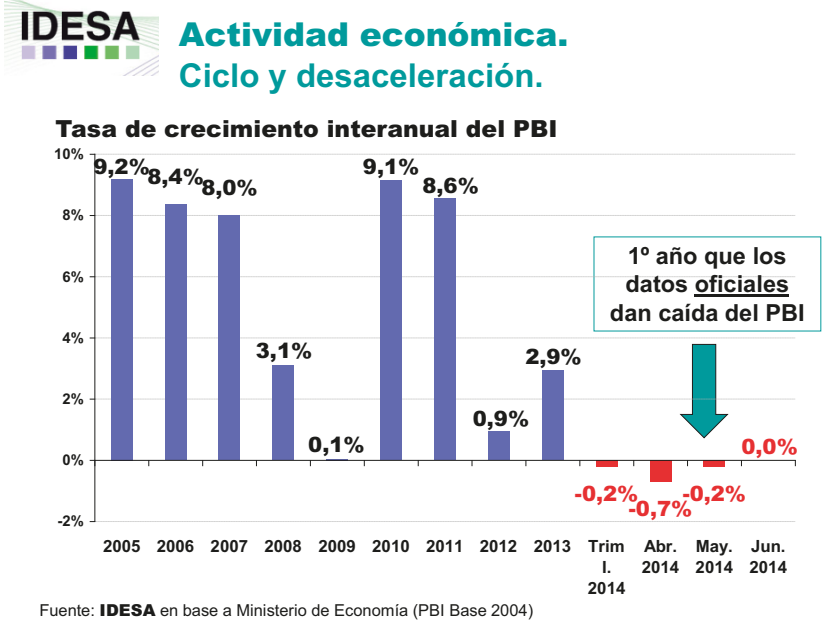
Muchas gracias.

Elementos para entender la coyuntura y las tendencias

Jorge Colina

Buenos días y muchas gracias. A mí me corresponde tomar lo que dijo Marcos respecto de lo que le pasa al país y tratar de llevarlo a la realidad de ustedes, es decir, lo que puede pasar con las Farmacias, con la venta de medicamentos y con el sector salud en general.

Con respecto a lo que se mencionaba anteriormente sobre el tema de la actividad económica, la novedad del año 2014 es que hasta los datos oficiales dan que la economía está cayendo. Cae poco para los datos oficiales, los privados dicen que cae un poco más, pero definitivamente, las ventas no están creciendo.



Fuente: **IDESA** en base a Ministerio de Economía (PBI Base 2004)

¿Cómo puede seguir esto? Retomo otro instrumento que usó Marcos, porque es un instrumento convencional que se utiliza en economía, el tema de la oferta agregada y de la demanda agregada. La oferta agregada es el PBI, o sea, lo que se produce en todo el país, que en el año 2014, como se puede observar en la diapositiva, viene cayendo (- 0,2%). Esto es a raíz de que la demanda agregada, sacando lo referido al gasto público, que está subiendo, el resto está cayendo.

Fíjense ustedes, por ejemplo, las exportaciones cayeron un 6,4%, las inversiones disminuyeron desde un 14% por año en el mejor período de la época que fue 2004-2008, a un 1,9%, en el primer trimestre del 2014. Prácticamente no alcanza ni a cambiar ni renovar el stock de capital. El consumo privado está cayendo también, -1,2%, y porque cae el consumo privado es que, fundamentalmente, la economía no crece.

Entonces, ¿qué va a pasar para lo que sigue del año? Para responder esta pregunta se tiene que ver qué sucede con las exportaciones. Las exportaciones, según los datos del INDEC, vienen cayendo como muestra la gráfica de enero a julio del 2014. Esto quiere decir que las exportaciones no nos van a ayudar a crecer.

Si observamos que ocurre con las inversiones vemos que en Argentina el 60% de las mismas son bienes durables de producción, los cuales son fundamentalmente importados. Y cuando se mira el comportamiento de las importaciones, éstas también vienen cayendo, esos son datos del INDEC. Ante esta situación hay que cuidar las reservas, para ello, el Ministerio de Economía controla las importaciones, es decir, importemos un poco menos. Desde el punto de vista de las reservas puede funcionar, pero lo cierto es que no ayuda a levantar el nivel de actividad. Marcos recién mencionaba, hay que expandir la capacidad de producción, para eso hay que hacer inversiones, pero para invertir hay que importar y, como no se puede importar, eso es lo que no ayuda a crecer.

IDESA

Las fuentes del crecimiento de la actividad económica

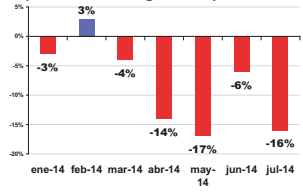
Promedio anual	OFERTA AGREGADA		DEMANDA AGREGADA			
Periodo	**PBI**	**Importaciones**	**Consumo privado**	**Consumo público**	**Inversiones**	**Exportaciones**
2004 - 2008	7,1%	15,5%	8,0%	6,2%	14,0%	6,7%
2008 - 2012	4,6%	5,6%	6,4%	7,7%	3,8%	0,8%
2012 - 2013	2,9%	1,9%	4,3%	6,0%	3,0%	-3,8%
Trim I. 2014	-0,2%	-3,8%	-1,2% ?	3,4%	1,9%	-6,4%

Cómo sigue esto?

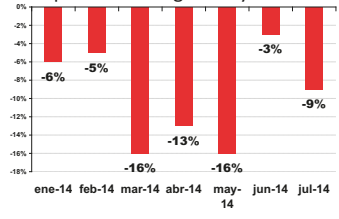
60% de bienes durables de producción son importados

¿Inversiones?

Importaciones siguen cayendo...



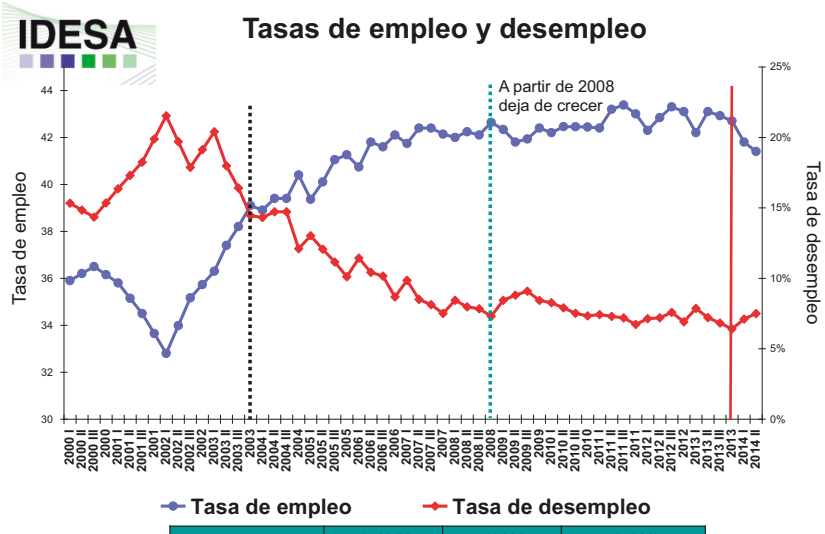
Exportaciones siguen cayendo...



Fuente: **IDESA** en base a Ministerio Economia

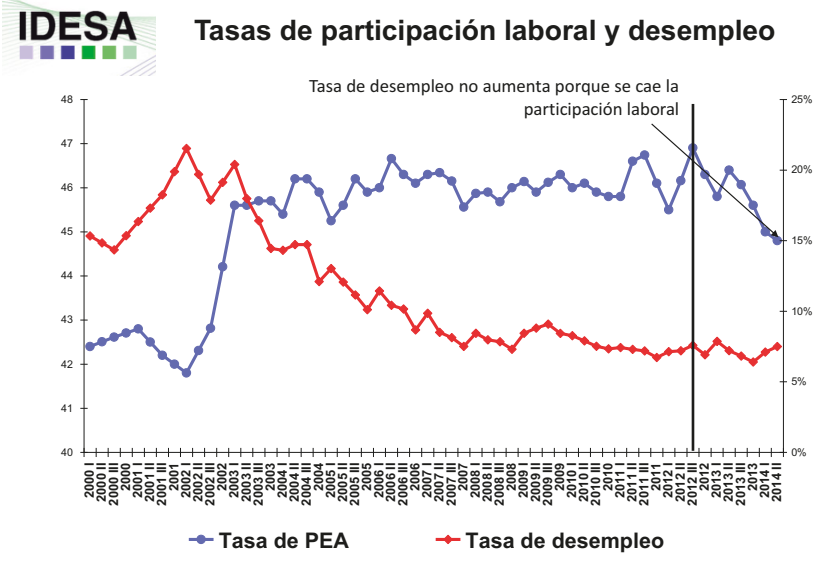
En cuanto al consumo, decimos si la gente consume más, posiblemente la Farmacia pueda expandirse, la venta de medicamentos va a aumentar. Es aquí donde entra entonces el tema del empleo y el de los salarios.

En relación al tema del empleo, en la diapositiva se puede observar el último dato que salió la semana pasada, correspondiente al año 2014. La línea azul es la proporción de gente que trabaja, puede ser asalariada, asalariada en negro o cuentapropista, o sea, el total de ocupados. Esta línea sube mucho hasta el año 2008, luego se estabiliza un poco la tasa de ocupación. Y la línea roja es la tasa de desocupación, que está medida como el porcentaje de gente que no trabaja y busca trabajo y no lo consigue. Fíjense ustedes que hay una línea roja que marca el año 2014, fundamentalmente, ahí los datos del INDEC señalan de que está cayendo la proporción de gente que está trabajado y subiendo un poco el tema del desempleo. Se puede observar que lo poco que sube prácticamente no se compara con lo que fue la gran crisis del desempleo del comienzo de la década pasada.



	2013 IV	2014 I	2014 II
Tasa PEA	45,6	45,0	44,8
Tasa de empleo	42,7	41,8	41,4
Tasa de desempleo	6,4%	7,1%	7,5%

Fuente: INDEC



Fuente: INDEC

Si nos preguntamos ¿por qué el desempleo sube poco? Sube poco porque, según los datos del INDEC, habría gente que se estaría retirando del mercado de trabajo. Esto es, segundos generadores de ingresos del hogar, como pueden ser amas de casa o los estudiantes, trabajan en la medida que se les presenta la oportunidad pero no buscan activamente un trabajo. Entonces, al no buscar activamente un trabajo no quedan registrados como desempleados. Por eso es que la línea roja, que es la tasa de desempleo, no crece mucho. Pero los síntomas de la falta de empleos se ven por la línea azul, es decir, es gente que pierde un trabajo, no sale a buscar uno nuevo y pasa a la inactividad laboral. Eso es bueno por el lado de que no aumenta la tasa de desempleo, pero no es muy bueno porque cae el poder adquisitivo del hogar, es decir, hay un generador menos de ingresos dentro del hogar.

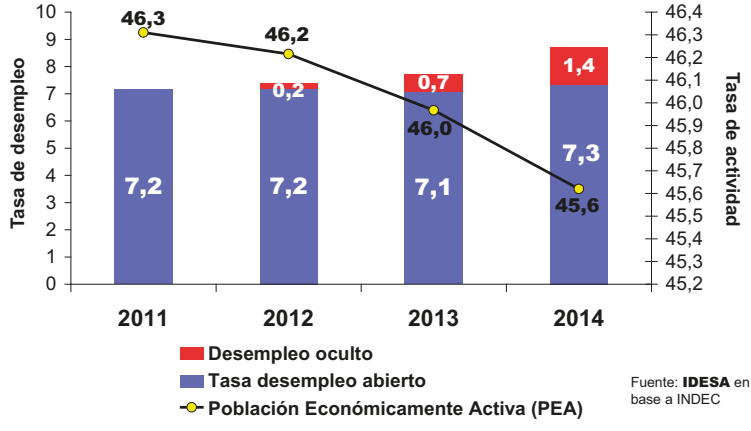
Este fenómeno, este pequeño cálculo, se puede hacer de la siguiente manera, la tasa de desempleo que informa el INDEC en 2014 es del 7,3%, en los años 2011-12-13 era 7,2-7,1%, es decir, la tasa se mantiene en 7%. Pero si se tomara en consideración que hay gente que se está retirando del mercado de trabajo, que es la línea negra con amarillo, entonces el 46% de la población, estaría trabajando o buscando un trabajo, no el 45,6% como se observa en el 2014, quiere decir que la tasa de desempleo sería un 1,4% más. Esto señala que el problema del desempleo tampoco es tan grave. Pero si tomamos en consideración a la gente que dejó de buscar trabajo, diría que la tasa de desempleo está entre 8-9%, bastante diferente a lo que fue el comienzo de la década pasada. Y lo que cae, es la posibilidad de generar ingresos por parte de los hogares.

En la siguiente diapositiva pueden observar datos de la AFIP de gente que tiene un trabajo asalariado formal. Estos datos salen de las Declaraciones Juradas de los empleadores. Para pagar las cargas sociales, los empleadores hacen una Declaración Jurada a la AFIP y pagan las cargas sociales, y de ahí salen estos datos. El último disponible es el primer trimestre de 2014. Lo que sale

IDESA

La tasa de desempleo no sube mucho (porque cae la tasa de participación laboral)

Tasas de desempleo y participación laboral



Fuente: **IDESA** en base a INDEC

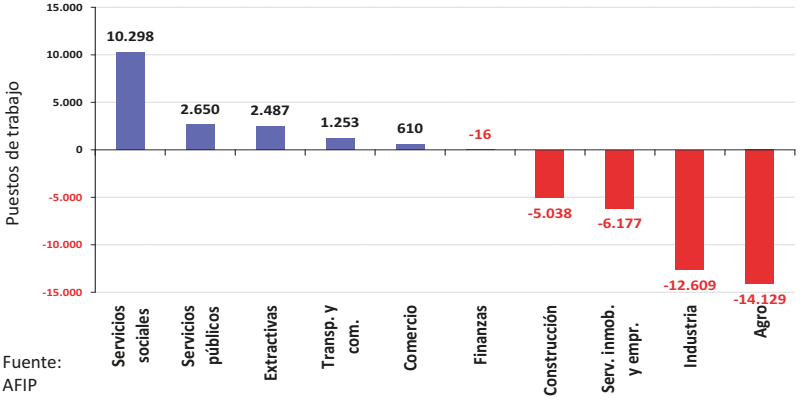
IDESA

EMPLEO ASALARIADO REGISTRADO

1° trimestre, 2014 contra 1° trimestre, 2013

	1° trim. 2013	1° trim. 2014	Dif.	%
EMPLEO REGISTRADO TOTAL	**7.879.682**	**7.900.439**	**20.757**	**0,3%**
EMPLEO PÚBLICO	1.523.698	1.564.920	41.222	2,7%
EMPLEO PRIVADO	6.355.984	6.335.519	-20.465	-0,3%

Cambio en los puestos de trabajo por sector en la actividad privada



Fuente: AFIP

es el empleo registrado, o sea, la cantidad de gente que está pagando cargas sociales en la AFIP y esto subió en 20.757 puestos de trabajo. Pero ahí ayudó mucho el empleo público ya que subió en 41.000 y cayó el empleo privado unos 20.000. Si observan los sectores en donde cae el empleo, que son las franjas rojas, van a ver que son los sectores productores de bienes, es decir, el campo, la industria y la construcción. Y esto viene a colación de lo que decía Marcos de la falta de competitividad, es decir, a las industrias y el campo les está costando exportar, por eso es que no está empleando más gente. Sin embargo, el Sector Servicios aumenta el empleo, fíjense ustedes las franjas azules, son todos servicios como servicios sociales, servicios públicos, transporte y comercio.

Si se detalla un poco más, fíjense ustedes, en agro, lo que está abierto por sectores, es decir ganado, cereales y oleaginosas, frutas, verduras, servicios agrícolas, y están todos en rojo, o sea, todos los sectores del agro están cayendo.

Cambio en los puestos de trabajo por rama en la actividad privada

Agro	**360.052**	**345.923**	**-14.129**	**-3,9%**
Ganado	94.664	90.858	-3.806	-4,0%
Industriales	63.556	63.416	-140	-0,2%
Cereales y oleaginosas	57.567	54.540	-3.027	-5,3%
Frutas	42.114	39.568	-2.546	-6,0%
Verduras	21.937	20.462	-1.475	-6,7%
Serv. Agrícolas	43.708	41.081	-2.627	-6,0%
Otros	36.506	35.998	-508	-1,4%
Extractivas	**66.468**	**68.955**	2.487	**3,7%**
Pesca	10.913	11.018	105	1,0%
Petroleo	32.413	34.807	2.394	7,4%
Minas y canteras	23.142	23.130	-12	-0,1%
Industria	**1.226.032**	**1.213.423**	**-12.609**	**-1,0%**
Alimentos	344.053	339.497	-4.556	-1,3%
Vestimenta	151.678	148.556	-3.122	-2,1%
Madera y papel	127.281	123.485	-3.796	-3,0%
Química	106.430	107.707	1.277	1,2%
Caucho, plástico, vidrio	75.211	75.242	31	0,0%
Material construcción	169.933	169.207	-726	-0,4%
Maquinaria	75.358	74.970	-388	-0,5%
Electricidad y electrónica	55.040	54.538	-502	-0,9%
Autos, barcos y motos	87.634	87.070	-564	-0,6%
Otros sectores manufact.	33.414	33.151	-263	-0,8%

Fuente: AFIP

En extractivas, aumentó el petróleo por el tema de YPF y aumentó el empleo. En industrias van a ver que está todo en rojo menos uno que se encuentra en color negro y es química. Si se despliega química, tiene fertilizantes, jabones y medicamentos.

Y uno de los sectores que está creciendo en el tema del empleo en blanco, es medicamentos. Esto quiere decir que quien hace un gran aporte al aumento del empleo de la industria hoy, es la industria del medicamento. Uno podría decir que la industria química es la única que está salvada de la caída general que se está viendo de empleo industrial.

En la siguiente diapositiva pueden observar lo que ocurre con el resto de los servicios.

Cambio en los puestos de trabajo por rama en la actividad privada

Servicios públicos	**61.545**	**64.195**	**2.650**	**4,3%**
Electricidad	36.272	38.294	2.022	5,6%
Gas	7.218	7.203	-15	-0,2%
Agua	18.055	18.698	643	3,6%
Construcción	**407.773**	**402.735**	**-5.038**	**-1,2%**
Comercio	**1.412.136**	**1.412.746**	**610**	**0,0%**
Mayorista	412.973	409.803	-3.170	-0,8%
Minorista	746.622	749.753	3.131	0,4%
Hoteles y restaurant	252.541	253.190	649	0,3%
Transporte y comunicaciones	**528.998**	**530.251**	**1.253**	**0,2%**
Colectivo, taxi y tren	166.078	168.143	2.065	1,2%
Camiones	145.354	145.278	-76	-0,1%
Depositos	103.102	103.588	486	0,5%
Telecomunicaciones	75.001	73.995	-1.006	-1,3%
Otros	39.463	39.247	-216	-0,5%

Fuente: AFIP

Les quiero mostrar que uno de los sectores que más empleo formal está creando, por un lado, son los Obras Sociales, emplean más gente para hacer todo lo que es la gestión, administración, auditorias, y por otro están los Prestadores Médicos. De hecho, si se suma la cantidad de nuevos puestos de trabajo

Cambio en los puestos de trabajo por rama en la actividad privada

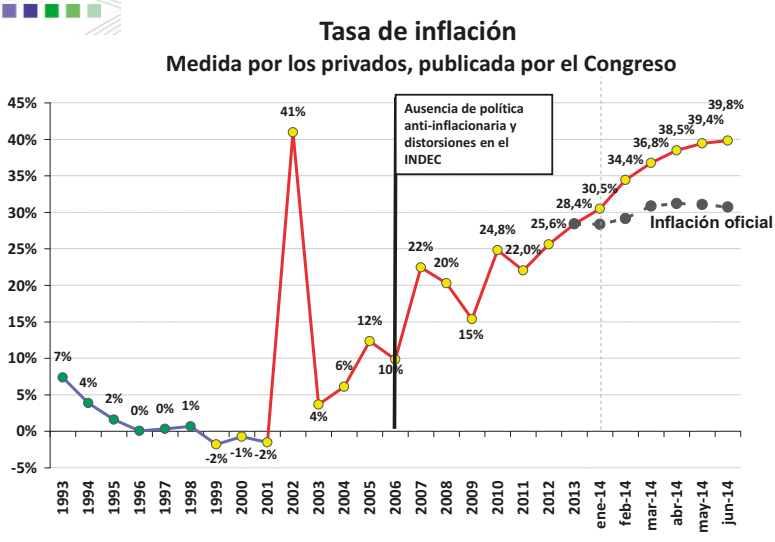
Intermediación financiera	180.835	180.819	-16	**0,0%**
Servicios inmob. y empresariales	**807.436**	**801.259**	**-6.177**	**-0,8%**
Alquileres de equipos	663.811	662.919	-892	-0,1%
Servicios eventuales	72.209	65.523	-6.686	-9,3%
Inmobiliarias	63.692	65.187	1.495	2,3%
Otros	7.724	7.630	-94	-1,2%
Servicios sociales	**1.300.175**	**1.310.473**	**10.298**	**0,8%**
Obras sociales	30.060	31.641	1.581	5,3%
Escuelas privadas	426.308	431.190	4.882	1,1%
Prestadores médicos	266.649	273.912	7.263	2,7%
Encargados de edificios	69.557	66.870	-2.687	-3,9%
Comunitarios y sociales	507.601	506.860	-741	-0,1%
Otros	4.534	4.740	206	4,5%

Fuente: AFIP

que generaron los Prestadores Médicos son 7.200, más las Obras Sociales, que generaron 1.581, hacen casi los 10.000 nuevos puestos de trabajo que el Sector Servicios creó y que compensa la caída en industria y agro. Esto es como para mostrarles que el Sector Salud está movilizando, creando empleo y, a la Industria Química todavía no le ha llegado la crisis.

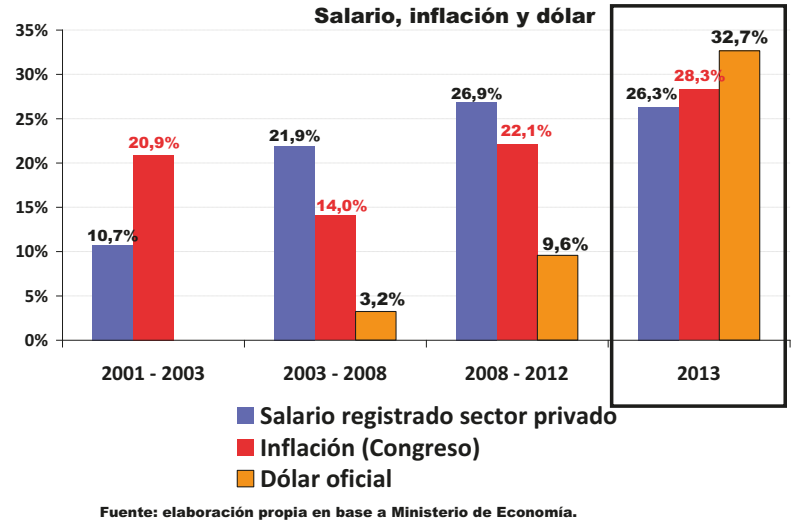
Hasta acá les mostré cómo viene el empleo. Ahora, ¿cómo vienen las remuneraciones? Acá tenemos que referirnos al tema de la inflación, que es lo que les había hablado Marcos también. La inflación era baja hasta el año 2007 y es cuando vienen las distorsiones del INDEC, que considero que al negarse la inflación las autoridades no tomaron medidas para disminuirla, entonces eso se fue desmadrando. En el gráfico siguiente se puede observar una línea de puntos que marca el comienzo del año 2014. La línea roja con amarillo representa la inflación no oficial, la que miden los privados y que publica el Congreso Nacional, ésta muestra que la inflación interanual estaría cerca del 40%. Cuando se observa la inflación oficial, la del INDEC y si se anualiza podríamos decir que según el INDEC la inflación es del 30%. En síntesis, el INDEC dice 30% y los privados 40%, en definitiva, tenemos una inflación que está entre 30 y 40, si quieren le podemos poner 35%.

… la creciente inflación



Hay una cuestión que ha cambiado en el año 2013, y se puede visualizar en la siguiente diapositiva. Las barras en color

… en el 2013, algo fundamental cambió en la economía



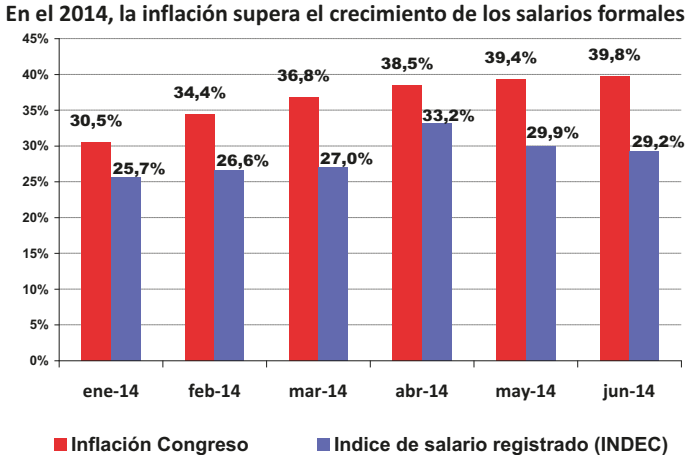
Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Economía.

azul representan cuánto crece por año el salario privado registrado de la gente en blanco. Las barras en color rojo es la inflación, o sea, cuánto crecen los precios. Y las que están en color anaranjado corresponde a cuánto crece el dólar. Si ustedes miran el periodo 2003-2008, que fue el mejor período de la década, los salarios crecían, le ganaban a los precios y le ganaban al dólar. Entre el año 2008 y el 2012, que ya la economía empieza a tener problemas, igual el salario le venía ganando a los precios y al dólar. Y en el 2013 es el primer año de la década en donde la inflación y el dólar le ganan a los salarios.

Si observamos el año 2014, está pasando lo mismo. Es decir, las barras en color rojo representan a la inflación y las azules cómo viene el tema de los salarios según el INDEC. Para el INDEC, los salarios vienen creciendo en el orden del 30% que no es malo. El tema es que la inflación es del 40%, es decir, se viene comiendo el poder adquisitivo. Entonces la gente va a la Farmacia y no le alcanza el dinero para comprar porque le suben los medicamentos.

IDESA

... en el 2014 sigue el deterioro en el salario real



Conclusión, si se mira la tasa de desempleo está estancada, no es mala noticia pero, bueno, no hay gente con más empleo. La tasa de participación laboral de los hogares está cayendo, esto significa que hay menos generadores de ingresos dentro de los hogares. Y las remuneraciones reales se están licuando por la inflación. Por eso es que cae el consumo privado. Entonces lo que tenemos que ver es, ¿qué de estos elementos pueden mejorar de acá a fin de año? Y uno lo primero que dice es la negociación colectiva. La negociación colectiva está firmando aumentos de salario para los trabajadores.

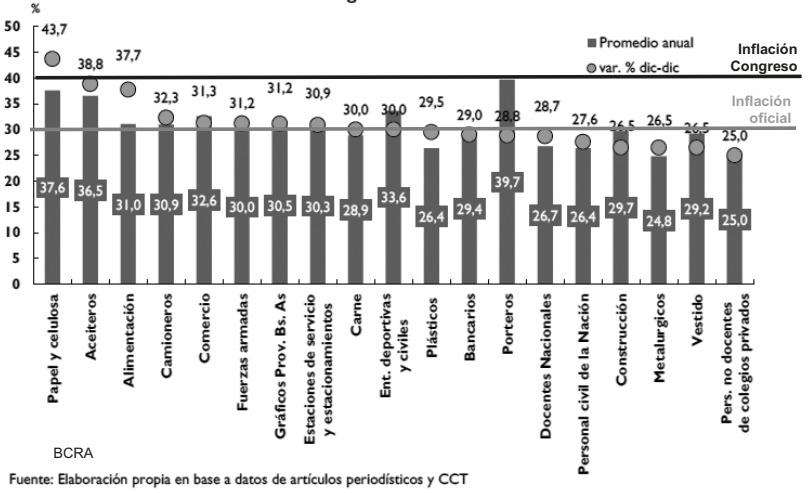
La siguiente diapositiva muestra datos del Banco Central y son los **Resultados de las Negociaciones Paritarias 2014**, en base a Sindicatos. Lo que dice el Banco Central es lo que se encuentra en color azul y son las negociaciones colectivas que se llevaron a cabo en esos sectores. Casi todos cerraron en negociaciones en el orden del 30%. Este 30% significa que están muy por debajo de lo que los privados dicen que es la inflación. Ahora, ¿qué ocurre con la inflación oficial? Podrán observar que

IDESA

... y esto no lo va a revertir la negociación colectiva

Gráfico 8.19

Resultado de las Negociaciones Paritarias 2014



Fuente: Elaboración propia en base a datos de artículos periodísticos y CCT

la negociación colectiva ha llegado solamente a igualar, en el mejor de los casos, la inflación oficial.

Y acá entramos a la trampa de la inflación porque a ustedes, en las Farmacias, les cuesta mucho pagar ese 30% de aumento salarial. Pero del lado de la demanda, cuando el trabajador con ese 30% tiene que pagar los medicamentos no le alcanza porque ya la inflación lo ha pasado. Entonces la inflación genera un problema que presiona por los costos y hace que la gente tenga menor poder adquisitivo. Ese es el problema que nos ha tomado 10 años ver y que debemos bajarla porque es como una enfermedad.

Con respecto al sector Salud, una noticia es que aparecieron datos sobre la cantidad de dinero que se gasta en salud en la Argentina. No hace falta que miren en detalle, sólo observen lo que se encuentra en color verde y es la cantidad de dinero que en el año 2013, los argentinos colocaron en el tema de las Obras Sociales y corresponde a $116.000 millones, que son más o menos 4,3% del PBI. En cuanto a los Sistemas Públicos, en las Provincias a los Hospitales Públicos les adjudicaron presupuestos por $80.000 millones, que corresponde al 3% del PBI. Con estos datos se podría decir que las Obras Sociales y los Hospitales Públicos, o sea los Sistemas Sociales de cobertura de la Argentina, tienen 7,4 % del PBI. Eso es, por ejemplo, más que lo que se gasta en Educación. En educación se gasta 6% del PBI. Lo cual muestra la importancia que la sociedad le da al tema salud.

El INDEC sacó recientemente una estimación de cuánto gasta la gente de bolsillo en salud, es decir, cuando viene a la farmacia y trae la receta, un porcentaje lo paga la Obra Social y el otro el paciente. Según el INDEC, lo que las personas gastan de bolsillo es lo que ahí dice "Pagos Directos" serían unos $38.000 millones al año, el 1,4% del PBI. Las "Prepagas Voluntarios" es lo que la gente abona cuando contrata una Prepaga y no hace derivación de aportes, que sería también poco dinero. Con lo cual se podría analizar que las Obras Sociales y los Sistemas

Públicos son los que más canalizan el dinero de la salud. La gente de bolsillo estaría gastando unos $50.000 millones, casi 2% del PBI. En total, la suma corresponde a lo que generalmente dicen las estadísticas internacionales que Argentina gasta en salud entre 9 y 10% del PBI.

IDESA

Los recursos en salud en Argentina - Año 2013

	Recursos (millones $)	% del PBI	Personas	Capita mensual	Fuente
Nacionales (Inc. FSR)	56.028	2,1%	13,8	338	AFIP
Provinciales	22.985	0,9%	6,1	314	COSSPRA
PAMI	35.612	1,3%	4,5	659	Presupuesto Nacional
Otros tipos	1.470	0,1%	0,5	245	Estimación
Sub total	**116.095**	**4,3%**	**24,9**	**233**	
PROFE	2.673	0,1%	1,0	225	Presupuesto Nacional
Monotributistas	2.275	0,1%	1,7	112	AFIP
Sub total	**4.948**	**0,2%**	**2,7**	**153**	
Sistemas Públicos	**79.776**	**3,0%**	**14,6**	**455**	**Ministerio de Economía**
SUB-TOTAL	**200.818**	**7,4%**	**42,2**	**397**	
Prepagas voluntarios	10.544	0,4%	2,0	439	INDEC Encuesta de gasto
Pagos directos	38.260	1,4%	42,2	76	INDEC Encuesta de gasto
Gasto de bolsillo	**48.804**	**1,8%**	**42,2**	**96,4**	***INDEC Encuesta de gasto***

GASTO TOTAL EN SALUD EN ARGENTINA	**249.622**	**9,3%**	**42,2**	**492,9**	

Me gustaría que observen el siguiente dato y es el gasto en sistemas públicos y seguros sociales en salud que es del 7,4% del PBI. Es muy alto, es decir, el dinero del Sector Salud está por el lado de las Obras Sociales y de los Hospitales Públicos, y la gente gasta poco. Y aquí creo, que es lo que había dicho el presidente de FEFARA recién, cuando uno hace las encuestas políticas, el tema de salud está en el séptimo u octavo lugar. Está primero inflación, inseguridad. Esto es porque hay mucho dinero invertido en salud. La gente puede tener quejas en el sector salud, pero no son tantas como en otros sectores y se debe a que los Sistemas Sociales tienen dinero.

En la siguiente diapositiva se puede observar cómo evolucionó el dinero que reciben los distintos Sistemas. La última columna corresponde a la suma de Obras Sociales, PAMI y los Hospitales. Quiero que miren lo que está recuadrado en color. Entre el año 2001, que fue la última crisis, hasta el 2013 los recursos del sistema público vinieron creciendo al 8% por año, en términos reales, está corregido por inflación, y el de las Obras Sociales el 10% por año. Anteriormente Marcos les había mostrado que la economía crecía a esas tasas pero decaía, es decir, los recursos de Hospitales Públicos y Obras Sociales crecían por encima de lo que crecía la economía, lo mismo PAMI. E hicieron que el dinero que hay a través de los Hospitales Públicos y las Obras Sociales sea hoy un 160% mayor de lo que había en el 2001. O sea, más del doble de plata de lo que había en el 2001. Y la población, también creció. Las Obras Sociales tienen mucha más población por el tema de la formalización en el empleo, pero no creció tanto como lo que lo hicieron los recursos. El Sistema Público, si uno mide la gente que no tiene cobertura, no aumentó.

IDESA

Aumentan los recursos para la seguridad social y el sistema público de salud

AÑO	PBI a precios 1993	Producto Bruto interno	Sistema público de salud	Obras sociales	PAMI	Sistema público y seguridad social	
		Mill. $ 2013	Mill. $ 2013	Mill. $ 2013	Mill. $ 2013	Mill. $ 2013	% PBI
2001	263.997	1.476.786	31.013	31.899	11.962	74.873	5,1
2002	235.236	1.315.898	24.476	25.397	8.817	58.689	4,5
2003	256.023	1.432.184	26.579	25.938	8.365	60.882	4,3
2004	279.141	1.561.505	28.688	28.492	8.657	65.837	4,2
2005	304.764	1.704.834	33.118	33.335	9.560	76.013	4,5
2006	330.565	1.849.166	36.368	36.407	10.727	83.502	4,5
2007	359.170	2.009.181	41.698	41.356	13.057	96.111	4,8
2008	383.444	2.144.971	46.980	47.203	15.711	109.894	5,1
2009	386.704	2.163.208	55.560	59.271	19.540	134.371	6,2
2010	422.130	2.361.378	59.662	66.321	21.860	147.843	6,3
2011	459.571	2.570.821	71.032	77.868	25.492	174.392	6,8
2012	467.843	2.617.096	75.926	88.254	29.399	193.579	7,4
2013	481.879	2.695.609	79.790	85.181	35.312	200.284	7,4
Crecimiento recursos:							
Total		77%	145%	177%	146%	159%	
Anual		5,3%	8,5%	9,7%	8,5%	9,0%	
Población							
2001		36,2	17,4	12,1	3,5	33,0	
2013		42,2	17,1	18,6	4,5	40,2	
Crecimiento población:							
Total		6,0	-0,3	6,5	1,0	7,2	
RECURSOS PER CAPITA MENSUALES							
2001		3.400	149	220	285	189	
2013		5.323	389	382	654	415	
Crecimiento		57%	162%	74%	130%	120%	

Todos los recursos adicionales que tuvo el Hospital Público son para la misma gente, en teoría, si los que tienen cobertura no usaran el Hospital Público. PAMI también creció por las moratorias previsionales. En cualquier caso el crecimiento *per cápita* ha sido muy alto. Es decir, Hospital Público, Obras Sociales y PAMI hoy tienen más del doble de dinero de lo que tenían en el año 2001-2002, eso explica que el 7,2% del PBI se canalice por esos sistemas.

En el año 2001-2002, Sistema Público, Obras Sociales y PAMI gastaban 5% del PBI, hoy gastan 7,4% del PBI. Esto es un cambio estructural que se ha dado en el financiamiento de la Salud en la Argentina que nadie se ha dado cuenta. Esto no es porque alguien dijo vamos a financiar más la salud sino que se aumentó el empleo en la década pasada, aumentaron los salarios, aumentaron los presupuestos provinciales etc. Entonces, ese dinero ha hecho posible que Argentina tenga hoy 7,4 % del PBI en Salud.

IDESA

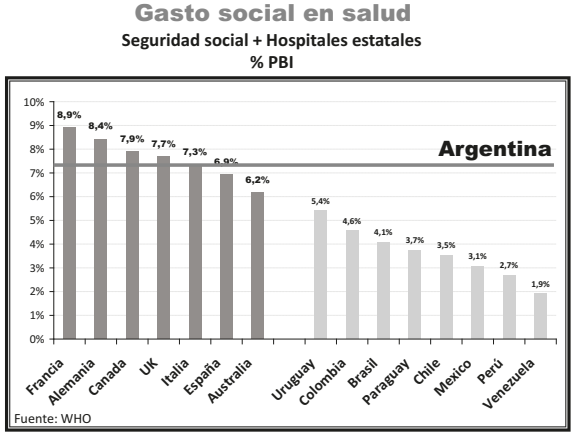
El financiamiento de la salud en la Argentina cambió de manera estructural

AÑO	Sistema público y seguridad social	
	Mill. $ 2013	% PBI
2001	74.873	5,1
2002	58.689	4,5
2003	60.882	4,3
2004	65.837	4,2
2005	76.013	4,5
2006	83.502	4,5
2007	96.111	4,8
2008	109.894	5,1
2009	134.371	6,2
2010	147.843	6,3
2011	174.392	6,8
2012	193.579	7,4
2013	200.284	7,4

Un gasto en *sistemas públicos y seguros sociales en salud* del 7% de PBI no tiene precedentes en América Latina.

En Latinoamérica se gasta por debajo del 5% del PBI en salud. En cambio en Europa y Argentina, en donde los Sistemas Públicos y de Seguridad Social tienen este nivel de gasto.

El perfil de gasto social en salud de Argentina se parece más al de países maduros

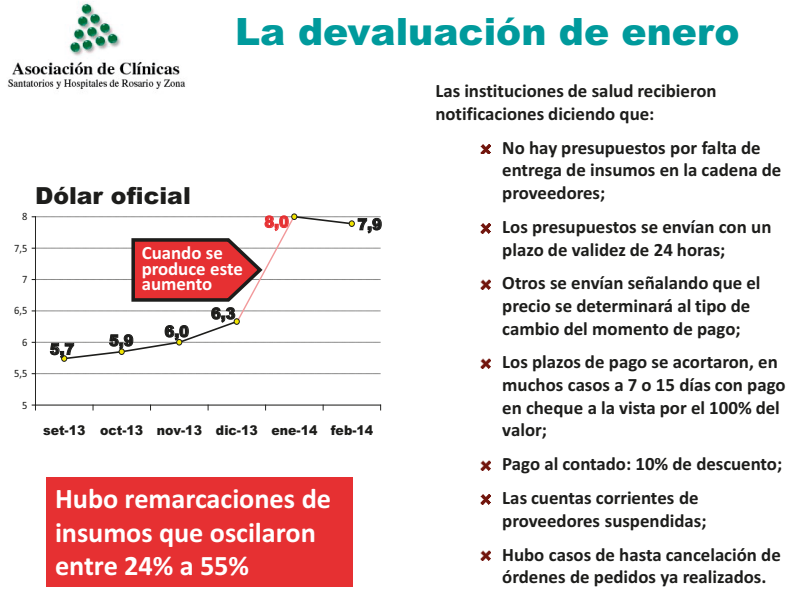


El desafío en Argentina es que tenemos nivel de gasto europeo pero necesitamos muchísima gestión porque los resultados no son europeos, son bastante más bajos, más Latinoamericanos.

Entonces es ahí donde cobra importancia el tema de gestión de medicamentos, de Hospitales, las capacitaciones al personal del sector salud y fundamentalmente la gestión de los Hospitales Públicos. Ahí hay recursos y mucho por mejorar. Pero creo que esto es un buen punto de partida. Es la primera vez que la Argentina tiene mucho dinero en los sistemas de inclusión en salud, que son los Hospitales Públicos, las Obras Sociales y PAMI.

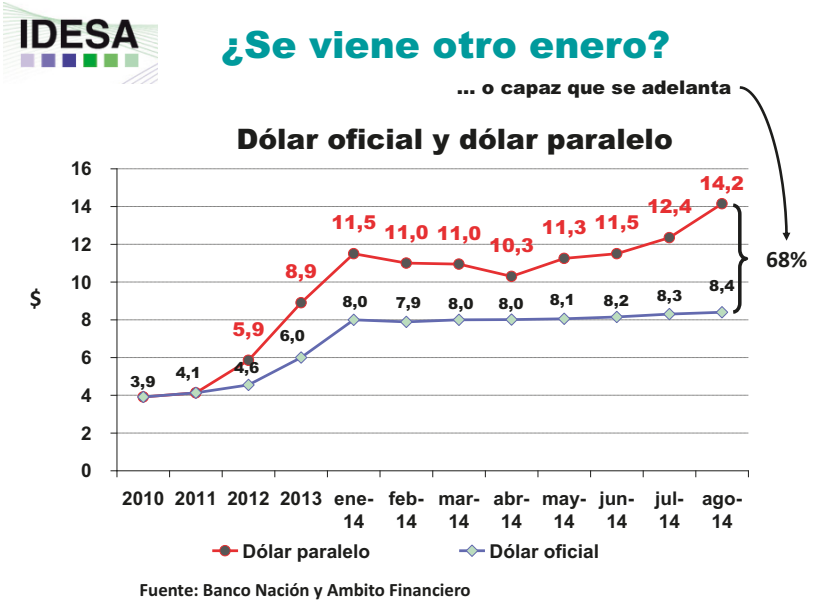
Y bueno, ¿qué es lo que está pasando en el sector privado de la salud? Porque las Farmacias y los Laboratorios son sector privado. En enero de 2014 hubo un problema con el tema del dólar oficial, que se fue de 6 a 8 $ y trajo unos cuantos inconvenientes, muy propios de los golpes inflacionarios. Se recortaron los presupuestos, se cortó la cadena de pago, la incertidumbre hizo que la relación negocios y proveedores se cortara, hubo grandes remarcaciones. En las Farmacias no se sabía si vendían

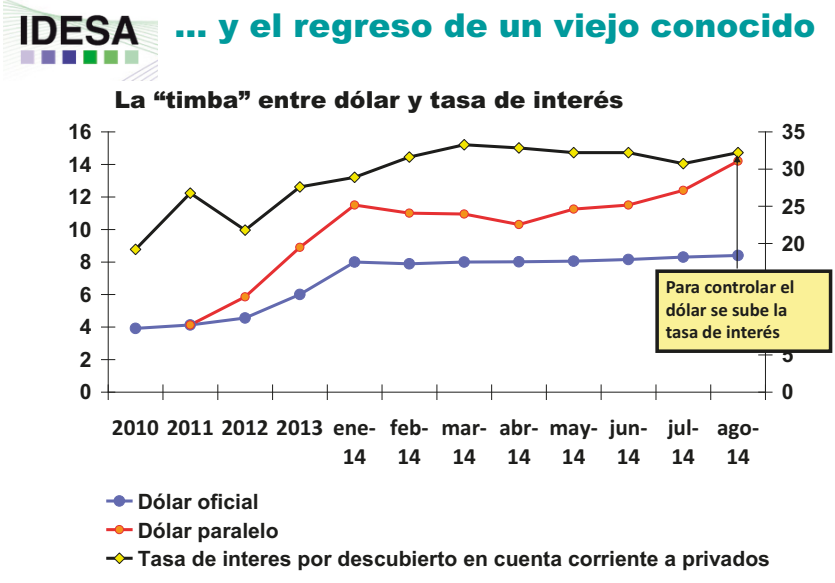
a un precio, a qué precio iban a reponer. El clásico problema de las grandes devaluaciones.



¿Se viene otro enero? Y… no sabemos. Este dato fue hecho el lunes, yo estaba en Buenos Aires y el dólar paralelo estaba a 14,2 y ayer ya estaba 14,45. La brecha entre el oficial y el "blue", el lunes era 68% y ayer era 71%, y hoy posiblemente sea mayor. Entonces, parecería que se viene otro enero o hasta incluso antes, porque si esto se ensancha mucho, obviamente, que viene el gran ajuste del tipo de cambio oficial que maneja el Banco Central. Cuando ese valor del dólar oficial salta, pasa lo que nos pasó el enero pasado. Entonces, no es para alarmar a nadie, pero los datos están mostrando que en algún momento va a ocurrir.

Otra cuestión que está sucediendo en el mercado financiero, que también lo mostró Marcos, es que volvió la vieja timba entre el dólar y la tasa de interés. Esto es, lo que a la gente del Banco Central y a los financistas les encanta. ¿Qué hacen? Cuando sube el dólar, sube la tasa de interés. Como sube la tasa

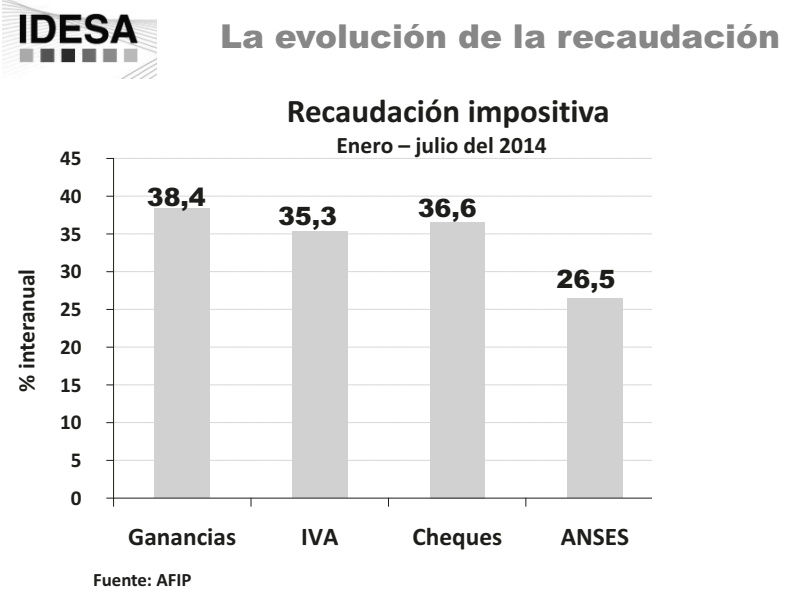




de interés, la gente demanda menos dólares, es lo que está ocurriendo ahora. Es decir, cuando hay calma en el dólar es porque subió la tasa de interés. Y los financistas se creen que hicieron la alquimia con eso, pero le pega al sector productivo, porque

para este sector, no sólo la inflación sino la tasa de interés alta, es un costo importante.

Les voy a mostrar el tema de la recaudación impositiva, viene creciendo bien los impuestos para el Estado, ganancia, IVA, cheques, como la inflación, entre el 8 al 15%. ANSES viene creciendo el 26% y las Obras Sociales 30%. Estos son datos de la página de AFIP. ¿Por qué Obras Sociales crece más que ANSES? Porque todos los convenios colectivos firman los aumentos no remunerativos, no remunerativos para ANSES, no para las Obras Sociales. Entonces el 29% es consistente con lo que crecen los salarios. Un poquito menos para ANSES. Pero el 29%, como vimos recién, no alcanza a compensar la inflación. Las Obras Sociales están saliendo derecho con el tema de la inflación.

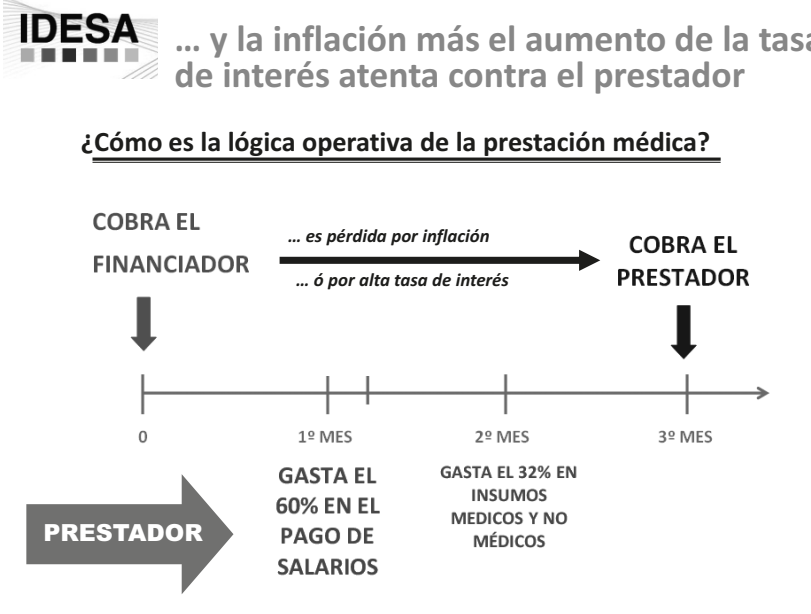


El tema de la inflación también repercute en el Sector Salud. Hay una lógica y es que el consumo de septiembre se paga en diciembre-enero. Por ejemplo, una Clínica o un Hospital Privado termina el mes y ellos tienen que pagar salarios y cargas

sociales, el 60% del costo. A los dos meses tienen que pagar los medicamentos y todos los insumos a los proveedores, el 32% del costo. Y al tercer mes viene el cheque de la Obra Social, de PAMI y de la Prepaga. Esa diferencia de tiempo, que acá yo le pongo 3 meses pero puede llegar a ser 4 ó 5 meses, es pérdida por inflación o por alta tasa de interés.

Si no se le paga al proveedor al segundo mes, éste cobra un interés. Cuando se mira los balances de las Clínicas, los costos de interés son altísimos. Están gastando 7-8% del gasto mensual en interés. Me preguntan, ¿por qué estoy pagando tanto en interés? Es porque volvió la timba y el negocio del prestador médico pierde con la inflación. Por ello las Farmacias y las Clínicas tienen que pagar la tasa de interés.

En suma, y para cerrar, lo que estamos viendo para el Sector Salud es inflación, devaluación, altas tasas de interés. Es un perjuicio para los prestadores, para las Farmacias, para los productores de medicamentos, pero no lo es tanto para el financiador. ¿Por qué? Porque el financiador hace una diferencia



y en definitiva, lo que vamos a ver en el sector salud 2014-2015 es que se va a tender a profundizar la concentración o por lo menos se van a beneficiar aquellos grandes actores que están integrando el financiamiento con el prestador. Para el financiador es un negocio, porque cobra hoy y paga dentro de 3-4 meses, con lo cual hace rendir el dinero con la tasa de interés o con el dólar. El financiador puede, si quiere comprar dólar a futuro, tasa de interés y hace rendir el dinero. El dinero que está haciendo rendir el financiador es el que están perdiendo los prestadores, los productores de atención médica, los productores de medicamentos, las farmacias y, bueno, el que atiende a la gente.

Muchísimas gracias, quería más o menos mostrarles esto.

Mercado de medicamentos y regulación de precios en la Argentina

Carlos Vassallo

El mercado de medicamentos en la Argentina moviliza una cantidad importante de variables (ocupación, importación y exportación, actividad económica). Cuando el ciclo económico es expansivo se lo deja actuar libremente sin que importe demasiado la estructura de mercado y el funcionamiento del mismo. Desde hace ya muchos años la morfología de este mercado muestra una fuerte concentración y gran poder de la oferta productiva.

Ante situaciones de crisis los gobiernos parecen observar los efectos (precios de los medicamentos) e intentar una serie de intervenciones de carácter espasmódicas que suelen ser abandonadas en el momento que se supera la crisis correspondiente. Lo que no se hace es intentar diseñar y avanzar en una estructura productiva y competitiva del sector medicamentos visto como un bien social que debe ser accesible pero también como un producto de alto valor agregado que puede generar importantes ingresos por exportaciones.

Tuvimos algunos episodios de este tipo durante la gestión de Cavallo allá por los inicios de la convertibilidad que ante el incremento de precios el gobierno responde con el Decreto 150 que aún sigue rigiendo el registro, elaboración, fraccionamiento, prescripción, expendio, comercialización, exportación e importación de medicamentos. El Ministerio de Economía manejó el tema a su antojo con una mirada parcial del medicamento, solo económica.

Un segundo momento que despertó debate e interés sobre el sector fue el final de la convertibilidad con sus fuertes consecuencias de disminución del ingreso, ruptura de la cadena de pagos, y dificultades de acceso de la población al medicamento. La ley de prescripción por nombre genérico introduce cambios ahora desde Salud y no desde el Ministerio de Economía. Lo cual fue saludable por la mirada del medicamento como bien social pero al mismo tiempo también incompleta.

Ahora estamos atravesando uno de esos momentos donde las autoridades intentan poner algunas regulaciones que impidan ajustes de precios. El problema no es si los precios están hoy atrasados o se intentan proteger de la inflación pero lo que no se puede ignorar es que es un mercado con fallas y alta sensibilidad desde el punto de vista social (considerando que se mueve cada vez más fuertemente en mercados públicos y escasamente competitivos) y como consecuencia de ello requiere mecanismos regulatorios.

El tema es cómo hacer la regulación y cómo tener una política preparada para poder llevarlo a cabo porque la política de regulación no se hace de la noche a la mañana necesita una construcción previa de información, de seguimiento, de monitoreo y evaluación. Es decir, no es una política que puede aparecer de pronto y tratar de intervenir sobre el nivel de ganancias que puedan tener las empresas, como es el mecanismo que tiene Inglaterra, necesitamos un mecanismo de construcción y un estado que defienda los intereses de la población.

En el lanzamiento de la Convertibilidad del año 1992 en un contexto inflacionario la industria farmacéutica intentó posicionarse para cuando entrara en vigencia el tipo de cambio fijo y lograr sacar algunas diferencias. Se aprobó rápidamente el Decreto 150 en un intento de configuración de un mercado de genéricos a través de la siguiente legislación:

- *Que es necesario informar tanto a los profesionales autorizados a prescribir medicamentos como a la población,*

sobre los nombres genéricos y sus correspondientes marcas comerciales.

- *Que deben darse las debidas garantías al fraccionamiento de los medicamentos, tanto en el proceso de elaboración como durante la dispensación en las farmacias, siendo en este último caso el farmacéutico responsable de la integridad y calidad del producto que entrega.*

- *Que teniendo en cuenta la experiencia en la utilización de los medicamentos que prescribe, el profesional autorizado a dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 10 del Decreto Nº 150/92 respecto al uso del o de los nombres genéricos que identifican el medicamento prescripto podrá, cuando así lo estime necesario, seleccionar UNA (1) o más marcas comerciales entre los productos equivalentes existentes en el Registro de la SECRETARIA DE SALUD del MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL.*

En particular, quiero rescatar el Artículo N° 5 del Decreto N° 150

> *Art. 5º — La SECRETARIA DE SALUD del MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL y la SECRETARIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO del MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS publicarán el Listado Terapéutico por clasificación farmacológica e índice alfabético de nombres genéricos con sus correspondientes marcas comerciales en las distintas formas farmacéuticas agrupadas según dosis y concentración.*

Este Listado se actualizará trimestralmente y contendrá los precios sugeridos de venta al público. Esta información deberá estar disponible en todos los lugares donde se dispensen medicamentos y al alcance de todos los profesionales autorizados a prescribirlos.

Por otra parte, en el Artículo N° 6 hace referencia a la importancia de que la producción el fraccionamiento de los medicamentos esté bajo la dirección técnica de un profesional farmacéutico.

> *Art. 6º — La producción y fraccionamiento de medicamentos y especialidades medicinales a que se refiere el Capítulo III del Decreto Nº 150/92 deberá realizarse bajo la dirección técnica de un profesional farmacéutico. Las actividades relacionadas con drogas o principios activos de medicamentos podrán realizarse bajo la dirección técnica de un profesional farmacéutico, químico u otros profesionales con títulos habilitantes.*

También en ese decreto se hace referencia a cómo se debe proceder cuando se considere que existan motivos fundados para que se utilicen productos de marcas de laboratorios determinados.

> *Art. 7º — En el caso del Artículo 10, inciso d) del Decreto Nº 150/92, el profesional autorizado a prescribir medicamentos, que considere que existan motivos fundados para que se utilicen productos de marca de laboratorios determinados, podrá agregar al nombre genérico, el nombre de uno o más laboratorios o marcas comerciales requiriéndose para esto una segunda firma del profesional.*

El decreto surgido desde el Ministerio de Economía le otorga un rol clave importante al Ministerio de Salud pero sin que exista un trabajo de fortalecimiento y consolidación de información que permita en definitiva regular en forma eficaz. No se puede buscar la información en el momento en que se quiere regular sino por el contrario es necesario trabajar con series, informaciones que permitan observar y analizar el funcionamiento del sector en diferentes momentos económicos y no en las crisis.

> *El MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL hará conocer amplia y fehacientemente a la opinión pública y a*

> *todas las instituciones públicas y privadas involucradas, el alcance de las reglamentaciones que disponen el uso del nombre genérico en la prescripción médica.*

Si nos remitimos a la crisis de los años 2001-2002 en este caso es el Ministerio de Salud quien promueve **Ley de Prescripción por Nombre Genérico** (Ley N° 25.649), que sin dudas evitó el incremento del precio de los medicamentos generando una "competencia" entre genéricos de marca (medicamentos similares) que tienen una fuerte presencia en el mercado.

Se denominó genérico a los que en realidad son conocidos como genéricos de marca o medicamentos similares que lideran el mercado, eso fue bien utilizado porque teníamos una población demandante que iba a la farmacia, le solicitaba el medicamento y presionaba sobre el farmacéutico para que le otorgue la posibilidad de tener acceso cuando no lo podía hacer por el precio.

En ese momento hay un acuerdo clave con la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) que adhiere al modelo y que está mostrando que el Ministerio de Salud, aún en momentos de crisis, no puede hacer nada solo, es decir, si no tiene la concurrencia de los financiadores y, en particular, de los más importantes como son las Obras Sociales nacionales, el Pami y las provincias a través de los Institutos provinciales.

Mientras tanto los laboratorios organizaron un sistema de descuentos y de alguna manera se prepararon para un momento de colapso de la Seguridad Social. Pero lo que mostró ese esquema de descuento era que lo que la gente paga por el medicamento ambulatorio de bolsillo es tan importante como para ni siquiera necesitase una financiación de las obras sociales.

El artículo 2 de la ley de prescripción por nombre genérico establece lo siguiente:

> *Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico*

del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración. La receta podrá indicar además del nombre genérico el nombre o marca comercial, pero en dicho supuesto el profesional farmacéutico, a pedido del consumidor, tendrá la obligación de sustituir la misma por una especialidad medicinal de menor precio que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades. El farmacéutico, debidamente autorizado por la autoridad competente, es el único responsable y capacitado para la debida dispensa de especialidades farmacéuticas, como así también para su sustitución. En este último caso deberá suscribir la autorización de sustitución en la prescripción.

La mayoría de las recetas llevan el nombre genérico pero debajo una gran parte de los profesionales pone la marca correspondiente y el Ministerio de Salud luego de un tiempo de control y seguimiento fue relajando el tema y dada su débil rectoría sobre los subsectores terminó aceptando que todo vuelva a la situación anterior. Si dudas es mejor que los médicos se acostumbren a poner la denominación común internacional pero si debajo se pone el nombre de marca del medicamento son muy pocos los efectos positivos que se pueden obtener.

Esta Ley tuvo **limitaciones**, en primer lugar el carácter coyuntural de la misma al igual que otras políticas, siempre la emergencia es más relevante que lo importante. La legislación funcionó cuando la población tenía problemas económicos, iba a la farmacia y le pedía al farmacéutico algún reemplazo y en la medida que se fueron mejorando los ingresos (2004 en adelante) la gente volvió a consumir por marca y no preocuparse demasiado por el precio.

El Ministerio de Salud se movió en la coyuntura muy bien, sin vocación de crear un mercado de genéricos inexistente en

el país. Las condiciones históricas e idiosincráticas del mercado pero fundamentalmente regulaciones de negocios que alientan la creación de monopolios protegidos con barreras de entrada y beneficiados por sus conexiones con el poder. Cuando el Estado y los hombres de negocios hacen negocios poco transparentes, desaparece la posibilidad de entrar y competir en el juego libremente, porque la única manera es contar con la conexión apropiada.

El Ministerio de Salud fue progresivamente abandonando en la medida que mejoraba el ingreso económico de la población, la comunicación y el liderazgo en la política de medicamentos. Careció desde el inicio de una estrategia para incentivar y fomentar en los profesionales la prescripción y dispensa de medicamentos genéricos.

El federalismo *sui generis* de la Argentina no se amilanó ni siquiera ante la mayor emergencia económica que tuvo el país. Si bien el COFESA apoyó con declaraciones y las provincias adhirieron a la ley, fundamentalmente aprovecharon los botiquines y recursos de los programas nacionales (en particular Remediar) en tanto los institutos y obras sociales provinciales siguieron haciendo su propia política con independencia de la adhesiones proclamadas de los gobernadores y ministros de salud.

En el **período 2003-2007** hay un crecimiento económico importante, que se estanca **2008-2009** y que vuelve a crecer en el período **2010-2011**. En estos años las obras sociales recuperan su espacio como "financiadoras" del medicamento, no tanto del ambulatorio sino de los medicamentos especiales y se involucran un poco más con los medicamentos para pacientes crónicos llegando a financiar en el caso de las obras sociales el 70% de los mismos.

Se recupera la cantidad de medicamentos consumida en términos de valores físicos y en términos económicos. El mercado vuelve a crecer sin todavía llegar a los niveles más importantes

de la década del 90 (que fue el año1998), con un gasto total de más de 5.000 millones de dólares.

Entramos sin embargo en un período delicado para las instituciones económicas, donde se intervine el INDEC, se empieza de alguna manera a ocultar la inflación y hace irrupción un personaje muy heterodoxo para controlar precios que fue el ex secretario Guillermo Moreno.

La inflación ya alcanza dos dígitos en esos periodos y no se puede esconder. Se comienzan a hacer algunos arreglos de precios, autorizando incrementos según un promedio ponderado que surgía de una fotografía de la cartera de productos de cada laboratorio correspondiente al año 2007 Esta clasificaba los medicamentos en: productos *masivos* sobre los que había siempre un menor incremento de precios, productos *selectivos* (crónicos y otros caros) y los *premiun* que son los de alto costo y baja incidencia.

Siempre la coyuntura dominando la situación pero sin contar con un abordaje más profundo de la estructura productiva, distributiva y de dispensa del medicamento. La llegada de Kicillof al Ministerio de Economía trae algunas definiciones fuertes en materia de medicamentos:

> "En el rubro medicamentos, se ha observado una variación (de precios) bastante importante durante este mes de mayo. Lo digo con bastante insatisfacción porque hay un acuerdo con los principales productores de medicamentos, los laboratorios, que implica que no podían".

> "Es un acuerdo voluntario, creo que no firmado, pero hecho con los principales referentes del sector. Y ese acuerdo fue incumplido, no con el Gobierno, sino con la gente", dijo el Ministro, quien anticipó que, "desde el punto de vista de la Secretaría de Comercio no vamos a permitir abusos en un rubro tan sensible como el de los medicamentos".

Y es que, según detalló Kicillof, los medicamentos, a diferencia de otros bienes que participan del plan Precios Cuidados, "no se pueden sustituir", con lo cual "la población está cautiva de los precios de los medicamentos".

En tal sentido, recordó una vez más que existe una ley de genéricos, "que tiene un cumplimiento dispar", que hace que haya que prescribir los nombres genéricos de los medicamentos y no con las marcas. Por supuesto que el Ministerio de Salud permanece en silencio ante un área donde debería tener responsabilidades en el diseño de la intervención.

A fines de febrero, la industria había acordado retrotraer los precios de los medicamentos a los valores de diciembre de 2013, y aplicarles a partir de ahí, un aumento promedio que no superara el 4 por ciento. El acuerdo, que nunca se selló formalmente más que de palabra, empezó a regir en marzo pasado y no tenía fecha de vencimiento. Pero desde Economía afirman que ya les venían anticipando que no tenían planes de revisar los precios hasta mediados de año.

La **Comisión de Defensa de la Competencia**, aparece como el organismo que denuncia coyunturalmente la cuestión de los precios recordando sin embargo que todo este tiempo ha permanecido en silencio y sin demostrar la mínima preocupación por la estructura del mercado de medicamentos que hace ya mucho tiempo observa fisuras y problemas de funcionamiento. Los precios son una consecuencia del funcionamiento del mercado, son el síntoma pero no la enfermedad.

Defensa de la Competencia intenta saber:

- Si los laboratorios estaban al tanto de que muchas empresas modificaron sus precios entre el 9 de mayo y el 26 del mismo mes.
- Cuáles fueron los factores que consideraron en su última modificación de precios y si consultaron a otras

empresas del sector o a las cámaras antes de las modificaciones.

- Cómo determinan su precio de venta al público y qué injerencia pueden tener los laboratorios, las distribuidoras, las droguerías y las farmacias en el precio final.
- Si comercializa medicamentos al segmento institucional público o privado y si se trata de medicamentos con marcas, cómo se determina el precio; de qué cámara participa y si alguna vez ha participado de debates de precios dentro de la cámara.
- Cómo han evolucionado los precios de sus medicamentos en los últimos dos años, y, específicamente, se les pide que digan si han modificado la lista de precios de sus productos en el último mes, en qué fecha y porcentaje promedio.

Como imaginarán es una cantidad de información que no se entiende muy bien cómo y quién la procesará pero además también se solicita respecto de la formación de precios lo siguiente:

- detalle de productos que son de patentes propias, y por cuáles pagan regalías;
- porcentaje que se produce en planta y si produce para otros laboratorios;
- participaciones de la empresa en cada mercado y quiénes son sus competidores;
- cómo se compone la estructura de costos de cada medicamento y qué incidencia tiene cada factor;
- porcentaje de su facturación representan los costos de comercialización;
- cómo es la cadena de distribución de los productos comercializados,

- descuentos y promociones que maneja con los distintos canales de distribución, y si el laboratorio posee participación accionaria en otro laboratorio, entre otras cosas.

Ésta es una información amplia y compleja para reunir en el corto plazo y tener resultados. Como estuvo dicho la regulación se puede hacer a partir de la acumulación de información y el seguimiento sistemático pensando en la estructura y el funcionamiento de los mercados y no en la coyuntura particular.

La regulación del mercado de medicamentos trabaja en tres áreas:

Financiamiento, el que tiene que estar, de alguna manera, siempre acompañado de la política de medicamentos. Es muy difícil hacer política de medicamento si no se maneja el financiamiento que es lo que pasa en España o en los países que tiene un componente público relevante. En Argentina, como tenemos un sistema tan pluralista y tan fragmentado necesitamos poder coordinar esfuerzos por ejemplo a través de un programa médico obligatorio común algo de lo que estamos muy alejados.

El segundo ámbito en donde debería haber una importancia clave es en la **Defensa de la Competencia**, no usándolo como una amenaza en un momento determinado para evitar el incremento de precios sino directamente para rediseñar y establecer limitaciones a las posiciones de la industria farmacéutica en determinadas áreas donde se puede comprobar "abuso de posición dominante" como es la titularidad de los contratos de suministro de medicamentos a los grandes financiadores.

Y como tercer y último tema el de los **precios**, en relación a la necesidad de establecer controles considerando el valor terapéutico (costo efectividad). Además, generar competencia por nombre genérico, información a la población sobre precios/poder al farmacéutico de sustitución.

El control de precios es algo muy complicado y complejo y tiene una gran cantidad de modalidades y variantes que divergen entre sí:

- Puntos de la cadena de distribución al que pueda corresponder el precio regulado (PVP *vs* PVL).
- Criterios para fijar la cuantía del precio que se regula según el costo de producción, el precio de referencia internacional o precios basados en valor.
- Momento del ciclo de vida del producto, por ejemplo el momento inicial de la comercialización, toda la vida del producto o el periodo en que el producto está en situación de exclusividad dentro del mercado.

Tenemos dos **situaciones en el control de precios**:

- Medicamentos en situación de exclusividad (de fuente única).
- Producto sujeto a competencia genérica (de fuentes múltiples).

La justificación del control es más obvia en el primero que en el segundo caso.

En relación a la **regulación de mercados de genéricos** algunos países lo llevan a cabo, primero porque existe una fuerte inelasticidad de la demanda, en segundo lugar por competencia por marca y esto termina generando un gasto innecesario que podría ser utilizado para otras coberturas.



Los mecanismos de **control administrativo de precios** que se utilizan[1] son:

- **Precio basado en el costo de producción:** presenta dificultad del regulador para verificar costos. Además tiene problemas de imputar costos generales a determinados productos concreto por ejemplo I+D, comercialización, información, publicidad.

- **Regulación de la tasa de retorno:** es un sistema que utiliza Inglaterra en donde el regulador asigna a cada empresa una tasa de beneficio predeterminada por característica de la empresa y relacionada con su actividad innovadora. Incentiva el aumento de gastos innecesarios en perjuicio de la eficiencia.

[1] La regulación del precio de los medicamentos en base al valor. Joan Rovira, Pedro Goméz Pajuelo y Juan Del Llano. Fundación Gaspar Casal. Lilly. Madrid (2012).

- **Precios de referencia externos e internacionales:** es el esquema que utiliza Brasil, un precio máximo fijado por el regulador y se basa en los precios vigentes en un conjunto de países. Si bien no tiene fundamento económico, es atractivo y fácil de aplicar.

- **Precio basado en el valor:** se utiliza más para los medicamentos que no son genéricos, el precio depende del costo del tratamiento de la correspondiente indicación al momento de la comercialización del producto y del valor terapéutico o económico adicional que aporta. Los valores de costo efectividad de referencia no determinan el precio pero que influencian en forma indirecta (valores que determinan su probabilidad de aceptación o no para ser financiados solidariamente).

CILFA adelantándose a los avances del Ministerio de Economía a través de la Comisión de Defensa de la Competencia encargó durante el año 2013, un documento al equipo de FIEL[2] acerca de la competencia en el segmento *upstream* de la industria farmacéutica argentina. Y los resultados de los mismos son consistentes con una **hipótesis competitiva en la cual existe una fuerte competencia multi-dimensional entre ellos**, observándose importantes variaciones en las participaciones de mercado de los distintos laboratorios en las clases terapéuticas más importantes, al mismo tiempo que también se verifican reducciones de precios reales y esfuerzos significativos de innovación y comercialización vía lanzamiento de nuevos productos, que a su vez se traducen en una comparación internacional de precios favorable.

En el mercado de medicamentos de síntesis química que son aquellos con productos con patentes vencidas tienen sin dudas una oferta muy amplia con una gran variedad de precios. Queda por saber cuántos de estos productos pertenecen a laboratorios controlados por otro que es líder de esa *área terapéutica y no*

[2] **Documento de Trabajo No 121.** La competencia en el segmento *upstream* de la industria farmacéutica argentina S. Urbiztondo, W. Cont y M. Panadeiros.

hay dudas que el promedio de precios de estos productos es más alto que en un mercado donde existe genéricos dada la fuerte inversión histórica para sostener la marca en los médicos y la población en general. Un país donde la bioequivalencia no se ha extendido pero que al mismo tiempo muestra medicamentos (copias / similares) que han demostrado a lo largo de los años mucha consistencia y resultados, sin efectos contraindicados es lógico suponer que estos lideren el mercado. Los laboratorios denominados "generistas" que ingresaron al mercado durante el último período, a partir del año 2000 no estuvieron tampoco obligados y menos interesados en desembolsar recursos para financiar bioequivalencia que la autoridad regulatoria no exigía. Estos laboratorios que ingresaron con precios más bajos fueron luego incrementando los mismos e incluso algunos de ellos comprados por laboratorios de marca que los controlan.

Sin embargo la distorsión más importante que sigue teniendo este mercado es la integración vertical de la producción y administración de contratos de provisión de medicamentos que están en manos de la industria farmacéutica nacional y multinacional a través de las gerenciadoras. El poder informativo sobre la prescripción y la dispensa que concentran Farmalink y Preserfar le brindan a los laboratorios información privilegiada para inducir el consumo y utilización del medicamento apartándose peligrosamente del uso racional del medicamento.

Algunos comentarios...

- Este modelo de regulación de precios vía costos aparece como anacrónico por la incapacidad demostrada por el estado argentino en relevar y manejar este cúmulo de información que se solicita.

- La mayor parte de los países desarrollados tienen establecido algún mecanismo de regulación y control de precios junto con medidas de contención del gasto (que en el caso argentino no existen dado que la financiación

está muy fragmentada y la fuente más importante del gasto en medicamento en privada.

- El estado no financia y en consecuencia resulta más difícil construir regulación y rectoría.

Finalmente, Argentina tiene una serie limitación para definir e implementar políticas públicas en el marco de un sistema tan diversificado, fragmentado y pluralista como el que hemos sabido construir.

Esta situación no debería ser un problema teniendo en cuenta que existen otros países con sistemas plurales también, sin embargo nuestra mayor debilidad está en ausencia de una rectoría del estado respecto de los sistemas estatales (nacional, provincial y municipal) así como la gobernanza de los diferentes subsectores que integran el sistema de salud. Si cada uno atiende su juego, claramente ninguno puede imponer las reglas de juego que el sistema requiere para funcionar. Y en este sentido no se ha podido o no se ha querido construir instituciones regulatorias (evaluación de tecnologías, calidad, guías clínicas y protocolos, paquete esencial de salud, etc.) que permiten en los tiempos modernos introducir equidad, racionalidad y sustentabilidad al sector salud que se ve bombardeado por tecnologías, procedimientos y nuevas prestaciones que debe priorizar y seleccionar para poder seguir financiando en forma solidaria.

Un Ministerio de Salud que no tiene definido su rol en cuanto a la política de medicamentos. Por un lado la ausencia de articulación para fijar la macro política conjuntamente con Economía, Industria y Ciencia y Tecnología que permita un enfoque integrado de la política del medicamento. Y por otro lado también una ausencia como integrador de la financiación del medicamento que permita economías de escala y criterios comunes para definir una canasta esencial, negociar precios y financiar en forma solidaria el acceso al medicamento.

Muchas Gracias.



MESA N° 2

Análisis económico del mercado de medicamentos en Argentina. Morfología, características dinámicas y equilibro

Coordinador: Farm. Hugo Navarro
Tesorero de FEFARA

Buenos días, vamos a comenzar con la segunda mesa de estas jornadas. En nombre de FEFARA agradezco la presencia de los disertantes que nos acompañan: Víctor Hugo Quiñones representante de la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEMe), Miguel Maito de la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA) y Gabriel Boccanera que pertenece a la Cámara Empresaria de Laboratorios Farmacéuticos (COOPERALA).

Víctor Hugo Quiñones es Licenciado en Economía de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima, 1993); Master en "Economía de la Salud y del Medicamento", Universitat Pompeu Fabra de Barcelona, España (Sede Buenos Aires) Programa 2006-2008. Tiene un postgrado en Negociación de la Universidad Católica Argentina

(UCA), Facultad de Ciencias Sociales y Económicas (Buenos Aires, 2004) y un posgrado en "Propiedad Industrial como Estrategia de Gestión Empresarial", Universitat Pompeu Fabra (Instituto Nacional de la Propiedad Industrial, Buenos Aires, 2009).

Miguel Ángel Maito es Licenciado en Economía egresado de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires y Magister en Derecho de la Integración Económica de la Universidad del Salvador- Université Paris. Se desempeñó como consultor privado, consultor del BID y Director de un Proyecto PNUD en el Ministerio de Economía (1992-1993). Fue director de Integración Económica del Ministerio de economía (1993-1996) y Representante Titular del Ministerio de Economía en la constitución de la Comisión de Comercio del MERCOSUR (1995). Es autor del libro "MERCOSUR - Reforma de las Instituciones para la Eficacia de la Integración", Editorial La Ley, 2011, y co-autor del libro "Comercio Exterior", Editorial Errepar, 1997. Es Gerente de Comercio Internacional y Regulaciones Sanitarias de CILFA - Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos y responsable de Asuntos Regulatorios de ALIFAR – Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas. Asimismo, es Investigador del CEIDIE - Centro de Estudios Interdisciplinarios de Derecho Industrial y Económico –, de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires.

Gabriel Boccanera es Licenciado en Economía (Universidad de Buenos Aires), Master en Economía (Centro de Estudios Macroeconómicos de Argentina. Fue funcionario de los laboratorios Bagó y LKM. Es Economista Jefe de la Cámara Empresaria de Laboratorios Farmacéuticos, especializado en el análisis económico y en la gestión de los contratos de medicamentos entre los laboratorios farmacéuticos y los financiadores de la salud.

Realizada las presentaciones, escuchamos a los disertantes.

Mercado Farmacéutico: nuevos escenarios y desafíos

Víctor Hugo Quiñones

Buenos días a todos, en primer lugar quiero agradecer la invitación de FEFARA y decirles que es un placer estar con los colegas representantes de las otras Cámaras de la Industria Farmacéutica. Por otro lado, felicitar a los organizadores porque realizar este tipo de encuentros durante doce años consecutivos, en un país que es tan cíclico, me parece que es un gran aporte a la construcción.

Mi charla está centrada en la presencia de los medicamentos biotecnológicos en el mercado farmacéutico internacional, Quiero que veamos juntos como estos ingresan a los mercados, en este caso en la Argentina y que impacto generan. El principal tema que quisiera analizar es el del acceso y financiamiento y como desde la economía de la salud se pueden encontrar herramientas para poder garantizar que estos medicamentos lleguen a toda la población.

Para empezar, me parece necesario mencionar algunos **factores que condicionan todo el escenario mundial del mercado del medicamento**. Y, previamente aclarar que Pipeline es la cartera o el portafolio de productos en investigación que tienen los laboratorios. Estos pueden estar en fase pre-clínica o clínica que es investigación en humanos. De esta última dependerá la continuidad del proceso en la empresa.

Pipeline en la actualidad se ha ido limitando y reduciendo por el lado de los medicamentos de síntesis química porque estos ya no son tan atractivos como antes.

El costo de producir un medicamento está valuado entre 1000 y 1200 millones de dólares, es decir desde que se descubre la molécula hasta que se lanza el medicamento al mercado. Es una inversión muy importante para cualquier empresa.

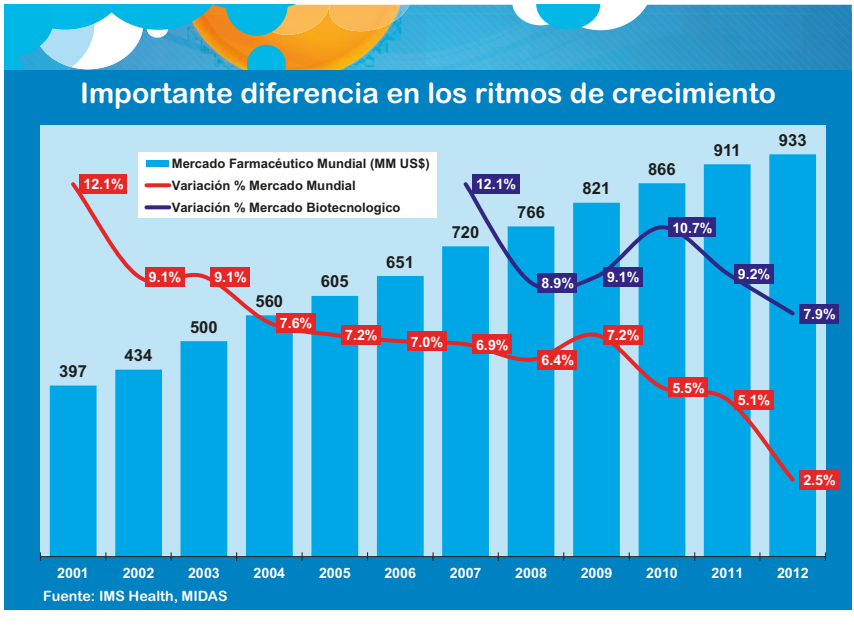
En la actualidad, el **Pipeline está siendo copado por medicamentos de origen biotecnológico** que, a diferencia de los medicamentos de síntesis, el principio activo es un organismo vivo, una célula, un tejido.

Todo esto cambia completamente el futuro de la medicina en el mundo.

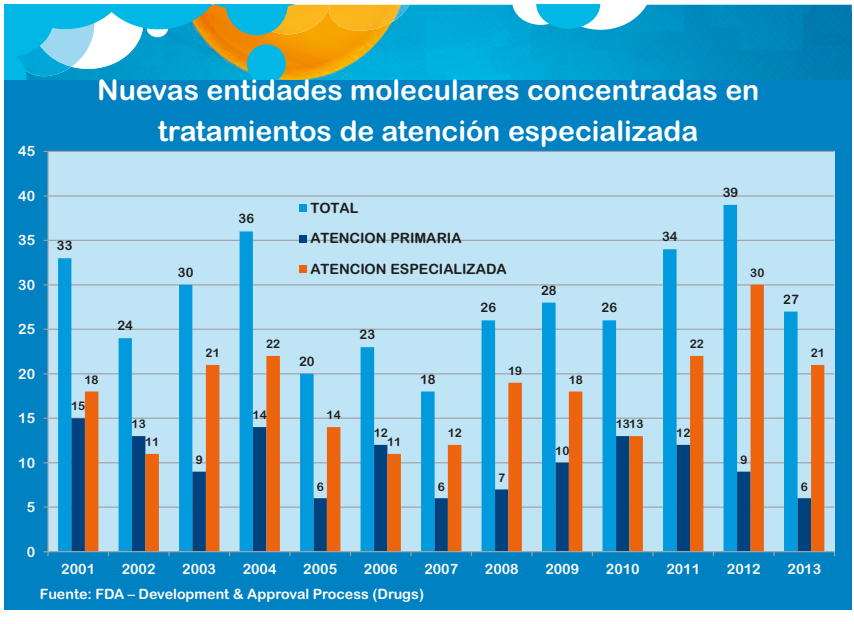
A su vez, impacta en el movimiento de los capitales de las empresas que se van orientando a ese tipo de medicamentos. Para ello, necesitan conseguir que estas moléculas tengan alguna posibilidad de éxito para convertirse en un medicamento que, posteriormente, se pueda comercializar. Entonces, **muchas empresas han ido comprando empresas pequeñas biotecnológicas** para poder tener ese tipo de Pipeline de productos que posibiliten garantizar a futuro la rentabilidad de las inversiones.

Hoy, el tema de la biotecnología está concentrado en corporaciones importantes que son las que están liderando el mercado. Con lo cual el **"market share" de los productos biotecnológicos** en la composición del mercado internacional **comienza a ser creciente**.

En la siguiente gráfica se puede observar las diferencias en los ritmos de crecimiento, la línea roja nos muestra la tasa de crecimiento del mercado total. Ustedes ven que a partir del 2009 comienza a ser la tasa cada vez de menor ritmo de expansión. Pero la línea azul, a partir de los datos del 2007 que es desde cuando contamos con información sobre el mercado biotecnológico, muestra que la tasa de crecimiento de las ventas de estos productos ha sido muy superior a lo que el mercado total nos está mostrando.



Otro indicador que nos evidencia la actual importancia de los medicamentos biotecnológicos es el registro y aprobación de nuevas drogas por la agencia reguladora de medicamentos



de los Estados Unidos (FDA, siglas en inglés) y vemos que cada vez es mayor la aprobación de nuevas entidades moleculares de este origen.

Todos estos cambios a la vez se dan en un contexto de transiciones estructurales en el campo sanitario. Esto nos plantea **nuevos desafíos para la política de medicamentos** que debemos enfrentar los que hacemos política y quienes producimos medicamentos desde la empresa privada o desde el sector público.

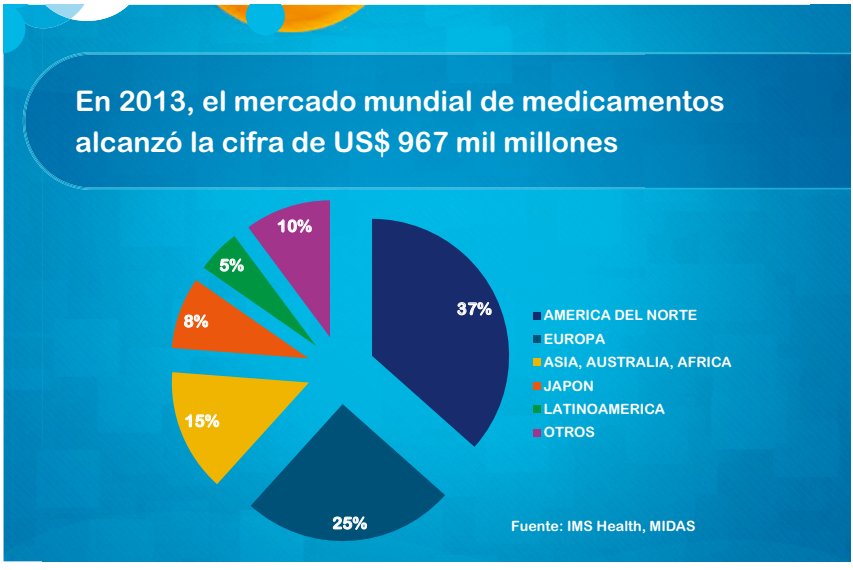
Hay un nuevo perfil demográfico que ya se nota en la mayoría de las sociedades y no solamente en Europa sino también en América Latina y es el envejecimiento de la población, lo que genera, también, un nuevo perfil epidemiológico.

Hay enfermedades que antes eran fatales y hoy son enfermedades crónicas. Hay algunos tipos de cáncer que ya son enfermedades crónicas. El HIV hoy es una enfermedad crónica. Hay enfermedades crónico-degenerativas que a la vez conviven con enfermedades infectocontagiosas.

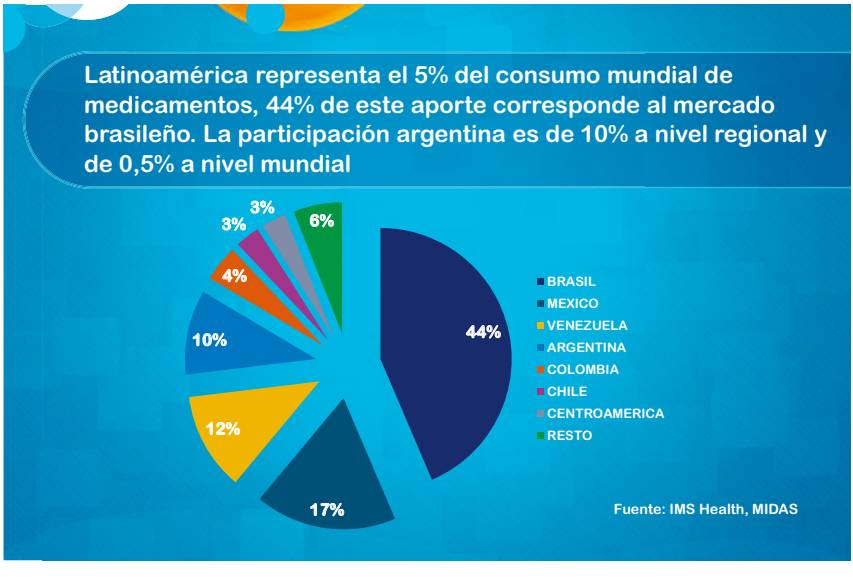
Además, los medicamentos biotecnológicos nos plantean un nuevo escenario de atención con una orientación hacia la medicina personalizada y también generan nuevos retos a los sistemas de salud para financiar el acceso de la población a estos medicamentos. Entonces surgen nuevos desafíos económicos porque, como todos saben, por lo general estos medicamentos son de alto costo.

¿Cómo impactan estos cambios en la realidad de la Argentina?

Primero veamos el mercado farmacéutico a nivel mundial y a nivel regional. Por región, América Latina representa el 5% de las ventas del todo el mercado farmacéutico mundial. Pero es un mercado emergente, como un país emergente o sea de mucho crecimiento.



Pero si se descompone la participación de América Latina en los países que la integran tenemos que el 44% de todas las ventas la representa el mercado brasileño. Argentina, en el mercado regional, es alrededor de 10 puntos por lo cual su contribución al mercado mundial es del 0,5%. Estos son fuentes de IMS Health y la base que ellos toman es el MIDAS.

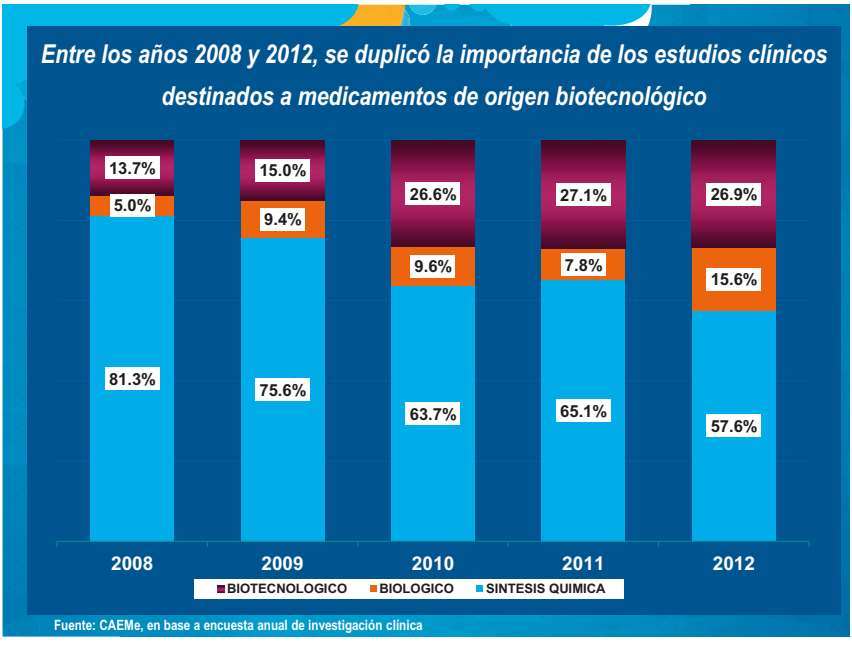


La **presencia de los medicamentos biotecnológicos en el mercado local** ya es **una realidad**. Se calcula, en términos de precios de salida de laboratorios, un mercado de 900 millones de dólares.

Otra manera de demostrar la presencia de los medicamentos biotecnológico en el mercado local es observar que cada vez es más creciente la investigación de nuevas moléculas de origen biotecnológico. Solamente por el tema de investigación clínica los asociados a CAEMe en los últimos 5 años han invertido alrededor de 700 millones de dólares. La investigación clínica es una actividad generadora de empleo de alta calificación. Cada ensayo clínico requiere en promedio 23 profesionales y la mayoría vinculado a las ciencias médicas. Cuando se elabora un ensayo clínico participan los médicos, como el médico principal, el coordinador y después participan farmacéuticos, bioquímicos, biólogos porque es un proceso de investigación con pacientes. Esto ocurre, fundamentalmente, en la fase III donde se lleva a cabo en pacientes que tienen una enfermedad determinada o una patología y se prueba una nueva droga. Todo este proceso está regulado por la ANMAT.

Según encuestas internas de CAEMe, solamente entre 2008 y 2012 las biotecnológicas casi duplicaron su participación en el total de las moléculas investigadas. En el 2008 representaban el 13,7% de las moléculas en investigación y en el 2012 la cifra llegó a 27%. Esto a la vez nos muestra la otra cara de la moneda que es como la participación de las moléculas de síntesis química comienzan a perder importancia.

La presencia de los medicamentos biotecnológicos se puede dimensionar, también, a través del Sistema Único de Reintegros (SUR) donde se determinan las moléculas y patologías posibles del reembolso para las Obras Sociales Nacionales. El reintegro es un monto fijo máximo que puede reembolsar la Superintendencia de Servicios de Salud y para ello la Obra Social tiene que presentar toda la documentación de los gastos para después



recuperarlo en un plazo promedio de 6 a 9 meses. Si recuerdan, la charla anterior se hablaba del tema financiero y acá también influye en el momento de los reembolsos.

Existe un grupo de moléculas y patologías que ya no están en el SUR, están en observación y a eso se lo llama Sistema de Tutelaje Sanitario, por el cual esa droga en observación tiene que demostrar la efectividad en el paciente.

En el siguiente cuadro figuran drogas que están en protocolo y como verán la mayoría son biotecnológicas. No las puse a todas porque no me iban a entrar en el cuadro, se encuentran las que ya están aprobadas y tienen reintegros. Si ustedes observan, hay drogas que no están destinadas a una patología en especial sino que tienen varios usos entre distintas patologías, ésta es una característica típica de las biotecnológicas. Por ejemplo el Adalimumab se utiliza para el tratamiento de la Artritis Idiopática Juvenil, Artritis Psoriásica, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de

Crohn. Y así sucede con todas estas moléculas, las que terminan en "MAB" son anticuerpos monoclonales.

SUR: Reintegros

MOLECULA	PATOLOGIA
ABATACEPT	ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL, ARTRITIS REUMATOIDEA
ADALIMUMAB	ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL, ARTRITIS PSORIASICA, COLITIS ULCEROSA, ENFERMEDAD DE CROHN, ESPONDILOARTRITIS, PSORIASIS
BELATACEPT	RECHAZO DE ORGANO O TEJIDO
BEVACIZUMAB	CANCER DE MAMA
BORTEZOMIB	MIELOMA MULTIPLE
CERTOLIZUMAB PEGOL	ARTRITIS PSORIASICA, ENFERMEDAD DE CROHN, ESPONDILOARTRITIS
DASATINIB	LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA
ERLOTINIB	CANCER DE PANCREAS
ETANERCEPT	ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL, ARTRITIS PSORIASICA, ARTRITIS REUMATOIDEA, ESPONDILOARTRITIS, PSORIASIS
FINGOLIMOD	ESCLEROSIS MULTIPLE
GOLIMUMAB	ARTRITIS PSORIASICA, ARTRITIS REUMATOIDEA, COLITIS ULCEROSA
IMATINIB	CANCER GASTROINTESTINAL GIST, LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA
INFLIXIMAB	ARTRITIS PSORIASICA, ARTRITIS REUMATOIDEA, COLITIS ULCEROSA, ENFERMEDAD DE CROHN, ESPONDILOARTRITIS, PSORIASIS
PALIVIZUMAB	PREVENCION DE INFECCION SEVERA POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO
RANIBIZUMAB	MACULOPATIA
RITUXIMAB	ARTRITIS REUMATOIDEA, ENFERMEDAD DE WEGENER, LEUCEMIA LINFATICA CRONICA, LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR, POLIANGEITIS MICROSCOPICA
SUNITINIB	CANCER DE PANCREAS
TOCILIZUMAB	ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL, ARTRITIS REUMATOIDEA
TOFACITINIB	ARTRITIS REUMATOIDEA
TRASTUZUMAB	CANCER GASTROINTESTINAL GIST, CANCER DE MAMA

Las siguientes serían las moléculas que están en observación para luego pasar al Sistema Único de Reintegros. Se dan casos que algunas están aprobadas para determinadas patologías y tienen reintegro y a la vez están en tutelaje sanitario pero para otra patología. Por eso cuando se habla de estos medicamentos uno tiene que usar el término: molécula/tratamiento.

Esta presencia de los **medicamentos biotecnológicos plantea nuevos desafíos** en este escenario. Un tema importante que los especialistas discuten es el de la regulación farmacéutica. No es lo mismo regular un medicamento de síntesis química que

uno de origen biotecnológico. De ahí que se habla y discute la presencia de 3 tipos de medicamentos: 1) Medicamentos biotecnológicos originales, 2) Biosimilares y 3) NO comparables.

SUR: Tutelaje Sanitario

MOLECULA	PATOLOGIA
AXITINIB	CANCER DE RIÑON
BEVACIZUMAB	CANCER DE COLON, CANCER DE OVARIO EPITELEAL, DE TROMPA DE FALOPIO O PERITONEAL PRIMARIO, CANCER DE RIÑON, GLIOBASTOMA
BORTEZOMIB	LINFOMA DE CELULAS DEL MANTO
CANAKIMUMAB	ARTRITIS GOTOSA, ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL, SINDROME AUTOINFLAMATORIO ASOCIADO A CRIOPIRINAS (CAPS)
CETUXIMAB	CANCER DE COLON, CANCER DE CABEZA Y CUELLO
CRIZOTINIB	CANCER DE PULMON
DASATINIB	LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA
ECULIZIMAB	HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOCTURNA, SINDROME UREMICO HEMOLITICO ATIPICO
ERLOTINIB	CANCER DE PULMON
GEFITINIB	CANCER DE PULMON, DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS, LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA, MASTOCITOSIS SISTEMICA AGRESIVA, SINDROME HIPEREOSINOFILICO, SINDROME MIELODISPLASICO
IMATINIB	DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS
IPILIMUMAB	MELANOMA
LAPATINIB	CANCER DE MAMA
NILOTINIB	LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA
NIMOTUZUMAB	CANCER EN REGION DE CABEZA Y CUELLO, GLIOBASTOMA, GLIOMA
OMALIZUMAB	ASMA SEVERO
PANITUMUMAB	CANCER DE COLON
PAZOPANIB	CANCER DE RIÑON, SARCOMA DE PARTES BLANDAS
PERTUZUMAB	CANCER DE MAMA
RUXOLITINIB	MIELOFIBROSIS
SORAFENIB	CANCER DE HIGADO, CANCER DE RIÑON
SUNITINIB	CANCER DE RIÑON, CANCER GASTROINTESTINAL GIST
TRASTUZUMAB	CANCER DE MAMA
VEMURAFENIB	MELANOMA

Por otra parte, los medicamentos biotecnológicos van a repercutir en el acceso y el financiamiento. Y aquí entra el tema de la evaluación de tecnologías sanitarias para ver que se puede hacer para garantizar que puedan llegar hacia los pacientes.

Entonces debemos recurrir a la **Economía de la Salud**, una disciplina relativamente nueva de las ciencias económicas que estudia el comportamiento humano en el campo de la

salud, como una relación entre muchas actividades que producen beneficios sobre la salud (necesidades ilimitadas), pero con recursos insuficientes para realizar todas las actividades (recursos limitados).

Los **elementos desencadenantes para su desarrollo** son:

- Un creciente gasto en salud. El país produce riquezas, medidas a través del PBI, pero su tasa de crecimiento es más lenta que la tasa de crecimiento del gasto en salud.

- Existe una variabilidad en la práctica médica. Para cada patología, cada médico, tiene distintas opciones y para ello se han construido las guías clínicas.

- Incertidumbre acerca del impacto real que sobre la salud del paciente tiene el uso de muchas prácticas médicas.

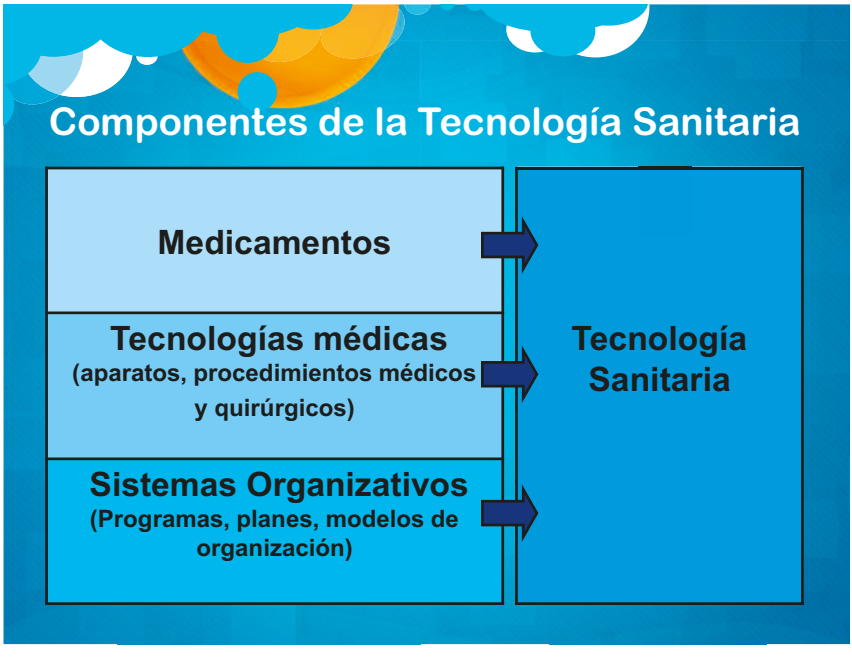
- Conocer el grado de utilidad clínica, de las tecnologías sanitarias disponibles, su costo y las condiciones en que su uso pueda considerarse más apropiado.

Otro de los temas, entre los muchos, que se deben analizar son los referidos a equidad y eficiencia. Aquí se discute si el mercado puede proveer equidad o solo puede lograr eficiencia pero no equidad y qué participación debe tener el sector público dentro de estas decisiones. Además, están en consideración las políticas de financiamiento, las políticas de cobertura de estos medicamentos.

Por otro lado, desde el punto de vista académico, se ha ido desarrollando en todo el mundo asociaciones de economías de la salud dedicadas a la evaluación de la tecnología sanitaria en el campo del medicamento, a lo que comúnmente se lo llama Farmacoeconomía. Ello nos provee herramientas para evaluar a una tecnología que va ingresar al mercado. Esa evaluación tiene

que hacerse desde el punto de vista del costo y del beneficio, o sea, no se puede hacer un análisis solamente de costo o solamente de beneficio. Además, es importante que se lo compare con otra tecnología para cotejar cuál es más eficiente. En realidad, lo que se busca al final de todo es **optimizar los recursos que son limitados para maximizar un resultado deseado en el campo sanitario**.

La **tecnología sanitaria** no solamente comprende los aparatos y los procedimientos médicos y quirúrgicos sino también los medicamentos y hasta los sistemas organizativos. En el caso de los medicamentos biotecnológicos seria aplicar la evaluación de tecnología sanitaria al campo de los fármacos.



En los últimos años se ha producido una mayor demanda de la evaluación de esta tecnología porque ha permitido que los decisores de salud puedan tomar mejores decisiones para el uso de los recursos económicos.

Los **conceptos básicos de evaluación de tecnología sanitaria** son:

- **Seguridad:** Medida o evaluación del nivel de daños inducido por la aplicación de la tecnología en cuestión.
- **Eficacia:** Medida o evaluación del nivel de logro alcanzado en relación con el objetivo pretendido, en condiciones ideales, experimentales o de laboratorio.
- **Efectividad:** Medida o evaluación del nivel de logro alcanzado en relación con el objetivo pretendido en condiciones habituales de uso de la tecnología en cuestión.

Con respecto a Seguridad y Eficacia todos los conocemos, es básicamente lo que la ANMAT exige para registrar un medicamento en el mercado. Cuando hablamos de evaluación de tecnologías ya no se habla de eficacia, se habla de efectividad. La eficacia es el resultado de un medicamento pero en una condición apropiada, dentro de un laboratorio, es decir todo está controlado y la efectividad es el resultado en el campo del mundo real. El mejor gráfico para ver la diferencia entre eficacia y efectividad es pensar en un auto de fórmula 1 circulando en un autódromo, ahí muestra su eficacia. Pero ese mismo auto en la 9 de julio en la hora de un embotellamiento pierde toda su eficacia. La efectividad es casi nula porque está ahí a paso de hombre. Entonces viendo esas dos fotos uno puede dimensionar la importancia que tiene la efectividad que prácticamente es lo que resulta en el mundo real.

Cuando se analiza eficacia en un paciente en el laboratorio, se sabe el tiempo en el que, por ejemplo, el paciente toma una medicación. En la vida real no sucede lo mismo. Nadie toma, por lo general, un medicamento a las 8 hs. A veces, hasta se olvida o corta todo tratamiento. Por eso es que se ha desarrollado desde los laboratorios de investigación lo que se llama los "Programas de adherencia paciente". Se está viendo de qué manera garantizar que el paciente efectivamente continúe con el trata-

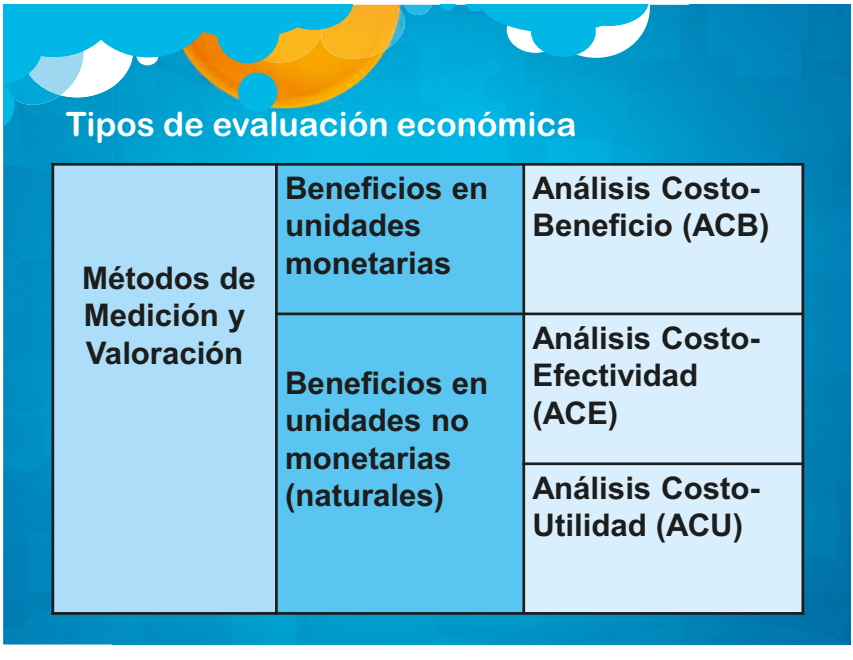
miento. Es más se está utilizando lo que se llama e-mobile que son los usos de software en teléfonos celulares con programas a partir de determinadas enfermedades crónicas para hacer un seguimiento directo del paciente y éste puede cargar datos y en tiempo real se va a saber el consumo y la eficacia y efectividad del tratamiento.

En la siguiente diapositiva pueden observar los **tipos de evaluación** que hay en el mercado. Les decía que la evaluación económica compara beneficios y costos. En el tema de costos no hay problemas porque todo es monetario, el costo es dinero. Lo que se discute es que es costo sanitario o no. Si incluimos dentro del costo sanitario los gastos extra que hace una familia por mantener a un paciente en la casa con tratamiento domiciliario, si contrata una enfermera, o si debe transportar al paciente o no. Se discute que se debe incluir o no, pero la unidad que mide los costos es la unidad monetaria y con eso no hay ningún problema. El problema surge cuando se miden los beneficios. ¿Cómo se miden los beneficios en salud? Entonces ahí hay tres tipos de análisis, el análisis **costo-beneficio** que se evita cualquier tipo de problemas y mide el beneficio en términos monetarios. Por lo cual tiene beneficios en dinero y costos en dinero y surge una evaluación económica neta, es decir cuál cuesta menos y cuál más.

Sin embargo en salud ello no es tan importante porque no sé si al ahorrar dinero en un tratamiento esa decisión va a ser la correcta. Entonces surge el análisis **costo-efectividad**. Aquí el beneficio es medido a través de unidades no monetarias o unidades naturales. Por ejemplo si es diabético se puede medir el beneficio a través de una unidad como la reducción de la glucosa en sangre o la carga viral en pacientes HIV. Esas son las medidas naturales del tratamiento. El problema surge cuando se quiere comparar un tratamiento que reduce glucosa un tanto por ciento y el otro que cuesta tanto y te va a reducir la carga viral en HIV. No lo puedes comparar porque son distintos. Entonces como se va a tomar la decisión si no se tiene un parámetro común. La

economía de la salud dio una respuesta para ello y utilizó un análisis **costo-utilidad**. En el cual el beneficio va a estar medido en lo que llaman los "QALY´s" que son los años de vida ajustados por calidad. Hay otra que se llaman los "DALY´S" que son años de vida ajustados pero por discapacidad, en función de la patología que tienen. Es decir son medidas con las cuales podemos comparar dos tipos de tratamientos, dos tipos de tecnologías nuevas y decir finalmente esto es más costo-efectivo porque le puede dar al paciente tantos años de vida con calidad.

De esta manera, se evita el tema de la medición en dinero o, el otro, en unidades naturales.



Por otra parte, en los países que tienen mucha cultura en el tema de las estadísticas se puede encontrar datos específicos para cada tipo de enfermedad porque hay mucha información sistematizada. Ya nadie discute que las estadísticas son una herramienta vital a la hora de la toma de decisiones porque

permiten comparar propuestas concretas sobre uso de recursos que son escasos y limitados. Además proporcionan evidencias sobre el valor de una tecnología o un tratamiento con el fin de promover o no su utilización. Si es costo-efectiva yo la promuevo, pero si no es costo efectiva entonces puedo negarme a financiarla.

Al respecto, todos sabemos que el sistema de salud en Argentina es un sistema fragmentado, por lo tanto, provee información fragmentada. Lamentablemente no contamos con una red integrada donde se pueda tener toda la información sistematizada. Cada Obra Social, cada financiador desarrolla su propio sistema de información pero no lo hace pensando que lo pueda usar otro financiador o todo un gremio. Entonces, esto es una de las limitaciones que existe en argentina.

Contamos con una institución muy importante que es el Instituto de Efectividad Clínica Sanitaria, (IEC) que desarrolla un buen trabajo pero tiene la limitación de carecer de un sistema de información para proveer mejores resultados.

Los medicamentos biotecnológicos ya están en el país, en los sistemas y nos presentan nuevos problemas pero el fundamental desafío que enfrentamos es como hacer para garantizar el acceso a todos los que los necesiten. Al respecto, la economía de la salud nos presenta algunas alternativas, que no digo que permitan solucionar todos los problemas, pero al menos nos provee de mejores herramientas de juicio para poder tomar decisiones.

Gracias.

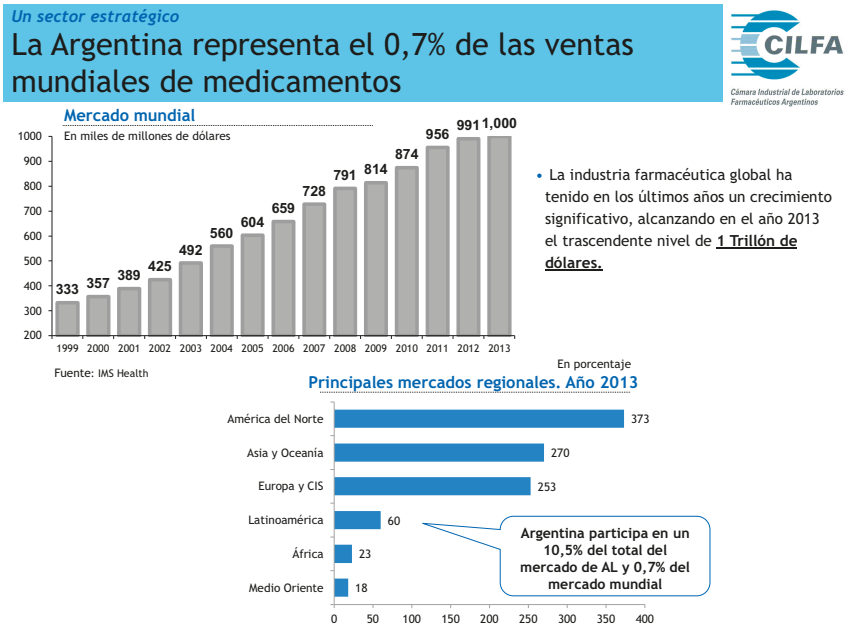
Miguel Ángel Maito

Buenos días a todos. Muchas gracias a FEFARA por la invitación a participar de esta mesa y, también, a mis colegas de las otras Cámaras por acompañarme en este encuentro. Encuentro que se viene realizando desde hace doce años ininterrumpidamente y creo que esto tiene un valor que se debe mantener.

La charla la voy a dividir en tres partes: primero voy a desarrollar el tema del mercado mundial de medicamentos, posteriormente, voy a hablar sobre la estructura del mercado argentino y por último analizaré cuál es la situación actual de ese mercado.

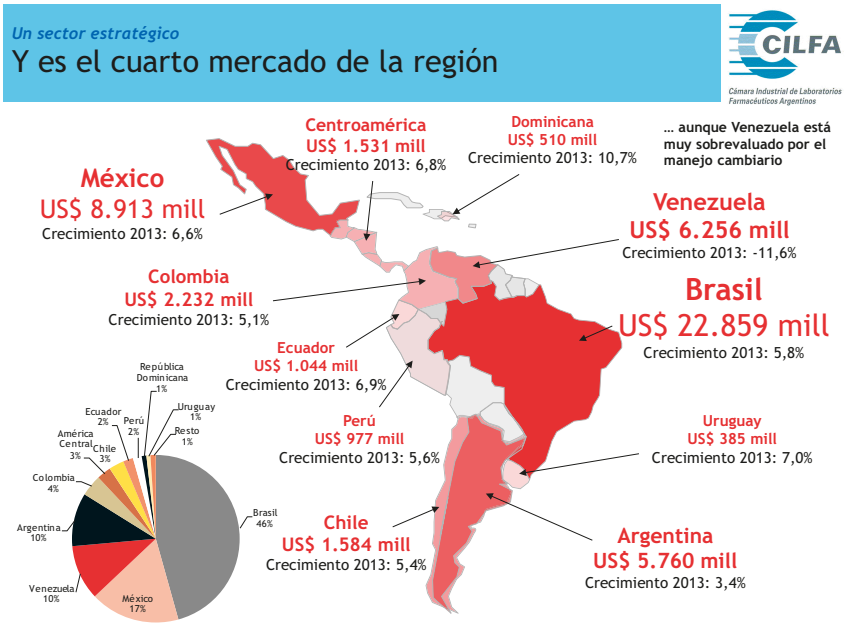
El mercado mundial y latinoamericano de medicamentos

La industria farmacéutica mundial ha tenido un crecimiento muy importante en la década anterior y más lento en esta



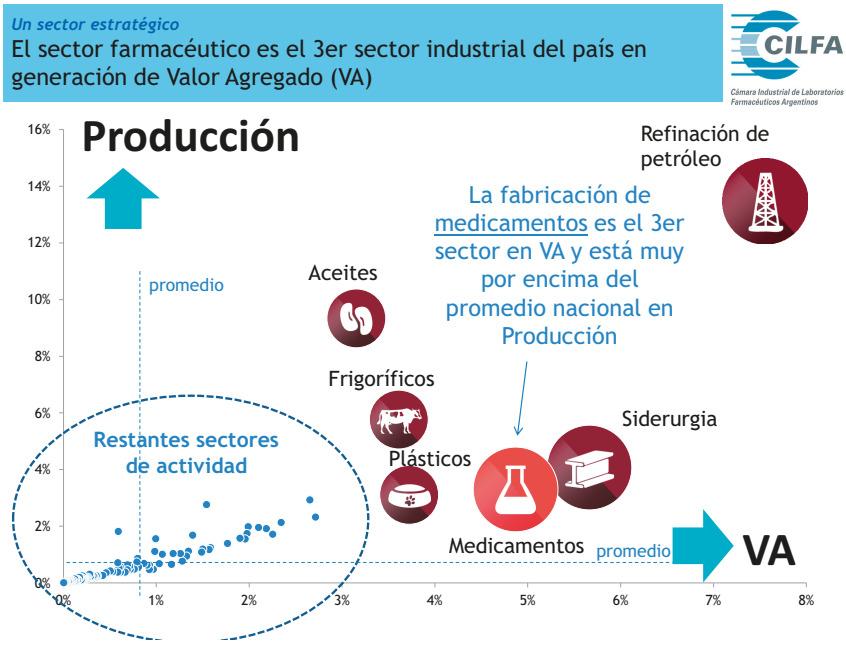
década. En la diapositiva pueden observar algunos datos, estos ya los mostró Víctor, en el año 2013 ha alcanzado el trillón de dólares en valor.

América Latina tiene una participación en el mercado del 5%, es muy reducido obviamente y el mercado argentino, en América Latina, es el cuarto en importancia, el primero es Brasil, luego México y seguido por Venezuela. En el año 2013 Argentina tuvo un crecimiento de 3,4% medido en unidades.



Estructura del mercado argentino

El medicamento tiene dos funciones, por un lado es un bien social tanto para el consumidor, los financiadores como para el Estado pero, también, es un bien económico porque, evidentemente, detrás de la fabricación de medicamentos están las empresas y todos los recursos humanos que forman parte de este sector industrial. Como ustedes pueden observar en la gráfica, es el tercer sector industrial en orden de importancia en Argentina, siendo el primero refinación de petróleo y segundo la siderurgia.



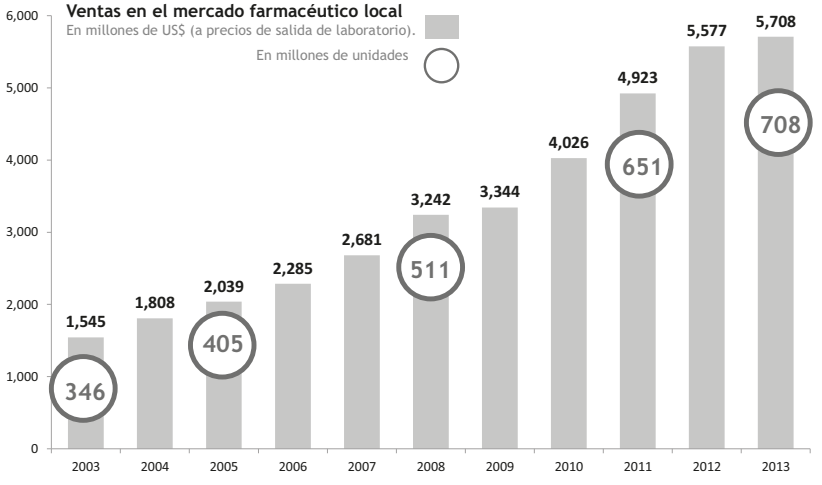
El sector de medicamentos ocupa aproximadamente veintinueve mil personas en forma directa y cerca de cien mil en forma indirecta y tenemos aproximadamente unas ciento veinte plantas industriales en el país.

La industria farmacéutica ha tenido un crecimiento importante en esta década, ustedes lo podrán observar en el siguiente gráfico, tanto en valores como en unidades. En diez años las unidades se han duplicado y pasaron de, aproximadamente tres cientos cincuenta millones a setecientos millones de unidades en el año y este crecimiento fue también acompañado de un crecimiento de la oferta de medicamentos.

En los últimos tres años las industrias farmacéuticas, están concretando proyectos de inversión alrededor de dos mil millones de pesos y han contado con créditos del Bicentenario por cerca de mil millones de pesos y es el primer sector industrial de la Argentina en tomar estos créditos. Hay un aumento muy

Un sector estratégico

La producción y ventas de medicamentos crecen en la última década, tanto en valores como en unidades



importante en algunas plantas nuevas que se están construyendo y en las ampliaciones y modernización tecnológica de las existentes. Esto no es un dato menor porque desde nuestra cámara estamos bregando ya desde el año 2006 para que en la política de estado se considere a la industria farmacéutica como un sector estratégico, situación que ha sido reconocida en el plan industrial 2020 que hace dos años lanzó el gobierno Nacional.

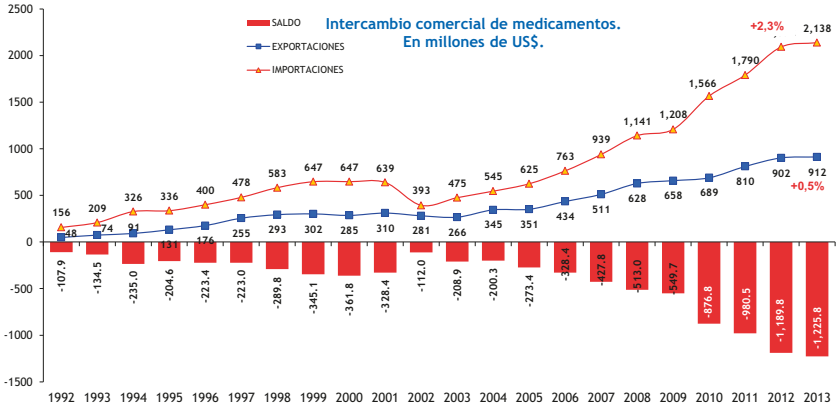
En materia de comercio exterior de medicamentos, en la siguiente diapositiva se puede observar curvas de exportaciones e importaciones. En el año 2002, derivado de la crisis, los valores de exportaciones e importaciones se aproximaron mucho y a partir de ese momento las importaciones tuvieron una tasa de crecimiento mucho mayor que las exportaciones que también tuvieron un aumento importante pero no tanto como la importaciones. Esta situación nos generó un déficit comercial externo de mil doscientos millones de pesos.

Sector externo

Crecimiento de las exportaciones de medicamentos

CILFA
Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos

- Las exportaciones argentinas de medicamentos crecieron un 242% en el período 2003-2013. Por su parte, las compras al exterior lo hicieron en un 350% durante el mismo período.
- Como consecuencia, el déficit comercial de medicamentos (Cap. 30 de la NCM) creció hasta alcanzar los U$S 1.226 millones en el 2013.



Los laboratorios nacionales están haciendo un gran esfuerzo de exportación, ustedes lo ven reflejado en el siguiente gráfico. Si comparamos el año 2005 con el 2013, en el año 2005 las exportaciones de los laboratorios nacionales eran de solo un tercio y hoy ya explican cerca del 55% de las exportaciones de medicamentos. Estamos hablando de medicamentos terminados, es decir, que salen del país con su estuche, su prospecto en el idioma del país de origen. Como ustedes se imaginan poder vender un medicamento en el exterior es una operación que lleva mucho tiempo e inversión porque hay que registrar los productos en el país de destino, ingresar a las cadenas de comercialización de esos países y esos son procesos que llevan aproximadamente dos o tres años.

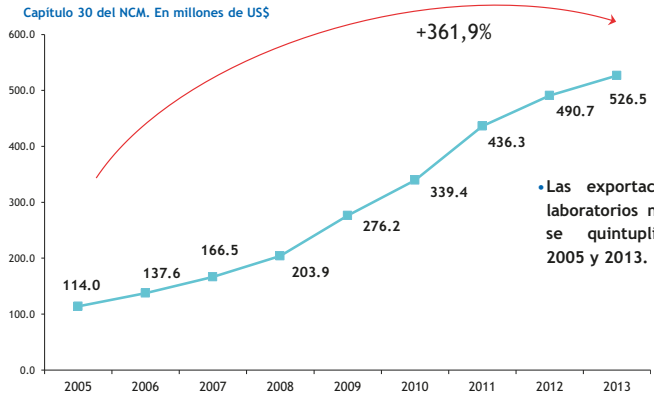
Lamentablemente las cifras de exportaciones del primer semestre de este año que no están agregadas en la gráfica, dan una caída de cerca del 4%.

Sector externo

… e impulsadas por el desempeño de los laboratorios nacionales …

CILFA
Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos

Evolución de las exportaciones de laboratorios nacionales.
Capítulo 30 del NCM. En millones de US$



- Las exportaciones de los laboratorios nacionales casi se quintuplicaron entre 2005 y 2013.

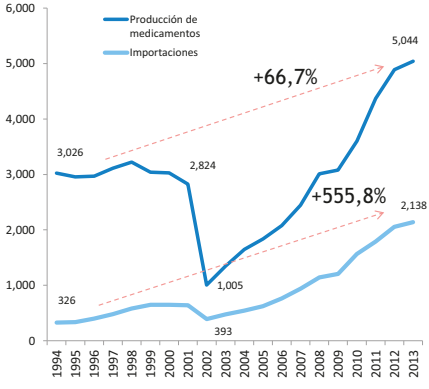
En el siguiente cuadro quisimos marcar cómo es el consumo de medicamentos en la Argentina, cuánto se explica por la fabricación local de medicamentos y cuánto por las importaciones.

Un sector estratégico

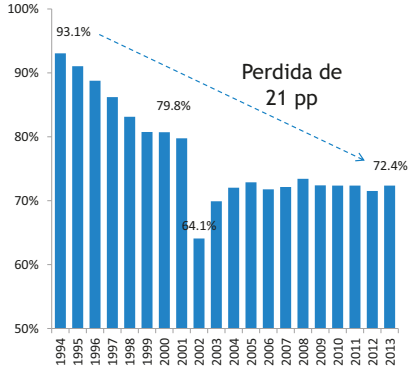
Las importaciones crecieron en forma significativa y la fabricación local de medicamentos perdió terreno

CILFA
Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos

Evolución de la producción e importaciones de medicamentos.
En mil. de dólares.



Participación de la producción nacional en las ventas internas de medicamentos.
En %.



En el año 1994 el 93% de los medicamentos que se consumían en el país eran fabricados localmente y hoy ese número se ha reducido al 72%.

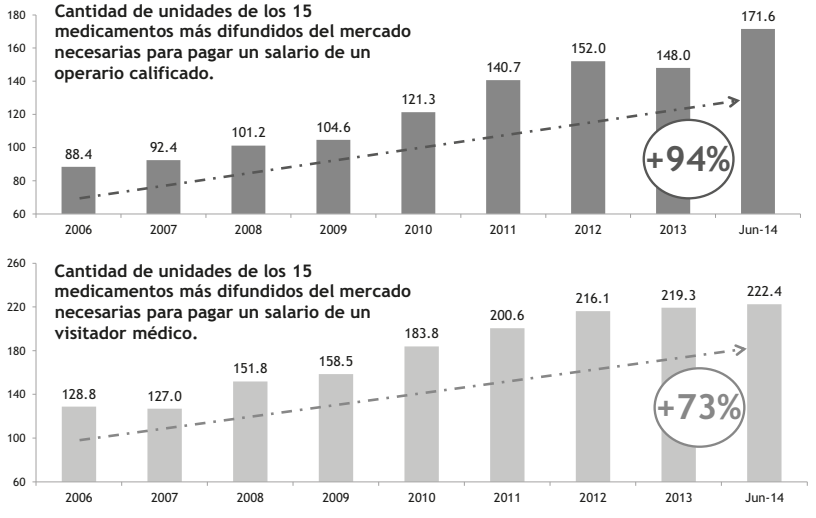
En el mercado interno del sector industrial farmacéutico argentino existe una gran competencia. ¿Qué indicadores podemos usar para mostrar esto? Uno de ellos es que los diez primeros fabricantes de medicamentos tienen el 44% de las ventas de medicamentos y los veinte primeros el 66%. Si ustedes lo comparan con cualquier otro sector como alimentos, producción de autos, galletitas, leche, van a ver que esos números son totalmente distintos, que cinco o seis actores concentran cerca del 80% del mercado.

En la industria la gran competencia, también, se percibe por la cuestión de los principios activos y los productos. En el mercado argentino hay unos 2200 principios activos y unos 7500/78000 productos. Cuando menciono productos, son marcas o genéricos de marcas y esas marcas pueden tener distintas presentaciones. Como pueden observar en la diapositiva, 165 drogas tienen más de 10 productos en el mercado y concentran, esos productos, el 54% del mercado. Otro dato sería que aproximadamente el 72% del mercado farmacéutico está compuesto por principios activos que tienen una oferta de 5 o más productos. Quiero marcar esto porque no es muy conocido, y, se piensa que la industria farmacéutica tiene una alta concentración en términos económicos lo cual, evidentemente, no es así.

En cuanto a los **precios relativos de la economía en comparación con el medicamento.** Si tomamos los quince medicamentos más difundidos del mercado y comparamos, entre el año 2006 y junio del 2014, cuántas unidades de medicamentos tiene que utilizar un Laboratorio para pagar el salario de un operario o de un agente de propaganda médica, se puede observar que se necesita un 94% más de medicamentos para pagar un salario de un operario calificado y un 73% más para poder pagar el salario de un visitador médico.

Un sector estratégico

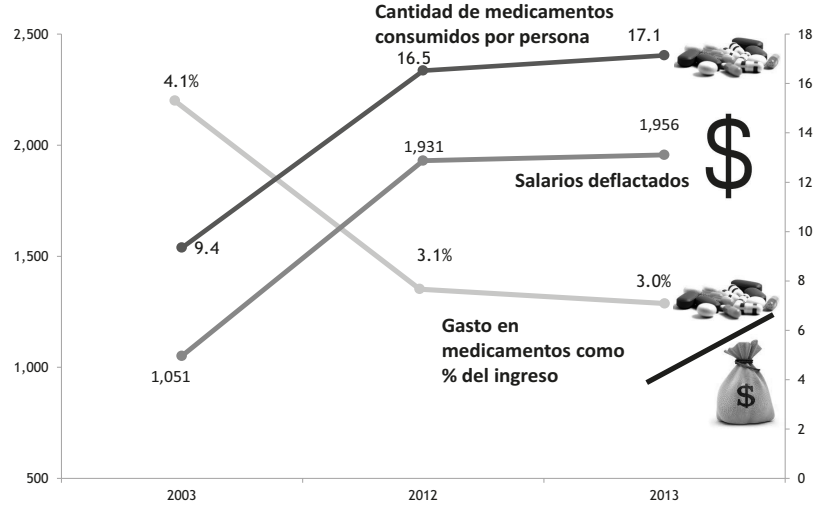
Precios relativos. Se ha incrementado de manera continua la cantidad de medicamentos masivos que se necesita producir para pagar los salarios de la industria



Si tenemos en cuenta qué pasó con la cantidad de medicamentos consumidos por persona que es una relación entre la población y las unidades comercializadas, y los salarios promedio

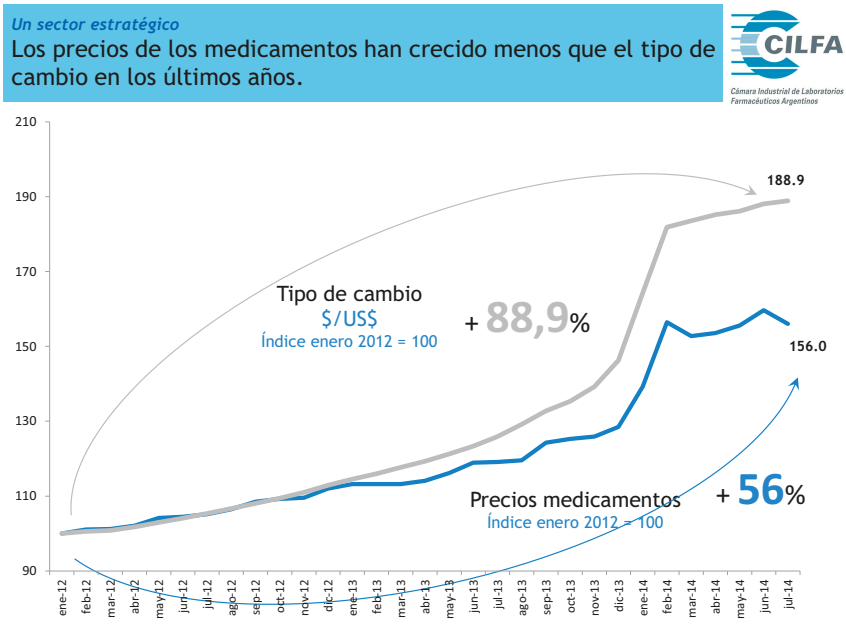
Un sector estratégico

Mientras crece el consumo de medicamentos en la última década, cayó su incidencia en el ingreso de la población



de la economía, podemos observar que creció la cantidad de medicamentos consumidos por personas y hubo un aumento importante de los salarios que prácticamente se duplicaron. Si miramos el gasto de medicamentos como porcentaje de ese ingreso promedio de las personas pasó del 4,1% al 3%.

El precio del medicamento subió desde enero 2012 a julio del 2014 un 56% contra el tipo de cambio que subió cerca de un 90%.

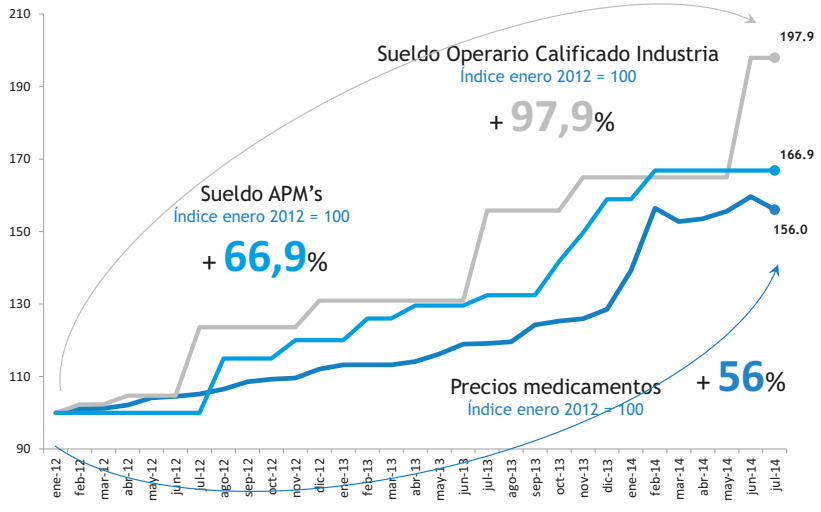


Con los datos que se muestran en la siguiente diapositiva se puede hacer el mismo análisis observando la relación del precio de los medicamentos y el tipo de cambio con los sueldos de los operarios de la industria y los agentes de propaganda médica.

También, se puede comparar el aumento del precio de los medicamentos con el de otros productos como la yerba mate, el pan, la nafta y el aceite.

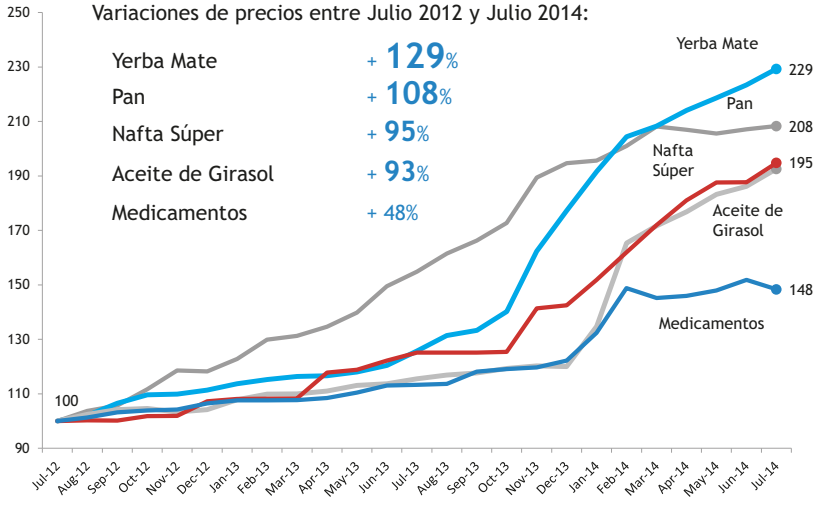
Un sector estratégico

También menos que los sueldos de los empleados relevantes de la industria farmacéutica



Un sector estratégico

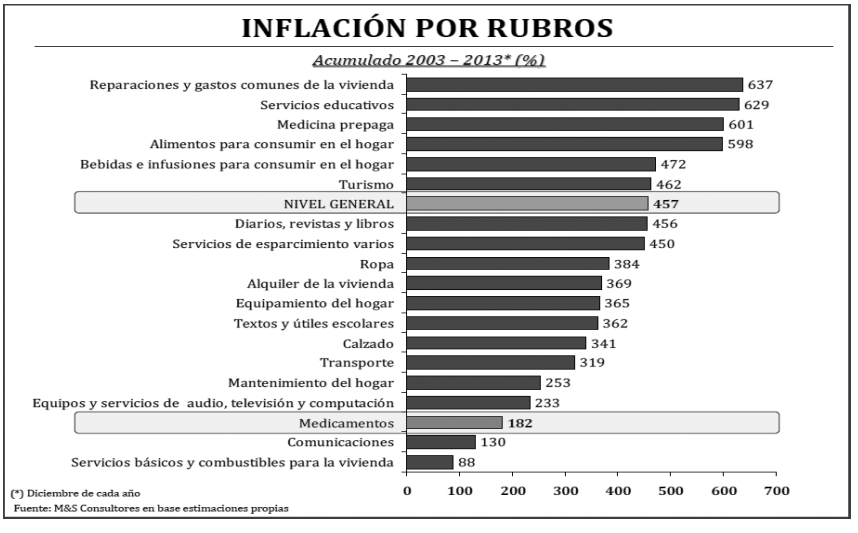
Los precios de los medicamentos han crecido mucho menos que los de bienes básicos de la economía



La siguiente es una información más global que abarca un período un poco más largo, del 2003 al 2013; es el informe de precios que lleva la consultora de Melconian y Santángelo. Ellos construyen su propio índice al consumidor y se puede visualizar que el promedio del nivel general de variación del índice de precios al consumidor, para esta consultora, subió 457% y los medicamentos 182%.

Los precios en una mirada más de largo plazo: 2003-2013

CILFA
Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos



Los medicamentos están con los sectores perdedores, en términos de aumento de precios. Además todos los otros sectores tienen subsidios del Estado pero los medicamentos no.

Como ustedes saben en el período 2007-2013 la industria farmacéutica tuvo un régimen de control de precios de todos los medicamentos que establecía el Secretario de Comercio con una pauta anual que se fijaba a principio de año y esos aumentos se daban en tres tramos. Según esa pauta que daba el Secretario Moreno entre el año 2013 y 2007 el aumento de los medicamentos fue del 113% y cualquier indicador que ustedes utilicen para

Los precios en una mirada más de largo plazo: 2003-2013

LOS SECTORES PERDEDORES SALVO MEDICAMENTOS, EL RESTO FUNCIONAN CON SUBSIDIOS ESTATALES

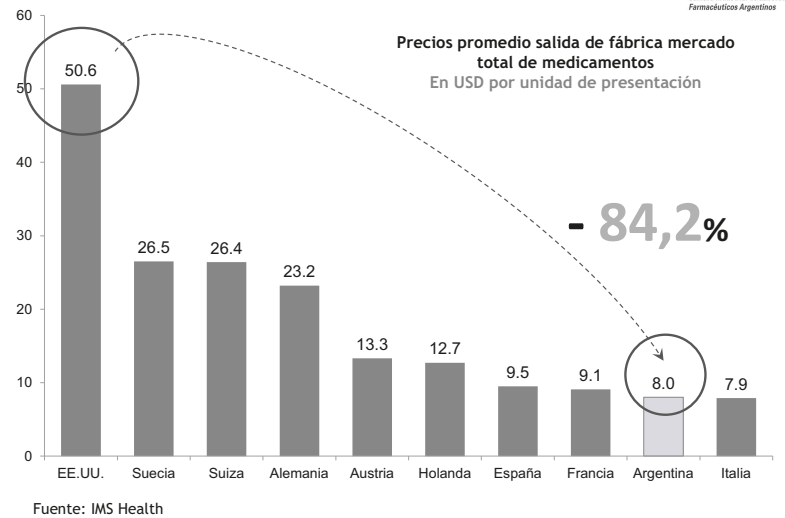
	acumulado 2003 – 2013 (%)*
Tren y subte	236
Medicamentos	**182**
Colectivo	144
Gas	123
Luz	120

(*) Diciembre de cada año
Fuente: M&S Consultores en base estimaciones propias

medir la inflación general de esos años les van a dar un número aproximado al 250%.

Veamos ahora la **comparación internacional de precios** porque también se dice que los precios de los medicamentos en la Argentina son costosos. Estos son datos que corresponden al

Un sector estratégico
Comparación internacional de precios de medicamentos



Fuente: IMS Health

año 2010/2011 y ahí pueden ver que la Argentina tiene varios niveles de precios comparables con Italia y Francia, y, sensiblemente menores a los de EE.UU. Si tomamos los precios promedios en América Latina del 2013 de acuerdo a la estadística de IMS Health, la Argentina está en el promedio de América Latina que son nueve dólares con treinta por presentación.

Este es un análisis que realizamos para el año 2010 de determinados medicamentos tomando información de Red Book de EE.UU y comparándolas con las presentaciones en la Argentina. Se consideró de cada presentación de Argentina, el promedio de todas las presentaciones disponibles y en EE.UU el promedio del precio innovador y de cinco genéricos. Pueden observar que todas estas drogas tienen diferencias que van, aproximadamente, desde el doble a quince veces más.

Un sector estratégico

Comparación internacional de precios de medicamentos

CILFA
Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos

Análisis de precios comparativos de medicamentos
Argentina y Estado Unidos de Norteamérica - Año 2010

	Principio activo	mg	Precio Promedio de ARG en U$S	Precio Promedio de EE.UU. en U$S	Relación
1	sertralina	50	**17,24**	**300,13**	1640,9%
2	zolpidem	10	**28,01**	**470,28**	1578,9%
3	ranitidina	150	**10,33**	**158,97**	1438,2%
4	lorazepam	2	**9,74**	**125,70**	1191,0%
5	omeprazol	10	**11,14**	**118,40**	962,6%
6	alprazolam	1	**12,76**	**132,35**	937,2%
7	simvastatin	20	**30,27**	**301,52**	896,1%
8	glibenclamida	5	**10,09**	**93,69**	828,2%
9	fluoxetina	20	**11,69**	**104,24**	791,6%
10	diclofenac sódico	50	**25,26**	**208,59**	725,6%
11	enalapril	10	**16,95**	**137,82**	713,3%
12	clonazepam	0,5	**14,30**	**91,11**	537,3%
13	metformina	850	**20,72**	**131,46**	534,4%
14	atorvastatina	10	**49,14**	**309,24**	529,3%
15	ciprofloxacina	500	**111,59**	**630,14**	464,7%
16	ketoconazol	200	**57,27**	**317,33**	454,1%
17	loratadina	10	**9,19**	**49,61**	439,8%
18	levotriroxina	0,05	**7,16**	**36,03**	403,2%
19	amlodipina	10	**38,15**	**173,29**	354,2%
20	finasteride	5	**21,69**	**95,98**	342,5%
21	claritromicina	500	**72,02**	**288,90**	301,2%
22	lovastatina	20	**43,71**	**154,71**	253,9%
23	terazosina	5	**53,14**	**182,63**	243,7%
24	fluconazol	150	**58,46**	**179,94**	207,8%
25	lisinopril	10	**42,68**	**108,21**	153,5%

Fuente: Red Book, 2010, EE.UU. y Kairos para Argentina
** EE.UU.: el precio es un promedio del precio del laboratorio innovador y de 5 productos genéricos.*
** Argentina: es el precio promedio de todas las presentaciones comercializadas. Tipo de cambio (dic. 2010 1 U$S = $ 4,00)*
** Precio: es el precio mayorista (venta a farmacia), para una presentación equivalente de 100 comprimidos, que es el envase comparable en EE.UU.*

Situación actual y perspectivas

La situación actual para la industria farmacéutica de acuerdo a la visión que tenemos en la Cámara, es que evidentemente estamos enfrentando un proceso de **caídas en las ventas**. En unidades, hay una caída del 4% en el primer semestre de 2014 y esta tendencia es difícil que se revierta. En este año se van a comercializar menos de las setecientos millones de unidades del año pasado.

También el **retraso de precios** es muy significativo por lo que se ha reducido sensiblemente la rentabilidad y provoca pérdidas en muchas compañías.

En la agenda pública referida a medicamentos, se presentaron un conjunto de **proyectos legislativos** en los últimos cuatro meses, **que creemos que no están orientados en una dirección correcta**.

La **producción pública de medicamentos** está **planteada como antinomia entre lo público y lo privado**. La industria farmacéutica que está nucleada en CILFA y, creo que esto es compartido con las otras cámaras, plantea que no debe existir una dicotomía, y que por el contrario tiene que haber una articulación entre lo público y lo privado. Y que, por supuesto, el rol del Estado es muy importante en ciertos productos que son estratégicos como por ejemplo, los hemoderivados, las vacunas, los medicamentos que tienen que atender algunas enfermedades huérfanas o para patologías regionales como es el dengue, hantavirus, leishmaniasis.

Respecto a los **proyectos legislativos** se han presentado los que se mencionan a continuación:

- Dip. Glora Bidegain (FPV) y otros: Prescripción de Medicamentos sólo por Nombre Genérico.
- Dip. Carolina Gaillard (FPV) y otros: Creación de una Agencia Nacional de Laboratorios Públicos.

- Dip. Carlos Raimundi (Nuevo Encuentro): Creación de un Consejo Nacional de Regulación del Mercado de Medicamentos.
- Dip. Andrea García (FPV): amplía las prohibiciones de publicidad del art. 19 de la Ley 16.463 a las de alimentos asociados a procesos clínicos y complementos energéticos, entre otros.
- Dip. Oscar Dedczuk (FPV): Proyecto de fragmentación de medicamentos para patologías frecuentes de los jubilados.

Me voy a referir, específicamente, al proyecto de la diputada Bidegain, que es el que ha generado más preocupación.

Este proyecto está referido a la Ley que mencionó Carlos Vassallo del año 2002, que en realidad no es una Ley de Genéticos sino una Ley de Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico. La Ley tiene ese título porque en la Argentina, verdadera y técnicamente hablando, no hay genéricos. Los genéricos surgen en los mercados cuando a un producto patentado, se le vence la patente y entonces los laboratorios que fabrican genéricos pueden entrar a ese mercado, haciendo previamente los estudios de bioequivalencia correspondientes. La Argentina, como otros países de América Latina, tiene un mercado donde coexisten los productos innovadores, los productos multifuentes que son como los define la OMS. Dentro de los productos multifuentes ustedes van a encontrar los similares con marcas, similares sin marcas y los genéricos propiamente dichos.

La Argentina tiene un Programa por el que se realizan los estudios de bioequivalencia a todos los medicamentos que tienen ventana terapéutica estrecha, criterio que fue establecido por Disposición de ANMAT en el año 1999 y que después fue complementado con la bioequivalencia para los antiretrovirales y los inmunosupresores. Esta lista de medicamentos se amplió por una nueva Disposición de ANMAT, en el año 2012. Pero, hoy por hoy, se exigen ensayos de bioequivalencia en la Argentina

a, aproximadamente, sesenta principios activos. Es decir, no existen los genéricos como tal, sino los medicamentos que son fabricados por los que llamamos laboratorios generistas, que es otra cosa.

Como ustedes saben, CILFA defiende la marca, y es así porque para nosotros la marca es una cuestión de calidad y de prestigio del medicamento. Si bien todos los medicamentos que aprueba la ANMAT son prescribibles, las tecnologías y los procesos de aseguramiento de la calidad interna de los laboratorios, son diferentes. Los recursos que se aplican al aseguramiento de la calidad y todo lo referido a la documentación involucrada en las validaciones son muy importantes y sensiblemente diferentes entre los laboratorios.

La Ley del año 2002 establecía, como mostró Carlos Vassallo, de forma obligatoria en todas las recetas: el nombre genérico o Denominación Común Internacional. Pero, el médico podía incluir o recomendar una marca comercial. También, en el caso que lo considerara necesario podía justificar la no sustitución del medicamento por razones médicas.

Este proyecto de ley de la diputada Bidegain lo que plantea es que se modifique el Art. 2° de la Ley para que solamente se deba prescribir por nombre genérico.

Si se leen los fundamentos, se ve que estos se basan en datos erróneos y argumentaciones sin sustento, prejuiciosas y difamatorias, tanto para los médicos como para los laboratorios porque hace referencia a que existe una connivencia entre ellos para prescribir por la marca. Desde la Cámara planteamos que el nombre genérico tiene que estar en el 100% de las recetas y si el médico quiere colocarle la marca, tiene que ser voluntariamente. El paciente es el que tiene que hablar con el médico y consultarle si puede cambiar el medicamento prescripto por otro más económico. Ésta es una consulta que tiene que hacer el consumidor y el farmacéutico a su vez lo podrá asesorar, es

un tema de información. Pero cuando se lee el Proyecto de Ley parece que existiera una campaña para que no se prescriba por nombre genérico y ello es falso porque no existe tal connivencia entre los médicos y los laboratorios

Además, en las recetas de PAMI ustedes pueden ver que tiene dos casillas en donde una dice nombre genérico y la otra marca comercial. De acuerdo a la información que tenemos del PAMI, el 12% de las recetas incluyen sólo el nombre genérico y el 83% el nombre genérico y la marca comercial. Por lo cual en el 95% de las receta del PAMI se respeta lo que dice la ley, o sea hay un 5% de recetas que están incumpliendo y esto lo pueden chequear directamente con la información que les puede proporcionar el PAMI.

El fundamento de la Ley menciona: "*a principios de 2006 el negocio de los genéricos alcanzó el 40% del mercado, pero los últimos datos de 2013 lo sitúan en el mejor de los casos entre el 9 y 10%*". Esto de acuerdo a los datos proporcionados por IMS es totalmente falso, como pueden observar:

	Unidades	En valores
Año 2006	*3,5%*	*2,0%*
Año 2013	*4,1%*	*2,2%*

De ahí están tomadas las estadísticas de los Laboratorios que nosotros consideramos generistas, es decir, los laboratorios que están nucleados en CAPGEN (Cámara Argentina de Medicamentos Genéricos y de Uso Hospitalario), laboratorios que tenían una venta institucional y que tienen una venta directa a farmacias. En esta lista de laboratorios que hicimos para hacer este cálculo, hay algunos que operan en CILFA pero de ninguna manera pueden sostener esas cifras que están en el Proyecto de Ley que presenta la diputada Bidegain.

Conclusiones

La industria enfrenta un panorama incierto, como las restantes actividades productivas y de la propia cadena de comercialización. Hay una indefinición con respecto a qué va a pasar con el ajuste de precios. El ajuste de precios de los medicamentos este año ha sido solo del 4%, que es el que pudo aplicar la Industria sobre los niveles existentes al 31 de diciembre, según los acuerdos suscriptos en febrero de 2014 entre las Cámaras de la Industria y el Ministro de Economía Axel Kicillof y el Secretario de Comercio Augusto Costa.

Estamos esperando que la Secretaría de Comercio defina una pauta para aplicar a partir de septiembre una vez finalizado el congelamiento de precios que estableció esta misma Secretaría hace dos meses.

Desde CILFA queremos defender a las empresas, porque la vocación de los empresarios que están nucleados en nuestra Cámara en invertir en el país, mantener los recursos humanos que tenemos y que evidentemente tiene una alta calificación y contribuir al mejoramiento del acceso de los medicamentos a nuestra población.

En definitiva, defendemos el carácter estratégico que tiene la industria farmacéutica para nuestro país y para nosotros.

Bueno esto es todo, muchas gracias.

Evolución del mercado de medicamentos en los últimos 15 años. El caso de los convenios entre laboratorios y financiadores

Gabriel Boccanera

Buenos días, en primer término quería agradecer a FEFARA y a Carlos Vasallo por la gentileza de la invitación, al Colegio de Farmacéuticos de San Luis por la hospitalidad, y a mis compañeros de exposición por estar juntos aquí.

Recién pensaba en principios muy caros a los economistas: uno es el de coordinación espontánea, hace pocos minutos afortunadamente me enteré que tanto Miguel como Víctor Hugo iban a hablar de cosas diferentes, lo cual me dejó más tranquilo. El segundo principio es el de los grados de libertad: a veces en la profesión y en la vida uno cree que tiene N grados de libertad y me acabo de dar cuenta que tengo N menos uno, porque veo una multitudinaria presencia de futuros farmacéuticos con lo cual me voy a ver obligado a explicar alguna cosa que ellos no tienen por qué saber.

Es prácticamente imposible entender lo que implica para la industria farmacéutica argentina este tema de los convenios sin comprender su historia, en estos últimos 17 años. Por lo tanto, voy a hacer una síntesis de lo que ha sido la **situación de la industria en la década del 90**, un listado no exhaustivo pero por lo menos relevante en cuanto a la trascendencia.

El contexto regulatorio en la década de los ´90

Como primer tema, el de los **estándares de producción** o de las buenas prácticas de manufactura y demás, una cues-

tión que empezó a impulsarse a nivel internacional y a nivel interno en aquella época. Un segundo tema es el de **registro de productos**, a la luz de lo que era el entorno regulatorio y macroeconómico del país en aquel momento. La tercera cuestión también relacionada a la anterior, el **régimen de precios**.

La industria farmacéutica a raíz de lo que fue el régimen económico imperante en aquel momento gozó de libertad de fijación de precios de los medicamentos algo que tiene bastante importancia a la luz de lo que está ocurriendo en este momento. El otro tema es el de **la propiedad intelectual**, extremadamente controvertido en todos los países del mundo y que a partir de la aprobación del acuerdo, a fines del año 94 o 95, la creación de la Organización Mundial del Comercio y el establecimiento de los estándares mínimos en materia de propiedad intelectual se generó la necesidad de modificar la Ley argentina. Esta provenía del siglo XIX y, por otro lado, tenía diverso impacto en la industria farmacéutica argentina según sea el origen del capital de las empresas. Finalmente, vinculado con lo anterior el **entorno macroeconómico** de desregulación y liberalización de la economía.

Ese es el contexto que debía enfrentar la industria farmacéutica argentina, en la década del 90.

El problema del acceso al mercado en los ´90

Con respecto a algo más específico de la industria farmacéutica, identifiqué determinadas cuestiones que tenían un estrecho vínculo con el comportamiento comercial de los laboratorios en aquel momento, una de ellas, era la de los **márgenes comerciales** una herencia del contexto de la década del 80. A los más jóvenes les explico que, desde el punto de vista económico, fue una época de alta inflación, de hecho mucho más elevada que la de hoy, y los márgenes de fijación de precios de los productos estaban establecidos en función de ese contexto y eso no se modificó.

La segunda cuestión, es el tema de las **mandatarias** (en Estados Unidos las PBM, Pharmaceutical Benefits Management) habían alcanzado un crecimiento muy significativo como intermediadores en el mercado del financiamiento del gasto en salud, generando efectos distorsivos notorios y condicionando los márgenes. Por otro lado, contaban con una diversidad de modelos de funcionamiento, había droguerías que tenían mandatarias propias, mandatarias independientes y en algún caso había algún financiador de salud que tenía su propia mandataria. Esto había generado una situación caótica, en aquel momento, que condicionaba los márgenes de toda la cadena de distribución, generando una innumerable cantidad de conflictos: entre laboratorios, laboratorios con financiadores, laboratorios con farmacias, etc. Todo ello en una forma bastante inorgánica y muy diferente al escenario actual.

Las **cadenas de farmacias** tuvieron bastante eco y promoción inclusive vinculando al mercado del *retail* en otros mercados pero que no tuvo mayor expansión en aquel momento.

Otra cuestión que es esencial en el mercado y en la situación que estoy mencionando, es la existencia de los **formularios o vademécum** que proliferaban a lo largo de todo el país con diversidades de coberturas, acceso y participación de los laboratorios, y condicionando el funcionamiento y la lógica interna de las empresas en materia comercial.

La **industria**, a mi juicio, **identificando ese problema de acceso al mercado, considera que hay una alternativa** a explotar y es la **captura de contratos**. Una experiencia inédita a nivel mundial, con un solo antecedente muy limitado con los laboratorios farmacéuticos españoles, los que simplemente colaboraron solidariamente en el déficit del Sistema Nacional de Salud. Les voy a comentar cuáles fueron los **principios generales de esta iniciativa**:

- Formularios abiertos.

- Libertad prescriptiva.
- Libertad de precios.
- Coberturas variables.
- Universalidad en la participación de la cadena de distribución.
- Aportes de los integrantes de la cadena de distribución.
- Administración y auditoría propias.
- Extensión en el tiempo.

Los formularios abiertos implican igualdad de tratamientos para las drogas cubiertas (algunos a veces entienden como la existencia de todas las drogas). La principal preocupación de los laboratorios farmacéuticos siempre ha sido la equidad y la igualdad del tratamiento de todos y por lo tanto la competencia en el mercado.

En cuanto a la libertad de precios, estaba garantizada no para los medicamentos en particular sino como situación general de la economía.

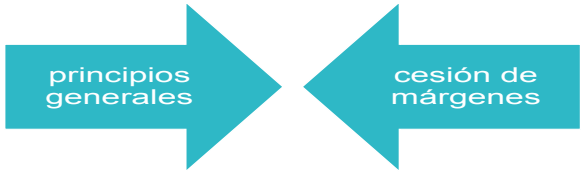
Las coberturas variables era una cuestión que los laboratorios estaban absolutamente dispuestos a aceptar y de hecho así lo hicieron.

Hoy por hoy, ustedes saben muy bien que más allá de las exigencias del PMO o de leyes provinciales, la industria farmacéutica participa en diversos contratos en los cuales hay una diversidad de coberturas.

Me voy a referir particularmente a un principio general que va a generar alguna sensibilidad en los farmacéuticos. La universalidad en la cadena de distribución, es decir, que toda la cadena de distribución estuviera incluida en este nuevo escenario que no hubiera discriminación en contra de nadie, que voluntariamente todos pudiesen participar y que, vinculado con eso, todos hicieran un aporte económico.

Después esto cambió parcialmente, por la necesidad de administración y auditoria propias, y después la extensión en el tiempo es decir, la necesidad que esto no fuera únicamente un mecanismo de emergencia sino algo que perdure en el tiempo en función de un proceso de negociación lógico y abierto con cada uno de los financiadores.

A partir de allí veo esto como un *trade-off*: mantener los principios generales a cambio de una sesión de márgenes comerciales.



Modelos de financiamiento alternativos

Ahora les voy a comentar como se fue desenvolviendo esto a lo largo del tiempo. En principio había una cuestión a resolver y es qué modelos iban a incluir la participación de la industria farmacéutica. Existen dos modelos puros, aunque hay matices



e intermedios, y ellos son: un **modelo prestacional** y, como alternativo, un **modelo capitado** o como tenemos en el PAMI, un modelo de suma fija.

En la diapositiva pueden observar las características esenciales de cada uno. Estos dos modelos, de una forma o de otra en algún contrato, han venido transitando este camino desde aquel momento hasta hoy.

Modalidades de convenios

Con dos mercados completamente diferentes, el **"Ambulatorio"** y los productos para **"Tratamientos especiales"**. Este último, al comienzo, era un mercado que tenía una magnitud y presencia muy limitada. Pero que con el correr del tiempo, a la luz de lo que ha sido la tasa de innovación de la industria farmacéutica a nivel mundial y su impacto en Argentina, ha crecido enormemente.

Dentro de la lógica del convenio, ambos tipos medicamentos tienen grandes **diferencias** en cuanto a funcionamiento, cosa que los farmacéuticos lo conocen perfectamente bien y algunas de ellas son:

- Los **participantes y cantidad de beneficiarios,** en el caso de los medicamentos ambulatorios, la cantidad de laboratorios es muy numerosa y obviamente el universo beneficiario también. En cuanto a los otros, nosotros hablamos habitualmente de medicamentos de baja incidencia y alto costo, por lo tanto la cantidad de pacientes es muy reducida. Se han ido agregando patologías y en varias de ellas la cantidad de pacientes es muy pequeña, a tal extremo que existen las enfermedades huérfanas donde es ínfima la cantidad de pacientes afectados.
- La industria farmacéutica ha organizado esta cuestión desde el punto de vista de la **administración**, con dos

administradoras diferentes, como hoy mencionaban una de ellas, Farmalink y acá aparece el desafío. Farmalink es un administrador cuya propiedad es de los laboratorios farmacéuticos a través de las cámaras. La otra administradora paralela es la que administra el segmento de medicamentos para tratamientos especiales.

- La **logística** es algo diferente en el caso de los dos mercados, para los medicamentos ambulatorios la cadena comercial se mantiene. En el caso de los medicamentos para tratamientos especiales, los productos se manejan con un mecanismo de consignación donde el laboratorio, en realidad, no vende el producto sino que lo coloca en una droguería y cuando aparece la necesidad de entregarle a un paciente en la farmacia, esta administradora coordina todo el proceso logístico de manera tal que las droguerías entreguen el producto a las farmacias, éstas a los pacientes y semanalmente los laboratorios vayan reponiendo los faltantes en cada una de las droguerías que participan en cada convenio.

- El **acceso**, palabra muy de moda en nuestro ambiente en los últimos años, que desde el punto de vista de la industria farmacéutica como les mencioné antes, siempre se ha pregonado que fuera abierto pero tenemos el caso del PAMI en este momento, donde a pesar de la intención de los laboratorios farmacéuticos, el financiador tiene otra postura. De hecho, en este momento, el PAMI tiene una postura que viola una propia norma firmada con los laboratorios farmacéuticos que es la incorporación de nuevas moléculas. Hemos firmado un documento hace un par de años y pese a esa firma el PAMI deja de incorporar nuevas moléculas, sin ningún tipo de condicionantes, donde podría haber alguna evaluación. Sin embargo, no lo hace.

- En materia de **precios**, vinculado al tema logístico, en

el caso de los medicamentos ambulatorios, el precio de referencia es el precio de venta al público y en el caso de los medicamentos de tratamientos especiales obviamente frente a un mercado tan complejo, existen distintas fórmulas para fijar precios sin afectar la rentabilidad de los laboratorios, por supuesto preservando los presupuestos de los financiadores.

- La cuestión del **déficit** vinculado a lo que les comentaba antes de los modelos de financiamiento, hay en ambos casos situaciones de convenios prestacionales y convenios capitados o eventualmente suma fija y alguna combinación de ambos.

La primera experiencia de captura de contratos: el convenio PAMI-Industria de 1997

En relación a este tema voy a hacer más énfasis en el segmento ambulatorio que tiene más incidencia en la economía de las farmacias e ilustrar el impacto, hoy por hoy, en las farmacias.

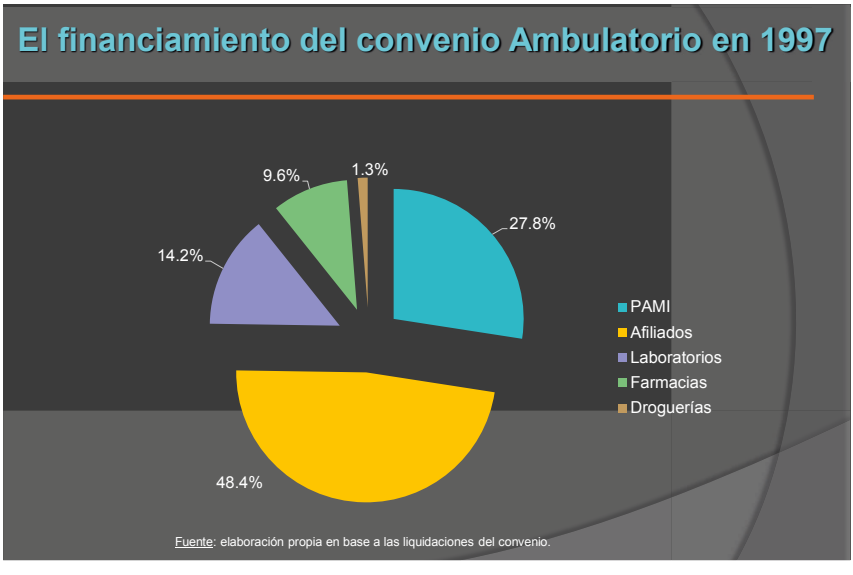
Como dice el título, el primer antecedente fue el convenio de PAMI en el año 1997, un convenio que la industria farmacéutica venía llevando a cabo con el PAMI desde hacía varios años. En ese momento el PAMI decidió desprenderse de ese convenio y la industria farmacéutica pasó a administrarlo.

Las **características** que tenía ese **convenio** en aquel momento, eran:

- formulario semi-abierto.
- altas de productos con frecuencia variable.
- coberturas variables 30 % - 100 %.
- aportes diferenciales por banda de cobertura (13,5 % en promedio).
- déficit con financiamiento solidario.

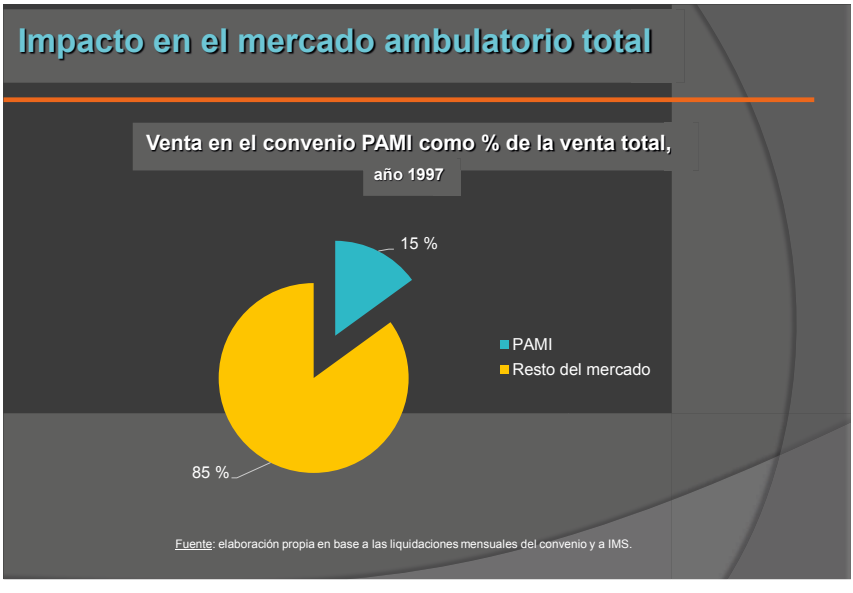
Vamos a ver ahora como cambió esto y en qué magnitud. Había una cuestión que varios, al menos yo, la subestimamos y es que cuando la industria farmacéutica capturó ese convenio, se planteó la cuestión de un eventual déficit y, en realidad, se pensó que sería eficiente, que no iba a haber déficit. Pero sí lo que iba a haber, era un gasto de administración, que lo distribuiríamos entre todos solidariamente. Se estableció un mecanismo solidario, participación en las ventas, un mecanismo diferente pero muy parecido a eso y ahí parecía que terminaba la historia. Pero la historia cambio bastante al poco tiempo y generó un nivel de conflicto importante entre las empresas que, a veces, no trasciende tanto afuera de los laboratorios y generó mucha controversia pero que en los últimos años se ha simplificado mucho.

En el siguiente gráfico de torta quise hacer una fotografía con lo que fue el arranque de ese convenio en el año 1997, que les vuelvo a repetir era la única experiencia de la industria farmacéutica co-financiando el gasto en medicamento. Las farmacias ponían casi el 10 % del precio de venta al público y los laboratorios el 14%, después ponían las droguerías, que hoy no



lo hacen. La cobertura promedio en aquel momento era el 53% en promedio.

El impacto comercial que tenía el convenio en aquel momento era el siguiente: el convenio PAMI representaba el 15% de la venta en el mercado total, había laboratorios que eran más PAMI dependientes, pero no había laboratorios que superaran el 20% en aquel momento de la venta PAMI.



Esa fotografía se convirtió, con el paso del tiempo, en algo más preocupante de la cual ya empezamos a ver algo en el siguiente gráfico. La depresión que se puede observar corresponde al período 2001-2002, con todo el conflicto con el financiamiento y demás. Esta gráfica abarca la venta de medicamentos ambulatorios en el convenio durante todo el periodo de administración del mismo. Si realizamos dos cortes, desde esa depresión hasta el comienzo del año 2009 se podría visualizar una recta, con pequeños altibajos, el consumo en unidades se mantuvo. A partir de allí empieza a crecer con una tasa más moderada de lo que fue en los últimos años.

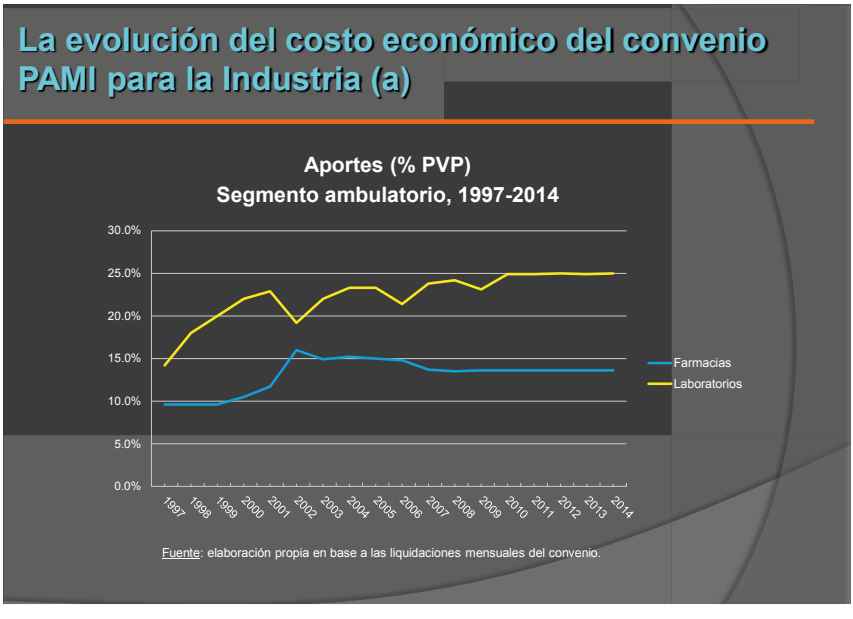
Ustedes podrían decir que hasta allí es una descripción meramente estadística, pero me parece que lo más interesante para ilustrar es un gran condicionante en la administración de los contratos, la realidad que allí se esconde. No digo que sea una realidad muy simple ni mucho menos, seguramente tendrá alguna complejidad pero también es cierto que tiene la importancia de algunos ingredientes, que a mi juicio son decisivos, en este caso la cantidad de beneficiarios del PAMI. Tomé dos valores relevantes que es la cantidad de beneficiarios que tenía el Instituto en el año 2009, aproximadamente, cuatro millones y hoy casi cinco millones de personas; esto es en cinco años, no es casual que el consumo haya crecido a ese nivel.



También hice la película de lo que fueron los aportes de las farmacias y laboratorios, colectivamente, a lo largo de todo el funcionamiento del convenio. Aclaro lo de colectivamente porque los farmacéuticos lo saben muy bien pero los estudiantes no tienen por qué saberlo, en este momento y a lo largo del tiempo,

las farmacias garantizaron un aporte colectivo que es el que fue variando pero intra-sector. El aporte fue variable dependiendo de la política de las agrupaciones farmacéuticas, del volumen de ventas etc. Esto ha tenido sus altibajos que es lo que refleja ese gráfico. Las farmacias aportaron menos de un 10% en el año 1997, en el convenio PAMI, y hoy, casi el 14%.

Los laboratorios arrancaron aportando menos del 15% y hoy aportan en promedio, aproximadamente el 25%. En realidad el acuerdo actual establece que los laboratorios y las farmacias por cada unidad vendida deben hacer un aporte del 38% sobre el precio de venta al público, como el aporte de las farmacias es variable, el aporte de los laboratorios es residual, es decir, depende del aporte de las farmacias.



En el caso de laboratorios que tienen concentrada la venta en Capital Federal con aportes de las farmacias muy elevados, el aporte del laboratorio va a ser bajo. Un laboratorio que vende mucho en Tierra del Fuego o Jujuy, donde las farmacias aportan poco, el aporte del laboratorio va a ser mucho más. Por supues-

to los laboratorios que tienen una distribución geográfica muy capilar, digámoslo así, tienen un aporte muy similar.

Hay una pregunta legítima que surge allí y es ¿por qué han subido estos aportes? Uno podría introducir una visión meramente política o de negociación, una puja donde un sector se ha llevado más. Acá por lo menos parece que hay dos que se han llevado menos, entonces entra a jugar otro ingrediente que es el tema económico.

Lamentablemente después que confeccioné la presentación me di cuenta que, tendría que haber adicionado algún gráfico más, pero permítanme la impertinencia de explicárselos.

¿Qué está detrás de esta suba del aporte de las farmacias y de los laboratorios a lo largo del tiempo? Hay dos cuestiones esenciales, una es la cobertura promedio del PAMI, en el año 1997 era del 53% sobre el precio de venta al público, hoy es el 58%, es decir, la cobertura subió cinco puntos, dejando de lado el mecanismo de la Resolución N° 337, meramente por modificaciones de las coberturas y/o sesgos hacia el consumo de productos con mayor cobertura.

Es decir, hay cinco puntos donde hubo necesidad de cubrir y no lo hizo el PAMI lo tuvieron que cubrir laboratorios y farmacias. De ahí resulta que los laboratorios subieron diez puntos, las farmacias cinco puntos y hay quince puntos para explicar, ¿dónde están los 10 que faltan? La respuesta es el déficit, es decir, el PAMI durante muchísimo tiempo pagó una suma fija que cuando fue llevada a expresión de porcentaje de precio de venta al público a lo largo del tiempo, generó un impacto de mayor aporte de los laboratorios y de las farmacias. El que terminó ganando en el tiempo es el PAMI en cuanto a la cobertura específica del convenio ambulatorio.

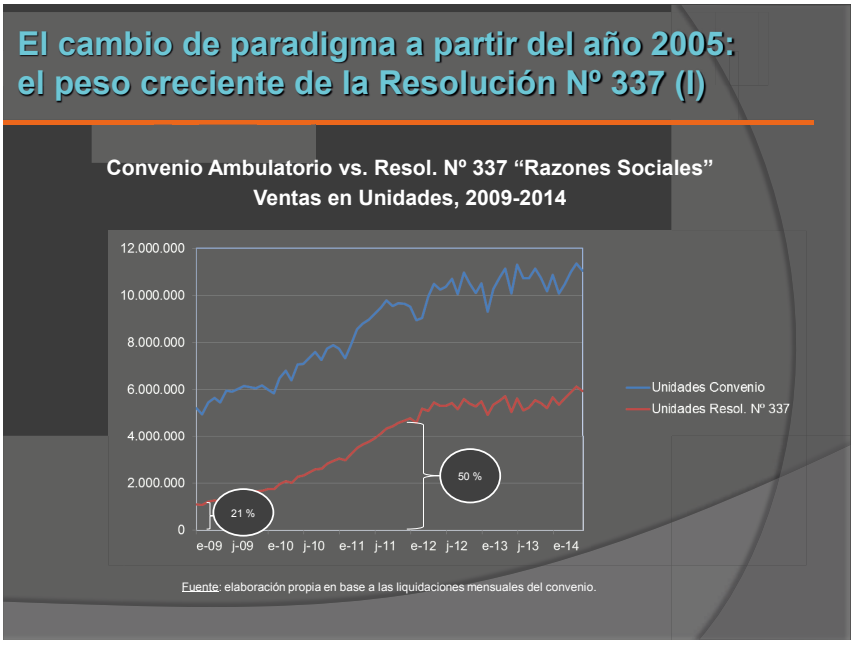
Recién mencioné la Resolución N° 337 es una Resolución interna del PAMI del año 2005, que en realidad en los hechos no

se cumple, pero que tiene un impacto diferencial en el segmento de los medicamentos ambulatorios y tratamientos especiales. Creo que en realidad significa algo diferente en un segmento respecto del otro. En el segmento ambulatorio, lo que implica esta Resolución, es que el PAMI, bajo determinadas circunstancias, les ofrece una cobertura del 100% a los pacientes que demuestran estar bajo la categoría de subsidios sociales, eufemísticamente los llamo pobres y/o pacientes crónicos. Esto que suena bastante lógico como medida es algo que se ha concedido de una forma bastante ligera y ha desequilibrado apreciablemente las cuentas del convenio.

En el segmento de tratamientos especiales, esta Resolución significa algo completamente diferente, es una especie de sub-convenio paralelo, mediante el cual a diferencia del convenio principal de productos para tratamientos especiales que está capitado, es un convenio prestacional en el cual se canalizan las ventas de las drogas de última generación que describió previamente Víctor Hugo, los anticuerpos monoclonales, biotecnológicos y demás drogas de alto costo.

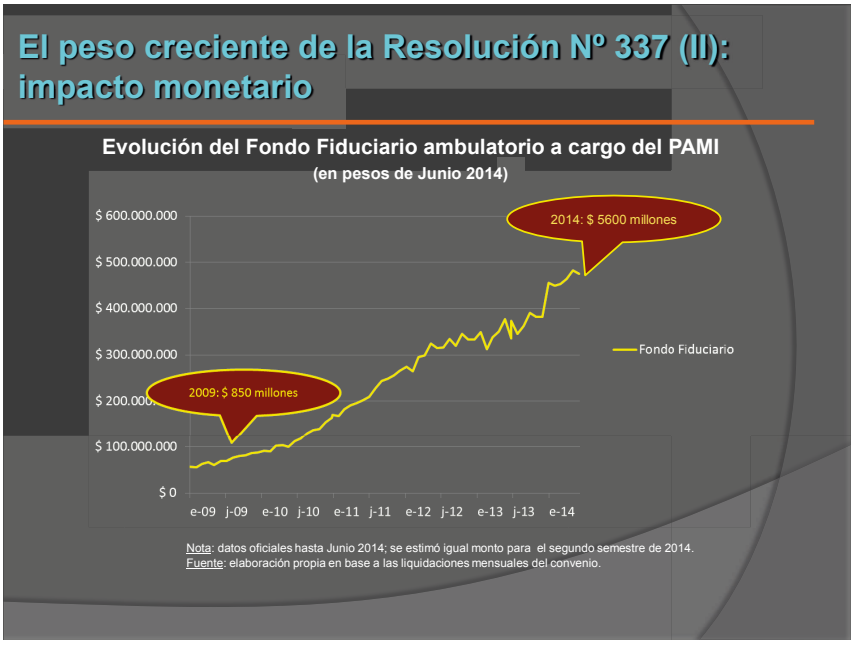
Quiero focalizarme sobre lo que ha representado en el tema de los convenios, particularmente el del PAMI, la Resolución N° 337 respecto del segmento ambulatorio. En el siguiente gráfico se muestra el relevamiento que hice de las unidades vendidas en el convenio ambulatorio y en la Resolución N° 337, desde el año 2009. La Resolución está vigente desde el año 2005. En color blanco está destacado que en el año 2009, la venta canalizada a través de la Resolución representaba el 21% de las unidades vendidas en el mercado ambulatorio y en el año 2012, esta proporción alcanzó el 50%, más del doble en tres años.

Ustedes se preguntaran, ¿qué importancia tiene desde el punto de vista económico? En realidad, al ofrecer esta cobertura adicional a un paciente, por ejemplo al que tiene un producto con un 60% de cobertura, el PAMI le garantiza el 40% adicional. Esto implica más dinero a cargo del PAMI con un detalle,

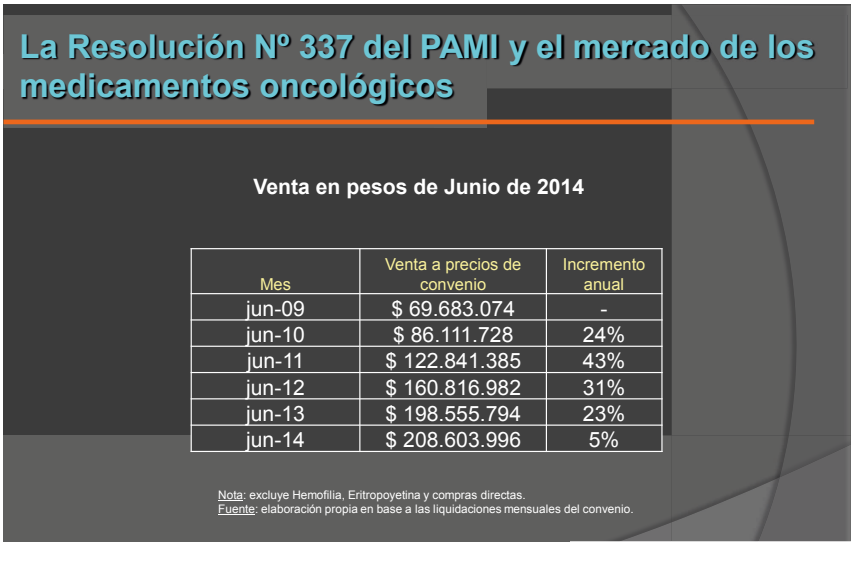


PAMI en realidad ese dinero lo paga tardíamente. Dicho dinero es anticipado por los laboratorios a las farmacias lo que genera un costo financiero para farmacias y laboratorios. Si ese costo financiero, era sobre un segmento que representaba el 21% de las unidades vendidas en el año 2009, en tres años más que se duplicó. Por eso tenemos el nivel de conflictividad cotidiano y, creo, que esa es la gran cuestión sobre la cual, como a veces hacemos los economistas, no tengo la respuesta.

El financiamiento de la Resolución N° 337, el PAMI lo hace a través de un fondo fiduciario. A los pocos días que lo implementó quedó totalmente desfinanciado, con lo cual el origen de este fondo no se conoce. Como estamos en un contexto de marcada inflación expresada en pesos constantes de hoy, ustedes podrán observar los números cinco años después, lo que implican desde el punto de vista económico para el PAMI, el financiamiento sólo de la Resolución del segmento ambulatorio. Observen la cantidad de millones de pesos de diferencia en muy pocos años.



En la siguiente diapositiva se puede observar las cifras, que llaman un poquito la atención, que corresponden a la Resolución N° 337 del segmento de oncología (excluye hemofilia,



Mes	Venta a precios de convenio	Incremento anual
jun-09	$ 69.683.074	-
jun-10	$ 86.111.728	24%
jun-11	$ 122.841.385	43%
jun-12	$ 160.816.982	31%
jun-13	$ 198.555.794	23%
jun-14	$ 208.603.996	5%

eritropoyetina, compras directas y demás) de la mitad de cada año, de los últimos 5 años. Fíjense el crecimiento marcado que tiene en los primeros tiempos y luego se moderó. Esto es aparente porque habría que hacer toda la serie continua. Pero ese crecimiento se moderó pese a lo cual en pesos constantes es muy significativo.

Secuencia del proceso de captura de convenios

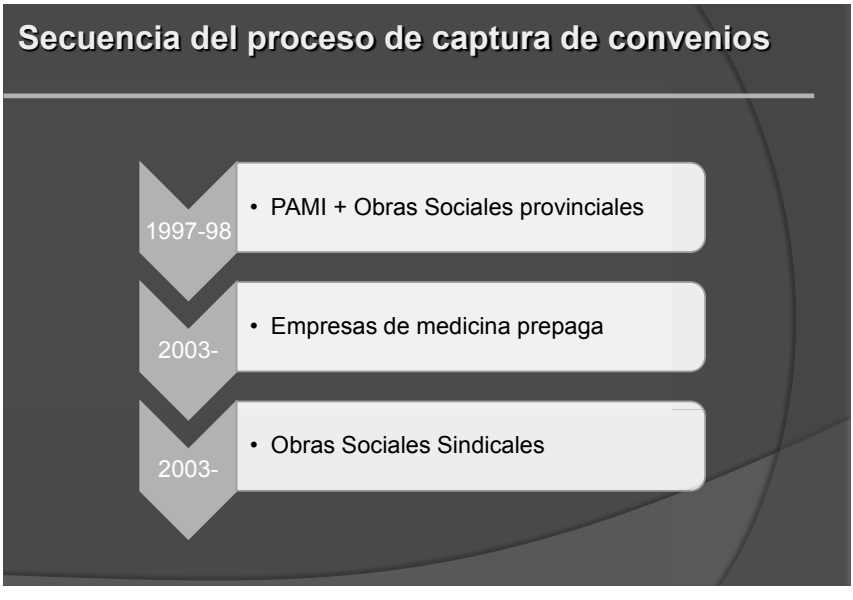
Este proceso de captura de contratos tuvo la primer experiencia, en este proceso de prueba y error que llevaron adelante los laboratorios y las farmacias, a través del convenio PAMI pero se fue expandiendo a lo largo del tiempo, a veces más aceleradamente y otras más lentamente, a otros financiadores de salud.

En la siguiente diapositiva se puede observar, algunas fechas o hitos que marcaron el crecimiento del volumen del negocio.

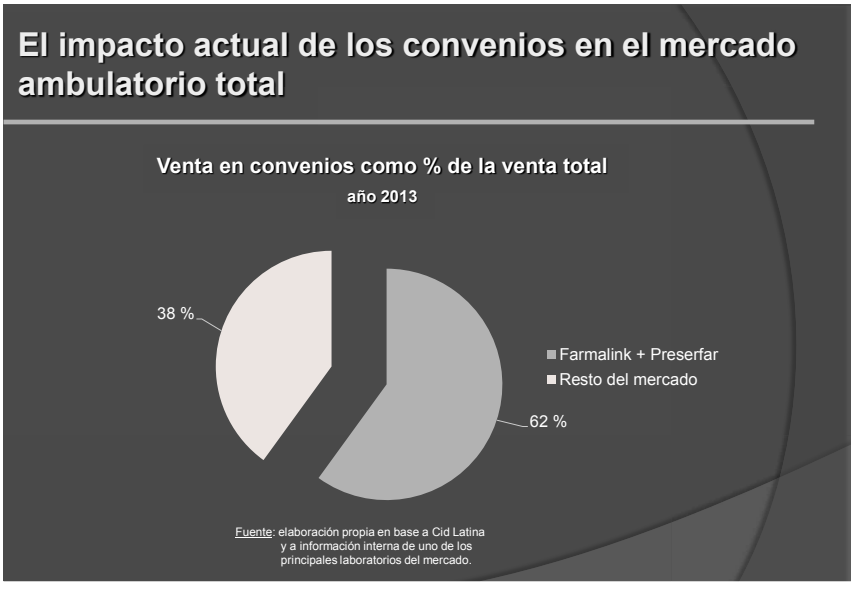
En el **año 1997 o 1998**, aparecieron varios convenios con financiadores provinciales, como por ejemplo con: IPROSS (Rio Negro), IOSCOR de Corrientes, IPAM luego APROSS (Córdoba) iba a venir más adelante, SEROS (Chubut).

Luego en el **año 2003** se ordena algunos contratos que tenía Farmalink cuando funcionaba como una mandataria privada fuera de la órbita de toda la industria farmacéutica. También pasan los contratos con financiadores privados en cualquiera de sus modalidades es decir, empresas de medicinas prepagas, hospitales de comunidades y prepagos médicos, etc.

También **a partir del año 2003**, con las obras sociales sindicales. Con un detalle no menos, el universo de participantes o la lógica, cambia y no se circunscribe a todos los laboratorios, a toda la industria sino a un grupo de laboratorios organizados a través de PRESERFAR que no es una mandataria sino que es una empresa que representa los intereses de un grupo de laboratorios, numerosos, pero no deja de ser un grupo de laboratorios.



En este gráfico están representados los datos proporcionados por uno de los laboratorios más grandes del mercado, con relevamientos propios de todo un año. El impacto en la venta de ese laboratorio, de productos de ventas éticas ambulatorias



generado a través de los convenios es del 62% de la venta medida en pesos. Eso en el año 1997 era del 15%. Fíjense la dimensión que ha tomado, en el año 1997 era exclusivamente convenio PAMI con el 15% del mercado, hoy por hoy es PAMI y cientos de convenios más que representan un 62% del mercado. Traducido al lenguaje de economistas en un 62% de la venta, el precio de los medicamentos esta subsidiado por los laboratorios y por las farmacias.

Los interrogantes pendientes...

Quise plantear algunos interrogantes para que podamos discutirlos:

- **¿La tasa de incremento del gasto de la Resolución Nº 337 es sostenible?**

  Si considero lo que expresaron hoy los expositores con respecto al funcionamiento de la economía en general, situación macroeconómica actual y demás, podemos pensar que como mínimo es dudoso que sea financiable.

  Otro interrogante sería ese ajuste, en qué momento del tiempo se va a dar, a través de qué mecanismos. En la Argentina no es lo habitual, pero lo ideal sería que fuera una cuestión administrada.

- **Restricción presupuestaria "blanda" PAMI-ANSES**

  El PAMI tiene una restricción presupuestaria blanda, lo que significa que aun suponiendo lo anterior, PAMI no tiene una libertad en el manejo de su presupuesto es decir, con más o menos regularidad, el gobierno central le saca dinero al PAMI, pone un bono no sabemos cuándo, no sabemos si se lo devolvió. ANSES hace lo propio, es decir, otro segundo interrogante vinculado con esta expansión del gasto.

- Con respecto a los **Laboratorios** ¿Cómo se va a ensamblar este desequilibrio macro con el funcionamiento de la industria farmacéutica desde el punto de vista comercial y con el funcionamiento de los convenios en especial?

  Lo que se está viendo es un mercado que va camino a un estancamiento, un retraso en los pagos en el último año y medio. La tarea burocrática nuestra de hablar con financiadores y reclamar pagos y demás, se ha incrementado drásticamente, los farmacéuticos lo saben mejor que nosotros. Todo esto puede derivar en algo económico y llevar a concentración de ventas.

  En cuanto a los aumentos de precios, los laboratorios farmacéuticos hemos tenido una situación muy perjudicial durante la gestión del ex Secretario Moreno. Los medicamentos subieron en promedio 12% ó 14% por año, con una inflación que superaba el 25% y las actuales autoridades ni siquiera se hacen cargo de ese escenario. Esto es en el marco de una inflación alta es decir, el problema del precio de los medicamentos no está en el marco de un plan de estabilización.

  La última cuestión, con la cual los dueños de los laboratorios están muy preocupados, es la vinculada con el reconocimiento de los porcentajes de aumento salarial, que Jorge describió en la exposición. Es algo que no es sostenible en el tiempo a partir de las condiciones macroeconómicas y la situación comercial de los laboratorios farmacéuticos.

- Con respecto a las **Farmacias**: no cambia demasiado, el mercado estancado las afecta de la misma forma, ni que hablar del retraso en los pagos y una cuestión muy específica y que veo con muchísima preocupación es la concentración de la venta en las farmacias por medio del mecanismo de la Resolución N° 337, es algo que

está sesgando la solvencia financiera y económica de muchas farmacias. Ahí considero que va a tener que haber alguna discusión intra-farmacias, probablemente redistribuyendo aportes y premiando a la que recibe más venta por esta Resolución, eso significa que las farmacias no reciben dinero en mostrador. En cuanto a los aumentos de precios, por supuesto, impactan de la misma forma a las farmacias que a los laboratorios.

Existen **tensiones internas** que no sé cómo se irán resolviendo y ellas son:

- El "modelo Farmalink", un modelo abierto donde están todos los laboratorios, las farmacias *versus* el "modelo Preserfar" dónde están casi todos. Esta es una tensión que se puede acentuar en la medida que las circunstancias económicas se vayan agravando y cuya dirección ignoro pero identifico.

- El papel de los laboratorios que tienen otro modelo de negocio cuya incorporación al modelo de los convenios no está retaceada ni mucho menos pero que quizás pueden verse impulsados a tener un papel mucho más protagónico que el que han tenido hasta ahora.

- Los laboratorios enfocados en tratamientos especiales y el tema que tiene que ver con lo que explicó Víctor Hugo es decir, la irrupción de las drogas de última generación y el impacto económico. Es necesario que esos recursos tengan una racionalidad en la asignación y me parece que esa va a ser una cuestión que se va venir inevitablemente. Porque esa racionalidad se impone desde financiadores, administradores y participantes o lo hace de una forma caótica el mercado en un contexto que no creo que sea el mejor escenario. Se va a tener que trabajar en materia de evaluación de tecnologías y demás.

Todo lo anteriormente mencionado con **nuevas restricciones económicas y regulatorias**, pensando en términos de la lógica que era en el año 1997 probablemente un escenario bastante benevolente para la industria farmacéutica, dejando de lado la crisis mexicana del año 1995 y la crisis de fines de los 90.

El escenario de control de la tasa de aumento del precio de los medicamentos, estos no tienen el precio controlado tienen controlada la tasa de aumento de los precios o sea que los precios de lanzamiento no están controlados y si esto sigue así volveremos al escenario de los 80 donde había una obligación de reemplazar con frecuencia los productos debido al control de precios, que tenían.

La caída del nivel de actividad económica, esperemos que sea una cuestión con un impacto transitorio porque si no va a condicionar todo este escenario.

En relación a ello el impacto de dicha caída sobre el sostenimiento de la seguridad social, sobretodo en el caso de las Obras Sociales provinciales es preocupante más allá, de que irónicamente estas se financian con aportes de empleadores y empleados.

Y un tema no menor, sobre el cual todos los laboratorios estamos seriamente preocupados son las regulaciones *ad hoc*, para decirlo muy suavemente, diría arbitrarias e inesperadas sobre el comercio internacional, las famosas declaraciones juradas de importación. En nuestra cámara tenemos dos laboratorios que están haciendo una expansión de planta y no les autorizan la importación de productos, una cosa irónica, ni siquiera las autoridades entienden la razón de esto.

Este es un interrogante que no puede pasarse por alto, aun en el marco del funcionamiento de los convenios.

Muchas gracias a todos por su atención.



MESA N° 3

Políticas y Financiamiento del Medicamento

Coordinadora: Farm. Natalia Rodríguez
Vicepresidenta 2° de FEFARA

Buenas tardes. Esta mesa que le dedicamos al análisis de la realidad de las Obras Sociales, para nosotros, es muy importante porque estas constituyen actores fundamentales del financiamiento en el mercado del medicamento.

Además, queremos rescatar y agradecer a los que siempre aceptan participar en nuestras Jornadas y están presentes cada año dispuestos a contarnos sus experiencias.

En estas Jornadas contamos con la representante de la Obra Social de la Provincia de San Luis, DOSEP, la Farm. Silvia Cano que además de sus valores profesionales le reconocemos ser una gran colaboradora de nuestra Institución desde hace mucho tiempo. Y que, no es la primera vez que participa de estas Jornadas, pero siempre tiene algún aporte nuevo e interesante que traernos desde su rica experiencia.

También contamos con la presencia, por primera vez, del Director de la Obra social de la Provincia de San Juan, el CPN

Marcelo Delgado. Él está conociendo nuestras Jornadas, le damos la bienvenida y esperamos que en el futuro sea un habitué más de este encuentro.

Silvia Noemí Cano es Farmacéutica, recibida en la Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia de la Universidad Nacional de San Luis (UNSL). Cuenta con estudios de posgrado: Auditoría y Gestión Farmacéutica, Universidad ISALUD; Seminario Internacional de Actualización en Auditoria y Gestión Farmacéutica, ISALUD, Madrid - Barcelona (España); Especialista en Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica, Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia, UNSL. Es integrante de la Comisión de Fiscalización, Comunicación y Plan de Acción propuesto por el Programa Inspección de Farmacias dependiente del Programa de Fiscalización y Control Sanitario para el cumplimiento de la disposiciones de la Ley N° 5309 (Ley de Prescripción por Nombre Genérico) y su decreto reglamentario N° 2143-MS-2002, en toda la provincia, según Resol N° 1065-MS-2002. Integrante del Comité de Farmacovigilancia dependiente de la Gerencia de Coordinación y Gestión Administrativa del Ministerio de Salud de la Provincia según Resol N° 20-MS-02. 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.

Marcelo Delgado es Contador Público recibido en la Universidad Católica de Córdoba. (U.C.C.), Productor Asesor de Seguros (Superintendencia de Seguros de Salud). Cuenta con una Maestría en Gerencia y Administración de Servicios de Salud, UNC; Master Bussines Administration (M.B.A.), ESADE - Barcelona (España) - ICDA (Instituto de Ciencias de la Administración de la UCC); Post Grado de Gestión Gerencial, IAE – Universidad Austral. Actualmente es Interventor de la Dirección de Obra Social de la Provincia de San Juan. Ministerio de Salud Pública. Gobierno San Juan, desde Noviembre de 2.012.

Realizada las presentaciones escuchamos a los disertantes.

Silvia Cano

Buenas tardes a todos, como nativa de mi querido San Luis les doy la bienvenida a todos aquellos farmacéuticos que están presentes en estas Jornadas.

Quiero agradecer a las autoridades de FEFARA, en la persona de su presidente Manuel Agotegaray, colega y amigo, a Natalia Rodríguez, la coordinadora de la mesa, a todos los disertantes de nuestro país y del extranjero que nos honran con su presencia, a todos los representantes de obras sociales que estamos presentes para compartir, desde el punto de vista farmacéutico, las vivencias que vivimos en nuestras provincias y a todos los Ministros que también integrarán estas mesas para transmitir sus experiencias.

Déjenme, también, a título personal hacer un agradecimiento a quien fue y es al día de la fecha mi madrina profesional ya que me transmitió todas sus experiencias, enseñanzas, conocimientos, códigos, y no sólo como profesional, sino también como ser humano, a quien amo y admiro, que es Anita Giunta. Realmente un ejemplo a seguir en la lucha de la profesión farmacéutica. Y también quiero agradecer, como siempre lo hago, a mi colega y profesor José Cid, para mi simplemente mi amigo y compañero "Gallego".

Bueno, como dijo la locutora que me presentó, soy Farmacéutica, llevo 25 años en la profesión y hoy por hoy, me toca desempeñarme como Gerente de Servicios en la Dirección de Obra Social del Estado Provincial, DOSEP, que es la que nuclea a todos los empleados públicos de la provincia de San Luis, de los distintos poderes, como así también, afiliados voluntarios.



Esta es la fachada de nuestro edificio. En el momento que se sacó esta fotografía estábamos cumpliendo 60 años. Esto fue el año pasado.

Voy a hacer algunas consideraciones generales acerca del **gasto farmacéutico** que tiene **DOSEP**, nuestra obra social.

En principio voy a comenzar contándoles que tenemos una cantidad de 83.608 afiliados, que están divididos en:

- **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 Programa de Inclusión Social.** Éste es un programa muy importante, que vino a hacer justicia social e incluir a todos aquellos que estaban excluidos del sistema, que no tenían trabajo y mucho menos acceso a la salud.

DOSEP cuenta para el servicio farmacéutico con un **vademécum** muy amplio, de aproximadamente mil setecientas a mil ochocientas monodrogas y drogas–asociaciones.

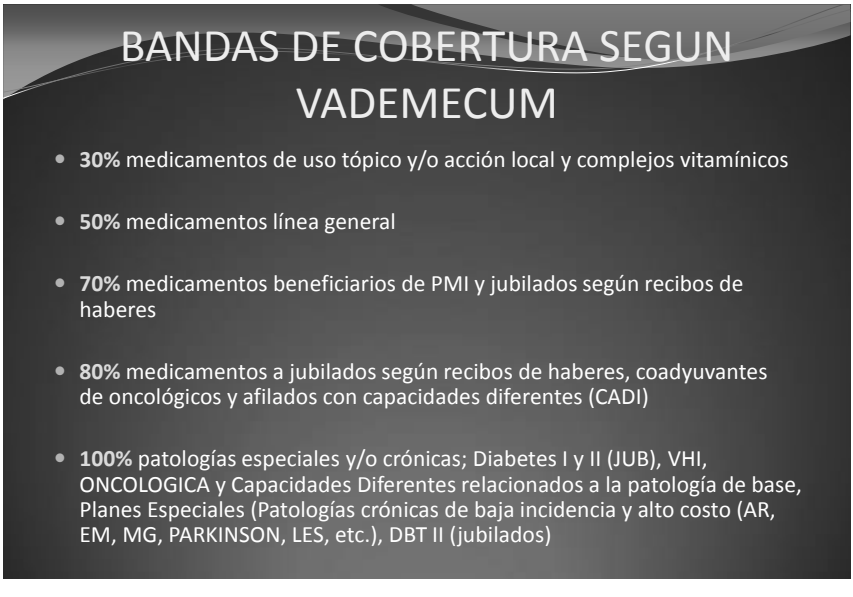
Prácticamente podemos decir que es un vademécum abierto, porque al tener nosotros en vigencia la Ley de Prescripción por Nombre Genérico y cuyo Decreto Reglamentario no permite hacer mención a una determinada marca, toda aquella monodroga o asociación de drogas que estén incluidas en el vademécum y que tenga distintas presentaciones de distintos laboratorios en el mercado farmacéutico están cubiertas por la obra social.

Las **bandas de cobertura** oscilan entre el 30% y el 100% y lo pueden observar en la siguiente diapositiva.

Por otra parte, les quiero comentar que contamos con un número importante de jubilados y que la cobertura que poseen en medicamentos oscila entre el 70% y el 80% porque existe un tope en función de la percepción de sus haberes. Es de cinco mil doscientos pesos para la cobertura del 70%, y de cuatro mil quinientos pesos, aproximadamente, para la cobertura del 80%. Es importante la cobertura que se le hace a este grupo más vulnerable de afiliados y cuyos sueldos oscilan entre cuatro mil y tres mil cuatrocientos pesos. Es decir, que la cobertura mayor es la del 80%.

Luego tenemos coberturas del 100%, para aquellas patologías crónicas, como la diabetes con insulinodependencia, las patologías de alto costo y baja incidencia, como la artritis reumatoidea, esclerosis múltiple, lupus, colitis ulcerosa, fibrosis

quística, entre otras. Los medicamentos que se utilizan para tratar estas patologías son sumamente costosos. También, se le brinda cobertura del 100% a aquellos medicamentos para afiliados discapacitados, que están directamente relacionados a las patologías de base y tenemos una cobertura del 80% para discapacitados que requieran consumir medicamentos que, si bien no están relacionados a la patología de base, si pueden ser coadyuvantes de la enfermedad. Igualmente, se cubre el 100% de todos los medicamentos quimioterápicos, asimismo, anticuerpos monoclonales que están protocolizados para ciertos tipos de cáncer y el 80% para coadyuvantes.



El **gasto total farmacéutico** de la obra social está compuesto por el pago de la provisión de:

- **Medicamentos ambulatorios**, que se realiza a las farmacias prestadoras de la obra social. Contamos con aproximadamente doscientas farmacias a lo largo de toda la Provincia de San Luis, adheridas a las distintas entidades farmacéuticas. Tenemos incorporadas a todas y con una muy buena relación.

- **Medicamentos de internación**, en las distintas clínicas y sanatorios prestadores, estos son provistos por ellos mismos mientras el afiliado está internado.

- **Medicamentos de alto costo y baja incidencia**, que son los que componen los distintos planes especiales de las distintas patologías crónicas y oncológicas. Estos son comprados desde la Obra Social mediante concursos de precios, invitando a las distintas droguerías proveedoras que se encuentran inscriptas también como proveedoras del Estado. Este tipo de medicamentos se dispensan a través de la farmacias de DOSEP que tenemos habilitadas. **Contamos con** un plantel de catorce farmacéuticos, que cubren la atención al público, la parte de compras, almacén de farmacia, envío de pedidos, auditores de terreno y en oncología, tanto en la dispensa como en la preparación o en la reconstitución de los citostáticos, tarea que hasta hace un poco tiempo atrás era realizado por enfermeros. Tenemos también, farmacéuticos en el interior de la provincia, como la delegación de Merlo y en Villa Mercedes. De modo que, la Obra Social cuenta con personal calificado con la suficiente experiencia como para poder gestionar desde la compra del medicamento, la dispensa, posterior evolución y la presentación de posibles efectos adversos.

Con respecto a la **incidencia del gasto farmacéutico** en el presupuesto de la Obra Social, si hacemos un análisis retrospectivo de lo que fue el primer semestre del año 2012-2013, tuvimos un incremento del presupuesto en un 30%.

El presupuesto está conformado por el aporte de cada empleado de la administración pública. Un total del 8%, conformado por el 4% del aporte neto sobre haberes percibidos por parte del afiliado y el otro 4% es por el aporte de la patronal, que en este caso sería el Estado. Además, lo que se recauda como coseguros y los aportes de los afiliados voluntarios, que tienen

una cuota fija por mes, que obviamente se va actualizando a los valores de mercado.

En el año 2013 la incidencia del gasto farmacéutico en el total del presupuesto mensual era de un 28,7%. Consideramos que habíamos mejorado porque veníamos de una incidencia muy alta del año 2011, de casi 50%. Se tomaron varias medidas para acotar el gasto pero de modo tal que no se viera resentida la calidad de la prestación farmacéutica, ni que los afiliados disminuyeran el acceso al medicamento.

Hoy, en el primer semestre del año 2014, la incidencia del gasto es del 38,4%.

Si hacemos un análisis para ver que **indicadores** son los que se ajustaron o los **que variaron considerablemente**, comparando igual período (primer semestre del 2013 y primer semestre del 2014) observaremos lo siguiente. El **aumento en los medicamentos** se vio reflejado en nuestros números en un 41%. Si bien se tomaron medidas por parte del Gobierno Nacional con respecto a frenar el aumento no podemos obviar las picardías de los laboratorios que, introduciendo en el mercado nuevas presentaciones, cambiándolas de treinta comprimidos a veintiocho, cambiando el volumen de gotas oftálmicas o para distintos tipos de patologías, llevaron a cabo un aumento encubierto.

El precio de salida al mercado de estas "nuevas" presentaciones, sigue siendo sensiblemente elevado respecto de la presentación anterior, y básicamente lo único que hicieron fue cambiar los colores de la caja, por lo que el valor unitario ahora por un comprimido vale cinco o seis veces más de lo que valía en el etiquetado anterior. Esto no deja de perjudicar a las finanzas de todas las obras sociales. Estoy hablando desde el punto de vista del gerenciamiento de la obra social, donde tenemos un presupuesto que es finito y que hay que administrarlo con sumo cuidado para que pueda alcanzar para todos y no solo para algunos.

Con la aparición de nuevos dispositivos tecnológicos, entre ellos los medicamentos y, particularmente, con el advenimiento de los medicamentos biológicos o monoclonales, hay laboratorios que tratan de imponer ciertas drogas que todavía no tienen la suficiente evidencia clínica a nivel mundial y tienen un costo altísimo para patologías muy poco frecuentes. La obra social tiene que hacer un esfuerzo terrible y equilibrar las cargas para poder cumplir con todos. Esto va en detrimento tanto de los recursos de la obra social, como del acceso al medicamento y la diversidad de prácticas médicas que necesita cada ser humano para atender su salud.

Por eso, yo me pregunto desde mi humilde lugar, por qué no acordamos las obras sociales o todos los actores que intervenimos en la gestión, política y economía de los medicamentos, compartir un poco el riesgo, hasta que tengamos una evidencia probada que la droga en cuestión es eficaz, segura y que no va a ocasionar efectos adversos en el organismo. Porque sabemos que pueden ser más nocivos o letales que la enfermedad en sí, de modo que no es justo que todo el peso del financiamiento caiga sobre la Obra Social, porque vuelvo a insistir los recursos son finitos.

Esto sería un tópico interesante a tener en cuenta para luchar un poco más firmemente ya que no es a favor de la obra social sino para que todos tengan igualdad de posibilidades y acceso a los medicamentos. Todos sabemos que los costos para investigación y desarrollo son muy altos, pero tenemos que ser conscientes que si un medicamento está en fase de experimentación, no podemos afirmar que con él vamos a curar una enfermedad, cuando todavía no tenemos ni siquiera dos años de uso en el ser humano. Esta es una reflexión que nunca la dije en un ámbito tan grande y puede gustar o no, pero si hay algo que me caracteriza, es la sinceridad.

La otra variable importante es que hubo un **aumento del porcentaje promedio de cobertura de medicamentos**,

este fue del 61% en el año 2013. Las obras sociales sindicales nacionales, la medicina prepaga, deben ajustarse al Programa Médico Obligatorio, donde la cobertura oscila entre el 40% para la mayoría de medicamentos, el 70% en otras drogas de tratamientos crónicos y el 100% en algunas drogas de tratamiento crónico de alto costo y baja incidencia.

En las obras sociales estatales no tenemos el aporte de la Nación, porque no estamos bajo la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud y por lo tanto no tenemos recupero de lo que invertimos, no así las obras sociales sindicales. Hoy, por ejemplo, un anticuerpo monoclonal o medicamento biológico para el tratamiento de artritis reumatoide, oscila entre los dieciocho y veintiún mil pesos. En DOSEP tenemos un número aproximado de setenta a ochenta afiliados con artritis y manejamos esos valores. Entonces, haciendo un promedio de lo que se cubre al 30%, 50%, 70%, 80% y 100%, nos da como promedio general el 61%, mientras que en el resto de las obras sociales a las cuales hacía referencia anteriormente, el porcentaje está en 45%. Entonces es un esfuerzo muy grande que hacemos con nuestros propios recursos para poder llegar a fin de año con los números en orden.

Otra de las variables, fue la **disminución del porcentaje de bonificación a la farmacia**. Un poco como respuesta al reclamo permanente de las farmacias debido a la crisis que están atravesando. Lamentablemente, como dijo esta mañana Manuel todos los de nuestra generación siempre vivimos en crisis en el País. Y por ejemplo cuando yo me recibí, instalar una farmacia era dificilísimo y no lo pude hacer, yo vengo de una familia de trabajadores. Mi padre era empleado del correo medio día y la otra mitad del día, se las ingeniaba para vender desde "ballenitas" hasta máquinas de tejer para poder sobrevivir porque el país estaba en crisis. Entonces, pensar en poner una farmacia era imposible y me incline hacia el sector público al que amo y creo que no podría trabajar en otro lado.

Antes la rentabilidad en las farmacias era muy buena, pero con el paso de los años esto fue disminuyendo cada vez más. Hoy por hoy, los farmacéuticos tienen que poner de su bolsillo o resignar un montón de cosas. Entonces era un reclamo permanente por parte de la farmacia el porcentaje de bonificación que tenían que aportar. Se trabajó con la gerenciadora del convenio y con las entidades farmacéuticas y se acordó el año pasado disminuir un punto y medio esa bonificación al convenio. Las farmacias, en realidad, también ponen el hombro en el financiamiento porque tienen un plazo para cobrar los medicamentos dispensados, y solidariamente los ayudamos a que pudieran palear un poco la crisis tan dura que están viviendo.

La otra variable importantísima, es el **incremento de patologías poco frecuentes** y que necesitan **tratamientos de muy alto costo**. Hoy tenemos un caso de un afiliado que tiene la enfermedad de Fabry, la cual es una enfermedad genética potencialmente mortal. El paciente se encuentra en diálisis y, con buen criterio su nefróloga le ha indicado un medicamento que su tratamiento a la obra social le sale un millón y medio de pesos mensuales. Es un afiliado, de una familia a la que todavía no han empezado a hacerle los análisis genéticos, seguramente alguno va a tener el valor suficiente como para ya iniciar el tratamiento. Entonces ustedes fíjense, los números y valores que estamos manejando. Vuelvo a repetir, las obras sociales provinciales estatales tenemos un presupuesto finito y no tenemos aportes nacionales.

Con respecto al **costo** que se genera en la red de farmacias prestadoras, que incluye todos los **medicamentos ambulatorios** y **algunos planes especiales**, como neurológicos, psiquiátricos antiepilépticos, antiparkinsonianos y demás, en el año 2013 teníamos un precio promedio por receta de 160$. Al día de la fecha, en el primer semestre llevamos un precio promedio de 217$. Aquí se puede ver claramente el aumento en el costo de los medicamentos, porque estamos hablando de precios y no de cobertura. Como ya les dije, la cobertura era de 60% y ahora

tenemos una cobertura promedio de 61%. La bonificación que recibía la obra social el año pasado era en promedio del 17,15%, hoy tenemos una bonificación del 16,65%. La participación de las farmacias disminuyó en un punto y medio, en un valor competitivo de lo que es hoy el mercado farmacéutico. Sabemos que convenios con bonificaciones con valores menores al 10% no son viables para ninguna obra social.

Lo que les decía, sobre todo a los estudiantes de farmacia es que más allá de los vaivenes que sufre nuestro País, cuando se tienen valores, ganas y se ama a la profesión solamente queda luchar, luchar y luchar. Esto se hace con el compromiso en la tarea, con el amor a la profesión, y sobre todo, con el afán de rescatar los valores del rol del farmacéutico, que no es un simple comerciante ni es un simple dispensador de cajitas, hay una función social, una función sanitaria, somos un eslabón muy importante en la cadena de comercialización del medicamento. Somos los primeros a los cuales nuestros pacientes, me gusta decir pacientes y no clientes, recurren cuando tienen algún problema, no es que se van directamente al médico, porque el vínculo que se genera entre el farmacéutico y el paciente es mucho más fuerte.

Por otra parte, es muy importante que en nuestro ejercicio profesional colaboremos en la detección de patologías crónicas, y en la prevención complicaciones de las enfermedades. Desde el Ministerio de Salud de la Provincia y la Osep se lleva adelante el ***"Programa de Actitud Saludable"***. ¿En qué consiste esto? Simplemente en salir a caminar, se trata de caminatas organizadas todos los sábados. Empezamos con cincuenta personas, seguimos con cien y ahora, les puedo decir que son más de quinientas las personas que todos los sábados, con el Ministro de Salud a la cabeza salimos a caminar. Recorremos tres kilómetros, luego de esos tres kilómetros que se hacen desde distintos Centros de Atención Primaria hacia la plaza del barrio elegido, se realiza una actividad física con ejercicios de elongación y demás, cada uno después de pasar dos horas

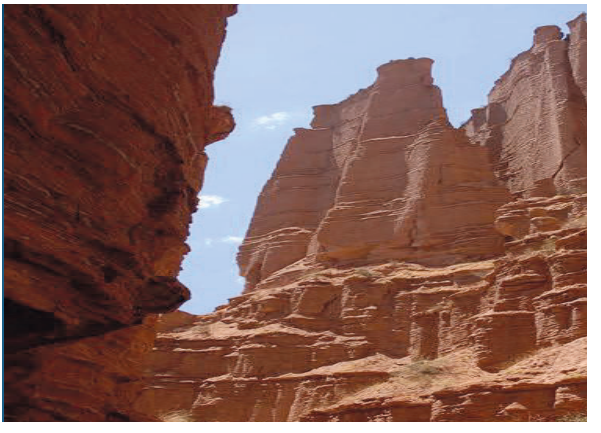
amenas, porque no es lo mismo caminar solo que caminar en compañía, se vuelve a su casa y es increíble el efecto que va produciendo en la población.

Podemos brindarle acceso al médico y acceso al medicamento pero si no cumplimos con otra parte importante para las enfermedades crónicas, como las cardiovasculares y la diabetes, como es el ejercicio físico después de los hábitos saludables de vida y una buena alimentación de nada sirve tomar cajas y cajas de medicamentos si después nos acostamos a mirar televisión y no caminamos un paso.

También se implementó un **Programa de Obesidad** donde se cubre gimnasio para todos aquellos que cumplen con los requisitos de inclusión y para los jubilados y adultos mayores que son los más propensos a desarrollar este tipo de enfermedades, también se le cubre con un 80% de un valor estipulado para que puedan asistir al gimnasio. Con el programa de obesidad, con las caminatas y la actividad física se ha reducido muchísimo el volumen de cada participante, su índice de masa corporal, y eso inevitablemente lleva a disminuir el consumo de medicamentos. Creo que es una medida muy acertada. Yo lo que le digo al Ministro de Salud, es que uno de sus logros más grandes en la Provincia fue que yo me pusiera zapatillas y saliera a caminar, porque no caminaba ni un paso.

Me voy a despedir con una reflexión para todos los futuros colegas y para los que estamos un poco más viejos y seguimos creyendo en la profesión y en que otro país puede ser posible, es un viejo proverbio holandés que yo lo escuchaba de mi bisabuela, *"No puede impedirse el viento pero hay que saber construir molinos".* Si nosotros sabemos construir molinos, tenemos la creatividad, las ganas de llevar adelante una empresa, vamos a tratar por todos los medios posibles, con el compromiso, el sacrificio y, fundamentalmente con la honestidad y con la humildad lograremos todo lo que nos propongamos más allá de que nos vengan tsunamis en contra.

Este es un paisaje, un poco distinto a los que normalmente mostramos de San Luis, nuestra querida Sierra de las Quijadas. A los que han venido de afuera, los invitamos a conocerla.



Para finalizar, quiero darle las gracias a FEFARA por haber elegido San Luis para llevar adelante estas Jornadas, que son un marco brillante y muy importante para poder debatir distintos temas. Además, los esperamos para cuando quieran venir, con los brazos abiertos a conocer, a trabajar y a vivir, como dijo el Gobernador.

Muchas gracias.

El Medicamento.
Un bien social o un producto comercial

Marcelo Delgado

Muchas gracias al Presidente de FEFARA por la invitación y felicitaciones por esta organización, también al Gobierno de San Luis, a Gastón Hissa, y a Marisa Pannocchia, con quien hemos trabajado juntos en COSSPRA y seguimos trabajando. Además quiero felicitar a Carlos Vassallo, que lo conozco desde hace algunos años, por su aporte, a Silvia Cano por su excelente presentación y a Natalia Rodríguez por acompañarnos.

Mi presentación va a ser bien conceptual, no voy a mencionar números ni datos estrictos, sino que les voy a transmitir algunas líneas conceptuales que venimos pensando en la Obra Social de la Provincia de San Juan, pero no sólo para la obra social sino para el problema que nos genera la provisión del medicamento a la salud pública, tanto en la provincia como en el País. Este tema lo discutimos en COSSPRA, institución que agrupa todas las obras sociales provinciales, las que tienen entre cincuenta y sesenta años. Nosotros vamos a cumplir en enero próximo, sesenta años y prácticamente en ese período se crearon las obras sociales provinciales que son parecidas pero diferentes a las creadas por la Ley N° 23.660 y Ley 23.661.

Silvia Cano dio una descripción clarísima de cuáles son las características de nuestro sistema por eso no quisiera repetirlo. Yo les puedo dar algunos datos sobre la **Obra Social de la Provincia de San Juan**: contamos con ciento cuarenta mil afiliados sobre seiscientos mil habitantes. Si sumamos todas las obras sociales provinciales, aproximadamente el 18% de la

población del país está cubierta por ellas, esta característica se da también en San Juan.

Con relación a nuestro **sistema de provisión de medicamentos**, es por monto fijo y lo administran las farmacias. Todas las farmacias habilitadas de San Juan son prestadoras de la obra social y ellas administran el convenio. En el caso de oncología y alta complejidad lo administra una empresa que tiene vínculos con la industria, ya vamos a hablar un poco de ese punto. Todo lo que tiene que ver con medicamentos de alta complejidad que no son oncológicos se manejan por un convenio o por otro, por ejemplo, insulinas, al convenio lo maneja el Colegio de Farmacéuticos, y algunos biológicos, a veces vía ese convenio no se pueden conseguir y los conseguimos vía el oncológico. Es una situación que genera algunos interrogantes. Así que quiero plantearles esto que va a ser bien conceptual, espero que me vuelvan a invitar, pero esto no va a inhibir ningún tipo de pensamiento, espero que me reciban con libertad. Lo voy a plantear con mucha honestidad y sinceridad, tal cual lo planteó Silvia porque estamos en un sector que necesita sacarse las caretas, decir algunos temas que a veces nos hace poner colorados.

El desafío de las Obras Sociales Provinciales

- **Fortalecer la solidaridad del sistema.** Es uno de los desafíos más importantes de los sistemas solidarios como son nuestras obras sociales provinciales. La irrupción de la medicina privada llevó a que los sistemas no sean solidarios, en nuestro sistema los enfermos son, de alguna manera, financiados por los sanos. En un sistema de medicina privada muchas veces es de acuerdo a la antigüedad que se tiene o bien, cierran la puerta de ingreso al existir alguna preexistencia o determinada situación. Se ha cambiado la expectativa, tenemos que volver a recuperar la mirada de los sistemas solidarios.

- **Promover la inclusión**.

- **Mantener coberturas conforme a la evolución de necesidades asistenciales**. Nadie puede ignorar que en los últimos treinta años el menú de prestaciones que teníamos que enfrentar las obras sociales provinciales, nacionales o las prepagas, como las posibilidades de acceso que tiene cualquier ser humano, han crecido de manera exponencial. Pocas actividades han generado tantos servicios, productos y alternativas para la gente, como la medicina. El riesgo o el desafío es, cómo hacemos para darle cobertura, a que sí o a que no, hasta qué punto le hacemos un recorte o cubrimos el 100%, el 50% o nada.

- **Desarrollar la prevención en todos sus niveles y posibilidades**. Lo venimos hablando mucho, de hecho recién Silvia terminó con el tema de prevención y promoción. Pero nosotros estamos haciendo poco o nada. ¿Por qué? Porque no estamos pagando la prevención. Lo que no se paga no se consigue, lo digo así con mucha claridad para que no nos engañemos.

- **Procurar equilibrios presupuestarios en el mediano y largo plazo**. En nuestras obras sociales conservar el equilibrio presupuestario si bien, es un desafío día a día, es complejo no podemos poner en riesgo el futuro de la obra social. Cada vez que tenemos que dar una cobertura, tenemos que analizar que un caso se puede multiplicar por los diez mil, cien mil u ochocientos mil hipotéticos casos similares, en los cuales uno no puede decir a este si a este no. Tenemos que ser muy cuidadosos a la hora de otorgar las coberturas, porque son sistemas solidarios, hay un solo plan de cobertura, salvando algunas excepciones. Si hay alguna mejora, es para los que tienen menos posibilidades, no para los que tienen más. En un sistema solidario existen diversos aportes, de acuerdo al sueldo, y con una sola cobertura universal.

Nuevos Desafíos...

Aparte de que el sistema enfrenta estos viejos desafíos, también hay nuevos, como por ejemplo:

- **Afiliados más informados y exigentes**.
- **Individualismo más marcado.** Esto no habla en demérito de la gente pero la cultura en la que estamos viviendo es mucho más individualista que hace unos años.
- **Expectativas de cobertura totales**. Es muy frecuente oír, ¿Cómo no me cubre todo, si hace veintisiete años que aporto a la obra social? Lo voy a decir sin criticar a nadie, pero una maestra que gana quinientos pesos porque tiene una suplencia de una hora, aporta cincuenta pesos por mes por lo que, veintisiete años se los consume en un ratito. Pero no le podemos explicar eso, porque es un sistema solidario, y estaríamos en contra de nuestro propio discurso.
- **Conflictividad creciente**. Cada vez cuesta más que las personas escuchen y ni siquiera dan tiempo para poder negociar. Entonces, debemos tener pensamientos multifocales no tan puntuales y a su vez, entrenar nuevos recursos en ese sentido.
- **Prestador más indiferente y a la defensiva**. La conducta médica no solo está condicionada por la comodidad, por la presión del paciente, sino también por una conducta defensiva frente a potenciales conflictos.
- **Actividad más técnica y despersonalizada**.
- **Los Objetivos no están alineados a los incentivos**. Esta frase me gustaría que la guarden porque va a ser un poco la línea de cierre. En general en el sistema de

salud hemos hecho tan mal las cosas que los objetivos sanitarios nunca lograron que estuvieran alineados a los incentivos. A modo de ejemplo, nosotros pagamos prestaciones, mientras el afiliado recibe más prestaciones el sistema recibe más recursos. Entonces, estamos incentivando a desarrollar más prestaciones pero, ¿el objetivo es dar prestaciones? No, el objetivo es sanitario, es decir, curar, reparar, prevenir o finalmente cuando no fue posible todo esto, otorgar una buena calidad de vida. En el sistema, la mayoría de las veces, los incentivos no están alineados a los objetivos, sino que están encontrados. Se quisieron implementar sistemas como las cápitas, los módulos y otros tipos de formas de resolver esto y se logró todo lo contrario, la subprestación. De tal manera que uno de los desafíos grandes de los sistemas sanitarios va a ser rediscutir cómo alineamos los incentivos a los objetivos.

Otros Desafíos Objetivos...

Estos desafíos no son para pensarlos o discutirlos demasiado, cuando digo objetivos es porque están a la vista. Ellos son:

- **El incremento sostenido de la edad promedio de los afiliados.** Esto ocurre en todo el mundo, la gente vive más, inclusive con enfermedades crónicas. De tal manera que se incrementan los costos. Principalmente con lo que tiene que ver con los tratamientos y por supuesto, con los medicamentos.

- **Mantener y favorecer la libertad de elección**. Nuestros sistemas, en general, nacieron con libertad de elección. Muchas formas de ajuste es achicar el formulario terapéutico, los prestadores, las prestaciones y esto siempre va en detrimento del afiliado, que es a quien tenemos que proteger.

- **Racionalizar la judicialización.** Con esto no pretendemos sacar la justicia del sector salud, que sería una buena idea, pero la podríamos racionalizar. Por lo menos que el juez nos pregunte, ¿Realmente se está muriendo el paciente? O que le pregunte si realmente es tan pobre, porque si tiene la obra social de la provincia es porque algún sueldo tiene. Son muchas cosas que tiene nuestro sistema, que deberíamos ponerle mucho ojo porque rompe la equidad y retrae recursos de todos los que trabajamos día a día para darle mejores posibilidades en salud a nuestra gente.

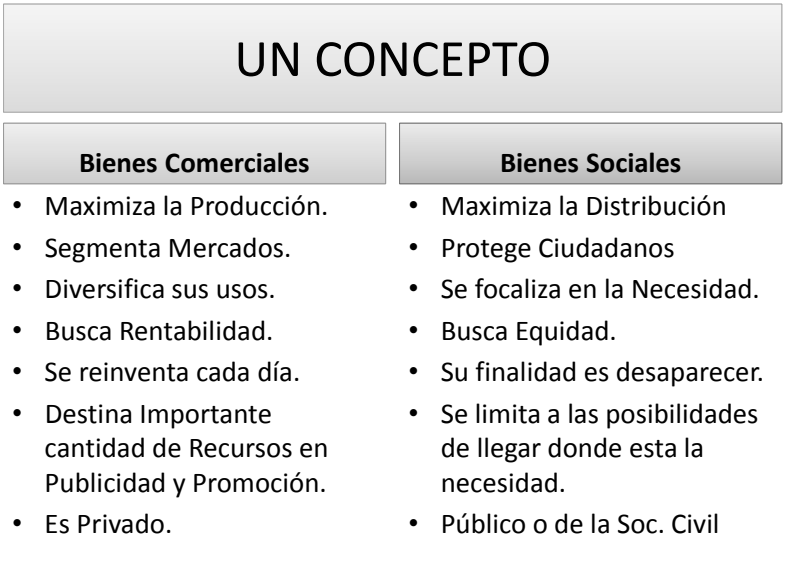
- **Modernizar las estructuras y facilitar la accesibilidad**. En San Juan tenemos el bono de farmacia, espero que ustedes no lo tengan, y si lo tienen que lo puedan eliminar rápido. La idea es que sea todo *online*, todo digital, que la tarjeta de identificación o algún otro mecanismo directamente sirva para la dispensa y que los datos puedan tener mayor seguridad conforme las nuevas alternativas tecnológicas. Evidentemente son más fáciles los sistemas que ponen burocracia al afiliado y lo terminan cansando. La idea es romper ese modelo y avanzar a uno mucho más ágil y más simple, que entendemos no va a significar mayores costos, sino que va a significar mejores controles y por supuesto, utilizar las tecnologías que hoy las tenemos disponibles.

- **Cambio de Paradigma: De seguro de Prestaciones a Objetivos Sanitarios**. Ésta es otra frase que me gustaría que la guardemos. Hace algún tiempo, sobre todo en la década de los ochenta hasta entrado en el nuevo siglo, nuestros sistemas dejaron de ser obras sociales y pasaron a ser seguros de salud. Debemos volver a la lógica de la obra social, así como nos decía Silvia la obra social te saca a caminar y busca, también, integrar aspectos que tienen que ver con la vida social o natural al proceso del cuidado de la salud. Si miramos el objeto

social de cuando fueron creadas estas obras sociales, ya sea por ley o por algún instrumento, ahí tenemos la luz de que necesitamos volver a darle a nuestros sistemas la naturaleza para las que fueron creadas.

¿El medicamento es un producto comercial o es un bien social?

Esta pregunta es el título de la presentación. Para responder tendríamos que conceptualizar que es un producto comercial y un bien social, y sus características. Éstas están mencionadas en la diapositiva.



Esto es bien polémico y, a su vez es polémico plantearlo. Me gustaría que lo pensemos realmente, porque cuando predicamos la cuestión del bien social a la hora de ir a la cola de una farmacia y escuchar la queja de la afiliada del PAMI, y de nuestra propia obra social también, porque no, entendemos que hay un

choque entre los postulados y la búsqueda. Tal vez el gerente general de un laboratorio, esto no lo puede ver porque no lo vive a diario, pero muchos de quienes tienen que enfrentar esta realidad seguramente lo pueden observar.

Por eso, quiero hacer hincapié en este punto, creo que tenemos que darnos una reflexión bien profunda y severa sobre qué modificaciones, cambios, cuestiones estructurales tenemos que ir tallando casi de cero para que estos bienes, cada vez se parezcan más a los bienes sociales. Esto no implica que la farmacia, los laboratorios no tengan que ganar sino que, hoy nuestros sistemas solidarios ya no pueden sostener determinadas situaciones.

Por ejemplo, en relación a la medicación oncológica, tenemos todos los años en el monto fijo incluidos alrededor de diez o doce principios nuevos de reciente aparición. Y esos principios que incluimos en el monto fijo, curiosamente a partir del año siguiente ya no se prescriben, aparecen otros que no se encuentran en el monto fijo y que son los que se prescriben. Cómo puede ser que en el lapso de un año se haga evidencia, pruebas, investigación, desarrollo, se armen los envases, se haga publicidad, se visiten a los médicos y aparezcan las nuevas fórmulas. No lo puedo creer, es la industria más eficiente que haya conocido en la historia.

Evidentemente esto tiene un correlato, habría que buscar las causas más profundas para poder discutirlas. ¿Qué respuestas le damos al Ministro de Salud cuando nos dice, hace siete años el gasto de medicamentos era el 20% y ahora es el 32-33% del gasto total? ¿Qué está pasando? ¿Estamos usando mal el recurso? Finalmente cuando vemos el gasto ambulatorio, éste no ha cambiado tanto, probablemente en la proporción del gasto total puede ser del 2% o 3%.

Pero finalmente, vemos que un puñadito de afiliados se han llevado una gran parte de nuestros gastos, y que muchos

de esos gastos ni siquiera han pasado por el canal de comercialización que debería pasar todo medicamento. Y ¿qué otra cosa nos encontramos?, que muchas de esas personas que en el último año se llevaron prácticamente el 80% del gasto sanitario, hoy no comparte con nosotros la existencia. Finalmente se murieron igual. Y no digo con esto que no hay que medicarlos.

Personalmente, soy contador y estoy en el sector salud porque cuando era muy joven tuve un familiar con un problema de salud y me encargué durante mucho tiempo de todos los trámites. Pero yo dije, acá alguien tiene que venir y decir las cosas, y hacerse cargo. Todavía hay mucho que cambiar, y algunas cosas todavía están peor que hace prácticamente veinte años atrás.

El Medicamento en los Sistemas de atención Sanitaria

Uno de los temas que nos preocupa es que **se incrementó significativamente el gasto farmacéutico sobre el gasto sanitario total** y el **desarrollo de todos los canales de comercialización posibles**. Esto no está mal si hay una industria que quiere llegar puede desarrollar todos los canales, pero tenerlo de prescriptor del medicamento a Tinelli es de muy mal gusto. Se lo he dicho a la industria de frente, así que se los digo, me parece que a esas cosas hay que empezar a poner límite. Entonces han desarrollado todos los canales pero estamos hablando de la medicación.

Por otra parte existe una **asimetría en la cobertura de los subsistemas**. Todos los subsistemas en la Argentina ya sea, PAMI, las obras sociales provinciales, nacionales, sistemas prepagos son totalmente asimétricos. Cada uno cubre lo que puede, lo que la Ley le dice y cuando sale una ley que no podemos cumplir le hacemos la trampa. Creo que hay que empezar a ordenar estas asimetrías.

Y finalmente, hay que mencionar que **se incrementó la inequidad y la conflictividad** y sobre esto creo que va a ser difícil volver sin medidas drásticas.

Perspectivas...

- **Si se mantiene la tendencia, pocos sistemas solidarios podrán mantener los formularios terapéuticos abiertos**. Esto lo discutimos en COSSPRA, no quiero hacer terrorismo de la información. Esto está pasando, hemos tenido una reunión hace diez días en Córdoba, nos acompañó Marisa Pannoquia y un equipo de DOSEP. Todos compartimos esta problemática.
- **Incremento sostenido del gasto familiar**.
- **Conflictividad en Aumento**.
- **Tirantez en toda la cadena de Valor. En particular "La Farmacia"**. Cuando tenemos que discutir el convenio, la variable de ajustes es el porcentaje de bonificación. No he logrado nunca que nos podamos sentar con la industria, ¿Cuánto ponen? ¡Un montón! Pero nunca lo veo. Nosotros estamos bonificando cerca del 15% y en algunos elementos otro porcentaje. Pero en promedio es un poco menos del 15% y nos parece una barbaridad, a pesar de que estamos pagando en tiempo y forma, prácticamente en 20 días. Al ser un monto fijo el tiempo que demora la liquidación es el tiempo que demora el trámite operativo. O sea, que no es un problema de falta de dinero sino la demora que se genera para liquidar los pagos el Colegio de Farmacéuticos y la Cooperativa, pero el dinero está.
- **Mayores niveles de desigualdad** debido a esta forma de trabajo.
- **Creciente medicalización. El aumento de las alternativas terapéuticas**, un problema que no es sólo de Argentina sino del mundo. Hay un medicamento para

cada necesidad, tenemos que saber describir cuál es esa necesidad y aparecerá la medicación. Entonces me parece que esto también lo tenemos que discutir, porque hay que enseñarlo en la escuela, en los espacios públicos, hay que difundirlo dentro de lo que es la publicidad y, hay que cambiar el paradigma que frente a cualquier situación problemática necesitamos un medicamento. Esto realmente le hace muy mal al sector, de alguna manera le quita el verdadero sentido que tiene, que es atacar aquellos elementos que la biología nos complica y que por fortuna, la investigación ha logrado revertir. Entonces ser muy prudentes con esto porque estamos llegando a una banalización del medicamento.

Algunas propuestas...

- **Tomar las herramientas de la Responsabilidad Social Corporativa (RSC), para acercar el Producto Comercial a un Bien Social.** Creo que FEFARA la puede tomar, porque es muy conocida, compartida y creo que la gente va a valorar que sean ustedes los que lo hagan. Les propongo esto a Manuel, a Carlos, y a todos quienes quieran porque yo trabajo con la responsabilidad social corporativa hace mucho tiempo y creo que se puede hacer un buen "mix". La mayoría de los bienes comerciales necesitan una legitimidad social, por ejemplo, algo más comercial que "McDonald's" no hay, y ya está desarrollando muchísimas alternativas de alimentos saludables debido a la condena social que sufren y que no la van a poder atenuar ni con toda la publicidad del mundo. Entonces si estamos hablando de un producto muy comercial que, además, no tiene ninguna relación con las necesidades básicas de la gente y está buscando una legitimidad social, cuanto más justificado para un producto que debería estar legítimado "persé", debería ser mucho más fácil hacerlo.
- **Trabajar en Mesas Comunes (todos los actores) con**

agenda definida de trabajo. Hay que participar y preocuparse porque la construcción va a salir de estos espacios. No va a venir de arriba para abajo, hay algunos intereses a los que no les conviene que así sea.

- **Establecer un nuevo marco ético, en las estrategias comerciales del medicamento.** Esto es en todos los niveles, especialmente a quienes prescriben, con esto no digo que los médicos no sean éticos, sí que hay que poner un nuevo marco ético.
- **Controlar con "energía" la autoprescripción.** Por ejemplo en nuestra provincia se ha trabajado mucho en la eliminación de la venta de medicamentos en supermercado, kioscos y otros lugares. Hay que atacar esta venta por esos canales, lo que también facilita el robo, el descarte de medicación que se está por vencer y otro tipo de cosas. Entonces, hay que trabajar y combatir fuertemente este tipo de prácticas y por supuesto, denunciarlas y condenarlas.

Ideas...

- **Fortalecer la Protocolización sobre todo en lo que respecta a los medicamentos biológicos, los oncológicos y las enfermedades nuevas**. En el protocolo deberíamos incluir todos los conceptos de costo-efectividad, calidad de vida o sobrevida. Para ello hay que tener criterio y conocer mucho de farmacología y fármaco-economía. Si incluimos en un protocolo estos conceptos, entonces no va a haber muchas dudas de cuál es la medicación que se debe indicar, tampoco vamos a tener mayores dificultades para darla cuando esté indicada.
- **Trabajar con una mayor base de evidencia**.
- **No autorizar productos comerciales en fases intermedias**. Lamentablemente los sistemas solidarios estamos pagando la investigación de los laboratorios. Si un

laboratorio investiga, recién cuando esté probado, logrado y evidenciado, debería tener carácter comercial. Esto no solamente lo digo para el medicamento, sino para otros tipos de prácticas.

- **Condenar los incentivos ocultos o no.** Es capcioso como lo he puesto, hay muchos no ocultos, cada vez más, que se facturan inclusive.
- **Contener a sectores con bajos recursos.** Estos sectores que no tienen acceso a la medicación muchas veces no lo tienen tampoco a muchas prácticas. Nuestro sistema tiene un gran desafío y es buscar las formas de hacerlo.
- **Revisar y acordar condiciones y modos de empaque**. Esto es porque muchas veces la cantidad de medicamentos que contiene no alcanza para terminar un tratamiento.
- **Regular la Publicidad**.
- **Aplicar la legislación sobre el Genérico.** (Principio Activo). En Argentina hay muy pocos laboratorios que produzcan genéricos, pero sí existe la prescripción por nombre genérico. Esta Ley de prescripción de principio activo o de genérico es una gran oportunidad para devolverle al farmacéutico el rol que en estos años se le ha quitado. En nuestro país, tenemos un promedio del 3% de recetas de esta manera, y diría que en el gasto es bastante menos. En COSSPRA hemos relevado que el que tiene más cantidad es el IOMA y llega apenas al 6%.
- **Fortalecer los eslabones del canal, en especial la Farmacia.** Deberíamos tener una Ley Nacional de Farmacias. No puede ser que cada provincia de acuerdo a los "lobbies" o a los movimientos que tienen, van minando la posibilidad de sustentabilidad digna de la provisión del medicamento. Tenemos que darle una jerarquía a la farmacia, de servicio. Y en este caso como el medicamento es un bien público, de servicio público, que puede ser de gestión privada. Hay muchos servicios públicos de gestión privada, como son

la mayoría de los servicios de salud que nos ofrecen, por ejemplo, una clínica, un sanatorio, ofrecen salud pública y son de gestión privada.

Finalmente, pienso que **los problemas que no gestionamos serán las causas de nuestros desaciertos**. El mundo necesita de modelos sociales más cooperativos y equitativos. No nos podemos disociar de esto porque en algún momento vamos a quedar fuera del foco de la película.

Por último, considero que **la situación es grave**, pero no catastrófica y **la solución todavía está en nuestras manos**. Así que los convoco, como lo han hecho los otros participantes, a que todos nos comprometamos con esta tarea porque estoy seguro que más de cuarenta millones de argentinos están esperando alguna solución, alguna alternativa a esta problemática que cada vez genera más injusticia.

Muchísimas gracias, realmente me sentí muy cómodo y espero que ustedes también. Los invitamos a San Juan.

Muchas Gracias



Marcelo Delgado - DOS San Juan



MESA N° 4

Legislación y rol de las Farmacias ante las nuevas regulaciones en Sudamérica

Coordinador: Farm. David Campos
Primer Vocal de FEFARA

Buenas tardes, vamos a dar comienzo a esta mesa muy interesante. En nombre de FEFARA, agradezco la presencia de los disertantes, ellos son: el Dr. José Luis Cárdenas, la MSc María Eugenia Lucas y el Farm. Miguel Ángel Osio.

José Luis Cárdenas es Abogado, Universidad de Chile; Máster y Doctor en Derecho, Universidad de Friburgo (Alemania); Diplomado en Farmacología, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Chile; especializado en Libre Competencia, Derecho Constitucional Económico, Propiedad Intelectual Farmacéutica y Regulación Farmacéutica. Ha publicado, tanto en Chile como en el extranjero, sobre dichas materias. Se desempeña como profesor de Derecho Constitucional Económico en la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile. Es director de Asuntos Legales y Regulatorios de Laboratorio Chile S.A; encargado de Asuntos de Gobierno y Políticas Públicas del grupo TEVA, para Latinoamérica.

María Eugenia Lucas es Máster en Farmacología Clínica, Universidad de Montevideo; Especialista en Farmacia Clínica, Universidad de Valencia (España); Especialista en Economía de la Salud, Centro Latinoamericano de Economía Humana; Química Farmacéutica, Facultad de Química de la Universidad de la República. Cuenta con trayectoria profesional en el área de la Farmacia Clínica liderando proyectos de gestión farmacéutica, especialmente en el área de farmacoepidemiologia y farmacoeconomía. Es Consultora Nacional e Internacional (LATAM) en asuntos Regulatorios. Cuenta con experiencia en asuntos regulatorios de productos y empresas en el área de medicamentos, cosméticos, dispositivos terapéuticos y alimentos. Es docente universitaria, actualmente Coordinadora de la Maestría en Políticas Públicas y Gestión de Servicios de Salud, del área de Postgrados de Salud Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH).

Miguel Ángel Osio es Licenciado en Química, Universidad Nacional de La Pampa; Farmacéutico, Universidad Nacional de Córdoba; Especialista en Higiene y Seguridad en el Trabajo, UM. Se desempeña como Vicepresidente 1° de la Comisión Directiva de Federación Farmacéutica; profesor adjunto e interino en la asignatura Química Analítica II, UNLPam.; profesor adjunto interino en la asignatura Higiene y Seguridad Laboral, UNLPam.; Director Ejecutivo del Colegio de Farmacéuticos de La Pampa; Asesor profesional "ad-honorem" del Consejo Profesional de Farmacéuticos de La Pampa; Delegado farmacéutico a la Caja de Previsión Profesional de La Pampa y Asesor independiente de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

Nueva Ley de Fármacos de Chile: ¿cambiará la estructura del mercado farmacéutico?

José Luis Cárdenas

Buenas tardes, muchas gracias por la invitación. Me convocaron a hablar sobre las últimas modificaciones regulatorias que afectan el mercado farmacéutico en Chile, y que vienen, de alguna manera, a tensionar la forma en que se ha desarrollado este mercado en nuestro país.

Chile tiene una economía más bien pequeña, altamente concentrada. Habitualmente en los distintos mercados uno puede encontrar 2 ó 3 actores relevantes que son los que lo dominan pero esa evolución ha sido distinta en el caso de las Farmacias en mi país ya que han tenido un proceso importante de concentración.

Prácticamente el 96% del mercado farmacéutico o el *retail f*armacéutico está en tres manos, es un caso bastante excepcional a nivel mundial, primero por el hecho que existan cadenas que no es tan común en muchos países y por el grado de concentración.

Esto ha llevado a una serie de problemas que tuvo incluso una arista judicial de libre competencia que les voy a contar, y muchas de estas cuestiones después detonan en debates legislativos y públicos que, finalmente, derivan en nuevas regulaciones.

La pregunta que voy a formular es si esa regulación efectivamente ha tenido un impacto en términos de modificar las estructuras.

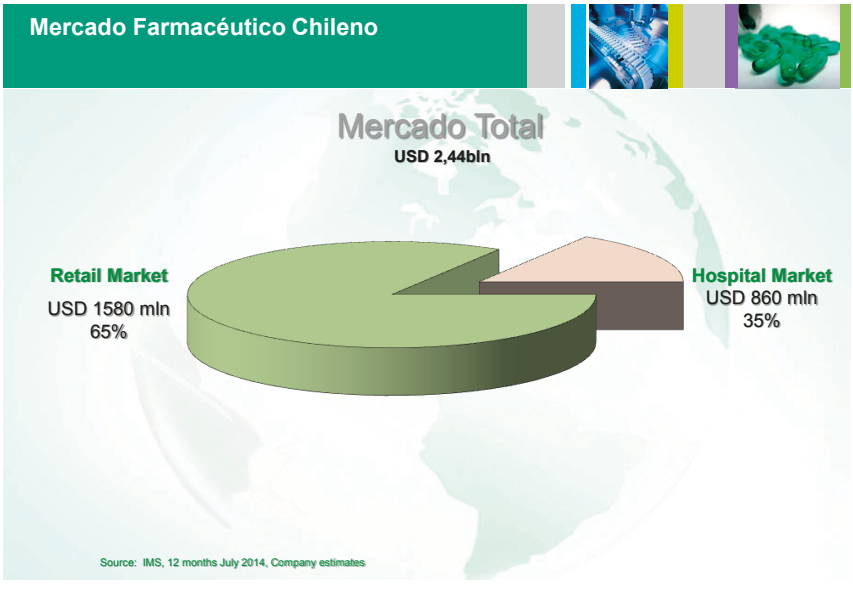
Para comenzar y poder entender el contexto, les voy a mostrar algunos **datos** menores **sobre el mercado farmacéutico**. Este mercado **en Chile**, yo diría que en términos Latinoamericanos, es un mercado mediano o pequeño, de 2,2 billones de dólares, comparado con el mercado argentino, mejicano o brasileño.

Por otro lado ustedes pueden ver que prácticamente en valores el gran porcentaje lo tiene el *retail*, básicamente las cadenas de farmacias que concentran unos 1500 millones de dólares y el resto le corresponde al mercado hospitalario.

Ahora es diferente cuando miramos en unidades, que naturalmente esos porcentajes se balancean de forma importante.

Si hacemos un *zoom* en el mercado privado, vemos que básicamente está dominado por las cadenas, aproximadamente entre 95-91%, pero sigue siendo altamente relevante el nivel de concentración. Podríamos decir que es oligopsonio u oligopolio depende del lado que se mire pero todavía queda un pequeño porcentaje de farmacias independientes que a pesar de todo el contexto pareciera ser que no están en decadencia. Estas, en el último tiempo, han ido creciendo en número, lo que puede ser en parte por el efecto que tuvo una investigación y una condena en materia de libre competencia que generó cierto escrutinio mayor sobre las cadenas y más espacio para las farmacias independientes, pero sigue siendo pequeña su participación.

Las cadenas, todas sin excepción, están integradas verticalmente, ya sea porque poseen laboratorios propios o porque contratan la marquilla, y de hecho todas tienen marcas propias. Esto es un fenómeno propiamente de *retail* que no ocurre solamente en Chile. Si se observa el *retail* supermercadista existe esta integración vertical, marquilleros exclusivos para los supermercados y marcas propias. Por otra parte si se mira la evolución de las marcas propias es como "pan para hoy hambre para mañana", al comienzo aparentemente tiene un beneficio en términos de

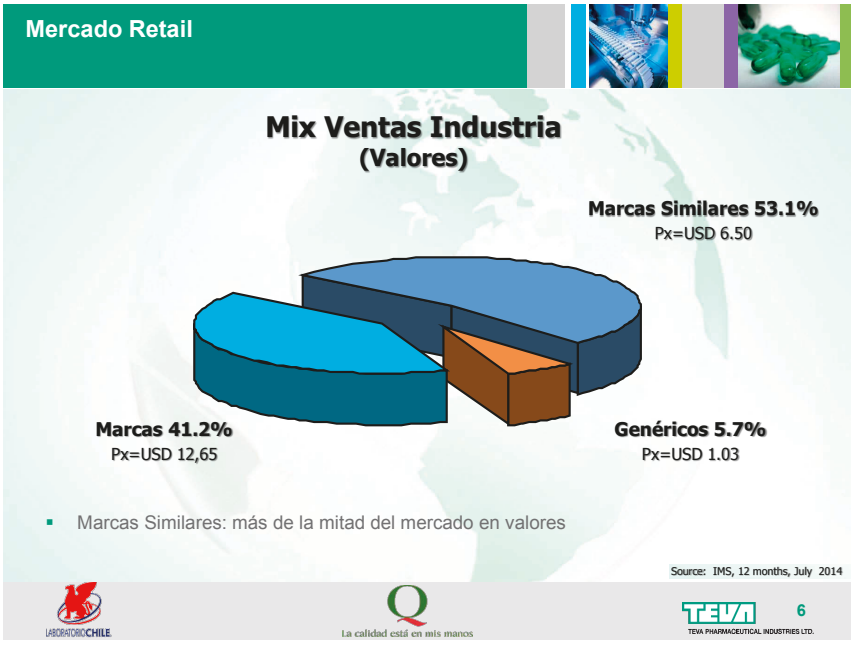




bienestar para la gente, menores precios, etc., pero la cuestión se complica a largo plazo. Porque lo que ocasiona es la salida de varios actores del mercado, la concentración y posteriormente comienzan a subir los precios; ese es naturalmente el riesgo.

Esto ha llevado a que las farmacias tengan, también, una capacidad de influir desde el punto de venta, en términos de modificar la prescripción, hacer *switch* de la receta por productos de marca propia, preferir y empujar los productos que le dejen más margen a la cadena, etc. O sea es un modelo que tiene todas las características de otro mercado que no tiene que ver con medicamentos. Y es especialmente gravoso el hecho, que como ustedes bien saben, existe la intermediación en la compra. Es decir, a diferencia de lo que pasa en un mercado común y corriente, el consumidor, el paciente no es el que decide, a veces tampoco es el que paga, entonces se producen una serie de distorsiones que alejan el mercado farmacéutico del ideal teórico donde el consumidor es el rey.

Otra cuestión, también, que no es tan propia ni exclusiva del caso chileno, es que hay una importante presencia de genéricos de marca, dominando el mercado y en la diapositiva pueden observar los valores.



Por otro lado, casi con un 41% están representados los productos innovadores o de referencia, como quieran denominarlos. Y abajo los genéricos puros es decir aquéllos que solamente se denominan por el nombre del principio activo.

Ahora si hacemos, nuevamente, un *zoom* o una mirada en unidades, los genéricos puros representan casi el 50% de las unidades. Eso tiene que ver naturalmente con las diferencias de precios.

Ley de Fármacos. Su origen

Anteriormente, les comenté un caso de colusión, uno podría tener opiniones si es que efectivamente fue suficientemente acreditado o no, el hecho es que fueron condenadas 2 de las 3 cadenas porque una de ellas confesó previamente haber estado involucrada en este cartel. La multa fue cercana a los 20 millones de dólares, que era la máxima en esa época, después

Ley de Fármacos: Su origen


LA TERCERA

Farmacias Ahumada detalla alzas de precios y estudia compensación a clientes

Según un documento que entregó la firma a la Fiscalía Nacional Económica (FNE), la diferencia entre comprar un medicamento en un día u otro le significó al consumidor pagar hasta tres veces más por el mismo producto. También facilitaron al organismo copias de boletas que servirían para elaborar un cronograma con la evolución de los valores en los fármacos.

Tras 9 laboratorios

Entrevista a vicepresidente de Fasa: "Estamos considerando alternativas para corregir esta situación"

Tribunal de Libre Competencia no descarta que farmacia pueda recibir una multa mayor a la acordada con fiscalía


La Segunda

MARTES

$350

Cadenas seguirán batalla judicial en la Suprema... Párrafos destacados del fallo revelan "lógica" aplicada por el TDLC

MINISTRO MAÑALICH

enfrenta "lobby muy fuerte de la industria pro tabaco"

COLO COLO

Multa histórica a farmacias por colusión

esto se modificó y actualmente la multa máxima es cercana a los 30 millones de dólares. Este valor para empresas chilenas, en general, es suficientemente disuasivo.

Esto llevó, no solamente a estudiar qué era lo que pasaba con los precios de los medicamentos, sino también a revisar las prácticas. De hecho es común ver todos los años reportajes así como cámaras encubiertas, donde van periodistas y gravan como efectivamente opera el mercado en términos de cómo se dispensa, cómo se sugiere otro producto, etc.

Naturalmente que yo viniendo de un laboratorio no puedo tomar partido, pero los laboratorios también están, son parte de este sistema aunque, tengo que decir obligados. Ante una concentración como la que tenemos nosotros, y en la obligación de comercializar los productos a través de las farmacias es poco el margen de acción que uno puede tener, por supuesto que uno también quisiera cambiar las cosas.

La **Ley N° 20.724** denominada **"Ley de Fármacos"** entró en vigencia el 14 de febrero de este año y modifica el código sanitario en materia de regulación de farmacias y medicamentos.

La filosofía de esta Ley es seguir creyendo en el mercado, es decir, acá estamos ante un mercado que desde el punto de vista económico ha fallado porque las partes de los supuestos de un mercado económico eficiente no están presentes en el mercado farmacéutico chileno, y diría que en gran parte también de otros mercados. Con esto lo que se quiso hacer es restablecer las funciones razonadas de un mercado. No creo que uno lo pueda solucionar completamente, porque hay cuestiones que son bien estructurales.

Con esta Ley se ha tratado, primero de **morigerar el poder de mercado** que tienen estas cadenas y por otro lado, **generar más información** y empoderar al paciente/consumidor de manera que pueda exigir mejor sus derechos.

Creo que la mayoría de la gente en Chile, está muy expuesta a las informaciones de los medios respecto a lo qué pasó en este caso y hay una opinión bastante mala. Esta opinión es no solamente de las farmacias sino de la industria farmacéutica también. Todos cayeron dentro del mismo saco, o sea la distinción entre farmacias y laboratorios no existe para la gente. Eso es lamentable porque uno sigue pensando que el rol que juega la industria farmacéutica con todas las fallas que puede tener, es muy relevante.

Entonces diría que, a grandes rasgos, se trataron de solucionar con esta legislación los problemas de la integración vertical, de la posibilidad de utilizar el punto de venta de la forma que yo les mencionaba.

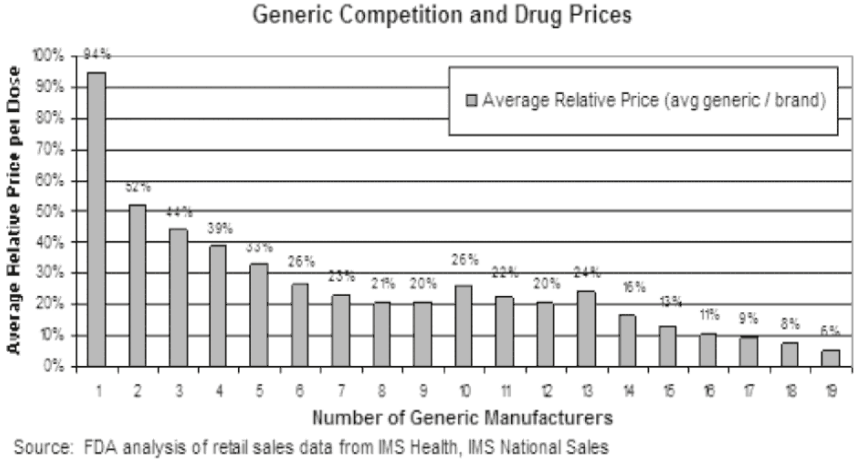
Además esta Ley, en parte tuvo que ver con el empuje definitivo de la política de bioequivalencia. Las primeras normas de bioequivalencia en Chile son del año 2005, pero el empuje real vino en los últimos 2 ó 3 años cuando junto con la aprobación de la Ley de Fármacos se empezó a exigir, a través de una serie de decretos, que tienen que demostrar bioequivalencia un grupo determinado de moléculas dentro de un plazo establecido. Siguiendo parcialmente las reglamentaciones de la OPS, más ciertos criterios del Ministerio de Salud, se puso en marcha esta política que lo que busca es generar competencia entre iguales.

En definitiva ha habido un impulso de, una vez por todas, avanzar con esta política porque tengo que decir que nosotros estamos bastante rezagados si se compara la política de bioequivalencia con Brasil o México y también sabemos que hay bastante avance en Argentina. No fue un proceso fácil el de convencer a la industria porque había una parte que estaba a favor y otra parte que estaba, más bien, en contra.

Una cuestión que vale la pena mencionar, es la lógica de generar desde el punto de vista económico, sustitutos perfectos. No obstante, a pesar de los consensos científicos en torno a la

bioequivalencia, siguen habiendo voces que la tratan de desacreditar. Ni hablar cuando se discute sobre bioequivalencia de soluciones acuosas que tiene una norma especial en Chile. Hay mucho debate y siempre se va a tratar de sembrar un manto de duda en torno a cuán suficientemente bueno es el estándar de bioequivalencia para la intercambiabilidad.

El siguiente gráfico, que corresponde a la FDA, muestra cómo influye la bioequivalencia en erosionar el precio del producto innovador. Observen lo que ocurre en países donde existen dos grandes categorías que son el producto innovador y el producto genérico. En muchos de los mercados emergentes, conviven más categorías, está el genérico de marca, el genérico puro y el innovador y el resultado de la bioequivalencia en ese contexto, no necesariamente es el mismo que en un contexto de 2 polos. Por eso que es interesante obsevar cuál es el impacto que tiene la bioequivalencia sobre los precios. Naturalmente la bioequivalencia tiene estándares mayores, hay una inversión relevante en la certificación y es difícil anticipar un resultado a esta altura. Llevamos poco tiempo, con una cantidad importante de bioequivalentes, y todavía la competencia tiene que hacer su tarea para ver cuál es el resultado final de la implementación de esta política.



Source: FDA analysis of retail sales data from IMS Health, IMS National Sales Perspective (TM), 1999-2004, extracted February 2005

Como les mencioné anteriormente a través de decretos se han establecido moléculas que tiene que demostrar bioequivalencia dentro de un determinado plazo. La realidad es que los plazos que se pusieron al comienzo fueron bien estrechos, hubo bastante resistencia en ese sentido, y de a poco se ha ido consensuando plazos más realistas. Estos tenían que ver con la cantidad de centros autorizados, la dificultad de validar los procesos, que es por lejos lo más complejo dentro del proceso de certificación. Todo esto demandó un esfuerzo importante, un cambio estructural para la industria local.

También hay muchos productos que son importados y que tienen los estudios ya aprobados en otras jurisdicciones y que son aceptados por el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP).



Lo que más se discutió de la **Ley de Fármacos** es el **artículo 101** que establece, entre otros, que en la receta médica, se deberá individualizar el producto farmacéutico "[…] por su denominación de fantasía, debiendo agregar, a modo de información, la denominación común internacional que autorizará su

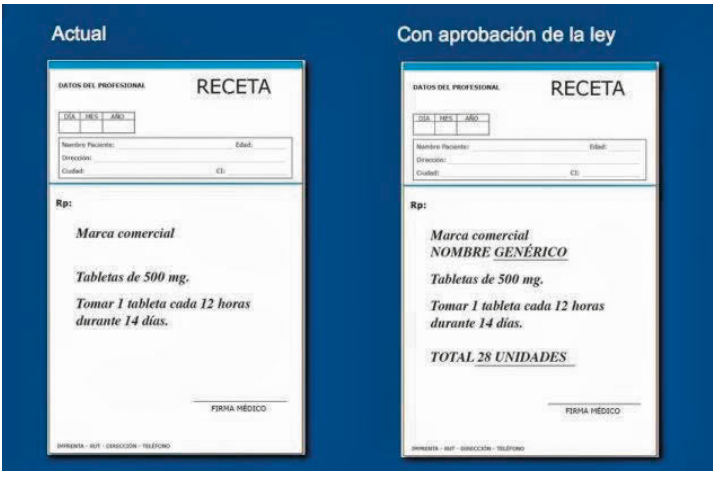
intercambio, en caso de existir medicamentos bioequivalentes certificados, en los términos del inciso siguiente".

Dicho inciso, a su vez indica, que "si el medicamento prescrito es de aquéllos que deben demostrar bioequivalencia según decreto supremo fundado, el químico farmacéutico, a solicitud del paciente, dispensará alguno de los productos que, siendo bioequivalentes del prescrito, hayan demostrado tal exigencia en conformidad a los requisitos contenidos en el respectivo decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud […]."

"Si el medicamento prescrito es de aquellos que no requieren demostrar bioequivalencia, el químico farmacéutico lo dispensará conforme a la receta médica. Será obligación de los establecimientos de expendio poner a disposición de quien requiera la dispensación de un medicamento, un listado de los productos que deben demostrar bioequivalencia de acuerdo al decreto señalado precedentemente"

La lógica es bastante simple, habiéndose certificado la bioequivalencia, se entiende que es un sustituto técnicamente apto y por lo tanto puede haber sustitución.

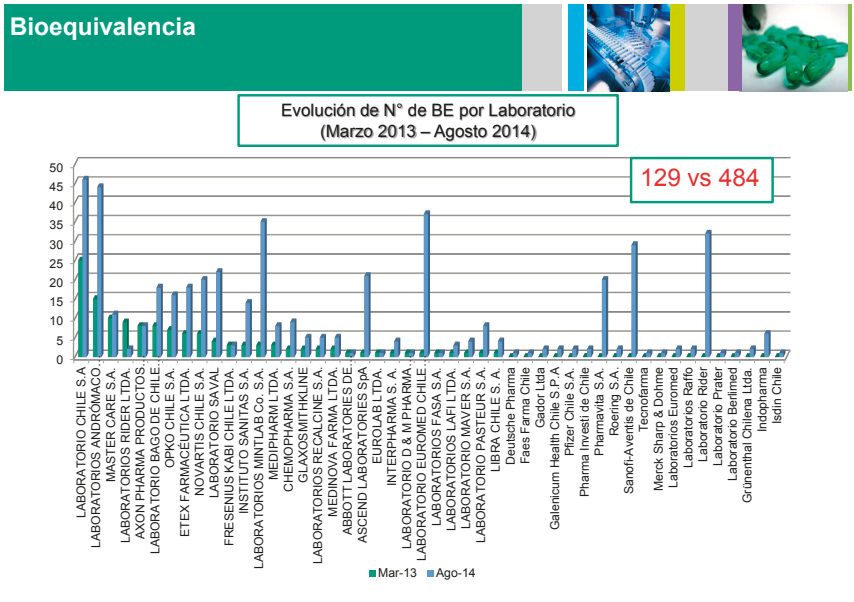
Pueden observar la receta, por un lado la situación previa



(actual) y por otro con aprobación de la Ley cuando hay bioequivalentes y se tiene que indicar el principio activo.

La industria, como les comenté, en parte fue algo reacia a aceptar esto porque implicaba un esfuerzo naturalmente importante desde el punto de vista económico. También nosotros tenemos precios promedios, especialmente en algunos productos, que son bastante bajos, que no logran financiar los estudios. De hecho una parte importante de los laboratorios lo que hizo fue pedir la cancelación de los registros sanitarios para no estar obligados a hacerlo. Por ello hay que mirar el cuadro completo, cuál es el efecto que esto tiene, puede ser, y es razonable anticipar, que algunos actores del mercado salgan porque simplemente no van a estar dispuestos a invertir en el contexto de más altos estándares.

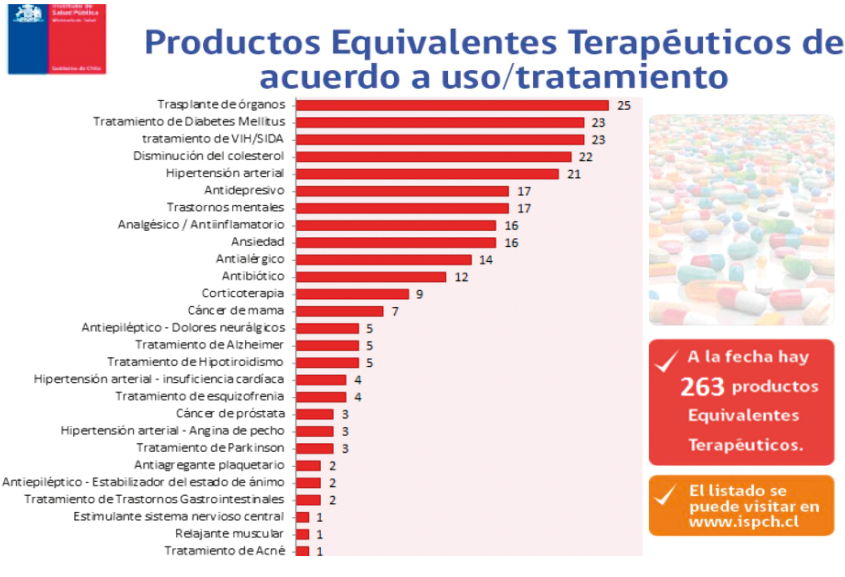
El siguiente grafico muestra que el año pasado eran pocos los laboratorios que impulsaban fuertemente la bioequivalencia. De hecho una parte importante se dedicó a tratar de impugnar, incluso judicialmente, la validez de los decretos para retrasar este proceso. Pero a esta altura es un hecho indiscutido que esta política se está impulsando, y las amenazas de cancelación de



registro sanitarios por no presentación de los estudios dentro del plazo estimado, es una realidad. Por eso es que no tiene mucho sentido oponerse. La mayor parte de la industria está avanzando, y ha habido pasos relevantes. Simplemente lo mostraba en números, de 129 productos certificados a marzo del 2013 *a* 484 en agosto. Todavía creo que no estamos ni en el 5% del total de los productos, pero se está avanzando y a alta velocidad.

Tal vez lo más interesante de entender es que quienes han incentivado más la política de bioequivalencia, curiosamente han sido las cadenas. Ustedes se preguntarán por qué. De hecho quienes más solicitan certificaciones son los laboratorios vinculados con las cadenas de farmacia y eso tiene que ver que existe el *switch* del producto legitimado, desde que está la Ley de Fármacos. Es decir, se puede "switchear" el producto de marca propia, y eso está legitimado por el sistema. Esto también va a tener un efecto, no sabemos hacia donde, lo más probable que tenga que ver con reducción de oferta de productos por principio activo que estén disponibles en las farmacias. Esa es una hipótesis hasta el momento, pero no es alocado pensarlo.

La información del siguiente gráfico es a Noviembre del



2013 que muestra la tendencia de pasar de muy pocos productos certificados en Chile, a un número más relevante, por categoría terapéutica. Pero todavía, la mayor parte de los productos genéricos en Chile, similares, siguen no teniendo certificación y estamos en pleno proceso.



Dentro de lo que es **información**, que era otro de los pilares que yo les comentaba para restablecer las funciones de un mercado razonablemente eficiente, está la indicación del precio en el estuche. La realidad es que eso en Chile no ocurría y el precio del medicamento cambiaba varias veces durante el día, incluso precios distintos por comuna, dentro de una determinada cuidad. Tal vez, desde el punto de vista de la farmacia, esta situación tiene una eficiencia económica, pero genera mucho ruido para el consumidor o para el paciente.

Por otro lado los **laboratorios**, y, eso ha sido siempre así, no solamente por la Ley de Fármacos, están obligados a informar sus precios de lista y condiciones comerciales de manera que sean respetados frente a cualquier comprador de medicamentos, me refiero a distribuidores distintos de las cadenas.

Además, hay una obligación para las **farmacias** de: "informar el precio de cada producto, de manera clara, oportuna y susceptible de comprobación, a fin de garantizar la transparencia, el acceso a la información y la veracidad de la misma. Además, cada local de expendio deberá contar con información que esté a disposición del público en forma directa y sin intervención de terceros, de manera visible, permanente y actualizada".

El otro tema, que también puede tener que ver con la posición de dominio, es el de los **incentivos**.

Habitualmente, y eso está muy documentado, cuando uno iba a la farmacia, esto supuestamente ya cambió, al dependiente en la pantalla se le indicaba que producto de esa categoría debía impulsar específicamente, porque es el que le dejaba el mayor premio. Esto se prohibió por Ley y lo que hemos visto hasta el momento es que la farmacia va solamente a premiar por categoría terapéutica. Da lo mismo si el producto es A, B o C de la misma categoría terapéutica, el variable que van a recibir va ser el mismo, con lo cual no habría la posibilidad de empujar un producto específico.

Según la Ley: "Quedan prohibidos la donación de productos farmacéuticos realizada con fines publicitarios y los incentivos económicos de cualquier índole, que induzcan a privilegiar el uso de determinado producto a los profesionales habilitados para prescribir y dispensar medicamentos o a los dependientes de los establecimientos de expendio y a cualquier otra persona que intervenga en la venta o administración de medicamentos".

Este tema no solamente apunta hacia el funcionamiento de las farmacias, sino también hacia la industria farmacéutica, la relación de la industria con el prescriptor. Acá también lo que se busca es que el prescriptor tenga la mayor libertad posible para elegir la mejor alternativa terapéutica para el paciente y que esa decisión soberana y libre del médico no sea eventualmente modificada por el punto de venta en la farmacia o quien dispense, es decir respetar la cadena completa. Esta norma también apunta a evitar ese tipo de financiamiento por parte de la industria farmacéutica a médicos y ponerle un límite. Todavía no está muy claro cómo se va a interpretar, algunos centros de salud lo hacen de forma bien restrictiva, otros un poco más laxo. En eso todavía hay necesidad de mayor claridad a pesar de tener todos los reglamentos.

De acuerdo a la Ley: "Se entenderá por incentivo cualquier pago, regalo, servicio o beneficio económico entregado o realizado a las personas señaladas en el inciso anterior, por

parte de laboratorios farmacéuticos, droguerías, importadores o distribuidores de medicamentos, establecimientos farmacéuticos en general o por quienes los representen".

Éste es el borrador de la norma específica, hace poco se cerró el proceso de consulta pública de los reglamentos y todavía hay bastante paño que cortar.

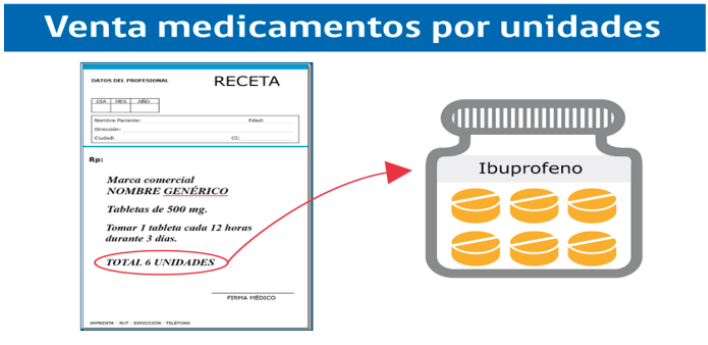
> **Artículo 119.-** La publicidad o promoción de medicamentos no podrá otorgar beneficios financieros o materiales al personal de salud, ni tampoco podrá alcanzar al personal administrativo que está relacionado con la gestión del suministro o entrega de medicamentos. En caso de que algún profesional o administrativo recibiese alguno de los incentivos antes mencionados, esa persona será objeto de las sanciones que el sumario sanitario determine.

En relación a los **medicamentos de venta libre (OTC)**, primero la intención fue llevarlos a los supermercados, muy al estilo de los Estados Unidos, hubo mucha oposición de las cadenas y también de Colegios Profesionales. En definitiva, lo que ocurrió fue que se buscó una solución intermedia, los OTC en góndolas y similares pero dentro de las farmacias y almacenes farmacéuticos. El problema es que no es una norma imperativa sino que facultativa, es decir, "podrán" llevar estos productos a las góndolas. El ingreso para las cadenas de farmacia por los medicamentos de venta libre no es lo más relevante, sí lo son los productos cosméticos y otros que tienen eventualmente márgenes más interesantes, y contra eso van a competir. La realidad es que es poco probable, y no hay señales de que vayan a llegar los medicamentos OTC a las cadenas desde el momento que se plantea el "podrán". La importancia de la redacción del reglamento tiene relación con: seguridad e información.

También hay normas sobre **fraccionamiento**, que han sido criticadas desde el punto de vista de la factibilidad técnica y no de un fraccionamiento a la "americana", sino más bien pensando en tijeretear los blísteres. Eso conlleva problemas

con la trazabilidad. Esta situación vendría asociada, en todo caso, con un nuevo requerimiento de información o de qué tipo de información tiene que estar en el blíster para una mejor trazabilidad.

Pero aun así es complejo el sistema que se está proponiendo y les resulta especialmente gravoso para las farmacias independientes. No está claro cómo va a funcionar, especialmente porque la norma no es imperativa a pesar de que en el reglamento pareciera que así se interpreta. Por otro lado también el impacto en el costo, o cuanto realmente se va a ahorrar con esta dosis exacta que se estaba proponiendo, no es claro.



Según la Ley: "En el ejercicio de su función de dispensación, dichos profesionales deberán, además, efectuar o supervisar el fraccionamiento de envases de medicamentos para la entrega del número de dosis requerido por la persona, según la prescripción del profesional competente"

"Mediante decreto dictado a través del Ministerio de Salud se aprobarán las normas para la correcta ejecución del fraccionamiento, las que incluirán la determinación de los productos de venta con receta médica no sujeta a control legal sobre los cuales se podrá realizar […]"

¿Éxito o fracaso?

Diría que todo depende de lo que se espere de la Ley, es decir si lo que se espera es el acceso al medicamento, esto es solo un eslabón. Si lo que se trata es mejorar el funcionamiento del mercado (fallas), creo que puede contribuir.

El acceso al medicamentos como se puede observar en la diapositiva, pasa primero por una selección racional de los medicamentos, por tener sistemas que sean financieramente sostenibles, que existan precios que se puedan pagar y también, sistemas de salud y de prestadores que sean confiables, etc.

En paralelo, en Chile, se están discutiendo primero una gran reforma del sistema de seguros de salud, contamos con un sistema mixto, público, el que cubre el 85 % de la población, el resto es seguro privado. Esto tiene una incidencia importante sobre acceso al medicamento. Por otro lado, otro pilar importante que se está discutiendo es sobre fondos para medicamentos de alto costos.

También, se está debatiendo sobre el modelo de construcción y gestión de hospitales, en torno al sistema de concesiones que en Chile tuvo mucho impulso durante los años ’90 y parte importante de la década posterior. No solamente con hospitales tiene que ver, sino, por ejemplo, con el gran impulso a la construcción de las carreteras, la estructura vial. Lo que se quiso hacer es exportar este modelo a la construcción de hospitales, y hay un gran debate en torno a la eficiencia, mezclado con ciertas concepciones también ideológicas acerca de la bondad del sistema de concesiones.

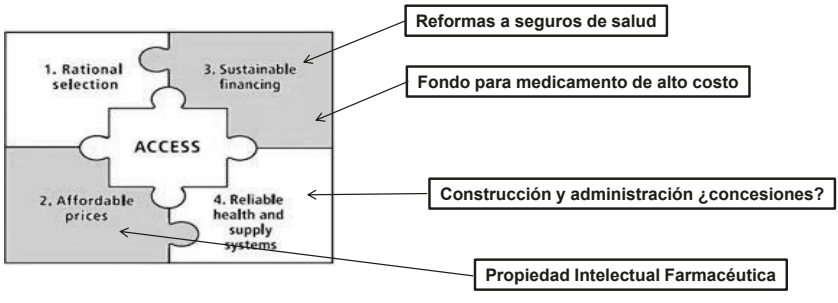
Por otro lado, el acceso también tiene que ver con un rol relevante de lo que es la propiedad intelectual farmacéutica y en ese sentido Chile está envuelto en una negociación de un tratado que se llama Trans-Pacific Partnership, que es un tratado multilateral con 11 países más del área Asia-Pacífico que establece un estándar de propiedad intelectual farmacéutico y que

también es muy importante en relación a cuanto puede entrar la competencia genérica al mercado.

¿Éxito o fracaso?



- Depende del objetivo planteado:
  - ¿Acceso a medicamento?
  - ¿Mejoramiento del funcionamiento del mercado (fallas de mercado)?



Es decir, la Ley de Fármacos es un eslabón más, pueda ser que tenga una influencia pero no se le puede pedir tanto.

Creo que hay que ser más modestos con respecto a que se quiere recoger de esta Ley, y como puede mejorar el funcionamiento actual del mercado, llevarlo a un sistema, no digo eficiente, sino razonable.

Hay mucha discusión como se ha implementado y puede ser que lleve un par de meses para que lleguen los reglamentos o se hagan efectivos.

Están redactados reglamentos para casi todas las áreas que están involucradas en la Ley de Fármacos, no les hice un barrido por todas pero quise tratar de extractar lo más relevante.

Para mí lo clave es **fiscalizar**, como abogado sé que uno puede tener la mejor norma pero si no se fiscaliza y no existe una real capacidad de disuasión de esa norma, los actores del

mercado no se mueven. Los actores del mercado funcionan, hay que ser sinceros, a través de incentivos, a través de hacer cálculos costo-beneficios.

Por ejemplo, ¿Cómo voy a fiscalizar que el médico prescriba en forma correcta, que indique el principio activo, cuando se emiten miles de recetas todos los días? Imposible. Luego, ¿cómo logro que efectivamente no existan incentivos que no sean razonables para los médicos o incentivos que vayan más allá de la Ley para el dependiente de farmacia? ¿Cómo fiscalizo que la información llegue adecuadamente al paciente?

La fiscalización o las sanciones al final para la industria farmacéutica o la farmacia, es simplemente un riesgo. Si uno lo mira en términos económicos esto está determinado por el tamaño del daño, la multa, y la probabilidad de detección. Si la multa es baja o la capacidad de detección, también, es baja, la capacidad de disuasión del mercado no va a ser relevante.

$$Multa = \left(\frac{B}{p}\right) * \left[1 + \frac{\sum_{i=1}^{n} F_i}{100}\right]$$

Donde:
B = Costos evitados o postergados por el agente al incumplir la normativa
p = Probabilidad de detección
Fi = Factores de Gradualidad de la Sanción

Entonces, cómo hacemos para mejorar y para que efectivamente estas nuevas normas que parecen todas muy razonables, y el nuevo reglamento puedan tener un efecto relevante, empiecen a modificar la estructura de este mercado. No basta con ir a la farmacia con los medios de comunicación y mostrar que se está fiscalizando. Nosotros pensamos, o yo por lo menos, creo que un **sistema de recetas electrónicas** sería una gran herramienta, primero, para fiscalizar en forma sencilla, barata,

eficiente, en forma masiva y donde se sepa que efectivamente se está indicando el principio activo cuando corresponde.

Por otro lado, en general los médicos no tienen la noción completa de qué bioequivalente está disponible en el mercado y en eso sí, en términos de información, podría cumplir un importante rol el Estado. Creo que es una solución y si hay algo bueno de la concentración de las farmacias es que se puede implementar estas soluciones tecnológicas con mayor sencillez que cuando estamos con un número muy atomizado de farmacias.

Para concluir, yo diría que hay tratar y pensar que el objetivo de la Ley de Fármacos tiene que ser bien acotado, centrarse en pequeñas funciones, que pueden provocar pequeños grandes cambios y tener un efecto relevante.

Ahora qué va a pasar con la ley de precios, con la disponibilidad, eso está por verse. Acá hay distintos actores que tomarán sus decisiones en base al nuevo marco, en la medida que también se haga efectivo y se fiscalice.

Esta Ley en parte va a contribuir al acceso del medicamento pero esto es multifactorial y por eso que tampoco yo pondría el acento ahí.

La relevancia de los reglamentos es sin duda que sean lo más realistas, ajustados a la Ley pero que también generen los incentivos correctos.

La clave sin duda con todas estas cuestiones de la fiscalización es que uno sienta que el regulador está detrás y está muy presente, y que el no cumplir es un mal negocio.

Es difícil anticipar, a esta altura, un resultado específico ya que todo está muy nuevo, nos faltan los reglamentos, saber qué poder de fiscalización va a tener el Estado para decir si va a funcionar o no. Muchísimas gracias.

Reflexiones sobre los nuevos desafíos regulatorios para las farmacias en el Uruguay

María Eugenia Lucas

Buenas tardes a todos, en primer lugar quiero agradecer a FEFARA por la invitación y a todos los amigos que me han recibido estupendamente bien en estas tierras. También hago extensivo mi agradecimiento a Carlos Vasallo que hizo posible esto, a Federico Tobar que dio mi nombre, y a los uruguayos que quedaron en casa haciendo las cosas que dejé para estar acá.

La idea de hoy es compartir con ustedes algunas reflexiones sobre los nuevos desafíos regulatorios que tenemos en las farmacias en el Uruguay.

Para ello voy a realizar una breve introducción de lo que es el **Centro Latinoamericano de Economía Humana** (CLAEH). Este Centro fue fundado en el año 1957 como Organización No Gubernamental (ONG), basado en el estudio de la pobreza en el Uruguay y trabajando fuertemente en la intervención social. En el año 1977 fue reconocido como Instituto Universitario por el Ministerio de Educación y Cultura. Desde los años 90 participa en la formación de gestores de salud: Maestría en Políticas Públicas y Gestión de Servicios de Salud. Personalmente coordino estas maestrías junto a una colega, la Dra. Marta Napol. En esta propuesta también participan docentes argentinos, así que trabajamos hace mucho tiempo, juntos.

Para poder entender el contexto voy a comentar brevemente la historia de la farmacia en el Uruguay y describir el mercado del medicamento en cifras.

Breve historia de la farmacia



A los pocos años de la fundación de Montevideo, llega Gabriel Piedra Cueva con un título bajo el brazo de boticario y le pide al Cabildo autorización para abrir su botica. Le conceden la autorización y ahí comienza la historia de nuestra farmacia. Hasta ese momento la dispensación de los medicamentos estaba al mando de los médicos de Montevideo que además de atender a la población, tenían la obligación de dar los medicamentos.

Esa historia sigue desde el Siglo XVIII hasta mediados del Siglo XX con un claro rol social para la farmacia que era el lugar donde los químicos preparábamos y dispensábamos los medicamentos, y la sociedad claramente, reconocía ese valor.

A mitad del Siglo XX, en la década de los ’50, los procesos de industrialización se hacen ya muy importantes y el medicamento industrializado sustituye definitivamente la preparación magistral de las farmacias. Ocurre entonces una migración masiva de los Químicos Farmacéuticos desde los establecimientos farmacéuticos hacia la Industria farmacéutica.

En el año 1954 se dicta el Decreto N° 25.842 (27 de enero de 1954) que permite a las instituciones prestadoras de servicios de salud tener sus propias farmacias. Eso de alguna manera va a condicionar el resto de la historia de la farmacia del siglo XX en el Uruguay porque por un lado los farmacéuticos nos vamos, y por otro los pacientes se van a esas instituciones que tienen sus propias farmacias que son las que dispensan.

Entonces de alguna manera teníamos, hasta mitad del Siglo XX, un servicio personalizado con una altísima carga de valor profesional donde el centro era el paciente y luego pasamos a un servicio con una menor carga profesional y despersonalizado.

Eso de alguna manera hizo que la sociedad dejara de visualizarnos y, por lo tanto, cuando le preguntamos a los uruguayos que hacen los farmacéuticos les cuesta contestar y en cambio cuando le preguntamos que hace un médico lo contestan rápidamente. Entonces esa invisibilidad se traduce, obviamente, en un menor poder político de los farmacéuticos comunitarios.



De alguna manera el resultado final de ese proceso es que hoy tenemos en Uruguay **tres canales para obtener los medicamentos:** las farmacias del sistema público, las del sector privado de los prestadores de servicios de salud y las farmacias comunitarias. Estos tres canales son absolutamente diferentes.

El **canal público** es aquel donde los usuarios pertenecen al subsector público, un sistema integrado de salud, con 1.200.000 uruguayos como beneficiarios. Este sector compra los medicamentos en forma centralizada por licitación pública, a través del Ministerio de Economía y Finanzas, y lo relevante es que el paciente en la farmacia del sector no paga nada de su bolsillo.

En el **subsector privado**, una vez que el médico le prescribe un medicamento, el paciente concurre a la farmacia del prestador de salud y para obtener su fármaco paga una tasa moderadora, cuyo monto es independientemente del precio del medicamento.

Esta tasa, de alguna manera, lo que trata es de generar una pequeña barrera para evitar el riesgo de que la gente consuma medicamentos que no necesita. Las instituciones de asistencia médica colectiva o las mutuales que son estos prestadores integrales negocian con los laboratorios bilateralmente la compra de medicamentos, y hay tantos precios como negociaciones haya. Entonces tenemos por un lado un gran comprador público, por otro lado tenemos los compradores del sector privado, y ahí tenemos una primera brecha; en unidades y en poder de compra.

Los precios a los cuales adquiere los medicamentos el Estado son sensiblemente menores a los que adquiere este canal privado. Eso es una forma de regular, porque este precio del Estado no solamente concentra toda la demanda pública sino que además ese precio es público. Los negociadores de las demás partes del sistema conocen a cuanto vende la industria al Estado.

El otro canal, las **farmacias comunitarias**, son establecimientos comerciales con valor sanitario, donde tenemos básicamente dos grandes tipos: por un lado, las cadenas de farmacias, que representan, aproximadamente, el 10% de esta parte del sistema y el resto son propietarios, que en Uruguay

no están obligados a que sean Químicos Farmacéuticos. Hay una poca presencia del Químico Farmacéutico, básicamente su tarea, es de controlador de los medicamentos controlados, o sea realiza actividades administrativas. Y el paciente, obviamente, paga de su bolsillo lo que consume en este canal de dispensación.



Las siguientes diapositivas muestran que la **performance** de los canales privados, de la farmacia comunitaria y de las instituciones sanitarias es claramente distinta.

En el canal de la **farmacia comunitaria** nosotros estamos manejando aproximadamente 32 millones de unidades y unos 213 mil millones de dólares.

Este canal privado de las farmacias comunitarias en los últimos 5 años ha perdido volumen de ventas, y levemente ha mejorado su recupero, como muestra el siguiente gráfico. El tema es que esto se da en un contexto de alto crecimiento. Uruguay ha crecido, su economía ha crecido y de alguna manera esto

Mercado de Farmacia Comunitaria

Performance del Mercado — **12/2013**

UNIDADES	MAT			TTD			MES				
	12/2012	12/2013	Crecim.%	12/2012	12/2013	Crecim.%	10/2013	11/2013	12/2013	Crecim.%	Eval. Ind.
MERCADO TOTAL	32.316.733	32.162.694	-0,5	32.316.733	32.162.694	-0,5	2.636.633	2.646.195	2.767.724	4,6	
Mercado Etico	26.863.684	26.575.404	-1,1	26.863.684	26.575.404	-1,1	2.209.437	2.175.163	2.278.797	4,8	100
Market Share	83,13	82,63		83,13	82,63		83,80	82,20	82,33		
Mercado Etico S/Leches	26.725.842	26.434.436	-1,1	26.725.842	26.434.436	-1,1	2.197.347	2.163.450	2.264.143	4,7	100
Market Share	82,70	82,19		82,70	82,19		83,34	81,76	81,81		
Mercado Popular	5.453.049	5.587.290	2,5	5.453.049	5.587.290	2,5	427.196	471.032	488.927	3,8	99
Market Share	16,87	17,37		16,87	17,37		16,20	17,80	17,67		
Mercado de Marcas	30.468.630	30.350.859	-0,4	30.468.630	30.350.859	-0,4	2.483.532	2.501.229	2.601.163	4,0	99
Market Share	94,28	94,37		94,28	94,37		94,19	94,52	93,98		
Mercado de Genéricos	1.848.103	1.811.835	-2,0	1.848.103	1.811.835	-2,0	153.101	144.966	166.561	14,9	110
Market Share	5,72	5,63		5,72	5,63		5,81	5,48	6,02		

DOLARES	MAT			TTD			MES				
	12/2012	12/2013	Crecim.%	12/2012	12/2013	Crecim.%	10/2013	11/2013	12/2013	Crecim.%	Eval. Ind.
MERCADO TOTAL	210.166.754	213.222.769	1,5	210.166.754	213.222.769	1,5	16.416.647	17.548.104	17.605.644	0,3	
Mercado Etico	169.878.426	170.495.624	0,4	169.878.426	170.495.624	0,4	13.185.976	13.977.091	14.397.293	3,0	103
Market Share	80,83	79,96		80,83	79,96		80,32	79,65	81,78		
Mercado Etico S/Leches	168.434.024	168.887.693	0,3	168.434.024	168.887.693	0,3	13.048.964	13.829.675	14.250.312	3,0	100
Market Share	80,14	79,21		80,14	79,21		79,43	78,81	80,94		
Mercado Popular	40.288.328	42.727.145	6,1	40.288.328	42.727.145	6,1	3.230.671	3.571.013	3.208.351	-10,2	90
Market Share	19,17	20,04		19,17	20,04		19,68	20,35	18,22		
Mercado de Marcas	199.119.580	202.254.388	1,6	199.119.580	202.254.388	1,6	15.574.141	16.605.211	16.654.607	0,3	100
Market Share	94,74	94,86		94,74	94,86		94,87	94,63	94,60		
Mercado de Genéricos	11.047.174	10.968.381	-0,7	11.047.174	10.968.381	-0,7	842.506	942.893	951.037	0,9	101

Mercado - Análisis de Cinco Años — **12/2013**

UNIDADES	MAT						
	12/2009	12/2010	12/2011	12/2012	12/2013	Crecim.%	Eval. Ind.
MERCADO TOTAL	30.964.525	32.346.176	34.269.429	32.316.733	32.162.694	-0,5	
Mercado Etico	25.449.865	26.641.125	28.347.812	26.863.684	26.575.404	-1,1	99
Market Share	82,19	82,36	82,72	83,13	82,63		
Mercado Popular	5.514.660	5.705.051	5.921.617	5.453.049	5.587.290	2,5	103
Market Share	17,81	17,64	17,28	16,87	17,37		
Mercado de Marcas	29.093.845	30.417.581	32.319.273	30.468.630	30.350.859	-0,4	100
Market Share	93,96	94,04	94,31	94,28	94,37		
Mercado de Genéricos	1.870.680	1.928.595	1.950.156	1.848.103	1.811.835	-2,0	99
Market Share	6,04	5,96	5,69	5,72	5,63		

DÓLARES	MAT						
	12/2009	12/2010	12/2011	12/2012	12/2013	Crecim.%	Eval. Ind.
MERCADO TOTAL	156.806.482	195.369.220	226.677.504	210.166.754	213.222.769	1,5	
Mercado Etico	126.022.996	156.434.676	181.835.817	169.878.426	170.495.624	0,4	99
Market Share	80,37	80,07	80,22	80,83	79,96		
Mercado Popular	30.783.486	38.934.544	44.841.687	40.288.328	42.727.145	6,1	105
Market Share	19,63	19,93	19,78	19,17	20,04		
Mercado de Marcas	148.324.604	185.114.977	215.330.763	199.119.580	202.254.388	1,6	100
Market Share	94,59	94,75	94,99	94,74	94,86		
Mercado de Genéricos	8.481.878	10.254.243	11.346.741	11.047.174	10.968.381	-0,7	98
Market Share	5,41	5,25	5,01	5,26	5,14		

está mostrando que a la farmacia comunitaria no le va tan bien como al resto del país.

Cuando observamos las prestadoras de salud, aproximadamente, manejan 48 millones de unidades y, más o menos estamos en los 166 millones de dólares.

Esto genera una brecha, que se ya se las mencioné. El precio

Mercado de las Prestadoras de Salud

Performance del Mercado — 12/2013

MERCADO TOTAL	44.013.597	48.612.153	10,5	44.013.597	48.612.153	10,5	4.192.440	4.106.137	4.166.963	1,5	
Mercado Etico	41.892.785	46.097.146	10,0	41.892.785	46.097.146	10,0	3.972.478	3.888.416	3.942.088	1,4	100
Market Share	95,18	94,83		95,18	94,83		94,75	94,70	94,60		
Mercado Etico S/Leches	41.797.729	45.919.787	9,9	41.797.729	45.919.787	9,9	3.957.672	3.874.401	3.928.058	1,4	100
Market Share	94,97	94,46		94,97	94,46		94,40	94,36	94,27		
Mercado Popular	2.120.812	2.515.007	18,6	2.120.812	2.515.007	18,6	219.962	217.721	224.875	3,3	102
Market Share	4,82	5,17		4,82	5,17		5,25	5,30	5,40		
Mercado de Marcas	33.187.284	37.280.944	12,3	33.187.284	37.280.944	12,3	3.235.436	3.175.098	3.202.549	0,9	99
Market Share	75,40	76,69		75,40	76,69		77,17	77,33	76,86		
Mercado de Genéricos	10.826.313	11.331.209	4,7	10.826.313	11.331.209	4,7	957.004	931.039	964.414	3,6	102
Market Share	24,60	23,31		24,60	23,31		22,83	22,67	23,14		

DOLARES	MAT			YTD			MES				
	12/2012	12/2013	Crecim. %	12/2012	12/2013	Crecim. %	10/2013	11/2013	12/2013	Crecim. %	Eval. Ind.
MERCADO TOTAL	144.585.248	166.581.204	15,2	144.585.248	166.581.204	15,2	13.796.901	13.437.022	14.125.902	5,1	
Mercado Etico	138.830.430	159.076.188	14,6	138.830.430	159.076.188	14,6	13.142.350	12.780.086	13.430.990	5,1	100
Market Share	96,02	95,49		96,02	95,49		95,26	95,11	95,08		
Mercado Etico S/Leches	137.626.639	156.999.199	14,1	137.626.639	156.999.199	14,1	12.963.727	12.631.754	13.269.698	5,1	100
Market Share	95,19	94,25		95,19	94,25		93,96	94,01	93,94		
Mercado Popular	5.754.818	7.505.016	30,4	5.754.818	7.505.016	30,4	654.551	656.936	694.912	5,8	101
Market Share	3,98	4,51		3,98	4,51		4,74	4,89	4,92		
Mercado de Marcas	130.333.176	150.950.197	15,8	130.333.176	150.950.197	15,8	12.507.682	12.130.592	12.777.464	5,3	100
Market Share	90,14	90,62		90,14	90,62		90,66	90,28	90,45		
Mercado de Genéricos	14.252.072	15.631.007	9,7	14.252.072	15.631.007	9,7	1.289.219	1.306.430	1.348.438	3,2	98
Market Share	9,86	9,38		9,86	9,38		9,34	9,72	9,55		

Mercado - Análisis de Cinco Años — 12/2013

UNIDADES	MAT						
	12/2009	12/2010	12/2011	12/2012	12/2013	Crecim. %	Eval. Ind.
MERCADO TOTAL	38.684.911	40.774.835	40.751.292	44.013.597	48.612.153	10,5	
Mercado Etico	36.585.535	38.720.732	38.674.964	41.892.785	46.097.146	10,0	100
Market Share	94,57	94,96	94,90	95,18	94,83		
Mercado Popular	2.099.376	2.054.103	2.076.328	2.120.812	2.515.007	18,6	108
Market Share	5,43	5,04	5,10	4,82	5,17		
Mercado de Marcas	28.357.313	30.172.989	30.701.538	33.187.284	37.280.944	12,3	102
Market Share	73,30	74,00	75,34	75,40	76,69		
Mercado de Genéricos	10.327.598	10.601.846	10.049.754	10.826.313	11.331.209	4,7	94
Market Share	26,70	26,00	24,66	24,60	23,31		

DÓLARES	MAT						
	12/2009	12/2010	12/2011	12/2012	12/2013	Crecim. %	Eval. Ind.
MERCADO TOTAL	110.785.660	124.472.505	135.578.764	144.585.248	166.581.204	15,2	
Mercado Etico	106.148.637	119.266.362	129.854.346	138.830.430	159.076.188	14,6	99
Market Share	95,81	95,82	95,78	96,02	95,49		
Mercado Popular	4.637.023	5.206.143	5.724.418	5.754.818	7.505.016	30,4	115
Market Share	4,19	4,18	4,22	3,98	4,51		
Mercado de Marcas	99.106.573	111.399.207	122.221.054	130.333.176	150.950.197	15,8	101
Market Share	89,46	89,50	90,15	90,14	90,62		
Mercado de Genéricos	11.679.087	13.073.298	13.357.710	14.252.072	15.631.007	9,7	94
Market Share	10,54	10,50	9,85	9,86	9,38		

promedio en el canal mutual está en 3,4 y en la farmacia comunitaria en 6,6. Entonces acá se generan entre los tres canales un financiamiento cruzado, **de alguna manera los laboratorios recuperan a nivel de las farmacias comunitarias el favor de los bajos precios del canal público.**

Cuando observamos el mercado en los últimos 5 años de las instituciones, obviamente, han aumentado el 10,5% en

términos de unidades, y el 15,2% en lo que respecta a valores monetarios.

El perfil de consumo que vemos de los dos canales es bien distinto. Por un lado la **farmacia comunitaria** en **unidades** vende básicamente analgésicos, antirreumáticos y en tercer lugar anticonceptivos.

Si observamos el **perfil de consumo de las farmacias comunitarias** pero expresado **en dólares**, las ventas mayores están concentradas en anticonceptivos, luego, analgésicos, antipiréticos y demás.

Perfil consumo farmacia comunitaria (Unidades)

Principales Clases Terapéuticas (Nivel III) **12/2013**

UNIDADES

Ranking en Mes

CLASES TERAPEUTICAS	RK MES		MAT			YTD			MES				
	11/2013	12/2013	12/2012	12/2013	Crecim. %	12/2012	12/2013	Crecim. %	10/2013	11/2013	12/2013	Crecim. %	Evol. Ind.
Total Mercado			**32.316.733**	**32.162.694**	**-0,5**	**32.316.733**	**32.162.694**	**-0,5**	**2.636.633**	**2.646.195**	**2.767.724**	**4,6**	
N02B - ANALG NO NARC. ANTIPIRET.	1	1	4.346.095	4.153.686	-4,4	4.346.095	4.153.686	-4,4	343.714	331.470	367.602	10,9	106
M01A - ANTIRREUMAT NO ESTEROID	2	2	1.790.322	2.314.483	29,3	1.790.322	2.314.483	29,3	237.042	209.165	218.527	4,5	100
G03A - HORMONAS ANTICONCEPT SIST	3	3	2.195.843	2.159.233	-1,7	2.195.843	2.159.233	-1,7	176.475	173.109	193.994	12,1	107
M03B - MIORRELAJ ACTIV CENTRAL	4	4	1.516.229	1.427.517	-5,9	1.516.229	1.427.517	-5,9	123.359	113.323	115.271	1,7	97
H03A - PRODUCTOS TIROIDEOS	5	5	797.643	832.611	4,4	797.643	832.611	4,4	55.831	82.016	80.504	-1,8	94
D03A - CICATRIZANTES	14	6	464.773	593.017	27,6	464.773	593.017	27,6	31.947	37.896	68.140	79,8	175
N02C - ANTIMIGRANOSOS	7	7	765.707	794.380	3,7	765.707	794.380	3,7	62.928	61.551	68.000	10,5	106
A01A - ESTOMATOLOGICOS	6	8	413.977	547.808	32,3	413.977	547.808	32,3	45.326	78.984	65.050	-17,6	78
G04E - PRD DISFUNCION ERECTIL	8	9	604.317	637.123	5,4	604.317	637.123	5,4	51.861	59.376	57.551	-4,0	91
A03D - ANTIESPASM./ANALGES. COMB	10	10	593.215	620.056	4,5	593.215	620.056	4,5	61.996	53.285	56.340	5,7	101
R01A - PREPAR TOPIC NASALES	25	11	450.847	465.887	3,3	450.847	465.887	3,3	27.585	26.531	50.682	90,6	186
A02B - ANTIULCEROSOS	11	12	567.915	563.383	-0,8	567.915	563.383	-0,8	44.275	48.625	42.453	-12,7	83
R06A - ANTIHISTAMINICOS	12	13	534.069	511.436	-4,2	534.069	511.436	-4,2	50.721	43.434	42.042	-3,2	92
A02A - ANTIACID ANTIFLAT CARMIN	15	14	470.426	463.375	-0,2	470.426	463.375	-0,2	35.083	36.880	41.955	13,8	109
J01C - PENICILINAS AMPLIO ESPECT	9	15	716.357	648.986	-9,4	716.357	648.986	-9,4	46.847	56.453	41.903	-25,8	70
A06A - LAXANTES	16	16	414.833	402.483	-3,0	414.833	402.483	-3,0	31.386	36.204	34.491	-4,7	91
N05C - TRANQUILIZANTES	13	17	412.342	382.435	-7,3	412.342	382.435	-7,3	32.661	32.617	34.356	5,3	101
D01A - ANTIMICOTICOS DERMATOLOG	18	18	294.370	312.157	6,0	294.370	312.157	6,0	32.446	33.358	32.709	-2,0	93
R05A - ANTIGRIPALES EXC. ANTIINF.	17	19	1.077.554	1.134.037	5,2	1.077.554	1.134.037	5,2	52.669	34.887	32.628	-6,5	89
A03C - ANTIESPASM./ATARAXIC COMB	20	20	461.956	474.996	2,8	461.956	474.996	2,8	44.905	31.374	31.037	-1,1	94
C09A - INHIBIDORES ECA SOLOS	21	21	483.675	434.551	-10,2	483.675	434.551	-10,2	46.420	30.464	30.398	-0,2	95
V07A - OTROS PROD NO TERAPEUT	24	22	316.139	285.906	-9,6	316.139	285.906	-9,6	22.943	27.142	30.174	11,2	107
D02A - EMOLIENTES Y PROTECTORES	13	23	258.705	238.523	-7,8	258.705	238.523	-7,8	35.186	39.040	29.826	-23,6	72

Perfil consumo farmacia comunitaria (Dólares)

Principales Clases Terapéuticas (Nivel III) **12/2013**

DOLARES

Ranking en Mes

CLASES TERAPEUTICAS	RK MES		MAT			YTD			MES				
	11/2013	12/2013	12/2012	12/2013	Crecim. %	12/2012	12/2013	Crecim. %	10/2013	11/2013	12/2013	Crecim. %	Evol. Ind.
Total Mercado			**210.166.754**	**213.222.769**	**1,5**	**210.166.754**	**213.222.769**	**1,5**	**16.416.647**	**17.548.104**	**17.605.644**	**0,3**	
G03A - HORMONAS ANTICONCEPT SIST	1	1	17.183.055	16.543.224	-3,7	17.183.055	16.543.224	-3,7	1.275.538	1.284.169	1.464.242	14,0	114
N02B - ANALG NO NARC. ANTIPIRET.	2	2	14.933.063	15.897.164	6,5	14.933.063	15.897.164	6,5	1.116.825	1.150.738	1.121.206	-2,6	97
M01A - ANTIRREUMAT NO ESTEROID	3	3	6.736.255	8.134.748	19,7	6.736.255	8.134.748	19,7	744.924	679.371	766.050	12,8	112
D02A - EMOLIENTES Y PROTECTORES	4	4	2.867.098	3.101.176	8,2	2.867.098	3.101.176	8,2	510.971	517.850	402.521	-22,3	77
D03A - CICATRIZANTES	11	5	2.900.726	3.738.419	28,9	2.900.726	3.738.419	28,9	216.310	328.884	380.156	15,6	115
H03A - PRODUCTOS TIROIDEOS	8	6	3.571.402	3.935.842	10,2	3.571.402	3.935.842	10,2	253.697	364.867	367.460	0,7	100
N06A - ANTIDEPRES Y EQUILIBR	3	7	4.685.219	4.085.684	-12,4	4.685.219	4.085.684	-12,4	303.363	359.649	350.672	-2,5	97
M03B - MIORRELAJ ACTIV CENTRAL	10	8	4.074.774	4.149.687	1,8	4.074.774	4.149.687	1,8	362.839	329.067	336.870	2,4	102
D11A - OTROS PROD.DERMATOLOGICC	6	9	2.604.663	3.016.589	15,8	2.604.663	3.016.589	15,8	211.473	368.587	328.408	-10,5	84
A02B - ANTIULCEROSOS	7	10	4.578.183	4.370.495	-4,5	4.578.183	4.370.495	-4,5	298.626	381.890	314.237	-17,7	82
C10A - PREP.REG.COLEST/TRIGLIC	16	11	3.731.805	3.236.166	-14,7	3.731.805	3.236.166	-14,7	252.220	265.093	312.028	17,7	117
N03A - ANTIEPILEPTICOS	13	12	3.320.044	3.268.580	-1,6	3.320.044	3.268.580	-1,6	251.151	297.305	294.378	-1,0	99
G04E - PRD DISFUNCION ERECTIL	12	13	2.958.914	3.273.199	10,8	2.958.914	3.273.199	10,8	240.967	301.707	288.601	-4,3	95
J01C - PENICILINAS AMPLIO ESPECT	5	14	4.777.734	4.809.567	0,7	4.777.734	4.809.567	0,7	316.952	409.839	287.746	-29,8	70
A03D - ANTIESPASM./ANALGES. COMB	20	15	2.919.934	3.026.755	3,7	2.919.934	3.026.755	3,7	273.338	239.365	279.935	17,0	117
N05C - TRANQUILIZANTES	15	16	3.300.915	3.125.265	-5,3	3.300.915	3.125.265	-5,3	249.155	268.101	271.220	1,2	101
D01A - ANTIMICOTICOS DERMATOLOG	17	17	2.205.551	2.455.689	11,3	2.205.551	2.455.689	11,3	240.515	263.436	247.799	-5,9	94
R01A - PREPAR TOPIC NASALES	36	18	2.350.388	2.399.952	2,1	2.350.388	2.399.952	2,1	138.939	150.307	234.311	55,9	156
C09C - ANGIOTENSIN-II ANTAG SOLO	18	19	2.571.693	2.678.722	4,2	2.571.693	2.678.722	4,2	198.609	246.034	228.664	-7,1	93
A06A - LAXANTES	14	20	2.725.237	3.024.330	11,0	2.725.237	3.024.330	11,0	208.232	296.358	219.582	-25,9	74
R06A - ANTIHISTAMINICOS	19	21	2.653.373	2.589.851	-2,4	2.653.373	2.589.851	-2,4	237.948	239.422	219.112	-8,5	91
A02A - ANTIACID ANTIFLAT CARMIN	22	22	2.646.079	2.752.747	4,0	2.646.079	2.752.747	4,0	201.328	211.019	212.982	0,9	101
A11A - POLIVITAMIN.CON MINERAL.	25	23	2.273.444	2.192.808	-3,6	2.273.444	2.192.808	-3,6	189.928	179.009	211.731	18,3	118

Ahora, si miramos lo que ocurre en las **instituciones de asistencia médica colectiva**, el **perfil de consumo en unidades** primero se presentan las soluciones parenterales, obviamente porque son las que en volumen hacen más, después los antiulcerosos y demás.

Por otra parte, cuando observamos el **perfil de consumo de las prestadoras de salud** pero **en dólares**, el primer lugar lo llevan los antiretrovirales, en segundo lugar los anestésicos inhalatorios y demás.

Perfil de consumo de prestadoras de salud (Unidades)

Principales Clases Terapéuticas (Nivel III) **12/2013**

UNIDADES

Ranking en Mes

CLASES TERAPEUTICAS	RK MES		MAT			YTD			MES				
	11/2013	12/2013	12/2012	12/2013	Crecim. %	12/2012	12/2013	Crecim. %	10/2013	11/2013	12/2013	Crecim. %	Evol. Ind.
Total Mercado			**44.013.597**	**48.612.153**	**10,5**	**44.013.597**	**48.612.153**	**10,5**	**4.192.440**	**4.106.137**	**4.166.963**	**1,5**	
K01B – SOLUCIONES STANDARD	1	1	4.054.802	4.103.067	1,2	4.054.802	4.103.067	1,2	350.054	336.747	350.563	4,1	103
A02B – ANTIULCEROSOS	2	2	2.340.332	2.579.107	10,2	2.340.332	2.579.107	10,2	236.979	225.059	206.307	-8,3	90
N02B – ANALG NO NARC. ANTIPIRET.	4	3	1.611.478	1.788.766	11,0	1.611.478	1.788.766	11,0	152.264	147.306	151.031	2,5	101
C10A – PREP. REG. COLEST/TRIGLIC	6	4	1.343.896	1.544.948	15,0	1.343.896	1.544.948	15,0	139.928	128.573	140.120	9,0	108
M01A – ANTIRREUMAT NO ESTEROID	3	5	1.385.757	1.556.828	12,3	1.385.757	1.556.828	12,3	150.575	148.249	136.194	-8,1	90
N05C – TRANQUILIZANTES	7	6	1.331.644	1.475.077	10,8	1.331.644	1.475.077	10,8	122.333	127.455	130.725	2,6	101
N06A – ANTIDEPRES Y EQUILIBR	8	7	1.244.702	1.399.460	12,4	1.244.702	1.399.460	12,4	118.035	122.832	123.261	0,4	99
N03A – ANTIEPILEPTICOS	9	8	1.292.576	1.502.187	16,2	1.292.576	1.502.187	16,2	127.681	121.170	123.156	1,6	100
J01C – PENICILINAS AMPLIO ESPECT	5	9	1.370.753	1.521.444	11,0	1.370.753	1.521.444	11,0	141.619	138.662	122.537	-11,6	87
C09C – ANGIOTENSIN-II ANTAG SOLO	10	10	908.590	1.095.408	20,6	908.590	1.095.408	20,6	88.128	90.326	94.150	4,2	103
A10J – ANTIDIABETICOS BIGUANIDA	11	11	885.237	1.008.072	13,9	885.237	1.008.072	13,9	88.558	82.887	86.369	4,2	103
C03A – DIURETICOS	12	12	907.796	956.897	5,4	907.796	956.897	5,4	84.392	81.317	82.426	1,4	100
C09A – INHIBIDORES ECA SOLOS	15	13	880.228	922.504	4,8	880.228	922.504	4,8	78.654	72.473	78.883	8,8	107
K04B – SOLUC STANDARD < 100ML	18	14	959.603	908.368	-5,3	959.603	908.368	-5,3	82.101	66.554	75.386	13,3	112
J01D – CEFALOSPORINAS	13	15	893.895	870.040	-2,7	893.895	870.040	-2,7	77.834	73.863	75.185	1,8	100
H02A – CORTICOSTEROIDES SOLOS	16	16	626.077	888.004	41,8	626.077	888.004	41,8	70.339	71.715	74.708	4,2	103
N05A – ANTIPSICOTICOS	14	17	735.263	853.595	16,1	735.263	853.595	16,1	73.755	73.053	71.912	-1,6	97
C08A – ANTAG DEL CALCIO SOLOS	20	18	769.440	835.028	8,5	769.440	835.028	8,5	69.859	64.148	70.301	9,6	108
M05X – OTR.PRD.MUSCULO-ESQUELET	17	19	543.748	729.771	34,2	543.748	729.771	34,2	65.749	70.528	69.720	-1,2	97
A03F – GASTROPROCINETICOS	19	20	622.523	693.306	11,4	622.523	693.306	11,4	61.796	64.865	64.579	-0,4	98
C07A – AGENTES BETA-BLOQ. SOLOS	22	21	583.468	643.152	10,2	583.468	643.152	10,2	55.500	55.655	57.873	4,0	103
N05B – HIPNOTICOS Y SEDANTES	21	22	569.557	645.618	13,4	569.557	645.618	13,4	57.321	58.475	56.866	-2,8	96
H03A – PRODUCTOS TIROIDEOS	24	23	541.707	599.634	10,7	541.707	599.634	10,7	47.932	47.408	52.899	11,6	110

Perfil de consumo de prestadoras de salud (Dólares)

Principales Clases Terapéuticas (Nivel III) **12/2013**

DOLARES

Ranking en Mes

CLASES TERAPEUTICAS	RK MES		MAT			YTD			MES				
	11/2013	12/2013	12/2012	12/2013	Crecim. %	12/2012	12/2013	Crecim. %	10/2013	11/2013	12/2013	Crecim. %	Evol. Ind.
Total Mercado			**144.585.248**	**166.581.204**	**15,2**	**144.585.248**	**166.581.204**	**15,2**	**13.796.901**	**13.437.022**	**14.125.902**	**5,1**	
J05C – ANTIVIRALES VIH	2	1	3.638.545	4.997.269	37,3	3.638.545	4.997.269	37,3	357.722	422.244	526.094	24,6	119
N01A – ANESTESICOS GENERALES	4	2	3.264.759	4.120.273	26,2	3.264.759	4.120.273	26,2	374.635	355.773	436.778	22,8	118
N03A – ANTIEPILEPTICOS	1	3	4.738.415	5.603.478	18,3	4.738.415	5.603.478	18,3	461.824	441.091	429.511	-2,6	92
A10C – INSULINAS HUMANAS+ANALOG	7	4	4.490.693	4.842.197	7,8	4.490.693	4.842.197	7,8	412.751	397.712	420.523	36,7	132
M05X – OTR.PRD.MUSCULO-ESQUELE	3	5	2.864.862	3.864.582	34,9	2.864.862	3.864.582	34,9	348.112	362.561	378.594	4,4	99
B01B – HEPARINAS	10	6	3.337.685	3.737.820	12,0	3.337.685	3.737.820	12,0	336.791	286.365	367.321	28,3	123
A02B – ANTIULCEROSOS	8	7	3.166.707	3.372.379	6,5	3.166.707	3.372.379	6,5	282.998	294.731	321.922	9,2	104
N06A – ANTIDEPRES Y EQUILIBR	5	8	3.262.187	3.709.521	13,7	3.262.187	3.709.521	13,7	311.587	321.265	318.141	-1,0	94
N05A – ANTIPSICOTICOS	6	9	3.070.778	3.498.508	13,9	3.070.778	3.498.508	13,9	290.708	313.880	285.630	-9,0	86
J01C – PENICILINAS AMPLIO ESPECT	9	10	2.613.471	3.132.278	19,9	2.613.471	3.132.278	19,9	283.771	290.088	250.582	-13,6	81
S01E – MIOTICOS+ANTIGLAUCOMA	12	11	3.210.378	2.975.419	-7,3	3.210.378	2.975.419	-7,3	240.963	232.827	246.199	5,7	101
M01A – ANTIRREUMAT NO ESTEROID	13	12	2.524.829	2.580.002	2,2	2.524.829	2.580.002	2,2	214.181	231.645	223.350	-3,6	91
C10A – PREP. REG. COLEST/TRIGLIC	15	13	2.620.940	2.657.718	1,4	2.620.940	2.657.718	1,4	202.928	216.220	215.572	-0,3	95
K01B – SOLUCIONES STANDARD	16	14	2.507.124	2.415.632	-3,7	2.507.124	2.415.632	-3,7	207.311	200.230	212.933	6,3	101
L02A – HORMONAS CITOSTATICAS	14	15	2.544.272	2.674.043	5,1	2.544.272	2.674.043	5,1	231.041	223.526	203.037	-9,2	86
B02D – COAGULACION DE LA SANGRE	33	16	1.755.166	2.127.420	21,2	1.755.166	2.127.420	21,2	158.051	122.927	199.845	62,6	157
V06C – ALIMENTOS INFANTILES	17	17	1.457.714	2.364.431	62,2	1.457.714	2.364.431	62,2	196.418	195.923	198.827	1,5	96
R03F – COMB ESTIMUL-B2+CORTICOS1	18	18	2.531.733	2.620.203	3,5	2.531.733	2.620.203	3,5	206.661	185.413	194.607	5,0	100
N04A – ANTIPARKINSONIANOS	20	19	2.432.935	2.680.855	10,2	2.432.935	2.680.855	10,2	244.762	183.134	193.297	5,6	100
L02B – HORM CITOSTATIC ANTAGON.	22	20	2.227.302	2.169.714	-2,6	2.227.302	2.169.714	-2,6	189.321	173.054	192.786	11,4	106
C09C – ANGIOTENSIN-II ANTAG SOLO	23	21	1.852.424	2.213.855	19,5	1.852.424	2.213.855	19,5	175.251	162.138	190.030	17,2	112
L04X – OTROS INMUNOSUPRESORES	21	22	2.195.737	2.521.276	14,8	2.195.737	2.521.276	14,8	192.835	179.608	188.902	5,2	100
J01D – CEFALOSPORINAS	19	23	2.069.918	2.138.025	3,3	2.069.918	2.138.025	3,3	183.588	184.863	186.238	0,7	96

De alguna manera lo que les quería mostrar con este perfil de consumo es que cuando las instituciones toman a los pacientes, el consumo refleja la epidemiologia poblacional. Cuando se va el paciente a la farmacia comunitaria, en ésta lo que queda es el analgésico y el anticonceptivo. Eso es lo que nos pasó desde el 1950 para acá.

Por otra parte, a partir del año 1980 contamos con el **Fondo Nacional de Recursos** (FNR) que es un reaseguro contra el riesgo catastrófico de tener algunas enfermedades que están vinculadas a la medicina altamente especializada. Recientemente el FNR incorporó dentro de su prestación de servicios, los medicamentos de alto costo como anticuerpos monoclonales y todo el tratamiento de la inmunosupresión. Es decir, ante la necesidad de un trasplante, en cualquier punto del país y bajo cualquier subsistema, público o privado, todos van a tener la misma cobertura, eso es exactamente igual para medicamentos de alto costo como por ejemplo el *Bevacizumab.*



El Fondo Nacional de Recursos tiene publicada toda la información de compras, obviamente, siempre las cifras de Uruguay son, por lo menos, 10 veces menores a las de Argentina, estamos hablando de 3 millones 200 mil habitantes, pero obviamente el Fondo Nacional de Recursos es una estrategia de acceso que, no sé si única, pero a considerar para Latinoamérica.

Les quiero exponer algunos **indicadores**, Uruguay es un

país que ha crecido bastante los últimos años y que tiene hoy un PBI de un poco más de 16 mil dólares per cápita. Estos datos que les presento es para ubicarlos de que país estamos hablando y, entonces, en estos contextos estamos siendo bastantes ruidosos con algunas regulaciones.



Indicadores Macro Uruguay

Uruguay: Indicadores macroeconómicos

Indicadores	2011	2012	2013	2014
PBI (Var % Anual)	7,3%	3,7%	4,4%	2,8%*
PBI (Millones U$S)	47.237	50.004	55.708	54.913*
Población (Millones personas)	3,37	3,38	3,39*	3,40
PBI per Cápita (U$S)	14.017	14.792	16.421	16.131*
Tasa de Desempleo- Promedio Anual (% PEA)	6,3%	6,5%	6,6%	7,0%*
Tipo de cambio ($/U$S, Promedio anual)	19,3	20,3	20,5	23,0*
Tipo de cambio (Variación promedio anual %)	-3,7%	5,2%	0,8%	12,5%*
Precios al Consumidor (Var % acumulada anual)	8,6%	7,5%	8,5%	8,5%*
Exportaciones de Bienes (Millones U$S)	8.946	9.543	9.984	10.084**
Importaciones de Bienes (Millones U$S)	10.726	11.652	11.642	11.956*
Superávit / Déficit comercial (Millones U$S)	-1.781	-2.113	-1.659	-1.872
Superávit / Déficit comercial (% del PBI)	-3,8%	-4,2%	-3,0%	-3,4%
Resultado Fiscal Global (% del PBI)	-0,9%	-2,8%	-2,4%	-3,4%*
Formación bruta de capital (% del PBI)	21,1%	23,6%	23,6%	23,6%**
Deuda Bruta (% del PBI)	57,2%	62,3%	59,5%	60%**
Inversión Extranjera Directa (Millones U$S)	2.504	2.687	2.796	2.800**
Inversión Extranjera Directa (% del PBI)	5,3%	5,4%	5,0%	5,1%**

(*)Proyecciones en base a la Encuesta de expectativas del BCU y Consultora Deloitte
(**) Proyecciones de Uruguay XXI
Fuentes: BCU, INE, MEF

clach

Novedades Regulatorias

A fin de año hubo una **nueva reglamentación que prohibía la formación de cadenas** (control de proliferación de cadenas), básicamente se limitaba la propiedad de más de 15 farmacias a cualquier persona o figura legal. Esta regulación, obviamente, no era retrospectiva pero no permitía la formación de conglomerados.



NACIONAL - MERCADO

Limitan propiedad de farmacias para evitar oligopolio de medicamentos

Decreto. Gobierno teme que a través de la concentración se determine qué remedios importar

El Poder Ejecutivo limitó a través de un decreto el número de farmacias propiedad de una única persona, sociedad, o grupo económico para evitar que unos pocos dominen el mercado de venta de medicamentos. El presidente José Mujica firmó ayer el decreto en el que establece que el límite que se tolerará será de 15 farmacias. De todas formas, se aceptará los emprendimientos que ya superan ese límite, pero no se les permitirá avanzar más.

Estamos discutiendo porque las cadenas que ya están en el Uruguay impugnaron esta legislación y los empresarios propietarios de farmacias apoyan al gobierno. Esto se puede seguir por la prensa y demás.

Otra novedad muy particular es que se **liberalizó la marihuana** en el Uruguay y la **farmacia está propuesta para ser el lugar de dispensación**. Ha sido bastante novedoso, y el gremio de farmacéuticos se definió claramente en contra, hay muchas discusiones, pero lo que sí está claro es que el consumo ya era legal, ahora el autocultivo también, lo que estamos viendo es que si la farmacia va a ser o no el lugar donde se dispense la marihuana.



Información

Home Información Mundo Vida actual Opinión Economía Ovación TV

Elecciones 2014 - Crisis en la educación

DURA OPINIÓN DE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL

Farmacias contra la venta de marihuana

Desde La Haya, la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) se pronunció en contra de que las farmacias vendan marihuana con fines recreativos, señaló su "grave preocupación" y exhortó al gobierno de José Mujica a "reconsiderar" dicha intención.

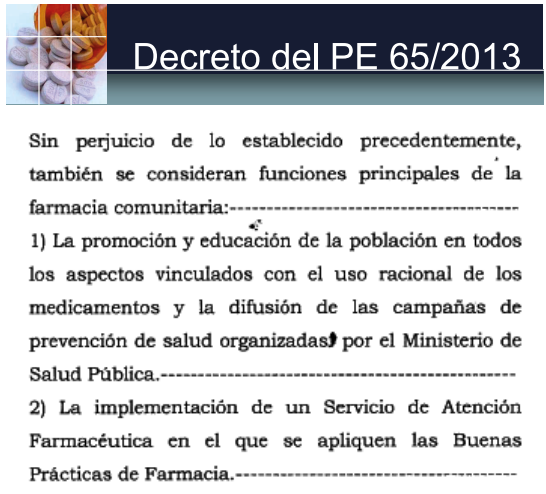
TEMAS

legalización - droga - Farmacias contra venta de

En una nota enviada a la Asociación de Química y Farmacia del Uruguay, la FIP, federación mundial que reúne a 126 asociaciones nacionales y representa a más de tres millones de profesionales y científicos farmacéuticos del mundo, sostiene que su deber es advertir sobre los efectos de las sustancias que comercializa. Ante ello, en su opinión, "las sustancias que sean utilizadas, no con propósitos terapéuticos, paliativos o de diagnóstico sino utilizadas (o abusadas) para fines recreativos, no deben ser provistas a los usuarios en las farmacias comunitarias. Este sería el caso de la marihuana".

"La ausencia del profesional farmacéutico en la farmacia comunitaria agrava aún más todo lo relativo a la distribución de marihuana y los argumentos de 'promoción de la salud', usados por los defensores del proyecto, quedan invalidados: ¿cómo un lugar sin un profesional de la salud puede ser un centro de salud?", cuestiona.

A finales del año pasado salió un nuevo decreto del Poder Ejecutivo, el **Decreto N° 65/2013**, donde se vuelve a **redefinir las funciones de la farmacia comunitaria**. La redefine respetando lo que se realiza habitualmente en la farmacia, pero además agrega funciones que se consideran principales, como lo pueden observar en la diapositiva.



Decreto del PE 65/2013

Sin perjuicio de lo establecido precedentemente, también se consideran funciones principales de la farmacia comunitaria:----------

1) La promoción y educación de la población en todos los aspectos vinculados con el uso racional de los medicamentos y la difusión de las campañas de prevención de salud organizadas por el Ministerio de Salud Pública.----------

2) La implementación de un Servicio de Atención Farmacéutica en el que se apliquen las Buenas Prácticas de Farmacia.----------

No tuvo una nota de prensa y yo creo que realmente esto puede ser el cambio que nosotros estamos buscando para un nuevo posicionamiento como profesionales de la salud.

Entonces la pregunta que nos hacemos, **¿es posible este cambio?** No solamente desde la regulación, desde el papel, sino desde la práctica.

A través de una herramienta que es el **análisis FODA**, trataremos de ver cuáles son las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que tienen hoy las **farmacias comunitarias en el Uruguay**.

FORTALEZAS

- Accesibilidad geográfica (1.050 farmacias)
- Inserción dentro de la comunidad
- Estructura compatible con estrategia de APS
- Conocimiento de la COMUNIDAD
- Calidad de atención, ambiente familiar y amistoso, atención personalizada
- Manejo de los pacientes como "clientes"
- Contar con una logística de suministro de buena calidad
- Respaldo legal

OPORTUNIDADES

- Satisfacer una necesidad social: la sociedad necesita una farmacia que le de herramientas para utilizar en forma más efectiva y segura los medicamentos
- Desarrollar una nueva MISIÓN COMERCIAL: el desarrollo de servicios farmacéuticos y la AF
- Generar servicios que provocan FIDELIZACIÓN
- Generar servicios identificatorios: "La farmacia especializada"

- Insertarse a través de la RED en forma efectiva, funcional y jerárquicamente dentro del SNIS
- Ser un eje clave para la promoción y la educación en salud
- Implantar las Buenas Prácticas de Farmacia como herramienta de aseguramiento de la calidad
- Mejorar el poder de negociación
- Generar alianzas con laboratorios que desarrollen Farmacovigilancia
- ¡Reencontrarnos finalmente a través de la atención farmacéutica, la Farmacia y los Químicos Farmacéuticos!☺

DEBILIDADES

- Estrecha misión comercial: en la búsqueda de la sobrevivencia se perdió la esencia
- Bajo poder de negociación
- Baja rentabilidad de las farmacias pequeñas
- Costo promedio del medicamento mayor que el resto de los canales
- Bajo nivel tecnológico
- Escasa o nula experiencia en el manejo del concepto: paciente
- Heterogéneo nivel gerencial
- Escasa integración de la información (intra y extra)
- Miedo al cambio y a la inversión
- Desigualdad en el nivel educativo y de capacitación del personal
- Normativa legal vigente sin controles
- Sustentar la rentabilidad del negocio en un % de ganancia sobre un "comodity" y no sobre un servicio de valor agregado
- Poca presencia del Químico Farmacéutico

AMENAZAS

- Quedar fuera del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)
- Que el nicho de mercado lo ocupe otro
- Fortalecimiento de la farmacia de segunda categoría en detrimento de la de primera
- Quedar relegados a vender "curitas"
- Medicación de entrega gratuita
- Ticket mutual a la baja y (¿puede verse esto como una oportunidad?)

Nosotros tenemos un sistema que va hacia la disminución de las tasas moderadoras que le llamamos tickets. Uruguay, en estos últimos años, ha bajado el nivel de los tickets, para mejorar el acceso. Existe medicación como la vinculada a la hipertensión arterial y la diabetes, donde el ticket se eliminó. Entonces esa gente va a ir necesariamente a la farmacia de la prestadora de servicios de salud para adquirir esos medicamentos, y obviamente van a la farmacia cuando el valor del medicamento en la farmacia comunitaria es más bajo que el valor del ticket o cuando el medicamento no está cubierto por el SNIS.

Regulación

El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay define qué prestaciones son las que tiene que cubrir el sistema, sea público o privado. En relación a los medicamentos, contamos con un formulario terapéutico de medicamentos donde se explicita cuáles son los medicamentos a los que todos los uruguayos tenemos derecho. Entonces no hay esta discusión de si le corresponde o no porque ya está definido, está regulado.

Nosotros lo que vemos es que, obviamente, el mercado de la salud es un mercado imperfecto y el de los medicamentos lo es todavía más. Hoy se planteaba si es un bien social o un bien

de mercado y es muy importante que nosotros tengamos claro que es las dos cosas, dependiendo del lugar del que se mire.

Cuando de alguna manera tenemos estos mercados con fallas, donde por un lado están los pacientes, las necesidades de salud, las políticas de salud, y por otro lado tenemos productores con capacidades de producción instaladas, con políticas industriales, o sea que hay demanda y hay oferta y por lo tanto tiene que haber una intervención.



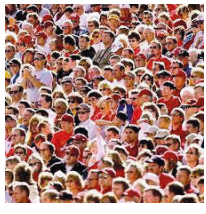
El **Estado uruguayo interviene** de tres maneras **en el mercado farmacéutico**: **regulando**, **financiando** y en muy poca medida, **produciendo medicamentos**. Pero es la regulación del mercado farmacéutico, la clave para sostener esta dualidad de los medicamentos, donde por un lado está la protección de la salud de los ciudadanos y por otro lado el desarrollo económico del sector farmacéutico.

La regulación es una forma de intervención estatal de carácter multidisciplinario. Tiene el propósito de mitigar las imper-

El estado regula tensiones

Pacientes
Necesidades de salud
Capacidades de financiamiento

Productores
Capacidades de producción



DEMANDA



OFERTA



Políticas de salud

Políticas Industriales

TECNOLOGÍAS
Políticas de I+D+i

Tipos de regulación en general

		Quién regula?	
		Gobiernos	Sector privado
Cómo regula?	Mandato y control	**Tipo I** Regulación estatal que involucra mandatos y sanciones	**Tipo II** Autorregulación privada
	Alternativas	**Tipo III** Uso de incentivos de mercado, abordaje centrado en auditoría de gestión	**Tipo IV** Mercado y normas sociales

fecciones del mercado y mejorar el funcionamiento de determinados sectores de la vida económica y social de país. Debo dejar

en claro que es un aspecto bien relevante de la actuación de los estados modernos, que genera costos e incentivos, y además, que no existe regulación, sin riesgos asociados.

Por otra parte, las formas de regulación van a depender de quién regula y cómo regula, como se puede observar en el cuadro de la página anterior.

En Uruguay estamos muy acostumbrados a querer regulaciones del Tipo I, o sea que el Estado bajo la estructura de mandato y control nos diga cómo hacer las cosas. Pero vamos a tener que acostumbrarnos a que hay otros que lo hacen, por ejemplo nosotros los profesionales con nuestra autorregulación, el mercado a través de normas sociales. O sea que regulamos no solamente a través de mandato y control sino, también, a través de otras alternativas.

Los **fines de la regulación** son:

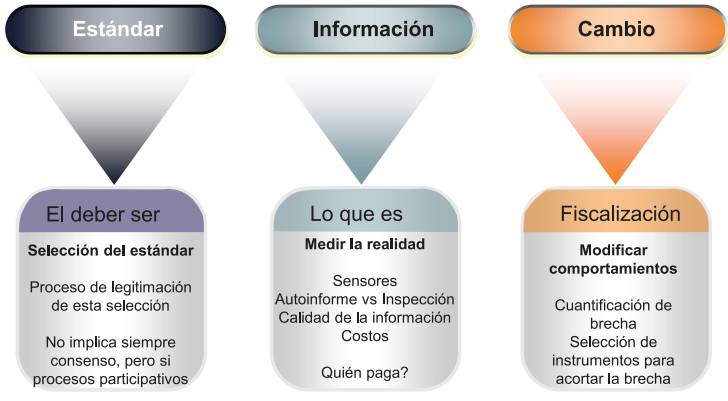
- Controlar a través de Instrumentos tecnocráticos que reducen la incertidumbre y las variaciones indeseadas.
- Generar normas de autorregulación profesional que incentiven a la autoresponsabilidad. Esto se relaciona con la revisión de pares y acompañamiento profesional o asociativo.
- Generar normas mínimas necesarias para el funcionamiento del mercado y para enfrentar una visión hostil a la regulación ya que se establecen barreras para la innovación.
- De alguna manera reducir los riesgos sistémicos, que existen en este mercado y con especial énfasis en el mercado farmacéutico.

Es muy importante la pluralidad de miradas, todas válidas, cuando se trabaje en los sistemas regulatorios.

En relación a la regulación como sistema, como pueden observar en la siguiente diapositiva se debe tener en cuenta: el deber ser, lo que es y la fiscalización.

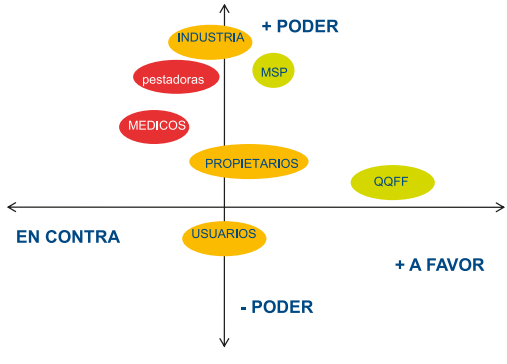
Cuando analizamos lo que debería ser, con lo que es de verdad y existe una brecha, ¿cómo modificamos conductas?





Entonces siempre que tengamos esta nueva regulación, vamos a tratar de ver cómo cristaliza en el Uruguay y para eso nos enfrentamos a la construcción política de esta nueva realidad. Para entender lo que puede pasar tratamos de identificar actores relevantes, intereses, problemas percibidos por esos actores y





cuáles son los recursos u mandatos. Una vez que están definidos, tratamos de generar un mapa. Es decir, encontrar cuál es la relación de poder que tienen estos distintos actores, y quienes están a favor y en contra.

En este mapa de actores, los **Químicos Farmacéuticos** tenemos muy poco poder ya que, por ejemplo, estamos muy a favor de la atención farmacéutica, pero no todos comparten este propósito. Entonces, de alguna manera lo que nosotros tenemos que hacer, desde nuestras acciones es correr este mapa de actores hacia el cuadrante de la derecha. ¿Cuáles son las vías?, ¿qué tenemos que hacer?:

- Capacitarlos y darles competencias
- Otorgarle incentivos económicos
- Contar con Seguro contra riesgo de mala praxis
- Tener Código de ética que sostenga las nuevas prácticas
- Lograr reconocimiento social de la práctica profesional

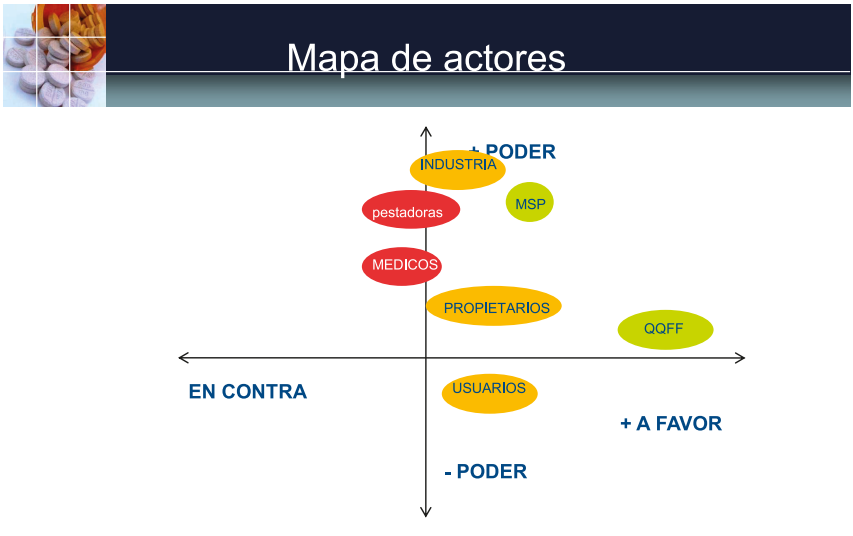
En cuanto a los **propietarios** no tienen ningún incentivo para hacer Atención Farmacéutica, no hay incentivos fiscales, no existen financiamiento, ni categorización de sus farmacias (Nuevo estatus sanitario) y de alguna manera no hay inserción en el SNIS. Pero si yo logro crear algún mecanismo que genere este incentivo, quizás la mirada del propietario de la farmacia frente a la atención farmacéutica cambie.

Obviamente el **Ministerio de Salud Pública** estuvo a favor de esta Ley, de hecho, salió. Y básicamente fue, porque la Organización Panamericana de la Salud ha tomado el tema de Atención Farmacéutica como lema y, ha trabajado muchísimo en Uruguay. Desde hace 10 años, se está trabajando en un proyecto de hipertensión arterial en farmacia comunitaria, con OPS, en el cual trabajé como supervisora, recién ahora se pudo consolidar esto. De alguna manera el Ministerio tiene que percibir este buen funcionamiento de la farmacia.

En relación a la **industria** tenemos que saber bien las moléculas con las cuales vamos a hacer Atención Farmacéutica. Tenemos que preguntarnos primeramente, cuando hacemos atención farmacéutica, ¿qué pasa con las ventas? Por ejemplo, en una patología como la hipertensión arterial que está infra-diagnosticada, infra-tratada, cuando se lleve a cabo Atención Farmacéutica lo que probablemente pase es que la gente comience a mejorar su tratamiento y tenga mucha mayor adherencia. Entonces, probablemente venda más. Y de hecho, las campañas de Atención Farmacéutica con hipertensión arterial tuvieron la adherencia de la industria. Obviamente nosotros podemos trabajar en el cuidado del medicamento, de los productos en fase IV. Existen productos que han salido al mercado y el mal uso ha hecho que se dejaran de utilizar. Eso nosotros podemos aprovecharlo para generar programas en consecuencia.

En cuanto a los médicos, hoy, necesitan entender que ayudamos a mejorar los resultados en salud de los pacientes. Y los pacientes, que las acciones en Atención Farmacéutica, modifican su calidad de vida.

Básicamente lo que queremos es pasar a este escenario.



¿Cómo lo hacemos?



Siempre con mucho humor, riéndonos de las cosas que hacemos y de nosotros mismos.



Muchas gracias.

Legislación de la Actividad Farmacéutica en la Argentina

Miguel Ángel Osio

Buenas tardes a todos y a todas, es una satisfacción para mí estar en esta mesa y en estas Jornadas. Especialmente, para poder compartir con todos ustedes algunas cuestiones que afectaron a la profesión farmacéutica y que las voy a ir comentando a través de la legislación, que es el tema de esta mesa.

Tenemos dos grandes plexos de normas:

- Normas legales relacionadas con la farmacia y otros establecimientos farmacéuticos
- Normas legales relacionadas con medicamentos

Normas legales relacionadas con la farmacia y otros establecimientos farmacéuticos

Para comenzar voy a comentar algunos **hitos legislativos en la Farmacia**, porque es importante mirar el camino recorrido para darnos cuenta cómo llegamos al lugar donde estamos. Es decir, que ha pasado en la Argentina, con respecto a las farmacias.

En el año 1905, se promulga la Ley N° 4687 que establece que la propiedad de la farmacia es exclusiva del farmacéutico. Esta Ley tiene la característica, en mi concepto, que es la única Ley en la Argentina sobre establecimientos farmacéuticos que fue debatida plenamente en el Congreso Nacional. De aquí en más en cuanto a legislación de establecimientos farmacéuticos se refiere, se legisló por decreto.

En la década del 60, se dicta una nueva Ley (Ley N° 17.565) que en realidad fue un Decreto Ley, porque en ese momento el Congreso Nacional estaba disuelto y un gobierno de facto, encabezado por el General Juan C. Ongania, con una fuerte presencia del Ministro de Economía Adalbert Krieger Vasena, la sanciona y la promulga. En realidad la sanción la hace el congreso y la promulgación la hace el poder ejecutivo, y este presidente de facto, hizo las dos cosas.

Acá empezó a resquebrajarse la unidad entre el **ejercicio profesional y la propiedad de la farmacia** como consecuencia de la posibilidad de incorporar a no farmacéuticos a la propiedad de la farmacia. Introduciéndose la figura jurídica de la sociedad comandita simple. Esta sociedad que por definición y como instituto jurídico, en la teoría, es una buena figura, en la práctica lo único que dejó fue que quienes no debían interferir en la administración de la farmacia, que era los socios comanditarios, pasaron a manejar de manera exclusiva la farmacia.

Los farmacéuticos tuvieron tremendos problemas en los bancos y con las droguerías y consecuentemente hubo una fuerte lucha en contra de esa Legislación por parte de las instituciones gremiales, los Colegios Profesionales y también de los estudiantes de farmacia de todo el país.

Después ya en el año 1991, se dicta el Decreto 2284/91 mediante el cual se permite la desregulación farmacéutica, y eso fue como un huracán para la farmacia. La propiedad se liberó totalmente, se sacaron las limitaciones y los requisitos de distancia, la regulación de farmacia por cantidad de habitantes, se permitió la instalación de la farmacia en los supermercados y hasta los requisitos de habilitación como podemos ver hoy en Buenos Aires donde existen farmacias que están abiertas y no hay una pared que separe la farmacia, de la línea municipal.

En la diapositiva pueden observar los autores de este Decreto, que existiendo un congreso funcionando en la Argentina

esto se manejó por un "decreto de necesidad y urgencia". Es lamentable que un tema tan importante como es la legislación farmacéutica, no se diera el gran debate en el Congreso Nacional. También acá generamos una gran resistencia, en esa oportunidad, fue de las Instituciones Farmacéuticas, de los Colegios Farmacéuticos, de las farmacias que resistieron y de las instituciones de segundo grado. Las otras instituciones hermanas del Arte de Curar no tuvieron un acompañamiento para con las instituciones farmacéuticas, tampoco lo hicieron otros actores del mercado. Hoy vemos que es necesario mancomunarse para hacer alguna resistencia, en estos tiempos se nos convoca y se nos pide ayuda, cuestión que entendemos porque sabemos lo que pasa y lo que hemos padecido, cuando necesitábamos ayuda y no la tuvimos.



Hay que recordar que la tendencia de estos dos gobiernos fue neoliberal y estos protagonistas pasaron pero dejaron una impronta y sucesores. Hoy vemos lo que acontece en la ciudad de Buenos Aires, cuando se pretende hacer la adhesión

a la Ley Nacional, mediante la cual el medicamento de venta libre sólo se expende en la farmacia, y el Jefe de Gabinete M. Macri la veta.

Como mencioné anteriormente, esto llevó a vulnerar el principio que sostiene que esta inescindiblemente unida la propiedad de la farmacia y el ejercicio profesional. Porque la propiedad de la farmacia no es la propiedad del edificio o de las estanterías, es la propiedad del medicamento. Y quien tiene la propiedad en este país, (por definición de la Constitución Nacional), puede hacer y decidir sobre ella a su gusto. Entonces fíjense, en qué lugar nos metieron.

Desregulación Farmacéutica. Decreto 2284/91

Las **consecuencias** que trajo este Decreto fueron:

- Atacó y vulneró la propia dignidad del farmacéutico.
- Proliferación de farmacias y ello trajo aparejado el deterioro de la sustentabilidad de las mismas.
- Aparición de cadenas y franquicias.
- Surgimiento del mercado negro del medicamento (Falsificados, robados, adulterados, etc.)
- Falta de controles sanitarios.
- La desregulación, en general, fue aceptada con beneplácito por los funcionarios de salud, porque les quitos responsabilidades de control. Argumentaron que todo quedaba regulado y controlado por "el mercado" y esto, obviamente, los puso en una "zona de confort" que los eximia de realizar los controles que se deben efectuar sobre el medicamento y las farmacias.

En la siguiente diapositiva se puede observar, la situación actual en cada provincia con respecto a la desregulación. Lo que se encuentra en color rojo, representa lo que continua desregulado

y en color negro, son algunas modificaciones que se lograron en cuanto a regulación de distancia entre farmacias y cantidad de farmacia por habitante (densidad).

LEGISLACIÓN DE LA ACTIVIDAD FARMACÉUTICA EN LA ARGENTINA.

SITUACIÓN ACTUAL

	Distancia e/fcias	Densidad
Nación	S/regular	S/regular
Buenos Aires	300 m	1 fcia c/3000 h. En Loc.< 6000 h. permite o/fcia. si poblac > 4000.
Catamarca	300 m	S/regular
Chubut (Habil. p/cat:A-B-C)	S/regular	S/regular
Córdoba	S/regular	S/regular
La Pampa	S/regular	S/regular
Mendoza	P<5000h.: 1000 m. mismo distrito o distrito limítrofe.	3.000 h/fcia. En distritos con P>5000 h.
Neuquén	Regulación Municipal	S/regular
Rio Negro	200, 300 y 400 m S/cant. H	2500 h/f. Fue derogado
Santa Fe	Sta Fe y Rosario 200 m	S/regular
Santiago del Estero	S/regular	S/regular
San Luis	S/regular	S/regular
Tucumán	300 m	S/regular

Es de destacar que unas pocas provincias tuvieron una gran resistencia a la desregulación y mantienen la propiedad de la farmacia en manos de un farmacéutico. Una de ellas es la provincia de Buenos Aires, que lamentablemente incorporó la sociedad comandita, pero hay un farmacéutico en esa sociedad. Otra de las provincias es la de Santa Fe, que mantiene la ley del año 1932 que menciona que la propiedad de la farmacia es exclusiva del farmacéutico.

Un caso que me pareció interesante señalar, es la ley de la provincia de Rio Negro, que para nuestra concepción sanitaria de la farmacia, es una ley que aspiramos que cada una de las provincias argentinas la tenga. Dicha ley establecía la propiedad exclusiva del farmacéutico o sociedades entre farmacéuticos, distancia mínima y densidad de farmacia por habitante. Pero

hubo una presión muy fuerte, hace unos meses, concretándose una modificación donde se derogó el requisito de cumplir con un mínimo de habitantes por cada farmacia. Pero de todos modos quedó la propiedad en manos del farmacéutico y la distancia entre farmacias, que no es una cosa menor y que es en definitiva, lo importante de todo esto como anteriormente, el presidente de FEFARA lo manifestaba.

La propiedad de la farmacia debe ser del farmacéutico porque eso permite que se vuelva a recuperar el rol profesional, se eviten las concentraciones y las sociedades anónimas de las que no se conoce el responsable. Hoy, estas provincias sufren ataques de sectores empresarios, como en la provincia de Santa Fe, donde están pretendiendo modificar la ley que establece la propiedad exclusiva del farmacéutico.

LEGISLACIÓN DE LA ACTIVIDAD FARMACÉUTICA EN LA ARGENTINA.

SITUACIÓN ACTUAL

	Propiedad
Nación	Libre
Buenos Aires	Fcos - SRL o SC (fcos) - SCS (fcos y no fcos) -Sindicales. Sólo 1 fcia p/dueño (Soc. 1 x c/socio)
Catamarca	Libre
Chubut (Habil. p/cat:A-B-C)	Libre
Córdoba	Libre
La Pampa	Libre
Mendoza	Fcos - SRL y SC libre - Sindicales Sólo 2 fcias x dueño
Neuquén	Libre
Rio Negro	Farmacéuticos o SRL (sólo de fcos) - Sindicales - Sólo 1 fcia/dueño
Santa Fe	Solo Farmacéuticos - Sindicales
Santiago del Estero	Libre
San Luis	Libre
Tucumán	Fcos o SRL (sólo de fcos) - Sindicales

A futuro...

Entendemos desde FEFARA y coincidimos con la posición

de la colega uruguaya, que **la legislación deberá:**

- **Rescatar y consolidar al rol profesional del farmacéutico**, es decir considerar lo que es, un experto sanitario en medicamentos.

- **Aprovechar la farmacia como un centro de salud**, promoviendo la Atención Primaria de la salud, Atención Farmacéutica, campañas sanitarias (vacunación).

- **Incluir servicio a partir de otras incumbencias profesionales y las nuevas terapias.** En esta provincia de San Luis se sancionó una Ley para la regulación de la farmacia y el ejercicio profesional farmacéutico en donde se incorpora la posibilidad de aplicar inyectables endovenosos, teniendo en cuenta que las nuevas moléculas y muchas ya existentes en el mercado, tienen por vía de administración, la vía endovenosa. Esta Ley tuvo mucho apoyo y está muy bien fundamentada. Muchos colegas como el Farm. José Cid y profesoras del área de Farmacotecnia de la Facultad, entre otros, colaboraron en la elaboración de la misma.

- **Establecer regulación de distancias entre farmacias, densidad**. Además, que **la propiedad de la farmacia sea sólo del farmacéutico**; esto es para evitar la concentración y que el medicamento pase a ser manejado como un producto comercial y no con un sentido de bien social.
- **Venta de medicamentos exclusivo en farmacias, incluso los de venta libre.**

Como ejemplo podríamos tomar la Farmacia de España, Francia y Alemania con sus características y con las obvias adaptaciones a nuestro país.

Normas legales relacionadas con medicamentos



Dr. Arturo H. Illia
Presidente de la
Nación Argentina



Dr. Arturo Oñativia
Ministro de Salud

En el año 1964, bajo la presidencia del Dr. Illia se dictaron dos leyes: la **Ley N° 16.463** (Ley Sanitaria del Medicamento) y la **Ley N° 16.462**. Esta última hace referencia a las cuestiones económicas y penales relacionadas con el medicamento. Dicha norma establecía, por ejemplo, una fijación del precio, una definición en cuanto a que podía ser expropiable en situaciones de crisis y, por otra parte, las penas que se aplicaban en caso de incumplimiento. Esa fue la Ley que derrocó a IIlia.

Ley N° 16463. Ley Oñativia (Sanitaria de medicamentos)

Esta Ley **aplica**:

a la
- ✓importación,
- ✓exportación,
- ✓producción,
- ✓elaboración,
- ✓fraccionamiento,
- ✓comercialización
- ✓Depósito

en jurisdicción nacional o con destino al **comercio interprovincial**

- ✓ drogas,
- ✓ productos químicos,
- ✓ reactivos,
- ✓ formas farmacéuticas,
- ✓ medicamentos,
- ✓ elementos de diagnóstico y
- ✓ productos de uso y aplicación en la medicina humana.

AUTORIDAD DE APLICACIÓN MINISTERIO DE SALUD

DIRECCION TECNICA → PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Define:

- Las **exigencias de las condiciones técnicas de medicamentos** (expendio al público).

- **Precio fijo del medicamento**.
- Cómo debe ser la **publicidad** (la **acotó**).
- Según la naturaleza o peligrosidad del medicamento, su **condición de expendio**. El cual será de venta: Libre - bajo receta - bajo receta archivada - bajo receta y decreto.
- Las **Especialidades medicinales** y **Medicamentos industriales**. (Hoy NO)
- El **Formulario Terapéutico Nacional**.
- La **Comisión de Farmacopea**.
- La **creación** del **Instituto de Farmacología y de Normalización de drogas**, lo que hoy es ANMAT.

Como pueden observar en el siguiente cuadro, existe divergencia en relación a la adhesión de esta Ley, en las distintas provincias de nuestro país. Algunas de estas provincias cuentan con una ley propia, es decir una Ley Provincial.

LEGISLACIÓN DE LA ACTIVIDAD FARMACÉUTICA EN LA ARGENTINA.

ADHESIÓN - SITUACIÓN ACTUAL

	Ley de Medicamentos
Nación	**Ley 16463/64 y Ley 26688/11** (Prod Publica Mtos) Regl Dec 1087/2014
Buenos Aires	**Propia --> 11405/1993**
Catamarca	No hay ley mtos
Chubut (Cat.: A-B-C)	No hay ley mtos
Córdoba	**Propia --> Ley 8302 - Dec. Regl. 175 - Res M Sa+ 198/2009**
La Pampa	No hay ley mtos
Mendoza	No hay ley mtos
Neuquén	**Ley 16463 Decreto de adhesión 4346/90 - Lab. Austral (Cassara)**
Rio Negro	No hay ley mtos
Santa Fe	Propia --> Dec. 4194/1991 adhiere a ley 16463
Santiago del Estero	No hay ley mtos
San Luis	No hay ley mtos
Tucumán	**Registro en SIPROSA - M. Salud**

Actualmente, existe un registro nacional de los medicamentos (ANMAT) pero también hay registros provinciales. Al respecto, sanitaristas encumbrados como es el caso del Dr. Aldo Neri, plantean que debido a que puede existir disparidad en los estándares de calidad y en los requisitos que se exigen para otorgarle la autorización y el certificado del medicamento, sería muy positivo avanzar en la unidad de un solo registro. El mismo podría ser un registro nacional o un registro a través de una comisión donde participen entidades como el COFESA, por ejemplo. En definitiva, lo importante sería establecer un solo registro y un solo principio de calidad del medicamento.

La Ley N° 16.463 tuvo un decreto reglamentario (Decreto N° 9763/64).

En el período Menem-Cavallo, mediante el **Decreto N° 150/92 y modificatorias**, se modificaron y derogaron 27 artículos del Decreto N° 9763/64, el que, además, fue complementado o modificado por 27 normas.

El Decreto N° 150/92 fue aplicado a las provincias a partir de la extorsión que se les hizo a los gobernadores, porque tenían que adherir al Pacto Fiscal Federal (Decreto N° 14/94. "Pacto Fiscal Federal para el Empleo, la Producción y el Crecimiento" celebrado entre el Estado Nacional y los Estados Provinciales). Este pacto incluía la aplicación del Decreto 150/92 y el Decreto de desregulación 2284/91. Esto implicó la desregulación en todo sentido, no solamente en la farmacia y en el medicamento, sino en el país en general.

Decreto N° 150/92

Este Decreto fue y es la **desregulación aplicada al medicamento**.

Aparece por primera vez el **nombre genérico** y una redefinición de "especialidad medicinal farmacéutica"**.** Con respecto



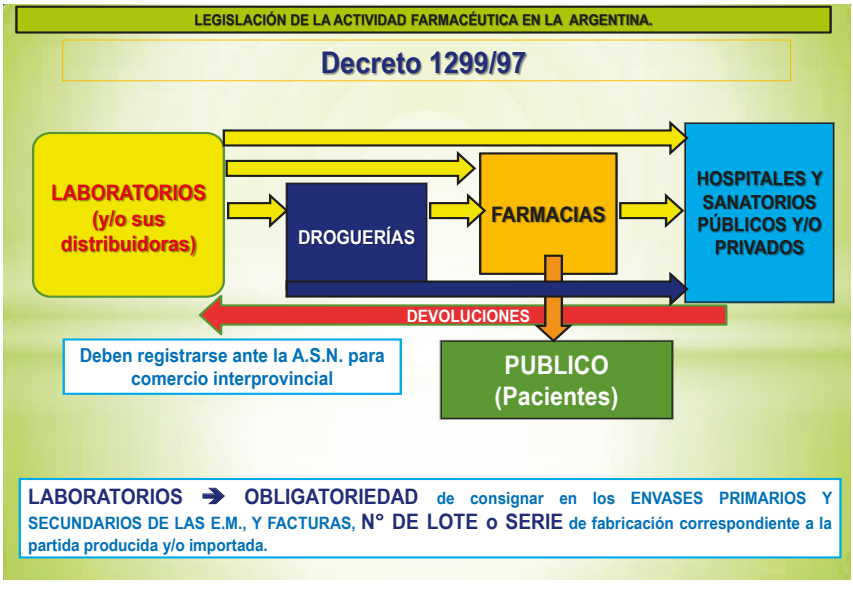
a la especialidad medicinal farmacéutica que estaba establecida en el decreto reglamentario anterior, se consideraba como tal aquella que cumplía con determinados requisitos y, además, debía tener o una droga nueva, o un método de aplicación innovador, o ventajas terapéuticas y económicas considerables, etc. Cuando se redefinió el concepto de especialidad medicinal se quitó esa parte, con lo cual, quedó muy similar a la que tenía el decreto anterior que hablaba de **medicamentos industriales**. El mismo mencionaba que el medicamento industrial era un medicamento que cuando no se podía reconocer como especialidad medicinal, porque no cumplía los requisitos que enumeré recientemente, se lo registraba como medicamento industrial y el Estado le fijaba el precio.

Como síntesis, de lo que fue y es el Decreto 150: Creó el registro de los medicamentos producidos por otros países a los que considera confiables (Anexo 1 y 2) y estableció el registro automático, **con ello se entregó el control de calidad de medicamentos a países extranjeros.**

Entendemos que, a esta altura del partido y con todo lo que hemos visto, que debería darse un **debate serio para generar una nueva Ley de Medicamentos** en el Congreso de la Nación, al igual que lo que pretendemos de la Ley de Farmacias.

Normalmente, en Argentina, las reglamentaciones surgen luego de una crisis, un conflicto, una catástrofe. Cuando aparecieron los medicamentos ilegítimos, se dicta el **Decreto 1299/97** que pretendió emparchar o restablecer un orden que se había perdido con la desregulación. Básicamente lo que plantea es un sentido y una dirección en la cual debe ir la venta de medicamentos, como pueden observar en la diapositiva.

Cuando ocurrió el conflicto del medicamento ilegítimo en Argentina, lo que se encontró fue que había farmacias que le vendían a droguerías, ahí se invirtió el circuito y por ahí se retiraban algunos medicamentos que se trasladaban al mercado ilegal. También en este Decreto, se obliga a los laboratorios a poner en los envases primarios y secundarios y en las facturas, el número de lote o de serie de esos medicamentos.



Frente a otra situación de medicamentos ilegítimos y, esta vez con los medicamentos de alto costo, a través de la **Resolución del Ministerio de Salud N° 345/2011** se crea el **Sistema Nacional de Trazabilidad de Medicamentos** y se establece que esos medicamentos tendrán una numeración que es una suerte de huella dactilar que permitirá saber, a través de un sistema de gestión y un sistema informático, en qué punto de la cadena se encuentra cada envase en particular.

Las especialidades medicinales se fueron incorporando al sistema de trazabilidad en tres oportunidades y, recientemente, lo han hecho los productos médicos (alrededor de 10 artículos entre marcapasos, stent, prótesis, etc.). La idea es que en el futuro, todas las especialidades medicinales de venta bajo receta estén incorporadas al Sistema Nacional de Trazabilidad.

La adhesión de las provincias ha sido lenta, dispar y parcial, pero no podemos negar que la trazabilidad tuvo una intención y



creo que la está cumpliendo. Transparentó el mercado del medicamento y promete a las farmacias recuperar franjas terapéuticas que ya no pasaban por allí.

Desde FEFARA, a través de las herramientas informáticas que se han ido desarrollando a los largo de estos últimos diez años, hemos facilitado a la farmacia, su implementación **y esto ha sido a costo cero para el Estado**. El costo lo absorbieron absolutamente las instituciones y las farmacias miembros de esas instituciones.

Ley N° 25.649 (Prescripción de medicamentos por Nombre Genérico o Denominación Común Internacional)

A esta Ley Nacional de Promoción de la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico o Denominación Común Internacional, todas las **provincias adhirieron o adaptaron las leyes existentes**. Un caso particular fue la provincia de San Luis, que no aceptó la sugerencia de marca. Es decir, en esta provincia, sólo se puede prescribir por la Denominación Común Internacional o el nombre genérico.

Respecto a los **farmacéuticos**, alguien lo mencionaba hoy, los reivindicó profesionalmente porque pasaron a ocupar un rol importante en la aplicación de esta política. En cuanto a la **farmacia** le devolvió su protagonismo sanitario y social.

¿Qué quedó a mitad de camino?

Entendemos que esta ley **no se profundizó**, por el contrario, se flexibilizó su aplicación y, por sobre todas las cosas, no fue acompañada por una ley específica e integral de producción de medicamentos genéricos.

¿Qué está pasando hoy?

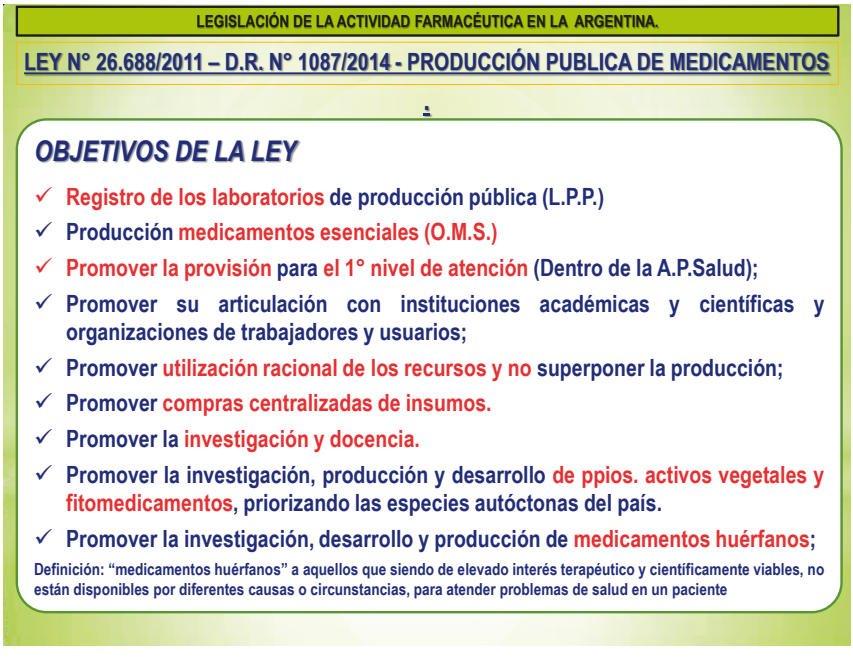
En la Cámara de Diputados de la Nación hay algunos avan-

ces para modificar la Ley N° 25.649. Se estaría buscando una reforma de la ley para que no se acepte la sugerencia de marca. Obviamente que esto tiene mucha resistencia y el tema hoy no está en la opinión pública como lo estuvo la Ley de Prescripción por Nombre Genérico, en el año 2001/2.

Recientemente hubo una audiencia pública para tratar esto en la Honorable Cámara de Diputados. Personalmente no estuve, pero quienes asistieron, creen que esta audiencia pública aportó más a la confusión que al esclarecimiento. Y recientemente en una reunión de COFELESA, donde FEFARA participó como integrante de un consejo asesor, se abordó este tema y quedó claro de parte de las autoridades nacionales presente, que hay un firme propósito de ir adelante con esta ley.

Ley N° 26.688 (Producción Pública de Medicamentos)

Esta es una ley reciente que aborda la Producción Pública de Medicamentos, que data del año 2011 y declara de interés



nacional la producción y la investigación pública de materias primas, vacunas, productos médicos, etc., entendiendo a los mismos como bienes sociales. Recién se reglamentó en el año 2014 (Decreto Reglamentario N° 1087/2014)

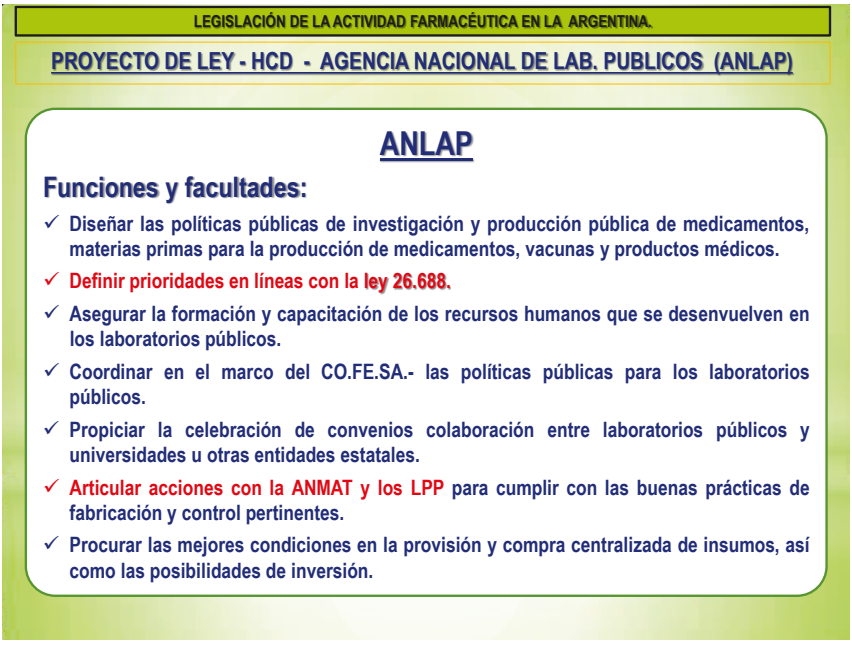
La finalidad de esta ley es: promover la accesibilidad de medicamentos, vacunas y productos médicos y propiciar el desarrollo científico y tecnológico a través de laboratorios de producción pública. En la diapositiva se detallan los demás objetivos.

Esta ley establece que la ANMAT debe exigir a los Laboratorios de Producción Pública el cumplimento de las Buenas Prácticas de Fabricación y Control. Esto es esencial y algunos laboratorios ya lo están haciendo como el Laboratorio de Hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba, de la cual soy egresado y me enorgullezco, el Laboratorio de Producción Pública de la Provincia de Santa Fe (LIF), el Laboratorio Puntano de la Provincia de San Luis. Y digo que es fundamental porque, si hay laboratorios que no van a cumplir las Buenas Prácticas de Fabricación vamos a tener medicamentos de primera y de segunda en la Argentina y estos últimos los consumen los pobres, lo que constituye una verdadera injusticia social y sanitaria en cualquier lugar del mundo.

Proyecto de Ley en la HCD de la Nación: Creación de la Agencia Nacional de Laboratorios de Producción

Hay un Proyecto de Ley en la Honorable Cámara de Diputados de la Nación que pretende la **creación** de una **Agencia Nacional de Laboratorios de Producción Pública** (ANLAP). Esta Agencia dependería del Ministerio de Salud de la Nación (autoridad de aplicación) y sería autárquica y con plena capacidad jurídica para actuar en los ámbitos del derecho público y privado. Sería la entidad que va a ordenar, a fijar las directivas de producción, a establecer una suerte de división del trabajo y a promover que se desarrollen determinados medicamentos

de acuerdo a las necesidades de cada provincia. En la siguiente diapositiva se detallan las funciones y facultades de la ANLAP.



Proyecto de Ley en la HCD de la Nación: Creación del Consejo Nacional de Regulación del Mercado de Medicamentos

Este Consejo Nacional de Regulación del Mercado de Medicamentos, sería una entidad autónoma dentro del ámbito de la Administración Pública Nacional. Estará integrado por cuatro ministerios: Ministerio de Salud, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva, Ministerio de Industria y Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. La Secretaria Ejecutiva del Consejo será ejercida por la Secretaria de Comercio.

Dentro de los **objetivos** se encuentran:

- **Definir** las directrices y procedimientos y establecer criterios para la fijación y ajuste de: **Precios** de los medicamentos y **Márgenes** de ganancia (distribución y comercialización).

- **Prevenir monopolios u oligopolios** que impliquen abuso de posición dominante y distorsiones de precios.
- **Promover** el **uso racional** de medicamentos.
- **Priorizar** el **uso** de **medicamentos esenciales.**
- **Perfeccionar** la **prescripción** por su **nombre genérico**.

Para cumplir con esos objetivos, a la autoridad de aplicación, podrán requerir información sobre: insumos, materias primas, estructuras de costos, precios, volumen de producción y ventas y cualquier otro dato que juzgue necesario, tanto de organizaciones públicas como privadas.

Vademécum Nacional del Medicamento

En el mes de Julio, la ANMAT mediante Disposición N° 5039/2014 crea el **Vademécum Nacional del Medicamento** (VNM). La información que estaba contenida en el Listado Oficial de Medicamentos Actualmente Comercializados (LOMAC) y en el Vademécum Farmacológico estará disponible en dicho



vademécum. Como pueden observar además de todos los datos de la especialidad farmacéutica (nombre comercial, nombre genérico, presentación, etc.), **debe figurar un precio de venta sugerido al público.**

Las preguntas son: ¿quién va a proveer los precios?, ¿Los laboratorios?, ¿la ANMAT?, ¿la Secretaría de Comercio? ¿Coincidirán con los del Manual Farmacéutico o Guía Kairos?

Por otra parte, ¿Quién aplicará estos precio?, ¿PAMI, Obras Sociales Sindicales, Prepagas?

No sé si detrás de todo esto hay un suficiente respaldo político o va a pasar como antes y me remito al Decreto N° 150/92 que mencionaba que los médicos debían prescribir por el nombre genérico exclusivamente, sin excepción y después, mediante la Resolución Conjunta Nº 470/92 MEyOSP - 268/92 MSyAS se estableció que los médicos podrán optar libremente por prescribir por nombre genérico o marca comercial. En el medio algo pasó.

Finalmente, es necesaria una legislación que articule una regulación sanitariamente responsable en materia de establecimientos farmacéuticos en general y de medicamentos.

Una idea que en FEFARA tenemos y que es una suerte de credo institucional:

El MEDICAMENTO DE CALIDAD Y SEGURO…
Para el FARMACÉUTICO dispensarlo, es un SERVICIO
Para los GOBIERNOS garantizarlo, es una OBLIGACIÓN
y
Para el PUEBLO acceder, es un DERECHO

Muchas gracias.



MESA Nº 5

Las farmacias españolas ante la crisis económica. Lecciones aprendidas

Coordinador: Farm. José Cid
Miembro de FEFARA. Profesor de la Universidad Nacional de San Luis

Buenas tardes a todos y a todas, es para mí un verdadero un honor estar sentado aquí, en este momento, en este lugar y en esta época de la historia. Agradezco profundamente a las autoridades de FEFARA la invitación.

Hoy es un momento especial porque tenemos a una persona que para mí es un grande de verdad. En la filosofía de trabajo de FEFARA, además de abarcar la ciencia, la profesión y la farmacia, el camino se recorre en un clima de afecto y solidaridad. Este clima lo compartimos con Manuel Pérez Fernández, que para nosotros es una institución y un embajador de la unidad de América Latina con España.

En estas jornadas tuvimos el privilegio de compartir cuatro días históricos. Ellos se iniciaron el martes con la charla del CPN Carlos Sandoval en la Universidad de San Luis, se continuó el miércoles en el Seminario previo a la Jornadas donde Manuel

Pérez Fernández describió la realidad de la farmacia en España y en Europa, mostrando posibles alternativas de solución a las problemáticas farmacéuticas en nuestro país. Al finalizar este Seminario, Manuel Agotegaray, hizo algunas reflexiones que nos invitan a pensar, a realizar un debate profundo de la profesión, imprescindible para dar un paso importante en la construcción de un buen futuro farmacéutico.

Por otra parte, al escuchar al presidente de FEFARA y a la disertante de Uruguay me hicieron pensar en cuestiones que desarrolló Michel Foucault, este filósofo que habla de las Relaciones del Poder y la vinculación Poder-Saber. Él lo plantea en función de la creación de un dispositivo con reglas de juego llamadas "líneas de un dispositivo". La primera de ellas es la de la visualización, que es como ser alumbrado por una linterna y poder ver lo que ese halo de luz ilumina; pero fuera de ese haz de luz, hay muchas actividades culturales impregnantes tanto de la subjetividad del hombre como de las instituciones.

La segunda línea es la enunciación y habla de las reglas, modelos, seguridad jurídica, que configuran la institucionalidad y que te están implantando cultura. La tercera línea es la de la fuerza, que es cuando se refuerza el dispositivo. Por ejemplo, cuando vivimos la época de la dictadura, el golpe de Estado, donde había temas prohibidos y no se podía hablar de ciertas cosas, la Economía tenía una direccionalidad y la institucionalidad otra. Pero por suerte existe una cuarta línea llamada objetivación/subjetivación, que es cuando el sujeto y las instituciones dentro de ese dispositivo empiezan a comprender que hay otras posibilidades de construir, de hacer política, de construir cultura. Y se produce cuando todo eso se racionaliza y se organiza en esa estructura de poder, dando lugar a la quinta línea, la de fuga que es el pelear por la contracultura para tratar de imponerse al anterior dispositivo.

La relación con la realidad Farmacéutica está en la necesidad de plantearse un sistema de análisis dialéctico y encontrar

las estructuras de poder para lograr tener el verdadero rol, que le corresponde a los farmacéuticos. Y esa batalla se debe dar en todos los frentes, en todos los medios. Como dice una de las definiciones de guerra, esta es la continuación de la política por todos los medios. Y, creo que la profesión está en guerra total. Pero, si la asumimos con una actitud integradora y constructiva esa guerra, que hay que darla, puede tener un final feliz.

Le cedo la palabra a este disertante de lujo con el que contamos en esta mesa.

Manuel Pérez Fernández es Licenciado en Farmacia por la Universidad de Sevilla y Master en Farmacia por la Universidad de Sevilla. Actualmente, se desempeña como: Presidente del Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de Sevilla desde Abril de 2000, Vicepresidente del Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Andalucía, representante de Andalucía en el Pleno del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, Consejero del Consejo de Administración de Previsión Sanitaria Nacional, Presidente de la Unión Profesional Sanitaria de Sevilla, Presidente Fundador y Presidente de la Fundación MEHUER (Medicamentos Huérfanos y Enfermedades Raras), Presidente de los Congresos Internacionales de Medicamentos Huérfanos y Enfermedades Raras (Edición Bienal en Sevilla), Miembro del Grupo de Trabajo sobre Enfermedades Raras del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad e Iniciador en España del movimiento social de defensa de los derechos de los enfermos aquejados de Enfermedades Raras. Es Profesor del Master Universitario "Conocimiento actual de las Enfermedades Raras" de la Universidad Internacional de Andalucía. Recibió premios y condecoraciones entre los que se destacan: Premio "Embajador de las Enfermedades Raras de España" de la Federación Española de Enfermedades Raras, Medalla de la Facultad de Farmacia de Sevilla, Académico Correspondiente de la Academia Iberoamericana de Farmacia.

Manuel Pérez Fernández

Buenas tardes y muchas gracias, para mí es un auténtico placer y honor estar en estas Jornadas.

Quiero agradecer a FEFARA por haberme invitado para contar las crisis vividas en España y las lecciones aprendidas.

Para comenzar voy a decir una "perogrullada" como se dice en mi país (algo tan conocido y sabido que parece una tontería decirlo) y es que el *farmacéutico es un profesional sanitario que está siempre cerca del ciudadano* y, también, que la farmacia es un establecimiento sanitario, aunque eso sí, con un alto componente económico. Esto último hace que muchos inversores y gente que especula con dinero, decida que este sector, que les parece estable y seguro, es donde deben intervenir. Deciden hacerlo porque consideran que la farmacia está en el mercado, y ellos tienen derecho de intervenir en el mercado. En España, las leyes lo impiden, por eso estas personas, este tipo de instituciones, están intentando cambiar esas normas.

Nos consideran en el mercado pero la farmacia no es un mercado puro y éste es el punto de partida de muchos problemas y enfrentamientos que trataré de desarrollar aquí.

A lo largo de la historia ha habido muchas crisis farmacéuticas y hemos aprendido muchas lecciones, pero ¿han sido aprendidas por todos?, ¿para siempre? La respuesta a estas dos preguntas es No. Esto es porque "el hombre es el único animal que tropieza *cientos de veces* en la misma piedra". En el caso de la farmacia, se antepone en muchos casos el egoísmo personal a la profesión, olvidando la sabia enseñanza del Emperador Marco Aurelio: "*Lo que no es útil para la colmena, no puede serlo para la abeja*", dicha hace más de dos mil años.

Ésta es una lección que tendremos que aprender y que no se nos puede olvidar.

Einstein comentaba que "La verdadera crisis es la crisis de la incompetencia" y que, "*No pretendamos que las cosas cambien si siempre hacemos lo mismo*".

Analicemos que es lo que está pasando, lo que hemos hecho y si debemos seguir haciendo lo mismo o no, para encontrar la solución a la crisis.

Crisis Farmacéuticas a lo largo de la Historia

Podemos identificar tres tipos de crisis: las crisis institucionales (que han sido muy numerosas), las crisis de modelo (que son muy actuales) y las crisis económicas (que son de rabiosa actualidad).



CRISIS INSTITUCIONALES

El origen de los Colegios Profesionales en España se remonta a principios de la Edad Media y el del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, al final de la Edad Media. Éste se llamaba Congregación de Boticarios de San Cosme y San Damián. El único objetivo que tenía era la defensa gremial, es decir que se hicieran las cosas bien o mal debían defenderse.

El control sobre las boticas era ejercido por las "Justicias Ordinarias", que para entenderlo, era como hoy es la Policía.

En el año 1477 como las cosas no funcionaban bien, los Reyes Católicos crean el "Tribunal del Protomedicato" con el fin de planificar, regular e inspeccionar las Profesiones Sanitarias.

Para comprender cómo funcionaba la farmacia en aquel

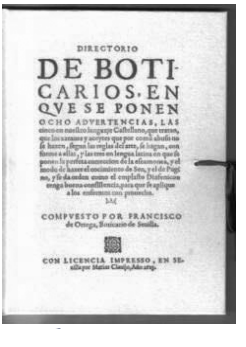
momento, hay que partir de la base de que en esa época debido a la herencia de los Reyes Católicos, el Rey de España era también Emperador de Alemania, entonces mandaba en toda Europa.

Paracelso (1493-1541) decía que los boticarios lo trataban muy mal y lo consideraban como un enemigo porque no prescribía aquellos remedios tan caros que preparaban los farmacéuticos. Solicitaba constantemente inspecciones efectivas del Tribunal del Protomedicato a la farmacia. También decía que los boticarios cometían mucho fraude porque sustituían en sus preparaciones los componentes más caros por otros más baratos, cobrándolos más caros.

A todo esto, el Emperador Carlos decide crear una Orden en el año 1523 que prohíbe el acceso al examen de boticario a drogueros y parteros y ordena que los aspirantes tengan al menos cuatro años de práctica en una Botica ya autorizada, abierta al público.

Los informes presentados por los "Visitadores de Boticas del Tribunal del Protomedicato" eran negativos. Las cosas seguían sin funcionar bien a nivel farmacia y los Colegios prácticamente no existían. Por todo esto el Cabildo de Sevilla decide elaborar las primeras Ordenanzas de Boticarios que fueron aprobadas el 1 de marzo de 1591.

Por otra parte, los boticarios sevillanos, para hacer frente a los desórdenes profesionales, crean la Congregación del Colegio de Boticarios de San José, constituido el 12 de abril de 1625.


DIRECTORIO
DE BOTI
CARIOS. EN
QVE SE PONEN
OCHO ADVERTENCIAS, LAS
COMPVESTO POR FRANCISCO
de Ortega, Boticario de Sevilla.
CON LICENCIA IMPRESSO, EN SE-

En cuanto al comportamiento de los farmacéuticos en aquella época, se puede decir que había quienes hacían las cosas bien, quienes las hacían mal y había algunos que tenían algo para enseñar (elite profesional). Uno de ellos fue Francisco de Ortega, Boticario de Sevilla, que publica un tratado llamado

"Directorio de Boticarios" en el año 1625 con la intención de mostrar a sus compañeros la correcta práctica en la elaboración de medicamentos.

Hay un momento, que es un hito en la Farmacia sevillana, en el año 1649, una Epidemia de Peste que ocasiona la muerte del 46% de su población y de prácticamente de todos los médicos y boticarios que había en Sevilla. Esto es porque todos se implicaron mucho en el intento de ayudar a la población, a sobrevivir a esa tremenda epidemia. Tal es así que un poco más tarde, en el año 1650, el Rey Felipe IV dispone que la Farmacia sea considerada un arte científico. Posteriormente, en 1698 el Rey Carlos II otorga al Colegio de Farmacéuticos y al de Médicos de Sevilla, el privilegio de nobleza (Real) en reconocimiento a la labor desempeñada en la Epidemia de Peste. Así, hemos pasado de la desaprobación general al máximo reconocimiento.

En el año 1744, se vuelven a publicar nuevas Ordenanzas de Boticarios de Sevilla en donde se limita por primera vez, el número de boticas en España y se obliga a todos los boticarios a disponer de un título del Real Protomedicato y a colegiarse para poder tener una botica.

Ante el protagonismo de los Colegios, se producen enfrentamientos con el Tribunal del Protomedicato que llega a proponer la supresión de los Colegios de Farmacéuticos. La autoridad siempre espera que la actuación sea acorde a sus intereses, no a los intereses profesionales.

Este problema se resuelve con la creación, por parte del Rey Carlos III, del Tribunal del Proto-Farmaceuticato, y la separación de las profesiones de Médicos y Farmacéuticos (13 de abril de 1780), porque eran los médicos los que ocupaban todos los puestos del Protomedicato.

Esta situación duró poco porque con la Revolución Francesa (14 Julio de 1789), llegan las "Teorías de libertad de co-

mercio y oficio" que suprimen las Corporaciones Profesionales y autoriza el libre ejercicio profesional simplemente abonando unos cánones (hasta hacía poco exigían una titulación para ser boticario y ahora sólo el pago de una cuota). Los herboristas y comerciantes abren Farmacias en las que venden de todo sin control alguno. Esto fue un auténtico "desastre" desde todos los puntos de vista.

Posteriormente se vuelve a limitar el ejercicio profesional, pero ya se habían consolidados las ideas liberales y "anti-Colegios", comenzando una nueva etapa de crisis, de ostracismo profesional.

Estamos al final del siglo XVIII y hasta el año 1853 no vuelve a hablarse más en España de Colegios Profesionales. En este año, aparece una nota en el Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia de Madrid, en cual se habla de que hay un cierto movimiento de profesionales farmacéuticos intentando refundar el Colegio de Farmacéuticos de Sevilla. Es decir, de haber tenido el título real hacía 150 años, ahora está el Colegio de Farmacéuticos en el más profundo de los ostracismos.

Todo ese movimiento que se crea alrededor del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla se aprovecha y se llega a la siguiente conclusión: era necesario establecer la colegiación obligatoria en España y sobre todo, que fuera la propia profesión la que ejerciera el control sobre los profesionales.

Esa fue una **lección que se aprendió** en aquel momento, que ***era necesario establecer la colegiación obligatoria*** porque si no, hay problemas profesionales y terminan redundando en un perjuicio para la sociedad, siempre.

Pasan unos años y se vuelve a implantar la colegiación obligatoria a finales del siglo XIX, en el año 1898, bajo la presencia de la Reina María Cristina. Este es un año trágico para España, se pierde Cuba, Puerto Rico, Filipinas, etc.

"Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia"
(Madrid 1853)



Colegio de farmacéuticos de Sevilla. Esta antigua é ilustre corporacion, que ya ha muchos años arrastraba una existencia precaria, se ha reanimado en el dia, habiendo entrado á formar parte de ella casi todos los farmacéuticos de Sevilla, y tratando de volver á emprender sus tareas con el mas noble interés y entusiasmo. Lo primero de que se ha tratado ha sido el de reorganizar la junta de gobierno que marcan sus estatutos, y para ello han sido nombrados los sugetos siguientes:

D. Antonio M. Vavié. . . . . *Presidente.*
D. Juan de Mata Cuadro. . . *Vice-presidente.*
D. Ramon Chacon . . . . . *Consiliario 1.°*
D. José María de la Cuadra. . *id. 2.°*
D. Remigio Campos . . . . . *Fiscal.*
D. Antonio García Rodriguez . *Depositario.*
D. Pablo La Llana. . . . . *Secretario 1.°*
D. Juan Parra . . . . . *id. 2.°*

Nosotros abrigamos la esperanza de que el celo y laboriosidad que anima á los señores que componen la citada junta, sabrán elevar el distinguido *colegio de farmacéuticos de Sevilla* á la altura á que en otras circustancias se ha sostenido.

CONCLUSIÓN (1853)

"Es necesario establecer
la colegiación obligatoria en España.
Debe ser la propia profesión
la que ejerza el necesario control sobre los profesionales"

LECCIÓN APRENDIDA

Años después, en el 1944 y bajo la dictadura del General Franco se promulga una ley básica para los Farmacéuticos: la Ley de Bases de Sanidad Nacional. A través de la misma se decreta que: sólo los farmacéuticos pueden ser propietarios de las oficinas de Farmacia y se firmará un concierto único y obligatorio entre el Estado y el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, con el fin de que todos los ciudadanos tengan acceso a la farmacia. También, se dispone que en cada provincia haya un Colegio de Farmacéuticos al que deben pertenecer obligatoriamente todos los profesionales que ejerzan.

Y así se sigue desde el año 1944.

Pero como, ya dije, el hombre es el único animal que tropieza cientos de veces con la misma piedra, en el año 2001 tras un enfrentamiento entre el Colegio de Médicos de Sevilla y el Gobierno regional andaluz (Partido Socialista) hace que éste promulgue un Decreto de Libre Colegiación en Andalucía. Y otras regiones, también con gobiernos socialistas, deciden promulgar el mismo decreto.

En un período muy reciente (año 2013), finalmente el Tribunal Constitucional Español dictó una sentencia, en la que

establece ***"La colegiación es obligatoria según la Constitución de 1978"***. Y afortunadamente se consiguió salvar este escollo. **Otra lección aprendida**.

Pero, lamentablemente, debo reiterar que el hombre sigue siendo el único animal que tropieza muchas veces con la misma piedra, y ahora con el Gobierno del Partido Popular, hay un "anteproyecto de ley de servicios profesionales" que vuelve a hablar de colegiación voluntaria en muchas profesiones, no en la profesión sanitaria, pero que habla de la supresión de Colegios Profesionales, de la libertad de colegiación en lugar diferente al de ejercicio profesional, limitación de cuotas colegiales. Esto ha ocasionado muchos enfrentamientos entre las corporaciones profesionales y el Gobierno, fundamentalmente, porque este anteproyecto ha ido modificando su redacción a lo largo de los dos últimos años, porque el primer decreto era auténticamente insoportable. Lo que se le señala al Gobierno es que eso no venía en el programa electoral, podemos considerarlo como un engaño a los votantes, a los profesionales.



Otra **lección aprendida** es que ***hay que trabajar con los partidos políticos para informarles*** adecuadamente a todos, sin distinción de ideologías, ***la función de los Colegios*****.**

A esta altura se puede preguntar ¿Por qué molestan los Colegios de Farmacéuticos? Porque como se ha visto a lo largo de la historia, el afán de la administración ha sido fulminar a los Colegios de Profesionales. La respuesta es que molestan porque son: independientes, unen a los profesionales y definen las competencias profesionales pretendiendo incrementarlas, entre otras cosas.

Hay quienes prefieren que las acciones colegiales las realicen empresas mercantiles, pero ¿Cuánto costaría "conveniar" con una empresa externa las gestiones que realizan los Colegios? Por ejemplo, ¿Cuál sería el costo para los farmacéuticos argentinos que una empresa mercantil le hiciera todo el trabajo que le hace su Colegio y FEFARA? Le costaría muchísimo más caro.

A esta altura también se debe entender que así como hay líneas que los Colegios no pueden cruzar, también hay líneas que la Administración no debe pisar. Tenemos que respetarnos todos, porque ellos tienen una obligación y los farmacéuticos otra.

Otra **lección aprendida** y que se tiene muy clara, es que ***cuando los farmacéuticos han tenido problemas en los últimos tiempos, la solución siempre ha sido "más Colegio", "más unión".***

CRISIS DE MODELO

Dentro del tema de la crisis de modelo voy a referirme a la de distribución mayorista, y a la distribución minorista.

La **distribución mayorista** que es la que lleva el medicamento a la farmacia.



Finales del Siglo XIX

(Irrupción de la Especialidad Farmacéutica Industrial)





Grandísimo cambio profesional



Farmacéutico elaborador

Farmacéutico dispensador

A finales del siglo XIX se produce la irrupción de la Especialidad Farmacéutica Industrial y esto supuso un grandísimo cambio o una auténtica revolución dentro de la profesión porque había que pasar de ser farmacéutico elaborador de medicamentos, a farmacéutico dispensador de medicamentos.

En esa época los productos químicos llegaban a la farmacia gracias a las droguerías y, en ese momento, los drogueros (proveedores de materias primas) pretenden dos cosas: ser los distribuidores de las especialidades farmacéuticas industriales y, por otra parte, dispensar también especialidades farmacéuticas.

En el primer tercio del siglo XX, se producen grandes enfrentamientos entre drogueros y Colegios de Farmacéuticos que terminan con una denuncia por intrusismo profesional hacia los drogueros por parte de estas instituciones, porque los drogueros estaban dispensando especialidades farmacéuticas ilegalmente. Los Tribunales resuelven a favor de los farmacéuticos.

Lo que ocurría en que, tanto los drogueros como las industrias farmacéuticas, no suministraban medicamentos con normalidad a la farmacia, solo lo hacían a sus mejores clientes, o a los accionistas de esas industrias o esas droguerías. A los demás les imponían unas condiciones tanto económicas como de abastecimientos auténticamente extremas. Tal es así que había muchísimas especialidades, fundamentalmente extranjeras, prácticamente imposibles de conseguir.



Imagen 10: Postal realizada por un grupo de farmacéuticos para promover la prescripción de especialidades españolas, 1928. AHN-CAB.

Para defenderse los farmacéuticos hicieron dos cosas: la primera fue una **campaña de concientización a los médicos para que recetaran especialidades farmacéuticas españolas** que eran las que tenían garantizado un abastecimiento normal. Este tipo de campaña, hoy día, está totalmente prohibida por la legislación sobre libre competencia, pero que en aquel momento aprendieron que era una forma de actuar.

Otro hecho fue la **creación de las cooperativas farmacéuticas**. Los farmacéuticos de esa época llegaron a la conclusión de que sólo podían subsistir si creaban sus propias empresas de distribución.

Se creó, en primer lugar, una cooperativa: "Federación Farmacéutica" (Barcelona -1928) y, en segundo lugar, el "Centro Cooperativo Farmacéutico Sevillano –CECOFAR (Sevilla-1930, en la sede del Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla).

De esta manera se empezaron a crear cooperativas en todas las provincias y se garantizó el abastecimiento normal de medicamentos a todas las farmacias y así seguimos en España desde el primer tercio del siglo XX.

Las **cooperativas farmacéuticas,** desde su creación, solamente nos han reportado **beneficios profesionales, sociales y sanitarios**. Las farmacias españolas no podrían subsistir sin ellas ya que en momentos difíciles han permitido sobrevivir

a numerosas farmacias, y lo han realizado mediante: la ayuda para refinanciar deudas, el mantenimiento de rutas cuando no había quien reparta medicamentos ahí, el retraso del cobro de facturas a farmacéuticos, el servicio de pedidos de instalación a las nuevas farmacias, etc.

También, **hemos aprendido** que ***cuando han aparecido los problemas, la solución ha sido más unión alrededor de las cooperativas***. El farmacéutico libre podrá ser feliz personalmente pero no profesionalmente; ni tampoco va a encontrar muchas soluciones más allá de la colmena.

Por otra parte, hay **tres problemas a resolver**…

El **primero problema** es la **competencia entre cooperativas**, cuestión que hay que resolver y está pendiente todavía.

Cada farmacia puede recibir hasta diez repartos diarios de medicamentos, si le compra a cinco cooperativas y cada cooperativa lleva dos repartos, pues son diez repartos. En algunos casos va una bolsita con una caja de paracetamol y eso es auténticamente ilógico porque no son rentables.

La conclusión a la que se llega es que hay una tremenda falta de eficiencia en esa prestación y se mantiene porque en los tiempo de bonanza, como había ganancia importante de dinero, no importaban los costos porque los beneficios eran altos y ahora en la época de crisis la pugna por ganar clientes o por no perderlos le hace mantener esas rutas totalmente con falta de rentabilidad.

El **segundo problema** son las **exportaciones de medicamentos**. Volvemos con el tema del principio de la charla, el medicamento ¿Es un bien social o una mercancía?

Si además resulta que la Farmacia está en el mercado, el medicamento es una mercancía y como en Europa hay libertad

de mercado, de movimiento de mercancía, pues ¿Por qué no se van a exportar medicamentos a Europa?

La otra pregunta es ¿por qué se exportaban a Europa? Esto es porque ahí son más caros que en España y porque eso salvaba la cuenta de resultados de muchas cooperativas.

La consecuencia de esta situación fue que empezaron a faltar medicamentos en las farmacias españolas; lo que se hizo fue ponerse desde los colegios frente a las cooperativas e intentar que cambiaran la política comercial que estaban teniendo.

El **tercer problema** es que "Las abejas se olvidan de la colmena". En España un farmacéutico sólo puede ser propietario de una farmacia y el propietario de la farmacia tiene que ser obligatoriamente el farmacéutico titular. No existen cadenas de farmacia en España, aunque hay farmacéuticos que se agrupan para optimizar la gestión (farmacias de 24 hs., grupúsculos, etc.). Estos farmacéuticos lo que intentan es negociar en grupo con las cooperativas para conseguir mayores descuentos, bajo la "amenaza" de que si no se lo otorgan van a comprarles todos a otra cooperativa. Desde los Colegios hemos dicho ante esta amenaza, la obligación de la cooperativa es decirle que se vayan, nosotros no podemos andar defendiendo que haya en una cooperativa un grupo de farmacéuticos que porque compren juntos vayan a tener mayores descuentos.

El problema que son un número no muy importante pero sí con un gran poder adquisitivo, y los dirigentes de las cooperativas temen tener pérdidas si estos farmacéuticos se van, pero desde el Colegio hemos dicho "que se vayan" porque no podemos permitir que el modelo farmacéutico cooperativo empiece a destrozarse desde dentro.

En relación a la **distribución minorista**, es decir, de las farmacias, en el año 1941, se ordena que las farmacias se distribuyan en el territorio porque hasta ese momento estaban colocadas en

los mejores lugares, junto a mercados o en las vías principales, muy próximas entre sí, mientras faltaban en las zonas menos céntricas, obligando a los pacientes a desplazarse.

El modelo farmacéutico español está por una parte sometido a **regulación** y por otra parte a **planificación**.

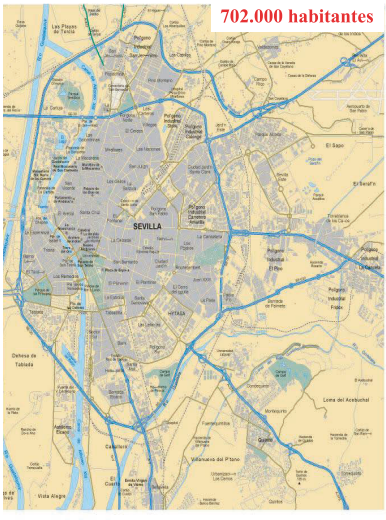
- **Regulación**
  - **a)** Según el número de habitantes**.**
  - **b)** El Gobierno nacional fija el mismo Precio de Venta al **Público** de los medicamentos, para todas las farmacias.
  - **c)** Los únicos que pueden ser propietarios de las farmacias son los farmacéuticos.
  - **d)** Un farmacéutico sólo puede ser dueño de una sola farmacia.

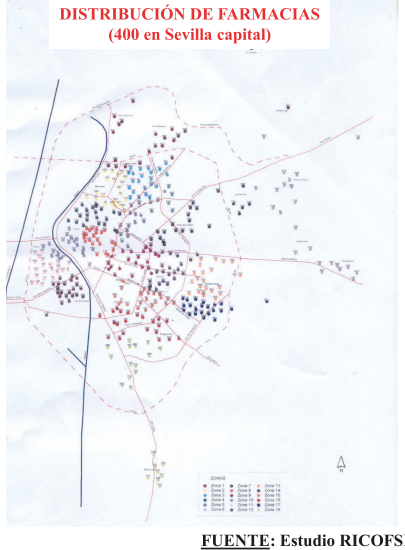
- **Planificación**
  - **a)** Distancias mínimas entre farmacias para conseguir una distribución homogénea.
  - **b)** Distancias mínimas entre Farmacias y consultorios para evitar acaparamiento de clientes.

Esto ha originado que en España haya una red de prácticamente 22.000 farmacias que están planificadas, bien distribuidas y que alcanzan al 98% de la población. Los municipios más pequeños hasta hace muy poco tiempo eran atendidos por botiquines (dispensarios de medicamentos) dependientes de las farmacias más próximas.

En la siguiente dispositiva se puede observar el mapa de Sevilla y la otra imagen corresponde a la distribución de las farmacias.

El **modelo funciona aceptablemente**, no hay quejas prácticamente. Las reclamaciones de los ciudadanos sobre Pres-





FUENTE: Estudio RICOFSE

tación Farmacéutica en España solamente alcanzan un 0,22% del total (otros servicios > 14%), según todos los informes que se presentan del Instituto Nacional de Consumo de España y del Defensor del Pueblo Español.

Una encuesta realizada recientemente en la Unión Europea (Encuesta de la Reader's Digest European Trusted Brands) en la que participaron 25.000 personas de 15 países de la UE, da como resultado que los farmacéuticos son los sanitarios más valorados en Europa.

Pero **en el modelo de farmacia** que funcionaba hasta hace muy poco, **ha intervenido la política** muy bien porque:

- aumentó el número de Facultades de Farmacias y de farmacéuticos.
- se instalaron farmacias en municipios pequeños (150 – 300 habitantes) donde antes había botiquines, en los que la rentabilidad económica y la utilidad sanitaria eran mínimas.

Esto ocurrió porque a la administración le "interesaba políticamente" que se abrieran esas farmacias para poder "vender electoralmente" que gracias a ellos esos botiquines se transformaban en farmacias y había un farmacéutico, etc. Primero permitieron la apertura de farmacias, porque era capital privado, pero no abrieron en esos municipios ningún otro servicio sanitario dependiente del Estado, lo único que había ahí era la farmacia.

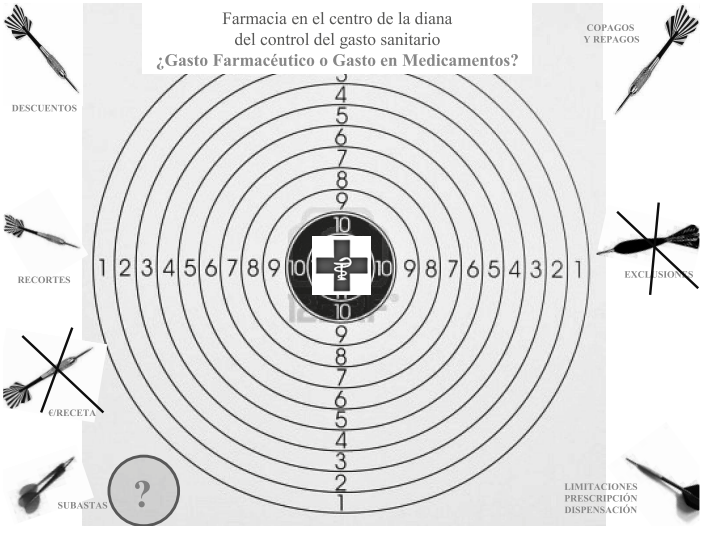
Se antepuso la política a la planificación educativa y sanitaria lo que fue un grandísimo error y que estamos pagando al día de hoy, estoy hablando de hace unos 15 ó 20 años.

En cuanto a la **Organización sanitaria en España**, hay **una sola Obra Social** es la Seguridad Social Nacional **que engloba al 95% de la población** y el 5% restante se encuentra dentro de obras sociales de militares, de funcionarios, de jueces, etc. Pero hay **17 Sistemas Regionales de Salud distintos**, cada uno firma ese concierto regionalmente y son autónomos, diferentes y casi descoordinados, a pesar de existir el Consejo Interterritorial de Salud. Eso implica que existen regiones en las que las prestaciones se realizan y otras regiones en las que esas prestaciones no se realizan y, además, llevan a cabo algún tipo de intervención mediante las cuales entre las que realiza el Estado y las que realiza las regiones se producen medidas duplicadas y contrapuestas que están perjudicando mucho a las farmacias, porque las han puesto en el centro de la diana del control del gasto sanitario.

Llamar gasto farmacéutico al gasto en medicamento a mí no me gusta nada porque nosotros no causamos ese gasto, parece que somos los farmacéuticos los que estamos gastando y no es así, se gastan medicamentos que los gasta el ciudadano y los prescriben los médicos de la obra social o hay que hablar de gastos en medicamentos porque al final termina incidiendo en el gasto sobre la farmacia.

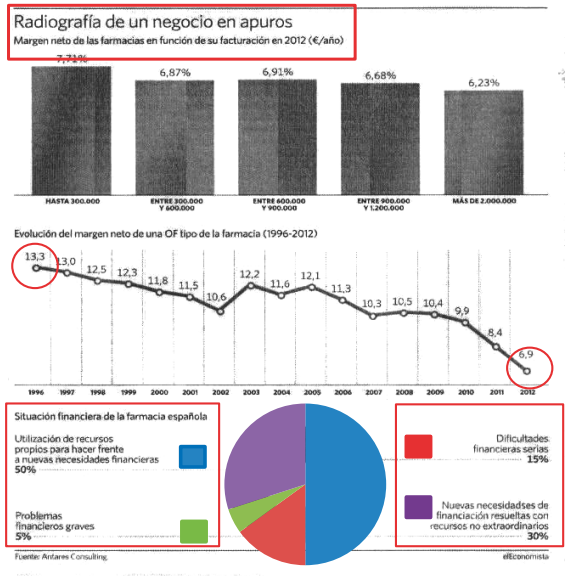
Se han llevado a cabo muchas medidas teniendo como

centro siempre la farmacia. Algunas de ellas como las exclusiones de medicamentos o el Euro por receta (están en algunas regiones como Madrid y Cataluña) han sido anuladas por el tribunal constitucional y las subastas o licitaciones que también están pendientes de una resolución del tribunal constitucional.



El hecho es que la rentabilidad neta de la farmacia en los últimos años ha bajado del 13,13 al 6,9 y estamos con muchas farmacias pasando muchos problemas.

En los últimos tiempos bajo la crisis ha habido una caída de rentabilidad de 27% en las farmacias españolas. y en la de los municipios más pequeños ha llegado a ser del 50%. Si además de tener una facturación pequeña cae la rentabilidad un 50% imagínense de lo que estamos hablando, pero claro los políticos ahora no pueden permitir que esas farmacias se cierren y están subvencionándolas con un máximo de 850 euros al mes. Nosotros estamos completamente en contra de esta subvención porque el problema hay que arreglarlo de raíz, no subvencionando a algunos compañeros para que mal vivan en un sitio en donde ni sanitaria ni económicamente tienen futuro.



Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla - España

Es por tanto necesario **reformar** esa **ordenación farmacéutica española** y se ha creado una Comisión del Consejo General de Farmacéuticos de la cual formo parte, para intentar llevar a cabo dicha reforma, porque no pueden autorizar farmacias donde no viven personas. El problema es que en España en muchos casos la oposición de los Colegios podía haber sido más fuerte y no lo fue, y hemos cambiado, en muchos casos, estabilidad política por planificación sanitaria, luego ***"no podemos volver a cambiar Planificación sanitaria por estabilidad política"***. Ésta es una lección **aprendida.**

Europa está estudiando no abrir más boticas en 10 años porque el objetivo que tenemos como sanitarios *es* ***conseguir la sostenibilidad, la calidad y la solvencia de la farmacia y del Sistema Nacional de Salud*** en beneficio de los ciudadanos que son a quienes nos debemos y que esas ***farmacias hay que reubicarlas en lugares donde el servicio sea necesario***. Distinto es el acceso del profesional a esa farmacia. **Otra lección aprendida**.

Se llega a la situación antes mencionada porque se han tomado muchas medidas contra las farmacias, una fue la libertad de horarios en las farmacias (12 y 24 h) lo que benefició a las farmacias mejor ubicadas, por otra parte, los márgenes escalonados según el PVP y retornos sobre ventas al SNS.

En el año 2008 mientras el presidente Rodríguez Zapatero dijo públicamente que "España está en la Champions League de la Economía", el país estaba en una crisis bestial tanto es así que a los 2 meses de ese dicho comenzaron a recortar fundamentalmente las facturas de farmacia. Entonces se llevaron a cabo medidas nacionales y regionales inventando de todo lo que se puedan imaginar y se sumió a la farmacia en una crisis profunda.



CRISIS ECONÓMICA

En España lo más peligroso de todo ha sido la unión de crisis con corrupción.

Voy a hablar de la **crisis farmacéutica** y podemos distinguir dos causas: intrínsecas y extrínsecas.

Las **causas intrínsecas** son las abejas que se olvidan de la colmena:

- Farmacias abiertas sin estudios previos de viabilidad.
- Farmacias instaladas fuera de planificación sanitaria (Farmacias "VEC").

- "Burbuja Farmacéutica": Precios muy elevados de traspasos.
- Elevados gastos fijos no reducidos con la crisis (RRHH, alquileres, etc)
- Horarios ampliados (12-24 horas) de Farmacias mejor ubicadas.
- "Técnicas de fidelización" y guerra de precios en Parafarmacia.

Esto en España nos está sorprendiendo mucho y es una **lección que no hemos aprendido** los farmacéuticos ni la vamos a aprender nunca porque seguimos creyendo que las abejas pueden volar solas y que no tienen que volver por la noche a la colmena, ni la colmena decide para nada, lo que es un error absoluto.

Las **causas extrínsecas**, son "medidas anticrisis".

- Disminución de los presupuestos sanitarios
- Actuaciones sobre la demanda:
  - Copagos.
  - Control del nº de recetas.
  - Control de las prescripciones y de su número.
  - Retrasos en el registro de nuevos medicamentos.
  - Trabas en la financiación pública.



Uno de cada cuatro pacientes se ve abocado a renunciar a su medicación al no poder costearla

Agencias MADRID

Uno de cada cuatro pacientes abandona la medicación por motivos económicos, situación en la que tienen que ver las medidas legislativas sobre financiación de fármacos aprobadas en los últimos años, según una encuesta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

De acuerdo al sondeo, realizado a 1.655 médicos de familia, de entre los fármacos cuya toma se ha resentido o abandonado destacan los hipotensores (11,2%), hipolipemiantes (9,2%) y antidiabéticos (6,1%).

El presidente de la semFYC, José Basora, que inauguró ayer el XXXIV Congreso de la Sociedad de Médicos en Gran Canaria, recordó que estos medicamentos serán indicados en pacientes que tienen factores de riesgo cardiovascular y son necesarios. Otros grupos de medicamentos cuyo consumo se ha resentido en los últimos años son los indicados en pacientes con EPOC, asma, broncopatía crónica (2,7%) y laxantes (2%), así como los ansiolíticos, antidepresivos, antiagregantes plaquetarios o antipsicóticos.

Las percepciones que recoge la semFYC al copago como medida de ahorro, pues los resultados apuntan a que reduce el consumo adecuado de medicamentos y afecta al cumplimiento terapéutico. "Creemos que esta no es ni la mejor ni la única solución, se pueden incrementar los ingresos implantando otras fórmulas, por ejemplo con impuestos indirectos sobre el tabaco o el alcohol", señaló.

Los profesionales que trabajan en centros del Sistema Nacional de Salud serán reconocidos como "autoridad pública en el ejercicio de sus funciones" para prevenir agresiones, según acordó ayer el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

- Actuaciones sobre los precios:

- Disminución precio medicamentos.
- "Precios de Referencia".
- Descuentos por volumen de facturación.
- Descuentos en medicamentos sin genérico (7,5 ó 15%.
- Subastas de medicamentos por laboratorios.
- Alternativas Terapéuticas Equivalentes.
- Listas negativas.
- Cataloguiños gallegos.
- Algoritmos terapéuticos valencianos.

Disminución PVP medio

- Actuaciones varias
  - Salida de medicamentos de las Farmacias a los Hospitales.
  - Desregulación: Competencia otros sectores (excepto en medicamentos).

    Disminución de la demanda privada.
  - Incertidumbre legislativa (escollos avances profesionales).
  - Disminución capacidad de gestión de la Farmacia (dificulta innovación e inversión).
  - Altísima fiscalidad (>50% + Impuestos municipales + Impuestos Patrimonio).
  - Inspecciones y controles excesivos: Sanitarios, Tributarios, Competencia, etc.
  - Ausencia de créditos de financiación y refinanciación (Apoyo Colegios y cooperativas).
  - Presión desregulación (España y Europa).
  - IMPAGOS e incertidumbres de pago.


EL ECONOMISTA

10/06/2014

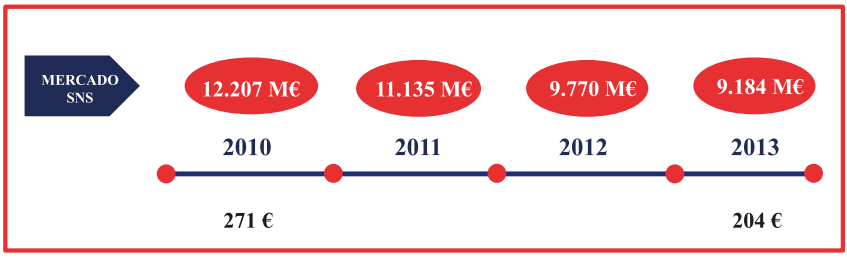
IMPAGOS A FARMACIAS: 300 BOTICAS ESTÁN EN CONCURSO

La deuda con los farmacéuticos ha vuelto de nuevo este año en Cataluña y Valencia, poniendo de relieve que lo que era un negocio seguro ha caído en los últimos años por el recorte del gasto sanitario

¿Cómo habría que actuar para controlar el Gasto Sanitario Público (GSP)?

El **Gasto Sanitario Público** está compuesto por: el **gasto en medicamentos** (no gasto farmacéutico) que es la parte pequeña del gasto sanitario público **más otros elementos del GSP**. Pero cuando llega la hora de actuar para bajar el GSP lo que se hace es que solamente se actúa en el gasto de medicamentos, no se quiere actuar sobre la otra parte del gasto sanitario y en España estamos hablando de que el gasto en medicamentos es aproximadamente el 15% del gasto sanitario total.

Y cuando hablamos del control del gasto público en medicamentos se podría actuar sobre el número de recetas que es totalmente impopular porque hay que decirle al ciudadano que no vaya al médico porque no le voy a recetar o porque este medicamento está excluido. Pero ahí no se incide, fundamentalmente en el precio medio del medicamento y esto ha ocasionado una bajada tremenda de la facturación de la farmacia, del gasto en medicamentos y del gasto por persona de 271 a 204 euros.



FUENTE: Antares Consulting

Tengo que decir que se ha actuado irresponsablemente sobre el gasto sanitario pues solamente se ha intervenido sobre el precio de los medicamentos.

Y, ¿cómo es posible que puedan bajar tanto los medicamentos y que puedan ser tan baratos los medicamentos? Los invito a leer: "El paracetamol chino" *Correo Farmacéutico 2 de febrero*

de 2009. Una noche de guardia en la que me llega un señor a las 4 de la mañana pidiendo una caja de paracetamol que valía 0,67 euros en el año 2009 y además un paquete de chicles de 0,90 euros y al ver la diferencia me fui al ordenador y comencé a escribir el articulo porque la verdad es que detrás del chicle no hay ni farmacéutico garante ni control de calidad.

Y ¿por qué ocurre esto? Pues porque hay muchas compañías que son partidarias de estrategias de precios kamikazes o sea bajar mucho los precios hasta conseguir hacer un dominio del mercado situando en competencia a España con Bangladesh cosa que no tiene ningún tipo de competencia, nunca jamás podremos los españoles fabricar los medicamentos al mismo precio que en Bangladesh. Esto es una lección que la administración no ha aprendido porque no creo calificarlo como irresponsabilidad de la administración española, me resisto a hacerlo, prefiero calificarlo como lección no aprendida.

Las **Subastas o Licitación de Medicamentos** que se lleva a cabo en Andalucía con el siguiente mecanismo: el médico debe prescribir por principio activo obligatoriamente, el farmacéutico tiene que dispensar el medicamento seleccionado por Servicio Andaluz de Salud (SAS) que corresponde al del laboratorio que hace mayor aportación y el SAS le abona al farmacéutico el precio de venta al público. Esto ha significado, como dice la presidenta de Farmaindustria (la patronal de los laboratorios españoles), que Andalucía haya expulsado los laboratorios españoles de su farmacia porque prácticamente los laboratorios que están participando en la subasta casi ninguno es español.

Inicialmente la Administración ha ofrecido un pacto a los farmacéuticos para compartir parte de la aportación que iba hacer el laboratorio, pero nosotros como vimos que perdíamos la capacidad de gestión (digo nosotros pero fuimos muy pocos porque había muchos compañeros de Colegio que estaban a favor de pactar por seguir llevándonos bien), dijimos que ***no todo se podía pactar*** y tuvimos que convocar hasta asambleas provin-

ciales de farmacéuticos para decirle que no al acuerdo porque las presiones que había por parte de la administración para llegar al acuerdo fueron tremendas. **Esta es una lección aprendida.**

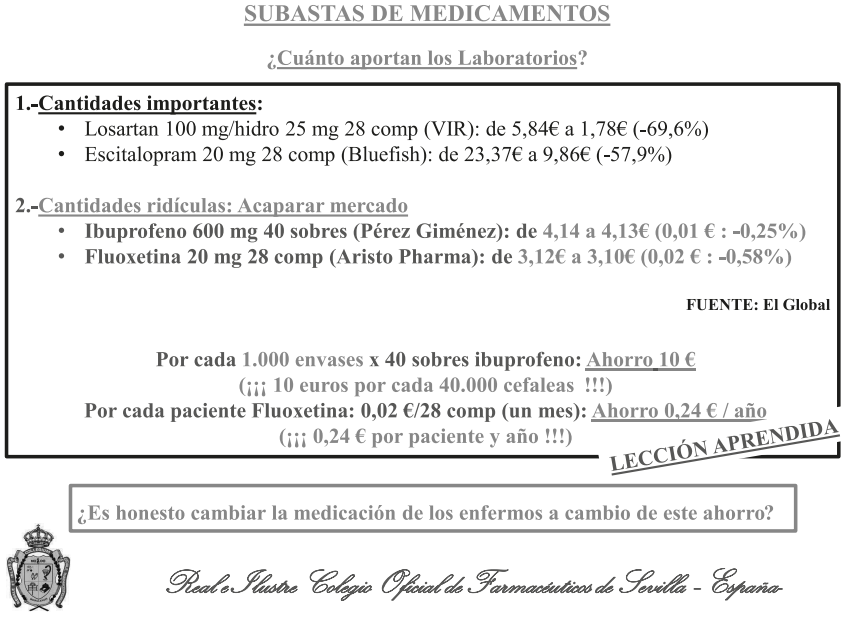
Las subastas están recurridas ante el Tribunal Constitucional, un nuevo recurso por parte del gobierno central, está destruyendo empleos en el sector farmacéutico y hundiendo a la industria farmacéutica española. Por otra parte, las farmacias pierden en Andalucía prácticamente la capacidad de gestión porque la administración decide que medicamentos y a qué laboratorios han de comprar y los laboratorios deciden cómo, cuándo y cuánto compran los farmacéuticos y en qué condiciones. Se ha perdido la capacidad de gestión totalmente.

El 70% de los fármacos de la subasta de Andalucía están fabricados en Asia, como decíamos al principio, estamos compitiendo con mercados totalmente distintos y evidentemente nosotros los farmacéuticos ni podemos ni debemos apoyar estas subastas.

Julián García Vargas que fue Ministro de Sanidad en el gobierno de Felipe González, primer gobierno socialista, dijo: "*se está deteriorando a marchas forzadas la calidad de la prestación farmacéutica con algunos inventos autonómicos de subastas que nos traen medicamentos de países ignotos hasta ahora, como Bangladesh*".

Porque claro cuando comparamos la tendencia de los precios de estos laboratorios es que tienden a cero, estamos hablando de que estamos dispensando medicamentos que valen céntimos, son capaces estos laboratorios de fabricar medicamentos a precios cero y es una tragedia para la farmacia y para el futuro de la industria farmacéutica.

En la siguiente diapositiva pueden observar ¿Cuánto aportan los laboratorios en las subastas? Pues hay quien aporta mucho y quien aporta poco.



Me pregunto si es honesto ***cambiar la medicación de los enfermos por este ahorro***, y la respuesta es que ***no es honesto***, y es una **lección que he aprendido** yo, hay otros compañeros farmacéuticos presidentes de otros Colegios que miran para otro lado, pero bueno que cada uno asuma su responsabilidad.

Para defenderse de este escándalo Aristo Pharma ha hecho una nota de prensa (Nota aclaratoria. ABC. 22-agosto-2014) en la que dice*:… La misión de Ariston Pharma…se localiza en contribuir a la accesibilidad y universalidad del sistema de salud, con el objetivo de desarrollar una actividad de valor añadido para los profesionales y pacientes a los que va dirigido el trabajo de la compañía"*

Por mucho que lo leo no consigo enterarme cómo van a conseguir todo lo que dicen si el ahorro es de 0,24 euros por paciente/año, no van a colaborar absolutamente en nada, lo que están haciendo es acaparar el mercado.

Otro problema que ha sucedido en España es el de los **impagos**. En Andalucía los préstamos los gestionamos a través de los Colegios de Farmacéuticos porque había compañeros que no tenían capacidad de endeudamiento, y los Colegios fuimos los que conseguimos los préstamos para cubrir el impago de la administración en todas las farmacias.

IMPAGOS

"Es la primera vez desde la Transición Española que la Administración no paga las facturas"

PUNTUALES
Andalucía
Baleares
Canarias
Castila La Mancha
Aragón



REPETIDOS
Cataluña
Com. Valenciana

LECCIÓN APRENDIDA

"Es vital conocer con antelación que se va a producir el impago, y cuánto va a durar para gestionar la solución CONJUNTA a tiempo"

Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla - España

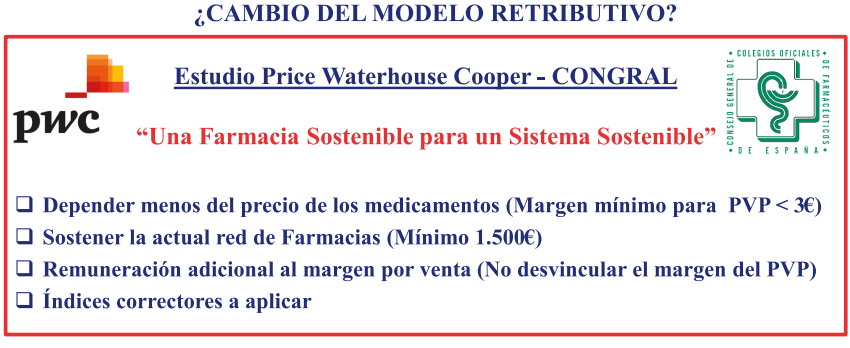
Y ahora analicemos el futuro…

¿Podemos seguir así? ¿Debemos los farmacéuticos proponer algún cambio? ¿Qué cambio y hacia qué tipo de modelo de negocio? ¿Podemos seguir con el sistema actual de solo margen en función del precio, con un sistema de pago por acto independientemente del precio de venta al público, un sistema mixto, algo de pago por margen y algo de pago por acto o un sistema de todo lo demás, con un pago por otras cosas que pueden hacer los farmacéuticos?

Analizando el tema en Europa, hay países como Alemania, Italia, Francia, Portugal que hacen diversas cosas. Lo que ocurre es que cuando hacemos dicho análisis nos sale otra reflexión y

es que hay muchos caminos para ganar dinero más fácil en las farmacias pero no son legales, o no son leales, y los farmacéuticos no podemos emprender caminos que no sean legales y mucho menos que no sean leales.

En España se está complicando muchísimo vivir sólo del margen del medicamento, para analizar esto se ha realizado un estudio de Price Waterhouse Cooper y el Consejo General que se denomina "Una farmacia sostenible para un sistema sostenible". En la diapositiva pueden observar algunas conclusiones.



Pero el análisis final y la pregunta final que yo hice a los autores del trabajo cuando lo terminaron de presentar era si la farmacia iba a ganar más o menos con el cambio. Vamos a hablar de Mercado, porque tengo que mantener a mi familia, a la familia de la gente que trabaja conmigo, la estructura, etc. La respuesta que me dieron es que en todos los casos no había garantía de que íbamos a ganar más porque ha sido muy difícil en España, actualizar los reembolsos fijos. Es decir, hoy nos pueden decir vas a ganar diez, pero mañana vas a seguir ganando diez, y así sucesivamente, a pesar de la subida del IPC, de la inflación. Lo mismo está pasando con la formulación magistral, que se hace con cargo a la seguridad social, que el Estado la paga, pero lo que abona es un monto fijo por la fórmula magistral aunque esté aceptando otro tipo de técnica, de envase y, lamentablemente, lleva más de 15 años sin modificar para nada la atribución por la formulación magistral.

Ante el futuro hay dos opciones,



Nosotros comprendemos que debemos seguir actuando como sanitarios aunque nuestras actuaciones profesionales no sean del todo rentables. Hay campos importantes que ya lo comenté en las Jornadas que se llevaron a cabo en Rosario, que los farmacéuticos debemos empezar a explorar, fundamentalmente de prevención y de educación sanitaria. Aquí tenemos los farmacéuticos un papel muy importante que jugar, porque creo que ninguna sociedad puede permitirse el lujo de tener 22.000 farmacias, como hay prácticamente en España, y 50 mil profesionales trabajando en ellas exclusivamente para dispensar medicamentos, es una auténtica barbaridad.

La Administración Sanitaria tiene que hacernos partícipe de todo lo que seamos capaces de ahorrar al Sistema, con nuestra actuación profesional.

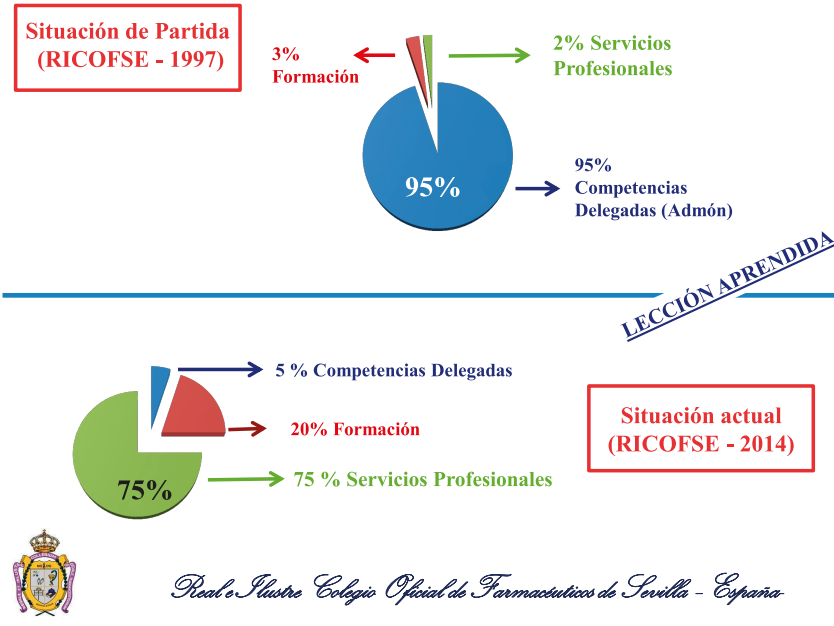
A mí eso me crea grandes dudas, también tengo grandes certezas sobre el Sistema, y es que sólo se va a conseguir el Uso

Racional del Medicamento cuando se haga un uso racional del farmacéutico, mientas no utilicen al farmacéutico adecuadamente el medicamento no se va a usar racionalmente.

Por otra parte, el farmacéutico tiene una gran responsabilidad que es hacer bien su labor, pero la Administración tiene que hacerla posible, de esa conjunción tiene que nacer el futuro de la farmacia.

¿Y cómo deben actuar nuestros Colegios? Fundamentalmente, gozando de credibilidad y confianza en la sociedad y propiciando cambios legislativos que permitan avances profesionales de salud, entre otras cosas.

Les voy a mostrar la situación en que estaba el Colegio de Farmacéuticos de Sevilla en el año 97 y como está en la actualidad en relación a las Competencias Delegada, Servicios Profesionales y Formación.



En el año 2002 se implanta y certifica un Sistema de Calidad para todos sus procesos, constituyéndose en el **Primer Colegio Profesional Español** que lo lleva a cabo. Marca el punto de partida de una estrategia basada en servicios. Se realizan informes de auditoría anuales.

En la siguiente diapositiva pueden observar la infraestructura del Colegio.



En cuanto a **Formación Colegial:**

- **Formación específica y especializada:**
  - Oposiciones: (Farmacéuticos de la Administración, examen de Especialistas).
  - Peritos Judiciales.
  - Másteres: Protección de Riesgos Laborales.

- Cursos de Farmacéutico Formador de Formadores de Manipuladores de Alimentos: Acreditan a voluntarios que atienden los Comedores Sociales de Sevilla.
- Análisis: Clínicos, Bromatológicos, ARYCPC.
- Marketing y Merchandising aplicados.
- Gestión de compras.
- Idiomas
- Informática: Windows office, Programas de Receta Electrónica.

- **Formación Continuada Acreditada**
  - Proyectos Formativos: *"Programa Sócrates"*

Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla



Merck Sharp and Dohme

Firma del convenio de colaboración con D. Antonio Borregón (MSD)

  - Proyectos Formativos: "Cartera de Servicios"

Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla



Cartera de Servicios

Centro Cooperativo Farmacéutico

- **Acreditada por los Colegios**
- **Periodos formativos previos específicos**
- **Visada por la Administración**
- **Universales (Todos los Farmacéuticos, todas las Farmacias, todos los pacientes)**

A través de nuestras **fundaciones**, llevamos adelante proyectos profesionales y sociales en el tema de los medicamentos huérfanos y enfermedades raras.

También quiero citar los proyectos profesionales y sociales que lleva a cabo la **Fundación Avenzoar** que es una fundación que lleva a cabo nuestro Colegio hace algunos años. Fundamentalmente tiene cuatro proyectos, solamente voy a hablar de dos. Uno es un **proyecto formativo** dirigidos a futuros profesionales, se realiza una jornada de receta médica con alumnos del último curso de farmacia y de medicina para que conozcan adecuadamente cual es la legislación de la receta médica, etc. El otro es el de la **"Cátedra Avenzoar"** que está realizando estudios y actividades docentes en el tema farmacéutico.

Me quiero detener en los **Proyectos Sociales de la Fundación Avenzoar** de nuestro Colegio y es que está impartiendo en centros educativos charlas, **"Aulas de Salud"**, sobre **donaciones de sangre y de órganos** conjuntamente con la creación de dos redes farmacéuticas del Colegio de Sevilla: una es la Red Farmacéutica de Donantes de Sangre y la otra la Red Farmacéutica de Donantes de Órganos.

Y **Servicios Colegiales**, todo lo que el farmacéutico pueda necesitar.

4.- SERVICIOS COLEGIALES:

"Todos los que necesiten los colegiados independientemente del tipo de ejercicio"

-Clásicos de la Oficina de Farmacia: CIM, FFMM,…
-Seguro de Responsabilidad Civil Profesional
-Protección de Datos
-Firma Electrónica
-Gestoría Laboral (Contratos, altas y bajas Seg. Social, nóminas,…)
-Prevención de Riesgos Laborales
-Vigilancia de la Salud
-Seguros varios
-Etc…

El Colegio garantiza el cumplimiento de las Normativas (Excelencia a costo reducido)

La intervención colegial es una garantía para los profesionales y para los ciudadanos y debe serlo para el Estado.

LECCIÓN APRENDIDA

Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla - España

Finalmente, les traigo un abrazo muy fuerte de la Junta del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, algunos de los que me acompañan en el equipo llevan conmigo desde que accedimos a la presidencia en el año 2000. Manuel Agotegaray que nos ha acompañado en España conoce a alguno de ellos, un saludo de todos ellos que hemos sido reelegidos en junio pasado.



Junta de Gobierno (2014-2018)

Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla - España

Me despido diciéndoles a los que siguen la serie "Juego de tronos" que los nuevos capítulos de El Nuevo Reino de Dorne se van a grabar en Sevilla en mi pueblo, donde nací y vive mi familia, en Osuna, en Las Canteras, y en la Universidad. Estos son edificios nobles del siglo XVI y con esa magnífica luna del mes de julio sobre estos edificios.





El nuevo reino de dorne
"juego de tronos"





Les reitero que para mí ha sido un placer y un honor estar ahí y me voy a ir con una grandísima pena. Muchísimas gracias por su atención, les dejo mi correo electrónico y la página web del Colegio.

manuelperez@redfarma.org
www.farmaceuticosdesevilla.es



MESA N° 6

Políticas de Salud Pública en las Provincias de Cuyo y Centro

Coordinador: Farm. Manuel Agotegaray
Presidente de FEFARA

Buenas tardes. Vamos a dar comienzo a la última mesa de estas Jornadas. Tenemos el honor de contar con la presencia del Ministro de Salud de la Provincia de San Luis, Dr. Gastón Hissa y del Secretario de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Dr. Daniel Pizzi. Le agradecemos muchísimo, a ambos, su participación.

Lo que buscamos en la mesa de cierre de las jornadas, y lo hacemos habitualmente en cada región en la cual elegimos llevarlas a cabo, es conocer mejor lo que pasa con los Sistemas de Salud, las directrices de los Ministros y las políticas que las Provincias pueden llevar adelante con su realidad y sus posibilidades.

Para ello, los dejo en compañía de los disertantes.

Políticas en Salud Pública. Provincia de Córdoba

Daniel Roberto Pizzi

Buenas tardes. Muchísimas gracias a FEFARA por la invitación. Traigo un cariñoso saludo del Ministro de Salud Pública de la Provincia de Córdoba, Dr. Francisco Fortuna que quería estar presente pero tuvo problemas de último momento y lamentablemente no puede estar aquí. Me pidió y me dió la responsabilidad de que sea yo él que les transmita lo que está sucediendo en Córdoba en cuanto a políticas sanitarias.

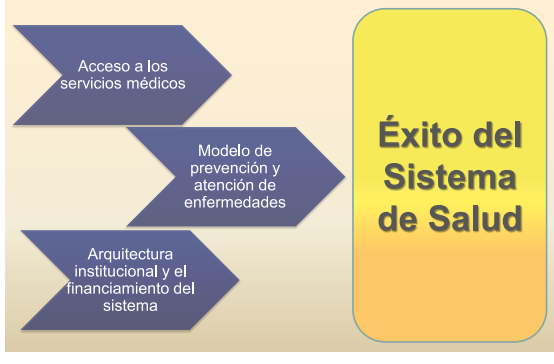
Quiero agradecer a la organización de estas Jornadas por las atenciones que hemos recibido desde que hemos llegado. Nos han brindado una gran hospitalidad en un lugar maravilloso. Esta provincia es muy hermosa, Ministro lo felicito realmente. Además, tuve la oportunidad de pasar esta mañana por una maternidad y algunos hospitales en donde pude observar que están trabajando muy bien.

Para desarrollar el tema de las políticas sanitarias de la Provincia de Córdoba voy a hacer una pequeña introducción de la reciente historia de mi Provincia.

Antes me parece útil que repasemos algunos datos de mi Provincia. **Córdoba** es una de las veinticuatro jurisdicciones organizadas en el sistema federal de la República Argentina. Cuenta con una superficie de 165.321 km^2 y con 3.308.876 habitantes. La ubicación geográfica es mediterránea y céntrica, como ustedes los puntanos. Limita con el mayor número de provincias: al N y NO con Santiago del Estero y Catamarca; al S con La Pampa y Buenos Aires; al E con Santa Fe; y al O con San Luis y La Rioja.

Para comenzar repasemos, también, algunas definiciones de la Organización Mundial de la Salud: **Sistema de Salud** es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos destinados a promover, mantener y mejorar la salud de la población.

Y, para que un Sistema de Salud tenga éxito, evidentemente, la población debe tener acceso a los servicios médicos, debe existir un modelo de prevención y atención de enfermedades, tiene que haber una arquitectura institucional y, por supuesto, un eficiente financiamiento del sistema.



Como les mencioné anteriormente, **para poder entender lo que sucede en la actualidad debemos conocer la historia**.

Las Políticas implementadas en Córdoba a partir del año 1995 se producen en el contexto de una brutal crisis de desfinanciamiento del estado cordobés. Por una parte, hubo una reducción de la planta mediante el cese de contratos e interinatos, la absorción presupuestaria de cargos y la decisión de no cubrir interinatos y suplencias. Por otro lado, hubo una afectación de la prestación de algunos servicios esenciales.

El **proceso de descentralización**, que creo que es lo único que quedó de aquella época, podría ser considerado como uno de los cambios estructurales más importantes de las últimas décadas en el sector público provincial de la salud. Se caracterizó por la transferencia de los efectores, la provincia pasó de tener en el año 1995 alrededor de 500 efectores sanitarios de todos los niveles de complejidad a aproximadamente 35, particularmente de máxima complejidad.



Entre los años 1988 y 1995, "etapa gradualista", se buscaron consensos entre los actores involucrados. Se trató de que todos ello interpreten cuáles eran las necesidades y cuáles eran las ventajas de la descentralización.

Pero entre Julio de 1995 y el año 1999, "etapa de shock", hubo urgencia y compulsividad en la transferencia de los efectores de salud. Ahí comenzaron los problemas. Aparecieron denuncias por desatención de pacientes, falta de camas e infraestructura necesaria para una correcta atención. Se cerraron hospitales. Teníamos problemas con la derivación de los pacientes. Además la crisis económica hacia que algunas personas que se quedaban sin sus obras sociales pasaran al hospital público.

En seis meses, se traspasaron más de 400 efectores sanitarios provinciales a los municipios. Solamente los efectores, no los fondos. Se produjo una mayor fragmentación del sistema y una agudización de las inequidades.

La transferencia de servicios implicó:

- Profundas modificaciones en la distribución de las "oportunidades de vida" por las diferencias entre los municipios con recursos y sin recursos.
- El estado provincial decía garantizar el segundo y tercer nivel de complejidad en la atención de la salud.
- La descentralización en la gestión Mestre implicó sólo el traspaso de efectores.

- La municipalización del primer nivel se hace con fuerte oposición de los actores del sector salud y de los otros actores comprometidos en el área.
- Los intendentes, los empleados, los vecinos, los partidos políticos, los concejos deliberantes, los entes intermunicipales, los senadores, se pronuncian en contra.
- Hay tomas de hospitales, movilizaciones, actos públicos, cortes de rutas y también planes elaborados para sortear las dificultades de los traspasos.
- Por los graves conflictos entre las gremiales hospitalarias y el gobierno (paros y movilizaciones) se paraliza en 1998 la Reforma.
- El oficialismo rechaza el cumplimiento de la Ley 7625 de los Equipos de Salud.

En la foto se puede observar unos de los hospitales que fue cerrado. Allí los médicos en una casilla, desde febrero a octubre del 1998, atendieron a seis mil niños en la calle.



Desde el año 1999 el gobierno del Dr. José Manuel de la Sota cumple con los compromisos asumidos con los sectores gremiales médicos y vuelve atrás con todas las medidas implementadas por la gestión anterior, con la sola excepción del proceso de descentralización.

Me parece que acá cabe una reflexión, quienes estamos en la lucha por la salud pública siempre decimos que las políticas sanitarias tienen que ser políticas de Estado. No puede ser que

cuando cambia un gobierno tire para atrás todo lo que hizo el anterior. Evidentemente en este camino y como se desarrollaba, iba muy mal.

Entre el año 1999 y el 2005, etapa de consolidación, se coordinaron e integraron los efectores "municipalizados" en el marco de un nuevo modelo de salud provincial.

- Se promovió la reapertura y extensión de los servicios públicos restringidos bajo la Ley de Emergencia Pública del gobernador Mestre.
- Se ampliaron las redes de atención hospitalaria.
- Se reabrió el Hospital Pediátrico del Niño Jesús y los servicios de Ginecología y Obstetricia del Hospital Misericordia.
- Se ampliaron las prestaciones a cargo del del Instituto Provincial de Atención Médica (IPAM), actualmente APROSS, la tercera mayor obra social estatal del país.
- que era IPAM en esa época, que es la tercera mayor obra social estatal que tiene la Nación Argentina.

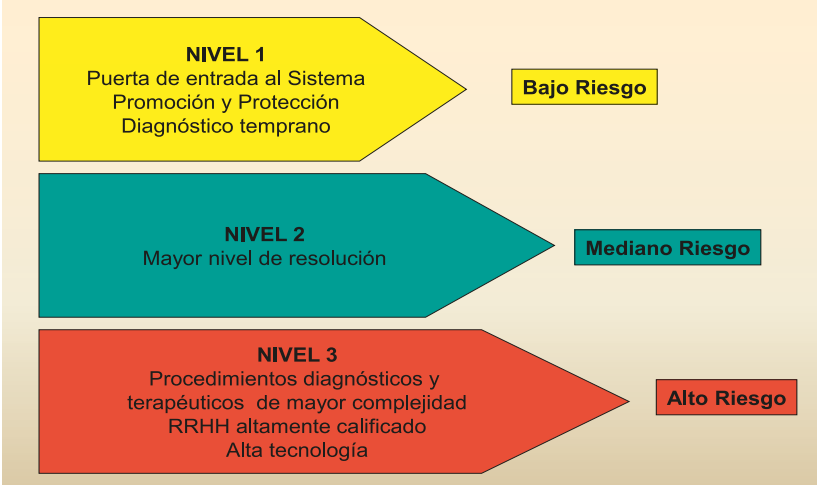
Se realizaron **reformas en la atención primaria**: Programa Materno Infantil (PROMIN) destinado por un crédito del BID (Ley 8970, Poder Legislativo Provincial, 2001).

Se puso en marcha un **Programa Provincial de Medicamentos**. Decreto Nº 2597/11, destinado a brindar los medicamentos prescriptos a pacientes ambulatorios de los establecimientos asistenciales públicos, sin cobertura social.

¿Y cómo estamos actualmente?

Contamos con los tres niveles de atención, en el gráfico pueden observar las características de cada uno.

En Córdoba, según datos del Censo Provincial de Población del año 2010, el **35 % de la población no tiene obra social**.



El Sistema Sanitario se divide geográficamente en Capital e Interior, y la administración en Provincial y Municipal.

¿Cuáles con las metas a cumplir?

Venimos de una mala situación, no se crean que estamos tan bien, pero estamos trabajando.



Digo que no estamos tan bien pero también que Córdoba es una de las provincias con mayor fortaleza sanitaria de la Nación. En el **interior** tenemos **23 Hospitales**, con **1957 camas generales** y en cuanto a las **camas críticas**, **123 de adultos**, **65 de neonatología** y **6 de pediatría**.



En **Capital** contamos con: **12 Hospitales**, **21 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS)** que son provinciales. Tenemos **886 camas generales** y con respecto a las **camas críticas, 194** son para **adultos**, **150** de **neonatología** y **47 pediátricas**.



El Sistema Municipal también es muy importante en la capital de Córdoba. Cuenta con el Hospital de Urgencias, que es reconocido Nacional e Internacionalmente por su capacidad, sobre todo en lo que respecta a la emergentología, el Hospital Infantil y el Hospital Polivalente Príncipe de Asturias. Además tiene 60 Centros de Salud, 36 unidades de atención primaria y un Instituto de Especialidades Médicas.



Por otra parte, por toda la ciudad de Córdoba están distribuidos **Unidades Primarias de Atención de la Salud (UPAS) y dispensarios municipales** que son como cien, y si sumamos los nuestros, la verdad que es una gran distribución de atención primaria.

El **subsector privado**, también es muy importante, no es motivo para tratar hoy, pero si quería dejar un pequeña reflexión. Se está **concentrando** mucho **el manejo de la medicina privada en pocas manos**, están cerrando muchas clínicas privadas en el interior de la provincia y en la ciudad de Córdoba también. Acá está apareciendo un problema que quizás en otro momento podamos discutir.

Integración sanitaria de la provincia

Para llevar a cabo la integración de Córdoba se han dividido en base a la densidad poblacional, los corredores sanitarios provinciales, corredor bioceánico y las características geográficas en **zonas de integración sanitaria**. En la siguiente diapositiva se puede observar la identificación de los distintos niveles de atención con puntos de colores y otras referencias.



Se dividen en áreas:

- **Área noroeste**, comprende los departamentos: San Alberto, San Javier, Pocho, Río Seco, Sobremonte, Cruz del Eje, Ischilín, Minas, Tulumba y Totoral. Es la que menos densidad poblacional tiene, la zona más pobre, donde tenemos muchos problemas, tratando de llegar y solucionarlos.
- **Área este**, con los departamentos: San Justo, Río Primero, Río Segundo, mucho más ricos, el 10 % de la población se atiende en nuestros hospitales referenciales.

- **Área sur,** cuyos departamentos son: Río Cuarto, Calamuchita, Juárez Celman, Pte. Roque Sáenz Peña y General Roca. Aquí se encuentra el Nuevo Hospital de Rio Cuarto, entre otros.
- **Área sureste** comprende los departamentos: Marcos Juárez, Tercero Arriba, San Martín y Unión. Aproximadamente, el 13 % de la población tiene cobertura de la provincia.
- **Área Gran Córdoba** que la integra: Punilla, Colón y Santa María, que además son áreas muy lindas desde el punto de vista turístico.

Programas de Salud Provinciales y Nacionales

Como pueden observar en la diapositiva contamos con Programas Nacionales generados a nivel del Ministerio de Salud de la Nación y Programas Provinciales que adhieren, de hecho, a los Programas Nacionales.



Programa Provincial de Medicamentos (PPM)
Decreto provincial Nº 2597/2011

La **finalidad** de este programa es la cobertura básica de medicamentos a pacientes ambulatorios sin cobertura social, que se atienden en los establecimientos asistenciales públicos provinciales.

Se utilizan mecanismos de **gestión** que garantizan trazabilidad y seguridad del proceso de recepción, guarda y entrega del medicamento. Además, se brinda **información** al paciente a fin de lograr el cumplimiento del tratamiento.

En cuanto a la **habilitación de farmacias,** la Dirección de Jurisdicción de Farmacia tiene directivas para farmacias **en los establecimientos asistenciales** lo que regulariza la situación en cuanto a la habilitación y funcionamiento de Farmacias en Establecimientos Asistenciales públicos y privados de la Provincia de Córdoba.

El marco normativo es la **Ley** N° **8.302** y su **Decreto Reglamentario 175/94**. Con esto se dio respuesta a los proveedores del sistema de salud: Laboratorios, Droguerías y Distribuidoras que exigen la figura de un farmacéutico dentro de cada Establecimiento Asistencia.

Por Resoluciones Ministeriales, Córdoba fue una de las primeras provincias que adhirió al **Sistema Nacional de Trazabilidad**, integrado por Farmacias, Droguerías, Laboratorios; en establecimientos asistenciales y estatales. Como pueden observar, se continúa con los talleres de capacitación a



cargo de la Lic. Mirabile (Dirección de Jurisdicción de Farmacias) y la ANMAT. Seguimos formando a los distintos actores, en este sentido.

Actualmente, hemos firmado con la Nación para llevar adelante el **Programa SUMAR** lo que nos dio muchísima satisfacción.



Les quería mostrar algunos datos, respecto a **Recursos Humanos en Salud**, en la Provincia de Córdoba. Datos Base Octubre - Noviembre 2013.

PLANTA SALUD	14870	
RESIDENTES PROVINCIA	750	
RESIDENTES NACIÓN	140	Beca Complemento acuerdo COFESA
TOTAL	15760	

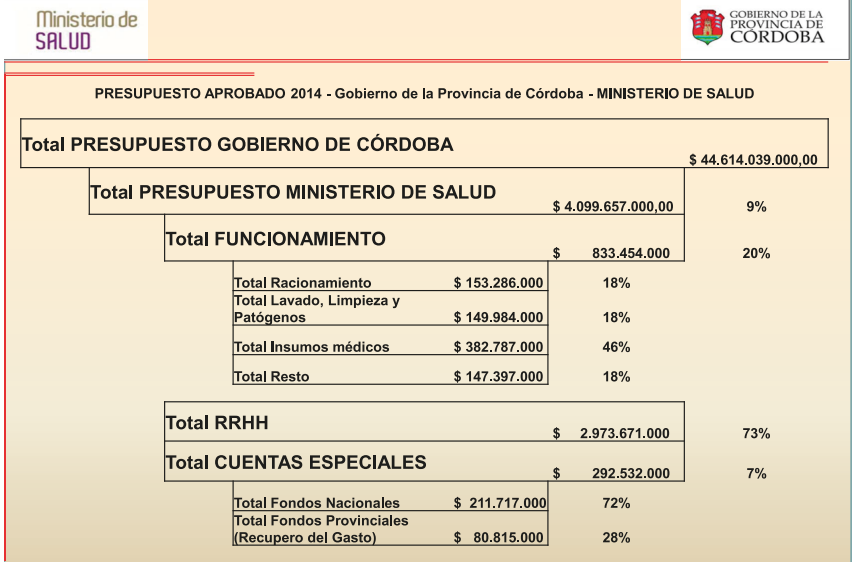
PLANTA SALUD	14870	
PLANTA PERMANENTE	8953	
CONTRATADOS	4066	
OTROS	1851	(suplentes/interinos/funcionarios/ personal superior) operativos/conducción - Leyes 7233-7625-9361

El **equipo de salud** cuenta con **11394 personas**, comprendidas en las siguientes ramas:

MÉDICOS	3840
ENFERMERÍA (Enf. Prof. 2442 - Lic. Enf. 628 - Aux. 1660)	2824
FARMACÉUTICOS	150
OTRAS PROFESIONES (LIC/TEC)	2674

ESCALAFÓN GENERAL	3025	(Adm./Serv. Gral)
OTROS	451	(Pers. Ferroviario/Transferidos/ Pers. Superior/Funcionarios)

En la siguiente diapositiva pueden observar los datos del **presupuesto general del Gobierno de Córdoba** y del **Minis-**



terio de Salud. En recursos humanos gastamos mucho dinero. De hecho, los recursos humanos son lo más importante que tiene el Sistema y creo que es muy bueno invertir en ello. También recibimos fondos nacionales.

Bueno, quiero finalizar con esta frase de ese gran sanitarista que fue Ramón Carrillo, el primer Ministro de Salud de la Nación y con esta fotografía de Potrero de los Funes lugar que no conocía y que realmente me impacto muchísimo.



Agradezco a ustedes la invitación, y al Ministro de Salud de Córdoba Dr. Francisco Fortuna que confió en mí para que le transmita estas cosas. Muchas Gracias a todos.

Políticas en Salud Pública en la Provincia de San Luis

Gastón Hissa

Muy buenas tardes para todos. Sé que hay muchos estudiantes de farmacia, muchos farmacéuticos y la verdad que como lo decíamos ayer en la apertura cuando acompañé al gobernador, estamos muy contentos de que nos hayan visitado y, sinceramente, esperamos que vuelvan como turistas o quizás para participar de alguna otra jornada o congreso.

Antes de comenzar la exposición, quiero comentarles que han visto un video de cómo se conformó el **Plan Maestro de Salud** que hace muy pocos meses ha sido promulgado y, también, pudieron observar un segundo spot que tiene que ver con el plan que se desprende del Plan Maestro de Salud y que se llama **San Luis, Actitud Saludable**.

El objetivo de este plan es trabajar fuertemente contra las enfermedades crónicas no transmisibles, y lo que busca fundamentalmente es fomentar la actividad física, la disminución del consumo de sal y tabaco, entre otras acciones. Está conformado por un Consejo Interministerial presidido por el Gobernador de la Provincia, la Secretaría Ejecutiva está a cargo del Ministerio de Salud y los demás Ministerios que lo conforman están relacionados con la temática de salud, como son: el Ministerio de Deporte, el de Medioambiente, el de Seguridad, por la seguridad vial, y demás.

Hoy, concretamente, me han invitado a comentarles de que se trata este **Plan Maestro de Salud.**

El **Gobierno de la Provincia de San Luis** ha impulsado de manera sostenida y constante, diversas **políticas tendientes a garantizar la salud para toda la población**, incluyendo una permanente inversión en recursos afectados a tal fin. Destina más del 13 % del presupuesto anual a políticas sanitarias.

El fortalecimiento del primer nivel de atención es una gran apuesta, la estrategia de la atención primaria de la salud, un desarrollo del plan estratégico materno-infantil, la implementación de un sistema que hemos llamado ADO, que sirve para el traslado de pacientes neonatos críticos, son terapias intensivas móviles.

La puesta en marcha del sistema de emergencia sanitaria en las dos grandes ciudades de la provincia, San Luis y Villa Mercedes, es un modelo copiado del SAME de la Ciudad de Buenos Aires que nos ha dado muy buenos resultados. La ampliación en la cobertura en el programa de vacunación, un 95 % de cobertura en materia de inmunizaciones, que sabemos bien que es sinónimo de prevención. Como consecuencia de todas estas acciones, se han mejorado muchos de los indicadores en nuestra provincia que describiré más adelante.

Plan Maestro De Salud

El esquema del **Plan Maestro de Salud** está compuesto por una Ley General de Salud, tres Anexos y Leyes Complementarias. El Anexo I comprende el plan maestro propiamente dicho, el Anexo II hace alusión a la participación ciudadana y el Anexo III, las metas y los criterios de éxito de este documento troncal.

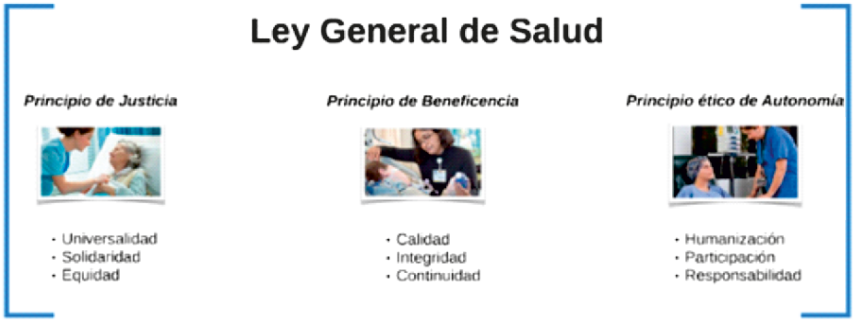


De este manual marco se desglosan tres grandes apuestas estratégicas, doce lineamientos estratégicos y cuarenta y seis operaciones.

La autoridad de aplicación del Plan Maestro de Salud es el Ministerio de Salud de la Provincia, el cual también tiene la obligación de elaborar anualmente un programa de actividades por metas para que puedan ser monitoreados por los organismos de Control de Gestión.

Una breve reseña sobre esta **Ley General de Salud**: tiene como objetivo garantizar la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la población de la Provincia de San Luis como un derecho humano esencial, asegurando la accesibilidad a la atención con adecuados estándares de calidad y con criterios de equidad, desde una concepción netamente preventiva.

Esta **Ley** tiene distintos principios, entre ellos: el **principio de justicia**, tiene por base el derecho individual y social de los habitantes al servicio de salud y está sustentado este principio por distintos valores, el valor de la universalidad, la solidaridad y la equidad. También está contemplado el **principio de beneficencia**, que está sustentado también en valores, como el de la calidad, la integridad y la continuidad. El **principio ético de autonomía** que se desglosa a su vez en tres valores, de la humanización de la salud, la participación de todos los ciudadanos y la responsabilidad de cada uno de nosotros como ciudadanos, es decir los derechos y deberes del ciudadano respecto al sistema sanitario.

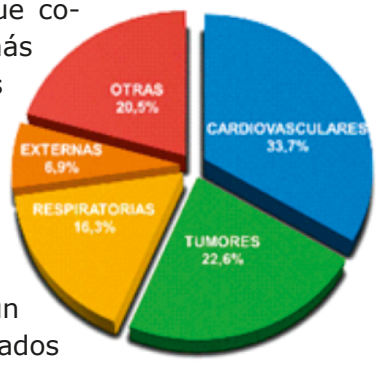


En el **Anexo I** figura por qué la Provincia de San Luis decidió elaborar un documento troncal que fije las políticas sanitarias para los próximos diez años, pero con una proyección a los cincuenta años venideros.

Como dije al inicio, el gobierno realiza esfuerzos en pos de mejorar la salud de la población, a raíz de esto se han mejorado indicadores, pero en estas últimas décadas hemos sufrido transformaciones. Éstas nos exigen un desarrollo estratégico del sector de salud a fin de acompañar estos cambios profundos de la sociedad de San Luis con los demás cambios que se vienen llevando a cabo en la provincia.

Primero, en relación a la **transición demográfica** que viene sufriendo la provincia y que no escapa a la del país y del mundo. San Luis, a pesar de ser una provincia joven, viene mostrando signos de envejecimiento en su población, actualmente, alrededor del 8 % de nuestra población es mayor a sesenta y cinco años. Se espera que para las próximas décadas este porcentaje se duplique y de esta manera disminuya considerablemente las franjas etarias de menores de quince años. Estos cambios demográficos están exigiendo una revisión de los servicios a prestar, ya que están cobrando mayor relevancia las personas adultas mayores, es por eso que amerita realizar un estudio y realizar inversiones en lo que tiene que ver con esta franja etaria.

Segundo, los **cambios demográficos han impactado en las distintas patologías**, ya que comienzan a ser proporcionalmente más importantes las enfermedades crónicas no transmisibles, como el cáncer y los problemas cardiovasculares que las enfermedades infecciosas. Esto genera tensiones entre una población que demanda nuevos y mejores servicios, tanto públicos como privados, que aún no se encuentran totalmente preparados



para estos nuevos cambios. Por ello, para mayor complejidad aún, durante un largo tiempo van a coexistir las enfermedades típicas de los grupos materno-infantiles, las infectocontagiosas, con las crónicas de adultos, generándose la denominada doble carga de morbilidad, enorme desafío para cualquier sistema de salud.

Así mismo, comienzan a observarse en San Luis otros dos problemas típicos, relacionado con el desarrollo de las grandes urbes. Por un lado, el aumento de las denominadas causas externas, como los accidentes y las lesiones, y por otro lado las relacionadas con el ambiente y el cambio climático. La vida moderna también, genera cambio en los hábitos de vida, incrementando el sedentarismo, el consumo de alcohol, etc.

Además, los impresionantes **avances tecnológicos** producen un fuerte impacto en los servicios de salud. Estos adelantos están modificando la forma y las modalidades de la atención. Hay mucha oferta respecto de la tecnología en salud, y a la hora de evaluar su costo-beneficio, se complica si no hay un estudio previo de la diversidad de tecnología para aplicar a las mismas patologías.

En cuarto lugar, el desarrollo estratégico que desde el Gobierno viene realizándose en el interior de San Luis, debe estar acompañado indefectiblemente del crecimiento de los **servicios esenciales**. Aquí en la provincia, la salud constituye uno de los pilares primordiales que tiene en cuenta la familia para arraigarse, por lo que el sistema de salud debe acompañar organizadamente la cuestión del arraigo de los médicos en nuestra provincia.

En un quinto lugar, también en estas últimas décadas, se han incrementado las **vías de comunicación y de transporte**, y consecuentemente aumentó el parque automotor y esto produce nuevas patologías.

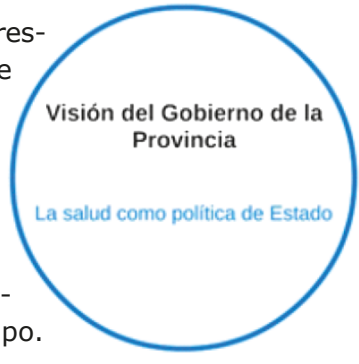
En sexto lugar, este plan acerca las **herramientas de gestión** disponible para quienes conducen los servicios de salud.

Es importante que las personas que están en cargos de conducción del sistema, sepan que herramientas aplicar, el costo y el beneficio de cada una de ellas.

Séptimo, el **recurso humano** en salud se ha convertido en el país y en el mundo en un recurso humano crítico. En San Luis contamos con mil quinientos noventa y seis médicos, entre el sector público y privado. Tenemos un médico cada doscientos setenta y siete habitantes, por lo que hay que optimizar el trabajo de cada uno de los profesionales, pero estamos trabajando y está plasmado en este Plan Maestro el fortalecimiento del recurso humano.

Tenemos una Ley de Carrera Sanitaria que ofrece, al profesional que accede a la carrera, una dedicación exclusiva de su servicio para la comunidad. Esto quizás difiere a lo que ocurre en otras provincias que no están reguladas de esta manera en relación al recurso humano.

La **visión** que tiene el gobierno respecto de la salud está plasmado hace mucho tiempo en la Constitución. En nuestra Constitución Provincial, en el Artículo N° 57 está establecido que el Estado debe garantizar la salud como un derecho, con medidas que lo aseguran para toda persona, sin discriminación ni limitaciones de ningún tipo.



Respecto de los **objetivos** del **Plan Maestro de Salud**, nos hemos centrado en dos tipos de objetivos:

- **Objetivo general**: fortalecer las capacidades institucionales del Estado Provincial, para garantizar una respuesta adecuada a las necesidades de salud de la población de San Luis en términos de la promoción, protección y el aseguramiento del acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud.

- **Objetivos específicos**: fortalecer institucionalmente al Ministerio de Salud, a fin de generar una rectoría sobre todo el sistema de salud de la Provincia, conformar una red de atención de la salud en un marco de descentralización, adecuando a las necesidades actuales y futuras de la población de San Luis que asegure un acceso equitativo y de calidad de los servicios. Por último, generar hábitos de vida saludable en la población a partir de su empoderamiento. Esto es el plan *"San Luis, actitud saludable"* que busca marcar un cambio de hábito de vida de las personas y poder también invertir un poco en la responsabilidad del ciudadano, porque están garantizados el primer nivel de atención, el segundo y el tercer nivel, pero qué hacemos nosotros como ciudadanos a la hora de cuidarnos, de cuidar nuestro entorno, nuestra familia, nuestro amigos, utilizando las herramientas de autocuidado que nos brinda el Estado, como son las campañas de prevención. Esto es invertir las responsabilidades de salud también al ciudadano, dicho de otra manera, esto es de derecho y deberes.

¿Cómo se conformó el Plan Maestro de Salud?

Se inició a partir del desarrollo de un estudio sobre la situación de Salud en la provincia de San Luis, realizado durante el segundo semestre del año 2013, poniendo énfasis en conocer la opinión de los ciudadanos a través de estudios cuantitativos y cualitativos que inspiraron la elaboración de este documento. Se realizó un **diagnóstico situacional e institucional** sobre el **funcionamiento del sistema de salud** tanto público como privado de la provincia. A partir de esto se identificaron los problemas y se propuso poner a la salud en lo más alto de la agenda pública, a fin de constituirla en una política de Estado para toda la provincia, pretendiendo que lo que hemos iniciado hace unos meses se desarrolle en los próximos diez años y tenga proyección en los próximos cincuenta años. Para ello se convocaron a todas las fuerzas vivas de la provincia con deseo de participar y de hacer su aporte, fundamentalmente a la ciudadanía que es

la principal destinataria de las mejoras que se puedan generar en el sistema de salud.

En segundo lugar, se desarrolló un espacio de pensamiento estratégico dentro del Ministerio de Salud a través de un equipo de consultores, de funcionarios y de actores claves que trabajamos arduamente durante muchos meses en el desarrollo de este Plan Maestro.

Respecto del **diagnóstico de situación**, en este punto se analizaron cuatro pilares básicos, lo que tiene que ver con la **situación demográfica** de nuestra provincia, la cual tiene una población de 450.000 habitantes según el último censo, aproximadamente el 1 % de la población total del país. La población está concentrada mayoritariamente en las ciudades de San Luis y Villa Mercedes. Los menores de quince años representan el 27,87 % de la población total, mientras que los mayores de sesenta y cinco años representan el 8,7 %. El porcentaje de mujeres en edad fértil (entre diez-cuarenta y nueve años) representa el 30 % de la población.



Los departamentos con mayor densidad de población son el de Juan Martin de Pueyrredón, incluye la Capital. Le sigue el departamento General Pedernera, entre estos dos departamentos alcanzamos el 76% de la población total de la provincia. En San Luis tenemos nueve departamentos, entonces si el 76% está concentrado entre San Luis (204.000 habitantes) y Villa Mercedes (130.000 habitantes), el resto están diseminados en los restantes 7 departamentos.

Las políticas gubernamentales provinciales propician hace más de treinta años el **desarrollo económico** de la Provincia de San Luis. Aquí existen políticas de incentivo fiscal, de incentivo a las inversiones privadas para generar fuentes de ocupación genuina de mano de obra local. Hemos implementado programas que tienen que ver con jóvenes empresarios, nuevas empresas de jóvenes sanluiseños. A su vez las Leyes del presupuesto prevén que el 50% del mismo se destine a obras públicas, generando un nivel realmente sostenido en la economía, dotando a la provincia de la infraestructura necesaria para mejorar el nivel de vida de todos los ciudadanos. Indefectiblemente este porcentaje se respeta y creemos que es la clave del éxito en la administración de San Luis, además de tener una escuela de administración. Los destinos de cómo se distribuye el presupuesto es: 50 % de gastos corrientes, 50 % de gastos de capital, esa es la clave del éxito.

La **situación social**: hoy en San Luis tenemos la tasa de desocupación más baja del país, el 1,3 %. Es el primer puesto ya consolidado por su comportamiento histórico, según informes de Fundaciones reconocidas de nuestro país.

Me voy a detener en la **situación de salud**, que es la que más nos interesa. La provincia de San Luis en los últimos años ha implementado acciones que se traducen en mejorías a nivel de resultados en salud. En cuanto a **mortalidad infantil**, en el año 2013 cerramos con el indicador del 7,7/1000 nacidos vivos, es un indicador realmente muy alentador a nivel de políticas sanitarias. En relación a la **mortalidad materna**, en el año 2013 hubo cero mortalidad materna y en el primer semestre de 2014 se mantiene este indicador en cero. Esto por supuesto no es una casualidad, ni es un factor de suerte, si no que el Gobierno de la Provincia destina más del 13 % del presupuesto a las políticas sanitarias.

Hemos concretado el sueño de una Maternidad Modelo a nivel provincial, donde aproximadamente tenemos más de siete mil quinientos sesenta partos por año.. En esa maternidad

tenemos dos mil quinientos sesenta y ocho partos. Todos los embarazos de riesgo son derivados a esta maternidad modelo, que cuenta con un staff de neonatólogos, enfermeros especializados, obstetras, tocoginecólogos, realmente es un equipo muy interesante y muy comprometido. Ustedes saben que las gestiones sanitarias se miden por indicadores, más allá del día a día o como dicen los libros de salud, esto de estar trabajando permanentemente en el incendio.

Durante el año 2013 se incrementó en un 50 % la cantidad de testeos para VIH con respecto a lo alcanzado en el 2012. Durante el año 2013 la provincia contó con trescientos pacientes bajo programa, de los cuales doscientos ochenta y dos fueron adherentes a los controles médicos y de laboratorios, y a la medicación, lo que representó un 85 %, superando de esta manera el promedio estadístico general que es el 50 % de adhesión.

Además voy a destacar el esfuerzo que se ha realizado en el marco del programa del control y erradicación de Chagas. La provincia certificó la eliminación de la transmisión vectorial de Chagas, lo que ha sido un logro muy importante. Este dictamen lo ha emitido una Comisión de la Organización Panamericana de Salud en el mes de Junio. Esto nos ha enaltecido mucho, más allá de que tenemos que seguir trabajando, porque siempre está la posibilidad de que despierte nuevamente, es por eso que estamos muy atentos.

Núcleos Preliminares de los Problemas

¿Con qué problemas nos encontramos?

En primer lugar, nos encontramos con **problemas estructurales** inherentes a la **transición demográfica** y a las **nuevas patologías** que demandan nuevos tratamientos. El segundo problema tuvo que ver con la **influencia cultural** y el tercer problema tuvo que ver con una **débil estructura del sector privado**. Deteniéndome un momento en el sector pri-

vado, hemos implementado una Ley de Promoción y Fomento a las Inversiones en el Sector Privado, por el cual el Gobierno de la Provincia ofrece beneficios y subsidios para todos aquellos empresarios de la salud que quieran acogerse a esta normativa. Por ejemplo: subsidios en la tasa de interés de las ayudas, para la capacitación del profesional, la exención de los impuestos provinciales como ingresos brutos, automotores, motocicletas, acoplados, afectados al proyecto, por eso es que les hemos dado la herramienta al sector privado para que pueda crecer. Nosotros estamos convencidos y vamos a continuar con esta política de fortalecer cada día más el sistema público de salud.

El año que viene nuestro hospital, va a ser el noveno hospital público del país en el cual se van a realizar trasplantes renales, con profesionales de carrera sanitaria, con profesionales de la salud pública que están siendo capacitados hace cinco meses con una importante firma internacional con la cual hemos suscrito convenios. Es por eso que más allá de fortalecer fuertemente el sistema público desde todos los niveles también apostamos al crecimiento sostenido del sector privado porque al existir una dicotomía o un abismo en el paquete prestacional o en la calidad del servicio, realmente redunda en perjuicio de la comunidad. Digamos también que en San Luis más del 70 % de la población se vuelca al sistema público de salud.

Apuestas estrategias del Plan Maestro



Fortalecer institucionalmente el Ministerio de Salud



Conformar una red de atención de la Salud



Generar hábitos de vida saludable en la población

En relación a sus **lineamientos y planes estratégicos** de cada una de las apuestas estratégicas:

Fortalecer institucionalmente el Ministerio de Salud

- **Lineamiento 1:** Desarrollar un nuevo modelo de gestión.
    - *Plan operativo 1:* reformar la estructura jerárquica organizacional del Ministerio;
    - *Plan operativo 2:* implantar un sistema de alta gerencia del Ministerio;
    - *Plan operativo 3:* establecer un sistema de administración por resultados.
- **Lineamiento 2:** Fortalecer las funciones de fiscalización y regulación del Ministerio.
    - *Plan operativo 4:* crear una agencia regulatoria en salud que va a tener como objetivos fundamentales, crear un mapa de la oferta, la demanda y necesidades de la salud de la población; establecer un sistema de acreditación y categorización de servicios y de certificación de profesionales; establecer un sistema de evaluación de tecnología sanitaria; diseñar un mecanismo de costeo y evaluación de las prestaciones brindadas; establecer un sistema de monitoreo de las actividades de las líneas de cuidado establecidas; implementar la historia clínica digital y la prescripción electrónica; elaborar un sistema de evaluación de desempeño de los servicios de salud público y privado.

Conformar una red de atención de la salud

- **Lineamiento 3:** Construir una red de complejidad creciente y con responsabilidad nominada sobre la población a cargo
    - *Plan operativo 5:* reformar el modelo del primer nivel de atención; elaborar un programa de fortalecimiento y

extensión de cobertura en el primer nivel de atención; nominalizar a la población y asignarle equipos de salud; establecer nuevos mecanismos de financiación y pago; establecer un sistema de quejas, reclamos y medición de la satisfacción de los beneficiarios; establecer derechos y responsabilidades de los beneficiarios; capacitar a los equipos de salud y a los funcionarios involucrados.

- *Plan operativo 6:* fortalecer la gestión de los hospitales, dándole mayor independencia. Hemos concretado fondos rotatorios, para que no dependan de la burocracia. También hemos comenzado concursos de postgrado y suscripto un importante convenio con el Instituto Lazarte de la Universidad Nacional de Rosario, el cual se dicta en nuestros dos grandes hospitales. Postgrado en Gestión Hospitalaria destinada a todos los jefes y sub jefes de los servicios de los dos grandes hospitales.
- *Plan operativo 7:* desarrollar la atención de alta complejidad.
- *Plan operativo 8: generar un modelo de gestión de continuidad.*
- *Plan operativo 9:* crear un seguro de enfermedades catastróficas, esto es muy importante. Se van a definir medicamentos, insumos y otros que deben estar incluidos en un seguro de enfermedades de baja incidencia y alto costo.

- **Lineamiento 4:** Jerarquizar problemas de salud mediante el aseguramiento de líneas de cuidado.
  - *Plan operativo 10:* implementar líneas de cuidado a través de protocolos de atención.
- **Lineamiento 5:** Desarrollar una política de calidad.
  - *Plan operativo 11:* implementar un ´plan de calidad de la salud.

Generar hábitos de vida saludable en la población

- **Lineamiento 6:** Desarrollar la promoción y protección de la salud garantizando el derecho a la salud.

  - *Plan operativo 12:* implementar un plan integrado de promoción de la salud.

  - Al programa "San Luis, actitud saludable" la población lo ha aceptado muy bien. Estamos organizando "correcaminatas" con el objetivo de juntarnos todos los sábados. Comenzamos caminando dos kilómetros y hoy tenemos quinientas personas que están adheridas a este plan, y caminan cinco kilómetros. Hay gente de todas las edades, gente que se encuentra con sobrepeso, con capacidades diferentes, y todos están incluidos, todos los sábados. Me he puesto a la cabeza de este plan, el Gobernador de la Provincia cuando puede también asiste. Esto aparte de acompañar, sirve para acercarse mucho al ciudadano. Y además no es solo fomentar la actividad física, sino que en esa misma actividad se nominaliza a los participantes, se realiza toma de presión, medición de glucemia, peso, talla, todo lo relacionado a las enfermedades crónicas no transmisibles. La verdad que recomiendo este programa, que uno piensa que quizás no va a tener mayor transcendencia, pero créanme que en San Luis está dando muy buen resultado.

- **Lineamiento 7:** Generar consenso en salud entre todos los actores del sector y la ciudadanía.

  - *Plan operativo 13:* impulsar un pacto por la salud de los sanluiseños.

Finalmente estas tres **apuestas estratégicas**, tienen **lineamientos transversales**.

- Desarrollar una política de recursos humanos en salud. Vamos a crear el *"Instituto Provincial de Formación y Capacitación*

de los Recursos Humanos". También se va a reformular la actual Ley de Carreras Sanitarias, la vamos a adecuar a estos tiempos.

- Desarrollar la infraestructura y el equipamiento de salud.
- Desarrollar una política integral de comunicación en salud.
- Desarrollar un sistema de información para la toma de decisiones en salud.
- Desarrollar una política de investigación en salud.

El **Anexo II** contempla la Participación Ciudadana. Durante siete u ocho meses recorrimos la totalidad de los departamentos de nuestra provincia, en donde nos reunimos exclusivamente con los agentes de la salud. No hubo intervención de ningún poder del gobierno, nos involucramos con los que todos los días trabajan por la salud, es decir con el equipo de salud, y de allí es donde surgió este Plan Maestro de Salud.

El **Anexo III**, puntualiza los criterios de éxito y las metas del Plan. Es por eso que en todas las acciones a la cuales me he referido tienen fecha. Por ello, la comunidad también puede evaluar el cumplimiento. Esto es un documento que lo hemos hecho para que sea totalmente dinámico y no un documento estático que quede en la biblioteca de algún hospital o en el Ministerio de Salud. Que se ponga en marcha desde el primer momento, que sea operativo, y para eso nos hemos puestos metas a los fines que nosotros mismos vayamos cumpliendo en tiempo y forma lo que hemos plasmado en este documento.

Eso ha sido, y es nuestro Plan Maestro de Salud, que por supuesto tiene consigo **Leyes complementarias** que se han desprendido de este Plan. Tiene que ver con una nueva Ley de Zonas Sanitarias.

Hemos implementado una herramienta jurídica muy importante que se llama "Plan Radicar Salud", que tiene como objetivo fundamental ofrecer al profesional médico y técnico soluciones habitacionales a los fines de que se puedan arraigar en las distintas localidades del interior de nuestra provincia. Es por eso que ha sido muy beneficioso y en este último semestre hemos incorporado a más de setenta y cinco médicos y especialistas bajo la Ley de Carreras Sanitarias. Muchos de ellos nos han manifestado que el factor determinante de haber venido a San Luis con sus familias ha sido el Plan de Política Habitacional. Ayer casualmente suscribimos a una de las asociaciones profesionales de la salud que tiene la Provincia de San Luis, y el Gobierno les va a construir noventa viviendas en un barrio para médicos y técnicos.

Esperemos que este modelo y esta Ley que hemos logrado en San Luis para radicar salud puedan extrapolarse a otras provincias porque, quizás, puede paliar un poco las faltas de Recurso Humano en algunas de las provincias que está sucediendo eso.

Muchísimas gracias, espero haber sido didáctico y ante cualquier consulta, estoy a disposición.

ACTO DE CIERRE

Gastón Hissa

Voy a comenzar agradeciendo sinceramente a todos ustedes por habernos visitado, a las autoridades de FEFARA y a las autoridades del Colegio de Farmacéutico de nuestra provincia.

Cuando conversábamos sobre este encuentro con Humberto Albanessi, hace unos meses, nos parecía lejano y hoy disfrutamos estar culminando estas Jornadas Nacionales e Internacionales que, realmente, creo han sido muy valiosas. Al respecto, quiero destacar la gran concurrencia de gente joven, de los muchos estudiantes de farmacia de distintos lugares del País.

Por otra parte, quiero contarles que por el término de casi dos años, tuve el honor de estar al frente de la Obra Social Provincial y en esa oportunidad entablamos una muy estrecha relación con los farmacéuticos a través de la Gerencia de Servicios que estaba a cargo de una farmacéutica, Silvia Cano. También pudimos desarrollar una relación fluida con el Colegio de Farmacéutico y con la Red de farmacias de nuestra provincia. Efectivamente, cada vez que hemos hablado con los farmacéuticos hemos coincidido en la necesidad de trabajar para el paciente, en la calidad del servicio, porque el que dispensa el medicamento, el que está cara a cara con el ciudadano cuando va a la farmacia es el farmacéutico y depende mucho de esa atención la satisfacción del afiliado con su obra social.

Así que trabajamos muy bien con el Colegio de Farmacéuticos y con todas las farmacias de la provincia, también en los trámites de habilitación y en los de control de calidad de los establecimientos.

En cuanto a poder flexibilizar y dar oportunidad de adecuación al farmacéutico a las nuevas realidades de la atención a los afiliados de las obras sociales, hemos trabajado mucho y lo seguiremos haciendo porque quiero destacar, en este cierre, el fundamental rol del farmacéutico.

Recién veía cómo recibían sus distinciones, cómo se han preparado, con el amor que lo hacen, además de las temáticas tan interesantes que han abordado. Siempre considero que en estas jornadas uno aprende tantas cosas que es como si estuviera leyendo varios libros durante meses. Por otra parte, el estrechar vínculos, estas experiencias que realmente enriquecen a uno como profesional, así que felicito a la organización, a Manuel, a Humberto nuevamente y a todos ustedes.

Los invito a que continúen en este camino que es el correcto y, creo, que todos queremos una Argentina mejor, un equipo de salud en un país bien consolidado, un modelo sanitario que pueda dar respuesta cierta a las demandas de la sociedad. Así que bueno, mis más sinceras felicitaciones y por supuesto el Gobierno de la Provincia los espera con los brazos abiertos para cuando quieran volver a nuestra provincia.

Muchas gracias.

Manuel Agotegaray

En primer lugar, por todo lo que ha colaborado con la realización de nuestras Jornadas y el tiempo que nos ha brindado, le vamos a entregar a Gastón Hissa la biblioteca con los doce libros que reproducen todas las ediciones de estas Jornadas desde el año 2002 hasta hoy. También al Dr. Daniel Pizzi le haremos entrega de esta colección en reconocimiento a su participación Así, les expresamos a los dos nuestro sincero agradecimiento.

Y ahora vamos cerrando con un pequeño balance de estos hermosos cuatro días que empezaron el martes en el Aula Magna de la Universidad Nacional de San Luis. Allí realizamos una presentación conjunta con Laboratorios Puntanos, para analizar como la Red de farmacias privadas puede complementarse y comenzar a distribuir medicamentos producidos en el Laboratorio de la Provincia. El objetivo central de esta decisión es coordinar y sumar esfuerzos para servir mejor a la población. Desde esa noche empezamos a desarrollar estos cuatro días de intensas actividades en San Luis y, la verdad, no tenemos palabras para expresar nuestro agradecimiento por todo lo que hemos recibido.

Además, quiero destacar la tarea de los colegas que han trabajado en el Comité organizador de las Primeras Jornadas Profesionales que, como hemos visto, tuvieron una gran convocatoria y activa participación de profesionales de distintas provincias. En ese sentido, creemos que el saldo de este primer encuentro fue muy positivo y los errores que podemos haber tenido los iremos corrigiendo sobre la marcha.

Las motivaciones que nos llevaron a organizarlas son idénticas a las que en el 2002 nos impulsaron a realizar las Jornadas de Política, Economía y Gestión, es decir, generar un encuentro de intercambio donde la base del debate sea el

trabajo y la experiencia diaria que la profesión asimila en sus distintos ámbitos de desarrollo. Constituyendo entonces los desafíos cotidianos de los colegas, la fuente de inspiración de esta construcción colectiva.

Reitero, muchísimas gracias para el Comité y también para toda la gente que ha presentado sus trabajos. Las evaluaciones, seguramente, para algunos habrán resultado injustas pero todos se llevan nuestro sincero reconocimiento.

Con respecto a las Jornadas de Medicamentos creo que hemos transcurrido dos días de intenso debate donde nuevamente hemos cumplido el objetivo prioritario que es cuidar la salud de estas jornadas y, para ello, cada expositor pudo exponer su punto de vista independientemente de la coincidencia o no con nuestras ideas. Siempre decimos que en estos dos días lo menos importante es lo que opina FEFARA sino las experiencias que ustedes generosamente comparten con todos nosotros.

También les quiero comentar que está muy avanzada la digitalización de todos los libros de las Jornadas y que muy pronto los tendremos en la página de FEFARA para que todos puedan acceder y consultar los temas desarrollados y debatidos en estos doce años. Creemos que este es uno de los aportes que podemos hacer desde la profesión farmacéutica, poner conocimientos al alcance de todos los que quieran saber sobre medicamentos y enriquecer así el debate necesario para mejorar la accesibilidad y la seguridad de los mismos.

Repasando las Jornadas, ayer comenzaron con una Mesa sobre la coyuntura económica donde tuvimos la visión de dos economistas acerca de la macro y micro economía del país y, por supuesto, que cada uno de nosotros nos llevaremos nuestras propias conclusiones de ese intercambio. Luego Carlos Vassallo, que es un colaborador nuestro fundamental desde el inicio de estas jornadas y nos conoce mucho, fue bajando el tema económico al mercado del medicamento y expuso las diversas

posturas que debatimos habitualmente en FEFARA y con los colegas en todo el país.

En la segunda Mesa tuvimos la oportunidad de tener las opiniones de las tres cámaras de laboratorios de productos medicinales de la Argentina: CAEMe, COOPERALA y CILFA. Acá se dio la oportunidad de conocer la posición de la industria acerca de lo sucedido a partir del año 1997 que es el momento en el que decidieron empezar a administrar los convenios de las Obras Sociales y, para ello, formaron sus dos gerenciadoras. Por nuestra parte, siempre dijimos que la mayor fortaleza que podemos tener las Instituciones Farmacéuticas surge de poder gerenciar los convenios de la seguridad social y ellos razonaron de la misma manera, lo que demuestra que tan equivocados no estábamos.

Los industriales quisieron captar la cadena de comercialización a través de las distribuidoras y las droguerías y fueron, finalmente, avanzando con los clientes a través del contrato del Pami y de la mayor cantidad de obras sociales provinciales posibles. Ahí comprobamos cual era su estrategia y también sus limitaciones como gerenciadores.

Es que siempre estuvimos seguros que era imposible que sea eficiente un gerenciamiento de la Seguridad Social por parte de quienes, primero que todo, son vendedores de medicamentos y es muy difícil que se autorregulen para hacer un uso racional del mismo, con vademécum, listados negativos o positivos, precios de referencia, etc. Por todo ello, seguimos y seguiremos haciendo lo nuestro porque no tengo ninguna duda que las instituciones que representamos a los farmacéuticos estamos mejor preparados técnica y profesionalmente para atender a las Obras Sociales.

Luego pasamos a la Mesa de las Obras Sociales Provinciales donde una colega como Silvia Cano planteó la realidad de la DOSEP. Realidad similar a la de todas las obras sociales provinciales, las 283 obras sociales sindicales y también de los prepagos, y que tiene que ver con que nos van cambiando los

medicamentos que dispensamos en la farmacia y que ellos tienen que proveer a sus afiliados. Obviamente estamos hablando, fundamentalmente, de la incorporación de los medicamentos biológicos. Y como hasta ahora no se le encuentra entre todos alguna solución al tema de los costos, terminamos en la judicialización y los aseguradores de salud sean provinciales, privados o sindicales los terminan pagando porque los jueces no tienen mucha idea de lo que están decidiendo y generalmente se deciden por lo más simple.

Vimos la problemática y a través del informe de Marcelo Delgado, Director de la Obra Social Provincial de San Juan, como están tratando a través de la Cosspra de acumular demanda para que cuando se "cartelice" la oferta pueda encontrarse un punto de equilibrio y no se lleven estos medicamentos todos los recursos de la Obra Social. Me parece que estos son los principales desafíos que debemos enfrentar entre todos y, para ello, nosotros hemos desarrollado herramientas de gestión que estamos dispuestos a poner a disposición de todos.

Después, se desarrolló el tema legislativo a través de María Eugenia Lucas de Uruguay, José Luis Cárdenas de Chile y el vicepresidente de FEFARA, Miguel Osio quienes analizaron cómo estamos en la región con el tema regulatorio. La primera y fundamental conclusión fue: es muy bueno tener leyes y estar regulados pero mejor es si se fiscalizan y controlan correctamente. En Argentina, por ejemplo, las leyes son de los años 50, principio de los 60, cuando evidentemente existieron legisladores que pensaban un país en serio y por mucho tiempo y en definitiva surgieron leyes muy buenas, que habrá que actualizar, pero que lamentablemente nadie fiscaliza.

Por último, nuestro colega de Sevilla, Manuel Pérez Fernández nos dejó una excelente exposición de la realidad de la farmacia en España y cómo muchas veces repite "el Atlántico nos une más de lo que nos separa". Y efectivamente, existen muchas cuestiones en común entre la realidad que ellos tienen

y la nuestra. Pero en España con su modelo mediterráneo de farmacias, una buena legislación y mejores regulaciones que las nuestras, están evidentemente mejor que aquí.

Además, quiero decirte que no te sientas solo Manuel en eso de pedir una regulación de la cantidad de farmacias por habitantes porque nosotros también lo hacemos. Tenemos que hacer un sinceramiento ya que si a todos estos chicos los largamos a la calle recibidos para poner su farmacia en lugares que comercialmente son inviables, aunque sea el sueño del padre, a los dos o tres años los tenemos en los Colegios frustrados porque han hecho unidades económicas no sustentables. Es preferible darnos esta discusión y hablarlo francamente con los futuros colegas.

Yo les vivo diciendo a los estudiantes que eligieron la mejor profesión del mundo quizás no para instalar una farmacia, pero no tengo ninguna duda que en los años que vienen va a haber mucho trabajo y mucho lugar para todos.

Por eso Manuel no estás sólo en esto, es muy polémico pero lo peor que podemos hacer es no dar la discusión y con ellos presentes. Ojalá nosotros hubiéramos tenido esta oportunidad de escuchar y poder discutir el futuro de nuestra profesión farmacéutica dentro de cinco, seis o diez años en Argentina.

En ese sentido, como estuvimos analizando vamos a tener cada vez más medicamentos biotecnológicos y hasta ahora nadie sabe cómo se van a dispensar y si estarán dentro de la cadena de comercialización de la farmacia. Entonces el futuro hay que discutirlo y proyectar la reconversión necesaria de la profesión con ellos, no a espaldas de los jóvenes porque el futuro les pertenece. Muchos de nosotros ya estamos jugados en esto y de alguna manera hicimos lo que pudimos.

Lo que me resta es el agradecimiento por su aporte y su honestidad a todos los expositores y especialmente a aquellos

que desarrollan estas actividades profesionalmente y han venido aquí porque creyeron que este ámbito merecía su participación y aporte desinteresado de ideas. Además quiero agradecer a todos los colegas que han participado porque este año ha sido, seguramente, el de mayor concurrencia de farmacéuticos, y, también a todos los profesionales que nos han acompañado no siendo farmacéuticos.

Quiero, finalmente, que brindemos un fuerte aplauso a los colaboradores que trabajaron en la organización y la logística pasando por Dolores, Alejandro, Manolito, Roqueta, Cintia, los chicos del sonido, etc. La verdad es que merecen este reconocimiento porque muchos de ellos hacen tres o cuatro días que han dejado su familia y están trabajando todavía para que todos hayamos podido disfrutar de las Jornadas.

Un colaborador y amigo me mandó una reflexión cuando escuchaba las charlas de los economistas con una visión más positiva o negativa del Futuro y le agregó una frase de Víctor Hugo que me interesó mucho. "El futuro para los débiles es lo inalcanzable, para los temerosos es lo desconocido, para los valientes es una oportunidad". Yo agrego que para la profesión farmacéutica es tener mucha tenacidad y que el futuro es FEFARA.

Muchísimas gracias y hasta el año que viene.





FEFARA AVANZA

1ras Jornadas Profesionales Farmacéuticas

Potrero de los Funes - San Luis
29 de agosto de 2014

Las 1ras Jornadas Profesionales Farmacéuticas se realizaron en Potrero de los Funes (San Luis), el 29 de agosto de 2014, en el marco de las 12mas Jornadas Federales y 11mas Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos, organizadas por FEFARA.

Se realizó una amplia convocatoria dirigida a farmacéuticos y profesionales de otras disciplinas para la presentación de trabajos de investigación sobre diferentes temáticas relacionadas con la Farmacia: Casos de Farmacovigilancia, Farmacia hospitalaria, Lecciones aprendidas de la dispensa farmacéutica en la red de farmacias profesionales, El ejercicio farmacéutico en el sector público, Auditoría farmacéutica, El farmacéutico y la informática al servicio de la salud, El rol del farmacéutico en la Adhesión del paciente a los tratamientos, Experiencias y aportes de la farmacia especializada, entre otros.

Los 51 trabajos presentados por profesionales de distintos puntos del país, fueron evaluados por el Comité Científico de las Jornadas que estuvo integrado por reconocidos profesionales del ámbito académico y del quehacer de la Farmacia. De los trabajos aprobados: 16 fueron presentados en la modalidad poster y 13 en forma oral. Al finalizar las exposiciones todos los participantes recibieron un diploma de reconocimiento de FEFARA y, finalmente, se entregó tres menciones especiales y un premio al trabajo que a juicio del Comité evaluador, fue elegido como el mejor.

Es de destacar que tanto la importante respuesta a la convocatoria para la presentación de trabajos así como la numerosa concurrencia de profesionales de distintas disciplinas a las exposiciones orales y a las defensas de los poster, colmaron ampliamente nuestras expectativas y fueron un motivo de gran satisfacción para quienes organizamos este encuentro. Por ello queremos expresar nuestro agradecimiento a todos quienes colaboraron en su concreción y, especialmente, a los integrantes del Comité Científico que con empeño y responsabilidad llevaron adelante una tarea fundamental para el éxito de estas Jornadas.

Estamos convencidos que la cantidad y calidad de los trabajos presentados nos han dejado un claro mensaje: existe en nuestros profesionales una gran capacidad de producción y una fuerte vocación de intercambio de nuevos conocimientos.

Todo ello nos incentiva a seguir adelante en la organización de este tipo de Jornadas de actualización profesional para nuestros colegas de todo el país. Muchas Gracias a todos.

La próxima oportunidad para encontrarnos será en las 2das Jornadas Profesionales Farmacéuticas a realizarse en Pilar (Buenos Aires), el día 3 de Julio de 2015. Los esperamos.

Farm. Manuel Agotegaray
Presidente de FEFARA

COMITÉ CIENTÍFICO

- Armando Pedro (Facultad de Ciencias Químicas - Universidad Nacional de Córdoba)
- Bazzano Marisa (Sanatorio de los Arcos - Ciudad Autónoma de Buenos Aries)
- Cid José (Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia - Universidad Nacional de San Luis)
- Fontana Silvina (Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe, 1° Circunscripción)
- García Paula (Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas - Universidad Nacional de Rosario)
- González Ana María (Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas - Universidad Nacional del Litoral)
- González Diana (Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia - Universidad Nacional de San Luis)
- María Alejandra (Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia - Universidad Nacional de San Luis)
- Ortega Claudia (Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia - Universidad Nacional de San Luis)
- Osio Miguel Ángel (Facultad de Ciencias Exactas y Naturales - Universidad Nacional de La Pampa)
- Selser Peregrino (Centro de Estudios Interdisciplinarios en Gestión y Economía de la Salud - CEGES - Universidad Austral)
- Uliana Roberto (Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales - Universidad Nacional de Misiones)
- Vassallo Carlos (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral)

Coordinador: Farm. José Cid

Secretaria Ejecutiva: Farm. Natalia Rodríguez (FEFARA)

ÍNDICE DE TRABAJOS SELECCIONADOS

Una experiencia en el control de la hipertensión arterial desde una farmacia comunitaria, aplicando el "Programa de Excelencia Farmacéutica"
Autores: Cosatto, C.; Pagani, M. R. 311

Una estrategia didáctica activa aplicada a la actualización profesional farmacéutica en patologías crónicas
Autores: Araya M.; Asinari M.; Clavé M.; Caraballo A; Facino M.; Imhof S.; Imhoff A.; Pagani M.; Sen V.; Sosa A. 314

Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un servicio de atención primaria de Córdoba
Autores: Badesso R.; Solá Uthurry N.; Armando P. 317

Cuentas corrientes de farmacias
Autor: Sandoval C. 320

Primeros pasos para la implementación de un sistema de gestión de calidad en una red de farmacias comunitarias
Autores: Araya M.; Asinari M.; Clavé M.; Caraballo A; Coassolo, A; Facino M.; Grigolatto, V.; Imhof S.; Imhoff A.; Pagani M.; Sen V.; Sosa A. 324

Unidad de optimización de la farmacoterapia de Rosario: un servicio farmacéutico a la comunidad
Autores: Pacciaroni J.; Tassone V.; Lillini G.; Salamano M. 327

Diseño de una herramienta para evaluación de proveedores de insumos biomédicos y medicamentos de un servicio de farmacia hospitalaria
Autores: Suarez, M; Murphy, A; Calveyra, M; Terrazas, A; Vergara, R; Mantilla, L. 330

PROFARMHI - Programa de Farmacovigilancia en el Hospital J.B. Iturraspe - Sta Fe)
Autores: Chiarvetti L.; Araya M.; Bugna L. 333

Análisis de utilización y costos de tratamiento de anticuerpos monoclonales
Autores: Walpen J. S.; Vich M. 336

Errores potenciales de dosificación en el uso de betametasona en gotas
Autores: Bugna L.; Araya M.; Chiarvetti L. 340

Nuevo contenido en la formación del farmacéutico: "Armas Químicas"
Autores: Curvale D.; Pacheco P.; Ferrúa N., González D. 343

Caracterización físico-química del complejo albendazol: citrato de β–ciclodextrina
Autores: García A.; Leonardi D.; Lamas M. C. 346

Aplicación de la métrica seis sigmas para el análisis y mejora del proceso de prescripción de medicamentos en una unidad de terapia intensiva
Autores: Fajreldines A.; Valerio M.; Pellizzari M. 349

Implicancia de los eventos adversos a drogas en la hospitalización
Autores: Fajreldines A.; Pellizzari M.; Davide L.; Malvicini A.; Valerio, M. 351

Diseño, implementación y medición de cumplimiento de una guía de práctica clínica de dolor post-quirúrgico
Autores: Fajreldines A.; Valerio M.; Malvicini A.; Davide L.; Alvarez J.; Pellizzari M. 354

Reacción Liquenoide por uso de hierbas medicinales
Autores: Araya Marcos, Bugna Laura, Chiarvetti Lucía, Gras María C, Prida Mónica 358

Estimación de costos de producción de insumos textiles estériles para curaciones en paciente gran quemado
Autores: Werle E.; Vera L. M. 361

Unidad de Optimización de la Farmacoterapia de Rosario: Presentación de un caso en el marco de las Prácticas Profesionales
Autores: Echenique M. A.; Amherdt A.; Tassone V.; Bianchi M.; Colautti M. 363

Aumento en el registro de pacientes con infecciones de transmisión sexual en un Hospital referente de área impulsado desde el servicio de Farmacia
Autores: Bessone L.; Lopez A.; Alovero F. 365

Reprocesamiento de endoscopios flexibles
Autores: Staffoli N. B.; Becerra M. C.; Albesa I.; Agostini H. S. de; Kleinlein C..... 369

Vacunación en el adulto: cobertura y actitudes de la población
Autores: Erlij, M.S.; Girard, G.; Peralta, A.; Melito, G..... 372

Rol del Farmacéutico en la evaluación del nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores hipertensos
Autores: Rondinone F.; Jirala M. A.; Melito G. 374

Cuantificación de bioactivos en nuevas variedades de Amaranto
Autores: Cruceño Costanzo S.; Vilchez R.; Aguilar E.; Albarracín G.; Escudero N..... 376

Estudio de calidad comparativo de muestras comerciales de Algodón hidrófilo y Gasa Hidrófila presentadas en las licitaciones del Hospital Provincial del Centenario
Autores: Paz M. G.; Sapino F.; Morri M.; Stürtz N. 379

Destino de los medicamentos en desuso o vencidos en San Luis
Autores: Ochoa M.; D´Andrea V.; Posseto R.; Solari M.; Cianchino V.; Alvarez M. E.; Castro T. 383

Características del uso de suplementos dietarios solicitados en farmacias de la ciudad de Santa Fe
Autores: Araya M.; Asinari M.; Clavé M.; Caraballo A; Facino M.; Imhof S.; Imhoff A.; Pagani M.; Sen V.; Sosa A. 386

Evaluación Económica para la Implementación de una Unidad de Mezclas de Nutrición Parenteral, en un Hospital Público Provincial
Autores: Nuñez G.; Ortega A. C.; Lago F. P. 390

Tratamiento farmacológico de trastornos hipertensivos en el embarazo en el Hospital Materno Neonatal de Posadas
Autores: Dubois L.; Espíndola M. R. 393

Prevalencia y epidemiologia del error de prescripción de medicamentos en un hospital argentino con sistema informático electrónico
Autores: Fajreldines, A; Davide, L; Pellizzari, M, March, A 396

TRABAJO PREMIADO Y MENCIONES ESPECIALES 399

UNA EXPERIENCIA EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DESDE UNA FARMACIA COMUNITARIA, APLICANDO EL "PROGRAMA DE EXCELENCIA FARMACÉUTICA"

Cosatto, C.; Pagani, M. R.

Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe, 1° C.
9 de Julio 2967. Santa Fe (3000)

Introducción

La Hipertensión Arterial (HTA) es la patología crónica más frecuente y uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardio-cerebrovasculares. (1)

El objetivo del tratamiento de la HTA es reducir la morbi-mortalidad cardiovascular asociada a las cifras elevadas de Presión Arterial (PA). Para alcanzarlo es preciso aplicar una serie de medidas encaminadas tanto a reducir la PA como a minimizar el impacto y otros posibles factores de riesgo cardiovascular asociados. (2)

Muchos pacientes no tienen la PA controlada. (1)

Se acepta que la Farmacia a través de los Servicios Farmacéuticos (SF), puede erigirse en un elemento de apoyo a los equipos de atención primaria como colaboradora en programas sanitarios asistenciales, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad. (3)

Para llevar a cabo estos servicios es conveniente contar con herramientas que faciliten ejercer de manera óptima las actividades profesionales. (3)

El Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe, 1° C, ha desarrollado el llamado "Programa de Servicio de Excelencia Farmacéutica" para colaborar en el control de los pacientes con HTA que concurren a las oficinas de Farmacia. (4, 5)

Objetivos

- Determinar la adherencia a un SF ofrecido a pacientes con HTA.

- Describir una experiencia en el control de los pacientes con HTA, aplicando el Programa de Servicio de Excelencia Farmacéutica, en una Farmacia Comunitaria (FC).

Materiales y métodos

El trabajo se realizó en una FC, de una localidad con 3.500 habitantes, en el transcurso de dos años, utilizando el Programa de Servicio de Excelencia Farmacéutica del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe. El SF se ofreció a siete personas mayores de 18 años, con HTA, de una obra social. A las que aceptaron, según las pautas establecidas en el Programa, se les interrogó acerca de datos personales, estilos de vida, historia de medicación y adherencia al tratamiento, se les controló la PA y el peso y se les realizó seguimiento farmacoterapéutico, mensualmente. Los datos se registraron en las planillas del Programa y se analizaron para determinar la marcha del trabajo e intervenciones del farmacéutico (derivación al médico, asesoramiento sobre estilos de vida y el buen uso del medicamento, entrega de materiales de educación sanitaria). La adherencia al SF se consideró buena, si el paciente asistió al menos al 70% de las visitas pautadas (mínimo nueve meses de seguimiento) y aceptó las intervenciones del farmacéutico.

Resultados

Cuatro personas aceptaron el SF; se presentan los tres que lograron buena adherencia al mismo.

- *Paciente 1:* mujer de 75 años, con: HTA controlada, dislipemia e hipotiroidismo bajo tratamiento, antecedentes familiares de HTA. Tratamiento: carvedilol (6,25 mg/día); buena adherencia al tratamiento. El farmacéutico asesoró sobre: estilo de vida saludable y buen uso de medicamentos. Los valores de PA siempre fueron < a 140/90 mm de Hg.

- *Paciente 2:* mujer de 36 años, valores de PA: 150/100 mm de Hg detectada en la FC, se derivó al médico quien diagnosticó HTA y se incorporó al Programa. Tratamiento: carvedilol (6,25 mg/día) e hidroclorotiazida (12,5 mg/día). El farmacéutico asesoró sobre: adherencia al tratamiento y estilo de vida saludable. El control mensual de la PA permitió detectar valores anormales motivando la derivación al médico quien modificó la farmacoterapia, en dos oportunidades. Tratamiento final: carvedilol (6,25 mg/día) e hidroclorotiazida + amiloride (12,5/1,25 mg/día).

- *Paciente 3:* hombre de 56 años, con HTA (PA: 140/90 mm de Hg.),

tratamiento: enalapril (10 mg/día) y carvedilol (12,5 mg/día), obeso (IMC: 46,6 Kg/m^2), sedentario, con cardiopatía severa. El farmacéutico informó sobre beneficios de la dieta y actividad física y colaboró en el control del peso y de la PA. Con el cambio del estilo de vida, a los 5 meses se registró un IMC de 43,51 Kg/m^2 y una PA de 120/85 mm Hg.

Conclusiones

La mayoría de las personas que aceptaron el Servicio Farmacéutico mostró buena adherencia al mismo; de ello se podría inferir que lo valoraron como de utilidad.

Tanto el seguimiento farmacoterapéutico, las mediciones periódicas de la Presión Arterial y el peso como las intervenciones farmacéuticas realizadas, contribuyeron positivamente en el control de la Presión Arterial de los pacientes que aceptaron participar en el Programa de Servicio de Excelencia Farmacéutica.

Dado esta experiencia, sería importante extender la aplicación del Programa de Servicio de Excelencia Farmacéutica a otras oficinas de Farmacia para evaluar más exhaustivamente la adherencia y la utilidad del mismo.

Bibliografía

1- Kasper, DL y col. Ed. Harrison, Principios de Medicina Interna. 16° ed. Mc Graw Hill. México. 2005.

2- Coca A. y col., Estrategias para un control eficaz de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. Rev Clin Esp Vol 206. Num 10. Noviembre 2006. Disponible en: http://www.revclinesp.es/en/strategies-for-effective-control-arterial/articulo/13094902/

3- De Dalmases J., Mejorar indicadores en hipertensión: ¿son los farmacéuticos el recurso? Hipertensión y riesgo vascular Vol. 27. Núm. 01. Enero - Febrero 2010. Disponible en: http://zl.elsevier.es/es/revista/hipertension--riesgo-vascular-67/mejorar-indicadores-hipertension-son-los-farmaceuticos-recurso-13146584-editorial-2010.

4- González A. M., El uso racional de los medicamentos. Estrategia y gestión. 7mas Jornadas Federales y 6tas Internacionales. Política, Economía y Gestión de Medicamentos. FEFARA. pp. 329-345. 2009.

5- Programa de Excelencia Farmacéutica. En pos de la mejora continua de la calidad en salud. Ámbito Farmacéutico. Revista del Colegio de Farmacéuticos de la Prov. de Santa Fe. 1ºC. Nº 26. pp. 12-13. Nov. 2008.

UNA ESTRATEGIA DIDÁCTICA ACTIVA APLICADA A LA ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL FARMACÉUTICA EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS

Araya, M.; Asinari, M.; Clavé, M.; Caraballo, A.; Coassolo, A.; Facino, M.; Grigolatto, V.; Imhof, S.; Imhoff, A.; Pagani, M.; Sen, V.; Sosa, A.

Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe, 1° C.
9 de Julio 2967. Santa Fe (3000)

Introducción

El envejecimiento natural de la población y el aumento de las enfermedades crónicas en los últimos años, están obligando a que los sistemas sanitarios adapten sus recursos y los reorienten para ofrecer una atención integral a estos pacientes. (1)

Las oficinas de Farmacia y los profesionales farmacéuticos, como integrantes de los sistemas de salud, necesitan adecuarse a estos cambios para satisfacer las necesidades tanto de los pacientes como del Estado y de la Seguridad Social, colaborando con el uso racional del medicamento.

Los farmacéuticos reconocen en la formación continua un medio fundamental para el desarrollo de su profesión y la adecuación a los nuevos retos que propone el entorno. (2)

Es sabido que la Farmacia, como profesión, incluye un conjunto de saberes organizados, es decir una estructura teórica que sostiene la práctica. Esta estructura no siempre se manifiesta de manera consciente, muchas veces se aplica de forma mecánica. Con frecuencia el hacer cotidiano la naturaliza, de manera que se pierde la visión crítica, visión que permite analizar cuánto nos apartamos del marco teórico en cuestión, o si éste ha de ser modificado por alguna causa. **(3)** Teniendo en cuenta estos conceptos y la necesidad de la actualización profesional planteada, se identifica al taller como un método activo en la Enseñanza, que permite integrar la teoría con la práctica y tomar contacto directo con la realidad. (4)

Desde el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe, 1° C, atentos a estos cambios y en la búsqueda de la adecuación de la actividad profesional a los mismos, se propuso continuar trabajando en la actualización

profesional, poniendo el acento en patologías crónicas y utilizando el taller como modalidad de enseñanza-aprendizaje.

Objetivos

- Promover la creación de espacios de comunicación, participación y actualización profesional en temas de consulta frecuente en la oficina de Farmacia, acerca de patologías crónicas.
- Crear y orientar situaciones que permitan desarrollar actitudes reflexivas, objetivas, críticas y autocríticas.
- Propender a la protocolización de la dispensa de los medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades crónicas.

Metodología

El grupo de farmacéuticos que conforma la Comisión del Depar-tamento de Actualización Profesional del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe 1° C., con el fin de determinar la temática a tratar en talleres de actualización profesional, elaboró y realizó una encuesta a todos los colegiados, con la consigna de señalar aquellos temas relacionados con patologías crónicas frecuentes que se consideraran de mayor interés. Teniendo en cuenta los resultados de estas encuestas, diseñó el taller "Herramientas para la dispensación al paciente con hipotiroidismo". Para ello, realizó la búsqueda bibliográfica, preparó una introducción con los contenidos teóricos y elaboró casos-problemas semejantes a los que se presentan habitualmente en la práctica diaria profesional.

Se llevaron a cabo 4 talleres en los que participaron, en total, 85 farmacéuticos. En cada taller, luego de la introducción, los asistentes reunidos en grupos (5) (participantes por grupo) analizaron, discutieron y resolvieron los casos-problemas planteados, con el apoyo de la bibliografía propuesta. Al finalizar, se realizó una puesta en común de la resolución de los casos y, con la contribución de todos los participantes, se elaboraron conclusiones.

Resultados

Se revisaron conceptos relacionados a la patología y su tratamiento: los síntomas del hipotiroidismo a fin de colaborar con la detección de esta patología desde la oficina de Farmacia, la posología, forma de administración y seguridad de la levotiroxina, medicamento utilizado para tratar el hipotiroidismo.

Además, se identificaron problemas relacionados con medicamentos que pueden ocasionar hipotiroidismo.

Frente a cada uno de los casos planteados, los participantes reflexionaron acerca de su accionar profesional y realizaron aportes a las situaciones planteadas.

Se elaboró un "Protocolo para la dispensación activa de levotiroxina" y se confeccionó una "Ficha de información al paciente" para ser entregada en el momento de la dispensa.

Con posterioridad a los talleres, se difundieron los resultados y conclusiones obtenidos, a fin de compartirlos con todos los colegiados.

Conclusiones

La modalidad taller resultó ser una estrategia didáctica activa sumamente enriquecedora que generó un ámbito de discusión donde se compartieron experiencias profesionales.

La actualización de los conocimientos, el debate y la reflexión acerca de la dispensación de levotiroxina, permitió la elaboración de lineamientos de actuación profesional.

En base a la experiencia recogida en estos talleres, se propone continuar con esta modalidad de actualización profesional en el abordaje de otras patologías crónicas y sus tratamientos.

Bibliografía

1- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. 2012/2016. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PlanAtencEECC.pdf

2- El rol del farmacéutico abarca la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la educación sanitaria. Farmacéuticos. Disponible en; http://www.menarini.es/admin/cuadernos/pdfs/Pag%207.pdf

3- Zambón A.; Grunbaum J. Sobre la crisis de la profesión farmacéutica: aportes desde la filosofía y la historia. Epistemología e historia de la ciencia. Vol. 17. 2011.

4- Bravo, N. El concepto del taller. Disponible en: http://acreditacion.unillanos.edu.co/contenidos/NESTOR%20BRAVO/Segunda%20Sesion/Concepto_taller.pdf

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CÓRDOBA

Badesso, R. [1]*; Solá Uthurry, N.*[2]*; Armando, P.* [3]

[1] *Farmacéutica. Dirección de Salud Pública. Municipalidad de Alta Gracia. Provincia de Córdoba*

[2] *Doctora en Ciencias Químicas. Fundación Pharmaceutical Care España.*

[3] *Doctor en Farmacia. Departamento de Farmacología. Facultad de Ciencias Químicas, UNC.*

Antecedentes

La Dirección de Salud Pública (DSP) de la Municipalidad de Alta Gracia (Provincia de Córdoba) posee un Programa Preventivo de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), contando a julio de 2011 con 250 pacientes atendidos en sus 12 dispensarios. En dicho programa se observaron fluctuaciones muy pronunciadas en la cantidad de medicamentos que retiraban los pacientes, lo que motivó a realizar acciones para conseguir mejorar la adherencia a la farmacoterapia y resolver los resultados negativos asociados a la medicación (RNM).

Objetivo

Determinar el efecto del SFT en pacientes diabéticos tipo 2 que se encuentran en el Programa Municipal de Detección Precoz de DM2. Además se analizaron las derivaciones farmacoterapéuticas según la Clasificación MEDAFAR y la adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico.

Material y métodos

Se realizó un estudio de seguimiento longitudinal, prospectivo, por 6 meses (julio a diciembre de 2011). Se incluyeron en el SFT todos los pacientes de ambos sexos que aceptaron participar, con edades entre 18 y 85 años, que se encontraban incluidos dentro del Programa de Detección Precoz de DM2. Los pacientes que aceptaron participar conformaron el grupo de intervención (GI) y los que no lo hicieron fueron incluidos como grupo de comparación (GC). Se utilizó la metodología Dáder para efectuar el SFT a los pacientes

incluidos, empleando la clasificación de RNM del Tercer Consenso de Granada y la clasificación MEDAFAR para definir y agrupar las situaciones que requirieron la derivación al médico con relación a la farmacoterapia usada por los pacientes. Mediante entrevistas con los pacientes, la revisión de la historia clínica y las planillas que se encontraban en el servicio de farmacia, se obtuvo información sobre medicamentos antidiabéticos y concomitantes, dosis, resultados de glucemia en ayunas antes y después de la intervención, antecedentes familiares, edad, tiempo de aparición de la enfermedad e índice de masa corporal (IMC). Las derivaciones farmacoterapéuticas se registraron en la historia clínica de cada paciente. Se determinó la relación de adherencia al tratamiento comparando el retiro mensual de medicación de los pacientes de ambos grupos durante todo el periodo de estudio.

Resultados

Participaron 101 pacientes: 74 en el GI y 27 en el GC. Se realizaron 198 Intervenciones Farmacéuticas (IF) en 74 pacientes, de las cuales 63 IF fueron del tipo Farmacéutico-Paciente, resolviéndose un 77,8%; y 135 IF fueron del tipo Farmacéutico-Paciente–Médico, resolviéndose un 80,7%. Los RNM detectados fueron de necesidad (17,7%), efectividad (73,7%) y seguridad (8,6%), resolviéndose, respectivamente, el 80, el 77,4 y el 100% de los mismos. Las derivaciones farmacoterapéuticas según la clasificación MEDAFAR fueron en su mayoría de información (58,6%), seguidas por efectividad (18,7%), necesidad (17,7%) y seguridad (5%). Se observó una disminución del 29,9% del valor de glucemia en ayunas en el GI y un aumento del 28,9% en el GC. Respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico, se observó que hubo un promedio de aumento de retiro de medicación en el GI del 14,8% desde el primer al sexto mes, con valores del 54,1% en el primer mes al 68,9% en el sexto mes, mientras que el GC se mantuvo en un valor promedio mensual del 15,4%.

Discusión

Si bien la selección de los pacientes constituye una de las limitaciones de este estudio, solo es posible hablar de un GC, con el que no se pueden realizar inferencias estadísticas. Se obtuvo una mejora sustancial de los niveles de glucemia en ayunas en el GI y no se pudo emplear la determinación de hemoglobina glicosilada (HbA1c) debido a que el laboratorio de la DSP no realiza esta prueba. Como en otros trabajos publicados, se puso en evidencia que la Metodología Dáder para el SFT es eficaz en la prevención, detección

y resolución de los RNM. No se han encontrado estudios sobre SFT que empleen la Clasificación MEDAFAR, razón por lo cual no se pueden comparar los resultados obtenidos. No obstante la incorporación de esta clasificación mejoró la comunicación y en consecuencia la coordinación entre médicos y farmacéuticos. Con relación a la valoración de la adherencia hubiera sido de utilidad emplear simultáneamente otras metodologías.

Conclusiones

El SFT permitió alcanzar mejores resultados a través de las IF realizadas, contribuyendo al control de los valores de glucemia en ayunas, a la resolución de RNM, a mejoras en la coordinación entre los profesionales por el empleo de la Clasificación MEDAFAR y a aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes que se encontraban dentro del Programa de Detección Precoz de DM2.

Bibliografía

1- Sabater Hernández D., Silva Castro M,. Faus Dáder MJ. Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapéutico. Tercera Edición. Granada; 2007.

2- Murillo M.D., Fernandez-Llinos F, Tuneus Valls L.. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Diabetes. Universidad de Granada. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica; 2004.

3- Pérez Ballester T., González Pérez R., Rius Chaves C., Martín Calero M.J. Incidencia del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes diabéticos. Seguim Farmacoter 2004; 2(4): 228-234.

4- Machado Alba J.E., Torres-Rodriguez S., Vallejos-Narváez A. Efectividad del seguimiento farmacoterapéutico en diabéticos tipo 2. Colomb. méd. 2011;42(1):72-80.

5- Sánchez R.P., Gómez Escolar C.A., Álvarez de Toledo Saavedra F., Fernández de Cano Martín N., Solá Uthurry N. Clasificación de Derivaciones Fármaco-terapéuticas Medafar. Madrid: Fundación Pharmaceutical Care España; SEMERGEN; 2008.

6- Sabater Hernández D., Silva Castro M.M., Faus Dáder M.J. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Granada; 2007.

7- Rodriguez Chamorro. M.Á,. García-Gimenez E., Busquets Gil A., Rodriguez Chamorro A., Pérez Merino E.M., Faus Dáder E.M., Martínez Martínez F. Herramientas para identificar el cumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. Pharmaceutical Care España 2009; 11(4):183-191.

CUENTAS CORRIENTES DE FARMACIAS

Sandoval, C. A.

FEFARA - Hipólito Yrigoyen 900 / 3er. Piso – CA Buenos Aires
Tel (011) 4342 9473 - web: fefara.org.ar
contadorsandoval@yahoo.com.ar

Introducción

La gestión de cobranzas, especialmente en los tiempos que estamos viviendo, resulta ser un área de vital importancia en la vida de nuestras Farmacias Comunitarias.

Y si bien desde los Colegios Profesionales (y/o instituciones similares) reciben un valioso servicio al gestionar por su cuenta y orden la cobranza de los importes a cargo de la seguridad social, lejos están de cubrir todas las necesidades que en tal sentido le surgen.

Al solo efecto de mejor ilustrar la situación que se pretende atender, tomemos como referencia a una Farmacia de las que mayoritariamente integran nuestra red, caracterizando su realidad del siguiente modo:

1.- Ventas: 70% a la Seguridad Social / 30% en Medicamentos y otros rubros de mostrador.

2.- En la Seguridad Social: 65% PAMI; 20% OS Provincial; 15% Restantes.

3.- A cargo global de la Seguridad Social: 68% global.

4.- De cada $ 100 vendidos: Colegio gestiona el cobro de $ 48 y la Farmacia $ 52.

5.- Especialmente en el interior, la modalidad de venta en cuenta corriente es condición indispensable para la fidelización del paciente / cliente.

La posibilidad que la modalidad “cuenta corriente” le brinda al cliente (satisfacer sus necesidades en cualquier momento, sin realizar pago alguno) torna muy demandado este servicio, lo cual prolonga el ciclo financiero de la Farmacia generando además variadas e importantes consecuencias, entre

las que citaremos las siguientes:

- La Farmacia debe invertir crecientes montos en capital de trabajo.
- Financia todas sus ventas sin costo financiero para los clientes.
- Deteriora su rentabilidad final, incurriendo en un costo poco visible.
- Deja librado a la voluntad del cliente la gestión de cobros.
- Los malos clientes deambulan, perjudicando alternativamente a todas las Farmacias.
- Sin control, aun los buenos clientes pueden causar perjuicios.
- Generalmente, la Farmacia carece de herramientas legales para proteger sus derechos.
- No puede cambiar el paso, sin generar consecuencias costosas.

Persiguiendo la satisfacción de las necesidades que se generan por el cuadro de situación hasta aquí descripto, nos dimos a la tarea de diseñar un sistema mediante el cual, de modo asociativo, las Farmacias de una determinada localidad puedan gestionar exitosamente la totalidad de las cuentas corrientes que tienen habilitadas.

Objetivo

Ofrecer una solución práctica, de sencilla operación y funcionamiento, de nulo costo para las Farmacias y atractivas ventajas y facilidades para los clientes: un sistema asociativo para la gestión integral de las cuentas corrientes de Farmacias, para todos los clientes de una localidad.

Materiales y métodos

Para la puesta en marcha del sistema, han sido diseñados los documentos y procedimientos que a continuación se detallan:

- Normativa del sistema.
- Formulario de adhesión para clientes / Formulario de adhesión para Farmacias.
- Volantes, afiches y documentos comerciales / Método asignación de premios estimulo.
- Inscripciones en el Ministerio de Justicia de la Nación / Software de administración.

Secuencia cronológica

Periodos	Acciones	Involucrados
Momento 0	Suscripción de solicitud Derecho Apertura Cuenta ($ …) Envío de solicitud y Derecho Apertura Cuenta ($ …) Alta en el Sistema	Cliente / Farmacia Cliente / Farmacia Farmacia/Administración Administración
Mes 1	Compras	Cliente / Farmacia
Mes 2	Pago de consumos y $ …, en Farmacia Detalle de morosos y entrega de $ … cumplidores Recibe $ … cumplidores e información para actuar	Cliente Farmacia Administración
Mes 3	Cobranzas domiciliarias Distribución de cobranzas Resúmenes informativos a Farmacias	Administración Administración Administración
Mes 4	Gestión extrajudicial	Administración
Posteriores	Gestión judicial	Administración

En lo sucesivo, se estarán desarrollando en forma simultánea todas estas actividades.

Resultados

Para los clientes

- Su cuenta personal / La seguridad y cordialidad de siempre.
- Cuenta corriente a toda hora, todos los días.
- Premios / Atenciones especiales.
- Mayor comodidad / Mejor comunicación.
- Todas las Farmacias con todos sus clientes.

Para las Farmacias

Brinda seguridad, mediante:

- Cobertura contractual.
- Gestión integral de atrasos.
- Manejo de fichero de morosos propio.

Permite decidir (siempre):

- ¿A quién? y ¿Cómo? dar crédito.
- Utilizar al sistema como escudo, tanto para el ingreso como para la salida.

Fidelizar y depurar la cartera de clientes:

- Premiando a los buenos clientes.
- Limitando a los remolones.
- Excluyendo a los no deseados.

Conclusión

La voluntad de gestionar de manera asociada un problema común, produce importantes y positivos resultados para la salud financiera de nuestras Farmacias, sin generar ningún tipo de oposición o resistencia por parte de nuestra cartera de clientes.

Agradecimientos

A mi esposa Adriana Inés Ingaramo, por su habilidad (y enorme paciencia) para plasmar mis impulsos e ideas en cosas tangibles, dando a luz la herramienta que hoy ofrecemos.

A los farmacéuticos de El Trébol (Santa Fe) por haberse prestado a testear el sistema, aportando sus clientes y esfuerzos, pudiendo demostrar que juntos, todo es posible.

Bibliografía

1- KOFMAN FREDY, Metamanagement, Editorial Grito Sagrado.

2- DRUCKER PETER, Las nuevas realidades, Edhasa, Barcelona.

3- PORTER MICHEL, Estrategia Competitiva, Editorial Pirámide.

PRIMEROS PASOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN UNA RED DE FARMACIAS COMUNITARIAS

Araya, M.; Asinari, M.; Clavé, M.; Caraballo, A.; Coassolo, A.; Facino, M.; Imhof, S.; Imhoff, A.; Pagani, M.; Sen, V.; Sosa, A.

Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe, 1° C.
9 de Julio 2967. Santa Fe (3000)

Introducción

El presente y el futuro profesional de la Farmacia están ligados a la provisión de servicios sanitarios centrados en el paciente. (1)

Hoy en día, la calidad es un concepto clave para los servicios sanitarios. La Organización Mundial de la Salud la define como: Un alto nivel de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgo para los pacientes y un impacto final en la salud. (2)

Desde las oficinas de Farmacia es fundamental que exista un compromiso formal con la calidad, protocolizar la labor diaria de la Farmacia y tener como meta la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad para ofrecer servicios farmacéuticos a la comunidad, en el marco de la mejora continua.

El Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe, 1° C se propuso comenzar a trabajar en el desarrollo de un Sistema de Gestión de la Calidad para las farmacias de su Red.

Objetivos

- Difundir la utilidad de contar con un Sistema de Gestión de Calidad en la oficina de Farmacia, mediante actividades educativas destinadas a farmacéuticos, con el fin de concientizar sobre su importancia.

- Promover la elaboración de Guías de Buenas Prácticas y Procedimientos de los procesos críticos de la labor diaria profesional.

Materiales y métodos

Para comenzar a trabajar en la definición y el establecimiento de un

Sistema de Gestión de la Calidad en las oficinas de Farmacia comunitarias, se llevó a cabo en la ciudad de Santa Fe, el primer taller "Gestión de la Calidad en la Oficina de Farmacia", en el que participaron 31 farmacéuticos. El mismo fue proyectado y coordinado por los integrantes de la Comisión del Departamento de Actualización Profesional del Colegio. Estos profesionales redactaron, previo a la actividad educativa, las guías de "Buenas Prácticas de Almacenamiento de Medicamentos y otros productos en la oficina de Farmacia" y de "Dispensación", teniendo en cuenta las normativas técnicas y legales vigentes.

El taller se desarrolló en 3 etapas, la primera consistió en una *introducción teórica* sobre conceptos básicos de la Gestión de Calidad, Guías y Procedimientos para implementar un Sistema de Gestión de Calidad, y dos *ejercitaciones*. Se construyó en conjunto, una matriz FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) [3] teniendo en cuenta la interacción entre las características particulares de la oficina de Farmacia y el entorno en el cual se desarrolla. Luego de identificar como uno de los procesos críticos al "Almacenamiento", se trabajó con los farmacéuticos a fin de determinar los factores que pueden incidir en la calidad de dicho proceso, para lo cual se utilizó el método de "espina de pescado".[4]

En la segunda etapa del taller, los participantes reunidos en grupos, analizaron la "Guía de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Medicamentos y otros productos en la oficina de Farmacia", redactada por la Comisión, en base a los contenidos de la "espina de pescado", y a las experiencias personales de los participantes en la labor profesional diaria. A continuación, se ejercitó a los participantes en la elaboración de un Procedimiento que acompañará a la Guía, con miras a contar con un Manual de Procedimientos en las oficinas de Farmacia.

En la última etapa de la actividad, en reunión plenaria, se expusieron los resultados del trabajo de cada grupo y se redactaron las conclusiones del taller.

Posteriormente al taller, se difundió el Procedimiento elaborado entre todos los farmacéuticos para su posible implementación en las Farmacias de la Red.

Resultados

Mediante la matriz FODA, se identificaron las razones por las cuales es necesario trabajar teniendo en cuenta criterios definidos de calidad en la

oficina de Farmacia, señalando entre ellas, el fortalecimiento de las Farmacias como Centro de Salud y de la Red como prestadora de servicios.

En las conclusiones del taller, los farmacéuticos reconocieron que el hecho de contar con procedimientos, respecto de las tareas diarias profesionales, optimiza los tiempos de trabajo, la gestión de recursos y de los procesos, en las oficinas de Farmacia.

Se obtuvieron Guías de Buenas Prácticas y un Procedimiento, consensuados.

Conclusiones

El taller constituyó una actividad útil para difundir la importancia de contar con un Sistema de Gestión de Calidad en las oficinas de Farmacia.

Se considera que la metodología aplicada en esta experiencia resultó productiva, dado que se promovió el aprendizaje del tema y la participación de los propios actores en la construcción de un Sistema de Gestión de Calidad aplicado a las Farmacias de la Red.

Las Guías de Buenas Prácticas y el Procedimiento de actuación elaborados, no sólo permitieron revisar algunos procesos críticos de la oficina de Farmacia sino que lograron aunar criterios al realizarlo en forma conjunta.

Se propone continuar con estas actividades a fin de seguir avanzando con la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en la Farmacias de la Red.

Bibliografía

1- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid. Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España. Julio 2013. Disponible en: http://www.portalfarma.com/Profesionales/Buenas-practicas-profesionales/Documents/Buenas-Practicas-Profesionales.pdf

2- Cuba Venereo M. Calidad en los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios. Rev Cubana Farm. v.42 n.3 Ciudad de la Habana. sep.-dic. 2008. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152008000300006

3- Mora Martínez J.R. Guía Metodológica para la Gestión clínica por Procesos. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2003.

4- Miranda González F. y col. Introducción a la Gestión de Calidad. Delta Publicaciones. Madrid. 2007.

UNIDAD DE OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA: UN SERVICIO FARMACÉUTICO A LA COMUNIDAD

Pacciaroni, J.[1];Tassone, V.[2]; Lillini, G.[2]; Salamano, M.[3]

[1] Farmacéutica especialista en Farmacia Clínica. Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe 2° Circunscripción.

[2] Farmacéuticos. Becarios de la UOF. Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe 2° Circunscripción.

[3] Magister en Ciencias Políticas y Sociología. Profesora del Área Farmacia Asistencial. FCByF. UNR.

Antecedentes

Si bien los medicamentos colaboran en cimentar mayor salud, son frecuentes generadores de problemas, que surgen de no atender adecuadamente la complejidad farmacoterapéutica (Colautti, 2014).

Actualmente se considera un importante problema de Salud Pública al aumento de la morbimortalidad asociada al uso de medicamentos, por lo que resultaría oportuno repensar la actuación de los farmacéuticos a través de la implementación de servicios de Atención Farmacéutica dirigidos a la población.

La atención farmacéutica es una filosofía de trabajo que coloca al paciente como centro del accionar del profesional y exige una labor interdisciplinaria por parte del equipo de salud, abordándolo de modo integral. (Hepler C, 1990; Cipolle R, 2004).

Existen barreras para la implementación de estos servicios en la comunidad, entre ellas se destacan la estructura física de las oficinas de farmacia, el tiempo disponible por parte del farmacéutico, los vínculos interprofesionales, registros necesarios y documentación, compensación económica, legislación vigente, falta de recursos, etc. Aún así no quedan dudas, que la implementación de AF muestra un impacto positivo en los resultados clínicos, humanísticos y económicos. (La Casa García C, 2005).

En este contexto, la Universidad y el Colegio de Farmacéuticos observan la necesidad de conformar espacios de Atención Farmacéutica e implementan un espacio físico destinado a prestar servicios de Atención Farmacéutica gratuitos a la comunidad que se denomina: **Unidad de Optimización de la Farmacoterapia (UOF)**.

Objetivos

Difundir la implementación de la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia de la ciudad de Rosario.

Materiales y métodos

Recurso humano: dos becarios farmacéuticos, docentes y una pasante extracurricular de la Cátedra de Farmacia Asistencial de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas de la UNR, una farmacéutica Especialista en Farmacia Clínica representante comunitaria del Colegio de Farm. 2° circunscripción y estudiantes de la Carrera de Farmacia que realizan las prácticas profesionales de la carrera de Farmacia.

Funcionamiento: se desarrolla una entrevista inicial, búsqueda de información y elaboración de informes según procesos normatizados que buscan satisfacer todas las necesidades farmacoterapéuticas del paciente.

Resultados

Se establecieron distintas dimensiones que dan cuenta de la evolución del proyecto y su efectivización en la comunidad.

Período de difusión: Se utilizaron varias herramientas que incluyen la difusión radial, la entrega de folletos, la publicación en páginas oficiales tanto de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de Rosario como en el sitio web del Colegio de Farmacéuticos de la 2da. circunscripción, la Universidad Abierta de Adultos Mayores y la presentación de ponencias en diversas reuniones científicas.

Efectivización del Servicio – Obstáculos y Facilitadores: La UOF se encuentra al servicio de los pacientes según la demanda solicitada por los miembros del equipo de salud y/o la misma comunidad. Los interesados llegan a la UOF a través de derivaciones e, inclusive, por iniciativa de ellos mismos.

Un primer obstáculo fue que han sido pocos los colegas farmacéuticos comprometidos en derivar pacientes a la UOF. Ante esta dificultad, se buscaron otras estrategias de acercamiento a la comunidad y se logró articular con PAMI (Obra Social Nacional para Jubilados y Pensionados en Argentina) una serie de encuentros donde, tanto autoridades como médicos del terreno, se interesaron en el proyecto, lográndose acuerdos para la derivación de pacientes.

Un segundo obstáculo fueron las barreras geográficas y económicas en relación al traslado de los interesados para concretar la entrevista personal. Frente a estas limitaciones, la UOF se volvió itinerante, habilitándose

nuevos espacios de encuentro: los Centros de Jubilados de PAMI, la otra Sede del Colegio de Farmacéuticos de la ciudad y en el Centro de Salud de Estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Rosario.

Organización y Procedimientos: Luego de contactar al paciente se realiza la entrevista que se encuentra normatizada en un procedimiento operativo estandarizado, de forma que permita la ejecución de la misma sin sesgo de la persona que la lleve a cabo.

La segunda instancia es la elaboración de un informe, que puede destinarse al propio paciente o al profesional de la salud que lo solicite. Estos informes son entregados tanto vía mail como en versión impresa.

La dinámica de los procedimientos exigió realizar discusión de casos en Seminarios preparatorios para la elaboración de los Informes, estrategia desarrollada una vez a la semana.

Conclusiones

La optimización de la farmacoterapia es una necesidad social. La UOF puede dar respuesta a esa necesidad aportando a mejorar, no solo la calidad de vida de quienes requieren medicación, sino también la utilización de los recursos económicos.

Referencias Bibliográficas

1- Berger B. (1993) “Building an effective therapeutic alliance: competence, trustworthiness, and caring”. Am J Health-Syst Pharm.; 50:2399-2403.

2- Cipolle R, Strand L, Morley P. (2004) *Pharmaceutical Care Practice.* The Clinician’s Guide. Ed. Mac Graw Hill. 2a Ed.

3- Gastelurrutia MA (2006) *Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española*. [Tesis Doctoral]. Madrid .Editorial de la Universidad de Granada. Ergon.

4- Hepler CD, Strand LM (1990) “Opportunities and responsabilities in pharmaceutical care”. Am J Hosp Pharm ;47:533-543.

5- La Casa García C, Martín Calero Mª J, Domínguez Camacho J. C, Machuca González M., García-Delgado Morente A, Juárez Manzano J. (2005). “Eficacia de la intervención farmacéutica en pacientes polimedicados”. Pharmaceutical Care España 7(1): 25-31.

6- Maceira D. (2008) “Descentralización y equidad en el Sistema de Salud Argentino”. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Nº: 39.

7- Ramalho de Oliveira D, Dupotey Varela N. (2008) “La investigación cualitativa en Far-macia. Aplicación en la Atención Farmacéutica”. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas; 4 (44): 763-772.

8- Uema S, Vega E, Armando P, Fontana D. (2008) “Barriers to pharmaceutical care in Argentina”. Pharm World Sci ; 30:211–215.

DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA PARA EVALUACIÓN DE PROVEEDORES DE INSUMOS BIOMÉDICOS Y MEDICAMENTOS DE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

Suarez, M.; Murphy, A.; Calveyra, M.; Terrazas, A.; Vergara, R.; Mantilla, L.

Sanatorio de los Arcos – Swiss Medical Group

Introducción

La adquisición y gestión de los insumos de un servicio de Farmacia incluye la selección de proveedores que, además de cumplir con la normativa vigente, contemplen los requisitos administrativos de la Institución. Contar con una herramienta objetiva de evaluación de calidad del servicio prestado fue el desafío del trabajo.

Objetivos

1. Diseñar la metodología de calificación de proveedores de insumos biomédicos y medicamentos de un Servicio de Farmacia.
2. Utilizar los datos cuantitativos obtenidos para calificar y estratificar a los proveedores evaluados.

Material y método

Se incluyeron a todos los proveedores de insumos biomédicos (PBI) y medi-camentos (PM) del Servicio de Farmacia del Sanatorio que realizaron entregas en los períodos del análisis (PIB, un mes: Enero 2011 y PM, dos meses: Enero y Mayo 2011).

Se establecieron 5 criterios para la calificación de los proveedores:

Criterio a) Plazo y Tipo de Entrega; Criterio b) Entrega según programación cuatrimestral; Criterio c) Condiciones de Entrega (Rotulación envase primario y vencimiento); Criterio d) Horario de Entrega; y, Criterio e) Datos del Remito.

Los criterios contemplaron los requisitos administrativos exigidos en

la Institución y los puntos de selección que impactaban directamente en la seguridad de los pacientes.

La totalidad de los proveedores evaluados estaban habilitados por la Autoridad Sanitaria y previamente fueron aprobados por el Comité de Farmacia.

Se evaluaron 20 PBI que realizaron, en el período de análisis (1 mes), 20 entregas (n=20), y 27 PM que realizaron, en el período de análisis (2 meses), 65 entregas (n=65).

Se diseñó para cada criterio una escala de puntuación, comprendida entre -2 (valor mínimo) hasta 5 puntos (valor máximo).

Los criterios seleccionados se adaptaron de modelos de evaluación de proveedores de la industria farmacéutica, obteniéndose: a) Un valor general para cada criterio y para cada proveedor; b) Un promedio general de todos los criterios para cada proveedor; c) Un promedio, por criterio, de todos los proveedores, y, d) Un promedio de puntuación general de todos los proveedores.

Se diseñó con los datos obtenidos una tabla general para los PBI y otra tabla general para los PM.

La calificación de los proveedores la realizó el personal administrativo del servicio, en el momento de la entrega de los PBI o PM, en una planilla establecida para el registro.

La información obtenida se entregó al Servicio de Compras de la Institución con el fin de que pudieran contar con un dato objetivo y cuantificado del proveedor al momento de asignar una nueva orden de compra. El promedio general obtenido por cada proveedor, para cada promedio, fue expresado en porcentajes.

Resultados

1. El cumplimiento de los criterios (valor promedio) para los PBI fue: **a) Plazo y Tipo de Entrega:** 40% cumplieron el criterio; **b) Entrega según programación cuatrimestral:** 61% entregaron todos los insumos programados; **c) Condiciones de Entrega (Rotulación envase primario y vencimiento):** 50% cumplió el criterio exigido para envase primario y el 100% cumplió con el criterio exigido como fecha de vencimiento; **d) Horario de Entrega:** 65% cumplió con el horario establecido en el criterio; **e) Datos del Remito:** 55% de los proveedores cumplió con los datos exigidos por el criterio.

2. El cumplimiento de los criterios para los PM fue: **a) Plazo y Tipo de Entrega:** 43% cumplieron el criterio; **b) Entrega según programación cuatrimestral:** 61% de los proveedores entregaron todos los insumos programados; **c) Condiciones de Entrega (Rotulación envase primario y vencimiento):** 88% cumplió el criterio exigido para envase primario y el 100% cumplió con el criterio exigido como fecha de vencimiento; **d) Horario de Entrega:** 71% cumplió con el horario establecido en el criterio; **e) Datos del Remito:** 83% de los proveedores cumplió con los datos exigidos por el criterio.

El promedio general de cumplimiento, de todos los criterios, para los PBI fue del 68% y del 66% para los PM.

Discusión

La herramienta diseñada nos permitió detectar puntos de mejora, en diversos aspectos de los procesos de selección, adquisición y recepción de insumos en el Servicio de Farmacia y nos permitió realizar un seguimiento objetivo de los proveedores asignados por el Servicio de Compras de la Institución.

Conclusiones

Es necesario contar en un Servicio de Farmacia con una evaluación de proveedores, que permita calificarlos con un valor objetivo y cuantitativo, constituyéndose ese procedimiento en una herramienta para garantizar la provisión y la calidad de los insumos biomédicos y medicamentos seleccionados, entregados y utilizados en una Institución de Salud.

La metodología utilizada nos permitió obtener datos cuantitativos para calificar y estratificar a los proveedores. Los resultados de la calificación nos brindaron la posibilidad de tomar medidas de acuerdo al tipo de factor de calidad observado en cada criterio.

Este trabajo fue aprobado para ser presentado en el Congreso de la AAFH del año 2011, pero no pudo exponerse por motivos personales.

PROFARMHI
PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA EN EL HOSPITAL JB ITURRASPE SANTA FE

Chiarvetti, L.[1], Araya, M.[1], Bugna, L.[2]

[1] Programa de Farmacovigilancia Hospital Iturraspe (ProFarmHI). Hospital Iturraspe. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe.

[2] Programa Provincial de Farmacovigilancia. Dirección Provincial de Bioquímica, Farmacia y Droguería Central. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe.

Introducción

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) representan en la actualidad 1-2% de los ingresos hospitalarios y hasta el 20% de los pacientes hospitalizados van a sufrir una RAM durante la internación (1). Desde el año 1995, funciona en la provincia de Santa Fe el Programa Provincial de Farmacovigilancia, dependiente del Ministerio de Salud y se propone al hospital Iturraspe, de la ciudad de Santa Fe, como efector periférico de farmacovigilancia (hospital centinela) (2). En el año 2011, en el marco de ANMAT Federal se invita a cada provincia a constituir efectores federales de farmacovigilancia a nivel ministerial y efectores periféricos a nivel hospitalario (3). A consecuencia, se procede a la creación y puesta en marcha del ProFarmHI, a través de la conformación de un equipo de trabajo multidisciplinario, constituido por una médica clínica, un farmacéutico y una enfermera, que tiene como misión monitorear de manera activa los eventos adversos o cualquier otro problema relacionado al uso de medicamentos en los pacientes del nosocomio. El hospital Iturraspe se constituye así en efector periférico de Farmacovigilancia. Es de destacar que al momento de la puesta en marcha del ProFarmHI, el número de RAMs notificadas era de cinco por año.

Objetivos

Objetivo general:

Monitorear la aparición de eventos adversos y cualquier otro problema relacionado al uso de medicamentos (PRM) en el marco del ProFarmHI, durante el año 2013.

Objetivos específicos:

- Detectar lo más oportunamente posible los eventos adversos a medicamentos.
- Evaluar intensidad y causalidad de los eventos adversos detectados.
- Promover la comprensión y formación clínica en FVG a través de su comunicación a todo el equipo de salud del hospital.
- Contribuir a la evaluación del beneficio, riesgo, y efectividad de los medicamentos, promoviendo su uso seguro, racional y costo-eficiente.

Materiales y métodos

El equipo realiza visitas regladas o por solicitud de interconsulta a las salas de internación y servicios ambulatorios, a fin de relevar los casos surgidos y pesquisar RAMs en los pacientes a través de la revisión de historias clínicas, realización de anamnesis y examen físico del paciente. Interviene en la toma de decisión con el equipo de salud tratante, en los casos que revistan gravedad. A través de Vigiflow (Base de datos internacional de farmacovigilancia), se reporta de manera *on line* todos los eventos detectados, los cuales se clasifican según el algoritmo de Naranjo (causalidad) e intensidad según clasificación sugerida por ANMAT [4]. Se promociona la comprensión y formación clínica en FVG mediante la distribución de Boletines y Alertas en cada servicio y las capacitaciones a los profesionales. En el marco del Comité de Farmacia y Terapéutica del hospital se elaboran protocolos de uso de distintas drogas.

Resultados

Se detectaron un total de 50 eventos adversos, de los cuales 42 (84%) fueron RAM, 6 (12%) Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación o Inmunización (ESAVI) y 2 (4%) Defectos de Calidad. En 13 casos se realizó intervención directa y oportuna con el equipo tratante del paciente.

Según clasificación de intensidad, 22 casos (51%) fueron serios y 20 (49%) no serio (Tabla 1). Según algoritmo de causalidad, 3 (8%) de las RAMs fueron definidas, 24 (57%) probables, 14 (32%) fueron clasificadas como posibles y 1 (3%) condicional.

Se registraron en Vigiflow el 100% de los eventos detectados.

Se elaboraron 10 Boletines y alertas los que se distribuyeron en los distintos servicios del hospital; se realizaron 2 Capacitaciones, en los servicios de Dermatología y Clínica Médica.

Se elaboraron protocolos de uso de medicamentos: “Enalapril vs. Losartán” y “Atenolol vs. Carvedilol”.

Conclusiones

Desde la puesta en marcha del ProFarmHI aumentó la detección de eventos adversos a medicamentos; la mayoría de ellos fueron clasificados como probables. La difusión de información y las actividades de capacitación realizadas probablemente contribuyeron de modo positivo en la detección de los eventos adversos. Los protocolos de uso elaborados intentan promover el uso racional de los fármacos disponibles en el hospital.

En base a la experiencia recogida, el equipo del ProFarmHI se propone extender la capacitación e intensificar la tarea de monitoreo en los servicios del hospital con los que aún no se ha trabajado.

Bibliografía

1- Manual de Farmacovigilancia Hospitalaria. Red de farmacovigilancia hospitalaria. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Disponible en: http://www.aafhospitalaria.org.ar/imagenes/descargas/aafh_Manual_de_Farmacovigilancia_Hospitalaria_version_final.pdf

2- Curso de capacitación a distancia. Programa Provincial de Farmacovigilancia. Dirección Provincial de Bioquímica, Farmacia y Droguería Central. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe.

3- Curso de formación en Farmacovigilancia. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. 2012.

4- Circular 008/2009 ANMAT. Guía de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/Novedades/Circular_008_Farmacovigilancia.pdf

ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN Y COSTOS DE TRATAMIENTO DE ANTICUERPOS MONOCLONALES

Walpen, J.; Vich, M.

Dirección de Bioquímica, Farmacia y Droguería Central
Provincia de Santa Fe

Introducción

Durante los últimos 20 años los costos de la salud se incrementaron de forma sostenida en todo el mundo y, dentro de ellos, la participación del gasto en medicamentos tiende a crecer a un ritmo aún mayor. (1)

En nuestro país, el gasto total de medicamentos y el precio medio registran un crecimiento sostenido desde el año 2003. (2)

Entre los medicamentos de alto costo se encuentran los *anticuerpos monoclonales,* productos medicinales innovadores cuyos principios activos son producidos por biotecnología. Los mismos están incluidos dentro del grupo de los Biofármacos, cuya actividad biológica está condicionada por el proceso de producción y sus características farmacocinéticas y farmacodinámicas particulares. Si bien éstos presentan escasa eficacia comprobada, igualmente se genera la demanda y los usuarios presentan sus derechos a acceder a los mismos. (3) (4)

Por la baja prevalencia y altos costos de los tratamientos con estos medicamentos, a estas patologías para las cuales se indican se las denomina "enfermedades catastróficas", ya que generan un impacto económico que demanda un volumen creciente de recursos financieros, ajenos a cualquier control de precios, desfinanciando los diferentes sub sistemas de salud. (5) (6)

En la provincia de Santa Fe, los anticuerpos monoclonales no se encuentran incluidos en el Formulario Terapéutico Provincial (FTP), por lo cual su solicitud ingresa por "vía de excepción" a la Comisión Provincial de Medicamentos, dependiente de la Dirección de Bioquímica y Farmacia del Ministerio de Salud, para su consideración.

Por lo innovador de este tipo de medicamentos no existen muchas referencias para su circuito y/o logística de compra, suministro y provisión en el sistema público de salud, tanto provincial como nacional.

Objetivos

- Describir el uso por efector público solicitante y tipo de anticuerpo monoclonal.
- Determinar el costo de los tratamientos con anticuerpos monoclonales solicitados en efectores públicos de la provincia de Santa Fe.

Material y método

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo.

Se analizaron las solicitudes de vía de excepción de los anticuerpos monoclonales recibidas en la Comisión Provincial de Medicamentos entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de mayo de 2014. Estas solicitudes no correspondían a tratamientos oncológicos ya que las mismas son remitidas al programa de referencia.

De dichas solicitudes se tomaron, diagnóstico, anticuerpo monoclonal y su presentación indicada, evolución de la prescripción (incidencia) así como el efector donde se originó la prescripción.

Se diseñaron tablas donde se consignaron los precios de los diferentes monoclonales prescriptos, tomados del manual farmacéutico y de los remitos de compras de los hospitales, y se registró el efector solicitante (origen de la prescripción).

Para cada monoclonal y por cada forma farmacéutica, se calculó el costo de un "tratamiento estándar", a saber, el destinado al paciente adulto, teniendo en cuenta sólo el precio del medicamento. El mismo se obtuvo del Manual Farmacéutico del mes de mayo 2014 y, para aquéllos que no constaban, del remito de compra del efector. [7]

Resultados

En el período analizado de 17 meses, de un total de 2.767 solicitudes recibidas, 164 correspondieron a prescripciones de anticuerpos monoclonales y las mismas provinieron de 12 efectores públicos de salud de la provincia de Santa Fe.

La cantidad total de pacientes únicos para los cuales se indicaron anticuerpos monoclonales fue 105; la prevalencia del año 2013 fue de 94 pacientes con una incidencia parcial del 10,5% hasta la evaluación del mes de mayo del año 2014.

El mayor número de prescripciones correspondió a la especialidad de reumatología, siendo el diagnóstico de artritis (en todas sus variantes) la patología con mayor prescripción de uso de anticuerpos monoclonales (85%).

Se indicaron en total 10 monoclonales diferentes para patologías disímiles en 16 formas farmacéuticas distintas. El **etanercept** fue el más prescripto (39%).

De los 10 monoclonales utilizados, el de mayor prescripción en los hospitales de la ciudad de Rosario no coincidió con el de mayor prescripción en los hospitales de la ciudad de Santa Fe, tanto en los hospitales generales como en los pediátricos, para una misma patología.

El 84% de las solicitudes de monoclonales correspondió a los hospitales referentes de mayor complejidad de las ciudades de Santa Fe y Rosario.

Los costos de los tratamientos mensuales para diferentes monoclonales variaron entre $12.540,00 y $114.000,00 resultando el promedio por cada tratamiento mensual de $25.029,60.

Conclusiones

Comparada la prescripción de anticuerpos monoclonales entre los diferentes efectores de la provincia, para una misma patología se observa que no hay un consenso de uso (en cuanto a la selección del tipo de monoclonal).

El costo de los tratamientos con monoclonales durante el período estudiado es elevado. Muy pocos efectores han informado el precio pagado y, cuando lo hicieron, éste no ha sido equiparable al valor de mercado la mayoría de las veces. La incidencia de prescripciones lleva a un incremento constante del recurso financiero.

Dado el costo y la variabilidad en la prescripción en los tratamientos con monoclonales y su repercusión general para la utilización de los mismos, surge la necesidad de tomar acciones para su uso racional y suministro.

Propuestas

Se propone ofrecer una respuesta homogénea, segura y adecuada para garantizar una cobertura sanitaria, tal como:

- Confección de guías de práctica clínica por parte de los efectores de salud, avaladas por el Ministerio de Salud Provincial.
- Adquisición centralizada de estos medicamentos de alto costo con

el objetivo de alcanzar una mayor economía de escala y lograr una reducción en el valor final de compra.

- Provisión centralizada con el objetivo de lograr un registro y seguimiento de la utilización.

Bibliografía

1- Tobar, Federico – Hamilton, Gabriela – Lifschitz, Esteban. Política y gestión de la cobertura de medicamentos de alto costo- Relevamiento de la experiencia internacional y respuesta del Fondo Nacional de Recursos- Publicación técnica Nº 13. Montevideo, FRN, 2010.

2- Federico Tobar. Financiación de los medicamentos en Argentina – MPA- 13 de octubre de 2009.

3- Gustavo H. Marín; María Andrea Polach. Medicamentos de alto costo: análisis y propuestas para los países del Mercosur. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 30 Nº2. Washington. Aug. 2011.

4- Boletín informativo Centro de Información de Medicamentos Servicio de Farmacia Hospital Centenario Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas Universidad Nacional de Rosario Julio – Agosto 2012. Año 30. Nº 200.

5- Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. Serie Técnica Nº 1. Medicamentos esenciales, acceso e innovación. El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas. Octubre, 2009.

6- Federico Tobar – Gabriela Hamilton – Romina Solano – Sofía Olaviaga. Un seguro nacional de enfermedades catastróficas: fundamentos para su implementación – CIPPEC documento de trabajo Nº 100. Diciembre de 2012.

7- Manual Farmacéutico Nº 648. Mayo 2014.

ERRORES POTENCIALES DE DOSIFICACIÓN EN EL USO DE BETAMETASONA EN GOTAS

Bugna L.[1]; *Araya M.*[2]; *Chiarvetti L.*[2]

[1] *Programa Provincial de Farmacovigilancia. Dirección Bioqca., Fcia. y D. C. Min. de Salud Santa Fe*

[2] *ProfarmHI. Hospital Iturraspe. Ciudad de Santa Fe. Ministerio de Salud Sta. Fe*

Antecedentes

El Programa Provincial de Farmacovigilancia de la provincia de Santa Fe, es efector periférico de farmacovigilancia desde el año 1995, cuenta con una numerosa red de profesionales que participan notificando de manera activa problemas relacionado con el uso de medicamentos. En la actualidad cuenta con una red de más de 2000 contactos. Desde el año 2006, se trabaja en seguridad clínica, a través de la prevención de los errores de medicación. Respecto a esta problemática, en el mes de agosto pasado, un pediatra del Nodo Rosario, manifiesta una preocupación que da origen a este trabajo:

> "En su centro de salud se disponía de especialidades medicinales de Betametasona en gotas, de dos marcas comerciales, ambas de la misma concentración, pero **diferente número de gotas/ml.**, situación que genera confusión fundamentalmente durante la indicación".

Objetivo

Analizar la información sobre dosificación de todas las especialidades medicinales que contienen Betametasona (monodroga) en la presentación gotas, comercializadas en Argentina en agosto de 2013.

Diseño

Estudio descriptivo, observacional y transversal.

Material y métodos

- Se realizó una búsqueda de los prospectos de todas las especialidades medicinales Betametasona (monodroga) en gotas, que figuraban a la fecha en el Listado Oficial de Medicamentos Actualmente Comercializados (LOMAC)[2].

- Se agregan a este listado los prospectos de Betametasona LEM y Betametasona gotas del Programa Remediar.
- Se clasificaron los productos según su concentración y se comparó la información proporcionada en los prospectos, respecto del número de gotas/mg de betametasona, para cada una de las concentraciones.
- Por último, se realizó una búsqueda de envases primarios de todas las especialidades de Betametasona gotas 0,5 mg/ml y se observó la presencia o ausencia de la indicación "cantidad de gotas/mg o cantidad de gotas/ml.".

Resultados

En Argentina se comercializan especialidades medicinales con Betametasona en gotas, de dos concentraciones diferentes:

- *Betametasona gotas 0,6 mg/ml.:* los prospectos de todas las especialidades medicinales, indican que 20 gotas se corresponde con 1 ml. de solución.
- *Betametasona gotas 0,5 mg/ml.:* los prospectos y envases primarios de las especialidades medicinales presentan las particularidades que figuran en la tabla 1.

Tabla 1: Variabilidad en el número de gotas/ mg. o ml. de "Betametasona gotas 0,5 mg/ml" comercializadas en Argentina, agosto 2013, según datos de prospectos[2] y envases primarios.

NOMBRE COMERCIAL	DATOS	Nº DE GOTAS/0,5 MG
BETAMETASONA LEM	20 gotas/ 0,5 mg (P) (E)	20
BETAMETASONA LAFEDAR	10 gotas/ 0,215 mg (E)	23
METAMAR	30 gotas/ 0,5 mg (P)	30
BETAMETASONA REMEDIAR BETACORT CELESTONE	33 gotas/ 0,5 mg (P)	33
BETASONE G	43 gotas/ ml. (E)	43

(P) Datos que figuran en prospecto y (E) Datos que figuran en envase primario.

Discusión y conclusión

La existencia de variabilidad del volumen de gota de las distintas presentaciones de un mismo medicamento, representa una **circunstancia que favorece la aparición de errores de medicación**[3], ya que puede derivar en dos problemas relacionados con el uso del medicamento (PRM): **subdosificación y/o sobredosificación.**

Se analiza también: **nivel de riesgo para futuros pacientes**[3]. Para esto se considera: probabilidad de recurrencia y gravedad de posibles consecuencias. Se utilizan datos del programa Remediar + Redes, sobre prescripción de Betametasona en el año 2013[4] obteniendo una tasa de prescripción de 1/100 envase/hab./año; además se considera, que el problema reviste mayor relevancia por tratarse de un fármaco con tasa de uso elevada en pediatría y teniendo en cuenta que por Ley de genéricos, la prescripción debe realizarse por principio activo y que su indicación generalmente es: "cantidad de gotas por kilogramo de peso del paciente", se concluye que: la **subdosificación** podría tener consecuencias para la salud del niño por reactivación de su enfermedad de base, implicando un **nivel de riesgo de moderado a severo** y que la **sobredosificación** podría tener consecuencias para la salud del niño por toxicidad, implicando un **nivel de riesgo moderado**.

Entendiendo la magnitud de la problemática se realizaron las siguientes intervenciones:

- Nota al Departamento de Farmacovigilancia de ANMAT solicitando la resolución del problema.
- Se informa al equipo de salud de la provincia, sobre la existencia de esta situación.
- Se eleva a la Asociación Argentina de Farmacia Hospitalaria el trabajo, para su intervención.

Bibliografía

1- Programa Provincial de Farmacovigilancia. Dirección de Farmacia, Bioqca. y D. C. Ministerio de Salud Santa Fe. http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/127098/(subtema)/93797

2- ANMAT. Listado Oficial de Medicamentos Actualmente Comercializados (LOMAC). Betametasona. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/aplicaciones_net/applications/consultas/lomac/

3- Clasificación de los errores de medicación. Grupo Ruiz-Jarabo 2000. ISMP mayo 2008. Disponible http://www.ismp-espana.org/ficheros/Clasificaci%C3%B3n%20actualizada%202008.pdf

4- Remediar & Redes. Consultas Santa Fe, Listado de Prescripciones año 2013 Disponible en: http://www.remediar.gob.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=619&Itemid=68

NUEVO CONTENIDO EN LA FORMACIÓN DEL FARMACÉUTICO: "ARMAS QUÍMICAS"

Curvale D.; Pacheco P.; Ferrúa N.; González D.

Toxicología y Química Legal, Departamento de Farmacia, Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia, Universidad Nacional de San Luis.
TE 26644520300 interno 6112.
e-mail: dgonza@unsl.edu.ar

El Farmacéutico como actor social necesita incorporar el conocimiento de las armas químicas. Siempre las naciones del mundo han manejado hipótesis de conflictos ya que la guerra es la continuación de la política por otros medios.

La historia del hombre nos muestra múltiples y diversos antecedentes del uso de sustancias químicas para producir daño. Antiguos cazadores y guerreros usaban flechas impregnadas con sustancias tóxicas. En la batalla de Ypres (Bélgica, 1914) el ejército alemán uso bombonas de cloro contra sus enemigos provocando la muerte hasta de sus propios soldados, esta batalla es considerada como el inicio del uso de armas químicas. Durante los años 1961 al 1971 Estados Unidos arrojó millones de litros de Agente Naranja, conteniendo Dioxinas como producto secundario, sobre la selva y población vietnamita. La ocupación de Irak por EEUU se generó debido a la sospecha de la existencia de armas químicas del tipo de las Mostazas nitrogenadas y/o Sarín en ese territorio.

El objetivo del presente trabajo es poner en conocimiento de la comunidad farmacéutica de un nuevo contenido en su formación profesional referido a los químicos de uso dual y la educación en la aplicación responsable del conocimiento. Si bien en el "Taller: Toxicología", destinado a los alumnos de 4to año de la carrera de Farmacia de la U.N.S.L., este conocimiento se imparte desde hace años, en la actualidad nos comprometemos a fortalecer la formación en este aspecto contribuyendo con nuestro trabajo docente al "Proyecto Nacional Argentino de Educación en el Uso Responsable del Conocimiento Químico" pionero en el mundo. Compromiso asumido también por ECUAFyB - Ente Coordinador de Unidades Académicas de Farmacia y Bioquímica, CIN - Consejo Interuniversitario Nacional, FODEQUI - Foro de

Decanos de Química y CUCEN - Consejo Universitario de Ciencias Exactas y Naturales, entre otros organismos.

El temario abordado en el programa de "Taller: Toxicología" es el que siguiente:

TEMA 9.- Armas Químicas. Historia de su creación y uso. Situaciones de alerta internacional. Convención para la prohibición de armas químicas. Listado vigente. OPAQ - Organización para la Prohibición de Armas Químicas. ANCAQ - Autoridad Nacional para la Convención contra las Armas Químicas. Diferentes sustancias con potencial uso como armas químicas. Propiedades físico químicas. Toxicocinética. Mecanismo de acción. Determinaciones analíticas en muestras biológicas y ambientales. Análisis clínicos toxicológicos. Tratamientos. Incumbencia del profesional Farmacéutico. Legislación vigente.

La importancia de estos contenidos está dada por la posibilidades que tiene el Farmacéutico, acorde a las incumbencias de su título, de estar al frente de laboratorios de producción de medicamentos, cosméticos, plaguicidas y diferentes productos químicos los cuales pueden producir, exportar, importar, almacenar, sustancias controladas por la Ley Nacional Nº 26247/07 (Implementación de la Convención sobre la Prohibición del Desarrollo, la Producción, el Almacenamiento y el Empleo de Armas Químicas y sobre su Destrucción). Además son profesionales con un rol fundamental en el equipo de salud en el caso de catástrofes y emergencias, incluyendo los desastres producidos por sustancias químicas y los posibles ataques con armas químicas.

Se destaca que a partir del 11 de Septiembre del año 2001 el personal del laboratorio de Toxicología y Química Legal participó en diversas actividades de formación relacionadas a las Armas Químicas. Estas actividades incluyeron cursos dictados por la Industria Militar Israelí - IMI y la REDARTOX - Red Argentina de Toxicología, Ministerio de Salud de la Nación. La formación recibida fue volcada a la comunidad en seminarios destinados a colegas y alumnos de la U.N.S.L. (Resolución CD Nº 064-03, 12 de Diciembre de 2003), con tal repercusión que los cursos fueron solicitados y dictados a la Policía de la Provincia, Defensa Civil, Bomberos y profesionales de la salud, y en el año 2004 a la V Brigada Aérea con asiento en Villa Reynolds, San Luis (Resolución N° 924-04, Noviembre de 2004).

Como conclusión, el camino realizado nos ha mostrado el marcado interés que genera la temática y la avidez de conocimiento al respecto, a su

vez la historia de los conflicto en la humanidad, los ataques a la Embajada de Israel y la AMIA en nuestro país y los recientes desafíos a la Paz en medio oriente, precisamente en Siria nos impulsa a continuar trabajando con el objeto de promover la formación de una ética en el uso pacífico de las sustancias químicas y una conciencia de prevención de accidentes químicos a nivel industrial, laboral y hogareño.

Bibliografía

1- Ley Nacional Nº 26247. "Implementación de la convención sobre la prohibición del desarrollo, la producción, el almacenamiento y el empleo de armas químicas y sobre su destrucción". Argentina. 25 Abril de 2007.

2- OPCW - Organisation for the Prohibition of Chemical Weapons. 2005. OPAQ. Organización para la Prohibición de las Armas Químicas. Convención sobre la prohibición del desarrollo, la producción, el almacenamiento y el empleo de armas químicas y sobre su destrucción.

3- ANCAQ - Autoridad Nacional de para la Convención contra las Armas Químicas. Listado de sustancias comprendidas en la Ley Nacional Nº 26247.

4- René Pita. 2008. "Armas Químicas. La ciencia en manos del mal". Plaza y Valdes editores. Madrid-España.

5- TALAMONI, M. 2004 y 2014. Guía de Tratamiento y Diagnóstico en Toxicología. EUDEBA. Buenos Aires - Argentina.

6- J. A. GISBERT CALABUIG. 2004. Medicina legal y Toxicología. Ed. Masson.

7- GOODMAN Y GILMAN. 2011. Las bases farmacológicas de la terapéutica. Ed. Mc Graw-Hill.

CARACTERIZACIÓN FÍSICO-QUÍMICA DEL COMPLEJO ALBENDAZOL: CITRATO DE β-CICLODEXTRINA

García, A.; Leonardi, D.; Lamas, M. C.

Instituto de Química de Rosario-CONICET, Área Tecnología Farmacéutica (Departamento de Farmacia). Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, Universidad Nacional de Rosario, Suipacha 531, Rosario, S2002LRK, Argentina, e-mail: agarcia@iquir-conicet.gov.ar.

Antecedentes

El albendazol (ABZ) es un fármaco antiparasitario de amplio espectro, poco soluble en agua que presenta una biodisponibilidad variable.[1] Pueden emplearse numerosas estrategias con el fin de aumentar la solubilidad, velocidad de disolución y biodisponibilidad oral de drogas poco solubles en agua, entre ellas la formación de complejos con ciclodextrinas (CDs). Las CDs son oligosacáridos cíclicos que poseen una cavidad hidrofóbica a la cual deben su habilidad para formar complejos de inclusión con compuestos de baja polaridad, aumentando así su solubilidad aparente. La β-CD está constituida por siete unidades de glucopiranosa, y es poco soluble en agua debido a su estructura cristalina. La sustitución de los grupos hidroxilos correspondientes a los carbonos 2, 3 y 6 de las unidades de glucopiranosa de la β-CD incrementa la solubilidad de la misma, incluso cuando se sustituye con grupos lipófilos. Adicionalmente, el sustituyente empleado puede modificar la afinidad de la β-CD por la molécula a incluir.[2] El objetivo de este trabajo fue incrementar la solubilidad y la velocidad de disolución del ABZ mediante la formación de complejos de inclusión con una β-CD sustituida con grupos funcionales ácidos.

Materiales y métodos

Síntesis de citrato de β-CD (C-β-CD) - Se realizó empleando un método reportado por Chaleawlert-umpon y colaboradores.[3] El compuesto sintetizado se caracterizó mediante: espectroscopia de resonancia magnética nuclear (RMN), espectroscopia de infrarrojo (IR) y espectrometría de masas (MS).

Análisis de solubilidad de fases - Se realizaron soluciones de concentraciones crecientes de C-β-CD, β-CD, Hidroxipropil-β-CD (HP-β-CD) y

Metil-β-CD (M-β-CD). Se adicionó un exceso de ABZ a las soluciones antes mencionadas y se las mantuvo en agitación constante durante 72 h en un agitador elíptico a 200 rpm. Transcurrido el tiempo estipulado se filtraron las soluciones a través de un filtro de 0,45 µm y se determinaron las concentraciones de las mismas por espectrofotometría UV.

Formulación de los sistemas ABZ:β-CDs - Se elaboraron sistemas ABZ:β-CDs en una relación molar 1:1, empleando β-CD y C-β-CD, mediante dos métodos: 1. Mezcla física (MF): el ABZ y la CD se interpusieron en un mortero, y se procedió a la mezcla de ambos compuestos; 2. Secado por aspersión (SA): se disolvieron el ABZ y la CD en una solución de ácido acético, procediendo luego al secado mediante el empleo del equipo Mini spray dryer Modelo B-290 Buchi.

Caracterización de los sistemas ABZ:C-β-CD - Se realizó mediante calorimetría diferencial de barrido (CDB), difracción de rayos x (DRX), IR, MS y RMN (ROESY). Se realizaron además estudios de velocidad de disolución y solubilidad del ABZ incluido en los sistemas.

Resultados

Se realizaron los análisis de solubilidad de fases del ABZ en presencia de C-β-CD, β-CD, HP-β-CD y M-β-CD con el objetivo de comparar las constantes de formación (Kf) para cada CD. A partir de los mismos se observó un comportamiento lineal entre la concentración de C-β-CD, HP-β-CD y M-β-CD, y la concentración del ABZ. Estos resultados indicaron que las isotermas obtenidas fueron de tipo A_L de acuerdo al modelo propuesto por Higuchi y Connors.[4] El valor de la constante de formación (Kf) obtenido para la C-β-CD (1037 M^{-1}) fue aproximadamente tres veces superior que los obtenidos para HP-β-CD (313 M^{-1}) y M-β-CD (337 M^{-1}).

Los sistemas ABZ:C-β-CD preparados por SA y MF mostraron un notorio incremento en la velocidad de disolución con respecto al ABZ (Figura 1 A). Se realizaron además los perfiles de disolución de los sistemas ABZ:β-CD obtenidos por SA y MF, presentando ambos un porcentaje de droga disuelta menor que el sistema ABZ:C-β-CD (MF). Es preciso destacar que el sistema ABZ:C-β-CD (SA) permitió una completa disolución del fármaco transcurridos 20 minutos del ensayo de disolución.

Los estudios de CDB, DRX e IR, confirmaron la formación del complejo en estado sólido, sólo en los sistemas obtenidos por SA.

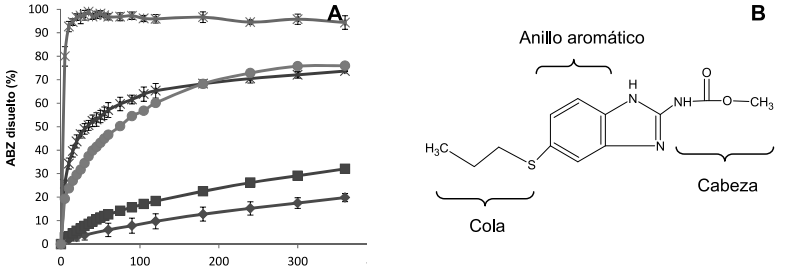


Figura 1.A Perfiles de disolución en HCl 0,1 N para el ABZ, ABZ: β-CD MF, ABZ: C-β-CD MF, ABZ: C-β-CD SA y ABZ: β-CD SA. **B.** Estructura química del ABZ.

De acuerdo al análisis de los espectros de ROESY, se postuló que las regiones del ABZ (Figura 1 B) que se encuentran en el interior la C-β-CD, son el anillo aromático y la cola. En relación a la conformación del ABZ, podría inferirse que existe proximidad entre la cola y el anillo aromático del mismo.

Conclusiones

El C-β-CD presentó una elevada afinidad por el ABZ, formando complejos en una relación molar 1:1. Asimismo la Kf obtenida para la C-β-CD fue aproximadamente tres veces superior que las obtenidas para HP-β-CD y M-β-CD. Por otro lado, los sistemas formulados con C-β-CD incrementaron en mayor medida la velocidad de disolución del ABZ en comparación con los sistemas formulados con β-CD.

Referencias

1- García, A., Barrera, M. G., Piccirilli, G., Vasconi, M. D., Di Masso, R. J., Leonardi, D., Hinrichsen, L. I. y Lamas, M. C. (2013) Novel albendazole formulations given during the intestinal phase of Trichinella spiralis infection reduce effectively parasitic muscle burden in mice. *Parasitol. Int.*, 62, 568-570.

2- Challa, R., Ahuja, A., Ali, J. y Khar, R. K. (2005) Cyclodextrins in drug delivery: An updated review. *AAPS PharmSciTech*, 6, E329-E357.

3- Chaleawlert-umpon, S., Nuchuchua, O., Saesoo, S., Gonil, P., Ruktanonchai, U. R., Sajomsang, W. y Pimpha, N. (2011) Effect of citrate spacer on mucoadhesive properties of a novel water-soluble cationic β-cyclodextrin-conjugated chitosan. *Carbohyd. Polym.*, 84, 186-194.

4- Brewster, M. E. y Loftsson, T. (2007) Cyclodextrins as pharmaceutical solubilizers. *Adv. Drug Del. Rev.*, 59, 645-666.

APLICACIÓN DE LA MÉTRICA SEIS SIGMAS PARA EL ANÁLISIS Y MEJORA DEL PROCESO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Fajreldines, A.; Valerio, M.; Pellizzari, M.

Dpto. de Calidad y seguridad del paciente - Hospital universitario Austral

Antecedentes

La visión seis sigmas de la calidad es un enfoque proactivo de mejora que tiene como elemento clave la disminución de la variabilidad y la eliminación de la no conformidad. No hay literatura disponible sobre la implantación de seis sigmas en el manejo de medicamentos en hospitales. La reducción de la variabilidad mejora la eficiencia de un proceso ya que aumenta su capacidad, es decir produce más unidades en menor tiempo o con menores recursos. La visión de seis sigmas usa la desviación estándar del proceso y define que el proceso para que produzca de modo eficiente tiene que mantener sus no conformidades dentro de seis desvíos estándares, cuando esto sucede el proceso está dentro del 99,95% de su eficiencia, también usa las partes de defecto por millón de unidades (DPMO) para calcular el posible margen de error del proceso a analizar y trata de minimizar con mejoras ese margen de modo que solo se produzcan 3.14 unidades defectuosas por cada 1.0000.000 de unidades producidas.

Objetivos

Evaluar la prescripción en uci con la métrica de seis sigmas antes y después de una intervención de mejora de la calidad del proceso de prescripción.

Material y métodos

Análisis de dos muestras trimestrales aleatorias de prescripciones de pacientes adultos de uci de los años 2013-2014. Se utilizó el indicador medicamentos incorrectamente prescriptos/100 órdenes de prescripción (EP). Se calculó el índice de defectos por un millón de prescripciones (DPMO) con la tabla de conversión de six sigma, se consideraron factores críticos de calidad (FCC) a 8 elementos de la prescripción: paciente, medicamento, dosis,

frecuencia, hora, vía de administración, días de tratamiento, duplicación o interacción grave. Se definieron los límites de referencia del proceso: superior (LCS): 5% e inferior (LCI): 1%, es decir que el proceso debe mantenerse por debajo del 5% de error o no conformidad, como nivel inferior se consignó 1% porque el sistema electrónico no tiene alertas por tanto es improbable que no exista error. Las prescripciones incorrectas se clasificaron con el estándar internacional de errores de prescripción (EP)[1], el EP se consideró no conformidad. La intervención de mejora fue la incorporación de guías de práctica clínica para la prescripción del médico, y la validación del farmacéutico. Se usó el programa SPSS20 para el análisis estadístico, se consideró un Intervalo de confianza del 95%, se calculó el Odd ratio en cada etapa y la reducción del riesgo relativo (RRR).

Resultados

Se observó disminución del EP 3,29% a 0,64%, OR 0,19 (IC 95% 0,07-0,23).RRR: 80%, aunque el proceso estuviera dentro de los LC existía un desvío mejorable y pequeño que pudo visualizarse con la visión seis sigma. La desviación estándar se redujo un 50% de 1,13 a 0,65.

Discusión y Conclusiones

Hubo reducción significativa de la no conformidad del proceso utilizando la visión seis sigmas. No podemos compararnos con otros autores porque no existe la métrica seis sigmas en la prescripción de medicamentos en hospitales. La intervención de la estandarización fue relevante para la mejora del proceso. La visión seis sigmas es útil para la mejora de la prescripción de medicamentos en hospitales.

Bibliografía

1- Seis sigmas. Documentos del curso de experto en seis sigmas de la escuela Bureau Veritas, Argentina. 2013.

2- Políticas y procedimientos del Hospital Universitario Austral. Versiones 2012-2013.

3- Manual de Farmacia Clínica y atención farmacéutica. Carranza. Edición 2008.

4- Seis sigmas. Manuel García et al. Revista Industrial Data. Facultad de ingeniería, Universidad de Lima, Perú. ISSN 18109993.

[1] Estándar de National Council Coordinating for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP).

IMPLICANCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS A DROGAS EN LA HOSPITALIZACIÓN

Fajreldines, A.; Pellizzari, M.; Davide, L.; Malvicini, A.; Valerio, M.

Dpto. de Calidad y seguridad del paciente - Servicio de Farmacia
Hospital Universitario Austral

Antecedentes

En los años 1964 y 1981 Schimmel et al y Steel et al respectivamente, hallaron un 20% y 36% de eventos adversos asociados a la hospitalización y en ambos estudios los eventos más frecuentes fueron los eventos adversos a drogas (ADES). El estudio Bates, D (1997)[1] mostró sobre una población de más de 2000 pacientes que los ADES prolongan la hospitalización en valores de 2.2-4.6 días/paciente. La OMS propone una categorización de daño asociado a medicación con una escala que va de la A a la I, donde I es muerte asociada a medicación.

Objetivo

Medir los ADES en una población de pacientes adultos y su implicancia en la prolongación de la hospitalización.

Material y métodos

Estudio de prevalencia de corte transversal con una intervención de mejora. El estudio se realizó en el Hospital Austral, el periodo fue: enero-septiembre 2013. Los pacientes incluidos fueron 800 distribuidos en dos muestras de 400, una pre intervención y una post intervención. La muestra total fue emparejada por distribución de edad y sexo. La fuente de datos fue la historia clínica electrónica (HCE). Se usó para la valoración de ADES el algoritmo de Naranjo y la metodología Trigger Tools del Institute for Healthcare Improvement para su detección. Se volcaron los datos en una plantilla Excel

[1] Los costos asociados a ADES son calculados por autores americanos en función de algoritmos que identifican la causa de la morbilidad o daño asociado o no a medicamentos, y sobre ellos calculan días de hospitalización prolongados, pruebas de monitoreo solicitadas para controlar el efecto del daño, horas de monitoreo de personal sanitario, insumos utilizados, antídotos entre otros.

con los datos de cada paciente y los ADES. Se consideró días de estancia prolongada por ADES a toda aquella consecuencia clínica de categoría F según el estándar de daño de la OMS (Categorias A-I), que prolongo la hospitalización y cuyo elemento causal no fue la patología de base del paciente sino la/s drogas administradas (comparativamente se analizó pacientes de condiciones similares sin ADES y la diferencia en la longitud de estancia se atribuyó a prolongación por ADES). Se trabajó estadísticamente con el programa SPSS21 (análisis de regresión logística multivariada y odd ratio). La intervención de mejora fue el entrenamiento a médicos, farmacéuticos y enfermeros en farmacovigilancia, monitoreo y conciliación de la medicación para evitar duplicidades terapéuticas y fármacos innecesarios.

Resultados

Se analizaron 800 pacientes, media de edad: 53,2, distribución por sexo: 59% mujeres, 41% varones. La aparición de ADES en la pre intervención fue: 40,67% y 11,33% en la post intervención. La prolongación de la hospitalización fue 93 días totales (media de 0.23 días/paciente) y 8 días (0.02 días/paciente) en la pre y post intervención respectivamente, p=0,01. El OR para la aparición de ADES se redujo de 10,5 (pre) a 0,094 (post) con una significancia estadística de p=0.0001. El análisis de regresión logística mostró asociación significativa de aparición de ADES a sexo masculino p=0.001, y a polifarmacia (más de 5 fármacos prescriptos concomitantemente): 0.001.

Discusión

La prolongación de la estancia dio valores menores a los estudios de Bates, D (1997) pero se trata de estudios con una población mayor de pacientes (2000) y una población ajustada por índice de morbilidad y mortalidad. Hay que seguir estudiando el tema en mayor profundidad mediante un diseño de cohortes y un modelo de incidencia para disponer de información más consistente.

Conclusiones

La intervención redujo significativamente la prevalencia de ADES, se abre una nueva oportunidad de mejora en el diseño de futuros estudios del tema.

Palabras clave

Eventos adversos a drogas (ADES), hospitalización, prolongación de la estancia hospitalaria.

Bibliografía

1- The cost of adverse drug events in hospitalized patients. Bates et al. Disponible en: http://www.wales.nhs.uk/sites3/documents/841/Bates%20DW,%20Spell%20N,%20Cullen%20DJ,%20et%20al%201997.pdf

2- Rozich J, Resar R. Medication safety: one organization's approach to the challenge. Qual Manag Health Care. 2001; 8:27-34.

3- Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med. 2005;165:424-9.

4- Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C, Rooney D, Barnard C, Noskin GA. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. Am J Health Syst Pharm. 2004;61: 1689-95.

5- Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. Ann Intern Med. 2003;138:161-7.

6- Rogers G, Alper E, Brunelle D, Federico F, Fenn CA, Leape LL, et al. Reconciling medications at admission: safe practice recommendations and implementation strategies. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006;32:37-50.

7- Faris RJ. Preventable drug-related morbidity and seamless care. En: Seamless care: A pharmacist's guide to continuous care programs. Ottawa: 2003; p. 13-8.

8- Thompson CA. JCAHO views medication reconciliation as adverse-event prevention. Am J Health Syst Pharm. 2005;62:1528-32.

9- Pickrell L, Duggan C, Dhillon S. From hospital admission to discharge: an exploratory study to evaluate seamless care. Pharm J. 2001;267:650-3.

10- The National Coordinating Council for medicacion Error Reporting and Prevention. Disponible en : www.nccmep.org/MedErrorCatIndex.htm

11- Lessard S, DeYoung J, Vazzana N. Medication discrepancies affecting senior patients at hospital admssion. Am J Health Syst Pharm. 2006;63: 740-3.

12- Boockvar K, Fishman E, Kyriacou CK, Monias A, Gavi S, Cortes T. Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients transferred between acute and long-term care facilities. Arch Intern Med. 2004;164:545-50.

13- Kliethermes MA. Continuity of care: the significance of the pharmacist's role. Am J Health Syst Pharm. 2003;60:1787-90.

14- Errores de medicación en las admisiones hospitalarias. Necesidad de una historia farmacoterapéutica única. Noticias Farmacoterapéuticas. 2005;42:11-2.

15- The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP). NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors [citado 27 Mar 2007]. Disponible en: http://www.nccmerp.org/ pdf/indexColor2001-06-12.pdf.

16- Institute for Safe Medication Practice. ISMP's List of High-Alert Medications [citado 27 Mar 2007]. Disponible en: http://wwwismporg/Tools/highalertmedication. pdf

17- Gurwich EL. Comparison of medication histories acquired by pharmacists and physicians. Am J Hosp Pharm. 1983;40:1541-2.

18- Shane R, Gouveia WA. Expanding pharmacy's reach across the care continuum. Am J Health Syst Pharm. 2005; 62:430-1.

19- Manual de estándares de la Joint Commission International. 2011.

DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y MEDICIÓN DE CUMPLIMIENTO DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DOLOR POST-QUIRÚRGICO

Fajreldines, A.; Valerio, M.; Malvicini, A.; Davide, L., Alvarez, J.; Pellizzari, M.

Servicio de Farmacia. Dpto. de calidad y seguridad del paciente. Hospital Austral

Antecedentes

El dolor postquirúrgico (DPO) se integra en la categoría de dolor agudo. Las guías de práctica clínica (GPC)[1] son algoritmos basados en la evidencia que dirigen la decisión clínica de modo de tratar a todos los pacientes sobre bases claras y disminuir la variabilidad en los procesos sanitarios. El farmacéutico inserto en los equipos clínicos genera un valioso aporte sugiriendo tratamientos más óptimos que disminuyen la variabilidad, la toxicidad y los costos.

Objetivos

Diseñar una GCP de dolor post-quirúrgico de adultos. Medir la adherencia a ella, medir su efectividad clínica y niveles de toxicidad.

Metodología

La GCP se diseñó sobre la evidencia científica,(1,2,3) la escala de dolor adoptada fue la numérica recomendada por la OMS[2] y el trabajo fue desarrollado por un equipo multidisciplinario liderado por un farmacéutico, que elaboró la guía, diseño el algoritmo, comunicó la guía, y diseño indicadores pertinentes. El periodo del estudio fue: septiembre 2012- julio 2013, septiembre de consideró antes de la GPC y octubre-2013-julio 2013 post GPC. Los

[1] Guías de práctica clínica (GPC): protocolos, algoritmos o vías que guían la atención clínica para reducir los riesgos incluidos en los procesos de atención y prestar una atención sanitaria de calidad mediante prácticas basadas en la última evidencia. Manual de estándares de la JCI, página 145. Capitulo Calidad y seguridad del paciente. Elementos medibles 2.

[2] Escala de dolor de la OMS: 1-3 dolor leve, 4-7 moderado, 8-10 intenso.

datos fueron relevados de la historia clínica electrónica (HCE) de muestras al azar de pacientes quirúrgicos no ARM de cirugías con hospitalización. Los indicadores fueron medidos en series temporales antes y después de la implementación. Los indicadores diseñados fueron proporciones y los valores de referencia fueron consensuados con el equipo que diseñó la GPC: 1) *Adherencia:* proporción de pacientes que salen de quirófano con analgesia según GCPx100/total de pacientes auditados. Valor de referencia: 100%. Proporción de pacientes con prescripción y administración de analgesia según la GPC correcta x100/Total de pacientes auditados (prescripción en sala y administración por parte de la enfermera). Valor de referencia: 100%. 2) *Efectividad:* Proporción de pacientes que cambiaron de esquema analgésico a uno más potente por mal control del dolor con el primer esquema x100/ Total de pacientes auditados. Valor de referencia: <5%. *Toxicidad*: Número de pacientes con efectos adversos imputados a analgesia. Valor de referencia: disminución en la tasa. Proporción de pacientes con deterioro del sensorio, diminución de la TA, de la FR, de la saturación y uso de revertidores (naloxona para revertir toxicidad por opioides) en pacientes con analgesia del escalón 3 (morfínicos mayores en infusión continua) x100/Total de pacientes con analgesia del escalón 3. Valor de referencia: 0. Los indicadores mencionados se obtuvieron de las historias clínicas electrónicas de pacientes post-quirúrgicos sin ARM. Se analizaron muestras aleatorias de 70 pacientes/ mes en el primer mes antes de la implantación de la guía (septiembre) y un mes luego de la implantación de la guía. Se usó el programa SPSS 20 para el análisis estadístico. Algoritmo de la GPC: Escalón 1 (de puntuación 0 a 3): analgésicos no opiáceos, categoría “dolor leve o bajo impacto doloroso”. Escalón 2 (de puntuación 4 a 7): analgésicos no opiáceos en combinación con opiáceos débiles, categoría “dolor moderado o moderado impacto doloroso”. Escalón 3 (de puntuación 8 a 10): analgésicos opiáceos mayores, categoría: “dolor intenso o alto impacto doloroso”. Dosificación e indicaciones de los AINEs e.v. Diclofenac: 1mg/kg/dosis cada 12 hs. Ketorolac: 0,2-05mg/kg/dosis cada 8 hs. Tramadol: 1mg/kg. Fentanilo: 50mcg en rescates con la frecuencia que indica la valoración del dolor. Se consideró la media de estadía de los pacientes con cirugías del escalón 3, para el análisis de costos: el monto se calculó solo sobre morfínicos, coadyuvante y AINES, no se consideró horas hombre, materiales biomédicos empleados, ni costos de equipos.

Resultados

Los indicadores mostraron (se consignan los porcentajes medidos en la serie de datos septiembre 2012-julio 2013): *Adherencia:* septiembre

51.42%, octubre: 97.14%, noviembre: 100%, diciembre: 92.8%, enero: 87.1%, febrero: 91.14%, marzo: 95.7%, abril: 97.1%, mayo: 91.42%, junio: 97.14%, julio: 95.71%. Tendencia ascendente del 47%, p=0.005 IC 95%, *efectividad*: proporción de pacientes que cambiaron de escalón a uno de mayor analgesia por mal control del dolor con el primer esquema. 7.14%, 4.29%, 2.86%, 0%, 0%, 0%, 0%,1.43%, 0%, 0%,2.86% (septiembre-julio). Tendencia variable pero descendente global con dos puntos fuera la referencia, los casos fueron de 2 pacientes con una valoración de dolor y un esquema de mayor potencia analgésica sin necesidad. Tendencia descendente, p=0,07, IC95% (NS). *Toxicidad*:1,2,1,0,0,0,2,0,0,1,0 (septiembre-julio). Todos los eventos adversos con la puntuación del algoritmo de Naranjo dieron "probables", se vio una mayor frecuencia de náuseas a tramadol, lo que sugiere una revisión de la guía en cuanto a plan de antieméticos dado que este síntoma se debe a tramadol pero también a anestésicos generales y locales empleados durante la cirugía. Proporción de pacientes con eventos adversos graves a morfínicos mayores en pacientes del escalón 3: 3,84% (n=8). Diminución de los costos asociados al uso de analgésicos con y sin GPC: $2.199384 antes (1 año) y $859.896 (1 año) después p=0.004. Costo medio/cirugía, antes: $305.47; después: $119.43, p=0.005. Antes de la implementación de la GPC se usaban hasta 8 tipos de AINES, luego de la implementación este número se ajustó a 3. Opioides de 5 tipos a 2.

Discusión

Si bien la GPC tiene puntos débiles a trabajar, la adherencia lograda ha sido alta y su efectividad clínica medida en términos de eficacia terapéutica y niveles de toxicidad y disminución de los costos ha sido significativa también. Se abren nuevas oportunidades de mejora para lograr la meta de la aplicación de la GPC que se fijó en el 100% de los pacientes tratados. Hemos estudiado los niveles de adherencia de hospitales referentes en el mundo encontrando valores similares en adherencia: 89-96% en hospitales como los del programa Intermountain Healthcare (USA) y de la Clínica Universitaria de Navarra (España).

Conclusiones

La aplicación de la GPC fue útil para estandarizar los tratamientos, y reducir la variabilidad en los mismos. La eficacia farmacoterapéutica de la GPC también se podría haber valorado en función de los números de dosis fuera de esquema (dosis PRN) usadas a pesar de haber hecho buen uso del

algoritmo de la GPC, queda pendiente este punto para futuras investigaciones que ameritarían estudios prospectivos, de casos y controles.

Bibliografía

1- Guía de buenas prácticas de dolor, Francisco Toqueo de la Torre. Disponible en https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_dolor_0.pdf

2- GENOVÉ M, MIRALLES F, CATALÁ E, ALIAGA L. Dolor agudo y postoperatorio. En: Aliaga L, Baños JE, de Barutell C, Molet J, Rodríguez de la Serna A (eds). "Tratamiento del Dolor. Teoría y Práctica", 2ª ed. Barcelona, Permanyer 2002; 151-82.

3- BANDARAGE U, CHEN L, FANG X, GARVEY D, ET AL. Nitrosothiol esters of diclofenac: synthesis and pharmacological characterization as gastrointestinal-sparing produgs. J Med Chem 2000; 43:4005-16.

4- Manual de estándares de JCI, edición 2011. Página 98. Capítulo "cuidados del paciente", elementos medibles 6,7.

5- Guía de dolor post-quirúrgico de la Clínica Universitaria de Navarra. Compliance e indicadores. Documento de consenso, año 2011. Disponible en: www.unav.es/unidaddedolor

6- Documento "Managment of pain". Intermountain Healthcare. Disponible en http://intermountainhealthcare.org

REACCIÓN LIQUENOIDE POR USO DE HIERBAS MEDICINALES

Araya M.[1]; Bugna L.[2]; Chiarvetti L.[1]; Gras M. C.[3]; Prida M.[3]

[1] Programa de Farmacovigilancia Hospital Iturraspe (ProFarmHI). Hospital JB Iturraspe. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe.

[2] Programa Provincial de Farmacovigilancia (PPFV). Dirección Provincial de Bioquímica, Farmacia y Droguería Central. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe.

[3] Servicio de Dermatología. Hospital JB Iturraspe. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe.

Introducción

La utilización de tratamientos alternativos, particularmente el uso de plantas medicinales (PM), es una práctica muy extendida y que está aumentando considerablemente. Según ANMAT circulan alrededor de 500 especies vegetales usadas con fines terapéuticos en Argentina, comercializándose en aproximadamente 12.000 farmacias de todo el territorio. Pero se conoce poco sobre el consumo en la población y sobre los posibles efectos adversos o interacciones con medicamentos.[1]

El creer que el uso de PM por el hecho de ser “naturales” es inocuo se contradice con el hecho de que el efecto curativo de las drogas vegetales se deba a su contenido de principios activos con actividad farmacológica. Las PM y las especialidades farmacéuticas comparten principios activos por esto, desde el año 2002 la Farmacovigilancia incorpora a las PM y medicina tradicional bajo su incumbencia.

En el hospital Iturraspe, desde el año 2012 funciona el ProFarmHI, programa de farmacovigilancia que monitorea en forma activa las sospechas de reacciones adversas de los pacientes del hospital y de manera continua releva interconsultas del servicio de Dermatología.

Presentación de lo observado

Un paciente, masculino de 44 años, con antecedente de depresión y epilepsia medicado con clomipramina 75 mg/día y oxcarbamacepina 900 mg/día desde 2010, se presentó a una consulta al servicio de Dermatología por la aparición de pápulas poligonales en abdomen y dorso que se generalizan,

pruriginosas. Se le solicitó un laboratorio general donde se observaron valores dentro de parámetros normales. Se realizó biopsia de piel, con el siguiente resultado: dermatitis de interfase vinculada a reacción liquenoide e infiltrado con eosinófilos. Debido a este resultado, el Servicio de Dermatología realizó interconsulta al ProFarmHI.

Al interrogatorio con los profesionales del ProFarmHI se advirtió que no hubo modificación de las dosis, frecuencias de administración, ni marcas comerciales de las drogas de uso crónico. El paciente tampoco refirió consumo de nuevos medicamentos, pero comentó que debido a presentar constipación, había comenzado a consumir una infusión de hierbas medicinales adquiridas en una herboristería tres semanas anteriores del comienzo de las lesiones, las cuales empeoraban con las sucesivas exposiciones. Inmediatamente se indicó la suspensión y se envió muestra para análisis al Laboratorio de Control de Calidad de Farmacobotánica de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, UNR. En la Tabla 1 se puede observar el resultado. Al mes de la suspensión de la infusión, todavía se observaban lesiones hipercrómicas secuelares que afectaban la vida social del paciente.

Evaluación

Se consideró al evento adverso relacionado a la administración inadecuada de PM. Según análisis de causalidad se clasificó como condicional (no existen notificaciones concluyentes sobre esta reacción). En la actualidad el paciente continúa en tratamiento con sus drogas prescriptas, habiendo suspendido la administración de la infusión, no habiendo presentado nuevas lesiones.

TABLA 1: ANÁLISIS MORFOLÓGICO – MACROSCÓPICO DE LA MUESTRA

Hojas , frutos y semillas de Sen	*Senna alexandrina* P. Miller	48,9 %
Leño de Quassia	*Quassia amara* L.	20,9 %
Capítulos y flores de manzanilla	*Matricaria recutita* L.	16 %
Hojas de dicotiledónea con caracteres xerofíticos		6,6 %
Hojas de Tomillo	*Thymus vulgaris* L.	6 %
Corteza de Cáscara Sagrada	*Rhammus purshiana* D.C.	1,1 %
Inflorescencias, hojas y tallos de gramíneas		1,1 %

Discusión

A menudo se recomienda el uso de PM como seguros e inocuos y la eficacia se consigue solamente con el uso adecuado de las PM, tanto en lo que se refiere a las indicaciones, como con la forma de administración y la dosificación.[2]

Es importante que la población general y los profesionales de la salud se encuentren atentos y pregunten dirigidamente sobre el uso de PM. Este caso hace reflexionar sobre la necesidad de construir y/o perfeccionar el marco reglamentario en todas las etapas de la cadena de comercialización y uso de PM y fitoterápicos. Este caso derivó en la puesta en marcha e implementación por el PPFV, del Reporte de problemas relacionados con el uso de medicamentos herbarios, drogas vegetales y/o preparados de drogas vegetales.

Agradecimiento

Dra. Gatusso Marta. Cátedra de Farmacobotánica Facultad de Bioquímica y Farmacia, UNR.

Bibliografía

1- Estudio Observacional del consumo de plantas medicinales en la provincia de Buenos Aires, Argentina, en el período diciembre de 2004 - Noviembre de 2005. Alicia E. Consolini, María I. Ragone, Ana Tambussi, Andrea Paura.

2- Riesgos de las plantas medicinales en uso concomitante con medicamentos. Serrano Ruiz A., Cabrera García L., Saldaña Valderas M., Ruiz Antorán B., Avendaño Solá C. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol 27- Nº 6 - 2003.

3- WHO monographs on selected medicinal plants Vol. 1- 4 World Health Organization. 1999 – 2009 Geneva.

4- Interacciones entre plantas medicinales y medicamentos. Boletín de la Tarjeta Amarilla. Número veintidós. Marzo 2006. Centro Regional de Farmacovigilancia de Castilla y León.

ESTIMACIÓN DE COSTOS DE PRODUCCIÓN DE INSUMOS TEXTILES ESTÉRILES PARA CURACIONES EN PACIENTE GRAN QUEMADO

Werle E.; Vera L.

Central de Esterilización de Misiones, Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga. Posadas, Misiones.

Introducción

Se considera gran quemado al paciente que posee las siguientes características: índice de gravedad >70 puntos, con quemaduras tipo AB o B (2° y 3°) o >20% Superficie Corporal Quemada (SCQ). Los pacientes con quemaduras graves son únicos, representando uno de los modelos de mayor gravedad, y por lo tanto, requieren de los mejores especializados en recursos materiales y humanos para el manejo integral de tan complejos enfermos. La atención especializada y el costo del día/cama de cada paciente crítico que ingresa en la unidad de quemados es elevada debido a que se requiere gran cantidad de insumos hospitalarios en función del tiempo de internación, que va desde 10 días hasta varios meses.

Objetivo

Estimar costos de producción de insumos textiles estériles para curaciones en paciente gran quemado.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo transversal. Auditoría de registros de insumos textiles estériles producidos, para un paciente masculino de 25 años de edad con quemadura 50% AB B, utilizados por el servicio de cirugía plástica en un mes de curaciones realizadas entre mayo y junio de 2014. Para estimar el costo de producción se tuvo en cuenta: materia prima: algodón 500g Doncella® y piezas de gasa 80cmx40m Teknosan®; materiales de acondicionamiento: cinta testigo para esterilización a vapor húmedo Tro-Pak® 18cmx50m, cinta de enmascarar 3M® 18cmx50m y papel grado médico 80cmx334m Kims®; gastos de consumo de energía eléctrica y agua potable en esterilización por ciclo de autoclave por vapor de agua Hogner® modelo VAP 5001 MEDICAL y mano de obra del personal de producción.

Resultados

El costo de producción aproximado de insumos textiles estériles requeridos para un mes de curaciones del paciente gran quemado fue: para 110 paquetes de gasas por 10u. 2.351,54 pesos, 80 paquetes de apósitos extra grandes 2.470,58 pesos, 73 paquetes de vendas de cuerpo de 20cmx20m 1.613,81 pesos y para 40 paquetes de vendas marinas 1.625,22 pesos. La aproximación del costo total de producción de insumos textiles estériles asciende a 8.061,15 pesos.

Conclusiones

Se observó que la estimación del costo de producción de insumos textiles estériles arrojó valores elevados para un mes de tratamiento. Este trabajo constituyó la primera aproximación de gastos de insumos producidos por el servicio de esterilización para el servicio de quemados de la institución, como antesala del diseño e implementación de un programa de uso racional de dichos insumos para contribuir a disminuir costos en la hospitalización. Para una estimación de costo más precisa se deberían incluir otros gastos como la amortización de los equipos, los servicios de la central de esterilización y el costo del total del recurso humano afectado.

Bibliografía

1- Broche Valle, F.; Céspedes Miranda, M.; Saldaña Bernabeu, A. & Cruz Pérez, L. (1999). La enfermedad por quemaduras como modelo de respuesta inflamatoria sistémica. Revista Cubana Investigación Biomédica, 18(2): 77-85. Recuperado en 27 de junio de 2014. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03001999000200002&lng=es

2- Carrillo Esper, R.; Peña Pérez, C.; De la Torre León, T.; Espinoza de los Monteros Es-trada, I.; Rosales Gutiérrez, A. & Nava López, J. (2014). Estado actual sobre el abordaje y manejo del enfermo quemado. Revista de Asociación Mexicana de Medicina y Terapia Intensiva. 17(1): 32-45.

3- Chávez Suarez, M.; Navarro Wallmark, B.; Soto Morales, J.; Torres Cortés, M. & Treviño García, M. (2009). Diagnóstico y tratamiento del paciente gran quemado. Guía clínica. Recuperado en 27 de junio de 2014. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

4- Curiel Balsera, E.; Prieto Palomino, M.; Fernández Jiménez, S.; Fernández Ortega, J.; Mora Ordoñez, J. & Delgado Amaya, M. (2006). Epidemiología, manejo inicial y análisis de morbimortalidad del gran quemado. Revista Médica Intensiva 30(8): 363-639. Recuperado el 27 de junio de 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021056912006000 800001&lng=es

5- Danilla, E.; Stefan Norambuena, B.; Hernán Searle, F.; Fuentes, F.; Castillo, D.; Feres, W. & Troncoso, R. (2011). Análisis crítico de guía clínica GES gran quemado versión 2007. Revista chilena de cirugía, 63(3): 262-269. Recuperado en 27 de junio de 2014. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-4 02 620 11000300 00 5&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-40262011000300005 0

UNIDAD DE OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA DE ROSARIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO EN EL MARCO DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES

Echenique M. A.[1]; Amherdt A.[1]; Tassone V.[2]; Bianchi M.[3]; Colautti M.[4]

[1] Alumnas 5to. año de la carrera de Farmacia de la FCByF- UNR.

[2] Farmacéutica. Becaria de la UOF. Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe 2° Circunscripción.

[3] Maestranda de la Carrera de Postgrado de la Maestría en Salud Pública. Jefe de Trabajos Prácticos Área Farmacia Asistencial. FCByF- UNR.

[4] Magister en Salud Pública. Jefe de Trabajos Prácticos Área Farmacia Asistencial FCByF UNR.

Antecedentes

Ante la problemática de la utilización de los medicamentos y las dificultades para prestar servicios de Atención Farmacéutica (AF) en el ámbito de las farmacias comunitarias, la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, de la Universidad Nacional de Rosario (FCByF UNR), junto al Colegio de Farmacéuticos de 2da Circunscripción de Santa Fe, observan la necesidad de conformar e implementar un espacio físico destinado a brindar servicios de AF gratuitos a la comunidad, generándose de este modo, la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia (UOF). Este trabajo es elaborado en el marco de la asignatura curricular Prácticas Profesionales Nivel II de 5to año de la carrera de Farmacia de la FCByF UNR.

Objetivos

Presentar un caso en el que intervino la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia de Rosario.

Materiales y Métodos

Dentro del pool de pacientes, 66 entrevistas, se selecciona un caso, dentro del período de práctica. Para el abordaje del caso se utilizan los métodos establecidos en la UOF. *Presentación del caso:* Paciente femenina, 67 años, con un IMC de 30.85.Kg/m2. Derivada por uno de los referentes del centro de jubilados para que se asesore en el uso correcto y seguro de los

medicamentos. Su farmacoterapia incluye 9 medicamentos: enalapril 10 mg, furosemida 40 mg, genfibrozil 900 mg, cilostazol 100 mg, carvedilol 12.5 mg, alprazolam 0.5 mg, insulina humana 25/75%, levotiroxina 50µg y pantoprazol 40mg. También realiza tratamientos no farmacológicos que incluyen leche de alpiste y agua con limón.

Resultados

Se encontraron oportunidades de optimización de la farmacoterapia que son plasmadas en un informe individual dirigido a la paciente donde se sugieren: ajustes de horario y modo de administración de algunos medicamentos, otras opciones terapéuticas y modificaciones del estilo de vida. Se realiza un seguimiento personalizado luego de la entrega del primer informe para evaluar los resultados de dicha intervención farmacéutica.

Conclusión

La intervención de la UOF brinda al paciente herramientas para optimizar su farmacoterapia y reforzar su educación en salud para alcanzar resultados que colaboren a mejorar su calidad de vida en relación con lo promovido desde la filosofía de la AF. La integración de alumnos a estas prácticas estimula una lectura crítica de la realidad que fortalecerá su desempeño como futuro profesional sanitario.

Bibliografía

1- Colautti M., Bianchi M., Paciaroni J., Sopranzetti V., Palchik V., Traverso M.L., Salamano M. “Génesis de una Unidad de Optimización de la Farmacoterapia en Argentina”.

2- Revista electrónica Gestao & Saude Vol. 5, N° 01. Año 2014 p 156-165.

3- Vademécum de medicamentos de uso en la Argentina. 21° Edición 2014.

4- Consulta en: www.medscape.com.

5- Consulta en: www.drugs.com

AUMENTO EN EL REGISTRO DE PACIENTES CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN UN HOSPITAL REFERENTE DE ÁREA IMPULSADO DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA

Bessone L.[1]; Lopez A. [2]; Alovero F. [3]

[1] Servicio de Farmacia y [2] Servicio de Infectología,
Hospital "Dr. Arturo U. Illia" (HAUI). Alta Gracia. Córdoba. Argentina.
E-mail: lilibessone@hotmail.com

[3] Departamento de Farmacia. Facultad de Ciencias Químicas.
Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba. Argentina

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema de salud pública mundial.[1] Para diagnóstico y tratamiento de ITS se usa el *manejo* sindrómico, el cual aporta soluciones inmediatas, es de bajo costo, seguro y adaptable a cada región, disminuyendo la trasmisión de estas enfermedades.[2,3] Además, brinda un espacio de consejería y propicia el uso racional de los recursos. En HAUI se implementó el *Programa Nacional de Lucha contra VIH- ETS* en 2009. La falta de registro de pacientes en el *Programa* conduce a desaprovechamiento de los recursos provistos por el mismo en detrimento de los propios del Servicio de Farmacia.

Objetivos

(i) analizar la información disponible en Farmacia del HAUI sobre pacientes bajo Programa en 2011, evaluando utilización de esos medicamentos y las intervenciones efectuadas; (ii) analizar impacto de diversas acciones implementadas para mejorar los registros en el Programa; (iii) contribuir al conocimiento de tendencias epidemiológicas locales.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal a partir de los datos de 2011 de pacientes que solicitaron en Farmacia tratamiento sindrómico para ITS y registrados en el *Programa*. Se excluyó pacientes con VIH y HPV, por no admitir manejo sindrómico.

Los datos 2011 se confrontaron con los de 2009 y 2010.

Entre julio y diciembre de 2011 se implementaron actividades en diversos ámbitos: (i) jornadas de capacitación sobre ITS con todo el equipo de salud del HAUI; (ii) gestiones con APS de la ciudad con el fin de mejorar los registros; (iii) jornadas de concientización/prevención de ITS para la comunidad.

Por lo expuesto, la evolución de los registros en el *Programa* en 2011 se analizó en 2 períodos: enero-junio y julio-diciembre.

Variables consideradas: sexo, edad, domicilio, diagnóstico, condición, etc.

Se analizaron las intervenciones farmacéuticas realizadas, cumplimiento del tratamiento, medidas de prevención y tratamiento de la pareja sexual.

Se confrontaron los registros del Programa con otros registros del HAUI:

- Con Planillas C2 de Estadística Provincial de Epidemiología.
- Tratamientos sindrómicos para sífilis con resultados de VDRL del laboratorio.

Resultados

Los pacientes registrados en el Programa en 2011 (n=94) duplicaron los registrados en los 2 años previos, correspondiendo casi el 70% a la segunda mitad del año. Se incluyeron en el Programa 3 pacientes internados por otras causas y que cursaban una ITS y 6 mujeres embarazadas.

Las mujeres representaron el 63,8% de los casos registrados. La franja etaria predominante fue la de 21-50 años (70.2%). Aunque el HAUI es hospital referente de área, casi el 80% de los casos son domiciliados en Alta Gracia.

Luego de las capacitaciones se notó aumento de casos de Tricomoniasis, (44,7%) registrados en el Programa, mientras los casos de sífilis fueron el 25,5%. En el 22,3% de los casos no se especifica el tipo de ITS al solicitar el tratamiento sindrómico.

Se observó elevado cumplimiento de tratamientos según pautas del Programa, incrementándose al final de la segunda etapa el porcentaje de pacientes que hicieron el tratamiento en pareja.

Se realizaron 20 intervenciones farmacéuticas a este grupo y disminuyó el porcentaje de fichas incompletas recibidas en Farmacia.

Además de entregar preservativos y consejería a todos los pacientes a partir de julio de 2011, se instalaron expendedoras de preservativos de fácil acceso al público para contribuir con la prevención.

Al final del estudio no se registraron en Farmacia reportes de eventos adversos a medicamentos del Programa.

Todos los casos con tratamiento sindrómico para sífilis (n=24) tuvieron resultado positivo en laboratorio, siendo 4 de los casos mujeres embarazadas. Hubo 8 casos de sífilis latente.

La confrontación de registros de pacientes bajo Programa con tratamiento sindrómico puso en evidencia que ninguno de esos casos había sido denunciado en planilla C2.

Conclusiones

Los registros de la etapa enero-junio de 2011 y de años previos no reflejaban realidad de las ITS en el HAUI. Las jornadas de capacitación/ concientización impulsadas desde Farmacia (julio-diciembre) generaron una favorable respuesta en todo el hospital reflejada en el aumento de casos registrados en el Programa y en la inclusión de pacientes internados por otras causas que cursaban ITS.

Estos cambios permiten tener datos más completos sobre estas enfermedades, reducir la transmisión, contribuir al conocimiento de la realidad epidemiológica local y disminuir las potenciales complicaciones de las ITS; además de permitir la optimización del uso de recursos en el servicio de farmacia.

La detección de embarazadas con sífilis permite implementar tratamientos que reduzcan la sífilis congénita.

Completar tratamiento y evitar automedicación son relevantes para retrasar la resistencia a antimicrobianos y reducir el contagio. El incremento de tratamientos en pareja evidencia el impacto de la capacitación realizada con el equipo del Hospital y alrededores. Este constituye otro ataque para bloquear la transmisión que se suma a lo aportado por el aumento de la entrega de preservativos.[1,2,5]

Los servicios farmacéuticos son responsables de suministrar medicamentos, contribuir a una mejor utilización [4] y propiciar el aprovechamiento de los recursos suministrados por éste y otros Programas específicos. Para ello

es necesario contar con registros completos y que se ajusten a la realidad de la población bajo su área de cobertura. Se continuará trabajando para reforzar los logros alcanzados respecto de aumentar los registros y para promover el reporte de efectos adversos de medicamentos suministrados por este Programa.

Bibliografía

1- Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006- 2015: romper la cadena de transmisión. Ginebra, Suiza: OMS; 2007. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/es/index.html

2- Organización Mundial de la Salud. Módulos de capacitación para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual. -- 2a ed. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2008. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241593407/es/

3- Ministerio de Salud de la Nación. Guía de manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA y ETS. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2007.

4- Federación Internacional Farmacéutica (FIP). Segunda parte: LA DECLARACION DE TOKIO. Buenas Prácticas de Farmacia: Normas de Calidad de Servicios Farmacéutico. En: OPS/OMS. El papel del farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud. Informe de la reunión de la OMS. Tokio, Japón 1993. OPS/HSS/HSE/95.01; 1995.

5- Crosby R.A., Charnigo R.A., Weathers C., Caliendo, A.M., Shrier, L.A. Condom effectiveness against non-viral sexually transmitted infections: a prospective study using electronic daily diaries. Sex Transm Infect 88: 484-489, 2012.

REPROCESAMIENTO DE ENDOSCOPIOS FLEXIBLES

Staffoli, N. B.; Becerra, M. C.; Albesa, I.; Agostini, H. S. de; Kleinlein, C.

Introducción

La aparición del endoscopio flexible, como herramienta de trabajo, ha proporcionado un salto cualitativo en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato digestivo.

El avance tecnológico y la complejidad del diseño de los instrumentos, constituido por lúmenes largos, estrechos y múltiples válvulas, requieren de un apropiado procesamiento de los endoscopios y de los materiales accesorios, para que la endoscopía garantice la ausencia de transmisión de infecciones, como daños derivados del uso de productos químicos para su procesamiento.(1,2)

Objetivos

Conocer el grado de adherencia y cumplimiento en la secuencia de los procedimientos de limpieza y desinfección de endoscopios flexibles en Instituciones de Salud del Nodo Rosario.

Realizar una serie de recomendaciones a los fines de que, los Centros Asistenciales de Salud puedan generar sus protocolos de reprocesamientos de endoscopios flexibles.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo en base a un cuestionario realizado a cuatro Instituciones de Salud participantes, que recoge datos de interés sobre las secuencias realizadas en la limpieza y desinfección de endoscopios flexibles. Ellos son: **Espacio Físico; Interés General**; **Protección del operador**; **Pre-limpieza**; **Limpieza**; **Enjuague**; **Secado**; **Desinfección alto nivel**; **Enjuague final –Secado final**; **Almacenamiento y Observaciones.**

Se consideró como grado de adherencia, las recomendaciones de máxima y mínima como criterio aceptable de cumplimiento. (3)

Resultados

De las cuatro encuestas realizadas a Instituciones de Salud del Nodo Rosario se observó que: el 75% realiza el reprocesamiento en lugar específico, el 75% adhiere a estudios microbiológicos de su instrumental, el 75% cuenta con elementos básicos de protección del operador, el 68,5% realiza los pasos de pre-limpieza (inmediato); el 64,25% adhiere a prueba de fuga (verificación de la integridad), sumergir luego en solución de agua y detergente enzimático, enjuague con agua calidad potable, renovar el detergente para procedimientos nuevos; el 60% realiza el enjuague con irrigación de canales, descarte de agua de enjuague en cada uso, secado con aire comprimido; el 87% adhiere a la desinfección de alto nivel, siguiendo las indicaciones del fabricante; el 83,5 % realiza el aclarado correctamente sumergiendo el endoscopio en agua calidad potable (como mínimo) irrigando los canales y válvulas; el 62,5% realiza un correcto secado final; el 68,75% guarda el endoscopio en lugar cerrado y separado; el 37,5% cumple con observaciones básicas: conservación de alcohol 70º tapado, confirmación de eficacia del desinfectante de alto nivel con tiras reactivas, el reprocesamiento de los cepillos de lavado y material accesorio de igual forma que el instrumental y su esterilización en el caso que lo requiera, el secado debe realizarse después de cada proceso y no sólo antes del almacenamiento.

Con respecto a la realización de capacitación contínua el 100% del personal de endoscopía respondió satisfactoriamente.

Discusión

Las secuencias de pre-limpieza, limpieza, enjuague, secado y almacenamiento están entre 60%-68.75%, la adherencia promedio de las 4 Instituciones a la realización correcta de los procedimientos de limpieza y desinfección de endoscopios es de 68,32%. El cumplimiento de las observaciones mínimas básicas emitidas por la WEO (Organización Mundial de Endoscopía) es muy bajo (37.5%).[4]

Se requiere formación continua para elevar el cumplimiento a todos los procesos de limpieza y desinfección de endoscopios flexibles, afianzando conocimientos del personal involucrado, aprovechando el alto interés por el aprendizaje. Es importante entrenar y re-entrenar periódicamente al personal en el armado/desarmado, limpieza, desinfección ó esterilización y almacenamiento de los equipos endoscópicos y sus accesorios, profundamente apenas terminada la endoscopía, estableciendo una cadena de

responsabilidades en la adherencia de los protocolos de las Instituciones de Salud de acuerdo a las normativas nacionales e internacionales como referencia.[5,6]

Bibliografía

1- Moreno F.M. Limpieza y desinfección de endoscopios flexibles. Revista ROL 2004; 27(12) 852-54.

2- Prevención y control de la infección nosocomial. (señal online) 2014 Ene-Mar (referido en 2014 Feb. 20). Disponible en:URL: http://www.saludpreventiva.com/web/index.php

3- U.S. Food and Drug Administration, Centers for Disease Control and Prevention and Department of Veterans Affairs Preventing Cross-Contamination in Endoscope Processing - Safety Communications. (2009, actualización 2012) U.S. Department Health and human services Nov-2009.

4- Rey J., Bjorkman D., Nelson D., Duforest-Rey D., Axon A., Sáenz R., Fried M., Mine T., Ogoshi K., Krabshuis J., LeMair A. Desinfección de Endoscopios-un enfoque sensible a los recursos. Organización Mundial de Gastroenterología-Organización Mundial de Endoscopía-Directrices Mundiales. 2011.

5- Resol.1547/2007. Guías de procedimientos y métodos de esterilización y desinfección para Establecimientos de Salud Públicos y Privados. Ministerio de Salud, Buenos Aires Nov. 2007.

6- Olympus Winter & Ibe GmbH .Manual de Instrucciones. Versión 1.5.2010.

VACUNACIÓN EN EL ADULTO: COBERTURA Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN

Erlij, M.S.; Girard, G.; Peralta, A.; Melito, G.

Universidad Maimónides. Hidalgo 775.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Antecedentes

La Campaña Conociendo Nuestra Salud (CNS), auspiciada por la OPS/OMS y organizada por las carreras de Farmacia y Bioquímica, es una jornada que se realiza ininterrumpidamente desde el año 2008 en donde alumnos y docentes de la Universidad Maimónides atienden en forma coordinada e interdisciplinaria a pacientes y comunidad en general.

Objetivos

Determinar el grado de conocimiento que posee una población de entre 20 a 60 años aproximadamente sobre su esquema de vacunación.

Materiales y métodos

Durante el recorrido que realiza cada uno de los pacientes por el circuito de salud de dicha campaña, se completa una Ficha de APS (Atención Primaria de la Salud) con los resultados observados por cada profesional, finalizando con una interpretación médica de los mismos. En el transcurso del año 2013 y principios del 2014 se ampliaron las preguntas incluyéndose algunas sobre vacunación. Se eligieron las vacunas de aplicación más frecuente y se indagó si tenían aplicadas las mismas, cuántas dosis y en qué año. Además, también si recordaban tener el carné de vacunación. Luego, los datos fueron volcados a un soporte informático con el cual se pudieron calcular los resultados obtenidos.

Resultados

Se contó con 349 respuestas (46,7% masculino) dentro del rango etario de los 20 a 60 años aproximadamente. A través de las mismas se observó que el 46% no sabe si está vacunado contra la hepatitis A y el 23% afirmó

no estarlo. Valores similares se presentaron con la antihepatitis B. En cuanto a la vacunación antitetánica, si bien solamente el 30% ignoró su protección frente a la bacteria, la mayoría no supo responder qué tipo de vacuna recibió y cuántas veces, lo cual pone en duda su correcta inmunización. Frente a la vacuna antigripal, fue en ésta donde se observó mayor seguridad al responder si se hallaban vacunados, encontrándose que el 50% sí lo está. Con respecto a la vacuna antineumoccócica, sólo se encontraban aplicadas en personas mayores de 50 años con alguna enfermedad de base. De las mujeres encuestadas, solamente siete de ellas (3.8%), menores de 23 años, dijeron haberse vacunado frente al Virus del Papiloma Humano (HPV). Cabe destacar que la mayoría de los pacientes no recuerda dónde tiene su carné de vacunación.

Conclusión

Se llega a la conclusión de que, si bien con la vacuna antigripal se obtuvieron resultados favorables, probablemente porque los pacientes la recuerden con mayor certeza por ser de aplicación anual y ampliamente difundida, con el resto de las vacunas analizadas se destaca una incertidumbre que posiblemente conduzca a la aplicación de refuerzos innecesarios. Esto genera un gasto que puede ser evitado a través de campañas donde se concientice a la población sobre la importancia de estar vacunados correctamente y llevar un registro de ello. El farmacéutico es el profesional clave para reforzar esta situación a través de la educación a los pacientes.

Bibliografía

1- Vega, María Elena. “Vacunas: niños, adolescentes y adultos”. 2da. edición. Argentina. 1997.

2- S. de Gentile, Ángela. “Guía de diagnóstico y tratamiento nº 1 parte II: vacunas”. Hospital de niños “Ricardo Gutiérrez”. 2da. Edición. Buenos Aires. 2005.

3- Uboldi, María Andrea. “Aspectos generales en vacunas 2014”. VIII curso de actualización en inmunizaciones a distancia. V curso latinoamericano. Hospital de niños “Ricardo Gutiérrez” [Fecha de consulta: 01 de julio 2014] Disponible en la Web: http://www.vacunashnrg.com.ar/pluginfile.php/23864/mod_resource/content/1/generalidades_wrd.pdf

4- Giglio, Norberto. “Seguridad y contraindicaciones en vacunas”. VIII curso de actualización en inmunizaciones a distancia. V curso latinoamericano. Hospital de niños “Ricardo Gutiérrez” [Fecha de consulta: 01 de julio 2014] Disponible en la Web: http://www.vacunashnrg.com.ar/pluginfile.php/23549/mod_resource/content/2/seguridad%20_wrd.pdf

ROL DEL FARMACÉUTICO EN LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS

Rondinone, F.; Jirala, M. A.; Melito, G.

Universidad Maimónides. Hidalgo 775.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción

En el Informe sobre la Salud en el Mundo de la OMS de 2002 se calculó que a nivel mundial el 62% de las enfermedades cerebrovasculares y el 49% de las cardiopatías isquémicas se debieron a la elevación de la presión arterial (presión arterial sistólica > 115 mmHg)".(1)

Es en este contexto que la Hipertensión Arterial (HTA) se considera una de las enfermedades crónicas prevalentes en la actualidad. Además, su incidencia relacionada con el aumento de la edad, hace que estos pacientes tomen varios fármacos, pudiendo omitir la ingesta de alguno por diversas causas, entre ellas el olvido, llevando a la no adherencia al tratamiento.

Objetivo

Evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores y detectar las posibles causas de su falta de adherencia.

Materiales y Métodos

Estudio cuantitativo, de corte transversal, descriptivo. La muestra estuvo constituida por 101 adultos mayores, de 65 a 95 años, que asistieron a una charla de educación alimentaria, organizada por la Universidad Maimónides a través de las carreras de Lic. en Nutrición y Gerontología, durante el mes de abril y junio 2013. La adherencia al tratamiento se valoró a través del Test de Morinsky-Green-Levine y Test de MBG (Martin-Bayarre-Grau).

Resultados

El 51% (52) de los adultos mayores presenta hipertensión. Los hom-

bres muestran mayor proporción de hipertensión (57%) que las mujeres. Del total de los pacientes hipertensos (n=52), sólo el 36.5% (19) se adhieren al tratamiento en su totalidad según el Test MBG. Siendo la mayoría de la población 63.5% (33) los que no cumplen con la adherencia al tratamiento antihipertensivo, correspondiendo un 42,3% (22) a los adheridos parciales y no adherentes el 21.2% (11).

Al evaluar la adherencia según el Test MGL, el 50% de los adultos mayores manifestó adherirse.

En cuanto a los motivos de falta de adherencia, el 40,4% declaró no acomodar nunca sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria, refiriendo jamás utilizar recordatorios que faciliten la realización del tratamiento (55.8%).

Conclusiones

En base a los resultados obtenidos, se observa un elevado porcentaje de la población que no cumple con ninguna de las recomendaciones necesarias para el tratamiento de esta enfermedad crónica. Es fundamental la educación al paciente sobre la patología que posee, los riesgos que puede padecer si no realiza los cambios necesarios en el estilo de vida y la importancia de cumplir con la toma de la medicación. Todas estas tareas, que pueden ser desempeñadas por el farmacéutico desde la oficina de farmacia, mejoraran notablemente la salud del paciente adulto mayor hipertenso.

Bibliografía

1- OMS, “Reducción del consumo de sal en la población”. Informe de un foro y una reunión técnica de la OMS, 2006, París (Francia).

2- Borges, José Wicto Pereira; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; Rodrigues, Malvina Thaís Pacheco and OLIVEIRA, Célida Juliana de. The use of validated questionnaires to measure adherence to arterial hypertension treatments: an integrative review. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2012, vol.46, n.2, pp. 487-494.

3- Martín Alfonso Libertad, Bayarre Vea Héctor D, Grau Ábalo Jorge A. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev. cub. Salud pública [serial on the Internet]. 2008 Mar; 34(1).

CUANTIFICACIÓN DE BIOACTIVOS EN NUEVAS VARIEDADES DE AMARANTO

Cruceño Costanzo S.[1]; Vilchez R.[2]; Aguilar E.[1]; Albarracín G.[1]; Escudero N.[1]

[1] Facultad de Química Bioquímica y Farmacia. [2] Facultad de Salud Universidad Nacional de San Luis.
E-mail: galba@unsl.edu.ar

Durante las dos últimas décadas del siglo XX cambió el modo de considerar los alimentos, desde que los consumidores comenzaron a valorarlos como medio para optimizar la salud y el bienestar, especulándose que la dieta y sus componentes de origen vegetal (fitoquímicos) y/o animal (zooquímicos) son algo más que un aporte de sustancias básicas para la nutrición. Además numerosas evidencias procedentes de estudios epidemiológicos, de experimentos con dietas controladas en humanos y animales de laboratorio y con cultivos celulares, han mostrado que existe una correlación significativa entre el aumento del consumo de frutas, hortalizas y granos con la disminución en la incidencia de enfermedades coronarias, algunos tipos comunes de cáncer, diabetes, artritis y otras enfermedades degenerativas (Sunan, W y col.2011). Esto es atribuido al hecho que esos alimentos pueden proveer una óptima mezcla de compuestos fitoquímicos, principalmente los antioxidantes naturales, fibras entre otros (Prior, R. y col. 2000; Miletić, I. y col. 2008). En el proceso metabólico los organismos producen radicales libres como resultado de las reacciones oxidativas los que inducen a enfermedades crónicas. En este sentido los antioxidantes naturales tales como: compuestos fenólicos (que incluyen los flavonoides), carotenoides y antocianinas, algunas vitaminas y minerales poseen la capacidad de contrarrestar este efecto en el organismo (Oliveira Pereira Bicudo, M y col. 2014). Algunos autores han demostrado propiedades nutraceúticas de los granos de amaranto tales como actividad antihiperlipidémica, antidiabética, hipocolesterolémica y su actividad antioxidante atribuida fundamentalmente a la presencia de flavonoides (Czerwnski J y col., 2004).

Objetivo

Evaluar la presencia de componentes bioactivos tales como: fenoles

totales, flavonoides y antocianinas en nuevas variedades de amaranto obtenidas en la región.

Materiales y Métodos

Se trabajó con semillas de: *Amaranthus hypochondriacus* var. *Dorado* (AHD), *Amaranthus cruentus* var. *Candil* (ACC), *Amaranthus cruentus* G6/17a (AcG6/17a), resultantes de un programa de desarrollo de cultivos por selección natural. Las mismas fueron, proporcionadas por la Facultad de Agronomía y Veterinaria de la Universidad Nacional de Río Cuarto, Provincia de Córdoba. Las muestras fueron molidas obteniéndose una harina que luego fue desengrasada. A partir de las mismas se realizó un extracto metanólico que se empleó en las sucesivas determinaciones de compuestos antioxidantes. Se trabajó por triplicado en cada muestra. La extracción de fenoles totales fue realizada según Vinson, J. y col. (2001) y su determinación por Singleton, V. y col. (1965). *Los flavonoides* totales fueron determinados según Luximon-Ramma y col. (2002) y la evaluación de antocianinas totales *se realizó* según Cheng, G. y col. (1991).

Resultados y Conclusión

El contenido de fenoles varía entre 131,5-140,55 mg de equivalentes de ácido gálico por 100 g de peso seco de muestra. El de flavonoides entre 3,3-2,72 g por 100 g de peso seco de muestra, expresados como quercetina.y las antocianinas entre 410-647,80 mg de antocianinas totales por 100 g de peso seco de muestra en función de cianidina-3-glucósido.

Los resultados obtenidos son similares a los informados por otros autores lo que permite destacar la contribución de estos compuestos bioactivos a la actividad antioxidante de estas nuevas variedades de amaranto, y los lógicos beneficios por el efecto protector de numerosas enfermedades.

Bibliografía

1- Cheng, G.; Breen, P. (1991) Activity of phenylalanine ammonia-lyase (PAL) and concentrations of anthocyanins and phenolics in developing strawberry fruit. J Am. Soc. Horticult Sci. 116:865–869.

2- Czerwiński J., Bartnikowska E., Leontowicz H., Lange E,. Leontowicz M., Katrich E., Trakhtenberg S., Gorinstein S. (2004) Oat (Avena sativa L.) and amaranth (Amaranthus hypochondriacus) meals positively affect plasma lipid profile in rats fed cholesterol-containing diets. J Nutr Biochem 15(10):622–629.

3- Miletić, I.; Šobajić, S.; Dordević, B. (2008). Functional foods and their role in the improvement of health status. J.Journal of Medical Biochemistry. 27 (3), 367-370.

4- Oliveira Pereira Bicudo, M.; Hoffmann Ribani, R. ; Trust Beta, T. (2014) Anthocyanins, Phenolic Acids and Antioxidant Properties of Juçara Fruits (Euterpe edulis M.) Along the On-tree Ripening Process. Plant Foods Hum Nutr 69:142–147.

5- Prior, R.; Cao, G. (2000) Antioxidant phytochemicals in fruits and vegetables: diet and health implications. Horticulture Science. 35: 588-592.

6- Singleton, V.; Rossi, J. (1965) Colorimetry of total phenolics with phospho-molybdic phosphotungstic acid reagents. Am. J. Enol. Vitic. 16:144 –158.

7- Vinson, J.; Proch, J.; Bose, P. (2001) Determination of the quantity and quality of polyphenol antioxidants in foods and beverages. Methods Enzymol. 335:103–14.

8- Wang , S.; Melnyk ,J.P.; Tsao, R. ; Marcone, M.F. (2011) How natural dietary antioxidants in fruits, vegetables and legumes promote vascular health . Food Res Internat 44: 14–22.

ESTUDIO DE CALIDAD COMPARATIVO DE MUESTRAS COMERCIALES DE ALGODÓN HIDRÓFILO Y GASA HIDRÓFILA PRESENTADAS EN LAS LICITACIONES DEL HOSPITAL PROVINCIAL CENTENARIO

Paz, M. G.; Sapino, F.; Morri, M.; Stürtz, N.

Planta Piloto de Producción de Medicamentos.
Fac. Cs. Bioq. y Farmacéuticas, Universidad Nacional de Rosario.
Urquiza 2963. 2000 Rosario.

Antecedentes

Los procedimientos administrativos utilizados por el Estado de contratar un tercero, contemplado en el ordenamiento jurídico de la Provincia de Santa Fe son la licitación pública y la licitación privada. Ambas constituyen un pedido de ofertas efectuados en forma general al público o a cualquier empresa inscripta en un registro creado al efecto[1].

Dentro de los gastos más frecuentes realizados por los hospitales encontramos a las gasas y algodones, clasificados por ANMAT como Producto médico. Si bien constituyen un artículo muy simple, la calidad y variedad de cada uno de ellos varía enormemente y actualmente se fijan las especificaciones de estos ítems pero en la compulsa de la licitación solo es evaluado el valor de la oferta. La mayoría de las compras de estos insumos realizadas en la provincia de Santa Fe en los últimos dos años, utilizaron como herramienta de adquisición la licitación privada, y se gastaron aproximadamente $ 3.350.000 en la adquisición de gasa y $ 814.000 en algodón[2].

Uno de los objetivos principales de ANMAT es desarrollar todas las estrategias necesarias para proteger la Salud Pública en lo que se refiere a la seguridad de los dispositivos y equipos de uso en medicina durante la utilización de los mismos. Esta responsabilidad cubre una extensa serie de dispositivos usados en los Hospitales públicos, Sanatorios, Clínicas privadas y también en la comunidad.

Según ANMAT se define como: **Producto médico**, producto para la salud tal como equipamiento, aparato, material, artículo o sistema de uso o aplicación médica, odontológica o laboratorial, destinada a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o anticoncepción. Los productos

objeto de este estudio se encuentran dentro de la definición de: **Producto médico de uso único**: cualquier producto médico utilizable solamente una vez, según lo especificado por su fabricante.

En el proceso de inscripción de los mismos, se declara el cumplimiento de los ensayos establecidos en la FA 7° Ed., pero de acuerdo a los antecedentes de productos que durante su uso en el ambiente hospitalario no poseían alguno de sus atributos, es que se decide controlarlos antes de la adjudicación de las licitaciones.

Objetivos

Evaluar el cumplimiento de los Ensayos para el control de calidad según (FA VII) en las muestras de Algodón hidrófila y Gasa hidrófila presentadas en las licitaciones del Hospital Provincial del Centenario.

1) Algodón

   Ensayos: Identificación, Sustancias solubles en agua, Sustancias tensoactivas, Acidez o alcalinidad, Residuo de incineración, Materias grasas, Poder hidrófilo (tiempo de inmersión), Colorantes, Otra materia extraña, Longitud de la fibra y absorbencia.

2) Gasa

   Ensayos: Número de hilos, Longitud, Ancho, Peso por m^2, Sustancias tensoactivas, Acidez o alcalinidad, Colorantes, Blanqueador óptico, Jabones y resinas, Humedad, Poder hidrófilo (tiempo de inmersión), Absorbencia, Materia Grasa, Colorantes solubles en alcohol.

Materiales y Métodos

Se analizaron 21 muestras de distintos lotes de 6 marcas diferentes para algodones y 5 muestras de 3 marcas diferentes para gasas. Las mismas correspondían a las muestras solicitadas a los proveedores como condición para la adjudicación de la licitación por el Hospital Provincial del Centenario. Los ensayos realizados para el control de calidad según FA VII fueron:

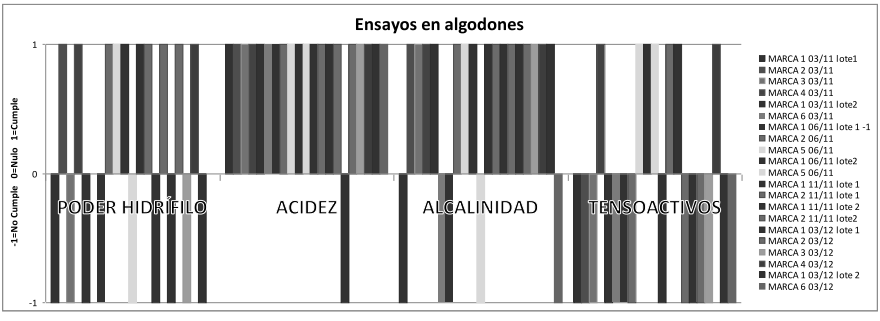
1) Algodón:

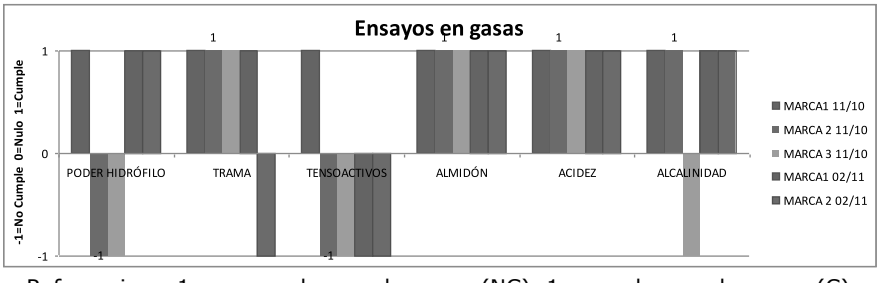
   Identificación, Poder Hidrófilo, Acidez, Alcalinidad, Sustancias tensoactivas.

2) Gasa:

   Identificación, Poder Hidrófilo, Trama, Sustancias tensoactivas, Almidón, Acidez, Alcalinidad.

Resultados





Referencias: -1: no cumple con el ensayo (NC), 1: cumple con el ensayo (C), 0: ensayo nulo (N)

Conclusión

Los porcentajes obtenidos en el estudio comparativo fueron:

Algodón: Poder Hidrófilo 42.85% NC, 47.61% C; Acidez 4.76% NC, 95.23% C; Alcalinidad 19% NC, 76.19% C; Sustancias Tensoactivas 66.66 % NC, 33.33% C.

Gasas: Poder Hidrófilo 60 % NC, 40%C; Trama 20%NC, 80%C; Sustancias Tensoactivas 80%NC, 20%C; Almidón y Acidez 100%C; Alcalinidad 20%NC, 80%C.

Esto es alarmante para la salud pública desde de varios puntos de vista:

- Se están utilizando productos que no cumplen con los requerimientos mínimos para el uso específico, con sus inherentes consecuencias en la salud.
- Que existan en el mercado productos que no pasaron por debidos controles de calidad.
- Lo esencial es la verificación del cumplimiento de lo establecido por la Farmacopea Argentina antes de la adjudicación.

Bibliografía

1- Gordillo, Agustín, Tratado de Derecho administrativo, tomo II, La defensa del usuario y del administrado, novena edición, Buenos Aires, 2009, p. XII 6.

2- http://economia.santafe.gov.ar/compras/site/index.php

3- Farmacopea Argentina, 7° Edición

DESTINO DE LOS MEDICAMENTOS EN DESUSO O VENCIDOS EN SAN LUIS

Ochoa M.[1]; D´ Andrea V.[1]; Posseto R.[1]; Solari M.[1]; Cianchino V.[2]; Alvarez M. E[2]; Castro T.[2]

[1]Alumnos 5to Año Farmacia, [2]Tecnología Farmacéutica.
Departamento de Farmacia. Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia.
UNSL. Chacabuco y Pedernera. San Luis. E-mail: tcastro@unsl.edu.ar

Antecedentes

Los medicamentos constituyen valiosas herramientas para el hombre. En general, aquellos que no han sido utilizados y se convierten en desecho, no representan un peligro para la salud pública. Sin embargo, si son dispuestos en forma inapropiada, podrían llegar a convertirse en una amenaza para el ambiente y para la salud de los seres vivos.(1)

Hasta hace relativamente poco tiempo no se prestaba mayor atención a los medicamentos como residuos, sin embargo en los últimos 25 años comenzó a aparecer información en la bibliografía sobre la presencia de diversos tipos de sustancias farmacológicamente activas en aguas superficiales, subterráneas y aún en agua potable.(2)

En San Luis, si bien hay un programa de recolección de medicamentos vencidos,(3) no hay centros de recolección, como tampoco una campaña de concientización de la presente problemática.

Objetivos

Realizar un relevamiento preliminar del destino de medicamentos vencidos o en desuso (MVoD) de origen domiciliario. Proponer soluciones alternativas a esta problemática.

Materiales y Métodos

Se diseñó una encuesta para que alumnos de 5to año de Farmacia recolectaran datos a nivel domiciliario, con el fin de hacer un relevamiento de la situación real de la problemática en estudio. La encuesta incluyó preguntas

que condujeran a revelar el grado de conocimiento de la situación planteada, importancia de depositarlos en un lugar apropiado, correcta manera de eliminarlos, entre otros. La encuesta se realizó a 3750 personas mayores de edad, hombres y mujeres que residen en la provincia de San Luis.

Resultados y Conclusiones

Si bien el estudio continúa, ya que se siguen recolectando datos, se pudo obtener una visión preliminar del destino de MVoD en San Luis. Hasta el momento, el 89% de los encuestados desconocen la existencia de un programa de recolección de MVoD. El 90% no vió un contenedor para descartar MVoD y el 10% restante pudo ubicarlos en una Farmacia o en un Centro de Salud. Por otro lado el 58% de los encuestados reconocen la importancia de depositar los MVoD en un lugar apropiado, pero el 80% manifestó no conocer la correcta manera de desecharlos. Esta población expresó incinerarlos o arrojarlos a la basura y cloacas. Esto implica, que aquellas personas que trabajan en la clasificación de residuos en los basurales, son los que tienen mayor nivel de riesgo para la salud. Por otro lado, se debe evaluar el daño acumulativo que se ocasiona al medio ambiente, tales como contaminación de agua, destrucción de la flora microbiana responsable de la degradación de otros residuos, aparición de cepas resistentes a los antimicrobianos y efectos tóxicos en especies animales y vegetales.

Asimismo, se pretende aportar datos relevantes y reales a la necesidad de un proyecto holístico sobre la problemática planteada. Se propone la implementación de un convenio de trabajo interdisciplinario entre el Departamento de Farmacia de la UNSL, el Colegio de Farmacéuticos y los Ministerios de Salud y Medio Ambiente de la provincia, para asegurar el cumplimento de la legislación vigente, con el fin de cuidar la salud de la población y la del ambiente, como así también instaurar la concientización de reciclar productos y materiales con valor económico. Para llevar a cabo las tareas planteadas se tendrá como referencia un sistema integrado de gestión del sector farmacéutico (SIGRE) que existe desde el año 2001 en España, con excelentes resultados.[4]

De esta manera, se desarrollará una campaña masiva de educación, difusión y concientización para minimizar la generación de MVoD mediante un manejo racional del medicamento, la prescripción responsable por parte de los profesionales de la medicina, odontología y veterinaria. Asesorar sobre el almacenamiento y disposición final adecuada.

Bibliografía

1- WHO (1999). “Guidelines for safe disposal of unwanted pharmaceuticals in and after emergencies”. WHO/HTP/EDM/99.2

2- Heberer, T. (2002). *Toxicol. Lett.* 131: 5-17.

3- Bianchi, Ivana Maria. (2009). Expediente Nº 2391-D-2009. Trámite Parlamentario 049. Creación del Programa Nacional de Recolección de Medicamentos Vencidos Domiciliarios.

4- http://www.sigre.es

CARACTERÍSTICAS DEL USO DE SUPLEMENTOS DIETARIOS SOLICITADOS EN FARMACIAS DE LA CIUDAD DE SANTA FE

Araya M.; Asinari M.; Clavé M.; Caraballo A.; Facino M.; Imhof S.; Imhoff A.; Pagani M.; Sen V.; Sosa A.

Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe, 1°C.
9 de Julio 2967. Santa Fe (3000)

Antecedentes

Los suplementos dietarios (SD) son productos destinados a "suplementar" la incorporación de nutrientes en la dieta de personas que presentan necesidades "dietarias" básicas no satisfechas o mayores a las habituales. Pueden contener en forma simple o combinada: péptidos, proteínas, lípidos, aminoácidos, carbohidratos, vitaminas, minerales, fibras dietarias y determinadas hierbas, todos en concentraciones tales que no tengan indicación terapéutica o sean aplicables a estados patológicos.[1,2] Estos productos no deben ser consumidos con la esperanza de mitigar, curar o tratar alguna dolencia. [3] Un trabajo llevado a cabo en Córdoba (Argentina) muestra que la razón principal del uso de los SD es el fin terapéutico, lo que se contradice con su verdadero concepto. [4]

En la actualidad, el consumo de SD se ha incrementado, posiblemente, debido a una mayor preocupación de la población por la salud, el bienestar y la imagen corporal, y por las estrategias de marketing de la industria que promociona estos productos como "milagrosos", muchas veces carentes de las propiedades que anuncian y sin sustento científico. Además, no están exentos de advertencias y contraindicaciones, por ello se requiere que el consumidor cuente con asesoramiento adecuado, previo a su uso.[5,6]

El farmacéutico, como profesional de la salud, puede aconsejar sobre los beneficios y precauciones de la utilización de estos productos y así contribuir a mejorar el uso de los SD por parte de la población.[7]

En la ciudad de Santa Fe, no existen datos sobre los usos y creencias que posee la población respecto de los SD. Con el fin de poder establecer estrategias de intervención en la comunidad, se llevó a cabo este trabajo.

Objetivos

- Caracterizar el perfil de consumidores de SD solicitados en farmacias de la ciudad de Santa Fe durante la primera quincena de Junio de 2013.

- Identificar los usos que realizan respecto de estos productos, las fuentes de información que utilizan y los agentes que se los recomiendan.

Materiales y métodos

Se elaboró y validó en terreno una encuesta sobre usos de los SD. Se convocó a participar de este trabajo a farmacéuticos de farmacias comunitarias de la ciudad de Santa Fe, pertenecientes a la Red del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe 1° C. Se seleccionaron dos farmacias por cada una de las zonas: norte, sur, este, oeste y centro de la ciudad. Los farmacéuticos realizaron la encuesta a las 5 primeras personas que solicitaron SD, entre el 1° y el 15 de Junio de 2013. Los datos obtenidos se procesaron con Microsoft Excel (2010).

Resultados

Del total de las personas encuestadas (n=50), los grupos que reunieron mayor número de personas fueron: el sexo femenino con 32 (64%), la franja etaria de 40 a 59 años con 24 (48%) y el nivel de escolaridad secundaria con 23 (46%).

Con respecto a las condiciones de salud, 13 (26%) personas dijeron no tener ninguna enfermedad, 19 (38%) declararon hipertensión, 4 (8%) hipotiroidismo y 5 (10%) otros problemas de salud. El resto no respondió. Todas las mujeres mencionaron no estar embarazadas ni en etapa de lactancia.

De las personas encuestadas, 14 (28%) iban a consumir el SD por primera vez, 20 (40%) lo utilizaban desde hacía menos de 6 meses y 16 (32%) más de 6 meses.

Cuando se preguntó quién le había indicado el SD, 17 (34%) personas señalaron a los profesionales de la salud y 19 (38%) a diferentes actores no sanitarios (amigo, familiar, en el gimnasio); mientras que 6 (12%) contestaron que sólo fueron influenciadas por la publicidad, y 8 (16%) respondieron “nadie”.

De las personas que participaron en la encuesta, 41 (82%) dijeron haber recibido información acerca de los productos que estaban adquiriendo. De ellas, 28 (68,29% de las que recibieron información) la obtuvieron de agentes sanitarios (médico, nutricionista, farmacéutico y otros profesionales

de la salud) y el farmacéutico fue el profesional que ofreció información en el mayor número de los casos, a 18 personas (64,28% de las que recibieron información de agentes sanitarios).

Al interrogar acerca de para qué toma el SD, sólo 8 (16%) encuestados respondieron que los utilizaban para cubrir requerimientos nutricionales diarios.

Finalmente, se les preguntó si consideraban a los SD como medicamentos o alimentos; 39 (78%) personas los clasificaron como medicamentos, 8 (16%) como alimentos y 3 (6%) no respondieron.

Conclusiones

De las personas encuestadas, la mayor parte pertenecía a la franja etaria de 40 a 59 años, eran mujeres, tenía un nivel de escolaridad medio y fue influenciada para el consumo de SD por agentes no sanitarios o la publicidad.

La mayoría dijo poseer información acerca de los Suplementos Dietarios pero un escaso número conocía que son alimentos y no medicamentos, y muy pocas personas los consumían para cubrir requerimientos nutricionales diarios, de lo que se puede inferir que pudo existir problemas en la emisión-recepción del mensaje.

Dado que la mayor parte de las personas que solicitó los SD no poseía una información correcta, sufría una patología de base y en gran proporción los consumía crónicamente, se evidencia la necesidad del asesoramiento profesional previo a su uso.

A partir de este trabajo surge, como prioritario, desarrollar estrategias de sensibilización con el fin de divulgar el uso adecuado de los suplementos dietarios.

Bibliografía

1- ANMAT. Código Alimentario Argentino. Capítulo XVII. Artículos: 1339 al 1390 - Alimentos de Régimen o Dietéticos. - Actualizado al 3/2013. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/alimentos/codigoa/CAPITULO_XVII.pdf

2- ANMAT. Disposición N°1637/2001. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/Legislacion/Alimentos/Disposicion_ANMAT_1637-2001.pdf

3- ANMAT. ¿Qué son los suplementos dietarios?. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/Alimentos/suplementos_dietarios_prensa.pdf

4- Cabral Pérez M. Consumo de suplementos dietarios. Mirando una comunidad universitaria. ArsPharm, Vol. 51 nº1; 17-27.2010. Disponible en: http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/562.pdf

5- ANMAT. Verdades y mentiras sobre los suplementos dietarios. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/Alimentos/suplementos_dietarios-verdades_mentiras.pdf

6- ANMAT. Suplementos dietarios en la Argentina. Marzo 2013. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/Alimentos/Suplementos_Dietarios-Hierbas.pdf

7- ANMAT. Disposición N° 4980/2005. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/webanmat/Legislacion/NormasGenerales/Disposicion_ANMAT_4980-2005.pdf

EVALUACIÓN ECONÓMICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE MEZCLAS DE NUTRICIÓN PARENTERAL, EN UN HOSPITAL PÚBLICO PROVINCIAL

Nuñez G.[1]; Ortega A. C.[2]; Lago F. P.[3]

[1] Especialista en Farmacia Hospitalaria. Farmacéutica. Hospital Materno Provincial "Dr. Raúl Felipe Lucini", Córdoba, Argentina.

[2] Magíster en Gerencia y Administración en Servicios de Salud. Farmacéutica. Hospital Materno Neonatal "Ministro Dr. Ramón Carrillo", Córdoba, Argentina.

[3] Doctor en Economía. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (Universidad Nacional del Sur y CONICET), Bahía Blanca, Argentina. Hospital Materno Provincial "Dr. Raúl Felipe Lucini" División Farmacia Pasaje Caeiro 1545 Córdoba, Argentina.

Antecedentes

El Hospital Materno Provincial "Dr. Raúl Felipe Lucini" es un Hospital escuela polivalente de nivel de riesgo III (alto riesgo),dependiente del Ministerio de Salud de Córdoba, destinado a la atención a mujeres embarazadas y recién nacidos (RN) hasta los 3 meses de edad. La división de farmacia de dicho hospital, asigna el 66% de su presupuesto de insumos a la adquisición de Nutriciones Parenterales (NP) para el Servicio de Neonatología en un laboratorio privado, representando el ítem de gasto de mayor importancia.

El propósito de evaluar un proyecto de inversión es establecer si el resultado de su ejecución traerá aparejados beneficios para el ente que lo ejecuta o, por el contrario, si el mismo solo representa un derroche de recursos. Para decidir si un proyecto es conveniente se deben identificar, cuantificar y valorar todos los costos e ingresos que resulten de su ejecución, para determinar indicadores de rentabilidad pertinentes y así tomar una decisión correcta.

Objetivos

Evaluar si la implementación de una Unidad de Mezclas de Nutrición Parenteral (UMNP) en el mismo Hospital genera reducciones de costos de tal magnitud que justifiquen las inversiones requeridas por tal emprendimiento.

Materiales y métodos

Estudio prospectivo y cuantitativo. Se tuvieron en cuenta las siguientes fuentes de datos: Consumos promedios diarios de NP obtenidos a través de los registros de Farmacia en los meses comprendidos entre enero de 2009 y agosto de 2010, costos de adquisición de las NP según Departamento de Compras del citado Hospital a Febrero de 2012, revisión de la disposición 2592/2003 de ANMAT, el Consenso Latinoamericano sobre Preparación de Mezclas de NP, y The United States Pharmacopeia (USP) National Formulary (NF) General Chapter<797>Pharmaceutical Compounding – Sterile Preparations, para determinar las características que debe contar la UMNP y los respectivos controles, tanto de equipos como controles de calidad y los presupuestos obtenidos de distintas fuentes para determinar la inversión necesaria para el montaje de la UMNP y los costos de los insumos.

Se elaboró un flujo de fondos incremental a 10 años que resume i) los ahorros anuales en costos que se obtendrían a partir de la elaboración de las NP en el mismo hospital, en relación a la alternativa de adquirirlas al laboratorio privado, y ii) las inversiones requeridas (por el montaje de la UMNP) para obtener dichos ahorros en costos. Se calculó la rentabilidad del proyecto utilizando un indicador denominado Valor Actual Neto (VAN) que expresa en términos monetarios el ahorro neto total de concretar la inversión.

El VAN es un procedimiento que permite calcular el valor presente de un determinado número de flujos de caja futuros originados por una inversión. La metodología consiste en descontar al momento actual (es decir, actualizar mediante una tasa de descuento o interés) todos los flujos de caja futuros del proyecto. A este valor se le resta la inversión inicial, de tal modo que el valor obtenido es el valor actual neto del proyecto.

Formalmente:

$$VAN = \sum_{t=1}^{n} \frac{FF_t}{(1+k)^t} - I_o$$

Donde: FFt es el flujo de fondos en el momento t
k es la tasa de actualización, interés o descuento
n es el número de períodos para el cual se evalúa el proyecto
Io es la inversión inicial.

La regla de aceptación/rechazo consiste en que si VAN es positivo o mayor que cero, el proyecto es rentable, ya que el inversor (el hospital, en este caso) aumentará su riqueza al ejecutarlo. Por el contrario si VAN es negativo se tendrían perdidas en caso de implementarlo, y por lo tanto la realización del proyecto no sería conveniente.

Para este caso se utilizó un horizonte de evaluación (10 años) y una tasa de descuento o interés que varía entre el 0 y el 20%.

Por último, para el análisis de escenarios se contempla el incremento dela demanda anual estimada de NP, recalculando el VAN del proyecto.

Resultados

Bajo los supuestos adoptados respecto de los valores de demanda de NP, de 2057 unidades anuales, a todas las tasas de descuento, el proyecto no resulta rentable (VAN negativo). Sin embargo, el análisis de escenarios indica que un incremento del 25% en la cantidad demandada (2571 unidades anuales de NP), hace al proyecto factible (VAN positivo), utilizando una tasa de descuento o interés del 15%. Tal volumen de demanda podría ser alcanzado si la UMNP se plantease abastecer la demanda de más de un hospital público provincial, situación viable en la ciudad de Córdoba.

Conclusión

Siendo la escasez de recursos una constante en cualquier sistema de salud, este trabajo muestra la utilidad de aplicar las técnicas de evaluación de proyectos de inversión en la gestión hospitalaria en general, y la de la farmacia hospitalaria en particular, al permitir evaluar la conveniencia de un determinado proyecto previo a su puesta en marcha.

Bibliografía

1- Gomis Muñoz P., Gómez López L., Martinez Costa C., Moreno Villares J.M., Pedrón Giner C., Pérez- Portabella Maristany C., Pozas del Río M.T. Documento de Consenso SENPE/SEGNP/SEFH sobre nutrición parenteral pediátrica. Madrid. Nutrición Hospitalaria 2007; 22:710-19.

2- Menéndez, AM. Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Preparación de Mezclas de Uso Intravenoso. Programa de Medicamentos Esenciales y Tecnología (HSE) División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP). Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1997.

3- Consenso Latinoamericano de Preparación de Nutrición parenteral. Cancún, Mayo 2008.

4- González Posse, E. Sobre el análisis costo beneficio en inversiones e investigaciones de salud. Cuadernos del CES (Centro de Estudios para la Salud) N°4, 2008. Disponible en: http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos4/index.html

5- Córdova Villalobos J.A., Ortiz Domínguez M.E., Rodríguez Suárez R., Álvarez del Río F., González Retiz M.L. Guía para la formulación y evaluación económica de proyectos de inversión en salud. Centro Nacional de Excelencia tecnológica en salud. Dirección de Evaluaciones tecnológicas para la salud. México DF. 2011.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO EN EL HOSPITAL MATERNO NEONATAL DE POSADAS

Dubois, L. M.; Espíndola, M. R.

Hospital Materno Neonatal, Posadas – Misiones

Introducción

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen un importante problema de salud en el mundo. La hipertensión en el embarazo es la causa principal de morbilidad y mortalidad materno-perinatal. La incidencia de hipertensión en el embarazo en nuestro medio es de aproximadamente el 2% del total de internaciones anuales. Esto nos motivó a realizar un análisis de las pacientes con enfermedad hipertensiva e interiorizarnos en su tratamiento.

Objetivos

Evaluar el tratamiento farmacológico empleado en Hospital Materno Neonatal de la ciudad de Posadas para tratar los trastornos hipertensivos en el embarazo.

Materiales y Métodos

Se lleva a cabo un estudio retrospectivo de las pacientes hospitalizadas con hipertensión arterial durante el embarazo. Periodo: julio a diciembre de 2.010, en Hospital Materno Neonatal de Posadas, Misiones. La revisión comprendió las historias clínicas de pacientes hipertensas hospitalizadas en las que se analizaron las siguientes variables: tipo de hipertensión diagnosticada, gestas previas, edad gestacional al momento de la internación, causa de acto quirúrgico, semanas de gestación y vía de culminación, tensión arterial, signos y síntomas al ingreso, medicamentos empleados en el tratamiento farmacológico, dosis. Después de confeccionar las tablas estadísticas y analizar los resultados, se llegó a la conclusión de nuestro estudio.

Resultados

Se analizaron las historias clínicas de 21 pacientes, de un total de 2.910 pacientes hospitalizadas durante el periodo en estudio, las cuales fueron

ingresadas por presentar algún trastorno hipertensivo, con una incidencia de 0,72%. El 38,1% de las pacientes presento un cuadro de eclampsismo. El 38 % de las pacientes estaban cursando su primera gestación y al momento de la internación, 42,9 % presentaba un embarazo de más de 35 semanas. La tensión arterial al ingreso fue mayor o igual a 140/90 mmHg en el 57%. El signo/síntoma más frecuente fue cefalea de horas de evolución (36%) y en todos los casos se presentó con hipertensión arterial. El 19% del total de pacientes estudiadas culminó su embarazo a las 39 semanas. El 23,8% tuvo parto vaginal, y el 38,1% cesárea abdominal. En el 25% de los casos la cesárea se debió tanto a triple cesárea anterior + pre-eclampsia y síndrome convulsivo + eclampsismo. Evaluando los tratamiento empleados, su dosis y frecuencia, por vía parenteral el Sulfato de Magnesio fue el más empleado con un 30,4%, en cuanto a la vía oral un 15,2% correspondió Alfametildopa 500 mg comprimidos cada 6 horas, amlodipina 5 mg comprimidos cada 24 horas con el 6,5%, y el 2.2% labetalol 200 mg comprimidos cada 12 horas. Considerando las normas del servicio de Obstetricia del Hospital Materno Neonatal, se observa que se cumple la indicación de Alfametildopa como droga de primera elección por vía oral. En cuanto a la vía parenteral el sulfato de magnesio es indicado por profilaxis en toda paciente que presente signos de pre eclampsia, mientras que la clonidina, según la normativa se encuentra en desuso.

Discusión

El Sulfato de Magnesio fue el fármaco más empleado por vía parenteral con un 30,4%. Por vía oral, 34,7% correspondió a Alfametildopa. En la literatura revisada se recogen distintas combinaciones de fármacos para tratar los estados hipertensivos en el embarazo según su severidad. Del estudio realizado por Alvarez Ponce se obtiene que tratamiento de elección fue metildopa asociada con la hidralazina (50 %). En nuestro medio el uso de labetalol es escaso aunque sea la droga de primera elección para los casos mencionados, y se encuentre normatizado en el servicio de obstetricia de hospital.

Conclusión

Podemos concluir que la incidencia de Hipertensión Inducida por el Embarazo fue de 0,72 % en el periodo en estudio. El tratamiento de elección fue Alfametildopa por vía oral y para el tratamiento de signos de pre eclampsia el uso de Sulfato de magnesio, resaltando que el mismo no puede ser utilizado por si solo como una droga antihipertensiva, sino que debe asociarse con otras para tal fin, siendo incorporado al estudio por sus múltiples combinaciones. Se cumple la indicación de Alfametildopa como droga de primera elección

por vía oral. Mientras que para la vía parenteral el sulfato de magnesio es indicado por profilaxis en toda paciente que presente signos de pre eclampsia, siendo que la droga de primera elección el labetalol.

Referencias Bibliográficas

1- Álvarez Ponce V.; Lugo Sánchez, A.; Rodríguez Pérez, A. Tratamiento de la Hipertensión inducida por el embarazo. Revista Cubana Obstet Ginecol 1999, 25 (3): 159-64.

2- Rached de Paoli, I. Hipertensión Arterial y Embarazo. Boletín sobre Nutrición Infantil Cania 2007, año 10, N 16.

3- Marín Iranzo, R. Hipertensión Arterial y Embarazo. Artículo de revisión SEFH. Hipertensión. 2006; 23(7):222-31.

4- Mora, J.; Torres, S. Hipertensión en el embarazo. Artículo de revisión. Rev. Hospital Materno Infantil Ramón Sarda 2005, 25 (2).

5- Pardo Morales, R; Romero Figueroa, S.; Vásquez de Anda, G.F.; Briones Garduño, J.C.; Herrera Villalobos, J.E.; González Vargas, A. Nueva alternativa terapéutica en preeclampsia severa. Cir Ciruj 2004; 72: 203-207.

6- Marín Iranzo, R.; Gorostidi Pérez, M.; Álvarez-Navascués, R. Hipertensión Arterial y embarazo. Documento en línea. NefroPlus 2011; 4(2):21-30. URL: http://www.revistanefrologia.com/revistas/P3-E513/P3-E513-ES.pdf#page=25. (Citado el 16 de Mayo de 2.012).

7- Torales, C.M.; Zelaya, M.B.; Schiaffino, P.M.; Lanzós, S.C.; Irrazabal, J.E.; Aguirre. J.D.; Pereyra, E.J. Estados hipertensivos del embarazo en el hospital "Dr. Ramón Madariaga". Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina 2004, 126: 20 – 28.

8- Gonzalez, J.C.; Andolcetti, R. Labetalol vs alfa metildopa en el tratamiento de la hipertensión arterial asociada con el embarazo. Boletín Médico de Postgrado. Vol. XIII N° 1 Enero-Marzo 1997.

9- Marín, C.; González Portal, C.; Gorostidi, M.; Sánchez Núñez, M.; Sánchez, E.; Fernández Vega F.; Álvarez Grande, J. Hipertensión arterial en el embarazo: estudio de 864 casos consecutivos observados durante un período de 24 años. Nefrología 1999, 19(4): 308 – 317.

10- Abalos, E.; Duley, L.; Steyn, D.W.; Henderson-Smart, D.J. Tratamiento con fármacos antihipertensivos para la hipertensión leve o moderada durante el embarazo. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus,* 2008, Número 2.

11- Gómez Sosa, E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Revista Cubana Obstetricia Ginecología 26(2): 99-114.

12- García Puente Suarez, L. Tratamiento de la hipertensión en el embarazo. Documento en Línea. Se consigue en URL: www.jano.es (Citado el 17 de Julio de 2.010).

13- Hipertensión arterial y embarazo. Documento en línea. Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Se consigue en: URL: www.saha.org.ar/Publico/htaembarazo.htm. (Citado el 13 de Mayo de 2.012).

PREVALENCIA Y EPIDEMIOLOGIA DEL ERROR DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL ARGENTINO CON SISTEMA INFORMÁTICO ELECTRÓNICO

Fajreldines, A.; Davide, L.; Pellizzari, M., March, A.

Hospital Austral. Buenos Aires, Argentina.

Introducción

El error de medicación (EM) es el más frecuente en la hospitalización porque el medicamento es la intervención más frecuente en la decisión clínica. El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) ha elaborado una taxonomía de EM en donde se consignan los tipos de error, los elementos asociados a él, las áreas donde se detectan, los puntos de origen, entre otros. El estudio de Bobb et al 2004 menciona que los errores de prescripción están asociados a causas multifactoriales, la epidemiologia del error en el estudio de Avery et al (2013) menciona mayor error en población añosa y en pediatría, y en casos de polimedicación y el estudio de Bates et al (2007) menciona que los sistemas de prescripción electrónica constituye una de las intervenciones más consistentes para la reducción de los EM. La Joint Commission International consigna en la justificación de sus estándares que los EM producidos por un grupo específico de fármacos son letales y a ellos les llama Fármacos de alto riesgo (oncológicos, insulina, anticoagulantes, morfínicos entre otros).

Objetivos

Medir la prevalencia del error de prescripción y analizar las variables asociadas a ello en un sistema de prescripción electrónica (PE).

Material y métodos

Análisis de una muestra de prescripciones de medicamentos obtenida de una muestra aleatoria de todo el año 2013. Los datos fueron obtenidos de de la PE de cada paciente. Se relevaron los datos de cada paciente y sus variables independientes según un protocolo interno de recolección, definición y categorización del error según NCCMERP. Se usó una plantilla pre-impresa con las siguientes variables: número de historia clínica, sexo, edad, patolo-

gía según ICD-10, complejidad de la sala de internación, días de estada del paciente, entrenamiento del médico prescriptor, tipo de error de prescripción según el estándar, numero de medicamentos prescriptos/día, medicamentos involucrados en el error, medicamentos de alto riesgo presentes en el error, tipo de infusión continua o discreta en el caso de drogas intravenosas. Los datos fueron analizados con el programa SPSS 21.

Resultados

Se analizaron 840 pacientes (adultos y pediátricos), distribución por sexo: 490 mujeres (58.3%) y 350 varones (41.66%), media de edad: 46.3 años, rango: 1-84 años. Población adulta: 660 pacientes (78.6%), pediátrica: 180 (21.45). Total de días de estada: 7728 días, con una media de: 9.2dias/paciente. El error promedio mensual fue de 3.09% (IC95%: 2.72-3.41) rango: 2.86-6.5%. Los errores más frecuentes fueron: medicamento no justificado para patología 46.15 (n=12), dosis incorrecta: 30.77 (n=8), interacción medicamentosa: 11.53 (n=3) otros: 11.53 (n=3). Las variables asociadas al error fueron: pacientes mayores de 65 años: p=0.001, pacientes polimedicados (más de 5 fármacos concomitantemente): p=0.004, sala de baja complejidad: p=0.003, pacientes con más de dos días de hospitalización: p=0.002. Se halló más frecuentemente en el error drogas de alto riesgo: p=0.001 respecto a drogas no alto riesgo. Las demás variables analizadas no mostraron niveles de significación (entrenamiento del médico, turno fin de semana vs semana y sexo del paciente).

Discusión

Los resultados demuestran que hay que estudiar el tema sistémicamente para profundizar aún más en las causas que se asocian al error. El entrenamiento del médico prescriptor no parece estar asociado al error contrario a lo que se menciona en la literatura ya que la institución del estudio entrena al personal sistemáticamente y de modo uniforme, habría que estudiar en mayor profundidad la asociación de error a baja complejidad de sala de atención. Las demás variables asociadas al error están mencionadas en la literatura: Bates et al (2007), Bobb et al (2004), y Avery et al (2013) entre otros.

Bibliografía

1- Bates et al Lessons learned from implementation of computerized provider order entry in 5 community hospitals: a qualitative study. 2013.

2- Avery et al “The prevalence and nature of prescribing and monitoring errors in English general practice: a retrospective case note review” 2013.

3- Norstrom PE, Brown CM. Use of patients’ own medications in small hospitals. American Journal of Health-System Pharmacy. 2002.

4- Lummis H, Sketris I, Veldhuyzen van Zanten S. Systematic review of the use of patients’ own medications in acute care institutions. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2006.

5- Grissinger M. Patients Taking Their Own Medications While in the Hospital. Pennsylvania Patient Safety Advisory. 2012.

6- Nielsen TRH, Kruse MG, Andersen SE, Rasmussen M, Honoré PH. The quality and quantity of patients’ own drugs brought to hospital during admission. European Journal of Hospital Pharmacy: Science and Practice. 2013.

7- Políticas y procedimientos del Hospital Universitario Austral, versiones 2013.

8- Boletines y ficheros disponibles en www.ismp.es consultado el día: 15/04/2014.

9- The impact of computarized on reduction medication errors. Bates, D. JAMAJ Am Med Inform Assoc. 1999.

10- Relationship between medication errors and adverse drug events. Bates, D. Journal of General Internal Medicine. April 1995.

11- Lessons learned from implementation of computarized provider order entry en 5 hospitals. Bates, D et al. BMC Med inform decis Mark, 2013.

12- Return on investment for vendor computarized physician order entry in four community hospitals the importance of decision suport. Bates, D et al. JT Comm J Qual Patient Saf 2013.

TRABAJO PREMIADO Y MENCIONES ESPECIALES

Primer Premio

- **Una estrategia didáctica activa aplicada a la actualización profesional farmacéutica en patologías crónicas**

  Autores:

  Araya M.; Asinari M.; Clavé M.; Caraballo A; Coassolo, A; Facino M.; Grigolatto, V.; Imhof S.; Imhoff A.; Pagani M.; Sen V.; Sosa A.

Menciones Especiales

- **Errores potenciales de dosificación en el uso de betametasona en gotas**

  Autores:

  Bugna L.; Araya M.; Chiarvetti L.

- **Reacción Liquenoide por uso de hierbas medicinales**

  Autores:

  Araya M., Bugna L.; Chiarvetti L.ucía, Gras María C, Prida M.

- **Cuantificación de bioactivos en nuevas variedades de Amaranto**

  Autores:

  Cruceño Costanzo S.; Vilchez R.; Aguilar E.; Albarracín G.; Escudero N.

ISBN 978-987-29972-2-9

FEFARA
AVANZA

