

**7^{mas} Jornadas Federales
y 6tas Internacionales**

**Política, Economía y Gestión de
Medicamentos**

"Medicamentos y Salud: impacto de la crisis global"



CORDOBA | ARGENTINA

17 y 18 de Septiembre de 2009

FEFARA
Federación Farmacéutica

7 mas **Jornadas Federales
y 6tas Internacionales**

**Política, Economía y Gestión de
Medicamentos**

"Medicamentos y Salud: impacto de la crisis global"

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

Septiembre 2009

7 mas **Jornadas Federales
y 6tas Internacionales**

**Política, Economía y Gestión de
Medicamentos**

"Medicamentos y Salud: impacto de la crisis global"



Córdoba, Septiembre 2009

Robatta, Hugo

7mas Jornadas Federales y 6tas Internacionales: política, economía y gestión de medicamentos / Hugo Robatta; Matilde Sellanes; Adriana Gitrón. -1a ed.-
Santa Fe: Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe, 2010.

448 p.; 15x24 cm.

ISBN 978-950-99829-8-7

1. Medicamentos. Gestión. 2. Políticas Públicas. I. Sellanes, Matilde II. Gitrón, Adriana III. Título
CDD 615.1

Primera Edición 1200 ejemplares, junio 2010

Queda hecho el depósito que marca la Ley N° 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
Dra. Matilde Sellanes
Sra. Adriana Gitrón

Agradecimiento por la colaboración en la edición de esta publicación



Laboratorio Monserrat y Eclair S.A.

**Estas Jornadas organizadas por FEFARA
(Federación Farmacéutica) fueron auspiciadas por:**

Gobierno de la Pcia. de Santa Fe a través
del Sr. Gobernador Dr. Hermes Juan Binner y
el Sr. Ministro de Salud, Dr. Miguel Angel Cappello

Ministerio de Salud de la Pcia. de Córdoba a través
de su titular el Dr. Oscar Félix González

Ministerio de Salud de la Pcia. de Misiones

Universidad Nacional de Córdoba y
Facultad de Ciencias Económicas de dicha Universidad

Universidad Católica de Córdoba a través
de su Facultad de Ciencias Químicas

Universidad Nacional del Litoral

Universidad Nacional de Rosario a través de su Facultad
de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas

Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia
de la Pcia. de San Luis

Universidad Nacional de la Pcia. de La Pampa

Confederación General de Profesionales de la República
Argentina y la Federación de Entidades de Profesionales
Universitarios de la Pcia. de Santa Fe

Administración Provincial del Seguro de Salud
de la Pcia. de Córdoba

Asimismo se recibieron saluciones de la Señora Ministra
de Desarrollo Social de la Nación, Dra. Alicia Kirchner, y
desde el Ministerio de Salud de la Nación las adhesiones
de los Dres. Andrés Leibovich y Eduardo Bustos Villar.

INDICE

ACTO DE APERTURA Y PALABRAS DE BIENVENIDA

<i>Dr. Oscar González – Lic. Alfredo Félix Blanco – Dr. Gustavo Santero – Farm. Manuel Agotegaray</i>	13
---	----

MESA 1

LA AGENDA SANITARIA DE LAS PROVINCIAS ARGENTINAS

<i>Coordinador: Farm. Manuel Agotegaray</i>	27
La Agenda Sanitaria de la Provincia de Córdoba	
<i>Dr. Oscar González</i>	28
La Agenda Sanitaria de la Provincia de Catamarca	
<i>Dr. Carlos Masuchelli</i>	37

MESA 2

LA AGENDA DE MEDICAMENTOS:

ACCESO, INNOVACIÓN, PRECIOS Y REGULACIÓN

<i>Coordinadora: Farm. Natalia Rodríguez</i>	53
La agenda de medicamentos a nivel internacional: acceso, precios y regulación. Reflexiones para construir una política nacional de medicamentos - <i>Dr. Joan Rovira</i>	55
Comentario a la disertación del Dr. Joan Rovira: <i>Dr. Carlos Vassallo</i>	83

MESA 3

LOS LABORATORIOS FARMACÉUTICOS

ANTE LOS CAMBIOSECONÓMICOS Y SANITARIOS

<i>Coordinador : Farm. David Campos</i>	89
La Visión desde COOPERALA - Cámara de Empresarios de Laboratorios Farmacéuticos - <i>Lic. Clara Suárez</i>	91
La Visión desde CAEME - Cámara Argentina de Especialidades Médicas - <i>Dr. Alfredo Ahuad</i>	109

La Visión desde CILFA - Cámara Industrial de Laboratorios	
Farmacéuticos Argentinos - <i>Dr. Claudio Riganti</i>	127
Preguntas y Comentarios	133

MESA 4

FINANCIAMIENTO, PLANES DE SALUD Y ACCESO AL MEDICAMENTO

<i>Coordinador: Farm. Juan C. Rucci</i>	137
Gestión del Medicamento en el Sistema de Salud	
Problemática y Reflexiones - <i>Dr. Daniel Lew</i>	140
Trazabilidad de Medicamentos - <i>Dr. Luis Alesso</i>	163

MESA 5

CRISIS ECONÓMICA E IMPACTO SANITARIO

<i>Coordinador: Farm. Miguel Osio</i>	173
Crisis Económica e Impacto Sanitario - Una mirada desde la Economía de la Salud - <i>Dr. Carlos Vassallo</i>	176
Crisis Económica e Impacto Sanitario - Una mirada desde la Epidemiología - <i>Dra. María Laura Martínez</i>	204

MESA 6

ACCESO, CALIDAD Y USO RACIONAL: LECCIONES DEL PROGRAMA DE FARMACIA DE MINA GERAIS (BRASIL)

<i>Coordinadora: Farm. Teresa Gianetti de Borel</i>	229
Lecciones del Programa de Farmacia de Mina Gerais (Brasil)	
<i>Dr. Augusto Guerra</i>	231
Comentarios y Aportes desde el Sistema de Salud de Misiones	
<i>Farm. Rosaura Inés Semczuk</i>	255
Reflexiones y Comentarios desde el Programa REMEDIAR	
<i>Lic. Mauricio Monsalvo</i>	274

TALLER DE CERTIFICACIÓN PROFESIONAL FARMACÉUTICA

Coordinadores: Farms. Natalia Rodríguez y Leonardo Jurado
Comisión de Certificación de FEFARA

Introducción - <i>Farm. Leonardo Jurado</i>	285
Sistema Federal de Actualización, Certificación y Recertificación Profesional - <i>Farm. Natalia Rodríguez</i>	289
Preguntas y Comentarios	296

TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

GESTIÓN DE LA OFICINA FARMACÉUTICA

Los Nuevos Escenarios - <i>Lic. Héctor Paladini</i>	301
Los Nuevos Desafíos - <i>Farm. Javier Ávila</i>	309

MESA 7

EL APOORTE MÉDICO Y FARMACÉUTICO A LA GESTIÓN Y UTILIZACIÓN RACIONAL DEL MEDICAMENTO

<i>Coordinador: Farm. José Cid</i>	317
El Uso Racional de los Medicamentos - Visión y Aportes desde la Universidad - <i>Farm. Adriana Welter</i>	321
El Uso Racional de los Medicamentos - Estrategias y Gestión <i>Farm. Ana María González</i>	329
El Rol del Farmacéutico en la Farmacoterapia del Siglo XXI <i>Prof. Rubén Manzo</i>	346
El Aporte Médico a la Gestión y Uso Racional del Medicamento <i>Dr. Jorge Coronel</i>	359
Formación de Recursos Humanos Perspectiva Profesional en la Actividad Hospitalaria <i>Farm. Eduardo Lagomarsino</i>	373

MESA 8

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO.

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS SELECCIONADOS

Convocatoria a trabajos científicos Jornadas 2010

a cargo de las Farm. Ana María González y Sandra Chiesa

Introducción - <i>Dr. Carlos Vassallo</i>	385
---	-----

Aportes Institucionales a una Política Sanitaria	
Un formidable recurso estratégico con mucho para Aportar	
<i>Farm. Fabián García</i>	386
Anabólicos, Adicciones - Iniciativa Farmacéutica	
para la Educación, Difusión y Control – <i>Farm. Sandra Chiesa</i>	393
Economía y Gestión del Medicamento- Análisis Comparativo	
de Aas. vs Clopidogrel: Un Caso Disparador	
<i>Farms. María Laura Faroppa y Edgardo Martínez</i>	405
Medicamentos de Venta Libre – Uso Irracional	
<i>Farm. Vanía. B. Ilchuk</i>	417
Aportes para un Uso más Racional de los Medicamentos de	
Venta Libre - Experiencia en Farmacias Comunitarias de Córdoba	
<i>Farms. Pedro Armando y Cecilia Gallego</i>	427
CIERRE DE LAS JORNADAS	
<i>Farm. Manuel Agotegaray</i>	441

ACTO DE APERTURA



Ocupan el estrado el Farmacéutico Manuel Agotegaray, Presidente de FEFARA, el Dr. Oscar González, Ministro de Salud de la Provincia de Córdoba, el Dr. Gustavo Santero, Asesor de la Diputada Nacional Patricia Vaca Narvaja y el Licenciado Alfredo Félix Blanco, Decano de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

INAUGURACIÓN DE LAS JORNADAS

Dr. Oscar González

Ministro de Salud de la Provincia de Córdoba

Buenos días a todos, Sr. Presidente de FEFARA Farm. Manuel Agotegaray, Sr. Decano de la Facultad de Ciencias Económicas, mi amigo Alfredo Pico Blanco, Dr. Gustavo Santero, de la Cámara de Diputados de la Nación y amigos presentes.

Antes que nada, muchas gracias por elegir a nuestra provincia como sede de este magnífico encuentro. Sean ustedes muy bienvenidos, porque han traído el agua después de muchos meses a Córdoba, porque estamos justamente celebrando la llegada de una lluvia tan esperada.

Cuando me invitaron a participar y a inaugurar oficialmente estas Jornadas, la verdad que me sentí complacido de hacerlo porque, en primer lugar, como cordobeses y en nombre del Gobierno de la provincia, nos sentimos orgullosos de que hayan tomado como sede a nuestra querida ciudad y a nuestra querida provincia. Y en segundo lugar por las temáticas que se van a debatir durante este encuentro, que son de absoluta actualidad, y que sin ninguna duda deben formar parte inevitable de la agenda de discusión en las políticas de salud, tanto a nivel nacional como de todas las provincias Argentinas.

Así que sólo me resta, además de agradecerles, desearles una muy feliz estadía en nuestra Ciudad y en nuestra provincia.

Augurarles éxito en el transcurso de sus deliberaciones y, como dueño de casa, desearles que la pasen muy bien y que disfruten de esta ciudad de Córdoba, que tiene una larga tradición académica por detrás. Sirvan entonces estas breves y sinceras palabras para la inauguración formal de este Encuentro.

Lic. Alfredo Félix Blanco

*Decano de la Facultad de Ciencias Económicas
de la Universidad Nacional de Córdoba*

Buenos días a todos. Quiero en primer término, agradecerle a la gente de la Federación la posibilidad de estar hoy aquí, y además de compartir la mesa con las distinguidas personas que me acompañan.

Quiero transmitir en primer lugar, en nombre de la Rectora de nuestra Universidad, la Dra. Carolina Scotto, su salutación y su pedido de disculpas, ya que una situación no prevista le ha imposibilitado estar hoy aquí con nosotros como era su deseo.

Manifiestarles también, como Decano de la Facultad de Ciencias Económicas, y como uno de los integrantes de la conducción de la actual Universidad Nacional de Córdoba, nuestra gran satisfacción al recibir la invitación a participar de las Jornadas de esta Federación, cuya importancia tratamos de destacar en la Resolución que el Consejo Directivo y la Facultad sancionaron para declararlas de interés académico. Y esto es así porque tiene que ver con nuestra visión de las responsabilidades de la universidad pública.

Estas Jornadas están convocadas bajo el título de «*Crisis global e impacto sobre la salud*», y probablemente si uno buscara

sectores en los cuales se sienten tan nítidamente los efectos de una crisis internacional, como la que padece hoy el capitalismo mundial, claramente la salud debe estar entre los sectores donde más hay que indagar sobre el impacto que ha tenido.

Cuando venía para acá, pensaba que hace hoy algo más de 12 meses que apareció como un ícono de la crisis el desplome del banco Lehman Brothers, el banco más grande que ha caído en el transcurso de la misma, y aunque los norteamericanos lo consideraban demasiado grande para caer, finalmente se derrumbó y cambió probablemente la estrategia de la política económica en relación a la crisis. Desde ya que mirando hacia atrás podríamos buscar muchas otras causas, y que seguramente hacia adelante veremos muchos otros efectos, pero lo que está claro es que el hecho nos debe llevar a interrogarnos a fondo sobre la problemática y sobre la agudización de la misma en algunos sectores.

Y como universidad pública sentimos que la universidad tiene la responsabilidad no solamente de generar conocimientos y formar profesionales, sino de involucrarse para intentar buscar respuestas a esos interrogantes que agobian a la sociedad. En este sentido, nos hemos sentido muy satisfechos, muy contentos de esta decisión de la Federación de venir a Córdoba, no solamente porque compartimos con Oscar González la alegría de que estén hoy en nuestra ciudad y en nuestra provincia, de la cual estamos muy orgullosos y donde esperamos que tengan, como bien dijo él, una buena estadía, sino además porque esto da la posibilidad objetiva de que la Universidad se vincule con problemáticas a las cuales tiene obligación de atender dando respuestas en la medida que estén a su alcance.

Por todo esto, es que en la persona del Presidente de la Federación quiero agradecer en nombre de la Universidad Nacional de Córdoba la decisión de hacer las Jornadas, la decisión de hacerlas en nuestra ciudad y sobre todo la posibilidad de que participemos de ellas, porque nos da claras posibilidades de que

la Universidad pueda cumplir su objetivo en relación a la sociedad de la cual se nutre, y la cual además financia todas sus actividades.

Por todo eso, una vez más muchísimas gracias, y seguramente cuando terminen las Jornadas todos nos habremos enriquecido al escuchar a los expositores y los debates que se susciten a raíz de los mismos.

Dr. Gustavo Santero

*Asesor de la Diputada Nacional Patricia Vaca Narvaja
Vicepresidenta Primera de la Cámara de Diputados de la Nación*

Buenas tardes a todos. Muchas gracias, Señor Ministro, señor Decano, y en particular a Manuel Agotegaray, Presidente de FEFARA, por la invitación a estas Séptimas Jornadas Federales, que ya se han transformado en todo un clásico.

Yo me acuerdo cuando estaba en la Superintendencia de Salud y empezaban las Jornadas allá por el 2002 y en plena crisis, del rol protagónico de esta Institución. En ese momento estaban los servicios de las Obras Sociales cortados, no había acceso, y se veían venir el tema de la dispensación y el tema de los genéricos, donde la FEFARA jugó un rol clave. Digo esto porque de todos estos eventos siempre sale un material didáctico muy importante que son los libros. Y si al principio pedían los libros y ahora piden los cds, es porque el contenido que tienen estas Jornadas se sabe que es importante y que sus disertaciones y debates se utilizan para análisis y estudios de los distintos financiadores. Esto quiere decir que hay un reconocimiento real al gran esfuerzo de todo este equipo de trabajo.

Entonces quisiera saludar y felicitar a todos los Colegios que integran la FEFARA y en particular a los integrantes de la

Comisión Organizadora de estas Séptimas Jornadas Federales y Sextas Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos.

En segundo lugar quisiera leer una notita muy breve de la Diputada Patricia Vaca Narvaja y que es de las Jornadas anteriores, Y allí decía lo siguiente: *«Por medio de la presente hago llegar mis saludos y felicitaciones por las Jornadas Federales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos. Hechos como estos son auspiciosos, ya que generan espacios con distintas experiencias enriqueciendo nuestra visión común. El medicamento es un bien social donde el Estado y los profesionales deben asegurar el acceso, la transparencia, y su uso racional para el bien de nuestras comunidades.»*

Ustedes conocen el rol protagónico que la Diputada tuvo en el Congreso y por lo cual hoy no pudo venir, y para terminar voy a leer tal cual la nota que ha enviado para estas Jornadas:

«Quiero ante todo, por su intermedio pedirles disculpas a todos por no haber podido estar presente como era mi deseo. En estos días las primeras planas de los diarios han dado cuenta de las graves consecuencias que tienen la falta de regulación y de control de los medicamentos. Y han confirmado que cuando decimos que los medicamentos son un bien esencial y no pueden ser considerados una mercadería más, no nos equivocamos. Por el contrario, hoy más que nunca es necesario contar con una ley que regule las condiciones técnicas y económicas que aseguren el acceso a los medicamentos a todos los habitantes de nuestro país. Estamos trabajando en dos proyectos de ley, uno de regulación de precios y otro de marco regulatorio general. En cuanto a los precios, proponemos la creación de una comisión mixta conformada por los Ministerios de Economía y Salud, como un sistema de doble agencia con competencia para regular precios, categorizar y llevar el registro de todos los actores que intervienen en la cadena de producción y provisión. En el proyecto de marco regulatorio general se abarcan todos los aspectos nece-

sarios para contar con remedios seguros y accesibles. En ambos, hemos recogido las mejores disposiciones de la ley Oñativia y la legislación de otros países, elaborándolos en colaboración con especialistas en el tema, que no se dejan llevar por los lobbies que siempre han de obstaculizar cualquier intento de regular estos temas.

El precio, la dispensa, el uso racional, el acceso universal, la prevención y corrección de conductas monopólicas u oligopólicas, son algunos de los aspectos que abarcan estos proyectos que seguramente serán enriquecidos con aportes de quienes, como ustedes, saben de la importancia de contar con estas herramientas.

Por último quiero decirles que por difícil que parezca poder tener una ley que proteja a los usuarios y establezca reglas de juego claras y confiables, no hay interés económico alguno, por poderoso que sea, que nos impida sancionar estas normas. Muchas gracias».

*Farm. Manuel Agotegaray
Presidente de FEFARA¹*

Buenos días a todos, al Señor Ministro y a todos quienes hicieron uso de la palabra en esta inauguración. Desde FEFARA queremos agradecer también la presencia de quienes hoy nos acompañan. La verdad es que tenemos un gran orgullo de poder estar hoy en las Séptimas Jornadas Federales y Sextas Internacionales y de la continuidad que hemos logrado otorgarle a este encuentro a través de los años. Siempre recordamos que comenzamos en plena crisis del 2002 con un objetivo que hemos

¹ FEFARA: Federación Farmacéutica.

tratado de cuidar entre todos, y es que todos los temas que se pudieran tratar en estas Jornadas tuvieran todas las visiones y se dieran en un contexto realmente pluralista de opinión, donde cada uno dijera lo que tuviese que decir sobre cada tema.

Voy a repetir algunas cosas que inevitablemente debo decir en las aperturas de las Jornadas. Una de ellas es que cada disertante tiene solamente el límite de su responsabilidad para lo que plantea. Esto siempre ha sido así porque para nosotros es muy importante crear ámbitos donde logremos debates y ponencias confiables y transparentes, la única manera de alcanzar conclusiones y propuestas útiles para la Salud de los argentinos.

Por otra parte, estamos convencidos que la única posibilidad que la profesión de farmacéutico tenga algún sentido en la Argentina es con la presencia de un Estado que regule su ejercicio. Al respecto, queremos hacer nuestro aporte a través de la labor diaria, en cualquier ámbito donde nos desempeñemos, pero también a través de las Instituciones profesionales generando herramientas que acompañen esas políticas.

También queremos tener mesas de diálogo y debate con la Industria Farmacéutica. Porque entendemos que, por supuesto, a ella le interesa maximizar sus utilidades, pero también creemos que esto debe hacerse sin dejar de lado la responsabilidad social.

Por eso, cuando hace ya unos meses decidimos hacer estas Jornadas en la Ciudad de Córdoba, el 17 y 18 de Septiembre, siendo como es esta Argentina dinámica y cambiante, la verdad que cuando recién veía el título que le pusimos, no pude dejar de pensar que los argentinos más allá de lo global, digamos que nos hemos encargado de hacer bien criolla la crisis. Y a raíz de eso me parece que tampoco podemos evitar hoy decir dos palabritas de lo que está pasando ahora con el mercado de medicamentos en la Argentina, y fundamentalmente del abordaje que se le está dando a esta problemática.

A nuestro entender, intencionalmente en algunos casos, y por desconocimiento en otros, se está negando todavía hoy hacer un verdadero diagnóstico de lo que pasa en el mercado de medicamentos en la Argentina. Se siguen atacando los síntomas que tiene el sistema de salud, se tocan todos los temas, pero de alguna manera en forma superficial. Se habla de medicamentos falsificados y de medicamentos adulterados, pero nadie sabe bien en qué cantidad y cómo. Y hoy pensaba que en realidad estamos hablando de los síntomas del enfermo, y en este caso el enfermo es el Sistema de Salud Argentino, y esto es solamente la fiebre.

Realmente no se hace un diagnóstico verdadero de la estructura del mercado de medicamentos en la Argentina, y la verdad que los que interactuamos día a día en ese mercado, tenemos la enorme responsabilidad y la obligación con la población, de poner en blanco sobre negro lo que está pasando. Hoy hay mucho más, de mal manejo y fraudes económicos que de cualquier otra cosa, entonces a la población lo peor que le podemos hacer es transmitirle un miedo que la induzca a no tomar más ningún tipo de medicamentos.

Está claro que cuando al Estado se lo hace bobo, porque el Estado no es bobo sino que así lo hacen algunos funcionarios, y cuando las instituciones farmacéuticas no estamos a la altura de las circunstancias y reclamamos sin propuestas no podemos ayudar a la población a entender qué está pasando con los medicamentos. En este aspecto también en el caso de la industria hay de todo, si bien, la mayoría tiene en claro la responsabilidad social que significa el manejo del medicamento. Me parece que hay que tratar entre todos de poner un poco de claridad para que realmente sigamos sirviendo a la población. Y en el caso de los farmacéuticos esto es doblemente importante porque somos la barrera sanitaria que tiene la población para usar racionalmente el medicamento.

Esto que está pasando en la Argentina y de lo que todo el mundo habla no es casualidad y tiene un denominador común:

los medicamentos no pasan por la farmacia, y éstas son las consecuencias. Éstas son consecuencias, es la fiebre, a la que me refería antes. Y hoy todos queremos y necesitamos un mercado regulado. Yo lo escucho día a día, ya sea de los que en algún momento de los '90 tuvieron una visión mucho más desregulatoria del mercado como de los que creímos siempre en una regulación. Hoy todos queremos un mercado regulado del medicamento en la Argentina, la industria, los farmacéuticos, el Estado y muchos funcionarios que trabajan muy bien.

El tema es quién lo regula y para qué lo regula, y no son momentos de eludir compromisos que tenemos todos, o donde lo regule sólo un sector para regirse solamente por su conveniencia. Son momentos que necesitan de una regulación integral, donde todos los sectores participemos y podamos, interactuar positivamente. En mis años de farmacéutico y dirigente, no conozco ninguna causa que impida que el Estado regule, los laboratorios puedan maximizar sus utilidades, y nosotros podamos seguir ejerciendo nuestra profesión en forma independiente y de acuerdo a lo que la población en la Argentina necesita.

Obviamente, para ello, necesitamos también que la política nacional de medicamentos sea una política de Estado y no de un gobierno determinado.

De las tres variables que tiene que tener una política nacional de medicamentos: accesibilidad, eficacia y seguridad, las dos primeras están prácticamente garantizadas porque al mercado le conviene vender productos de calidad pero lo que no está asegurado es justamente la seguridad, y la misma tiene más que ver con los circuitos del medicamento, con lo que pasa afuera del envase y no dentro.

Y estos son los circuitos donde tuvimos responsabilidad los farmacéuticos y cuando el país se cayó en el 2001-2002 surgieron sistemas de provisión de medicamentos donde nosotros no estábamos incluidos. Esto merece una autocrítica de las Institu-

ciones Farmacéuticas porque en ese momento no estuvimos a la altura de las circunstancias.

Estamos convencidos que en la Argentina se puede tener una política nacional de medicamentos en serio, y que se pueda aplicar, pero para eso se necesita mucha convicción y decisión política. Puede ser un proceso lento y acaso tendrán que pasarnos muchas cosas como éstas, pero creemos que se puede llegar a buen puerto. Y estas Jornadas, anualmente, también son un aporte que de alguna manera uno va poniendo en ese trabajo colectivo.

Para ir terminando, me parece que es posible trabajar sobre una regulación ordenada por parte del Estado, y es posible salir de esta encerrona, donde la mirada enfocada solamente en el mercado pone a cada eslabón de la cadena del medicamento como alguien que lo encarece, al margen del valor real que le agregue. Y con este enfoque es muy sencillo el tema: se saca a los farmacéuticos del medio y así se abarata el medicamento. Pero el costo social y el riesgo para la población, ¿cuánto vale? Claramente vale más que el 20 o el 30% que pueden significar el trabajo y la rentabilidad de los farmacéuticos.

Como dice la OMS desde hace mucho tiempo, también nosotros afirmamos que no existe una política de salud sin una política de medicamentos, y todos los farmacéuticos de la FEFARA vamos a seguir bregando desde nuestros puestos para que esto sea así en nuestro país, porque para nosotros es una convicción y una decisión de que no exista ningún medicamento en ningún lugar sin respaldo profesional de un farmacéutico. Estamos convencidos que somos la barrera sanitaria que puede proteger a la población en este momento. La asimetría de información entre el mercado y la población es demasiado grande como para que los farmacéuticos nos quedemos con las manos cruzadas, más allá de los intereses corporativos que podamos tener.

Todos los integrantes de FEFARA en la Argentina, estamos orgullosos de las Jornadas realizadas porque, además, quedan

plasmadas en una serie de libros que serán de gran utilidad para quien quiera armar una política nacional de medicamentos y encuentre que está absolutamente todo registrado y analizado en estas publicaciones que reflejan fielmente lo sucedido en estos años en el sector de los medicamentos.

Esperamos tener una hermosa experiencia en estos dos días de trabajo y camaradería en la ciudad de Córdoba y que todos aprendamos un poco más de lo que está pasando con el medicamento. Como siempre para ampliar la perspectiva y que este aprendizaje no se dé solamente mirando lo que sucede en la Argentina, hemos hecho el esfuerzo de invitar a dos especialistas extranjeros, Joan Rovira de la Universidad de Barcelona y Augusto Guerra del Estado de Minas Gerais en Brasil, que es Superintendente del Área de Farmacia. Creo que van a ser dos días muy provechosos para todos.

Nuevamente, muchísimas gracias.



MESA N° 1

La agenda sanitaria de las provincias argentinas

*Coordinador: Farm. Manuel Agotegaray
(Presidente de FEFARA)*

El tema que nos convoca es la Agenda Sanitaria de las Provincias Argentinas, y para abordarlo tenemos dos expositores: el Dr. Oscar González, que es Ministro de salud de la provincia de Córdoba y el Dr. Carlos Masuchelli, actual Subsecretario de Salud de la Provincia de Catamarca, quien asiste en representación del Dr. Juan Carlos Ferreyra que es el Ministro de Salud de esa Provincia.

Propongo entonces entrar de lleno en el tema ya que ambas disertaciones prometen ser muy interesantes y queremos que tengan todo el tiempo disponible para comentarnos las respectivas agendas de salud de sus provincias.

La agenda sanitaria de la provincia de Córdoba

Dr. Oscar González

Introducción

A mí me habían pedido que trazara un bosquejo muy rápido de lo que es la política sanitaria en nuestra provincia de Córdoba, pero sinceramente no puedo resistir la tentación de poner algún bocadillo sobre alguna de las cosas que se dijeron durante la Apertura de estas Jornadas, y permitirme darles algunos consejos, que acaso sirvan para las deliberaciones que se den más tarde.

En primer lugar, cuando uno toca estos temas escucha muletillas, y al respecto quiero decir que en lo personal, yo fui dirigente gremial médico en la década del '70, en plena proscripción de la actividad política en la Argentina, y tengo que confesar que sigo escuchando las mismas muletillas que escuchaba hace ya 30 años, y creo que habría que abandonar ese tipo de pensamientos e ideas. Porque, por ejemplo, acá no hay lobby, no hay imperialismo y no hay presión, lo que hay es incapacidad para hacer cumplir las leyes que tenemos. Siempre pensamos que necesitamos otra ley, pero en realidad no hacen falta más leyes de las que tenemos para mandar a la cárcel a todos los responsables ligados al delito de la efedrina, a los ladrones de medicamentos y a los funcionarios corruptos que amparan ese tipo de cosas. No necesitamos otras leyes, porque con las que hay nos alcanza.

Es cierto que el medicamento es un bien social, pero no es más social que el pan, la leche o la carne. Puedo decirles que yo

presidí la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados de la Nación, y allí cuando intentamos reformar la Ley de Farmacias, la principal dificultad que tuvimos no fueron los dueños de Novartis, que entre paréntesis no deben saber ni dónde queda la República Argentina, sino la dificultad para conciliar los intereses de los grupos, grupúsculos, fracciones y subfracciones de los actores argentinos involucrados en el tema. Y con esto quiero señalar entonces que los argentinos tenemos siempre la tendencia a trasladar nuestras propias ineficiencias y nuestras propias incapacidades, a cosas que están lejos de nosotros, cuando debería ser exactamente al revés. Coincidió con muchas de las cosas que se han dicho, por ejemplo pienso que no debe entregarse un sólo medicamento donde no haya un farmacéutico, estamos totalmente de acuerdo en ese sentido, y en nuestra gestión hemos tratado de hacerlo cierto acá en Córdoba. Y muy brevemente trataré de comentarles algunas de nuestras acciones y temas pendientes en la agenda sanitaria de Córdoba.

Ejes centrales en políticas de salud en Córdoba

Comencemos diciendo que en Córdoba nosotros estamos al margen de la mafia de los medicamentos, en primer lugar porque nuestros funcionarios no caen en la tentación de entrar en esas redes. Y de hecho, nosotros estamos trabajando contra el mercado ilegal de los medicamentos y hemos hecho un convenio desde el Ministerio de Salud con el organismo colegiado de farmacéuticos de Córdoba, estamos trabajando juntos y debo decir que hemos sido exitosos. Y paralelamente estamos en colaboración permanente con la División Drogas Peligrosas de la Policía, con la Fiscalía General, con el Colegio de Farmacéuticos y con la Dirección de Farmacias y Medicamentos, luchando en contra de todo esto, y claramente nos alcanza con las leyes que tenemos, diría que nos alcanza y nos sobra. A lo mejor lo que nos falta es más gestión, pero el marco legal es suficiente.

Durante nuestra gestión hemos incrementado notablemente la cantidad de farmacéuticos, ya que no había casi farmacéu-

ticos en el Ministerio de Salud, realmente había muy poquitos, y hoy hemos aumentado concretamente el número de farmacéuticos que forman parte de nuestros equipos. Las farmacias hospitalarias son farmacias en serio, y estamos tratando de avanzar en algunos aspectos vinculados a las políticas de medicamentos dentro de lo que es la estructura provincial de salud, utilizando sistemas modernos de gestión que nos permitan también impedir prácticas de corruptela en materia de medicamentos. Porque digámoslo francamente, no hay nada más tentador para un pobre diablo que tiene hemofilia, que no ponerse un Factor como profiláctico y venderlo en las redes de comercialización ilegal de medicamentos que todos sabemos que existen. Creemos que ese tipo de cosas debemos asumirlas como responsabilidades propias, por eso estamos tratando de avanzar en ese terreno, y es nuestra Dirección de Farmacias la que se encarga de eso.

La Dirección de Farmacias del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba también está avanzando hoy día en la concreción de políticas de gestión de medicamentos para enfermedades catastróficas, a través de mecanismos que nos permiten gestionar esto de modo personalizado, utilizando sistemas digitales por los cuales nuestros pacientes están identificados uno por uno. Nuestra obra social no entrega medicamentos fuera de las farmacias. La obra social de la provincia tiene una red más que amplia, ya que en Córdoba prácticamente la totalidad de las farmacias venden todos los medicamentos a los beneficiarios de nuestra obra social.

Creo entonces que lo que hace falta de verdad es la decisión y la gestión, porque me parece que a los argentinos nos falta gestión en un montón de cosas, y este tema de los medicamentos no queda al margen de la cuestión. A mí me pareció muy importante que se debatieran los temas, pero lo que pasa es que muchas veces se dice que necesitamos fabricación pública de medicamentos, pero no se aclara el por qué de esta necesidad. Yo coincido en que hay que promocionar este tema, pero también creo que hay que proceder con un criterio estratégico cuando

decidimos qué tenemos que producir nosotros, y sinceramente no creo que el Estado tenga que producir aspirina o amoxicilina. Pero entiendo que lo que sí necesitamos son políticas concretas y acertadas para que nuestros funcionarios no compren mal en el sector privado. Necesitamos definiciones estratégicas acerca de qué tiene que producir el Estado, como por ejemplo vacunas o determinados hemoderivados estratégicos que van a ser un problema cada vez más grave en el mundo que viene. Pero hay una distancia grande de allí a embarcar al Estado a fabricar medicamentos en general, y creo que no tiene sentido que nos metamos en eso, y en esa línea acaso valga más poner panaderías, lecherías o carnicerías del Estado, que son tan esenciales para la vida como los medicamentos, y además hacen falta todos los días.

Reitero que sí creo que hace falta una discusión estratégica hacia adelante para definir qué es lo que no puede dejar de hacer el Estado en materia de producción de medicamentos. Yo he mencionado un par de cosas como los hemoderivados, y agrego que felizmente en Córdoba tenemos asegurada la producción a través del Laboratorio de Hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba, y creo que ahí es donde tenemos que apuntar los esfuerzos desde el Estado. Mencioné también vacunas, pero desde ya que sin duda hay un montón de ejemplos, como pueden ser las drogas para el tratamiento de nuevos flagelos como el HIV. Y otra línea es avanzar hacia nuevas políticas que nos permitan con una política adulta zafar de algunas cuestiones como patentes, que nos condenan a sufrir erogaciones formidables.

Esto que estamos comentando pretenden ser algunos puntos de vista a tener en cuenta para el análisis y para la discusión. Algunos tenemos mucho tiempo en esto, en mi caso cuando yo tenía veintitantos años ya escribía sobre la Ley de Patentes Medicinales en la Argentina, y también escribía sobre la política del medicamento cuando era un médico recién egresado y secretario gremial de la Federación Médica de la provincia de Córdoba. Pero el tiempo me ha ido haciendo mirar las cosas de

otro modo, y me ha llevado a admitir que muchas veces el problema está en nosotros, en los organismos que representamos y en los actores que queremos representar. Y eso hace que uno reflexione y piense qué debe corregir y cómo debe enfrentar su gestión y la responsabilidad que le toca encarar.

Vuelvo a repetirles lo que quizá fue para mí el ejemplo más paradigmático, cuando intentamos modificar la Ley de Farmacias y yo presidía la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, y los lobbies más difíciles de manejar no eran de la industria, porque no venían ni Novartis ni Roche, o Bagó o Roemmers de los nacionales, a tratar de hacer lobby, sino que todo eso provenía de los sectores vernáculos involucrados en la problemática y sus distintas expresiones.

Y pasando a algunas otras cuestiones de la política sanitaria en Córdoba, digamos que una de nuestras mayores preocupaciones fue el fortalecimiento de la atención primaria de la salud a través de un instrumento legal que es el Pacto Sanitario, que es un acuerdo marco firmado entre el Gobierno de la provincia y los gobiernos locales. Córdoba tiene una estructura muy parecida a Santa Fe, tiene 427 gobiernos locales, municipios y comunas. Hay más de 100 hospitales gestionados por los municipios, y hay más de 700 centros de atención primaria en la provincia de Córdoba, también gestionados por los gobiernos locales, municipios y comunas. Además el ministerio a mi cargo dispone y tiene en la provincia de Córdoba 35 hospitales de mayor complejidad, que son los que están gestionados directamente por el Poder Ejecutivo Provincial.

El Pacto Sanitario fue una herramienta formidable que diseñamos y pusimos en práctica hace un año medio. Aclaramos que nosotros tenemos en Córdoba una coparticipación paralela destinada a la salud, es decir que junto con la coparticipación municipal, el Gobierno Provincial envía mensualmente al mismo tiempo que esa coparticipación provincial una remesa de fondos a los municipios y comunas, que se llama Fondo de Financiamiento

de la Descentralización de la Salud, y a través del cual en este momento estamos derramando sobre el sistema sanitario municipal y comunal alrededor de 200 millones de pesos anuales. Al margen de eso tenemos el Pacto Sanitario, que como dije es un acuerdo marco firmado entre el Gobierno Provincial y los gobiernos locales, y que nos permite actuar mediante convenios bilaterales entre el gobierno provincial y los gobiernos locales. Esto se hace al margen de ese recurso de aplicación automática y no discrecional, es decir que en ese Fondo de Financiamiento de Descentralización de la Salud el gobierno provincial no interviene en la asignación de esos recursos, sino que es una grilla automática que se distribuye todos los meses.

Y al margen de eso entonces tenemos el Pacto Sanitario, donde mediante acuerdos bilaterales en función de objetivos y metas sanitarias celebrados entre el gobierno provincial y los gobiernos locales, se destinan los fondos y se trabaja básicamente en tres aspectos: mejorar la infraestructura sanitaria o sea la infraestructura física de salud, mejorar el equipamiento y la tecnología médica en los efectores municipales de salud, y fundamentalmente y donde más recursos hemos asignado, mejorar el acceso o la posibilidad de la disposición de recurso humano en los centros de atención primaria de la salud. Y en ese rubro de recurso humano hemos apuntado fundamentalmente a la contratación de médicos generalistas, gineco-obstetras y pediatras para todas las poblaciones de la provincia. Hoy me animo a asegurar que en Córdoba no hay ninguna población de más de 2000 habitantes que no tenga pediatras y ginecólogos, que por lo menos dos veces a la semana controlan los embarazos y la evolución de nuestros niños.

Durante el año 2008 el Pacto Sanitario tuvo un presupuesto de 35 millones de pesos que se sumó a los fondos de financiamiento de la descentralización. Estamos viendo los primeros resultados, ya que acabamos de cerrar el primer semestre de cifras de mortalidad infantil, y hemos cerrado con las cifras más bajas de la historia de la provincia de Córdoba. Hoy tenemos

el 10,5 de mortalidad infantil en el primer semestre desde el 1 enero al 30 junio incluido, y eso nos pone muy cerca de las metas que nos habíamos fijado para el 2011, que es un dígito de mortalidad infantil en Córdoba.

Para nosotros, insisto, el fortalecimiento de la atención primaria, la organización de un sistema provincial de derivación de pacientes de este sector de la atención primaria a los hospitales de mayor complejidad, y la interacción entre los sectores provinciales y el Ministerio de Salud de la provincia y los sectores municipales, han sido probablemente el eje más importante en nuestra concepción de cómo organizar un sistema público de salud eficiente.

Hemos tenido y tenemos estrategias y acciones sobre otros aspectos muy importantes. Por ejemplo, en la otra punta de la cuestión, las mejoras de lo que es la alta complejidad en la provincia, estamos en estos momentos a punto de inaugurar una de las dos megaobras que tenemos en materia hospitalaria, que es el nuevo hospital de Nuestra Señora de la Misericordia y el nuevo hospital Córdoba. Ambos emprendimientos superan los 250 millones de pesos de inversión, y seguramente el primero que mencioné va a ser inaugurado antes de que finalice este año es decir en no más de 90 días. Y actuamos también sobre otra de las falencias, que vimos que eran las camas críticas de alta complejidad, y hemos logrado incrementar las camas de terapia intensiva, neonatales, pediátricas y de adultos en más de un 55% en el territorio provincial.

Además hemos puesto en marcha un sistema de atención de la rehabilitación de la discapacidad, porque en esta área teníamos prácticamente oferta cero en materia de rehabilitación en el sector público, y hoy hemos organizado una red con seis centros regionales de rehabilitación, en Córdoba Capital, Villa María, San Francisco, Villa Dolores, Cruz del Eje y Laboulaye, y estamos armando otro en Río Cuarto. Estamos evacuando a través de esos seis centros arriba de las 10.000 consultas y pres-

taciones mensuales en materia de rehabilitación en el sistema público.

Todo esto contado a trazo grueso, habría para charlar largo tiempo, pero yo he querido con este pantallazo contar cuáles han sido nuestros ejes centrales en materia de salud. Insisto en el tema medicamentos, porque siempre y desde el primer día lo consideramos una cuestión crítica y central en lo que es nuestra gestión. Tanto es así que la primera decisión fue jerarquizarlo y darle rango de Dirección General, y centralizar allí todo lo que tenía que ver con la política de medicamentos en el Ministerio de Salud, en la Dirección de Farmacia. Recuerdo que cuando yo llegué al Ministerio de Salud, había por ejemplo, una piecita que manejaba los antihemofílicos y poco más que eso.

El paso siguiente para nosotros fue fortalecer las farmacias hospitalarias, y poner mecanismos de control efectivos en la política de compras, en las políticas de control y en la política de seguimiento de la utilización de los medicamentos. También como les decía, hemos puesto en marcha mecanismos de gestión que impiden la corruptela en los medicamentos vinculados a las enfermedades catastróficas, que como es sabido son las de baja incidencia y alto costo en los tratamientos. Hoy nuestros insulino dependientes están en un sistema informático y los tenemos con nombres y apellidos, y sabemos cuándo retiró insulina, de qué hospital, en qué fecha y cuál es la dosis que tiene prescrita. Todo eso lo tenemos cargado informáticamente, y estamos avanzando hacia eso rápidamente en hemofilia, en esclerosis múltiple, y en una serie de patologías que requieren de medicamentos de altísimo costo, que descalabran cualquier presupuesto y que son los que muchas veces inducen la tentación de estimular, porque no hay quien venda un medicamento reciclado si alguien no lo sustrajo primero. Porque, digámoslo con todas las letras, se roban los medicamentos caros del sistema público. La realidad es que es muy difícil que en Córdoba le roben al Sanatorio Allende, es mucho más fácil que esto ocurra en nuestros hospitales y en nuestro sistema.

Conclusiones

Para concluir, quiero resaltar que hemos puesto mucho énfasis en todo esto que comentábamos, porque creemos que es una manera de entrar en la médula de la cuestión, y para nosotros fue clave el trabajo coordinado por el organismo que agrupa a los farmacéuticos en la provincia de Córdoba. Hemos tenido procedimientos muy exitosos en la lucha contra la mafia de los medicamentos que han tomado estado público. Como ejemplo, en un solo procedimiento decomisamos más de 100.000 cajas de medicamentos que se comercializaban por un circuito anormal y clandestino. Tenemos vigente en este momento, lo hemos ampliado este año, un convenio mediante el cual el Ministerio de salud a través de la Subdirección de Farmacia y el Colegio de Farmacéuticos son celosos custodios de la comercialización de medicamentos en la provincia de Córdoba.

Quiero disculparme si acaso me haya extendido mucho o hablado de algunos temas puntuales, muy tentadores por cierto. Debido a que tengo que representar al gobernador en un acto público esta misma tarde, también me disculpo por tener que retirarme antes, y agradezco a ustedes la atención que me han dispensado.

La agenda sanitaria de la provincia de Catamarca

Dr. Carlos Masuchelli

Introducción

Quiero comenzar presentando las disculpas en nombre del señor Ministro de Salud de Catamarca por no haber estado presente, ya que a última hora tuvo una serie de inconvenientes que llevaron a que me designara para suplirlo en la primer Mesa de estas Jornadas. Le agradezco a la Comisión Directiva de nuestras entidades farmacéuticas y a FEFARA en particular, que ha tenido en nombre de su presidente la gentileza de acercarnos la invitación para participar de este evento.

Es para nosotros un desafío estar presentes aquí y mostrarles un poco el perfil sanitario de nuestra Catamarca, luego de haber escuchado recién al Dr. Oscar González contar los ejes centrales de las políticas que actualmente están desarrollando en Córdoba, ya que realmente es muy interesante lo que se está llevando a cabo allí. Algo de ello lo hemos escuchado en el COFESA¹, donde se reúnen periódicamente los ministros y siempre conversamos sobre situaciones de salud que a todos nos preocupan.

Quisiera también aprovechar este espacio para emitir algunas opiniones al respecto, ya que lamentablemente y acaso por cuestiones circunstanciales muchos no opinamos, no hablamos y

¹ COFESA: Consejo Federal de Salud.-

en definitiva no nos expresamos sobre temas que además de ser importantes, son de nuestra competencia. He sido presidente del Círculo Médico de Catamarca y he desarrollado un trabajo gremial institucional muy importante por muchos años, y siempre he creído que tenemos que salir a la palestra permanentemente, porque las instituciones y las entidades colegiadas son la base sólida y responsable de nuestro país. Debo agregar que a veces los mensajes dicotómicos y las expresiones de algunas personalidades dirigenciales lamentablemente no acompañan este pensamiento, es decir, dicen una cosa y actúan otra forma. Nosotros hemos sentido, en cierta forma, algunas de estas afrentas en nuestras gestiones.

El ministro actual fue presidente de nuestro Círculo Médico, de hecho me sucedió a mí en el cargo, y el gobernador de la provincia nos ofreció que los acompañáramos en estas circunstancias. Francamente nos ha tocado una época durísima por así decirlo, porque Catamarca no ha estado en una sintonía con el espectro nacional en un tiempo importante, y en la gestión nuestra hemos vivido las siete plagas de Egipto que nos han pegado en la cabeza con la serie de eventos que todos conocen. Entre ellos hemos tenido dos concursos electorales, hemos tenido el París - Dakar, hemos tenido el famoso dengue que lo tenemos y lo seguiremos teniendo, y la no menos famosa Influenza AH1N1 que a todos nos ha castigado. Y paralelamente la cuestión económica nuestra ha sido bastante difícil, ya que incluso tuvimos dificultades presupuestarias porque no fue aprobado el presupuesto, o sea que estamos con presupuestos ya caducos en el tiempo.

En este contexto, tuvimos que ponerle el pecho a las balas y así hemos trabajado. Pero felizmente, y rescato lo que dijo Oscar González, creemos que con gestión, con responsabilidad y con seriedad las cosas se llevan a buen término y confiamos, en especial en lo referente a los medicamentos, en la interacción provincial con las instituciones. Nosotros tenemos convenios, y estamos trabajando a través de la obra social con el Colegio de Farmacéuticos y concretando la accesibilidad a toda la gente

afiliada a nuestra obra social, que en Catamarca son casi 150.000 habitantes de los 380.000 habitantes que tenemos. O sea que prácticamente la mitad de la población, por así decirlo, dispone actualmente de una accesibilidad bastante acorde a las necesidades. Tenemos además el sector vulnerable, que cada día está más dimensionado por la situación crítica económica de nuestro país y de nuestra provincia, pero en ese sentido el Gobierno de Catamarca ha privilegiado y priorizado el tema salud. Así que en los últimos tiempos, si bien no en todo lo que uno aspira, nos ha apoyado en casi todas las decisiones y en todas las acciones en salud que se han llevado a cabo.

Un ejemplo es lo que sucedió con el tema dengue. Hay que confesar que los primeros días tuvimos una desorientación importante en este tema, porque les comento ya que seguramente algunos no lo saben, que Catamarca era considerada como una zona de bajo riesgo por nuestros epidemiólogos, y me refiero a los epidemiólogos de nuestro país. Una consecuencia de esto fue que no participamos prácticamente en las reuniones específicas del dengue. Es decir que teníamos el mosquito pero no teníamos esa impresión diagnóstica, y para nosotros hubiera sido fundamental tener ese conocimiento previo, porque todas las cosas con previsión se pueden solucionar en el corto plazo, pero lamentablemente eso no se dio. Digamos que nosotros nos tuvimos que defender un poco en forma solitaria, pero igual nos organizamos.

Tenemos en Catamarca el famoso COE, que es el Comité Operativo de Emergencias y que previamente habíamos utilizado para desastres y catástrofes que tuvimos, como terremotos y otros accidentes importantes, que fueron situaciones concretas en las que operativamente funcionó este Comité. Entonces lo reflatamos para el caso de específico del dengue y enfrentamos la situación. Creamos una Sala de Situación y trabajamos full time en el tema con un equipo específico, y logramos, con el asesoramiento de gente que vino del exterior, clarificar la parte estacional. Porque como comentaba antes, nosotros tuvimos al

comienzo dificultades en el diagnóstico y en el tratamiento ya que al ser considerados zona de bajo riesgo, era muy poco el conocimiento de esta patología nueva. Pero felizmente contamos con un asesor cubano que vino y nos dio una clase magistral sobre cómo evitar la muerte en el caso del dengue y trajo claridad para enfocar nuestra realidad. Felizmente tuvimos un sólo caso comprobado por esta situación, si bien tuvimos casi 10.000 casos en la provincia. Los epidemiólogos y los versados en esto dicen que eso hay que multiplicarlo por factores, o sea que nosotros con los 10.000 casos aprendimos mucho, y la experiencia sirvió para tener un planteo sanitario de prevención de patologías emergentes y reemergentes.

Cuando atravesamos la epidemia de la Gripe A, felizmente y como estábamos en esta organización, aún con estas deficiencias pudimos suplir el embate que nos dio la enfermedad y no tuvimos mayores inconvenientes. Tal es así que hoy estamos levantando las guardias preventivas que habíamos dispuesto.

En lo que respecta a la medicación para ambas patologías, una observación que hicimos fue que ya la clase media está recurriendo a las farmacias del hospital, concretamente a la farmacia central de nuestro hospital. Y retomando un poco los conceptos del Dr. Oscar González, creemos que el farmacéutico tiene que estar presente en todos estos actos, y no solamente en la dispensa del fármaco sino también en el control. Nosotros también tenemos desarrollado un poco este tema a los fines de minimizar todo esto de lo que se habló en esta Mesa y que en todos lados se da. Ciertamente nosotros tuvimos tantas dificultades con la farmacia que teníamos en la obra social por pérdidas u otros inconvenientes, que llegamos a la conclusión que haciendo un acuerdo con el Colegio de Farmacéuticos y toda su red de farmacias en el interior, nosotros íbamos a tener una mejor cobertura para los afiliados de la obra social. Y en cuanto a la clase de riesgo y población vulnerable, tenemos partidas de medicamentos para afrontar todas estas situaciones que se van planteando. Desde ya que siempre se necesita un presupuesto

sólido que esté refrendando todo nuestro accionar, y es bueno señalarlo.

Mirando Catamarca

Con respecto a la provincia de Catamarca, lo primero que surge es recordar que **geográficamente tiene una topografía muy difícil**, porque tiene cerros, montañas y valles, de modo que la comunicación nuestra es bastante complicada, y como respuesta a esta realidad hemos desarrollado un **sistema de red de móviles** para poder llegar a todos los sectores. Esto se logró en alguna medida pero no es fácil, yo creo que estamos en la previsión de buscar una solución a ello. No tenemos helicóptero, y por cierto eso nos facilitaría mucho la asistencia a las comunidades que están dispersas y marginales, y realmente es un tema que nos preocupa y que tiene un alto costo, no sólo en cuanto a la compra sino en el mantenimiento. Pero no obstante admitir estas dificultades, son circunstancias que estamos valorizando y viendo en qué medida podemos lograrlo a través de una gestión adecuada.

Tenemos **12 áreas programáticas**, y cada una tiene un jefe de área. Y tenemos **cinco hospitales** en las ciudades cabeceras más importantes, que son: Santa María, Belén, Tinogasta, Recreo y Andalgalá. En esos hospitales tenemos no obstante un perfil de atención muy limitado por el hecho de que no tenemos especialistas. En realidad estamos logrando incorporar tecnología pero lo que sigue faltando son especialistas que se radiquen en esos lugares.

En la capital sí tenemos **dos hospitales de alta complejidad**, que son el Hospital San Juan Bautista y el Hospital de Niños, que tienen ambos una elevada complejidad. A esto se agrega que ahora inauguramos en breve la **Maternidad Neonatal**, y pienso que este centro va a tener una gran trascendencia porque está dotado de toda la tecnología, en respuesta a esta

sombra que tenemos de la mortalidad materno-neonatal y materno-infantil, y esto tiene un significado muy trascendente para la provincia. Tenemos el edificio hecho y estamos tramitando con la gestión del ministro Mansur, que realmente nos está apoyando bastante para dotarlo de la necesaria aparatología.

Con respecto a **acciones fundamentales de la salud**, nosotros hemos hecho hincapié en la **atención primaria de la salud**. Creemos que es el eje de la política de salud y a ella nos debemos, es decir que estamos desarrollando en todos los sentidos este proceso que va a permitir contemplar la prevención y la promoción de la salud, que en el caso de toda esta patología que hemos mencionado, son la esencia para internalizar en la sociedad y en la comunidad cuáles son los procedimientos para evitar el contagio y la infectación.

Políticas Públicas de Salud en Catamarca

Vamos a mencionar brevemente cuáles son las **principales políticas públicas a realizar en la presente gestión del Ministerio de Salud**.

- Fortalecimiento de la política de atención primaria de la salud.
- Fortalecimiento de la asistencia materno-infanto-juvenil.
- Optimización del Sistema de urgencias, emergencias y catástrofes.
- **Garantía al acceso de medicamentos.**
- Fortalecimiento de la atención en la salud mental.
- Fortalecimiento de la asistencia a pacientes con patologías transmisibles y no transmisibles.

- Asistencia integral al adulto mayor.
- Fortalecimiento de la asistencia integral a personas con discapacidad.
- Fortalecimiento de la salud odontológica.
- Optimización del recurso humano.
- Fortalecimiento de la red de recursos físicos y tecnologías en salud.
- Garantizar la gestión en calidad.
- Asegurar el cumplimiento de la normativa sanitaria vigente.
- Fortalecimiento de la salud ambiental.

Un comentario en particular merece lo referente a **optimizar el sistema de urgencias, emergencias y catástrofes**, justamente porque hemos tenido dos epidemias fuertes, pero que afortunadamente no han tenido gran impacto en mortalidad, pero han encendido las luces de alarma en este tema.

Y en cuanto a la **garantía en la accesibilidad de los medicamentos**, como comenté antes, estamos imbuidos en ese proceso, proceso que tiene que conllevar la parte comunicativa a toda la sociedad y la parte informática que refrende el proceso en sí, y por supuesto el control que es fundamental para esta situación.

Mencionamos el **fortalecimiento de la atención de la salud mental**, nosotros tenemos un centro de prevención de adicciones que actualmente está trabajando, y tenemos prevista la creación de lo que se llama Centro Humaraya, que es una voz quechua que significa «vientos de cambio», con un programa que incluye acciones referidas a tratar de evitar el flagelo de

la drogadicción. Agreguemos que este tema hoy en día se está evidenciando de manera muy importante, así como los suicidios, sobre cuya prevención también estamos trabajando, y creemos que de alguna manera son flagelos resultantes de la situación socioeconómica y la crisis actual de nuestro país.

Otro punto es el **fortalecimiento de la asistencia al paciente con patologías transmisibles y no transmisibles**. Tenemos programas de todo tipo de enfermedades crónicas, y a raíz de estas epidemia que hemos vivido recientemente, estamos desarrollando una ley que contemple las enfermedades emergentes y reemergentes, así como los desastres y catástrofes.

Dos temas claves son **fortalecer la existencia integrada del adulto mayor y fortalecer la asistencia a personas con discapacidad**. Tenemos hoy día un centro de rehabilitación que está trabajando, y estamos coordinando programas de la esfera nacional en nuestro hospital.

En otro orden de cosas también hemos desarrollado un **plan odontológico**, que incluye hacer un Centro de Odontología que incorpore también la provisión de prótesis, algo que no teníamos, y eso va a ser en breve el proceso en salud que vamos a direccionar.

Todo esto obviamente se relaciona con la necesidad de **optimizar el recurso humano**. Nosotros estamos tratando de que el hospital sea un hospital seguro, y que respalde todas las acciones en salud de la mejor forma posible, que la gente se sienta contenida, que no sea una cuestión de semántica nada más, sino que sea realmente una cuestión que se lleve a cabo. Es un proceso muy difícil y muy duro, tenemos dificultades en todos los ambientes para progresar en los objetivos que nos fijamos, pero sinceramente yo creo que con un poco de voluntad, trabajo y consenso se puede llevar a cabo.

Complementariamente a lo anterior, estamos abocados a **fortalecer la red de recursos físicos y tecnología de sa-**

lud, porque nosotros queremos que la gente que tiene condiciones de vulnerabilidad esté contenida, y tenga un principio de equidad con el resto de la sociedad que puede disponer de algunos medios, aunque vale mencionar que ahora vemos que también la clase media está recurriendo a nuestros centros de salud por dificultades económicas.

Y en cuanto a garantizar un hospital seguro, no es otra cosa que **garantizar la gestión en calidad**. Y eso está estrechamente ligado a otro punto, que es **asegurar el cumplimiento de la normativa sanitaria** que tenemos vigente, porque como dijo recién el Dr. Oscar González, tenemos todas las acciones previstas, y hay que tratar de estandarizarlas y normatizarlas a los fines de evitar todo este manejo indiscriminado y arbitrario que se ha hecho a veces de la salud.

Finalmente, estamos buscando también **fortalecer el proceso de la salud ambiental**, porque por ejemplo hoy en día un 70% de la patología oncológica tiene que ver con el efecto del deterioro ambiental, y trabajar en este campo significa que tenemos que trabajar conjuntamente con la sociedad y con todas las otras instituciones gubernamentales.

Mirando Catamarca

Ésa es la provincia nuestra, estos son nuestros departamentos, cada uno tiene su área programática y el del norte, Antofagasta de la Sierra es un lugar muy interesante desde el punto de vista cultural, étnico y paisajístico, es un lugar por cierto para conocer y hacerse una excursión. Agreguemos que estimamos nuestra población en unos 388.000 habitantes en el año 2008.

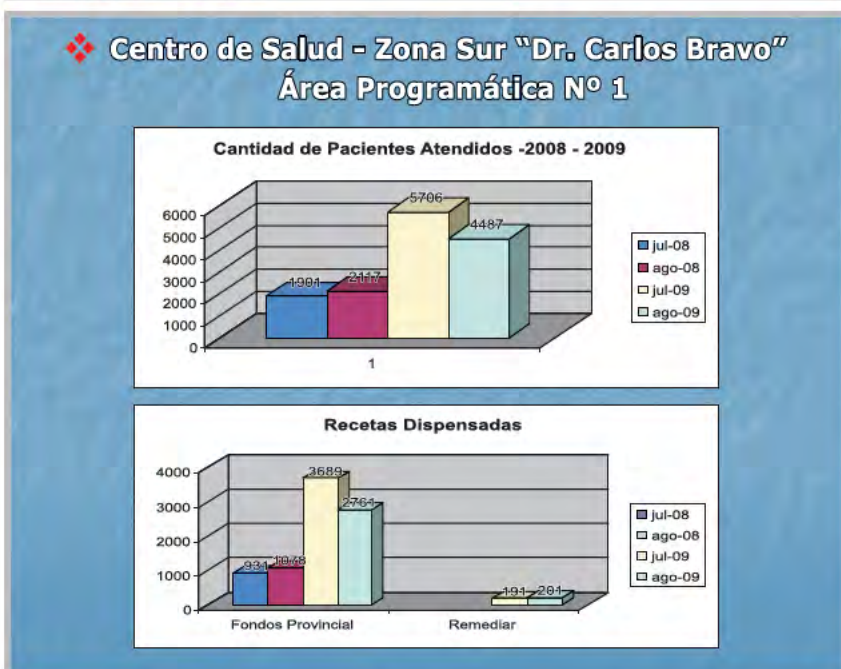
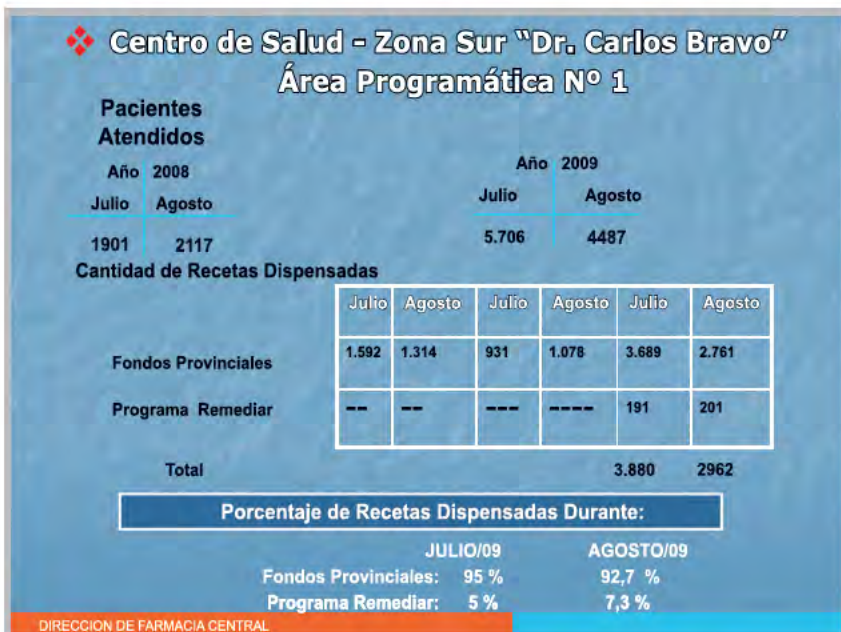
Veamos algo sobre **nuestras farmacias**. Nosotros no sólo tenemos la Ley de Farmacia N° 4798 y el Decreto N° 582/04 que es el que refrenda esta ley, sino que además tenemos el Decreto



Reglamentado N° 1482 del 2005. Hemos creado en farmacias con atención los 365 días del año, que están en pleno funcionamiento desde el año 2007.

Algo interesante y que tiene que ver con el objetivo de descentralizar la presión que había sobre los hospitales centrales nuestros, que son los de mayor complejidad, fue la creación de dos **Centros de salud** con atención las 24 horas, que están en el nivel capital, en el Área Programática N° 1: el Centro Norte Dr. Edgardo Acuña (2007) y el Centro Sur Dr. Carlos Bravo (2007).

Estos dos centros, el CAPS Norte y el CAPS Sur, en realidad son mini hospitales, realizan la atención primaria de la salud y han sido un gran contenedor en estas epidemias que hemos sufrido. Abajo mostramos gráficamente la actividad de uno de ellos, el Centro Sur Dr. Carlos Bravo.



Fuente: Dirección de Farmacia Central, Catamarca, Argentina, 2009.-

En el primer cuadro se puede hacer una comparación de recetas, para agregar datos relacionados a la farmacia. Y es interesante ver que con los fondos provinciales de Catamarca se cubrió el 95%, y a través del Programa Remediar solamente un 5%. Esto por sí mismo habla un poco de la situación que hemos vivido, pero lo hemos llevado adelante y puede observarse que en julio y agosto del 2009, que son distintas etapas, se han ido incrementando el número de recetas dispensadas. Esto es por lo que decía antes, cuando señalaba que la clase media está recurriendo al sector de salud pública porque no tiene recursos suficientes.

Y en el segundo cuadro, también del CAPS Sur, puede verse otra relación y observar cómo se ven los pacientes atendidos y las recetas emitidas en ese Centro Sur, que reflejan la epidemia del dengue sumada a la de la gripe A.

Podemos mencionar también el **IRAB** dentro de los programas nacionales que nosotros estamos llevando a cabo y que iniciamos en el 2005 por la Resolución SSP- N° 386-07. IRAB son las siglas de las infecciones respiratorias agudas bajas, y en este tema hemos hecho guardias permanentes para solucionar los problemas y monitorizar toda la problemática de la dispensa de medicamentos. Todo esto se trabajó con normas específicas, que incluye al farmacéutico como integrante del Comité Interdisciplinario, el uso del Formulario Terapéutico Provincial con sus respectivas normas, las compras de medicamentos para la atención de IRAB y el monitoreo de la dispensa, llevado a cabo por la Dirección de Farmacia Central, que también generaba el correspondiente informe, que alimentaba los datos epidemiológicos provinciales.

Creo que es interesante e ilustrativo mostrar brevemente el **análisis de la atención de recetas que se hizo a través de la Dirección de Farmacia Central, en el caso concreto de la dispensa del Oseltamivir durante la epidemia de la Gripe Influenza H1N1.**

- **Debilidades:**

- Las Recetas no tenían en forma clara la indicación, dosis/horario

- **Fortalezas:**

- Oportunidad, disponibilidad y accesibilidad de la medicación.
- Coordinación efectiva con las direcciones de los hospitales interzonales San Juan Bautista, de Niños y Dirección de Epidemiología de la provincia, de acuerdo a los informes que se producían en todas las áreas.
- Control farmacéutico en la dispensa de la emergencia de la gripe influenza H1N1.

Con el caso del Oseltamivir tuvimos una buena provisión de medicamentos, recordemos que la adquisición del medicamento la hizo el Ministerio de Salud de la Nación, la distribución y custodia estuvo a cargo de la Dirección de Epidemiología de la Provincia, y el almacenamiento y conservación fue en la farmacia durante los 365 días. En realidad la provisión fue buena sobre todo en la última parte, porque como suele suceder con todas las cuestiones en nuestro país, a veces no hay definiciones en estas enfermedades nuevas, y en nuestro caso nosotros respetamos las normas que se emitieron a nivel nacional. De acuerdo a eso los primeros días no se daba medicación, y después se empezó a proveer y a atender las necesidades de esta patología.

Indudablemente con los Oseltamivir hubo muchas disquisiciones, incluso de nuestros propios colegas, porque muchos decían que tenía contraindicaciones, etc, etc. Pero finalmente todos accedieron, y nosotros tomamos una medida que yo creo que fue importantísima, ya que el medicamento se vendía solamente en la parte pública, es decir que distribuimos todos los Oseltamivir posibles de acuerdo a la demanda en todos

los sanatorios y centros de atención de Catamarca. Eso descomprimió totalmente el problema de la gripe A y pudimos solucionar ese inconveniente.

La dispensación incluyó como formas farmacéuticas comprimidos de 30-45-75 mg, y jarabe preparado en el Hospital Interzonal de Niños. Se hizo por supuesto Educación Sanitaria a través de Normas de Prevención, Farmacovigilancia y Seguimiento de los tratamientos. Y en las tablas y el gráfico de abajo mostramos algunas cifras:

Tratamientos según forma farmacéutica

Ttos. con comprimidos de Oseltamivir 75 mg		
EDADES		
Hasta 16 años	Mayores de 16 años	Total
582	723	1305
INSTITUCIÓN		
Público	Privado	Total
855	450	1305

Ttos. con Oseltamivir Jarabe		
EDADES		
		Total
201	1752	1953
INSTITUCIÓN		
		Total
1470	483	1953

Fuente: Dirección de Farmacia Central, Catamarca, Argentina, 2009.-

Tratamientos que se hicieron de acuerdo a las semanas epidemiológicas.

Ttos. con comprim. de Oseltamivir 75 mg		Ttos. con Oseltamivir Jarabe	
Semanas	Cantidad de Tratamientos	Semanas	Cantidad de Tratamientos
Semana 28	122	Semana 28	78
Semana 29	164	Semana 29	344
Semana 30	119	Semana 30	192
Semana 31	113	Semana 31	171
Semana 32	257	Semana 32	394
Semana 33	242	Semana 33	361
Semana 34	184	Semana 34	250
Semana 35	70	Semana 35	124
Semana 36	34	Semana 36	39

EGRESOS DE OSELTAMIVIR 45 mg COMPRIMIDO

Egresos	
	Cantidad
Al 14/09/09 en Farm	24
24/08/2009 Villa Dolores	5
01/09/2009 Andalgala	10
Total Egresos	39

EGRESOS DE OSELTAMIVIR 30 mg COMPRIMIDO

Egresos	
Fecha	Cantidad
Al 14/09/09 en Farm	34
24/08/2009 Villa Dolores	30
26/08/2009 Villa Dolores	30
01/09/2009 Andalgala	10
Total Egresos	104

Fuente: Dirección de Farmacia Central, Catamarca, Argentina, 2009.-

Conclusiones

Para concluir quiero dejar lo que fueron ejes centrales en toda la experiencia que acabo de relatar referente al uso del Oseltamivir durante la emergencia de la Gripe A1H1 en nuestra provincia. Básicamente fueron una buena relación farmacéutico-paciente junto a una atención personalizada, a lo que se sumó un trabajo en conjunto con el Equipo de Salud. Y agregar que falta aún, porque está en proceso, la evaluación de los resultados en costo de salud en una epidemia.

Quiero agradecer nuevamente la oportunidad de estar en este encuentro y en esta Mesa, y agregar como concepto final que yo creo que la dirigencia, en todo sentido y en todos los estamentos, no tiene que limitarse a estos procesos sanitarios, y tenemos que confiar en las instituciones que son las únicas que respaldan, yo creo, el accionar de todos los profesionales tanto farmacéuticos, bioquímicos, médicos y todos los que conforman los equipos de salud.

Coordinador: Farm. Manuel Agotegaray

Cerramos esta Mesa tomando los consejos del Dr. Oscar González y reafirmados por el Dr. Carlos Masucheli. Y como comentario final, agrego que me parece que no estamos remando en el desierto cuando hablamos que las instituciones farmacéuticas no sólo tenemos que ser representantes de la red de farmacias, sino que debemos aportar algún valor agregado a la cadena del medicamento, y eso se hace en base a la gestión.

Creo que todos los que somos FEFARA de esto estamos hablando hace muchos años, y la verdad que nos enorgullece. Muchísimas gracias a los disertantes y damos por finalizada esta primera mesa.



MESA Nº 2

La agenda de medicamentos: acceso, innovación, precios y regulación.

*Coordinadora: Farm. Natalia Rodríguez
Presidenta del Colegio de Farmacéuticos de Misiones
Miembro de la Comisión de Certificación de FEFARA*

Antes de hacer las presentaciones de esta segunda Mesa, les queremos contar que desde que comenzaron estas Jornadas allá por el 2002, las organizó el Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe pero a partir de esta edición esas mismas Jornadas forman parte del patrimonio de FEFARA, y la Comisión Organizadora estuvo integrada, esta vez, por colegas de todos los Colegios integrantes de la Federación.

Hecha esa aclaración, digamos ahora que la siguiente Mesa se desarrolla bajo el título «*La agenda de medicamentos a nivel internacional: acceso, innovación, precios y regulación - Reflexiones para construir una política nacional de medicamentos* - Son disertantes el Profesor Joan Rovira, Doctor en Economía egresado de la Universidad de Barcelona y profesor de esa casa de altos estudios, cuyas áreas de especialización son Economía de la Salud, Mercados e Industria Farmacéutica. El Dr. Rovira ha

publicado numerosos trabajos y se ha desempeñado como asesor del Banco Mundial para temas de medicamentos.

Por su lado, el Dr. Carlos Alberto Vassallo es Contador Público Nacional egresado de la Universidad Nacional del Litoral de Santa Fe. Posee un Postgrado en Economía y Gestión del Sector Salud de la Universidad Bocconi de Milán en 1989-1990, habiendo accedido a la Universidad de Milán por una beca del Ministerio de Relaciones Exteriores de la República Italiana, y también tiene un postgrado de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, cursado en 1997.

En primer lugar disertará nuestro invitado el Dr. Joan Rovira, y seguidamente el Dr. Carlos Vassallo hará los comentarios a su exposición, y si el tiempo es suficiente, abriremos al final de la Mesa un espacio para que los participantes puedan realizar preguntas a ambos.

Y antes de ceder la palabra al Dr. Rovira, quiero agradecer a los organizadores de las Jornadas por haberme concedido el honor de coordinar esta Mesa, y también felicitarlos por darnos nuevamente un ámbito tan interesante para la discusión de nuestras realidades. Es importante que aprovechemos esta oportunidad, ya que ésta es una de las Mesas que hacen internacionales a estas Jornadas, y sinceramente no es muy habitual, por lo menos para la gente del interior y de las provincias, tener disertantes de esta categoría.

**La agenda de medicamentos a nivel internacional:
acceso, precios y regulación.**

**- Reflexiones para construir una política nacional
de medicamentos -**

*Dr. Joan Rovira
Universidad de Barcelona*

Introducción

Agradezco sinceramente la invitación a estas Jornadas. Y comenzaré aclarando que en mi presentación hay dos partes bien diferenciadas, la primera es más descriptiva y está basada fundamentalmente en un estudio en el que participé junto a Jaime Espín, que versa sobre la regulación y precios de los medicamentos de la Unión Europea.¹ El estudio completo está disponible en Internet en http://ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/comp_pf_en.htm. Y la segunda parte es un poco más de debate y polémicas sobre políticas y posibilidad de aplicarlas en otros contextos.

La idea es avanzar rápido sobre esta primera parte, ya que quienes estén particularmente interesados en el tema, o en conocer qué aplican concretamente los distintos países europeos,

¹ Espin Jaime y Rovira Joan: Analysis of Differences and Commonalties in Pricing and Reimbursement Systems in Europe. A Report Commissioned by DG Enterprise and Industry of the European Commission, 2007

pueden acceder al estudio completo y bajarlo sin problemas para leerlo con tranquilidad y detalle. Creo que la segunda parte es más interesante, más analítica, y espero poder explicar más en esos contenidos.

Regulación y precios de los medicamentos de la Unión Europea

Objetivos del trabajo

¿Este trabajo que pretendía? Básicamente describir y comparar políticas de medicamentos en la Unión Europea, y más concretamente determinar si había alguna evidencia de que estas políticas que se manejaban tuvieran un impacto sobre tres puntos centrales: el acceso, la innovación y la contención de costes. En último término lo que se pretendía era ver si se podían identificar buenas prácticas en las políticas de medicamentos para que los países, sobre todo los países que se han estado incorporando a la Unión Europea, pudieran aplicarlas. En otras palabras la idea era aprender unos de otros.

En líneas generales los objetivos de las políticas de medicamentos en la Unión Europea, con distintos grados y quizás con pequeñas diferencias entre países, tienen estos **cinco objetivos**:

- Asegurar acceso a medicamentos (incluyendo los innovadores)
- Control del gasto (público) en medicamentos y del gasto sanitario global.
- Asegurar eficiencia del gasto en medicamentos.
- Promover innovación (Beneficio terapéutico-económico adicional vs. opciones existentes)
- Objetivos industriales (Innovación generadora de ventas. Producción en el país)

Como puede verse, lo primero es asegurar el acceso a los medicamentos, incluyendo evidentemente los medicamentos innovadores. En segundo lugar hay un objetivo de control del gasto público en medicamentos, y también del gasto sanitario global. Estos dos objetivos en principio son responsabilidad de cada país, o sea de cada uno de los 27 países que en este momento conforman la Unión Europea.

En tercer lugar, aunque a veces no se expresó de esta forma, hay una preocupación por asegurar la eficiencia del gasto en medicamentos, o sea de ver la relación entre lo que aportan los nuevos medicamentos y las nuevas tecnologías y el coste adicional que tienen. Esto se debe a que hay una cierta preocupación en el sentido de que los costos continúan aumentando en los tratamientos, y en cambio las aportaciones en términos de mejorar la salud no siempre son tan evidentes como los costos aumentados.

Y los otros dos objetivos muestran que también hay una idea de promover la innovación desde un punto de vista de objetivos industriales. Se trata también de que se desarrolle en Europa, o continúe desarrollándose, una buena innovación por parte de las empresas. Todo este grupo de objetivos intentan lograrse de alguna forma equilibrada, porque muchas veces tienen contradicciones o son conflictivos.

Metodología del trabajo

Se aprovechó que se estaban realizando una serie de reuniones con los responsables de la política económica de medicamentos en los países de la Unión Europea, que se llamó Foro para Farmacéuticos, y se hizo una encuesta a los responsables de las políticas de precios y de financiación, mediante cuestionario y contactos personales a representantes de organismos gubernamentales de P&R de los Estados Miembros de la UE

Básicamente se enfocó a **tres temas centrales:**

- Prácticas de políticas de medicamentos aplicadas
- Descripción detallada de seis prácticas seleccionadas
- Evidencia del impacto de dichas prácticas si las habían aplicado y si tenían los efectos que habían buscado.

Complementariamente se planteó una revisión de la literatura internacional sobre el impacto de las seis políticas seleccionadas.

Las políticas seleccionadas fueron las siguientes:

1. Control de precios
2. Participación del beneficiario en el coste (copagos o coseguros)
3. Políticas de genéricos
4. Precios de referencia
5. Medidas para mejorar la prescripción (*sobre todo desde el punto de vista de la eficiencia y teniendo en cuenta por lo tanto también el costo*)
6. Presupuestos prospectivos con devolución (*payback*)

Vamos a comentarlas con más detalles, aunque nos limitaremos a cinco países para no hacerlo muy pesado por lo extenso, pero recordando que si alguien está interesado puede verlo completo en el informe disponible que les cité.

1. Control de precios

Básicamente, en la Unión Europea hay control de precios:

Hay 5 países (Alemania, Reino Unido, Dinamarca,

Malta y Suecia) que tienen precios libres; en Holanda no hay una negociación directa del precio, pero hay un sistema (framework) de precios máximos. Y agreguemos que en todo esto de los precios libres hay bastante entelequia, pues incluso algunos países como estos cinco que mencionamos, tienen unos mecanismos de control indirecto del precio bastante poderosos. Por ejemplo el Reino Unido tiene un sistema peculiar en el cual no controla el precio directamente, pero controla los beneficios. Y si la empresa se pasa de beneficios en lo que factura al Sistema General de Salud tendrá que devolver el dinero. Es decir que deja un cierto margen de fijación de los precios relativos de sus productos, pero no pueden subir todos de una forma generalizada.

En el 50% de los países las decisiones de precio están ligadas a las de financiación. En cualquier caso, digamos que en la mitad de los países, los precios que están controlados son los de aquellos productos que tiene que pagar o reembolsar el sector público de salud, y normalmente a los productos que no paga el sector público se los deja libres.

La mayoría de los países indican la utilización simultánea de diversos criterios para determinar el precio (normalmente el precio máximo): coste de producción, resultados clínicos, coste de tratamientos existentes para la misma indicación, evaluación económica, etc. De hecho, la mayoría de los países contestaban que utilizaban más de un sistema, y esto queda un poco raro porque los sistemas de fijación de precios pueden dar resultados distintos. Por ejemplo en algunos casos decían que ponían lo que tenía un precio más bajo, y en otros casos no estaba muy claro. Muchas veces se podía observar una cierta falta de transparencia en el modo en que se establecían los precios y esto conllevaba un gran margen de discrecionalidad y negociación.

Los países declararon que en la práctica y aunque estuviera en su legislación, no se aplicaba el criterio

basado en el coste de producción o escandallo (*cost-plus*).

Este método (determinar cuánto corresponde a materia prima, a producción o a energía), prácticamente no lo utilizaba nadie.

La mayoría de los países utilizan el precio del medicamento en tres o más países (normalmente, el más bajo) como referencia para fijar el precio. Alemania y Francia son los países más utilizados como referencia.

Es decir que miran qué hacen otros países, utilizando el precio más bajo o la media de todos los países seleccionados. Éste es un sistema que después trataremos de comentar porque es bastante irracional, evidentemente no es tener ninguna política si hago lo que hacen los vecinos, porque sería algo así como decir dónde va Vicente donde va la gente. Y realmente hacer lo que hacen otros lleva a que si los otros lo hacen mal, yo también lo haga mal. ¿Qué ventaja puede tener esto para un país pequeño que no tiene capacidad para hacer estudios muy profundos? Pues al menos evita que le marquen goles tremendos, o que estén pagando cuatro veces más que el país de al lado que a lo mejor es más rico, pero aparte de esto realmente tiene problemas. Otro problema es que evidentemente las empresas han adaptado sus estrategias de fijación de precios internacionales a este sistema, entonces ponen primero el producto en aquellos países que saben que aceptan precios altos, y después van bajando. El resultado es que los países que ponen precios más bajos son los últimos en poder tener acceso a los productos.

Lo más interesante probablemente, es que se está extendiendo el uso de los análisis de evaluación económica (o de coste efectividad o fármaco-económicos), como base para establecer el precio de reembolso de medicamentos innovadores o precio basado en el valor (*value-based pricing*) (Reino Unido, Holanda, Suecia y Portugal). Un valor umbral (coste por AVAC) no explícito parece guiar, entre otros factores, las decisiones de reembolso y la magnitud del diferencial de precio (*price premium*) respecto a productos competidores similares. Aquí la idea es

que si una empresa saca un nuevo producto que no aporta nada respecto a los tratamientos ya existentes, aunque este producto se haya registrado y se le haya dado una patente, si realmente se detecta que no aporta mayor calidad de vida o mayor supervivencia, no lo van a reembolsar a un precio más alto, sino que como mucho lo van a pagar lo mismo que el coste por día que otros tratamientos que ya existen. Ahora, en la medida que la empresa sí pueda demostrar que el producto agrega un valor en términos de más supervivencia, más calidad de vida, más comodidad o menos costos de tratamiento en general, se le puede permitir un precio más elevado que los tratamientos existentes.

La industria innovadora afirma que el control de precios afecta negativamente la innovación, pero no existe evidencia concluyente al respecto.

El poder de la industria innovadora en el establecimiento de precios de los nuevos productos en Europa ha aumentado sustancialmente gracias a la armonización de la legislación sobre propiedad intelectual o de patentes, que limita la competencia por parte de productores de genéricos locales. Simultáneamente, el poder de los reguladores nacionales para forzar a la baja el precio de los nuevos medicamentos se ha reducido sustancialmente, porque los productores de medicamentos innovadores no están dispuestos a aceptar grandes diferenciales de precios entre países por miedo al comercio paralelo. Antes de que se creara la Unión Europea había grandes diferencias en Europa. Por ejemplo, España no introdujo la patente de productos de medicamentos hasta que entró en la Unión Europea, y realmente los productos con patentes están empezando a entrar ahora, en cambio otros países como Alemania o el Reino Unido ya hace muchos años que tenían sistema de patentes. ¿Entonces qué ocurría? Que en los países donde no había patentes los reguladores podían bajar el precio, porque le decían a la empresa que o bien le bajaban mucho el precio o no se lo registraban, y si

no se lo registraban había una empresa nacional que rápidamente copiaba el producto y lo lanzaba al mercado. Ahora esto ya no es así porque hay una regulación de patentes igual, entonces las empresas tienden a imponer un precio único, y el regulador nacional no tiene mucho poder.

Por otra parte también las empresas no aceptan muchos diferenciales de precio por miedo al comercio paralelo. Por ejemplo si en España aceptaran un precio más bajo, habría unos distribuidores que comprarían en España el producto a un precio bajo de la empresa cualquiera que sea, Bayer, Novartis o cualquier otra, y luego lo revenderían en el país de precio caro. Esto ocurre todavía, pero no es un fenómeno muy importante.

2. Participación en el coste

También está este segundo tipo de práctica, prácticamente todos los países aplican la participación del usuario en el coste del medicamento, y casi todos los que contestaron lo hicieron afirmativamente, porque de alguna forma hacen que el usuario o sea el paciente, pague. Hay distintas variantes, de hecho no hay dos sistemas iguales: **Copago** (fijo) Austria, Italia, Reino Unido (bono de pre-pago). **Coseguro** con porcentajes distintos por medicamento y por otros factores: (Bélgica, Estonia, España, Latvia, Lituania, Portugal, Polonia, Eslovaquia, Sierra Leona)

Para paliar los efectos negativos de la participación en la equidad y el acceso, la mayoría de los países establecen algunas excepciones para algunas categorías de productos (esenciales), enfermedades y pacientes de grupos socioeconómicos vulnerables. Por ejemplo la gente que está en paro, la gente que ha tenido accidentes de trabajo o los jubilados, que en muchos países, por ejemplo, no pagan nada aunque sean millonarios, cosa un poco rara pero real. **Otros países establecen topes a la participación, como el caso de Irlanda y Hungría,** que establecen topes a

lo que debe pagar una persona en relación al salario o los ingresos de la misma.

En Dinamarca y Suecia, además de los topes anuales a la participación, el porcentaje de coseguro decrece progresivamente hasta anularse al alcanzar el tope. Estos mecanismos requieren un sistema de información individual del consumo farmacéutico bastante sofisticado.

Yo creo que éste es uno de los sistemas que puede ser interesante en los países que intentan encontrar un equilibrio entre desanimar un consumo excesivo con los copagos, y no tener un sistema muy equitativo. Lo que hacen es poner un tope máximo anual de copago, entonces, digamos que cuando una persona usa el primer medicamento paga un 40%, pero a medida que va gastando en el año más en medicamentos, y va haciendo un mayor copago global, el porcentaje se le va reduciendo hasta llegar a cero. Llega un momento cuando llegan a 1000 coronas o algo así en Suecia, en el que ya no pagan nada, con lo cual se evita que el copago le suponga un gasto catastrófico a aquellas personas que realmente tienen mucha necesidad de medicamentos en un año dado. Como decíamos, esto exige un sistema bastante sofisticado, porque hay que tener informatizado y registrado todo lo que se le va recetando a cada individuo y lo que va pagando de copago.

Desde la realización del experimento de la RAND, la evidencia existente apunta a que la participación en el coste tiene efectos negativos sobre el acceso y la equidad, y que no discrimina entre tratamientos de distinta efectividad.

Los países encuestados no citaron ninguna evaluación del impacto de la participación en el coste sobre el gasto, la utilización, o el acceso. Es curioso, pero pareciera que la mayor parte de las políticas se hacen o se cambian más bien por modas o por atractivos, y no por evidencia. Realmente a la evidencia en la cual poder justificar donde se basaban sus

políticas la encontramos muy poco, ya fuera que la aportara la literatura internacional o los propios gobiernos.

Las experiencias antes citadas de los países nórdicos (Suecia, Dinamarca), basadas en el establecimiento de un porcentaje de coseguro decreciente y un límite a la contribución que un individuo puede realizar en un año, parece una fórmula apropiada para promover una conciencia del coste sin atentar a la equidad.

3. Políticas de genéricos

Consisten en una combinación de medidas, tanto de oferta como de demanda.

Pudo verse que está muy generalizado el dar incentivos para registros (resolución rápida, tasas bajas). Esto implica que los genéricos se puedan registrar y se puedan autorizar rápidamente, e incluso que tengan que pagar menos para hacer el proceso de evaluación en las agencias. Esto lo vemos en muchos países, como por ejemplo Austria, Finlandia, Hungría, Italia, Holanda, Portugal, Eslovaquia y Suecia.

Dar incentivos a los prescriptores para que receten en algunos casos, genéricos, y en otros casos por el nombre genérico, como es el caso aquí. Esto también se ve aunque no en tantos países, por ejemplo en el Reino Unido se les anima, en Holanda, Portugal y Austria están obligados a recetar genéricos o la opción de menor precio, y en Italia incluso reciben incentivos económicos. Esto era un estudio por países, entonces no llegamos a captar cosas que ocurrían en algunas regiones en particular. Por ejemplo, en España en algunas regiones de Cataluña donde yo estoy, a los médicos les dan unos bonos salariales, o sea que les pagan más si cumplen sus objetivos de recetar un cierto porcentaje de genéricos. Aquí hay muchos mecanismos de este tipo, pero realmente incentivos económicos, monetarios

son pocos, más bien son exhortaciones de que no tienen que gastar tanto, pero lo que sería bueno es dar información de cuánto cuestan los genéricos con respecto a otros.

Sustitución por el farmacéutico. Esto sí funciona e incluso en algunos países es obligatorio, en otros es voluntario y en otros el farmacéutico tiene incentivos financieros. Ahora, ¿qué implica hablar de incentivos financieros? Que por ejemplo su margen como farmacéutico no es un margen fijo proporcional, sino que es mayor para los genéricos de bajo precio. Entonces claro, aparte de que tenga la posibilidad o la obligación, si además gana más cuando vende un producto más barato, evidentemente se trata de un incentivo muy efectivo. La sustitución por el farmacéutico es obligatoria en Cyprus, Dinamarca, Finlandia, Italia y Suecia, en tanto que es voluntaria en Hungría, Malta y Eslovaquia, En Holanda, Portugal y Francia, el farmacéutico tiene incentivos financieros.

Supuestamente, las políticas de genéricos generan competencia en precios. Y es algo curioso que, aunque las políticas de genéricos se supone que generan competencia en precios, realmente en la Unión Europea prácticamente todos los países que tienen política de genéricos, aplican sistemas de precios de referencia y controles administrativos de precios de los genéricos.

O sea que esto un poco lo que sugiere es una falta de sensibilidad de la demanda, o sea de los médicos y los pacientes, en cuanto a tener en cuenta el precio en sus decisiones. O bien una falta de confianza de los reguladores en los efectos teóricos de las políticas de genéricos, y por lo tanto el regulador fuerza la competencia en base al precio de los genéricos, que ha de ser como máximo un 30 o un 40% del producto original de referencia. Entonces, no hay competencia como tal, sino que hay una especie de fijación o de regulación indirecta del precio de los genéricos ligándolos al original.

4. Precios de referencia

El Precio de Referencia es otra política que es posiblemente la más generalizada, y la que tiene más países que la aplican.

Si bien la mayoría probablemente sepa sobradamente de qué se trata esto de los Precios de Referencia, lo explicamos brevemente. Consiste en agrupar los productos por algún criterio de equivalencia, por ejemplo en algunos casos deben ser idénticos, con el mismo principio activo, la misma dosis, la misma vía de administración, etc. Pero en algunos países es una equivalencia más laxa, es decir, una equivalencia más terapéutica, donde ponen en el mismo grupo incluso productos que pueden tener un principio activo o una molécula distinta. Por ejemplo creo que en algún país ponen todas las estatinas con sus moléculas distintas. Luego se determina un precio de reembolso que puede ser, o bien el más bajo o bien la media, o la media de los tres más bajos, y esto es lo que paga el sistema público de reembolso de este producto. Y si el paciente quiere obtener un producto más caro que el Precio de Referencia, porque el médico se lo ha prescrito o por lo que sea, lo tiene que pagar de su bolsillo. Ahora esto es una forma de generar competencia un poco artificialmente, pero si no el paciente no tiene ningún estímulo económico para comprarlo más barato, aunque sepa o aunque se le asegure que es igual de bueno, de algún modo ésta es una forma de forzarlo. La ventaja que tiene es que también éste es un sistema equitativo, porque uno puede garantizar que todo el mundo va a tener acceso a un medicamento de cada clase sin tener que pagar esta diferencia. Es decir, junta un poco la de generar competencia con una cierta equidad, y trata de no cargar mucho los presupuestos de las familias con pocos ingresos.

Ha tenido una introducción progresiva en la Unión Europea. La mayoría de Estados Miembros la aplica (17), y 2 países (Noruega y Suecia) dejaron de usarla, pero aplican una op-

ción similar (sustitución + pago de la eventual diferencia por el beneficiario).

Modalidades: Predomina la agrupación de medicamentos por sustancia activa y forma. Hungría e Italia tienen sistemas mixtos con grupos más amplios (ATC4-5), en particular cuando no hay disponibles genéricos. Holanda y Latvia aplican el criterio de equivalencia terapéutica.

Es probablemente la práctica más evaluada, aunque los resultados de los estudios realizados no son fácilmente extrapolables. Realmente hay muchos estudios, cuando uno ve la literatura se da cuenta que esta práctica funciona y que hace bajar los precios. Y se puede estar seguro porque hay como 15 o 16 estudios en diversos países que lo han demostrado, y así como en otras áreas básicamente son opiniones, aquí hay estudios bastantes rigurosos.

En general en la UE no se atribuye a los precios de referencia efectos negativos sobre el acceso.

Los PR parecen tener mayor impacto en el gasto en países con libertad de precios o con sistemas débiles de control de precio, en que los nuevos medicamentos tienen precios relativamente altos y en los que existe una industria de genéricos muy competitiva. Cuando los precios están controlados por los de abajo, realmente este sistema logra rebajarlos un poquito más pero no tanto, pero si hay libertad de precios es muy efectivo.

Desde posiciones de la industria se argumenta que cuando los grupos de un sistema de PR se basan en la equivalencia terapéutica, se desincentiva la innovación incremental, que se supone constituye la forma normal de progreso del conocimiento y la innovación en el campo de los medicamentos. La industria se queja sobre todo cuando los criterios son muy amplios, cuando por ejemplo se ponen con un

mismo precio de reembolso productos distintos, no se valoran las pequeñas innovaciones que un producto puede traer, etc. Entonces el regulador dice si usted cree que es mejor entonces el usuario estará dispuesto a pagar un poco más, mantenga un precio más bajo. Lo que pasa es que lo que han visto las empresas es que si ponen un precio más alto ningún consumidor en general quiere pagar más, al menos en Europa, por un producto que el sector público le está diciendo que es equivalente al ponerlo en un mismo grupo.

Se afirma, finalmente, que algunas modalidades de sistemas de PR limitan la competencia en precios por debajo del nivel en que se establece el PR.

5. Medidas para mejorar la prescripción

Sobre todo, mejorar quiere decir hacerlo en términos de eficiencia, entendido esto como racionalidad o adecuación farmacéutica.

Normalmente toma la forma de enfoques «suaves» (directrices, educación); pocos países aplican enfoques más enérgicos (objetivos cuantificados, incentivos). Esto es lo que veíamos antes cuando decíamos que no hay sensibilidad a los precios y predominan enfoques «suaves», como educación, directrices, mucho papel escrito, pero no hay enfoques más enérgicos o más agresivos, como cuantificar los resultados, poner incentivos económicos, etc.

Casi todos los países (16) tienen directrices para la prescripción. En algunos casos, como el Reino Unido, tienen consejo individual, por ejemplo en casos en que la gente que va a ver al médico y se observa que hubo algún exceso en la prescripción. En este país hay 1200 Prescribing Advisors que proporcionan también consejo individual a los médicos.

14 países hacen el seguimiento de la prescripción,

de los cuales la mitad proporcionan reatrolimentación de esta información a los médicos.

Pero sólo en 2 países (Latvia y Sierra Leona) se han establecido incentivos financieros (penalizaciones). En otros países estos incentivos se dan sólo a nivel de región o entidad aseguradora (Holanda, Italia y el Reino Unido). O sea que esto no está generalizado.

Sólo Sierra Leona fija metas de prescripción para médicos individuales. En Francia se establece un acuerdo nacional con todos los médicos, en tanto que en Suecia se establecen metas por centro.

6. Presupuestos prospectivos con devolución (payback)

Se fija o negocia un determinado nivel de gasto para años posteriores. Si se sobrepasa dicho nivel el exceso de gasto debe ser devuelto total o parcialmente por los proveedores u otros sectores implicados.

Este último sistema que estamos viendo es bastante crudo, y las tratativas se hacen bien a nivel de producto con una empresa, o bien a nivel de la industria. El Sistema de Salud negocia un presupuesto o un crecimiento dado para el año siguiente. Es decir, si el año pasado se gastaron 300 millones de euros, al siguiente año se va a aumentar en un 3%, como el costo de la vida. La idea es que si se pasan de este gasto hay que devolver todo el dinero o parte de ello. En algunos casos esto se hace directamente con una empresa, que por ejemplo va a introducir un nuevo producto y que va a ser muy caro porque hay muy poco consumo. Entonces se le pregunta cuántas unidades se van a vender, y supongamos que la empresa considera que venderá unas 100 mil unidades, si efectivamente le vende 100 mil unidades se le acepta el precio de 50 dólares, pero si luego resulta que le vende 300 mil unidades, se le rebaja el precio de manera que el total que se le va a pagar va a ser lo

mismo. Y de esta forma, de alguna manera cortan el presupuesto global. Por supuesto, esto está muy bien para el financiador porque le quitan la incertidumbre del gasto adicional asociado a unas ventas más allá de lo previsto.

Ésta, como ya dije, es una de las políticas de contención de coste de introducción más reciente. Hay 6 países que la hacen de forma global (Bélgica, Francia, Hungría, Italia, Portugal y el Reino Unido), y después 2 que lo hacen a nivel individual, o en algunos casos con grupos terapéuticos, etc.

En Italia, Hungría y Portugal se aplica a las ventas globales de la industria, y en el Reino Unido a empresas individuales (PPRS). En Francia se aplica a productos o grupos terapéuticos, excluyendo los medicamentos muy innovadores.

En el Reino Unido y en Italia el sistema sanitario recupera todo el exceso de gasto, en tanto que en Francia, Hungría y Portugal recupera tan sólo una parte del mismo.

En Italia el gasto lo devuelve en parte el sistema sanitario central, en parte la industria y en parte las regiones, y en el Reino Unido hay un sistema que se puede compensar con futuras reducciones de precios. La implementación tiene distintas formas, pero realmente la idea generalizada es ésta, de que se negocia un total y si se pasa hay que devolver el dinero. Esto a la industria no es que le guste, y a veces los distribuidores también tienen que aportar una parte de la devolución, pero algunos lo prefieren porque esto les permite tener precios más altos, al menos sobre el papel, e impide que haya importaciones paralelas y fenómenos de ese tipo. Es decir que hay veces que la industria lo considera un mal menor.

No se atribuyen efectos negativos sobre el acceso. Los efectos sobre la innovación se intentan evitar excluyendo del

cómputo a los nuevos productos (Francia). En Portugal las cantidades devueltas van a un fondo para I&D.

Una posible ventaja para Estados Miembros con bajo nivel de precios y de ingresos, que se ven obligados a aceptar precios altos para los nuevos medicamentos, es que este mecanismo de contención del gasto no incentiva el comercio paralelo.

Esto que les he presentado hasta ahora era un estudio en el cual he participado recientemente en el año 2007. Y desde que hicimos el estudio han salido una serie de estudios que considero muy interesantes para aquellos que deseen profundizar o ampliar el tema, sobre todo en Europa, y que cito a continuación:

Otros análisis recientes de los sistemas de P&R de los medicamentos

1. **OECD. Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market.**
http://www.oecd.org/document/36/0,3343,en_2649_3392_9_41000996_1_1_1_37407,00.html
2. **EC, Competition DG. Pharmaceutical Sector Inquiry.** Final Report Preliminary, July 2009
http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/preliminary_report.pdf
3. **PPRI - Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information**
<http://ppri.oebig.at/index.aspx?Navigation=r|2|1->

En el primer estudio de la OCDE, la base no es sólo de Europa sino que son todos los países de la OCDE, y es el mismo tema de políticas de precios, pero también es de reembolso. Todo esto se puede encontrar fácilmente en la red y la mayor parte son gratuitos.

El segundo es un estudio de la Dirección General de Competencia de la Comisión Europea, muy interesante y muy reciente, en el cual se documentan una serie de prácticas posiblemente poco competitivas, por parte de las empresas tanto innovadoras como de genéricos, y donde creo que en los próximos años va a haber bastante movimiento porque la Dirección General de Competencia quiere lograr un mercado más competitivo.

Y el tercero es una base de datos que se va a mantener abierta sobre prácticas de precios y reembolso. Aquí la idea es que no sea una publicación que se haga una vez, sino que sea una especie de base de datos que vaya actualizando las prácticas de políticas económicas farmacéuticas en los países de la Unión Europea.

6. Conclusiones

- Hay múltiples combinaciones de políticas de medicamentos en los Estados Miembros de la UE.
- Por la parte de la oferta las más utilizadas son: las listas positivas, el control de costes basado en precios internacionales, y los sistemas de precios de referencia.
- Por la parte de la demanda las principales políticas son: participación en el coste (consumidores); sustitución (farmacéuticos); directrices e información (prescriptores)
- Existen divergencias entre las partes interesadas (especialmente industria y sector público) respecto al impacto de las políticas.
- No obstante hay poca evidencia. Pocos países aportan ejemplos de evaluaciones sistemáticas o formales del impacto de sus políticas farmacéuticas. Cuando este tipo de evaluaciones se llevan a cabo suelen limitarse a una estimación previa del impacto presupuestario en el año posterior a su introduc-

ción. En muchos países no se indica la existencia ni siquiera de mecanismos de seguimiento cuando se introducen nuevas políticas, no hay una evaluación para saber por ejemplo cómo han evolucionado los precios durante varios años.

- Los decisores públicos de la UE no parecen asignar una elevada prioridad a la evaluación formal de políticas. Dichas políticas son desechadas o modificadas a menudo sin ninguna evaluación formal, poco después de haber sido establecidas, por la percepción de que los agentes afectados (empresas, médicos, farmacéuticos) han adoptado estrategias de comportamiento que contrarrestan los efectos buscados.

Pero realmente si bien algunas de estas cosas tienen más sentido y se pueden aplicar en otros países, diría no obstante que no hay una evidencia de que esto realmente haya funcionado, o al menos no la hay como yo como investigador o científico académico pretendería que hubiera.

Sugerencias para promover de forma eficiente la innovación socialmente necesaria y el acceso a dicha innovación

Vamos a pasar a la segunda parte de mi exposición. Ésta es una parte más de sugerencias a partir de lo que conocemos de esta experiencia y de otras. La idea, supongamos, es promover la innovación, y más que la innovación el acceso a la innovación. Es decir, ahora uno de los puntos más difíciles para muchos países es el acceso a los nuevos productos que resultan de alto coste, de coste muy elevado, hay nuevos tratamientos oncológicos y de otro tipo que alcanzan tranquilamente los 100 mil dólares por año. Esto no quiere decir que haya gente que tenga problema de acceso a un tratamiento de antibióticos, sino que esto es un problema de otro orden de magnitud. Para centrarme un poco en el tema, he de decir que puede haber problemas para acceder a cualquier medicamento cuando se trata de gente de muy bajos ingresos, pero en este caso vamos a ver lo característico de esta época que son los

tratamientos muy caros, aquellos que realmente la gente no puede pagar, y que si los han de pagar los sistemas se pone un poco en riesgo su sustentabilidad financiera.

A trazo grueso, los **mecanismos para promover el acceso a la innovación socialmente necesaria (ISN)** pueden sintetizarse como sigue:

- **Regulación**

- Concesión de patentes y otros derechos de propiedad intelectual (DPI)
- Autorización de comercialización
- Determinación directa o indirecta del precio

- **Financiación pública de:**

- I&D pública y privada
- Medicamentos bajo patente

Pero puede decirse que hoy día hay una serie de alternativas o formas de promover la ISN, y en razón del tiempo disponible simplemente vamos a mencionarlas:

- Prioridad en el registro para productos con eficacia relativa, o que suponen una aportación terapéutica sustancial
- Mejorar la calidad de las patentes y otros derechos de Propiedad Intelectual
- Financiación de la I&D socialmente necesaria, pero no rentable para la inversión privada
- Premios a la innovación

- Financiación pública de medicamentos en situación de exclusividad, con mecanismos de P&R basados en el valor de la innovación (evaluación económica).
- Contratos de riesgo compartido para productos potencialmente útiles para algunos individuos, pero de efectividad incierta y coste elevado.

He subrayado lo que considero algunas ideas novedosas y que me hubiera gustado ampliar un poco más. Por ejemplo esto de los **premios a la innovación**, que creo es un tema muy interesante y novedoso. Y otra que también les sugiero a quienes están interesados, ya que hoy no podremos tratarla en particular por cuestiones de tiempo, es lo que se llama los **contratos de riesgos compartidos**.

Estos últimos trataré de explicarlos en tres palabras por si les interesan y lo quieren buscar. Los contratos de riesgos compartidos se refieren a algunos tratamientos que potencialmente son importantes, porque son para enfermedades fatales o muy incapacitantes para las que existe un tratamiento, pero que la evidencia de que éste funciona no está muy clara y que realmente son muy caros. Entonces, la primera actitud del financiador es decir que a eso no lo van a financiar, y justamente es por eso que se han establecido en algunos casos acuerdos entre la empresa y el financiador, en los que la empresa propone dar el tratamiento, y si funciona se lo pagan y si no funciona no se lo cobra al financiador. O sea que un poco la idea es pagar por resultado. Comparten el riesgo pero conviene a ambos, ya que el sistema público al menos va a pagar un precio elevado pero sólo si funciona, y a la empresa le permite al menos decir que ese producto entra y se empieza a utilizar, y después ya veremos qué pasa. Hay unas 10 o 15 experiencias y aún no es un tema muy trabajado pero es bastante prometedor para algunos productos.

Premios como alternativas para las patentes

No voy a detenerme en el tema de las patentes porque se supone que ya es conocido por todos, pero creo que es interesante la idea de los **premios como alternativa a las patentes**, y que si bien esto no lo inventó Burton Weisbrod², puede decirse que lo formalizó de una forma muy clara, interesante y comprensible.

Weisbrud dice que las empresas farmacéuticas tienen dos actividades (innovación y producción), pero sólo un mecanismo para recuperar los costes de ambas: el precio de los medicamentos, protegido por patentes y en consecuencia superior al precio competitivo. Los medicamentos cuando salen al mercado protegidos por patentes, tienen una especie de monopolio que les permite cargar un precio más allá del que tendrían en el mercado competitivo, y por lo tanto recuperar la inversión que se hizo en ellos. En este sentido, con las ventas y el precio del producto la empresa recupera los gastos, tanto de producción como de innovación.

Esto genera un problema y es que los precios son muy elevados, esto hace subir los precios y algunos países o algunos grupos sociales no tienen acceso al mismo. Entonces la idea es por qué no separamos estas dos cosas, por qué no intentamos buscar un mecanismo tal que paguemos por un lado la innovación y después paguemos el producto, pero a precios competitivos y sin monopolios. Entonces hay que buscar un sistema para pagar al innovador, porque lo que no se puede esperar es que el innovador ponga dinero y no lo recupere, pero en lugar de recuperarlo a través del precio de venta del producto que lo recupere directamente al hacer la innovación. Digamos que ésta es un poco la filosofía detrás de este problema, y lo que él propone es establecer premios. O sea que propone premios millonarios para los que desarrollen innovaciones valiosas, que pasarían al dominio público para que cualquier empresa pudiese producir estos

² Burton Weisbrod «Solving the Drug Dilemma,» Washington Post, Op.Ed., August 22, 2003, A21.1

productos competitivamente. Estos premios serían unos fondos millonarios con mucho dinero, porque realmente de otro modo no vamos a atraer a las empresas a hacer investigaciones que pueden costar 100 o 200 millones de dólares o a veces más, para desarrollar un nuevo producto.

Después hay unos retos prácticos, entre ellos cómo se determina el importe del premio, cómo se establecen de forma unívoca y creíble las condiciones para obtenerlo, y cómo asegurar a la empresa que le vamos a pagar, y no decirle después que este producto está muy bien pero no cumple las condiciones del premio y no le pagaremos. En cualquier caso, hay precedentes, y los sistemas actuales para establecer precios adecuados no son más fáciles de operar.

Veamos sucintamente algunas ideas relacionadas a los premios como alternativa o complemento para las patentes:

- Algunos autores afirman que las patentes no son un incentivo para determinadas innovaciones socialmente necesarias, como los tratamientos para enfermedades propias de países pobres.
- Otros opinan que por su propia naturaleza monopolística las patentes generan más inconvenientes que ventajas.
- Los premios se proponen como una alternativa o complemento a los DPI.
- A menudo los premios se utilizan como recompensa posterior a la realización de la actividad y con criterios son muy subjetivos.
- Pero históricamente se han utilizado también premios con objetivos bien definidos en la promoción del conocimiento científico y la innovación tecnológica.
- Una revisión del tema puede encontrarse en Tim Hubbard y James Love: *The big Idea: Prizes to Stimulate R&D for New Medicines*.

En cualquier caso, creo que hay precedentes y que es un tema realmente que vale la pena tener en cuenta. De modo que

les dejo también esta página web, www.keionline.org/misc-docs/bigidea-prizes.pdf , que es de una Asociación que promueve básicamente esta idea de los premios y de formas alternativas no monopólicas de incentivar a la innovación.

Se puede tomar por ejemplo la vacuna para la malaria, y hacer un premio para ver si esto estimula la investigación, esto sería una posibilidad, en un contexto digamos, más acotado o individual. Pero hay quienes piensan que esto podría ser un sistema que de alguna forma sustituyera al sistema de patentes, y vale la pena ver entonces cómo se podría estructurar.

Sintéticamente, para establecer un Fondo para la Innovación mediante premios, los puntos a considerar serían los siguientes:

- Creación de un fondo de investigación farmacéutica o biomédica.
- El innovador registraría el nuevo producto
- Se asignarían unos puntos a la innovación en función del valor de la aportación terapéutica, o de los ahorros de costes respecto a las terapias existentes. Por ejemplo mediante un comité de técnicos.
- La aportación terapéutica se calcularía multiplicando los AVAC ganados por el coste por AVAC fijado y por el número de unidades del productos vendidas, y el titular recibiría un pago proporcional a la innovación total (presupuesto prospectivo para la innovación)
- El titular recibiría este pago durante un número determinado de años

Evidentemente, si a este producto lo utiliza más gente, al final los puntos que obtendría al concluir el año de innovación serían más que si lo utiliza poca gente. De alguna manera, lo que intenta este sistema es que con estos puntos de innovación quede reflejada la aportación colectiva a la salud que ha hecho esta innovación. Alguien ha propuesto utilizar como medida los

AVACs o QUALYs, es decir los años de vida ajustados por calidad, que es una medida que se utiliza en los estudios de evaluación económica o farmacoeconómicos para medir las mejoras en salud, y que básicamente busca medir más calidad de vida y más años de vida. Entonces con esto se podría también atribuir unos puntos si comparamos cuántos AVACs añade el nuevo producto a los tratamientos anteriores, y podríamos darle una evaluación de 3.027 o 4000 o 20 puntos. Luego, a todas las empresas que estuvieran en la lista de innovadoras le repartiríamos el Fondo que hemos creado al principio, vale decir que a ese fondo millonario lo repartiríamos en función de los puntos. Por ejemplo una empresa que haya introducido muchos productos muy innovadores y que se están utilizando mucho se llevaría una gran parte de este Fondo de Innovación. El Fondo no sería solo por un año, sino que uno podría recibir dinero del Fondo durante varios años. O sea que se parecería mucho a una patente, la única diferencia es que en lugar de darle un monopolio y dejar que luego la situación se arregle con el mercado, lo que le estaríamos dando es el derecho a una parte alícuota del Fondo de Innovación.

Hay bastantes experiencias y empresas que están trabajando con este criterio, y la OMS también tiene algunas resoluciones que instan a los países a ir probando este sistema, o a introducir este sistema para que sea un sistema de incentivo sin patentes. Citamos brevemente algunas propuestas y experiencias relacionadas con los premios:

- Propuesta de la US Academy of Sciences (premios inductores de innovación, complementarios a patentes)
- Propuesta de Ley del senador Saunders al senado de los EEUU (Fondo de premios para medicamentos)
- Programa de J. Edwards (ex-candidato a las elecciones presidenciales de los EEUU 2008)
- Innocentive (empresa *spin-off* de Lilly)
- Acuerdos de la WHO Commission on Innovation, Intellectual Property and Public Health (Abril 2008)

- Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (Mayo 2008)

Por último voy a hablar de otra propuesta que me pareció interesante, que es la propuesta de un **tratado internacional para financiar la I+D en Biomedicina y salud**.

Hemos visto antes que este sistema de un Fondo para la Innovación está planteado para que lo pueda hacer un país él solo, pero esto no tiene mucho sentido porque la innovación es algo que los economistas llamamos un bien público o global. O sea que si lo encontramos en un país, también lo puede utilizar sin ningún coste adicional cualquier otro país, y cuesta muy poco darle esta información a otro país para que produzcan una vacuna, etc. Entonces lo lógico es que este bien público se financie entre todos los países que se vayan a beneficiar de él. Es un poco lo mismo que pasa con las instituciones de la ONU, de las Naciones Unidas, que son pagadas por todos los países con unas cuotas que varían según el PBI de cada país, lo cual me parece justo.

Y aquí entonces aplicaríamos la misma idea: hacemos un Fondo, pero en lugar de ser nacional que sea internacional, global, y que cada país aporte a este Fondo de alguna manera alícuota o proporcional a su riqueza. Y mediante ello luego cualquier país podría beneficiarse de toda esta innovación, ya que la misma sería de dominio público y no habría patentes ni restricciones para utilizarla. Esa es la idea, muy utópica si quieren y quizás en este momento muy radical, pero hay buenas razones económicas para pensar que esto sería una buena opción. Sintéticamente se puede resumir como sigue:

- Los países se comprometerían a realizar un gasto en I+D en una cuantía mínima establecida en función de su capacidad económica y podrían beneficiarse de todas las innovaciones generadas en otros países miembros

- Cada país tendría una amplia flexibilidad para decidir cómo cumplir sus compromisos de gasto en I+D. Podría contribuir comprando medicamentos patentados o mediante la financiación directa a actividades de I+D certificadas por una comisión especial (premios, subvenciones, fondos de patentes, etc.)
- Las ventajas de este enfoque serían:
 - o Evitaría que algunos países se aprovecharan injustamente de un bien público global financiado por otros.
 - o Daría una gran autonomía para que cada país eligiese la forma de contribuir a la financiación de la I+D, más adecuada a sus posibilidades y necesidades.
 - o Permitiría orientar globalmente más recursos a áreas socialmente prioritarias en lugar de las más rentables comercialmente, que son las que favorece un sistema cuyos incentivo fundamental es el otorgamiento de monopolios temporales a la producción.

Ya para terminar, les muestro las **resoluciones de la 61ava Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones (WHA 60.30 i WHA 61.21) Mayo de 2008**, basadas en el informe del Grupo Intergubernamental de Trabajo sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual (IGWG) 2006-2008:

- Explorar incentivos para estimular la investigación y desarrollo, como los premios, que para compensar a los innovadores no dependan del sistema de patentes y monopolios ni de la perspectiva de establecer precios altos.
- Estimular la discusión de un Tratado de Investigación y Desarrollo que incluya un acuerdo por el que todos los países contribuyan a la investigación y desarrollo a nivel global, en el que el nivel de compromiso de cada país dependa de su nivel de riqueza.

Es decir que esto que hace un tiempo eran unas ideas de dos o tres grupos muy utópicos, en este momento, como mínimo, tienen el apoyo institucional de una organización relativamente seria como lo es la Organización Mundial de la Salud.

Comentarios Finales

- La definición de ISN / prioridades de innovación en salud debe hacerla la sociedad, por mecanismos de decisión política distintos a los del mercado y a los intereses personales de los investigadores.³
- Los mecanismos de incentivo a la innovación han de intentar que el sector público y la industria privada contribuyan a alcanzar dichas prioridades de la forma más eficiente posible.
- La selección de mecanismos de incentivo a la ISN se han de basar en la evidencia sobre su efectividad relativa. Para ello hay que promover la experimentación con modelos alternativos al actual sistema de propiedad intelectual.
- Conveniencia de establecer un presupuesto prospectivo (cerrado) para innovación en salud, independiente del gasto en salud y medicamentos.
- Los presupuestos de salud deben financiar la innovación tecnológica, si, y en la medida que los bienes resultantes supongan mejoras en la salud o el bienestar y/o reduzcan costes.
- La innovación (en tecnologías de salud) generadora de rentas, empleo y desarrollo y la solidaria la deberían financiar organismos de promoción económica y cooperación en función de dicho tipo de objetivos.

³ Priority Medicines for Europe and the World. 2004. (Encargado por la Presidencia danesa de la UE a la OMS para orientar las prioridades de investigación del 7FP. Identifica los gaps existentes en tratamientos, bien porque no existan o porque sean inadecuados.

Comentario a la disertación del Dr. Joan Rovira

CPN Carlos Vassallo

Introducción

La idea de estos breves comentarios será relacionar la presentación de Joan Rovira con los intentos de políticas públicas de medicamentos que tuvimos en Argentina durante los últimos diez años.

Medicamentos es un sector que creció desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo durante los años noventa. La ausencia de una clara política de medicamentos (regulación de precios, uso racional, genéricos, etc.) puede ser vista como una concesión realizada al sector industrial para que puedan «digerir» la aprobación de la ley de patentes durante el año 1996.

Con la crisis económica del año 2002 y la caída del régimen de convertibilidad se abrió un espacio político para introducir por primera vez en muchos años algunas directrices sobre el sector. La emergencia facilitó algunas políticas que sin embargo no pudieron trascender la misma, sino que se quedaron con las respuestas positivas pero parciales de ese momento.

La emergencia puede ser un entorno que facilita la efectividad de las políticas, dado que en el marco de gran incertidumbre la población y los agentes tienden a delegar poder en el estado y los gobiernos tienen espacios para llevar adelante políticas que no podrían plantear en una circunstancia de normalidad.

Decisiones rápidas no se pueden hacer con consenso, requieren poder y efectividad para llegar adelante. Pasado esos momentos si no se trabajó en el consenso se pierde el factor más importante que tiene una política pública, la continuidad. La declinación de la política pública de medicamentos ya había empezado antes de la salida del Ministro González García.

Para poder construir una política pública que permanezca en el tiempo, no solo es necesario el consenso, una mirada común de los distintos grupos políticos sino que se requiere un Estado con una burocracia profesional, con sistemas de información, comparación, seguimiento y mecanismos de regulación explícitos.

Respecto del mercado de medicamentos existe una mirada común de los referentes de los distintos partidos políticos, pero no es exactamente la construcción de una política pública, sino por el contrario dejar que el sector se ajuste espontáneamente en función de la capacidad y la fuerza que tengan cada uno de los sectores que participan de la cadena. Los laboratorios farmacéuticos tienen más convicción, financiamiento y capacidad para disuadir sobre los intentos de construir una política pública de medicamentos.

Es imposible construir una política pública sin financiamiento y sin dirección. Es clave que el Ministerio de Salud tenga un rol más relevante, coordinando a los diferentes agentes públicos que participan del financiamiento del medicamento. El PAMI y las obras sociales (sindicales y empresariales) tienen políticas propias al igual que la Administración de Prestaciones Especiales (APE). No existen mecanismos de coordinación que permitan definir criterios de financiamiento que otorguen poder a la política pública.

En el marco del poder ejecutivo existen por lo menos cuatro ministerios que tienen participación en el sector medicamentos. El Ministerio de Economía vinculado por los temas fiscales y

aduaneros, el Ministerio de Producción por la política industrial, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e innovación por la I&D y finalmente el Ministerio de Salud por el tema acceso y calidad.

Si repasamos algunas de las políticas implementadas por los países para regular el sector medicamentos y al mismo tiempo lo vinculamos con lo que sucedió en el país durante los últimos años:

1) Control de precios, hace muchos años que Argentina desreguló los precios de los medicamentos y esto se ha mantenido. El Canciller Di Tella dijo durante los años noventa «que el patentamiento farmacéutico es el precio que debíamos pagar para ingresar al club de occidente». Se careció en esa época de estrategias para enfrentar la globalización. Se tuvo que esperar varios años antes que un gobierno impulsará la prescripción por nombre genéricos, negociará precios y facilitará el acceso de la población a los tratamientos. La última referencia importante en materia de control de precios es la Ley de Oñativia de la época de Illia (1963-1966) en donde se legislan instrumentos que luego el estado no puede implementar. Durante el año 1992 se aprueba el Decreto 150, se introducen también algunos instrumentos de regulación como por ejemplo que los precios tenían que figurar explícitamente en la farmacia, cosa que nunca se aplicó. Para aplicar la legislación se necesita convicción y poder político. Finalmente una estrategia que se está difundiendo es «ocultar» los precios de los medicamentos para evitar las comparaciones. Tenemos tantos precios como financiadores existen. La cantidad consumida por la población y las características de los contratos son claves para entender los precios de los medicamentos. En EEUU, el Presidente Obama se vio obligado hacer alianzas con algunos sectores para sacar su reforma de la salud y uno de los sectores dialoguistas fueron los laboratorios farmacéuticos que han negociado para apoyar el proceso de la reforma a cambio de que Medicare no actúe como gran comprador, y que se deje de lado el tema de la importación de medicamen-

tos desde Canadá. El problema no son los intereses privados sino la debilidad e incapacidad del Estado para defender los intereses de los ciudadanos.

2) Genéricos, el país tuvo una especie de breve primavera del genérico, aunque allí se distorsionó un poco el tema de la palabra genérico. Yo creo que en eso Argentina es un país bastante particular, porque debe ser el único país en donde viene una empresa de genéricos internacional, entra a la Argentina y automáticamente deja de vender por nombre genérico y pasa a ponerle una marca a su medicamento. Ha pasado con Teva que es una empresa internacional. El poder de los laboratorios locales establece las reglas de juego de este mercado. El que juega con «marca» puede competir pero si alguien viene a intentar «competir» con genéricos seguramente no tendrá muchas posibilidades de sobrevivir en un sector donde los laboratorios, distribuidoras y gerencadoras tienen los contratos más importantes con los financiadores. La prescripción por nombre genérico es el inicio de la cuestión sin embargo en el caso de Argentina allí se terminó la política. Lo que seguía requería una fuerte vocación política desde el Estado para acompañar e incentivar y motivar algunas empresas que pudieron haberse reconvertido de marcas a genéricos, para vender no sólo en el mercado argentino sino en el mercado internacional. Y éste es un tema sobre el cual uno podría pensar en términos no sólo de un sector de 40 millones de personas como hay en la Argentina, sino que podría pensar en dimensiones mucho más grandes. Hay que pensar en los mercados latinoamericanos y en los mercados de otros países, como de hecho los grandes laboratorios que venden en Argentina y que producen en Argentina están haciendo, porque en realidad hay una cantidad de inversiones importantes que se están yendo hacia países que generan una seguridad jurídica más importante.

3) Participación en los costos. Argentina tiene una cantidad importantes de «seguros» obligatorios y voluntarios que sue-

len pensar más en sus finanzas internas que en la cobertura de la población. Los arreglos entre los aseguradores y la industria farmacéutica produce el maravilloso efecto (para las obras sociales y prepagas) de casi no pagar absolutamente nada por los medicamentos ambulatorios que consumen sus afiliados. Los descuentos que reciben de la industria es el pago por no negociar en nombre de sus poblaciones y obtener mejores precios para todos. El perdedor es el afiliado que paga el 60% del precio del medicamento y que es en realidad el precio total del producto, más allá de lo que diga el Manual Farmacéutico o el Kairos. Entonces, el tema de la participación es algo que también se ha discutido muy poco, porque por ejemplo hay alguna información interesante vinculada a estudios de costo-efectividad, que podrían darnos algunos elementos como para poder decir que hay medicamentos que deberían ser cubiertos con un 100% de cobertura, mientras que en el caso de otros medicamentos que tienen incertidumbre respecto de su costo-efectividad podría plantearse algún mecanismo de copago. Eso es plantear, de alguna manera, un mecanismo de coparticipación del pago construido con algún criterio.

- 4) Precios de referencia,** para implementar esta política se requiere tener una base informativa y decisión política. En algún momento la Superintendencia intentó llevar una política de precios de referencia, pero sin duda no condujo a resultados concretos y positivos. Se cometieron algunos errores respecto de cómo calcularlo y, como dijo Joan Rovira, en algún momento aquí también se tendió a bajar demasiado el precio poniendo incluso medicamentos que no se conseguían en el mercado, pero que lograban que el precio de referencia fuera lo suficientemente bajo como para que el supuesto beneficiario casi no tuviera que pagar por ese medicamento.
- 5) Prescripción.** Este es un capítulo sobre el cual se ha hecho muy poco y como escuchamos en la presentación de Joan Rovira, también en Europa la experiencia no es muy amplia. Es

un aspecto sobre el cual hay que trabajar, y tiene que ver fundamentalmente con dónde poner los incentivos y quién pone los incentivos, porque los médicos, se han convertido en verdaderos agentes de promoción y de venta de algunos medicamentos, con los cuales se ha desarrollado un aparato desde el punto de vista de la prescripción que la ha deteriorado como proceso clínico médico. Y como ejemplo sabemos que la prescripción, que debería ser un hecho fundamental, estudiado y analizado, termina muchas veces en el PAMI de modo tal, que el médico deja firmadas las recetas y la secretaria es la que termina llenado los distintos ítems. Obvia decir que eso no tiene absolutamente nada que ver con la racionalidad ni con el uso racional del medicamento.



MESA N° 3

Los laboratorios farmacéuticos ante los cambios económicos y sanitarios

*Coordinador: Farm. David Campos
Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Catamarca*

En primer lugar damos las gracias a FEFARA por permitirnos coordinar esta Mesa, a cuyos integrantes, que enseguida presentaremos, agradecemos también su presencia.

Creemos que el ejercicio de nuestra profesión farmacéutica cabalga permanentemente en dos aspectos, uno es el sanitario, a lo cual como profesionales nos debemos, y el otro es el económico que hace a la realidad donde nos desarrollamos.

El abordaje del tema de esta Mesa es dar una mirada a los cambios económicos y sanitarios desde la óptica de los laboratorios farmacéuticos. Y hemos elegido hacerlo a partir del punto de vista de las Cámaras que nuclean a los laboratorios farmacéuticos en nuestro país: COOPERALA, CILFA y CAEME. Creemos que las disertaciones de sus representantes nos permitirán conocer un análisis de situación, visualizar cuáles son aquellos escenarios posibles y a través de ellos explorar cuál es el futuro de esta gestión.

Nuestros disertantes son la Dra. Clara Suárez por COOPERALA, el Dr. Alfredo Ahuad por CAEME y el Dr. Claudio Riganti por CILFA.

La Dra. Clara Suárez es Licenciada en Economía egresada de la Universidad de Buenos Aires, y es Directora Ejecutiva de la Cámara de Empresarios de Laboratorios Farmacéuticos (COOPERALA), desde 1997 hasta la fecha.

El Dr. Alfredo Héctor Ahuad es médico, egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Es Especialista en Medicina Interna, con título otorgado por la Asociación Médica Argentina y Especialista en Servicios de Salud y Seguridad Social, egresado de la Fundación ISALUD de la Universidad de Lomas de Zamora. Es además coautor del libro «*Medicina prepaga historia y futuro*» y ha sido expositor en el 3er Congreso Argentino de Salud. Desde el 2008 a la actualidad es Gerente de Relaciones Institucionales de CAEME (Cámara Argentina de Especialidades Médicas). Entre otras actividades se ha desempeñado además como Gerente de Servicios Médicos y Control Prestacional del Círculo Médico de San Isidro, Asesor Médico de la Dirección de ANMAT entre 2002 y 2007, Jefe del Área de Programación y Operación del Programa de Reforma de Atención Primaria de la Salud REMEDIAR, del Ministerio de Salud de la Nación en el año 2002, y como auditor médico y Gerente Médico Cooperativo de AMSA.

El Dr. Claudio Riganti es egresado de la carrera de Abogacía de la Universidad de Buenos Aires, realizó estudios de Postgrado en Planeamiento Estratégico y Negociación en la Escuela de Negocios Kellogg dependiente de la Universidad del Noroeste con sede en Chicago, y es profesor de Derecho Constitucional en la Universidad de Bs As. Profesionalmente se desempeñó durante más de 20 años en el mercado de la medicina privada, ocupando la Dirección Comercial de Docthos, Swiss Medical Group, Galeno y Grupo Bapro. Desarrolló tareas de Gerenciamiento y Consultoría en Obras Sociales Sindicales y de Personal de Dirección. Actualmente se desempeña como Gerente de Asuntos Económicos y Obras Sociales de CILFA (Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos).

Comenzaremos entonces escuchando a la Lic. Clara Suárez.

La vision de cooperala

Lic. Clara Suárez

Reflexiones iniciales

Tengo que decir que siempre cuando uno empieza una disertación agradece que lo hayan invitado, y yo la verdad que en este caso dudo de agradecerle a Manuel Agotegaray, porque el tema por el que nos convocaron a esta Mesa dista de ser fácil. Es decir, puede parecer que hablar de los laboratorios farmacéuticos ante los cambios económicos y sanitarios parezca algo digamos simple de discutir, pero sinceramente es bastante complejo, y esperamos sortear este desafío con cierta elegancia, y desde ya y sinceramente, agradecemos la invitación de FEFARA para compartir este espacio. Creo que haremos una presentación somera, en primer lugar porque el tema es tan vasto que no se puede pretender agotarlo, y en segundo lugar porque estamos directamente inmersos en el conflicto social y económico, y esto hace que resulte difícil en este momento vislumbrar certezas. Es decir, uno ve algunas líneas de lo que está pasando, o supone o ensaya alguna prognosis en función de la información que tiene, pero sinceramente yo diría que esto es muy tentativo.

En realidad creo que nosotros, los que tenemos más de 50 años, hemos vivido en una zozobra permanente, hemos vivido en un país y un mundo bastante distinto que hace 100 años, como por ejemplo el de nuestros padres. Entonces estamos un poco acostumbrados a esto, y en cierta medida, como decía un amigo, esto es fantástico sociológicamente lástima que uno tenga que vivirlo ... Después uno lee el artículo o el renglón en el libro de historia, y dice por ejemplo que en 1798 se produjo la revolu-

ción industrial, y a uno le parece que se produjo mágicamente. Pero hay procesos que dan origen a estos cambios, y yo creo que aunque no lo tengamos todavía muy en claro, éste es un punto de inflexión en una línea de desarrollo del mundo y de las hegemonías a nivel mundial.

Creo que para tratar este tema deberíamos considerar, o por lo menos tener como presentes determinadas cuestiones, como los cambios macroeconómicos que se están produciendo, y en particular qué significan estos cambios, y también la evolución del sector industrial tanto a nivel mundial como en el país. Otro punto que es importante considerar son los cambios que se están produciendo en los criterios de atención de la salud, pasando de una atención meramente reparadora como podría ser hacia la mitad del siglo pasado, a poner mucho más énfasis en la prevención y en la atención de patologías prevalentes. Aunque creo que probablemente esto último es mucho más adecuado que lo encare Alfredo Ahuad que es médico.

La diseminación de información entre el público en general y el acceso a nuevas fuentes de información, concretamente Internet, hace que por un lado esa población demande más, y esto tanto en prácticas como en medicamentos. Pero también hace que tenga más conciencia respecto del propio cuidado de la salud. O sea, creo que esto también sufre la transformación que se está produciendo en la sociedad, con lo cual también es más fácil para la comunidad médica pasar a una estructura diferente de la de atención a la demanda solamente, como cuando se había producido la crisis, que era la línea que existía anteriormente.

Si bien nosotros somos un país de los denominados de desarrollo medio, tenemos que mirar un poco a los países desarrollados. Y en este sentido, más que a los países desarrollados en su conjunto, mirar a los países europeos en particular, a Japón en particular o a Nueva Zelanda, que son países que en su

etapa de desarrollo han ido avanzando socialmente en la construcción de sistemas de coberturas que comprenden a la totalidad de la población. Creo que éste es un aspecto que está en primer lugar en la Constitución del '94 que lo establece como un derecho, y creo que hoy está mucho más aceptado socialmente que hay ciertos sectores de la población que deben ser sostenidos con los recursos públicos, o sea aquellos que no tienen suficientes recursos.

Después, también creo que hay otro tema relevante y que se lo dejo a Alfredo Ahuad que sé que va a hablar de eso, que es el nuevo rumbo que está tomando el desarrollo de los medicamentos, o sea, los nuevos medicamentos, y pienso que sobre ese tema mis compañeros de esta Mesa saben más que yo.

Considero que hay un punto que debe tenerse en cuenta, y es el hecho de que el medicamento como tal es lo que se denomina un bien de características prevalentes. O sea que es uno de los últimos que uno deja de consumir cuando va bajando el ingreso. Y otro punto a considerar es el hecho de que este bien prevalente tiene un determinado funcionamiento en este *no mercado* de la salud, porque convengamos que la salud no es un mercado, y esto me parece que es una cosa en la que todos probablemente estemos de acuerdo. No es un mercado porque no reúne ninguna de las condiciones establecidas por la economía de mercado. O sea, el paciente no elige cuándo se enferma, simplemente se enferma. Y no demanda cuando elige, demanda porque se enfermó, y además no puede determinar la igualdad o la homogeneidad de los productos que se le ofrecen. Hay una serie de condiciones establecidas o preestablecidas para marcar los límites de una economía de mercado que no están en la salud, y creo que esto es un problema serio, porque este mecanismo de funcionamiento del sector salud tiene una serie de distorsiones como consecuencia de esta cuestión, que son difíciles de modificar.

Abordar en sí mismo el tema del cambio que se está pro-

duciendo en la economía mundial demandaría meses de seminarios, o sea que no lo vamos a tratar aquí. Pero sí voy a decir una cosa que me parece que está pasando y que es muy importante, y es que se está iniciando una traslación de la hegemonía política. Creo que esto es algo que hay que mirar en el marco general, porque esto lleva de la mano a otra cuestión que es la crisis del símbolo de la reserva de valor, y esto también es un tema central cuando nosotros hablamos del funcionamiento de la economía, y de un sector industrial dentro de la economía. Yo creo que hoy las alternativas para la reserva de valor no están planteadas, va a haber diferentes propuestas, hay algunas señales que da el mercado, como por ejemplo el aumento de la cotización del oro. Vale recordar que después de la Segunda Guerra Mundial hubo un cambio en la reserva de valor que antes era en oro y después pasó a ser en dólar. Las reservas de los países hoy están en dólares, los intercambios se transan en dólares, o sea son los que establecen el precio relativo entre los diferentes productos, y esa reserva de valor hoy está en crisis. Hay otras líneas que están pensando en canastas de monedas, en derechos de giro, en fin, otra serie de elementos que separen al dólar concretamente como símbolo de valor. Esto es un aspecto bastante central en la cuestión macroeconómica.

En relación a nuestro país, yo creo que nuestro país está en una buena situación económica a pesar de todo. Nosotros tenemos una situación de crisis en este momento, de disminución de las exportaciones, pero hay que señalar que esto también fue acompañado de una disminución de la importaciones, con lo cual el resultado de la balanza comercial no ha sido complicado para el manejo fiscal. Pero creo también que tenemos muchas asechanzas del tipo político, como por ejemplo que los medios de comunicación nos están planteando una serie de terremotos o de tsunamis económicos, que no se condicen con los números que uno lee, más allá de que uno puede dudar de determinada información salida del INDEC, que está bastante cuestionado.

Pero el país como tal, en primer lugar, tiene una dotación de recursos naturales que le permite alimentar a toda la población del país. Tiene recursos fósiles suficientes y una buena provisión de agua, excedente para la cantidad de población que tiene la Argentina, recursos estos que se consideran, en mediano plazo, escasos, proclives podríamos decir a convertirse eventualmente en una reserva de valor. Porque ésta es una de las cosas de las que se está hablando en algunos lugares, de que la reserva de valor en realidad podría llegar a ser la dotación de recursos físicos que tanga cada uno de los países. Todo el mundo sabe, y si hay alguno acá que vive en el sur puede corroborarlo, que hay grandes extensiones de la Patagonia, sobre todo del área de los lagos, que son compradas por extranjeros, y saben que esas compras incluyen los lagos.

Mercado e Industria Farmacéutica

En este primer cuadro y en el gráfico correspondiente, quiero mostrar la evolución del mercado farmacéutico. Lo tomé desde el año 2000 en adelante un poco a propósito, porque sabía que había un bajón en el año 2001-2002. Y mirando la serie, hoy vemos que la cantidad de medicamentos vendidos son superiores a los del momento inicial, a los del año 2000.

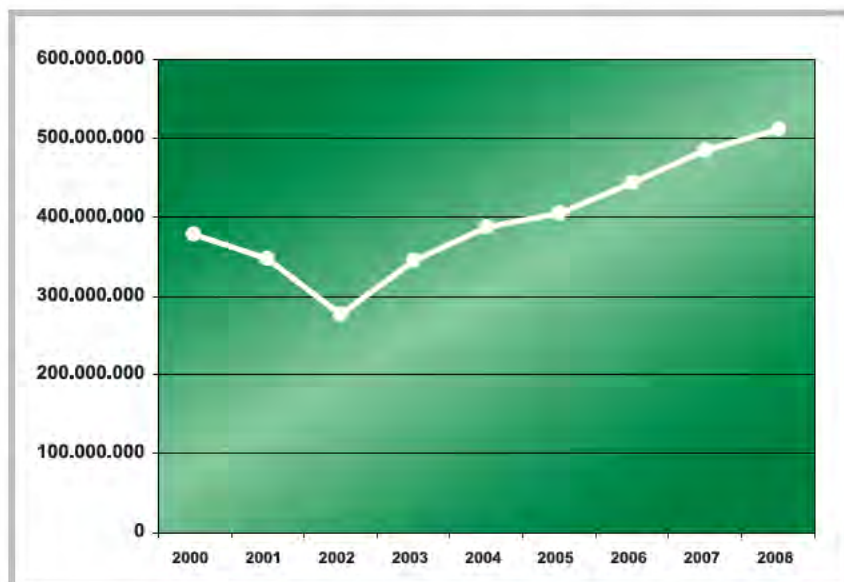
He tomado la información, para poder hacerla homogénea, de IMS. Todo el mundo sabe que esto tiene limitaciones, y que hay una parte importante de las unidades vendidas que no se registran por este sistema, pero tiene la ventaja de que los tratamientos de acá y de otros países son homogéneos. Cuando uno hace un análisis por ahí no cuenta con toda la información, pero como yo voy a hablar sobre grandes números, o sea, de volúmenes totales, considero que es válido tomar los datos de esta manera. Y además por otro lado, lo demás serían estimaciones que podrían estar erradas conceptualmente, en cambio esto efectivamente pasó, o sea que sabemos que estamos mirando un pedazo de la realidad.

Mercado total en unidades y en pesos

AÑOS	UNIDADES	VALORES EN PESOS (\$)	VALORES EN DOLARES (U\$S)
2000	378.568.000	3.936.395.000	3.937.044.000
2001	347.474.700	3.652.525.000	3.655.547.000
2002	277.018.600	3.856.289.000	1.308.485.000
2003	345.384.500	5.245.261.000	1.789.141.000
2004	387.018.900	6.098.877.000	2.075.563.000
2005	405.025.800	6.843.271.000	2.340.907.000
2006	443.469.400	8.074.167.000	2.626.120.000
2007	484.650.500	9.616.873.000	3.086.420.000
2008	511.713.400	11.790.710.000	3.732.556.000

Fuente: IMS

Mercado total en unidades



Fuente: IMS

Lógicamente, la disminución de las ventas del sector se debió a una baja importante de los salarios reales, y de los salarios nominales también porque ahí hubo un cambio de pesos a dólar, entonces el precio de los medicamentos se modificó fuertemente.

Yo dividí en la siguiente tabla las cantidades de unidades de todos esos períodos por la población de esos mismos períodos, y me da lo que vemos ahí, o sea un cambio fuerte en el año 2002 como consecuencia de la crisis, y una recuperación hasta el valor de 12,9 unidades por persona por año que tenemos hoy.

Mercado total en unidades

AÑOS	UNIDADES	POBLACIÓN	UNIDADES POR PERSONA
2000	378.568.000	36.783.859	10,3
2001	347.474.700	37.156.195	9,4
2002	277.018.600	37.515.632	7,4
2003	345.384.500	37.869.730	9,1
2004	387.018.900	38.226.051	10,1
2005	405.025.800	38.592.150	10,5
2006	443.469.400	38.970.611	11,4
2007	484.650.500	39.356.383	12,3
2008	511.713.400	39.745.613	12,9

Fuente: IMS.-

Hubo algunos casos en que no utilicé los datos del IMS, y se los voy a comentar para que tengamos en claro cuál es la diferencia. Mi idea es trabajar sobre esta información y comparar luego al final, con el consumo de dos países: España e Inglaterra. ¿Por qué elegí a estos dos países? Primero porque ambos

poseen información, y después en el caso de España, donde concretamente comparé las clases terapéuticas, porque me parece que es una población bastante comparable a la nuestra, ya que la mitad de los argentinos somos descendientes de españoles y la otra mitad de italianos.

Hay un aspecto que vuelvo al reiterarles que me parece que es muy importante, y es el tema de qué pasa con el cambio de la cultura en la atención médica, porque esto tiene dos efectos sobre la salud: uno es el cambio que se produce en la forma de atención de los médicos, y otro es en la cantidad de medicamentos consumidos. Y vamos a tener como consecuencia de este nuevo mecanismo de atención más patologías cuidadas, curadas en algunos casos, si bien no siempre son curadas sino que a veces sólo son cuidadas, pero eso va a aumentar el costo en el mediano plazo. Esta es una gran discusión que hay sobre el aumento de gastos en medicamentos en las obras sociales.

No vamos a hablar acá de los precios porque todos ustedes los conocen, es decir, conocen el punto perfectamente. Pero hay una cuenta que nadie hace y que es bastante difícil de hacer por otro lado, que en EE.UU. se intentó hacer en un informe de Naciones Unidas, y que era calcular la pérdida de días trabajados por la mala atención médica, y se llegó a una conclusión X, que se puede decir que es válida para ese país. Pero en realidad a mí no me interesa tanto cuánta gente trabajó un día menos o un día más, sino cuánta gente vivió mejor, porque conceptualmente eso me parece más importante.

Entonces, me parece que estos costos que se van a ir modificando probablemente en el mediano plazo pueden estar más orientados a gastos que tengan que ver con medicamentos, pero que van a implicar menos gastos en la atención médica, en internación o en tiempo de internación. Y a esta cuenta, vuelvo a decir, nadie la hace, tal vez porque no es muy fácil de hacer, en realidad es casi imposible de hacerse. Pero creo que

esto es algo que uno debe pensar cuando piensa en el modelo en general.

Debo agregar que en la Argentina tenemos desde el año 2003, un sistema de provisión de medicamentos para los centros de atención que en su momento se llamó Remediar, pero aclaro que es una parte importante de la provisión de medicamentos que no está contada en esta información que nosotros tomamos del IMS. Y también hoy hay programas dedicados a poblaciones objetivas determinadas como los niños, las embarazadas o los enfermos de SIDA. Y todos esos son programas que forman parte de la oferta de medicamentos a la población que no se incluyen en este IMS, pero tienen que ver con otra cuestión que nos parece importante que es el acceso a los medicamentos en la Argentina.

Sin creer que tenemos el problema absolutamente solucionado, creo que hoy existe una buena provisión de medicamentos en relación a la población. Considero, y esto es una opinión personal, que la cuestión de la provisión del servicio de salud y la provisión de educación en forma homogénea y disponible en todo el país, es una cuestión esencial y central para el desarrollo de un país. Sin esas dos condiciones no hay desarrollo posible, sino que lo que hay en todo caso es crecimiento. ¿Qué es lo que pasó en la Argentina? Pudo haber crecimiento, sí, pero nosotros tenemos una situación de desigualdad y de pobreza que me parece que la Argentina no se merece, porque tiene los recursos para no tenerlas. Creo que ésta es una responsabilidad en la que estamos todos implicados, y me parece que algo que nos debemos como argentinos, es solucionar este problema. Desde ya que es un problema que no se resuelve fácilmente sino que va a demandar tiempo, y tenemos además un retraso importante, porque lamentablemente durante los últimos 20 años se ha ido bastante para atrás en esa situación.

En cuanto a la provisión de medicamentos por parte de la industria farmacéutica, creo que está abastecida.

Tenemos una industria con una alta participación local.

- 62% de las unidades vendidas pertenecen a laboratorios locales.

- Esto representa el 56% de los valores

Cantidad de marcas:

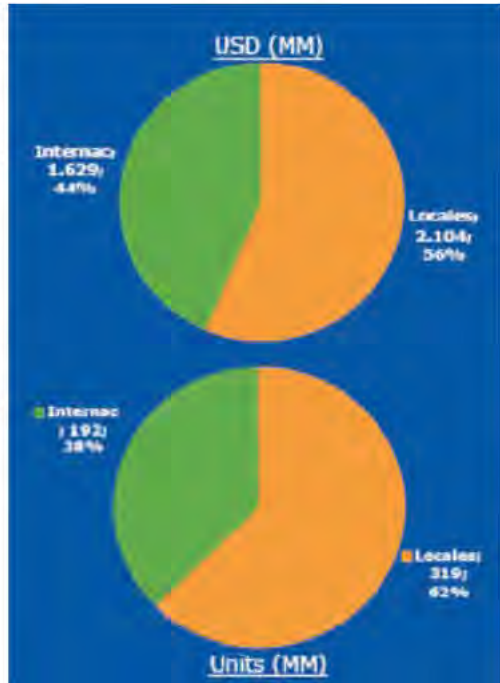
- o Nacionales: 5.271
- o Internacionales: 2.332

- Índice de evolución (valores):

- o Nacionales: 101
- o Internacionales: 98

- Precio Promedio (u\$s):

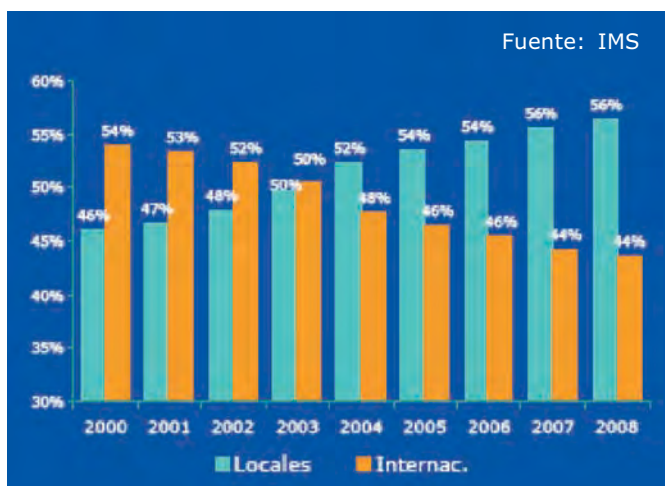
- o Nacionales: 6,6
- o Internacionales: 8.5



El país tiene hoy una situación que es ésta que acabamos de sintetizar arriba, donde hay una alta participación de empresas nacionales, y una parte importante de las unidades son provistas por esas empresas. Y al final está el precio promedio que puede verse que es diferente según se trate de laboratorios nacionales o internacionales, lo cual en parte se puede explicar por las características de determinados medicamentos y la protección de patentes que existe.

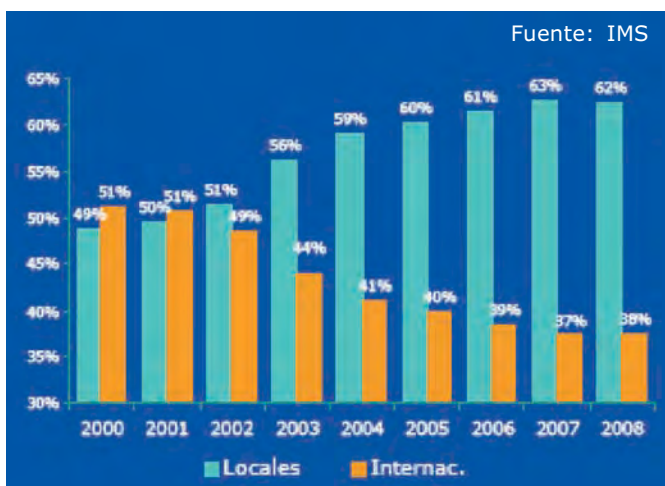
En los dos gráficos siguientes vemos la participación en valor de las ventas (en dólares) y en unidades por origen de capital, o sea entre las empresas nacionales y las empresas extranjeras. Traté inicialmente de hacer estos dos gráficos en uno solo, pero el resultado sinceramente era muy poco claro.

Participación en valor de las ventas por origen de capital (Dólares) 2000 a 2008



Agreguemos que en los últimos años ha habido una estrategia de expansión importante por parte de las empresas nacionales, que ha llevado a que tuvieran una participación en las unidades que mostramos en el siguiente gráfico.

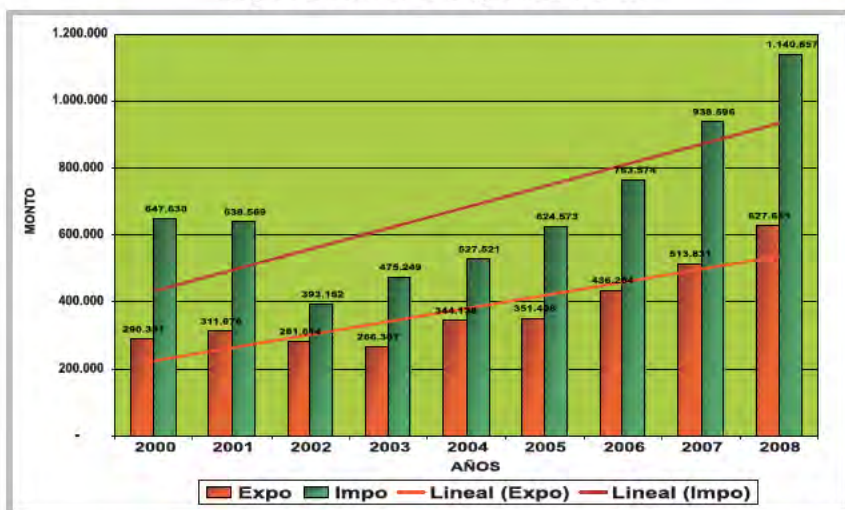
Participación en UNIDADES por origen de Capital (2000 a 2008)



Si se mira la tendencia, que vendría a ser una recta, se ve que esta tendencia tiene una orientación determinada, que vendría a ser chata por así decirlo, en cambio la otra es más marcada y creciente y podría decirse que se dispara. Esto significa que los precios se disparan y hay un crecimiento más considerable en los precios de un sector que del otro. Y lo mismo pasa en el gráfico que muestra la participación en unidades por origen de capital, las unidades de un sector crecen más que las del otro, tal que si trazáramos ambas tendencias, una sería mayor que la otra, más empinada.

El siguiente gráfico muestra las **importaciones y las exportaciones**. Nosotros tenemos una balanza deficitaria que entiendo que va a seguir siendo deficitaria a pesar del aumento de las exportaciones. ¿Por qué? Porque pasan estas dos mismas cosas, lo que se exporta tiende a ser un valor relativamente más bajo y lo que se importa son productos que no se fabrican acá, ya sea porque tienen un régimen de protección de patentes en este momento, o porque son series demasiado cortas y no es rentable, y además se importan por supuesto las drogas que no se fabrican en la Argentina. Entonces, esta tendencia va a seguir en el tiempo.

Exportaciones e Importaciones



El país ha hecho también un esfuerzo bastante importante, en las dos siguientes tablas mostramos el destino de las exportaciones en miles de dólares. Acá con la información que tenemos no podemos diferenciar cuál es la participación de las empresas nacionales y las empresas extranjeras, y no sé si Alfredo Ahuad podría averiguar algo, pero hay ciertas cosas, por ejemplo, estos productos me da la idea de que es intracompañía, se me ocurre no sé. Son productos fabricados en la Argentina por alguna razón, lo mismo que los de Canadá. En cambio, los países latinoamericanos creo que constituyen un mercado natural de nuestros productores nacionales.

Destino de las Exportaciones (En miles de dólares)

PAÍS	Productos Farmacéuticos Cap. 30 - 2007	Productos Farmacéuticos Cap. 30 - 2008	Var %
BRASIL	88.595	107.330	21
CHINA	4.546	6.675	47
EEUU	2.966	5.585	88
CHILE	37.071	33.118	-11
ESPAÑA	837	777	-7
PAISES BAJOS	375	317	-15
ECUADOR	14.778	18.349	24
MEXICO	28.379	28.844	2
ITALIA	196	1.461	645
SUBTOTAL	177.743	202.456	

PAÍS	Productos Farmacéuticos Cap. 30 - 2007	Productos Farmacéuticos Cap. 30 - 2008	Var %
BOLIVIA	9.912	11.252	14
PANAMA	20.337	29.025	43
VENEZUELA	50.032	62.794	26
GUATEMALA	11.673	12.948	11
URUGUAY	32.121	36.137	13
LIBANO	8.461	9.013	7
PERU	19.123	22.176	16
PARAGUAY	19.709	24.998	27
CANADA	42.869	58.323	36
SUBTOTAL	214.237	266.666	

Las exportaciones, como ustedes habrán visto, subieron en forma considerable. Y eso es un buen síntoma para el desarrollo del sector industrial.

Como les digo, me parece que siempre va a ver una balanza deficitaria y es muy difícil que la Argentina pueda dar el salto, aunque pudiera hacerlo desde el punto de vista técnico, pero creo que en el momento de desarrollo actual es como que me parece que se perdió el tren, por así decirlo. La Argentina podría haberse planteado en algún momento ser la India de hoy, porque de hecho tenía experiencia suficiente y recursos humanos suficientes para eso. Bueno, la novedad máxima que es el descubrimiento de Milstein, o sea la aplicación del descubrimiento de Milstein, que es un argentino que estaba acá y en ese momento Oganía echó prolijamente del país, es un tema que ya pasó, que ya no tiene vuelta atrás, pero lo cito porque me parece que es algo sobre lo que hay que reflexionar socialmente.

Comparación entre Argentina y España

CLASES TERAPÉUTICAS	ESPAÑA 2005		ARGENTINA 2007	
	UNIDADES	PORCENTAJE 100	UNIDADES	PORCENTAJE 100
MERCADO TOTAL	450.000.000		480.889.800	
A - APARATO DIGEST Y METABOL.	63.810.000	14,18	79.259.500	16,48
B - SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOP.	23.940.000	5,32	8.653.400	1,80
C - APARATO CARDIOVASCULAR	103.860.000	23,08	58.321.600	12,13
D - DERMATOLÓGICOS	180.000	0,04	37.875.100	7,88
G - PROD. GENITO URINARIOS	13.815.000	3,07	31.332.000	6,52
H - HORMONAS	7.695.000	1,71	14.402.900	3,00
J - ANTIINFECCIOSOS VÍA GENÉ.	33.930.000	7,54	31.465.900	6,54
L - ANTINEOPLAS. Y AGENT. INMUN.	2.340.000	0,52	228.100	0,05
M - APARATO LOCOMOTOR	33.615.000	7,47	40.404.700	8,40
N - SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	111.285.000	24,73	90.599.400	18,84
P - ANTIPARASITARIOS	495.000	0,11	3.002.300	0,62
R - APARATO RESPIRATORIO	44.640.000	9,92	45.320.400	9,42
S - ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	10.125.000	2,25	14.215.800	2,96
V - VARIOS	270.000	0,06	25.808.700	5,37

Fuente: IMS

Como dije antes, la pregunta que me propuse hacer después es cómo se gastaba, o cómo se consumían los medicamentos. Vamos a ver la comparación entre Argentina y España de la que hablé al principio, porque me pareció interesante que viéramos a ambos, o sea que nos pudiéramos comparar con una población similar a la de Argentina en muchas características: la comida, el origen, las costumbres, y demás.

Para que resulte más fácil mirar, este segundo cuadro plantea las diferencias entre el consumo registrado en España respecto de la Argentina. Los valores positivos indican mayor consumo en España.

Diferencia entre el consumo registrado en España respecto de Argentina

CLASES TERAPÉUTICAS	DIFERENCIA
A - APARATO DIGEST Y METABOL.	-2,30
B - SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOP.	3,52
C - APARATO CARDIOVASCULAR	10,95
D - DERMATOLÓGICOS	-7,84
G - PROD. GENITO URINARIOS	-3,45
H - HORMONAS	-1,29
J - ANTIINFECCIOSOS VIA GENE.	1,00
L - ANTINEOPLAS. Y AGENT. INMUN.	0,47
M - APARATO LOCOMOTOR	-0,93
N - SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	5,89
P - ANTIPARASITARIOS	-0,51
R - APARATO RESPIRATORIO	0,50
S - ORGANOS DE LOS SENTIDOS	-0,71
V - VARIOS	-5,31

Los valores positivos indican mayor consumo en España. Fuente: IMS

Y me llamó la atención una cosa, porque siempre escucho decir que Argentina es uno de los países donde más sedantes se consumen, pero evidentemente los españoles están más nerviosos que nosotros. Es lógico que el aparato cardiovascular use más fármacos, por todo lo que comen. La Argentina tiene más

utilización, aparentemente, de cuestiones relativas al aparato digestivo y metabolismo. Esa es la situación, de manera que no nos vemos con un consumo demasiado distinto en una población que es aproximadamente del mismo tamaño, porque aclaro que por supuesto que dividí por la cantidad de habitantes, que es más o menos la misma y que tienen unas características más o menos parecidas.

El siguiente es un cuadro que no estaba muy segura de incluir en esta presentación, pero podemos mirarlo rápidamente. Muestra cuáles son las proporciones de lo que se usa y de lo que se vende en cada lugar del mundo. Vemos que hay en realidad un estancamiento en las proporciones y hay, como se sabe, un estancamiento en el crecimiento de farma a nivel mundial.

Evolución de las unidades consumidas por área geográfica

PAÍS	2004	2005	2006	2007
NORTEAMERICA	47,4	46,9	47,7	46,2
EE.UU.	95,4	94,9	94,7	93,5
CANADA	4,6	5,1	5,3	6,5
EUROPA	30,2	30,0	29,9	31,1
ALEMANIA	18,6	18,9	19,5	18,8
FRANCIA	18,0	17,9	18,1	17,0
ITALIA	12,0	11,5	11,3	10,1
GRAN BRETAÑA	12,7	11,5	11,1	10,3
ESPAÑA	8,8	8,8	9,0	8,6
JAPON	11,0	10,7	9,3	9,2
LATINO AMERICA	3,8	4,2	4,2	4,7
MEXICO	32,5	29,9	31,6	28,1
BRASIL	25,4	29,8	32,8	36,1
ARGENTINA	10,5	9,8	10,3	10,0

Fuente: IMS

Entonces llegamos al final, que solamente tienen tres números: España consume 11,44 unidades por habitante por año, Inglaterra 12,29 y Argentina 12,9. ¿Qué quiero decir con esto?

Que si nosotros estamos pensando acá que todavía nos falta lo que se dispensa o se consume con una provisión estatal en forma directa, la realidad es que estamos llegando a un nivel que, aparentemente, sería suficiente para satisfacer las necesidades de una población.

Unidades consumidas por habitante por año

PAÍS	UNIDADES
ESPAÑA	11,44
INGLATERRA	12,29
ARGENTINA	12,9

Fuentes:
Para Argentina:
IMS Año 2008
Para España: Instituto de
Información Sanitaria
(www.msc.es - Mayo 2005)
Para Inglaterra:
www.nhs.uk - Año 2006

Reflexiones Finales

Finalmente, para tratar de sintetizar y contestar un poco a la pregunta o al tema que convoca esta Mesa, diría que en relación a los cambios económicos que se están produciendo en el mundo, la Argentina está en una situación razonable. Esto no significa que no vamos a tener una crisis y tampoco significa que no vamos a tener problemas, pero creo que tenemos una estructura de exportaciones lo suficientemente sólida como para sostener el nivel que viene teniendo. Piensen que el 70% de las exportaciones argentinas se distribuyen entre productos del agro y productos que se denominan MOA, que son los productos de origen agropecuario pero industriales, como por ejemplo el aceite de soja. Entonces, la Argentina está en una situación razonablemente buena en ese sentido. Por supuesto tendrá asechanzas, creo que tiene unas reservas que han ido creciendo, es más, el Presidente del Banco Central se ha dado el lujo de comprar dólares para sostener el precio, y eso quiere decir que tienen recursos. De modo que no veo demasiadas asechanzas en un futuro próximo, aunque sí creo que existe una cierta incertidumbre política que se ve sostenida y magnificada en todos los medios de comunicación.

En relación al crecimiento de las empresas farmacéuticas en función del mercado interno, en principio me parece que hay poco margen para ese crecimiento, Creo que la estrategia debiera ser pensar en la exportación. Me parece que para que las empresas puedan seguir creciendo en este marco deberían establecer una política exportadora más agresiva y contar, esto sí, con un sistema bancario proveedor de mayores recursos crediticios para las inversiones de riesgo, que les permitiera establecer y sostener una estrategia en esa dirección.

En relación a los cambios que se insinúan o que se están produciendo en los sistemas de atención médica, los veo como una oportunidad para este sector industrial, ya que como dije antes, hoy vamos hacia un camino de más prevención, de más revisión en la detección temprana de determinadas enfermedades. Y hoy hay un grupo de enfermedades que en algún momento eran fatales, y creo que el caso más paradigmático es el SIDA, que se han convertido en enfermedades crónicas.

De manera que no veo una asechanza fuerte hacia este sector industrial, aunque sí tenemos las limitaciones que tiene la economía en general, en nuestro caso tenemos hoy un sistema de precios, si bien no controlados, administrados, éste es el nombre que se le da, y que puede influir en el nivel de inversión, sobre todo teniendo en cuenta que no existe un sistema bancario que preste a riesgo. Éste es un problema muy serio y los que estamos trabajando en estas cuestiones lo vemos. O sea, hacerle entender a un banco que para pedir un préstamo, una empresa que tiene el capital suficiente de respaldo y demás, y que va a hacer una inversión para construir una planta, necesita tener un par de años de gracia. ¿Por qué? Porque necesita tomar el préstamo y poner plata para seguir manteniendo su empresa funcionando. O sea que no puede tomar plata del capital de trabajo porque necesita seguir funcionando, y entonces esto es una limitación a un posible crecimiento de éste y de todos los sectores industriales.

La visión de caeme

Dr. Alfredo Ahuad

Introducción

Agradezco a las autoridades por la invitación. Mi nombre es Alfredo Ahuad, soy médico y represento a CAEME, que es la Cámara que nuclea a los laboratorios multinacionales y nacionales comprometidos con la investigación y el desarrollo.

Un poco la idea de la presentación es comentarles por un lado cómo está la situación actual del país en salud, cómo es el comportamiento del mercado farmacéutico de Argentina, sobre todo comparado con Latinoamérica, y por último cuáles son los medicamentos que se están viniendo.

Situación actual de la salud en Argentina

Bueno, como todos saben el 100% de la población tiene cobertura de salud en la Argentina. Nosotros habitualmente denominamos de forma equivocada como «sin cobertura», a toda aquella población que no obstante y valga la redundancia, tiene cobertura bajo la red de hospitales públicos, provinciales, nacionales o municipales, y también a través de los Centro de Atención Primaria de Salud y del programa REMEDIAR, que antes mencionó Clara Suárez y que está focalizado a las personas de bajos recursos o desempleada. Constituyen el 41% de la población, casi 16 millones de personas, en tanto que los que tienen cobertura, es el 59% restante, que son 23,1 millones de personas.

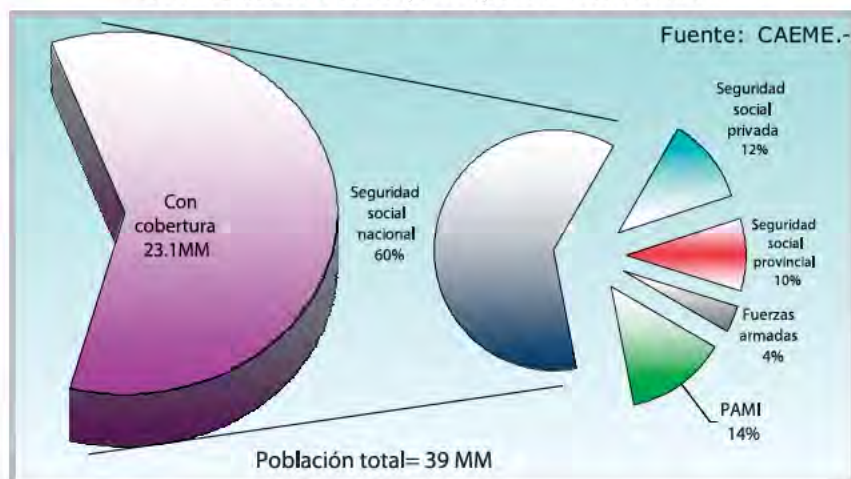
Cuando hablamos de personas con cobertura, estamos hablando de un grupo que comprende a todos aquellos afiliados a

obras sociales que financian su salud a través de los aportes y contribuciones. Están distribuidos entre 250 obras sociales que a su vez tienen dos categorías: nacionales o provinciales, en el PAMI y por último en los prepagos que son aproximadamente 150 entidades, de las cuales 5 solamente nuclean al 70% de la población, lo que equivale a decir que el sector de medicina prepaga está muy concentrado.

El porcentaje de cobertura de medicamentos es del 40%, 70% o el 100%. La cobertura del 40% es la de los medicamentos que habitualmente se venden en las farmacias, la del 70% es para pacientes crónicos o aquellos que tienen el beneficio de la Resolución 310, y la del 100% para algunos productos especiales y por supuesto todo lo que es internación.

De estos 23 millones de habitantes que cuentan con financiamiento, el 60% está en alguna obra social nacional, el 12% en alguna empresa de medicina prepaga, cooperativa o mutual, el 10% en obras sociales provinciales, el 4% en las Fuerzas Armadas y el 14% en el PAMI. El siguiente gráfico permite visualizar esta distribución de la cobertura de salud por tipo de financiamiento.

Cobertura de salud por tipo de financiamiento



¿Cómo está distribuido el gasto? Tomé tres períodos, en el año 1999 donde hay que recordar que esto era 1 a 1 del dólar, el año 2003 y 2008. Son tres fuentes distintas, pero por suerte últimamente las distintas fuentes tratan de medir de la misma manera el gasto en salud. En su momento, en el año 1999 fueron 23.900 millones de pesos/dólares, hoy por hoy en el año 2008 son 65.000 mil millones de pesos, y se estima que el 2009 este gasto anual va a ser alrededor de 80 mil millones de pesos.

Distribución del gasto anual (1999 – 2008)

	1999	2003	2008
SECTOR	GASTO ANUAL EN MILL. \$ (1)	GASTO ANUAL EN MILL. \$ (2)	GASTO ANUAL EN MILL. \$ (3)
O. Sociales	5.100	5.900	15.800
OS Dirección	700	1.000	2.500
Prepagas	2.000	2.500	6.100
Pami	2.000	2.200	4.500
Público	5.500	6.800	14.700
TOTAL	15.300	18.400	43.600
Gasto de Bolsillo	8.600	9.400	21.400
	23.900	27.800	65.000

Fuente: (1) Federico Tobar, El Gasto en Salud en Argentina
 (2) Confeclisa (X Congreso Internacional – 2004)
 (3) AES Junio 2009

De esto surgen dos líneas para considerar, por un lado está lo que gastan cada una de las líneas de cobertura, o sea las obras sociales, las obras sociales de dirección, las prepagas, PAMI y el sector público. Si dividimos esto por la población afiliada y por la cantidad de meses, nos da que las obras sociales están gastando por mes y por miembro afiliado \$100. Es un monto muy parecido a lo que gasta PAMI que está en \$95, el sector público gasta menos, \$75 por mes por persona. Hay una diferen-

cia importante con las obras sociales de dirección y las prepagas, porque éstas últimas gastan por mes y por miembro afiliado \$250 pesos. Esto es una primera consideración que se puede tener en cuenta.

La segunda consideración es el gasto de bolsillo, que es el 30% del gasto total. Entendemos por gasto de bolsillo toda aquella erogación que cualquier persona hace en forma particular, ya sea por no cobertura, por algún copago que tenga en consultas o prestaciones ambulatorias, o en medios de diagnósticos. Y por supuesto el porcentaje a su cargo de lo que no tiene cubierto por medicamentos en farmacias.

¿Todo este gasto está bien asignado? Para poder responderlo rápidamente, digamos que habitualmente se toman en todos los países dos indicadores que son la expectativa de vida y la mortalidad infantil, y la relación de su gasto en porcentaje con respecto al PBI. Podemos ver la eficacia de los distintos países en la tabla que sigue.

Eficacia de los Sistemas de Salud - O.M.S. 2005

	Expectativa de Vida	Mortalidad Infantil ‰	Gasto en Salud como % PBI
• Argentina	75.2	16.5	8.2
• Brasil	67.7	44.8	6.5
• Chile	76.6	9.5	6.1
• Canadá	77.1	6.0	9.2
• Cuba	75.4	9.0	6.3
• Uruguay	74.1	14.0	9.0
• Venezuela	73.5	22.5	3.9

Fuente: OMS, 2005

Podemos ver entonces que Argentina, que gasta un 8,2% con respecto al PBI, tiene una expectativa de vida de 75,2 años. Y una mortalidad infantil de 16,5 por 1000 al año 2005, esto según la OMS y según nosotros también.

Comparemos con Canadá que tiene una relación de 9,2 de gasto en salud con respecto a su PBI, pero tiene una expectativa de vida 77,1 y una mortalidad infantil de 6,0. ¿Qué pasa con Chile? Pasa que gasta bastante menos en relación a su PBI, tiene mejor expectativa de vida y mucha mejor mortalidad infantil. Lo mismo podemos decir de Cuba mirando cómo está respecto a su mortalidad infantil, y la vemos muy pareja en cuanto a la edad, pero esto lo logra gastando también bastante menos. Podemos compararla también con otros países como Brasil, que tiene todo peor que nosotros, o Uruguay que gasta un poquito más y tiene algunos índices mejores y otros peores. Y Venezuela que gasta mucho menos y tiene peores indicadores que nosotros.

Hay una relación importante de señalar, y es que **en la Argentina hay 3 médicos cada mil personas**, cada mil individuos. Encima tenemos una distribución muy heterogénea de la masa de médicos, ya que en la Capital Federal tenemos casi 8 ó 9 médicos cada mil personas, pero en el interior de Buenos Aires y en otras provincias del noroeste apenas si alcanza a 1 cada mil individuos. Lo mismo pasa con las enfermeras, donde la relación es **1 enfermera cada 4 médicos**, cuando lo que correspondería es 4 enfermeras por médico.

Continuando con esta somera revisión de la eficacia de los sistemas de salud, podemos ver las **principales causas de muerte**, y esto se repite tanto en el '99 como en el 2005 y es exactamente igual a lo que sucede en el resto del mundo desarrollado:

- Cardiopatía Isquémica: 13.7 %
- Enf. Cerebrovascular: 9.5 %
- Infección Respiratoria Baja: 6.4 %

- Enf. Pulmonar Obstructiva Crónica: 4,2%
- Enf. Gastrointestinal Aguda: 4.1 %
- Enf. Perinatal: 4.0 %
- Tuberculosis: 2.8 %
- Cáncer Bronquiopulmonar: 2.3 %
- Accidentes de Tránsito: 2.2 %

Y más allá de la lectura, puede decirse que son todas prevenibles, porque absolutamente todas estas causas de muerte son capaces de ser prevenidas. Con lo cual si sumamos esto a lo que vimos en la tabla anterior, o sea la eficacia de los sistemas de salud, nos deberíamos estar preguntando cuál es la responsabilidad que el sector público y todas las empresas, tienen de una u otra manera con respecto a la población a la que dan cobertura.

¿Qué pasa con los medicamentos?

Vamos a entrar un poco en el tema de medicamentos, y aclaro que estos números y estos datos estadísticos que mostramos tienen como fuente ADEMP. ADEMP es una de las cámaras de medicina prepaga, que para esa época nucleaba a casi un millón de afiliados.

Impacto de los medicamentos en el gasto público

	2005	2006	2007	Variación 2006 / 2007	Variación 2005 / 2006
Gasto en Medicamentos por cada Consulta	\$ 13,56	\$ 14,48	\$ 26,23	81,1%	93,4%
Gasto Promedio por Afiliado por Mes	\$ 9,20	\$ 10,01	\$ 17,93	79,1%	94,9%
Participación Gasto Ambul	24%	22.6%	31.5%	39.8%	31.2%
Particip. Gasto Asist. Total	13.1%	12.3%	17.6%	43.3%	34.8%

Fuente: ADEMP

Mirando la tabla precedente, puede observarse que cada consulta generaba un gasto en medicamentos que se incrementaba año a año: en el año 2005 era \$13,56 y en 2007 \$26,23, o sea que creció un 81% entre el 2006 – 2007, y un 93,4% entre el 2005 - 2006.

Otro de los puntos es la participación de este gasto de medicamentos en el gasto asistencial total, o sea que de cada \$100 que se gastan, en el 2007 un 17% correspondía a medicamentos ambulatorios. Y en el año 2008 esto va a ser cerca del 25%. ¿A qué se debe esto? Por supuesto hay aumento de precios, hay mejoras en el acceso, y fundamentalmente hay mucha mejor cobertura que la que había antes.

Tengamos en cuenta esto: cada \$100 de gastos el 18% es de medicamentos y del gasto total, el 55% es el gasto ambulatorio vs. el 45% que es gasto de internación, Y hay que destacar que de este 55% del gasto ambulatorio, el 31.5 es gasto en medicamentos, y sólo ambulatorio porque no estamos hablando del gasto de internación.

En segundo lugar, vamos a tratar de describir ahora **cómo se comportan las ventas farmacéuticas en el mundo**, para lo cual presentaremos algunas tablas que iremos explicando. Siempre, como explicó recién Clara Suárez, la fuente es IMS, o sea que esto es canal farmacia, exclusivamente canal farmacia.

El monto total de lo que se vende son 729 mil millones de dólares. ¿Cómo está repartida esta suma? El 42,5% es Norteamérica: EE.UU. y Canadá, el 31,3% es Europa, en tercer lugar está Japón sólo con el 9,1%, luego Latinoamérica con el 5,5%, y África, Asia y Australia con el 11,7%. Ahora bien, si todo Latinoamérica tiene el 5,5%, puede estimarse que Argentina no llega al 1% de esta suma de ventas totales en el canal farmacia.

Puede verse que EE.UU. ha perdido fuerza como motor de desarrollo, y que del 2003 al 2008 cayó un 6,5%, mientras que el

mercado de Europa, el de Latinoamérica y el de África, Asia y Australia han crecido. Y también puede verse que las ventas en Norteamérica entre el año 2007 y 2008 apenas si crecieron el 1%. Y entre el 2003 y el 2008 un 6,2%, o sea menos del promedio que es 9,2%. Comparativamente se ve que las ventas en Europa crecieron bastante, en Latinoamérica más, y mucho más en África, Asia y Australia.

Ventas farmacéuticas a nivel mundial

VENTAS FARMACEUTICAS GLOBALES POR REGION ¹ (En miles de millones de US\$)							
REGION	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TAAC
Norteamérica	229,5	247,7	265,7	289,9	306,7	309,7	6,2%
Europa	134,5	157,9	169,5	181,8	206,2	228,2	11,2%
Japón	52,4	57,6	60,3	56,7	58,5	66,4	4,8%
Latinoamerica	19,0	21,4	25,9	30,0	34,8	40,1	16,2%
Asia/Africa/Australia	33,8	39,9	46,4	52,0	62,2	85,0	20,3%
Mundial	469,2	524,5	567,8	610,4	668,4	729,4	9,2%

COMPOSICION DE LAS VENTAS FARMACEUTICAS GLOBALES							
REGION	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Dif. %
Norteamérica	48,9%	47,2%	46,8%	47,5%	45,9%	42,5%	6,5%
Europa	28,7%	30,1%	29,9%	29,8%	30,9%	31,3%	2,6%
Japón	11,2%	11,0%	10,6%	9,3%	8,8%	9,1%	2,1%
Latinoamerica	4,0%	4,1%	4,6%	4,9%	5,2%	5,5%	1,5%
Asia/Africa/Australia	7,2%	7,6%	8,2%	8,5%	9,3%	11,7%	4,4%
Mundial	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: IMS 1): Ventas totales efectuadas en el canal farmacia.
IMS Health, diciembre 2008

Vamos a comparar ahora lo que dijimos antes para **Latinoamérica**. En la siguiente tabla se muestra la síntesis del mercado de medicamentos de Latinoamérica para el 2008.

Como dijimos antes, 40 mil millones de dólares es lo que se vende en Latinoamérica. Y en Latinoamérica hay tres grandes

grupos. Los dos primeros mercados y los más importantes son México y Brasil, puede verse a Brasil con ventas por 14.673 miles de millones de dólares y con 1635 millones de unidades, a un precio promedio de 8,97 dólares. Y México por su lado exhibe ventas por 10.131 millones de dólares, con 933 millones de unidades y un precio promedio de U\$10,86. Estos dos países constituyen el mercado más importante de Latinoamérica,

Después vienen Venezuela y Argentina. Venezuela con 5.029 millones de dólares en ventas y 534 millones de unidades, en tanto que Argentina tiene 3.733 millones de dólares en ventas y 512 millones de unidades. Pero hay que notar que Argentina tiene una población de 39 millones de individuos, y Venezuela, con mucho mayor consumo, tiene algo menos de 28 millones como población. El crecimiento de todo este sector de Latinoamérica, comparados 2007-2008 es en dólares 15,4%, en unidades 3,8% y en precio 10,8%.

Síntesis del mercado de medicamentos latinoamericano 2008

PAIS/REGION	VENTA (MILLONES)		PRECIO PROMEDIO (U\$S)	POBLACION (000)	VARIACION 2008/2007				
	DOLARES	UNIDADES			DOLARES	UNIDADES	PRECIO	TIPO DE CAMBIO ¹	INFLACION ²
Argentina	3.733	512	7,30	39.746	20,9%	5,5%	14,7%	9,5%	7,2%
Brasil	14.673	1.635	8,97	195.138	20,6%	8,0%	11,7%	31,3%	5,9%
Paraguay	196	41	4,73	6.230	45,3%	28,2%	13,4%	3,1%	7,5%
Uruguay	260	64	4,05	3.342	21,5%	4,1%	16,8%	16,1%	9,2%
Venezuela	5.029	534	9,42	27.912	33,0%	4,4%	27,4%	0,0%	30,9%
MERCOSUR	23.891	2.786	8,57	272.368	23,2%	7,0%	15,2%	.	.
Colombia	1.752	296	5,93	46.702	15,4%	5,4%	9,5%	11,5%	7,7%
Bolivia	148	25	5,98	10.028	45,3%	19,1%	22,0%	-9,1%	11,9%
Ecuador ³	787	165	4,77	13.801	15,5%	10,7%	4,3%	.	8,8%
Perú	726	101	7,22	28.214	24,5%	9,3%	14,0%	4,6%	6,7%
COMUNIDAD ANDINA	3.413	586	5,82	98.745	19,4%	-6,2%	9,5%	.	.
Chile	1.060	224	4,73	16.770	15,2%	0,4%	14,8%	28,1%	7,1%
Centroamérica ⁴	1.278	155	8,22	41.841	11,3%	6,7%	4,2%	.	.
México	10.131	933	10,86	107.677	0,4%	-4,7%	5,4%	25,5%	6,5%
República Dominicana	369	38	9,75	9.890	7,4%	3,9%	3,4%	3,9%	4,5%
LATINOAMERICA	40.143	4.722	8,50	547.291	15,4%	3,8%	10,8%	.	.

1/ Variación anual tipo de cambio nominal de fin de período, según cotizaciones tipo vendedor en relación con 1 dólar

2/ Variación anual Precios al Consumidor TAM diciembre 2008 3/ Desde enero 2002 utilizan como moneda local el dólar estadounidense

4/ La población total en Centroamérica Incluye: Costa Rica (4.550), El Salvador (7.224), Guatemala (13.677), Honduras (7.322), Nicaragua (5.677) y Panamá (3.391).

Miremos ahora un poco cómo es el consumo per cápita en estos mismos países, y si bien en la siguiente tabla mostramos más países, un poco también para comparar vamos a focalizar solamente en la Argentina y en Venezuela. En el 2003 Argentina tuvo un consumo per cápita de medicamentos de U\$47,3 y el valor fue de U\$58,8 para Venezuela, y en unidades el consumo fue de 9,1 y 12,6 respectivamente. Ambos países están por arriba del promedio del Mercosur y también por arriba del promedio de toda Latinoamérica. Esto se dio con un crecimiento, en este período 2003-2008 que es lo que estamos comparando, que fue para Argentina de 98,7% en dólares y 41,1% en unidades, o sea que duplicó su venta en dólares y aumentó un 50% sus ventas en unidades.

Mercado Farmacéutico Latinoamericano: Consumo Per Capita De Medicamentos

PAIS/REGION	2003		2008		VARIACION 2008/2003	
	DOLARES	UNIDADES	DOLARES	UNIDADES	DOLARES	UNIDADES
Argentina	47,3	9,1	93,9	12,9	98,7%	41,1%
Brasil	26,6	6,7	75,2	8,4	182,7%	25,4%
Paraguay	10,8	3,9	31,4	6,6	190,1%	68,6%
Uruguay	40,9	13,8	77,9	19,2	90,6%	39,1%
Venezuela	58,8	12,6	180,2	19,1	206,2%	51,9%
MERCOSUR	39,2	7,7	87,7	10,2	123,7%	33,4%
Colombia	19,8	7,0	37,5	6,3	89,2%	-8,9%
Bolivia	6,6	1,4	14,8	2,5	123,5%	70,6%
Ecuador	35,7	9,5	57,1	12,0	60,0%	25,5%
Perú	12,8	2,3	25,7	3,6	101,1%	52,1%
COMUNIDAD ANDINA	27,3	7,0	34,6	5,9	26,5%	-14,9%
Chile	35,3	11,2	63,2	13,4	79,2%	19,4%
Centroamérica	18,5	2,8	30,5	3,7	65,4%	33,9%
México	71,1	9,7	94,1	8,7	32,3%	-10,9%
República Dominicana	23,8	3,5	37,3	3,8	57,1%	7,9%
LATINOAMERICA	36,7	7,4	73,3	8,6	99,6%	17,4%

1/ Relación porcentual de consumo per cápita de cada país, con respecto al promedio regional

Fuente: IMS; CEPAL.-

Esta tabla que sigue la puse especialmente para ver cómo es la evolución del 2003 al 2008. Dijimos dos principales mercados, México y Brasil por un lado, y se puede observar que México hasta el año 2005 tenía mayor venta que Brasil, y a partir del 2006 lo supera en cantidades vendidas. Y lo mismo pasó con Venezuela y Argentina, Argentina que tenía mayor cantidad de millones de dólares vendidos hasta el 2005 es superado en el 2006, 2007 y 2008 por Venezuela.

Venta en dólares del mercado farmacéutico latinoamericano

PAIS/REGION	MILLONES DE US\$						TAAC	PARTICIPACION %		
	2003	2004	2005	2006	2007	2008		2003	2005	2008
Argentina	1.790	2.076	2.341	2.626	3.087	3.733	15,8%	9,4%	9,0%	9,3%
Brasil	4.853	5.860	7.947	9.858	12.170	14.673	24,8%	25,6%	30,7%	36,6%
Paraguay	80	96	100	125	135	196	19,6%	0,4%	0,4%	0,5%
Uruguay	138	147	176	207	214	260	13,6%	0,7%	0,7%	0,6%
Venezuela	1.511	1.857	2.192	2.853	3.782	5.029	27,2%	8,0%	8,5%	12,5%
MERCOSUR	8.372	10.035	12.756	15.668	19.388	23.891	23,3%	44,2%	49,3%	59,5%
Colombia	884	1.087	1.357	1.491	1.518	1.752	14,7%	4,7%	5,2%	4,4%
Bolivia	60	59	81	87	102	148	19,9%	0,3%	0,3%	0,4%
Ecuador	459	498	532	600	681	787	11,4%	2,4%	2,1%	2,0%
Perú	347	371	409	481	583	726	15,9%	1,8%	1,6%	1,8%
COMUNIDAD ANDINA	1.750	2.015	2.379	2.659	2.884	3.413	14,3%	9,2%	9,2%	8,5%
Chile	562	687	771	840	920	1.060	13,5%	3,0%	3,0%	2,6%
Centroamérica	705	765	842	984	1.148	1.278	12,6%	3,7%	3,3%	3,2%
México	7.348	7.640	8.865	9.592	10.090	10.131	6,6%	38,8%	34,2%	25,2%
República Dominicana	224	229	284	292	344	369	10,6%	1,2%	1,1%	0,9%
LATINOAMERICA	18.959	21.370	25.898	30.034	34.774	40.143	16,2%	100,0%	100,0%	100,0%

^{1/} Variación con respecto al año anterior

Fuente: FIFARMA, en base a información proporcionada por cámaras asociadas.-

De esos 40.143 millones de dólares que venden los mercados latinoamericanos, el **mercado ético** es de 31.143 millones de dólares, que creció entre el 2003 y el 2008 un 15%. Y el **mercado popular** para el 2008 fueron los 9 mil millones restantes y creció entre el 2003 y el 2008 casi un 20%.

Venta en dólares del mercado ético latinoamericano

PAIS/REGION	VENTA EN MILLONES DE U\$S						TAAC
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Argentina	1.625	1.854	2.093	2.355	2.766	3.338	15,5%
Brasil	3.562	4.208	5.783	7.083	8.718	10.491	24,1%
Paraguay	62	74	96	117	125	184	24,2%
Uruguay	121	130	152	180	188	226	13,2%
Venezuela	1.276	1.574	1.854	2.422	3.187	3.620	23,2%
MERCOSUR	6.646	7.841	9.978	12.157	14.984	17.859	21,9%
Colombia	679	830	1.031	1.118	1.121	1.195	12,0%
Bolivia	55,3	58,1	76,0	82	95	138	20,0%
Ecuador	385	417	449	510	587	676	11,9%
Perú	295	316	349	410	502	603	15,4%
COMUNIDAD ANDINA	1.414	1.621	1.905	2.120	2.306	2.611	13,1%
Chile	427	521	585	646	695	811	13,7%
Centroamérica	642	703	770	898	1.051	1.164	12,7%
México	6.003	6.226	7.235	7.852	8.309	8.352	6,8%
República Dominicana	202	190	274	274	319	345	11,3%
LATINOAMERICA	15.335	17.102	20.747	23.947	27.664	31.143	15,2%

^v Variación con respecto al año anterior

Fuente: FIFARMA, en base a información proporcionada por cámaras asociadas.-

Venta en dólares del mercado popular latinoamericano

PAIS/REGION	VENTA EN MILLONES DE U\$S						TAAC
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Argentina	165	222	248	271	321	395	19,0%
Brasil	1.291	1.652	2.164	2.775	3.452	4.181	26,5%
Paraguay	18	22	4	7	9	12	-7,8%
Uruguay	16	17	24	27	27	35	16,0%
Venezuela	235	282	338	431	595	1.409	43,1%
MERCOSUR	1.725	2.194	2.778	3.511	4.403	6.032	28,4%
Colombia	205	257	326	373	397	557	22,2%
Bolivia	4	1	5	5	7	11	19,0%
Ecuador	74	81	83	90	94	112	8,5%
Perú	52	55	60	71	81	123	18,6%
COMUNIDAD ANDINA	336	394	474	539	578	803	19,0%
Chile	135	166	186	193	225	249	13,1%
Centroamérica	63	62	72	86	97	113	12,5%
México	1.345	1.414	1.630	1.740	1.781	1.780	5,8%
República Dominicana	21	39	10	17	25	24	2,2%
LATINOAMERICA	3.625	4.268	5.151	6.087	7.109	9.000	19,9%

^v Variación con respecto al año anterior

Fuente: FIFARMA, en base a información proporcionada por cámaras asociadas.-

¿Cuáles son los **laboratorios líderes en estos países?**

**Laboratorio líder por país según ventas 2008
(en millones de dólares)**

RNK 2008	PAIS/REGION	VENTA MERCADO TOTAL	LABORATORIO (CORPORACION) LIDER				
			EMPRESA	CORPORACION	PAIS DE ORIGEN	VENTA	MARKET SHARE
1	Brasil	14.673	EMS	EMS	Brasil	969	6,6%
2	México	10.131	Sanofi-Aventis	Sanofi-Aventis	Francia	705	7,0%
3	Venezuela	5.029	Pfizer	Pfizer Inc.	USA	280	5,6%
4	Argentina	3.733	Roemmers	Roemmers	Argentina	308	8,2%
5	Colombia	1.752	Bayer-Schering Pharma	Bayer AG	Alemania	110	6,3%
6	Centroamérica	1.278	Pfizer	Pfizer Inc.	USA	60	4,7%
7	Chile	1.060	Lab. Chile	Teva	Israel	83	7,9%
8	Ecuador	787	Bayer-Schering Pharma	Bayer AG	Alemania	41	5,2%
9	Perú	726	Farmindustria	Farmindustria	Perú	31	4,3%
10	Rep. Dominicana	369	Sanofi-Aventis	Sanofi-Aventis	Francia	19	5,1%
11	Uruguay	260	Roemmers	Roemmers	Argentina	24	9,1%
12	Paraguay	196	LASCA	LASCA	Paraguay	15	7,5%
13	Bolivia	148	Bagó	Bagó	Argentina	17	11,2%

Fuente: FIFARMA, con datos IMS.-

En Brasil tenemos EMS, que es una empresa de origen brasilero que tiene su foco importante en medicamentos genéricos; en México es Sanofi-Aventis, vemos la participación en Argentina de Roemmers con un 8,2% del mercado, y la presencia argentina también se ve en el Uruguay con Roemmers y en Bolivia con Bagó.

En Venezuela lidera Pfizer y en Centro América también, en Colombia es Bayer al igual que en Ecuador. En República Dominicana también es Sanofi-Aventis y en Paraguay es LASCA, un laboratorio paraguayo.

Los medicamentos que se vienen

¿Qué es lo que se viene? Hoy por hoy el foco en investigación y desarrollo son todos los productos de biotecnología. Los

que estudian esto dicen que se va a comparar en su impacto sobre la calidad de vida y la mejora de la salud con las vacunas y los antibióticos.

Vamos a ver cuáles fueron los **grandes hitos en la historia de la medicina y la biotecnología:**

- Vacunas: contra la poliomielitis, BCG, antitetánica, meningitis, etc.
- Antibióticos, Antirretrovirales
- 1953 - Descubrimiento de la estructura de DNA.
- 1982 - Primer Biofármaco aprobado por la FDA: Insulina Humana Recombinante.
- 1986 - Primer vacuna recombinante (HepB) es aprobada para indicación en humanos. Se produce la primera droga recombinante para cáncer (Interferon).
- 2001 - Primer tratamiento para la Leucemia.
- 2002 - Nuevo Anticuerpo monoclonal (mAb) para Artritis Reumatoidea.
- 2003 - Primer mAb para asma alérgico.
- 2003 - Secuencia de Genoma Humano.
- 2004 - Primer mAb para el cáncer colorrectal.
- 2006 - Primera vacuna para la prevención del cáncer cervical.
- 2008 - Aproximadamente el 30 % de todos los fármacos son biotecnológicos.

En definitiva la biotecnología y en particular los **biofármacos**, constituyen «una nueva clase terapéutica emergente de la clíni-

ca, con características diferenciales en su origen, estructura, y propiedades farmacéuticas y farmacológicas». (Eduardo Tíno) Tienen un alto impacto en la medicina, y sus productos son obtenidos a partir de (a) organismos vivos (tejidos de origen vegetal o animal, células de origen humano, microorganismos), o (b) de origen biotecnológico a partir de una proteína o ácido nucleico por tecnología DNA recombinante. Frecuentemente entonces están caracterizados por estructuras proteicas y/o ácidos nucleicos, y son utilizados para la prevención y tratamiento de enfermedades en humanos.

Los grupos de interés iniciales son los siguientes¹:

- Anticuerpos monoclonales
- Factor estimulante de colonias – Interleukinas
- Interferón
- Eritropoyetina
- Hormonas de crecimiento.
- Insulina - Glucagon
- Heparinas de bajo peso
- Otros: drotrecogin, tenecteplasa, etc.

El impacto sobre enfermedades importantes ha sido muy importante, y citamos algunos ejemplos

Esclerosis múltiple: El uso de interferon beta recombinante ha mejorado en un grado importante la calidad de vida de los pacientes, al reducir la frecuencia de las crisis en un 30%.²

Artritis reumatoidea: Casi inmediatamente, luego de 48 hs de haber iniciado el tratamiento, mejora o enlentece la degeneración articular.³

¹ Dr. Eduardo Tíno.-

² National Institute of Neurological Disorders and Stroke. NINDS Multiple Sclerosis Information Page. http://ms.about.com/od/treatments/a/ms_treatment.htm

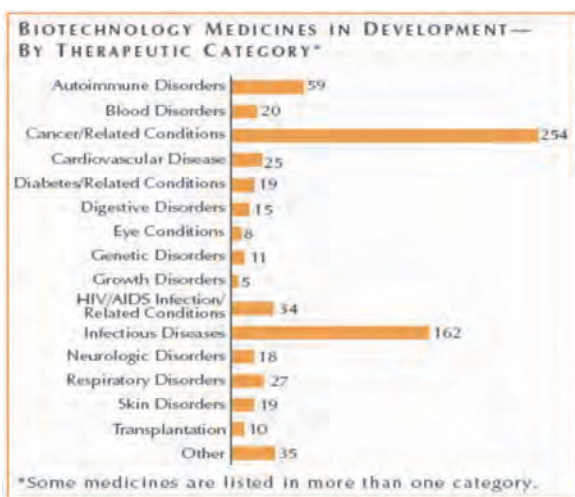
³ <http://www.enliveservices.com/ra/gettingstarted/results-side-effects/>

Cáncer: Los nuevos anticuerpos monoclonales son medicamentos que actúan exclusivamente contra las células neoplásicas, y son menos tóxicos que los medicamentos habituales (quimioterapia).⁴

Diabetes: Los análogos de insulina estabilizan mejor los niveles de glucemia y reducen las complicaciones derivadas de la enfermedad.⁵

El siguiente cuadro lo dejé en inglés un poco para ver la fuente y para ver el volumen de lo que se está investigando. Puede verse que en cáncer y enfermedades relacionadas hay algo más de 250 productos que hoy se están investigando, en enfermedades infecciosas 152, y en general para todas las líneas hay muchos productos que se están investigando.

Medicamentos Biotecnológicos Principales Áreas de Desarrollo



Fuente: <http://www.phrma.org/files/Biotech%202008.pdf>

⁴.[http://www.cancer.org/docroot/ETO/content/](http://www.cancer.org/docroot/ETO/content/ETO_1_4X_Monoclonal_Antibody_Therapy_Passive_Immunotherapy.asp)

[ETO_1_4X_Monoclonal_Antibody_Therapy_Passive_Immunotherapy.asp](http://www.cancer.org/docroot/ETO/content/ETO_1_4X_Monoclonal_Antibody_Therapy_Passive_Immunotherapy.asp)

⁵ Israel Hartman. Insulin Analogs: Impact on Treatment Success, Satisfaction, Quality of Life, and Adherence. Clinical Medicine and Research. Vol 6 (2): 54-67. 2008.

Vamos a mencionarlos para que se visualice más claramente:

- **Enfermedades Autoinmunes:**
 - Artritis Reumatoidea, Lupus, Esclerosis Múltiple, Eosinofilia, Trombocitopenia, etc.
- **Cáncer y Enf. Relacionadas:**
 - Mama, Páncreas, Pulmón, Colon, Ovario, Próstata, LMA, Linfoma no Hodgkin, LLC, Mieloma, Melanoma, etc.
- **Enf. Cardiovasculares:**
 - Isquemia Miocárdica, Enf. Arterial Periférica, HTA, etc
- **Diabetes Tipo I y II**
- **Enfermedades Digestivas:**
 - Colitis Ulcerosa
 - Enfermedad de Crohn
- **Enfermedades Oculares:**
 - Uveitis, Maculopatías Degenerativas
- **Transplantes:**
 - Rechazo de Transplante
- **Enfermedades Infecciosas:**
 - HIV
 - Hepatitis B y C
 - Pneumococo
 - Meningococo
 - Herpes
- **Enfermedades Neurológicas:**
 - Parkinson, Alzheimer, Injuria Medular
- **Enfermedades Respiratorias:**
 - Asma, Epoc, Fibrosis Pulmonar

Conclusiones

En definitiva, los productos Biológicos y la Biotecnología aplicada son considerados por muchos científicos como un nuevo escalón hacia el futuro en el marco de la salud, con una implicancia en el cuidado de la salud y el ataque de la enfermedad de muchísima importancia

La Biotecnología ya ha provisto y está desarrollando fármacos para muchas de las enfermedades más graves, algunas de ellas hasta hoy intratables, con probados márgenes de seguridad y eficacia.

En el marco de la relevancia de lo ya alcanzado, se debe alentar la investigación y el desarrollo en este campo de las ciencias en salud.

Considerando la ciencia aplicada y la necesidad de disponer de seguridad, calidad y eficacia en estos fármacos, el análisis y la definición de regulaciones específicas es muy importante.

La visión de cilfa

Dr. Claudio Riganti

Introducción

Muchas gracias a Manuel Agotegaray y a la gente de FEFARA por la invitación. Voy a renunciar a pasar la presentación en Powerpoint por dos motivos, en principio porque muchos de los cuadros que tenía preparados han sido largamente explicados por mis compañeros de Mesa, y el segundo motivo porque me olvidé la carpeta con el pendrive donde traía grabada la presentación en el taxi que me trajo, y donde estaban también los anteojos. Entonces lo único que me quedó es esta lapicera que para colmo es de un laboratorio multinacional... con lo cual vamos a tratar de dar una óptica distinta de este tema.

Ustedes verán que en la medida que nosotros, los que representamos a las cámaras, y que andamos juntos por la vida porque en realidad somos los interlocutores de la dispensación y de los financiadores, tenemos tres formaciones distintas, ya que Alfredo Ahuad es médico, Clara Suárez es una brillante economista, y yo soy un ex - abogado, el resultado es que a muchos temas le damos también un enfoque distinto.

En mi caso, cuando se nos cursó la invitación había preparado algo que tenía mucho más que ver con el tema de qué tenemos que hacer frente a la realidad económica actual, y lo primero que me dije fue que en realidad estamos frente a una crisis internacional, que a la Argentina le ha pegado de una determinada manera. Los especialistas nos hablan de un efecto V, W y del efecto raíz cuadrada, yo quiero ir un paso atrás y hablar

de algo que creo que deberíamos hablar más seguido, y de lo que me gusta hablar cuando me encuentro con personas a las que trato frecuentemente, porque son las personas con las cuales se construye este mercado.

A mí tampoco me gusta hablar del mercado de la salud, porque en realidad si ustedes se ponen a pensar las características de lo que hacemos nosotros, y cuando digo nosotros me refiero los laboratorios, los farmacéuticos y las droguerías, lo que hacemos tiene notas muy especiales. En primer lugar, ésta es una actividad hiperprofesionalizada, todos los que participan de una u otra manera en lo que llamamos la cadena de valor del medicamento, tanto el que lo fabrica, el que lo promociona, el que lo distribuye y el que lo dispensa es un profesional. Traten de pensar en alguna otra actividad, la venta de autos o cualquier otra cosa, donde todos los que participan son profesionales. No hay, al menos yo no encontré ningún ejemplo similar a éste.

Por otro lado, estamos frente a una realidad donde si bien la Argentina no va a ser extraña ni una excepción frente a la crisis y sus coletazos, como decía Clara Suárez, nos encuentra bastante bien parados. No obstante tenemos deberes pendientes, hay un montón de cosas que en los últimos años no hemos hecho y creo que la crisis, que siempre genera una oportunidad, es un momento fantástico como para ponernos a pensar en empezar a hacerlas.

La cadena de valor del medicamento

Entonces, y si esto se trata de dar una visión en el corto plazo de la economía que viene, yo empezaría y terminaría hablando de la cadena de valor, de nuestra cadena de valor. Hoy lo escuchaba al señor ministro de salud, al doctor González, y comparto plenamente, y no por una cuestión egoísta ni por una cuestión hedonista, y yo tampoco considero que el medicamento es un bien social. Considero que el medicamento es un producto que se

afecta a una sociedad, y esto es porque hay muchos bienes que son indispensables para el desarrollo de la vida humana. Ahora, mi pregunta es: nuestro metier, el medicamento, no tiene ningún tipo de subsidio. Y en todo caso somos nosotros, cuando digo nosotros digo la fabricación, la distribución, la dispensación, quien subsidia al consumidor final del medicamento.

Y si nosotros nos ponemos a pensar, yo al menos no registro muchos antecedentes de zapatillas para la seguridad social o chupetines para la seguridad social o papas fritas para la seguridad social. Pero sí tenemos medicamentos para la seguridad social, medicamentos donde, para que se tenga una idea, voy a decir (y siempre negaré que lo dije...), ponemos alrededor de 300 millones de pesos entre ustedes y nosotros para la seguridad social, y hay financiadores que solamente pagan el 7 u 8% del PVP en producto, y yo no sé si esto es realmente un escenario que se pueda sostener en el tiempo. Posiblemente tengamos que sentarnos, posiblemente tengamos que barajar y dar de nuevo en lo conceptual.

Ustedes fíjense lo que se ha creado en la Argentina, y para quien tiene la posibilidad de ver esto en otros lados del mundo, es un fenómeno muy interesante, porque por un lado el precio del medicamento es libre, como decía Clara Suárez tenemos un precio administrado, pero un precio administrado que en los últimos tres años tiene 23% de retraso frente al índice del costo de vida oficial, y ni hablemos del índice del costo de vida real.

A mí me parece haber visto a un conocido acá que tiene una farmacia, ¿puede ser? Bueno, esto pega directamente sobre la facturación de ustedes. Y además éste es un sistema que permite que un medicamento esté disponible de Ushuaia a La Quiaca y además que valga lo mismo, acá no hay precio diferenciado cruzando el paralelo ni el meridiano ni el arroyo, acá vale lo mismo. Y también hay un sistema de distribución capilar fantástico, porque acá hay farmacias hasta abajo de un árbol. Entonces sigamos con el medicamento a todos lados, con un índice de

consumo que tiene que ver con la accesibilidad de la población al medicamento, que es el más alto de Latinoamérica después de Uruguay.

Si ustedes toman una canasta de medicamentos, de los más comunes, un atenolol, un enalapril o una ranitidina, y lo comparan en precios en dólares constantes en todos los países de Latinoamérica, nuestra canasta después de la de Uruguay, resulta la más barata. Podemos encontrar la explicación por la mayor participación del mercado argentino, por la fijación de los precios, o por el efecto del murciélagu que apareció el otro día en el diario... Pero la realidad es que hemos construido un sistema donde le permitimos a la población acceder a medicamentos de altísima calidad, con un precio sumamente accesible. En Argentina podrá faltar comida pero no faltan medicamentos, y la seguridad social es apoyada por nosotros desde hace mucho tiempo para que pueda distribuir entre sus beneficiarios los medicamentos.

Este sistema que hemos creado, muchas veces aún a costa del dolor de cabeza y de bolsillo de muchos de nosotros, porque a veces cuando mis amigos farmacéuticos hablan de los laboratorios hay que recordarles que no todos los laboratorios son Roemmers, así como no todas las farmacias son FARMACITY... Eso lo tenemos que tener claro, hoy hay laboratorios que están sufriendo el retraso de los precios, la presión impositiva, el aumento de los insumos, la facturas de gas y todo los demás, así como las farmacias chicas tienen tremendos problemas para pagar el alquiler. Y una de las principales razones es porque tienen retrasos en los precios.

Entonces ¿cómo se visualiza este futuro? Yo no soy tan optimista, por lo menos en los próximos dos años, porque hasta ahora lo que se ha hecho no es una política de medicamentos, lo que se ha hecho es política con los medicamentos que no es lo mismo. En la Argentina no hay una política de medicamentos, en Argentina no se sabe qué se quiere hacer con los medicamentos, y discúlpeme si ofendo a alguien.

Por ejemplo, nos movemos entre las declaraciones y las firmas de convenios para la producción pública de medicamentos, pero hay unas cuantas preguntas que podría plantear. ¿Sabían cuántas marcas de enalapril hay? Y creo que sí lo saben porque la mayoría son farmacéuticos... ¿Sabían cuál es la variación de precios entre el más caro y el más barato? ¿Es necesario que el Estado fabrique medicamentos? Y aclaro que todo esto no lo digo desde el egoísmo de quien no quiere competencia estatal, y la pregunta es: ¿lo va a hacer bien? ¿Lo va a hacer de modo costo eficiente? ¿Alguien se anima a afirmar que va a hacerlo de modo costo eficiente, o bien va a terminar gastando una cantidad de dinero en depósitos que se terminan herrumbrando con máquinas que después quedan en desuso, como la mayoría de los emprendimientos que ha hecho el Estado en cosas de esta naturaleza.

Tenemos un sistema sano, creo entonces que lo que tenemos que hacer es reflexionar cómo lo dejamos sano y cómo hacemos para que siga siendo más sano. A mí me encanta ver que en la seguridad social, como por ejemplo a las obras sociales de la COSSPRA, que son las obras sociales de los empleados públicos de las provincias, que de hecho no pueden elegir y donde les dan lo que le quiere dar el financiador, la realidad es que les están dando medicamentos de primera calidad, los atienden en todas las farmacias de su área geográfica, y tienen acceso a un vademécum más que amplio y a todos los productos. Y otro ejemplo claro es la gente del PAMI, que accede a un menú de medicamentos que muchas prepagas no tienen.

Entonces este mercado, que ahora ha empezado a aparecer como corrupto, y pareciera que somos todos Yabranes, todos malos, es un mercado que ha evolucionado muchísimo y que tiene un escenario donde podría evolucionar muchísimo más, donde podríamos exportar maravillosamente al mundo. Recién mostraba Alfredo Aguad que le estamos exportando al Líbano... ¿Sabían cuántas plantas tienen los laboratorios argentinos en el exterior? ¿O cuándo se abre una planta en Turkmenistan por ejemplo?

Pero no hay políticas, porque entre otras cosas por ejemplo, el reintegro a la exportación de medicamentos, la alícuota, es menor que la alícuota de reintegro de las jaboneras de plástico y de las perchas de madera.

Pero lo cierto es que no tenemos una política de medicamentos, y no obstante somos la región, o mejor dicho el país que mejor garantiza la accesibilidad de nuestra población a los medicamentos.

Reflexiones Finales

Yo celebro que haya dirigentes farmacéuticos que, no sólo una vez al año, porque me consta que estas conversaciones las tenemos muchísimas veces al año, pero que por lo menos una vez al año puedan concentrar la atención para que podamos hablar de estos temas.

Y más allá de lo interesante que resultan los números, los índices de consumo y las estadísticas, yo los invito a que reflexionemos sobre algo: hemos construido un sistema fantástico y creo que lo que tenemos que hacer ahora es profundizar esta relación, actuar y estar a la altura de lo que hemos construido, tanto los empresarios como los dirigentes y los profesionales, y el año que viene reunirnos y aplaudirnos a nosotros mismos de cómo, inteligentemente y sin lastimar a nadie, hemos recuperado el valor para nosotros, para la cadena que se ocupa de fabricar, distribuir y dispensar el medicamento.

Y por último, no hay ninguna duda que el medicamento tiene un lugar donde se fabrica, que es un laboratorio, que tiene que estar perfectamente habilitado y cumplir con todas las normas que le impone la ley, y tampoco hay ninguna duda que se tiene que dispensar en el lugar que está habilitado por la ley, y que es solamente exclusiva y excluyentemente las farmacias.

Preguntas y Comentarios

- **Audiencia:** *Me gustaría que el Dr. Ahuad pudiera hacer una pequeña síntesis de su experiencia con los medicamentos innovadores y con las pruebas clínicas en la Argentina. Explicar cómo lo evalúa, cuál es su mirada para el futuro, y cuál sería el estado actual de la situación.*

Dr. A. Ahuad: Primero digamos es un tema que miro esperanzado, porque hay un montón de medicamentos que se están desarrollando y que van a aportar para la salud un elemento más y muy importante. Quizás lo que uno debería definir primero el tema como sociedad, inclusive como decía recién Claudio Riganti como una política. Y respondernos cuánto queremos favorecer todo lo que es investigación y desarrollo en nuestro país. Yo me haría la pregunta desde ahí, si estamos todos convencidos que la investigación y desarrollo es importante, entonces ver cómo favorecerla y cómo sostener esta I&D. Me parece que es una pregunta clave, y después habrá tiempo para ver todo el tema de la propiedad intelectual y el patentamiento, quizá esto lo harán mucho mejor los técnicos que saben de eso. Pero creo que la pregunta clave es si de verdad nos interesa tener investigación y desarrollo, cómo sostenerla y cómo fomentarla. Y la otra pregunta clave sería también cómo favorecer el acceso de toda la población a esos productos.

- **Audiencia;** *Al Dr. Riganti. Coincido con una expresión más que gráfica que dijo cuando remarcó que en realidad tenemos medicamentos suficientes en la Argentina, pero lo que nos falta es alimentos. No obstante me pre-*

gunto cuál es la situación de medicamentos para el Chagas, o para otras enfermedades huérfanas, porque creo que con respecto a eso no tenemos cubierta para nada la situación.

Dr. C. Riganti: Estoy totalmente de acuerdo, y hasta en la hipótesis del liberalismo más acérrimo, estoy totalmente de acuerdo con que sea el Estado quien tenga que tomar bajo su cargo estos temas, así como tiene que tomar bajo su cargo el trencito que va desde Tartagal hasta Yacuiba. Ahora, tranquilamente en los estados inteligentes, digo políticamente inteligentes y honestos desde el punto de vista conceptual, no existe la dicotomía entre lo público y lo privado, y hay un montón de laboratorios que estarían en condiciones de desarrollar esto, aunque no es rentable. Ahora, en vez de de poner 600 millones de pesos para el fútbol, ¿no podemos tener un poquito más de conciencia de las cosas que realmente necesitamos? Entonces, de acuerdo en que el Estado tiene que dar respuestas en determinados temas, porque el Estado es protagonista, pero también el Estado es subsidiario donde los particulares no dan respuestas. Porque los particulares no son héroes, son empresarios, y el concepto de la empresa pivotea sobre la rentabilidad. Entonces es el Estado quien debe ir ahí, y si quiere ir de la mano de los particulares perfecto.

- **Audiencia:** *De acuerdo, porque estamos hablando de medicamentos innovadores y estamos dejando de lado una enfermedad tan primaria como el Chagas. Desde ya entiendo que todos estos medicamentos y la biotecnología van a venir a dar probablemente respuestas, pero yo quisiera que en eso pusiéramos una cautelosa esperanza, porque podemos desbordarnos con todas las teorías y los avances biotecnológicos, y que el Estado deje de poner las prioridades en enfermedades básicas como es el Chagas, que en realidad es nuestro SIDA. Y no podemos comparar enfermedades de otro tipo con el Chagas para la Argentina.*

Lic. C. Suárez: Quisiera hacer un comentario, porque me parece que nosotros estamos hablando del Estado como si fuera un señor que está fuera de nosotros, que somos los argentinos. Creo que ésta es una decisión de la sociedad, yo no sé si ustedes se acuerdan, allá por el 30 mayo si no me equivoco, que hubo una enorme manifestación en Buenos Aires cuando se quería privatizar la escuela pública, creo que en ese momento la gente voluntariamente y desorganizadamente, no orgánicamente, salió a la calle en defensa de la escuela pública. Creo que nosotros tenemos que empezar desde el lugar donde estamos, y tomar conciencia de que somos nosotros los que tenemos que hacer esa construcción, nosotros los que tenemos que decirle al Estado: Señores, las drogas huérfanas, las drogas que lo son porque no son rentables o porque atienden a poca población, deben ser cubiertas por todos nosotros, porque nosotros somos los que tenemos que hacernos cargo de la investigación. Que después lo fabrique un laboratorio privado o un laboratorio público, eso será otra cuestión, pero la investigación y el *start up* de esa empresa lo debemos hacer en conjunto, porque los enfermos chagásicos son nuestros connacionales. Yo creo que esto es lo que no tenemos claro, estamos discutiendo, no quiero meterme en una cuestión tan política, pero, estamos discutiendo pavadas en vez de discutir la distribución del ingreso en la Argentina que no se está discutiendo. Y ese es el problema que tenemos hoy, o los chagásicos que no curamos. Me parece que tenemos que ponernos en otro lugar como argentinos.

Dr. C. Riganti: No quiero dejar de decir que creo que no podemos seguir con las falsas dicotomías. Y quiero ser sincero, a mi me sonó como que la pregunta era algo así como que todo bien con el tema de los medicamentos innovadores, pero todavía no podemos resolver el tema del Chagas. No es así, desde mi punto de vista y humildemente. Bienvenidos los medicamentos innovadores porque obviamente la penicilina en algún momento fue una innovación, pero la realidad es que no lo podemos enfocar desde acá, porque no hay vinchucas electrónicas, entonces tenemos que darle las respuestas también a estas enfermeda-

des, y comparto un 100% lo que dijo Clara Suárez ... Porque ahora hay un rebrote del Chagas, y hay un rebrote de la Fiebre de Junín. Entonces todo esto no tiene que ver con detener la investigación en innovación, tiene que ver con dar las respuestas básicas, uno no deja de pintar su casa o adornarla, pero al mismo tiempo también barre el piso. Entonces un poco lo que falta acá es tomar conciencia de cuáles son las prioridades, y muchas veces tenemos que hacer el famoso *mea culpa* todos, porque somos una sociedad tan permisiva en función de nuestra dirigencia, que llegamos a un momento en donde realmente si nos pusiésemos a hablar del destino de los medicamentos del REMEDIAR, etc, a veces es para decir bueno hablemos de otra cosa. Somos nosotros los que tenemos que generar desde las entidades, desde las instituciones intermedias y desde las profesionales, esa conciencia que éste es el rumbo.

- **Audiencia:** *Coincido tanto con Clara Suárez como con Alfredo Ahuad, pero insisto que de cualquier manera la prioridad debiera existir. Entiendo que tiene que hacerse lo biotecnológico, son dos sectores sociales muy diferentes a los que va a dar respuesta, pero no podemos ser tan necios de pensar que no venimos hablando de droga huérfana y de Chagas desde hace años, y seguimos teniendo chagásicos y nadie da respuestas, y sin embargo estamos avanzando con medicamentos biotecnológicos. Es como que tampoco nadie, ni los laboratorios nacionales, ni multinacionales, ni el Estado de ninguna manera desde sus instituciones, deja oír la voz de los que menos tienen y que no tienen esos remedios, como son los chagásicos. Porque los chagasicos que se mueren en el norte o en cualquier otro lugar no le importan a nadie, en cambio los medicamentos que van a venir por vías tecnológicas van a tener otro mercado, y esto se está pareciendo a la industria farmacéutica entre el norte y el sur: hacen estudios clínicos en el sur para encontrar respuesta de enfermedades del norte, eso es lo que yo veo en la propia Argentina, desde ya es mi opinión.*



MESA Nº 4

Financiamiento, planes de salud y acceso al medicamento

*Coordinador: Farm. Juan C. Rucci
Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe 2º Circ.*

Creo que el programa de estas Jornadas ya a través de estas tres primeras Mesas nos está marcando un camino. Primeramente, el Dr. Joan Rovira nos ha comentado distintos ensayos y trabajos que se están haciendo en la Comunidad Económica Europea, respecto a cómo financiar la innovación y de qué manera impactan en el costo de los nuevos productos. En la Mesa que termina de desarrollarse la industria farmacéutica a través de representantes de las cámaras de laboratorios, nos han contado cuál es su expectativa ante los cambios económicos y también sanitarios.

Y en esta última Mesa, de un primer día muy intenso, nos encontramos con los que tienen que pagar las innovaciones de este mercado, que de alguna manera y con justa razón, la industria pretende que crezca. Y creo también que al mismo tiempo debemos analizar dentro de este mercado ciertos, llamémoslos parches, como pueden ser el aporte financiero de las farmacias o por ejemplo la nota de crédito y los aportes del sector industrial.

En algún momento habrá que analizarlo como un mercado puro, en donde los financiadores deberán pagar el total del costo del medicamento, y seguramente sobrevendrán cambios y de alguna manera nos tendremos que ir preparando para esa nueva realidad.. Creo que esta Mesa va a ser muy particular, porque independientemente de los porcentajes del PVP que termina pagando la seguridad social, el resto el Estado o los privados lo terminan asumiendo.

Esta mesa inicialmente estaba planteada para tres disertantes: uno que evaluase esta visión desde las obras sociales sindicales, otro hiciera lo mismo desde las obras sociales del Estado Nacional o las provinciales, y un tercero que lamentablemente nos comunicó hoy que no podría asistir, que iba a darnos la visión desde las obras sociales de dirección de empresas.

Vamos a presentar brevemente a los disertantes de esta Mesa, que se va a desarrollar bajo el título «Financiamiento, planes de salud y acceso a medicamentos». El Dr. Daniel Lew es médico de staff del CEMIC del Departamento de Medicina, miembro del Servicio de Medicina Familiar y de Medicina Interna y ex gerente del Departamento de Calidad de la Atención Médica de DOCTHOS HSBC Salud Swiss Medical Medicina Privada. Además es el actual Director Médico de OSPe, Obra Social de Petroleros, y Docente del Departamento de Medicina del CEMIC y del Hospital Austral.

El profesor Dr. Luis Alesso es médico cirujano egresado de la Universidad Nacional de Córdoba, Especialista en Medicina de la Industria Farmacéutica con título otorgado por la Universidad Complutense de Madrid, España, y Coordinador de Farmacovigilancia del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba desde el año 2000. Además, desde el año 2005 es Coordinador del Área Medicamentos de la APROSS, que es la Administración Provincial de Seguro de Salud del Gobierno de Córdoba, Presidente de la Sociedad Argentina de

Farmacovigilancia desde 2006, miembro de la Sociedad Internacional de Farmacovigilancia desde el año 2000, miembro del Comité del Sistema Nacional de Farmacovigilancia de ANMAT, miembro del Comité Ejecutivo de Control de Calidad de Medicamentos de Córdoba por la Universidad Nacional de Córdoba desde el año 2001, efector periférico de Farmacovigilancia de ANMAT y miembro del Sistema Unificado de Farmacovigilancia. Posee una Maestría en Gerencia y Administración de Servicios de Salud otorgada por la Universidad Nacional de Córdoba, y ha publicado libros, artículos y trabajos de investigación en Farmacología a nivel nacional e internacional.

Gestión del medicamento en el sistema de salud problemática y reflexiones

Dr. Daniel Lew

Reflexiones iniciales

Muchas gracias por la invitación a la gente de FEFARA y al doctor Carlos Vassallo que tuvo la gentileza de invitarme a esta reunión, y por la hermosa presentación que me han hecho, que me motiva aún más a compartir con ustedes este espacio de reflexión. La idea es poder resumir cuáles son las problemáticas que enfrentamos habitualmente en los sistemas de salud, y comenzaremos entonces viendo algunos casos que en realidad no son inventos de la literatura fantástica ni de la literatura de García Márquez, sino que son situaciones reales de pacientes de carne y hueso y de problemas que vivimos cotidianamente. Pienso que de alguna manera estos casos van a resumir dónde estamos parados con la problemática de la integración/desintegración del sistema de salud.

Problemática de los sistemas de salud

Vamos a comenzar describiendo o planteando muy sintéticamente algunos casos, que en realidad constituyen **problemas que enfrentamos cotidianamente en los sistemas de salud**.

- Paciente de 83 años con insuficiencia cardíaca reinternado luego de tres días del egreso sanatorial. Es una situación

típica que ocurre hasta casi en un tercio de las personas que se internan por insuficiencia cardíaca.

- Paciente de sexo femenino de 45 años con obesidad, que tiene un Índice de Masa Corporal (BMI) = 42, y que a pesar de múltiples visitas a nutricionistas no logra controlar su peso.
- Sr. de 55 años, fumador, con EPOC, que tiene una capacidad respiratoria disminuida. Requiere plan para dejar de fumar, rehabilitación respiratoria y oxigenoterapia nocturna, porque no satura adecuadamente durante la noche.
- Paciente de 64 años con diabetes, HTA, sobrepeso y mal control metabólico, y que a pesar de concurrir a las consultas médicas no logra controlar su perfil metabólico.
- Paciente con cáncer de colon metastásico y k-ras +, al que se indica un esquema convencional + cetuximab (¿medicina personalizada?).
- Un otorrinolaringólogo indica cirugía con Láser en hipertrofia de cornetes. Dice que esto facilita la cirugía, pero carecemos de evidencia técnico científica. Es decir nos movemos en un contexto de ausencia de evaluación de tecnologías, y no sabemos bien si efectivamente sirve porque carecemos de evidencia en la literatura. Nos dicen que anda mejor, pero la verdad es que no sabemos muy bien si efectivamente es así.
- Paciente de 58 años con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) que requiere cuidados paliativos domiciliarios luego de varias internaciones con ARM.
- Paciente de 78 años con secuela de ACV isquémico que requiere rehabilitación sostenida y control de su HTA y su diabetes.
- Paciente con SIDA que ya ha tenido un IAM por la dislipidemia de su tratamiento anti-retroviral.

- Una situación en una provincia dada, donde el Colegio Médico, de kinesiólogos y psicólogos de la provincia cortaron los servicios en reclamo de aumentos de honorarios (no sabemos si agrega valor y por qué).
- El paciente «D» recibió el alta luego de una prolongada internación por neumonía con derrame. No lleva epicrisis para su médico de atención primaria. De hecho no tiene médico de cabecera, porque por razones desconocidas los adultos no tenemos médico de cabecera. Pareciera que los médicos de cabecera funcionan hasta los 12 años, por alguna razón los pediatras han hecho una cultura del control y de la medicina anticipatoria, pero pareciera que luego de los 12 o los 15 años o inclusive antes, no vale la pena tener cultura preventiva y anticipatoria. (Falta de comunicación e integración).
- Los nacidos por cesárea en determinada provincia superan el 80% (medicalización de la práctica). Y estas son cifras reales, no son un ejemplo inventado.
- Paciente de 34 años con diagnóstico de Artritis Reumatoidea. Recibe de su reumatólogo indicación de infliximab. La indicación es correcta pero no sabemos de la efectividad clínica comparada a otras moléculas (adalimumab, etanercept, abatacept), o a las medicaciones convencionales modificadoras de enfermedad como el metotrexato, o a la combinación de éste con otras medicaciones. (carecemos de estudios de efectividad clínica comparada -CER-).
- Ingresa al mercado local el «Lapatinib» para el tratamiento del cáncer de mama avanzado resistente al Transtuzumab en pacientes que sobreexpresan HER2.

En cierto modo a través de estos problemas que hemos visto hemos hecho una especie de revisión, casi un pase de sala en un hospital público o en un centro privado, pero en realidad hemos planteado distintos casos que después vamos a ver que

están vinculados a los temas macro, meso y micro y de alguna manera nos ayudan a entender la situación.

Cuando hablamos de la **cronicidad de las condiciones clínicas**, que es el caso de la insuficiencia cardíaca o el EPOC, claramente estamos diciendo que la mayor parte de las condiciones son crónicas.

El sistema de salud está todavía funcionando frente al paradigma de las condiciones agudas y no hizo adaptaciones para esto. **Y lo que vemos es una ausencia de resultados clínicos bajo el paradigma actual.** Como las situaciones son crónicas la verdad es que la pobre gente que tiene sobrepeso u obesidad, por razones genéticas o por razones culturales, o por la multiplicidad o la multietilogía que tiene esta patología, no obtiene resultados clínicos con el paradigma convencional. Claramente ir a un nutricionista una vez por mes para bajar de peso, en el 90% de la gente no da resultados positivos.

Cuando hablamos del paciente con EPOC que tenía que recibir atención nocturna, hablamos de la **necesidad de atención en múltiples niveles**, como la atención domiciliaria, la atención sanatorial o la atención de rehabilitación.

Cuando planteamos el caso del paciente con diabetes, hablamos de la **falta de incentivos para lograr las metas clínicas**, es decir los clínicos, los diabetólogos o el sistema no imponen esquemas que incentiven a que esos pacientes y a que esos médicos obtengan resultados clínicos.

Cuando hablamos del impacto de las **«medicinas personalizadas»**, como en el caso del cáncer colónico, en realidad no estamos hablando de ciencia-ficción sino que hoy la realidad es que podemos, de alguna manera, seleccionar determinadas moléculas que tienen impacto sobre blancos determinados. Hay montones de ejemplos de esto, y ya algunos mencionamos como puede ser el Lapatinib para el tratamiento del cáncer

de mama avanzado resistente al Trastuzumab en pacientes que sobreexpresan HER2, o en el caso de pacientes que tienen que utilizar el clopidogrel podemos ver si son portadores de una mutación genética que es la responsable de que algunas personas respondan peor al clopidogrel, que es el tratamiento antiplaquetario por excelencia, pero que en este caso va a ser menos efectivo. Es decir que claramente podemos seleccionar subgrupos de pacientes dentro de los grandes grupos de patologías, que nos permiten orientarnos hacia medicinas personalizadas, y esto es objeto de un gran debate que espero que dispongamos de tiempo para poder discutir.

La **ausencia de evaluación de tecnologías sanitarias**, que es el ejemplo que vimos del uso del láser en ORL, donde la realidad es que no sabemos si usar láser vs la técnica convencional que claramente nos asegura resultados clínicos.

La **importancia de los de los cuidados comunitarios**, como se concibe el concepto de «costos sombra» cuando alguien tiene que cuidar a un paciente con E.L.A. o con un stroke.

Otro de los problemas que hemos planteado es el de la **patología cronicada que adquiere los otros males contemporáneos**. Y respecto a esto vimos el caso del paciente con una patología cronicada, en este caso el SIDA, que está mejor de su carga viral pero empeoró por su enfermedad coronaria.

¿Qué otros problemas se nos planteaban? Por ejemplo que **los esquemas de pago por servicios alientan la prestación, alientan claramente la sobreprestación**. Y también vimos como ejemplo en este caso el corte de servicios de los colegios profesionales de una provincia.

Otro de los problemas mostraba la **fragmentación del sistema y falta de una red atención médica primaria** (el problema Nº 11 o del paciente «D», que se tenía que ir con su neumonía curada en el sanatorio o en el hospital a ver a su médico clínico).

Un problema que verdaderamente es un drama es el de la **medicalización de la práctica médica**. Y aquí tenemos el caso de las cesáreas, ya que por razones múltiples más de la mitad de los nacidos en nuestro país nacen por cirugía.

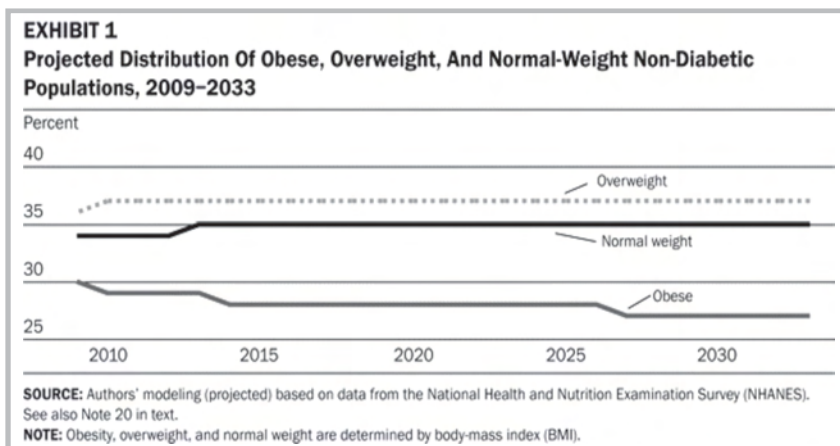
Hemos visto el problema derivado de la **ausencia de efectividad clínica comparada**, por ejemplo en el caso de la artritis reumatoidea cuando no sabemos si el infliximab es igual o superior o peor que el abatacept.

O la **aprobación de productos de manera automática luego de la incorporación por FDA/EMA**, y automáticamente ANMAT incorpora las drogas a nuestro mercado, como el caso Lapatinib.

Y esto está relacionado también a otro problema, como es la **introducción al mercado de los productos sin esquema de negociación de precios**. Nuevamente citamos como ejemplo el caso del Lapatinib, o de tantas otras drogas de alto costo.

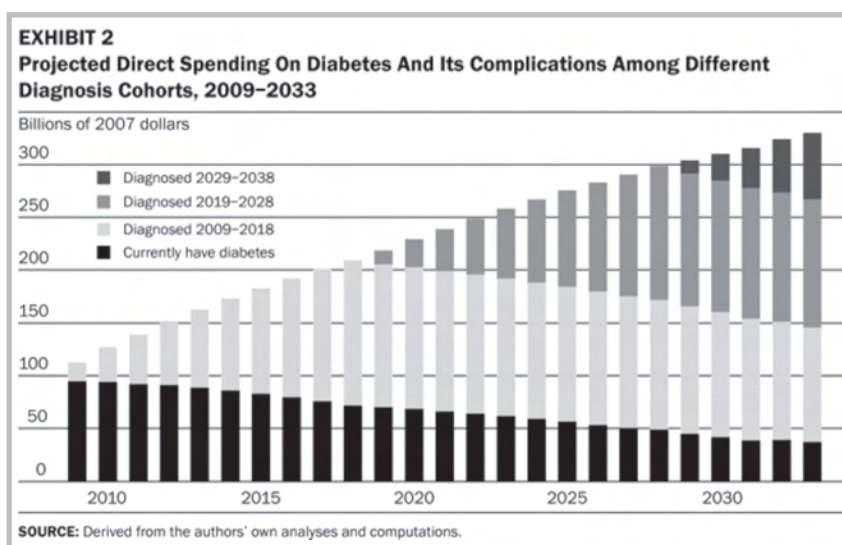
El **impacto de la cronicidad** claramente nos está apabullando. Tenemos montones de ejemplos, este primer gráfico es simplemente una curva del impacto de la obesidad y el sobrepeso sobre la población de la encuesta NHANES americana.

Impacto de la Cronicidad



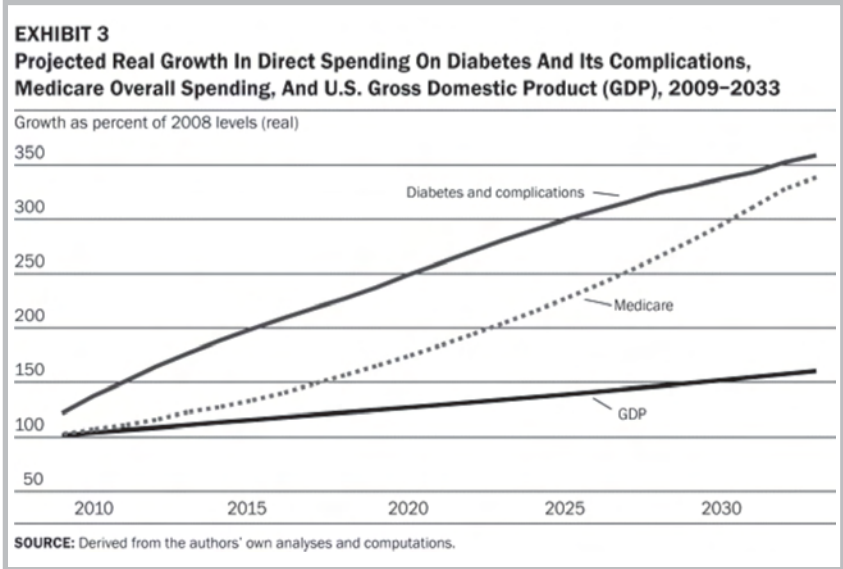
El gráfico que sigue, cuya fuente es *Healthaffairs*, nos dice cómo va a ser la evolución en los próximos años de la diabetes y sus complicaciones como la enfermedad coronaria o el stroke, o sea muestra cómo va a ser la curva de progresión de los pacientes con diabetes de acá a 30 años.

Impacto de la cronicidad



En la siguiente curva se ve mejor cómo va a ser el crecimiento del porcentaje de gastos del producto bruto interno, de lo que gasta «Medicare» (el PAMI americano) y de lo que va a ser el incremento del costo de las patologías crónicas, en este caso la diabetes y sus complicaciones asociadas.

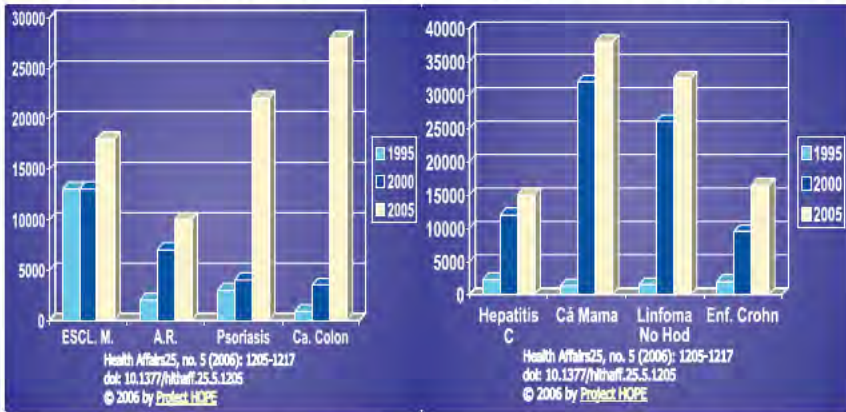
Impacto de la cronicidad



El impacto de las tecnologías, como mencionó Alfredo Ahuad en la Mesa previa, está generando enormes cambios, una enorme modificación en la financiación de determinadas patologías, y como también se mencionó hoy aquí ciertas patologías huérfanas se están quedando prácticamente sin financiación.

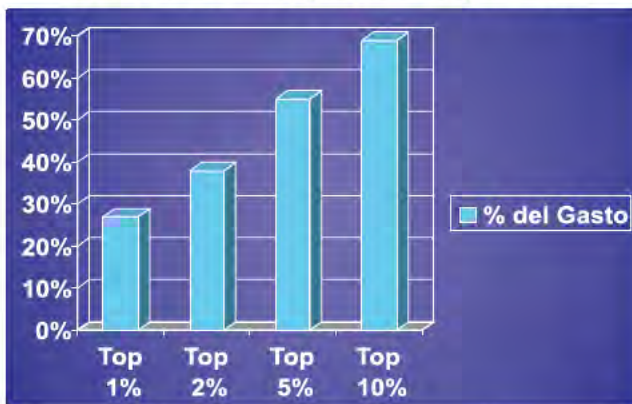
Los dos gráficos siguientes muestran la evolución de los costos en dólares de enfermedades prevalentes, y puede verse justamente el impacto de las nuevas tecnologías, por ejemplo sobre la esclerosis múltiple, o los modificadores de la enfermedad o la psoriasis, especialmente con la incorporación del efilizumab que fue sacado hace poco del mercado, o el cáncer de colon con los nuevos esquemas como el bevacizumab o el cetuximab, o como el impacto en la hepatitis C con el desarrollo de la ribavirina y el interferon pegilado, o en el cáncer de mama con la multiplicidad de drogas que estuvimos mencionando, o el impacto de la aprobación del infliximab sobre el costo de tratamiento en el caso de la enfermedad de Crohn.

Evolución de costos en dólares de enfermedades prevalentes



Resulta claro que en el sistema de salud muy poquita gente que está enferma se lleva el grueso de los recursos, esto es casi una verdad universal, se repite en casi todos los escenarios de cobertura, en casi todos los mercados del mundo, con lo cual casi el 10% de la población se lleva arriba del 60% o 70% de los recursos. ¿Qué significa eso? Que muy poquita gente que está gravemente enferma se lleva el grueso de los recursos, y perdemos también muchas oportunidades para hacer medicinas anticipatorias en patologías que están en estadios preclínicos.

Concentración del gasto en la población

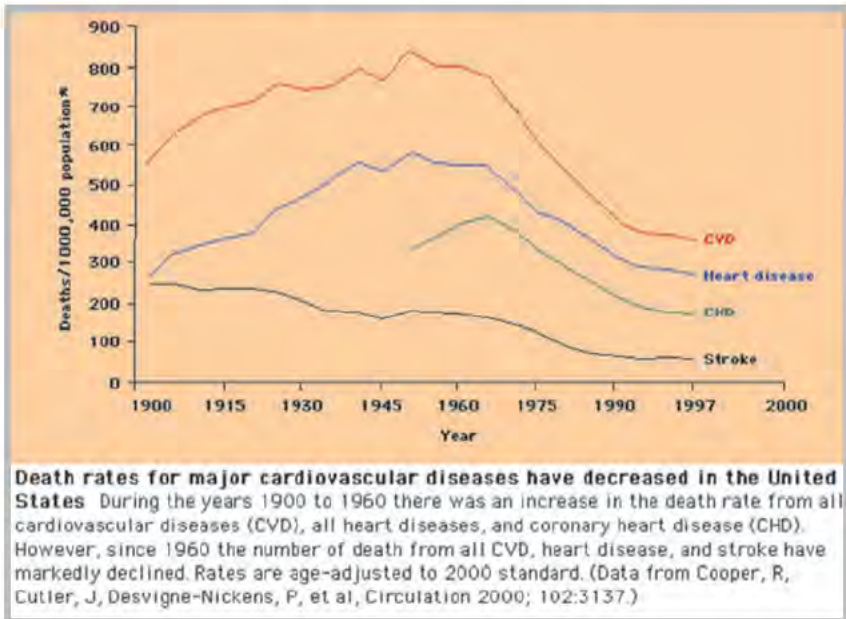


Fuente: «The concentration of Health Care Expenditures, Revisited». Health Affairs; Mar/Apr; 2001, 20, 2. Mark Berk and Alan Monheit

No todos son problemas

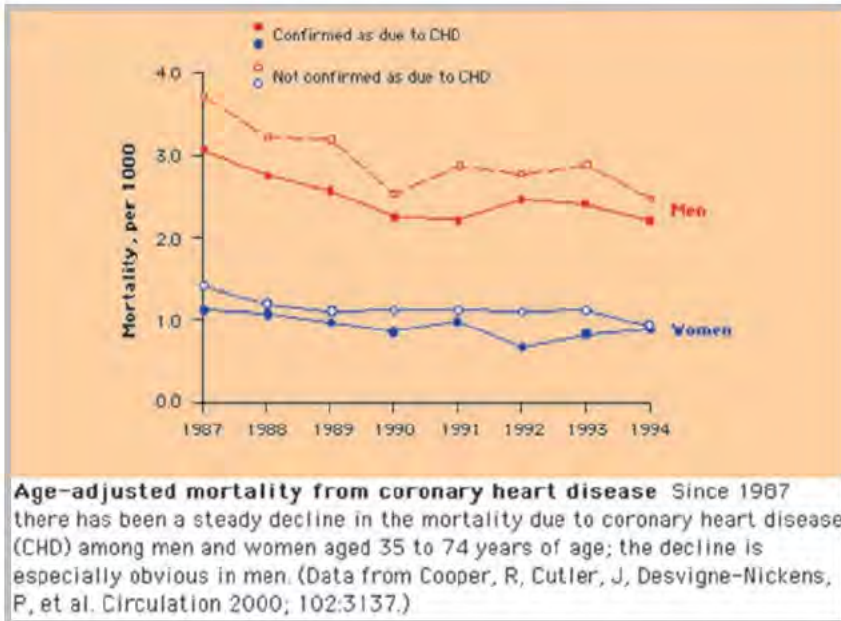
A lo largo de los últimos años, no todas son malas noticias, o noticias regulares ni problemas, sino que hemos tenido algunos enormes beneficios de modificaciones de estilos de vida y de impactos beneficiosos de las nuevas tecnologías. Es evidente que la mortalidad en el mundo occidental por enfermedad cardiovascular, o por enfermedad cardíaca general y por stroke ha venido descendiendo, probablemente vinculado a cambio de estilos de vida y a terapias farmacológicas mucho más efectivas que lo que se disponía hasta la década del '60, cuando los pacientes llegaban a las guardias con stroke agudo o con hipertensiones no manejables, y era una cosa verdaderamente terrible porque prácticamente no se disponía de herramientas terapéuticas.

Impacto beneficioso de investigación original en grandes poblaciones



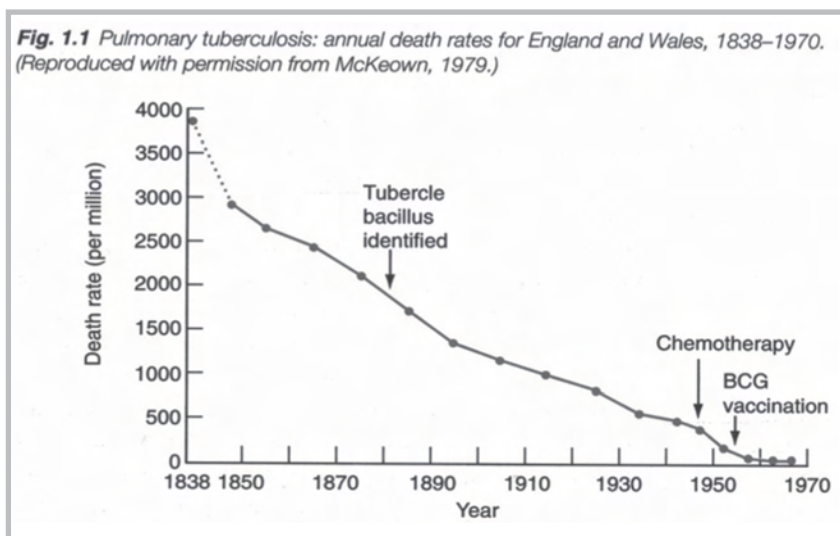
También la mortalidad por enfermedad coronaria ha venido cayendo en el mundo occidental por la multiplicidad de razones que recién enumerábamos.

Impacto beneficioso de investigación original en grandes poblaciones



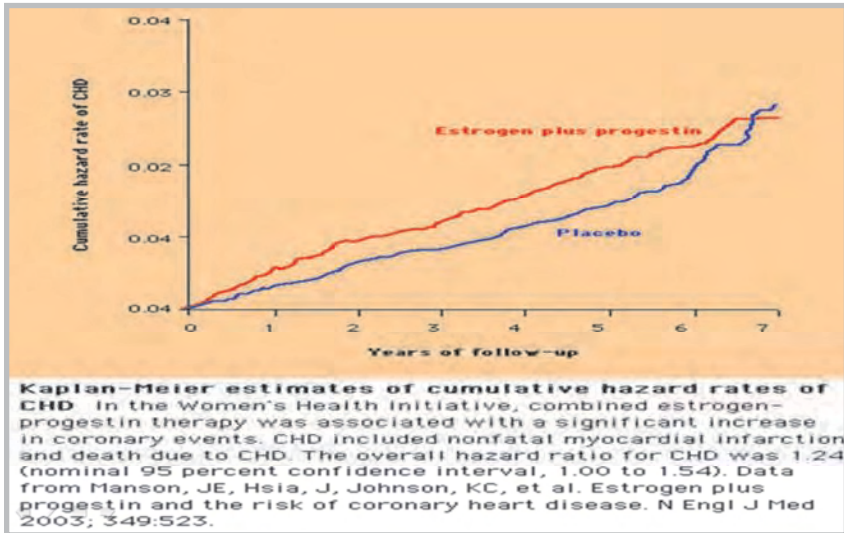
Éste es el famoso esquema de la caída de la mortalidad por tuberculosis de McKeown. Aquí tal vez no tuvo mucho que ver el impacto de la tecnología médica, sino las modificaciones por las mejoras sociales o socioeconómicas que ha habido a partir del siglo XX. Puede observarse que la curva de mortalidad comienza a descender mucho antes de la introducción de los antibióticos, y también mucho antes de la introducción de la vacunación con BCG.

Impacto «dudoso» de la investigación original en grandes poblaciones



Claro que a veces en la medicina y en los sistemas nos equivocamos terriblemente, como cuando durante la década de los '90 creíamos que a toda mujer menopáusica o perimenopáusica debíamos agregarle sí o sí terapia de reemplazo hormonal. ¿Y en qué nos basábamos? Básicamente en estudios observacionales, y pensábamos que esos estudios nos daban las respuestas para los próximos 30 años de millones de mujeres, de una enorme cohorte. Sin embargo tuvimos que esperar a que aparecieran los primeros ensayos randomizados a partir del año 1999, 2000 o 2001, el estudio HERS entre ellos, para ver que la mortalidad o las tasas de complicaciones acumuladas para enfermedades coronarias y para stroke, eran superiores en los grupos que recibían terapias que en los grupos que recibían placebos.

Esto nos pasa por creer en ensayos de observación cuando hablamos de terapéutica



Gestión del Medicamento

Voy a focalizarme ahora en algunos temas relacionados a la gestión del medicamento, comenzando por mostrar los escenarios posibles y los distintos niveles de recorte, e indagar qué tiene que ver esto con los sistemas de salud.

Claramente hay multiplicidad de factores que constituyen este escenario descripto, y en principio aunque algunas pueden parecer verdades de Perogrullo, vale la pena mencionarlas:

- Eficiencia y Efectividad – Profesionales de la Salud
- Múltiples factores:
 - Características Sociodemográficas y Patológicas de la población
 - Política de Precios y magnitud del mercado.

- Cartera de Prestaciones Farmacológicas del Sistema.
- Incentivos hacia la oferta y hacia la demanda.
- Demanda de los ciudadanos y las barreras del sistema a esa demanda
- Papel de la Industria
- Sociedad y medios de comunicación

Tenemos **elementos estructurales que no son modificables por la gestión**, por cualquier gestión que uno intente hacer desde el recorte del sector salud, como la edad de la población, el sexo, la morbilidad y los niveles socioeconómicos o niveles de estudio. Es decir el recorte del sector salud es claramente un recorte muy parcial para reducir estas problemáticas, que no obstante deben ser conocidas, por ejemplo para poder estimar y presupuestar o para poder asignar recursos y evaluar el uso.

Pero también tenemos **elementos no estructurales que son modificables o modulables por la gestión**, y eso es parte de la responsabilidad de todos nosotros, de todos estos profesionales que estamos trabajando y que todos los días peleamos a favor de lo que pensamos. Entonces vamos a hablar rápidamente sobre la problemática de elementos no estructurales que sí hacen a la gestión, y lo haremos desde la perspectiva macro, desde la perspectiva meso y desde la perspectiva micro.

En la gestión del medicamento pueden hacerse entonces **análisis por niveles**, y vamos a tratar de ver algo de esto muy sintéticamente.

- **A nivel de la Macrogestión:**

- ***Factores Modificables a nivel del Regulador:***

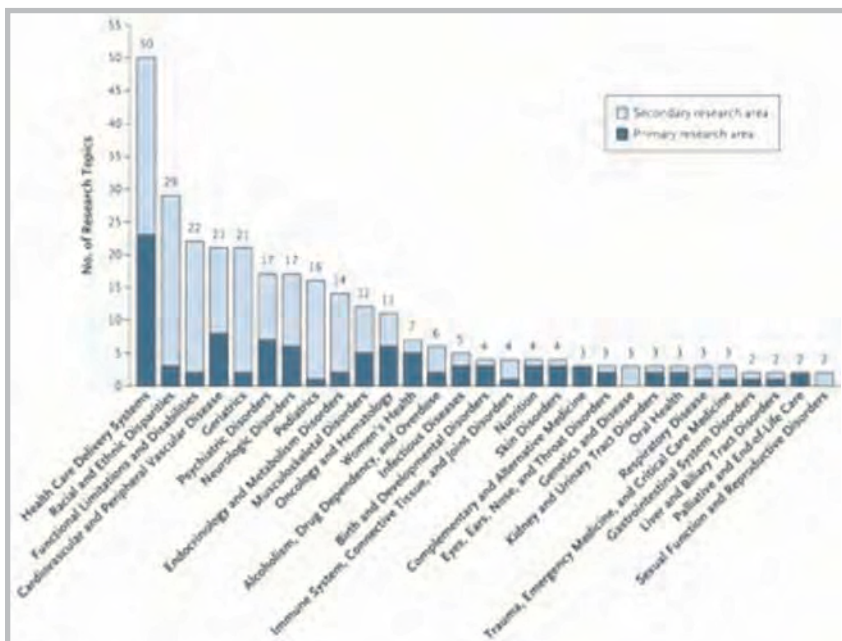
- Cartera de Prestaciones Farmacéuticas del sistema u Oferta (Listado de Medicamentos Esenciales).

- Sistemas de Regulación Económica: sistemas de fijación de precios de nuevas moléculas.
- Canales de Distribución de los Medicamentos
- Regulación sobre Publicidad de los Medicamentos
- Regulación de la Investigación Farmacológica.
- Agencia de evaluación de tecnología sanitaria.
- Estudios sobre efectividad clínica comparada.
- Farmacovigilancia.
- Redefinición del concepto de medicamentos genéricos.

No voy a extenderme en esto, pero quiero simplemente destacar el tema de los sistemas de regulación económica. La mayor parte de los estados normales y modernos intentan establecer precios de ingreso a su mercado, especialmente en los medicamentos más onerosos. En Argentina no disponemos de una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, hay algunas aisladas, hay algunos intentos, hay algunas páginas web y algunas suscripciones, pero la realidad es que no tenemos una agencia como el NICE británico.

Tampoco tenemos los estudios de efectividad clínica comparada, y ahora van a aparecer innumerable cantidad de estudios de efectividad clínica comparada como están desarrollando los americanos, quienes le están dedicando 1100 millones de dólares a lo que llaman el CER, que nos van a permitir saber si él infliximab es superior al etanercept para tratar pacientes con artritis reumatoidea. O si el abatacept es superior o tiene mayor cantidad de reacciones adversas. Y vamos a poder aprender por primera vez cuáles son los medicamentos más útiles desde una perspectiva de costo-efectividad.

Recursos del CER a las áreas de investigación



Éstos son los 1100 millones de dólares que se están destinando a los estudios CER en investigación de costo efectividad, y cómo puede verse la mayor parte de los recursos van a estar destinados no a cáncer, ni enfermedad cardiovascular, ni enfermedades tiroides, ni a Chagas, sino que están destinados a los sistemas de prestación de salud, lo cual es toda una novedad en el proceso de investigación en el mundo. Parafraseando a Mao Tse Tung, puede decirse que esto es una verdadera revolución cultural.

- **A nivel de la Mesogestión:**
- **Factores Modificables a nivel de financiadores/prestadores/educadores:**
 - Grados de integración horizontal y vertical de los sistemas.

- Listado seleccionado de medicamentos esenciales y no esenciales definido por niveles de cobertura.
- Esquemas de pre-autorización.
- Esquemas de educación médica continua.
- Perfilamientos prestacionales y esquemas de pago por desempeño.
- Confección de Caminos Críticos diagnósticos y terapéuticos/guías de práctica clínica, Consensos profesionales.

Digamos por ejemplo con respecto al tema de los grados de integración horizontal y vertical de los sistemas, que nuestros sistemas están tremendamente desintegrados, tanto horizontal como verticalmente. Hay excepciones a la regla, por supuesto, y hay sistemas muy integrados. Pero yo diría que en términos generales el sistema público, el sistema privado y el sistema de seguridad social, salvando excepciones, en general están desintegrados.

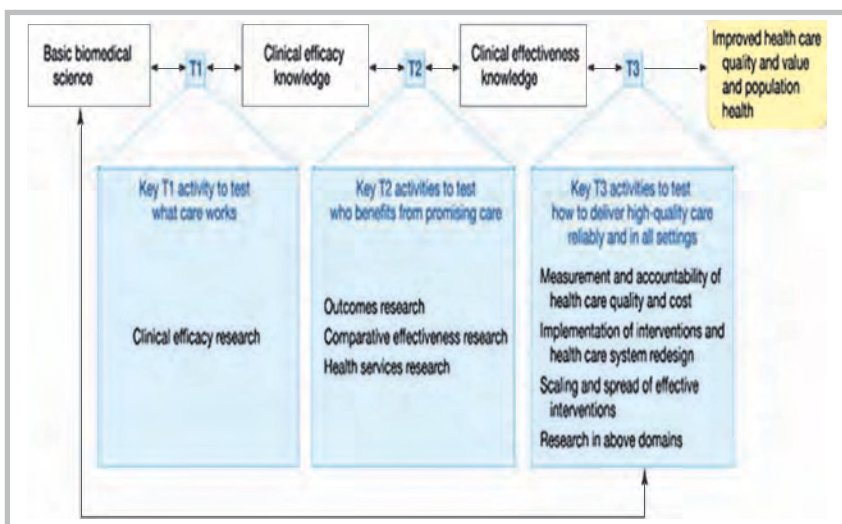
Tampoco tenemos esquemas de responsabilización hacia grupos médicos por población, por lo tanto no podemos hacer demasiados perfilamientos y esquemas por pago de desempeño, ni en forma de *fee for service*, de pago por servicios, ni en forma de esquemas capitados.

Pero lo cierto es que el mundo está discutiendo estos temas ahora, y nosotros tenemos que tratar de empezar a discutir algunos de estos temas que se están debatiendo motorizados por el debate de la reforma de salud del sistema americano.

Esto tiene que ver con la famosa «Triple T» de aquellos medicamentos o técnicas que se ha demostrado primero que tienen eficacia clínica (T1) y que esa eficacia está demostrada, como por ejemplo que una aspirina calme de verdad el dolor de

cabeza. Eso luego se tiene que traducir en investigación de resultados (T2), o en investigación de efectividad clínica comparada, es decir si de verdad la aspirina en el terreno fuera del área de la investigación, o sea en el mundo real, funciona efectivamente como tal. Y también el tema de investigación del servicio de salud que, como vimos, va a ser uno de los grandes destinatarios de fondos para la investigación. Y la tercera T, que tiene que ver fundamentalmente con esquemas de mejora de procesos en sistemas lo más integrados posibles con mi visión y responsabilidad, y medición de calidad y de costos en los sistema de salud.

La triple T en el mapa de ruta para transformar el sistema de Salud «How» of High-Quality Care¹



- **A nivel de la Microgestión:**
- **Factores Modificables a nivel del Profesional de la Salud:**

¹ Denise Dougherty, PhD; Patrick H. Conway, MD, MSc JAMA. 2008;299(19):2319-2321.

- *Gestión Clínica*: decisión que toman permanentemente los profesionales frente a la demanda y necesidad de los pacientes
 - o Fase de Pre-decisión Clínica, impactada por multiplicidad de vectores.
 - o Fase de Post-decisión Clínica, impactada por las regulaciones y/o análisis de gestión/de pre-autorización, entre otras.
 - o Role de la Farmacia como agente de Salud.
 - o Role de la red de atención médica primaria en cronicidad.

El nivel de la micro gestión, gráficamente, es la cocina donde todo esto se arma, y es en el consultorio médico o las guardias donde el médico decide basado en sus experiencias, basado en sus aprendizajes y en sus desaprendizajes, donde el paciente exige decidir, y donde en conjunto intentan lograr un acuerdo razonable. Los temas de microgestión son centrales, vitales, es donde se arma la cocina del patrón prescriptivo, y claramente está determinado y condicionado por muchos factores intrínsecos del paciente, de la patología y de la situación, pero está igualmente condicionado por una enorme cantidad de factores extrínsecos a la consulta propiamente dicha.

Por lo tanto tenemos algunos **problemas a enfrentar para la correcta gestión del medicamento:**

- Costo Directo de Compra y gasto de bolsillo.
- Sobreconsumo y autoprescripción.
- Selección y Utilización Inadecuada.
- Infrautilización en cronicidad.
- Productos con efectividad clínica no comprobada.
- Baja Accesibilidad y problemas de alcance de cobertura de la población.

Podemos decir que con respecto a la problemática de selección y utilización inadecuada, cuando vemos algunos líderes de los medicamentos, como es el caso de las benzodiacepinas, nos llevamos enormes sorpresas sobre la inadecuada selección de medicamentos en el área de la psicofarmacología. Pero también nos llevamos enormes decepciones cuando analizamos los medicamentos del área de la antibioticoterapia, donde por razones culturales, por ausencia de educación médica, por ausencia de consensos profesionales o de práctica clínica, la comunidad médica en gran medida sigue eligiendo inadecuadamente.

También tenemos la problemática de la infrautilización en cronicidad, ésta es una situación paradójica por la cual hasta un 75% de los pacientes hipertensos, en encuestas nacionales, no logran controles de la tensión arterial, o hasta un 70% de los pacientes diabéticos no tienen hemoglobina glicosilada por debajo de 7, aunque esto está en discusión actualmente. Luego desde ya hay problemas de accesibilidad, y también tenemos productos con problemas de efectividad clínica no comprobada, porque de los casi 8000 productos en el mercado muy pocos tienen realmente efectividad clínica comprobada.

Vamos a hablar ahora de los **indicadores en la gestión del medicamento**, porque para trabajar en el sistema de salud, hacer pago por performance, ya sea en sistemas capitados, en sistemas de pago por servicio o en sistemas que permitan integrar, hay que hablar de indicadores.

Hay miles de indicadores que se pueden sacar para cada una de las patologías y cada una de las condiciones, hay muchos y fantásticos ejemplos de pagos capitados o de pagos donde grupos médicos toman la responsabilidad. Uno de los ejemplos más impresionantes son los desarrollos realizados en el Reino Unido, donde los médicos hasta cobran un 25% en bolsillo si logran los desempeños establecidos por el National Health Service (NHS), que define qué es lo que cada grupo médico debe obtener con las poblaciones que están destinadas a sus cuidados.

Hay muchos **indicadores**, pero para no extendernos podemos agruparlos de la siguiente manera:

- **Indicadores Tipo 1 – Centrados en el Fármaco**

- **Generales:**

- > *Costo por receta*
- > *Medicamentos por receta*
- > *Costo por cápita por mes*
- > *% de prescripción por genéricos*

- **Específicos:**

- > *Costo por DDD*
- > *Indicadores de Selección: implica medir la utilización relativa de ciertos fármacos sobre otros*

- **Indicadores Tipo 2 – Relacionan el Fármaco con la Indicación:**

- **Ejemplos:**

- > *Tasa de pacientes con ICC tratados con IECAs o ARA II sobre el total de pacientes tratados*
- > *% de Pacientes con determinada patología tratados farmacológicamente (HTA, DBT, etc.)*

- **Indicadores Tipo 3 – Relacionan el Fármaco con la Indicación y con el Resultado:**

- **Ejemplos:**

- > *Tasa de Reagudizaciones de pacientes con un proceso crónico sobre el total de pacientes tratados (EPOC, ICC, etc.)*

Reflexiones Finales

Pero, como se mencionó en la Mesa anterior, no sólo el tema es del Estado o del partido gobernante, o de esa confusión existen-

te entre Estado y partido gobernante, sino que es una definición de en qué tipo de sociedad vivimos o queremos vivir. Y lo que subyace a la discusión de fondo es una discusión de teoría política. Así que como yo no soy un experto en teoría política y estoy lejos de pretender serlo, simplemente quiero hacer dos reflexiones finales que hacen referencia a en qué tipo de sociedad queremos vivir.

Entonces voy a mencionar seis puntos, que son **principios materiales de justicia**² y con los que se definen y resumen las distintas teorías políticas existentes, desde Locke, a Adam Smith o Marx.

- A cada persona una parte igual.
- A cada persona de acuerdo con la necesidad.
- A cada persona de acuerdo con el esfuerzo.
- A cada persona de acuerdo con la contribución.
- A cada persona de acuerdo con el mérito.
- A cada persona de acuerdo con los intercambios del libre mercado.

Vemos que por ejemplo el primer punto, a cada persona una parte igual, tiene connotaciones más marxistas, o a cada persona de acuerdo con la necesidad. A cada persona de acuerdo con el esfuerzo tiene que ver con teorías más liberales, a cada persona de acuerdo con su contribución también condice con una perspectiva más liberal, a cada persona de acuerdo con el mérito es de una teoría más rawlsiana, y finalmente a cada persona de acuerdo con los intercambios de libre mercado denota también una teoría más liberal.

Y para finalizar, no debemos olvidarnos los **principios bioéticos**, para cada punto de gestión que tomamos, llámese medicamentos, llámese gestión de atención primaria o llámese gestión de sistemas integrados.

² Nicholas Reschler. Distributive Justice. 1966

Principios Bioéticos³



Claramente debemos reconocer que siempre hay vectores en confrontación cada vez que uno toma alguno de estos puntos, y vemos en este último gráfico que en el centro están los pacientes, los profesionales de la salud y las instituciones que representan, y está el orden socioeconómico y su sistema de salud, que aparecen como tironeados por el por el principialismo o principismo en el cual hay una fuerte puja entre el principio de beneficencia y el *primum non nocere*, que todo médico enfrenta en todo sistema de salud al momento de decidir si se opera o no se opera, si da o no tal droga, o si tal o cual droga se incorpora al mercado o no se incorpora al mercado, o si la FDA lo aprueba o no lo aprueba.

Y la otra puja terrible que es la dominancia entre el principio de autonomía, cuando estoy enfermo o un familiar esta enfermo, la salud a cualquier costo, a cualquier precio y de cualquier manera, con la puja terrible de lo que es el principio de justicia distributiva que define, de alguna manera, en qué sociedad queremos vivir.

³ Childress y Beauchamp.-

Trazabilidad de medicamentos

Dr. Luis Alesso

Introducción

Muchas gracias a FEFARA por la invitación. En realidad tenía que estar aquí el Dr. Rodolfo Rodríguez, el presidente de la APROSS, pero como se encuentra en estos momentos en Buenos Aires fui delegado amablemente a compartir hoy esta Mesa. Y antes que nada quiero decir que APROSS es la sigla de la Administración Provincial del Seguro de Salud. Tiene más de 500.000 afiliados, todos los pacientes con tratamientos crónicos están empadronados, tenemos una formidable base de datos que incluye también los tratamientos especiales, y tenemos convenios con centros de información de medicamentos como el Instituto de Efectividad Clínica de Buenos Aires y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

Tenemos un vademécum donde para incluir un medicamento, la industria farmacéutica, con la que tenemos un buen convenio desde hace varios años debe previamente presentar una carpeta de efectividad clínica, y una carpeta de farmacoeconomía, mediante lo cual se justifique la inclusión o no de un medicamento, ya que hemos adaptado el sistema australiano. Y también tenemos protocolos consensuados con la Sociedad Científica de Córdoba, tanto en Oncología como en Dermatología y otras especialidades, y también con la Universidad. Además contamos con sistemas de Juntas Médicas para aquellos casos cuando no es posible resolver la ubicación de un medicamento que no esté

en protocolos, y tenemos auditores médicos que se están capacitando en la Universidad. Y disponemos de una farmacia que dispensa medicamentos a trasplantados, oncológicos, pacientes con enfermedad fibroquística y otras patologías complejas.

O sea que tenemos una obra social moderna, y podemos decir que hoy algunas obras sociales de nuestro país están siguiéndonos en cuanto a protocolos y otras decisiones que tomamos. Estamos orgullosos en estos cuatro años con el doctor Rodríguez y todos los integrantes de la APROSS de haber avanzado en este sentido.

Trazabilidad de medicamentos y medicamentos ilegítimos

Mi charla de hoy en día es algo de público conocimiento y que es muy impactante en cuanto a, primero el daño que se le produce al paciente, y segundo el gran impacto económico que tiene, y me refiero a la trazabilidad de medicamentos.

Los **medicamentos ilegítimos** pueden ser falsificados, pueden ser adulterados, robados, de contrabando, no registrados o vencidos, hay varias clasificaciones. Cuando hablamos de medicamentos ilegítimos, esto sería un término legal más que un término referente a la calidad del producto. Todo medicamento ilegítimo se considera un medicamento de calidad inferior a la norma.

Los medicamentos falsificados, no solamente pueden causar un grave daño al paciente, sino que pueden tener un gran impacto económico en la sociedad y en las obras sociales en este caso, implicando grandes pérdidas económicas. La Organización Mundial de la Salud define a un «medicamento falsificado» como un producto que, de forma deliberada y fraudulenta, es erróneamente etiquetado con respecto a su origen y/o identidad.

La falsificación se puede aplicar tanto a medicamentos de marca original como a genéricos, y puntualizo acá que en Argen-

tina deberíamos tener una ley de medicamentos genéricos y es algo que todavía nos debemos. Los productos falsificados pueden incluir productos con ingredientes correctos o incorrectos, sin principios activos, con principios activos insuficientes o con un envase falsificado.

La cifra o la cantidad de medicamentos falsificados que circulan en el mercado podría ser superior al 10% del mercado global de medicamentos, con una estimación de 75 mil millones de dólares de medicamentos falsificados en el año 2010 o sea para el año próximo, y ésta es una cifra que asusta un poco.

La falsificación de medicamentos afecta a personas que viven tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. En Latinoamérica la magnitud del problema es desconocida, y la circulación de medicamentos falsificados entre los diversos países resulta a menudo facilitada, entre otras cosas, por fronteras mal controladas.

En los países en desarrollo este problema se agrava porque en general tienen sistemas reguladores más débiles, escasez de medicamentos básicos y/o provisión errática de los mismos, mercados no regulados y precios por supuesto no accesibles.

Tomando las palabras de la OMS, se piensa que un 25% de los medicamentos consumidos en los países en desarrollo podría ser falsificado, y en algunos países subdesarrollados la cifra podría llegar al 50%. Y aclaro que no importa la cifra, porque un sólo medicamento falsificado ya es inaceptable.

Esto infiere como un grave problema global de salud pública, y de hecho la falsificación de medicamentos se considera un delito contra la salud pública, necesitamos una participación activa de todos los sectores sociales y económicos para combatir esto, tanto el sector público como el sector privado. Es necesario contar con una Ley Nacional que sancione severamente la falsificación, adulteración o comercialización de medicamentos

falsificados e ilegítimos, y una guía de procedimientos obligatorios para la compra de medicamentos. Agregamos que esta Ley está en proyecto, y debería salir pronto porque hay personas muy capacitadas en este país que pueden asesorar bien y decir cómo tiene que ser esta ley. Y esos dos puntos que señalamos ya deberían estar listos para aplicarse.

Hay condiciones sociales y políticas que favorecen la producción y circulación de medicamentos falsificados:

- Legislación inadecuada
- Débil control de los organismos reguladores
- Inadecuada cooperación entre reguladores de medicamentos, policía, aduana, fiscales, profesionales de la salud, fabricantes, droguerías mayoristas, farmacias, etc.
- Intercambios comerciales a través de diversos intermediarios, droguerías y cadenas de distribución.
- Comercialización no regulada, ventas por Internet, tránsito por zonas libres de controles aduaneros.
- Acceso limitado o nulo a servicios de salud y a medicamentos confiables por parte de los pacientes.
- Falta de control sobre los medicamentos destinados a la exportación.
- Alto precio de los medicamentos legítimos.
- Analfabetismo y pobreza, falta de información o falta de acceso a la información de medicamentos.

Todo esto crea una condición social y política favorecedora de la producción y circulación de medicamentos falsificados, por eso en Latinoamérica y sobre todo en África y otros países son tan altas las cifras de falsificación. En Argentina la legislación que contempla el tema de la adquisición de medicamentos por parte del sistema de administración de salud pública y hospitales públicos, se refiere puntualmente al estado fiscal del proveedor.

Creo que todavía todos recordamos como en diciembre del 2004, mínimamente 19 pacientes sufrieron una intoxicación por hierro, y al menos uno de ellos falleció tras la administración de un medicamento falsificado que contenía hierro. Dicho producto, con citrato de hierro en lugar de hierro, Sorbitex, contenía 3.5 veces más hierro que el medicamento de marca comercial. Increíblemente, después dijeron que era para darle «más colorcito» al medicamento... Se inició un proceso judicial a la droguería y la ANMAT publicó inmediatamente una lista de recomendaciones para evitar la adquisición de productos falsificados, aunque en realidad la ANMAT ya tenía desde antes una guía de cómo adquirir medicamentos.

Agreguemos que los titulares de autorizaciones de comercialización (MAH, por sus siglas en inglés) de marcas comerciales, suelen incluir dispositivos de identificación y sistemas de trazabilidad en sus productos.

Nosotros hace tres años que tenemos la Resolución Nº 060/07 de la APROSS, que detalla un Listado de Requisitos Obligatorios de acuerdo a recomendaciones nacionales e internacionales, y está dirigida a los proveedores para las licitaciones. Y esto ocurrió porque un día me llama el contador del primer piso, y me dice que había un producto para la hemofilia que en vez de costar los \$2000 que pagábamos nosotros nos lo ofrecían a \$300 o \$400, lo cual era un precio más que conveniente. Entonces le dije que íbamos a llamar a la droguería y le pediríamos que nos trajera un remito. Acto seguido llamé a la droguería y el dueño me dijo que se lo había comprado a otra droguería, entonces llamé a la otra droguería y, para hacerla corta, llegamos a una quinta droguería en Buenos Aires y esa persona me dijo: *«En realidad, doctor, voy a ser sincero con usted, yo tengo un amigo que tenía una deuda conmigo y me dijo que tenía unos medicamentos para la hemofilia, me los dejaba y con eso quedábamos hechos, y efectivamente me los dejó.»* Por supuesto inmediatamente recomendé no comprar esos medicamentos, lo firmé, y ahí nació la Resolución 060, que además de lo sencilla que es su aplicación, es de muy bajo costo y de muy alta efectividad.

Los siguientes son algunos de los **requisitos para los laboratorios**:

- Certificados de habilitación de ANMAT y del Ministerio de Salud.
- Certificado del producto.
- Certificado ANMAT de Buenas Prácticas de Fabricación (G.M.P.).
- Certificado de la ANMAT de sanciones o no sanciones de laboratorio.

Y también se han establecido **requisitos para las droguerías**:

- Certificado habilitación (Anmat/ M S)
- Certificado Autorización Laboratorio a comercializar sus productos
- Certificado No sanciones (Anmat/M S)
- Remito de Compra: N° Lote, N° partida, fecha vencimiento.

O sea que en la APROSS y con la cumplimentación de todos estos requisitos es posible hacer una trazabilidad de los medicamentos. Cuando exigimos estos requisitos en la APROSS había más de 50 droguerías, y actualmente creo que hay 10 o 12. Por ejemplo en la droguería de Buenos Aires, cuando nos envían el medicamento éste entra en un sistema en el que se le colocan dos etiquetas inviolables con código de barras y con todos los datos del producto, dice «Destinado a APROSS, consta el número de afiliado y por supuesto el número de lote, de partida y fecha de vencimiento. Es muy difícil si se roba en el camino desmontar esto, porque al despegar todas las etiquetas se rompe prácticamente todo el *packaging*, y entonces es muy difícil introducirlo en IOMA, o en OSDE u otra institución. Y justamente el tema es hacerlo difícil.

Podemos mencionar por ejemplo algunos **medicamentos ilegítimos de alto costo identificados en Argentina en el año 2008:**

- Rituximab: Un médico notificó adulteración en un vial. No se encontró ningún principio activo.
- Riluzol: se identificó falsificación tras la notificación de una reacción adversa al medicamento. El envase había sido adulterado.
- Dos productos de rHu eritropoyetina: se encontraron medicamentos adulterados en un centro de diálisis durante una inspección del INaMe.
- Epoetina alfa recombinante: luego de la notificación de un médico. El envase había sido adulterado.
- Erlotinib: se identificó falsificación por la notificación de un paciente. El envase había sido adulterado y el blister contenía cápsulas en lugar de comprimidos recubiertos. Las cápsulas contenían el principio activo en la cantidad declarada (erlotinib 100 mg).
- Rituximab: una droguería notificó que el envase había sido adulterado. Los productos no habían sido importados por vías legales y pertenecían a lotes comercializados en otros países latinoamericanos.
- Trastuzumab: una enfermera notificó que el contenido del vial presentaba un color diferente. Tanto el acondicionamiento como el vial habían sido adulterados. No se encontró ningún principio activo.
- Interferón Beta 1-A, Rituximab, vitaminas parenterales: los productos no habían sido importados por vías legales y pertenecían a lotes comercializados en otros países latinoamericanos (Interferón y Rituximab) y España (Cervenit®).

- Seis lotes de Concentrado de Factor VIII, de fabricación alemana: luego de las notificaciones de pacientes (con muestras). Éstas estaban adulteradas (tapón perforado, tapa manipulada, cantidad del contenido diferente del original). Hongos al ser reconstituidas. Las ampollas originales habían sido reutilizadas.
- Efavirenz: Los blisters no exhibían fecha de vencimiento, y presentaban restos de tinta con la leyenda «prohibida su venta». Se cree que los blisters provenían de programas de lucha contra el SIDA en los que se dispensan medicamentos sin costo (farmacias de la comunidad), porque el envase estaba adulterado.

Conclusiones

Antes de concluir quiero comentar que la APROSS ha instalado desde hace cuatro años ya, un sistema o un programa de Farmacovigilancia. La Farmacovigilancia es una ciencia muy nueva que deriva de la Farmacología, porque hoy tenemos Farmacovigilancia, Farmacoeconomía, Farmacoepidemiología, y si bien falta mucho por desarrollar, puede decirse que la Farmacovigilancia cobra cada vez más fuerza. No obstante, hay mucho desconocimiento y es importante que las universidades formen a los médicos, y eso lo estamos haciendo en el Hospital Nacional de Clínicas, en donde soy profesor de Farmacología, en el primer Servicio de Farmacovigilancia que se creó en el país. Creo que todos los hospitales deberían tener un servicio de Farmacovigilancia que brinde servicios a las distintas áreas del hospital, al Servicio de Oncología, de Reumatología, de Alergias y de Clínica Médica, o sea trabajar en conjunto y notificar.

Se sabe que aproximadamente entre un 14, 16 o 17% de las internaciones que se producen en los hospitales son por reacciones adversas a medicamentos, lo cual además de producir un daño muy grave al paciente, produce un gasto muy grande al hospital. Y en relación a esto es importante comentarles que estamos creando una base de datos en nuestro Hospital Escuela Nacional de Clínicas.

Para cerrar y no hacer tan larga charla, porque el tema podría dar para muchísimo más, en especial por la excelente charla que ha dado mi antecesor, y realmente podríamos hablar toda la noche, quiero hacer una última reflexión:

Los Sistemas de Seguridad Social deben participar activamente, a fin de garantizar la legitimidad de los medicamentos para sus afiliados, estableciendo Requisitos en las Licitaciones que minimicen el riesgo de la compra de medicamentos ilegítimos. Esto indudablemente va a redundar siempre en beneficio del paciente, que podemos ser cualquiera de nosotros. Y como dijo Hipócrates hace más de 2000 años, lo primero es no dañar. Con esa frase me despido y muchísimas gracias.



MESA Nº 5

Crisis económica e impacto sanitario

*Coordinador: Farm. Miguel Osio
Presidente del Colegio de Farmacéuticos de la Pcia. de La Pampa
Vicepresidente de FEFARA*

Vamos a comenzar con este segundo día de las Jornadas 2009, el tema a debatir es la crisis económica y el impacto sobre la cuestión sanitaria, y a propósito de ello quería agregar en esta presentación dos palabras respecto de la crisis o las crisis en la Argentina, y el rol del farmacéutico.

No es raro que en nuestro país tengamos que enfrentar distintas crisis, y entre ellas la económica, obviamente con su repercusión en casi todas las demás áreas, y creo que en estas circunstancias los farmacéuticos hemos estado a la altura de los acontecimientos, poniendo el hombro para sortear los obstáculos que se han presentado en distintas etapas de las crisis económicas que se han generado en la Argentina. Y la más reciente fue la del año 2001-2002, donde realmente no han quedado dudas de que el farmacéutico ha puesto el hombro y ha puesto también el bolsillo. Recuerdo que me tocó participar en las negociaciones del convenio de la obra social de los jubilados y pen-

sionados, el PAMI, donde la bonificación promedio a nivel país fue el 18% para poder retomar el convenio PAMI en junio 2002. Está Hugo Robatta presente y puede confirmar lo que digo, porque con él compartimos las negociaciones.

También en la crisis fue necesario participar en el diseño de algunas herramientas que tenían por objeto, entre otras cosas, mejorar la accesibilidad al medicamento. Y con este objeto se crearon herramientas como por ejemplo el Recetario Solidario, entre otras. Pero para nosotros la más importante sin lugar a dudas fue la Tarjeta D, que nació de la creatividad de los Colegios y el aporte de la farmacia.

Nos acompañan en esta Mesa como disertantes la Dra. María Laura Martínez y el Dr. Carlos Vassallo. La Dra. María Laura Martínez es médica egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, posee un Postgrado y Residencia completa en Educación para la Salud del Hospital General de Agudos Carlos Durand, Dirección General de Desarrollo y Capacitación de Personal en Salud, ex Dirección de Capacitación Profesional y Técnica, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se encuentra cursando actualmente la carrera de Especialización en Epidemiología en la Universidad Nacional de Lanús. Profesionalmente se ha desempeñado en la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, ha sido Residente en el Hospital Carlos Durand en la Residencia Interdisciplinaria en Educación para la Salud, con un Postgrado de capacitación en dicho servicio. Rotante ad honorem en la Dirección de Epidemiología, en el equipo interdisciplinario del área Análisis y Monitoreo de Salud, y participante en el Proyecto de elaboración del Informe Global sobre Situación de la Seguridad Vial OPS/OMS.

El Dr. Carlos Alberto Vassallo es Contador Público Nacional egresado de la Universidad Nacional del Litoral de Santa Fe. Posee un Postgrado en Economía y Gestión del Sector Salud de la Universidad Bocconi de Milán en 1989-1990, habiendo accedi-

do a la Universidad de Milán por una beca del Ministerio de Relaciones Exteriores de la República Italiana, y también tiene un postgrado de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, cursado en 1997.

Y hechas estas breves presentaciones, voy a dar lugar a la exposición del Dr. Carlos Vasallo, que tiene una larga trayectoria en estudios de temas relacionados con la salud y en particular con la Economía de la Salud, quien nos dará su análisis y su visión del impacto de las crisis económicas en el área de la salud.

Crisis económica e impacto sanitario

Una mirada desde la economía de la salud

Dr. Carlos Vassallo

Las crisis económicas

La idea para esta presentación es analizar algunas cuestiones de impacto de la crisis económica global, ver cómo reacciona la economía argentina, y si el tiempo me lo permite me voy a sumergir también en el impacto sobre el sistema de salud en Argentina, para tratar de reflexionar respecto de lo que ha significado esta crisis.

Estamos hoy aproximadamente cumpliendo un año del impacto de la crisis, cuya primera señal percibida públicamente fue entre el 15 y el 17 de septiembre del 2008, cuando Lehman Brothers, el cuarto banco de inversión más grande de Wall Street, declaró bancarrota y solicitó protección. Al mismo tiempo, Merrill Lynch, la mayor empresa de corredores bursátiles del mundo, después de quebrar acordó su adquisición por parte de Bank of America por un monto de 50.000 millones de dólares USA. Y la principal aseguradora mundial AIG (American Internacional Group) requirió financiamiento de emergencia a fin de equilibrar sus cuentas para no caer en un callejón sin salida, y pasó a manos del Gobierno. Estas noticias estremecieron el mercado monetario de todo el mundo. El lunes siguiente la bolsa norteamericana caía bruscamente y el índice de Dow Jones descendía en un margen más grande por día desde el atentado de «11 de Septiembre».

Un elemento interesante como para ver dónde estamos, es el Índice Dow Jones¹. A principios del 2008 el Índice era de 13.500 puntos, en septiembre de 2008 estaba en 11.500 puntos, y para noviembre del 2008 ese índice cayó a 8000 puntos en el momento más álgido de la crisis. Hoy estamos en unos 9600 puntos y puede ser leído como una desvalorización de las principales empresas del mundo.

En 1802 Thomas Jefferson decía: *«Pienso que las instituciones bancarias son más peligrosas para nuestras libertades que ejércitos enteros listos para el combate. Si el pueblo americano permite un día que los bancos privados controlen su moneda, los bancos y todas las instituciones que florecerán en torno a los bancos, privarán a la gente de toda posesión, primero por medio de la inflación, enseguida por la recesión, hasta el día en que sus hijos se despertarán sin casa y sin techo, sobre la tierra de sus padres conquistaron.»*

Estamos viviendo un momento muy especial, es importante conocer algunos aspectos de la historia de EEUU para comprender el comportamiento de los ciudadanos respecto del rol del estado. Un país que se ha construido a partir de personas que se tuvieron que escapar de estados que los perseguían y mataban, construyen un estado con mucha desconfianza de tal manera de no delegarle demasiado poder que se termine volviendo en su contra. No es una casualidad la desconfianza a intervenciones amplias e ilimitadas del estado, como por ejemplo lo que está sucediendo con el apoyo variable de la población a la reforma del sistema de salud.

Los economistas del sector financiero raramente se hicieron una pregunta obvia durante el tiempo que duró la burbuja: ¿tenían sentido los precios de los activos, considerando los fundamentos del mundo real, como por ejemplo los ingresos? Faltó la mirada

¹ Es un indicador del promedio de las 30 acciones industriales más importantes de la Bolsa de New York.

respecto de qué había adentro del paquete, nadie se preguntó cuáles eran los fundamentos de este esquema, sólo se preguntaban si los precios de los activos tenían sentido habida cuenta de los precios de otros activos que podían llegar a circular (en términos de precios relativos). La fe en los mercados financieros eficientes cegó a la mayoría de los economistas, ante la aparición de la mayor burbuja financiera de la historia. Y la misma teoría ayudó muchas veces a inflar esa burbuja que se fue generando.

Las crisis económicas las podemos caracterizar a partir de estos componentes:

- Recesión (dos trimestres consecutivos de baja del PBI)
- Crisis financiera precursora
- Efectos económicos: desempleo, caídas de renta y ahorro, empobrecimiento, déficit público
- Consecuencias a largo plazo: reestructuraciones sectoriales, cambios en la distribución de la riqueza y en las reglas de juego institucional.
- Efectos diversos: no todas las crisis son iguales y no todos salen perjudicados.

Respecto al primer punto, como todos saben, estamos en un mundo que vive un proceso de recesión. La definición económica de recesión son dos trimestres consecutivos de baja del PBI, del producto bruto interno. En Argentina también tenemos un proceso de recesión que el INDEC se ha empeñado en ocultar como intento hacer inicialmente con la inflación.

Hay una crisis financiera que es precursora de la crisis. Y tenemos recuerdos de que el mundo ya había vivido una crisis anteriormente que fue la crisis de los servicios, fue la crisis del sector de la economía de lo que se llamó las «**.com**», pero que no tuvo el impacto que parece tener esta.

Aparecen efectos económicos como el desempleo, aunque no han llegado a dos cifras todavía pero están muy cerca de hacerlo, caídas de la renta y del ahorro, empobrecimiento y déficit público. Es decir, acá los países que se han preparado, o que de alguna manera tenían algunas señales de alerta, son los que están mejor posicionados para enfrentar la crisis.

Sin embargo, no todas las crisis son iguales como todos saben, pero sobre todo en este tipo de crisis financieras, a diferencia de lo que son las crisis provocadas por guerras o por cuestiones de mayor fuerza, sobre todo porque hay gente que tiene capacidad como para poder sobrevivir a este tipo de crisis, lo cual equivale a decir que no todos salen perjudicados.

Nosotros tuvimos una experiencia en el 2001 - 2002 muy importante respecto de lo que esto significa, y esa crisis anticipatoria que tuvo la burbuja que se había generado en la Argentina con el régimen de convertibilidad hizo que este impacto hoy no sea tan fuerte. Porque en realidad no es que nosotros nos preocupemos porque hay créditos que no están fundamentados, el problema es que acá en la Argentina no hay crédito desde hace mucho tiempo, y en consecuencia éste pudo haber sido afectado. Después vamos a ver algunos gráficos sobre el crecimiento económico durante los últimos 6 ó 7 años, con un crecimiento del producto bruto muy importante, de 7 puntos promedio, pero este movimiento no ha sido solventado exclusivamente en el crédito, sino fundamentalmente a partir de los ingresos extraordinarios que ha tenido Argentina por los precios de los commodities y por el dinero contante y sonante que ha circulado. Es decir, se debió más a esos factores que a una cuestión vinculada a la construcción del crédito, ya que hace mucho tiempo que Argentina no ha podido construir un mercado de capitales como el que necesitaría para sustentar un proceso de desarrollo económico.

Las crisis traen por supuesto consecuencias a largo plazo, como reestructuraciones sectoriales y cambios en la distribución

de la riqueza y en las reglas de juego institucional. Y acá vale la pena señalar que nosotros en Argentina somos un lugar que es mirado por los académicos del mundo para ver cuáles son los impactos de las crisis. Porque ya hemos tenido varias de estas crisis financieras-económicas, y esto lo podemos notar y ver en muchas familias que vemos que de la noche a la mañana crecieron y se enriquecieron económicamente. Pero lo que más vemos es lo opuesto, y también que la mayoría de las familias que se empobrecieron de la noche a la mañana no fue por el esfuerzo del trabajo y tampoco por el funcionamiento de la economía, sino básicamente por algunas perversiones vinculadas a los bandazos con los cuales se ha manejado nuestra economía.

Esto es muy importante y después vamos a ver un capítulo vinculado a lo que son las lecciones aprendidas. Las instituciones en este sentido son claves, porque permiten amarrar determinadas situaciones y evitan que se generen saltos de una punta a la otra sin ningún tipo de controles y sin ningún tipo de reaseguro. Estamos viviendo un momento de mucho pragmatismo.² Y también lo que empezamos a observar es que cuando aparecen estas crisis importantes, la única solución que aparece es la aparición de un estado más intervencionista, que interviene fomentando y generando la demanda que se ha perdido. «*Los tiempos terribles reclaman gasto público rápido, intenso y prolongado*». ³ Pero también en relación a todo esto vamos a ver alguna de las incapacidades que sin duda ha tenido la teoría económica, como para poder escuchar algunas prevenciones que se habían realizado.

¿Qué hacer?

Básicamente lo que se está intentando hacer es **disminuir la incertidumbre y restablecer el crédito**, a partir de

² Obama respecto de lo que es su mirada sobre el tema económico: "*Mi teoría económica es el pragmatismo*".

³ **Paul Samuelson**,

millonarias transferencias a los bancos para tratar de volverlos solventes.

Implementar políticas que aumenten la demanda para que no se agudice la recesión. Tenemos algunos esquemas como se propuso en la Argentina, de lanzamiento de préstamos para comprar algunos insumos y equipamientos, bicicletas, electrodomésticos y demás, porque en estos tiempos de crisis es cierto que muchas veces uno tiene que tomar en consideración que cuando baja determinados impuestos, y pone el dinero en la mano de la persona, la persona no siempre va a ir a usar ese dinero en el mercado porque en un momento de incertidumbre la gente tiende a ahorrar, y en consecuencia no es tan automático que la mejora del nivel de ingresos de la persona promueva automáticamente el consumo.

Producir profundos cambios radicales en la institucionalidad financiera. Un ejemplo claro de esto es la crisis que se generó hace algunos años con la caída de Enron y otras empresas y que dio origen a una ley que separó a las empresas de auditoría y las empresas de consultoría, e impuso mayor transparencia en la información de las empresas (Ley Sarbanes-Oxley) Esta ley hizo que empresas como Arthur Andersen separaran lo que era su función o área de auditoría, que implica dar fe respecto de las acciones y de los balances de las empresas, de su rol como consultora económica, que muchas veces las llevaba a ser cómplices en el ocultamiento de la verdadera situación económica de esas empresas a las que asesoraban o brindaban consultorías.

Este tipo de crisis provocan entonces cambios radicales en la institucionalidad financiera que hoy tenemos, y que desde los años '80 se fue desregulando peligrosamente. Probablemente luego de pasar esta situación vamos a volver a un marco regulatorio quizá con mayores controles, eso es un poco lo que se está discutiendo, para ver si los instrumentos financieros que se crearon durante todos estos años tienen que ser descartados, o en rea-

lidad hay que reciclarlos y hay que incorporar nuevas regulaciones que permitan utilizarlos.

Las políticas monetarias no tienden a ser muy útiles en esta situación, sin embargo la baja de tasa de interés del Banco Central y la inyección de liquidez por canales heterodoxos e inéditos promueve también mejoras. Estamos viendo como una especie de rebote, y algunos, como Krugman plantean de que en realidad ahora puede llegar a venir un proceso posterior de un nuevo impacto y una nueva caída.

Una baja de impuestos puede alentar la demanda, pero como decíamos es probable que la baja no aumente el consumo, sino que ante la incertidumbre se opte por el ahorro.

No temer al déficit fiscal. En EEUU éste es el tema de lo que la mayoría habla, salvo los demócratas, porque hay un grupo demócrata en el Congreso Americano que son unos 50 ó 52 que están parando la reforma del sistema de salud y que son personas vinculadas a Wall Street, pero en realidad el tema del déficit fiscal ha pasado a ser una variable no tan importante como en otros años, en donde había un importante esfuerzo por tener equilibrio.

El Estado ha regresado. Pero lamentablemente a veces esta frase significa un Estado que regresa sin haber aprendido las lecciones de lo que significa ese nuevo rol que debe asumir.

Se necesitan políticas activas de industrialización y planificación, centradas en instituciones económicas, pero también en el cambio climático y la política energética. Es decir que el tema de medio ambiente y el tema energético aparecen como dos áreas clave, y el área de salud aparece también como un área clave para recuperar de alguna manera la actividad económica.

Los complejos instrumentos financieros seguiremos necesiéndolos con una regulación adecuada, en lugar de ir contra la inversión de larga duración.

Lo anterior nos lleva a mirar un poco cuál es realmente **la naturaleza del crecimiento económico.**

El tipo de recuperación que se debería dar, debería permitir salir de la recesión y tendría que pensar en la naturaleza del crecimiento económico. Vale decir que no es simplemente crecer por crecer, sino hacia dónde se dirige ese crecimiento.

El crecimiento no conduce naturalmente a un mayor bienestar personal y social de las personas, los modelos de crecimiento a los que hemos estado asistiendo en los últimos años han significado a la vez importantes grados de concentración económica. Y esto es algo que los nuevos programas deberían replantear.

Es necesario añadirle al PIB criterios más equilibrados para calibrar el bienestar y darle una autentica resonancia política a este proceso.

Es hora entonces de plantear una crítica sostenida y positiva al consumismo, como para garantizar que la recuperación no conlleve un retorno a una sociedad inundada por el dinero, pero donde esos recursos no se reflejan en una mejor vida para la población. Respecto a esto hay algo interesante que está haciendo el presidente de Francia, que ha convocado a una comisión que ha sido presidida por Stiglitz y por Amartya Sen, en donde intenta redefinir la medición del Producto Interno Bruto, de tal manera que no sea simplemente un indicador desde el punto de vista económico sino que mida también el bienestar y la libertad de las personas.

Mitos antes de la crisis

Se creyó que la volatilidad global había sido controlada y que los ciclos económicos habían llegado a su fin. Y puede resultar interesante mirar algunos de los defectos y de los problemas, o inclusive podríamos decir de los mitos, que se generaron durante este período hasta el momento en el cual explota la burbuja.

Primero hubo un optimismo muy fuerte respecto del funcionamiento de la bolsa y el mercado de la vivienda, justamente a partir de esa idea de que la volatilidad global se había terminado y de que el ciclo económico había llegado a su fin. Hubo algunos pocos que vinieron a traer las malas noticias respecto de lo que se estaba gestando en materia de la burbuja, pero la verdad que el grupo dominante, el *establishment*, hizo bastantes oídos sordos respecto al funcionamiento de los mercados.

La idea que primó fue que cualquier contracción iba a ser suave y de corta duración, y que los consumidores no deberían preocuparse por las grandes caídas de los activos, porque después de un cierto tiempo esto se iba a recuperar.

Otra cosa que se fue generando y que hizo que la burbuja se amplificara, fue el intercambio de riesgo entre empresas e individuos contrapartes, y las relaciones para diversificar los riesgos idiosincráticos. Se fue formando como una especie de entramado, y estas interconexiones se fueron globalizando y fueron exitosas para los shocks pequeños, para los de pequeña envergadura, pero no estaban preparadas para impactos como el que se podía llegar a generar, y terminaron desmoronando ese sistema y generando una mayor fragilidad, que fue un poco lo que primó en este esquema de crisis, con una suerte de efecto dominó ante la crisis financiera internacional.

Mito Nº 1 Volatilidad Global

- La calma económica puede ser seguida, como estamos viendo, por momentos muy tumultuosos y de notable volatilidad. No es que la volatilidad del sistema capitalista se había terminado, esto es como cuando se predijo el fin de la historia, lo cierto es que el capitalismo está pasando por una crisis importante y es ahí donde se va a tratar de observar por dónde, de alguna manera, va a encontrar nuevamente un punto de apertura, y cómo se va volver a encaminar, porque enfrente no hay nada como para reconstituirse.
- El mito del fin del ciclo de negocios está en desacuerdo con las propiedades fundamentales del sistema capitalista.
- También está en desacuerdo con una teoría económica, que es la de Schumpeter, quien argumentó hace mucho tiempo la teoría de la «destrucción creativa». La presencia de las crisis incide en el funcionamiento del sistema de mercado, y junto con la innovación dinámica que constituye su esencia implican una fuerte dosis de creatividad, que es a lo que se refiere cuando habla de la destrucción creativa. Schumpeter hablaba de la presencia de crisis que generan una destrucción de la empresa, pero al mismo tiempo generan profundos cambios e innovaciones, y en este sentido las innovaciones son una especie de motor muy importante para poder superar estas situaciones.
- La innovación en procedimientos y productos implica sustitución a nivel micro. Pero también muchas empresas son grandes y la sustitución de sus negocios principales por nuevos procedimientos y productos tendrá repercusiones globales
- Empresas globales, tecnologías globales
- Se amplía el ámbito de la destrucción de lo micro a lo macro.
- La volatilidad global es parte integrante del sistema de mercado, y hay que profundizar su estudio para identificar fuen-

tes de inestabilidad y delinear los componentes que están asociados con el funcionamiento de los mercados, y otras veces son el resultado de fracasos evitables de los mercados.

Mito 2 – Mercados competitivos se basan en leyes e instituciones

- El segundo mito que funcionó durante todo este período fue el mito de que los mercados competitivos funcionaban solos, no necesitaban de leyes ni instituciones. Y en realidad cuando uno observa claramente los mercados, estos se sostienen a partir de instituciones, de leyes y de regulaciones, de derechos de propiedad y de seguros, de garantías sobre el cumplimiento de los contratos, y regulaciones del comportamiento del producto y la calidad de servicio.
- Las instituciones han recibido más atención en los últimos 15 años. Se trabajó mucho sobre ellas, pero la idea era que había que estudiar el papel de las instituciones para entender por qué los países pobres eran pobres y no se desarrollaban. Es decir que se buscaba ver en qué fallaban las instituciones en esos países, sin investigar la naturaleza de las instituciones que garantizaba la continua prosperidad en las naciones avanzadas, y qué debería cambiar en la evolución de las relaciones económicas.
- La mayoría piensa hoy que el mercado no debe ser librado al comportamiento oportunista. Hoy la mayoría de los economistas reconocen que los mercados viven sobre las bases establecidas por las instituciones, y que los mercados libres no son lo mismo que los mercados no regulados. Y este reconocimiento enriquece la teoría económica.
- Algo interesante tiene que ver con el tema de la codicia. La codicia no es ni buena ni mala. Cuando se canaliza hacia la maximización de la competitividad y el comportamiento innovador, bajo los auspicios de las leyes y reglamentaciones acer-

tadas, la codicia puede actuar como motor de la innovación y el crecimiento económico.

- Pero lo anterior requiere de determinados límites, porque si no se controla por las instituciones apropiadas y los reglamentos, se degenera en la búsqueda de rentas, la corrupción y la delincuencia.
- Es nuestra elección colectiva ver cómo se hace para gestionar la codicia que muchos en nuestra sociedad inevitablemente poseen, y evitar de alguna manera que se convierta en un valor negativo. La teoría económica proporciona una guía sobre cómo crear la sistemas de incentivos, los derechos y las estructuras de recompensa para contenerlo y convertirlo en una fuerza hacia el progreso.

Mito 3 – No se desconfió de quienes debían vigilar

- El tercer mito es el tema de que no se desconfió de quienes debían vigilar. El primer punto a considerar en relación a esto es que el seguimiento debe ser realizado por los individuos, los directores ejecutivos, los gerentes y los contadores. Cuando se habla respecto de si una persona gana dinero por vender determinadas hipotecas, la realidad es que no le va a interesar demasiado qué tipo de hipotecas vende. En esto se generó como un clima de confianza que invadió a lo directores, los gerentes y los contadores, que hicieron que la primera crisis hace cuatro o cinco años atrás fuese también una digamos por exceso de confianza, donde se confiaba que los auditores estaban haciendo su deber, y no se vigilaba si los gerentes no estaban ocultando los números de los balances porque no les importaba demasiado el tema de los accionistas. Y aquí también se pensó que los banqueros estaban actuando de acuerdo o conforme a con lo que indicaba cierta ética de los negocios. En realidad, así como no debemos tener confianza ciega acerca de los incentivos de corredores de bolsa dispuestos a

asumir riesgos astronómicos, tampoco deberíamos haber puesto nuestra fe en los individuos monitores de otros, simplemente por que eran parte de organizaciones más grandes.

- El segundo punto es aún más preocupante para nuestro modo de pensar el mundo, porque la reputación requiere que la falta debe ser castigada severamente. Pero la escasez de capital específico y *know-how* hasta ahora significó que tales castigos a menudo no son creíbles. El argumento intelectual para el rescate de la crisis financiera 2008, ha sido que las organizaciones que son claramente responsables de los problemas que tenemos hoy en día, sin embargo, deben ser resguardadas y apoyadas porque son las únicas que tienen la capacidad específica para sacarnos de nuestra situación actual. Esto es un argumento no válido, y se requiere cambiar esta manera de proceder. Esto es muy importante, por eso yo les decía de que seguramente va a haber una reestructuración, porque si acá no se establecen algunas penalidades, algún mecanismo de castigo para los que han sido responsables, las señales van a seguir siendo muy malas.

La economía argentina

Vamos a mirar un poco la economía argentina, y ver cómo está preparada para el impacto de la crisis financiera internacional. **Alguna de las características de nuestra economía estructural, que a la vez representan debilidades, son las siguientes:**

- Estructura socioeconómica marcada por elevados niveles de desigualdad, concentración de capital e informalidad. Vivimos inmersos en una sociedad y en una economía que se ha hecho mucho más inequitativa en los últimos 30 años, y donde las crisis han sido parte de esa situación en donde se producen transferencias de riquezas muy rápidas.

- Instituciones políticas deslegitimadas y fuertemente influenciadas por los grupos de poder. En el caso de salud por ejemplo, hace mucho tiempo que el sistema de salud no se discute en el Congreso porque los lobbies son mucho más efectivos sobre el Poder Ejecutivo que sobre el Congreso, el Congreso podrá tener sus deficiencias pero permite que se amplíe la discusión y se genere una especie de caja de resonancia sobre el debate.
- Un sistema fiscal caracterizado por la insuficiencia de recursos, la regresividad y una limitada capacidad de reforma. No hemos tenido todavía un cierre del equilibrio, no tenemos todavía un equilibrio fiscal que nos permita pensar o avizorar una economía en donde los gastos tengan ingresos previstos, no es que solamente no tenemos una ley de coparticipación federal, que para nosotros es un impacto muy fuerte y un motivo de inestabilidad muy importante desde el punto de vista político. Nosotros tenemos un federalismo muy *sui generis*, que se ha convertido en una espada de Damocles para poder continuar con el sistema, porque si bien es cierto que el Estado Nacional concentra recursos y condiciona a las provincias, las provincias también conservan cuotas de poder muy importantes en materia de política. Y esto lo hemos visto ahora con la crisis, o con el tema de la epidemia en donde no se puede articular una estrategia nacional porque cada una de las provincias hace absolutamente lo que quiere. Y esto no tiene que ver con la discusión en profundidad sobre el dinero que cada una de las provincias debería recibir, está refiriéndose a la distribución de funciones, a lo que hace y de lo que es responsable cada una de las jurisdicciones.

En el siguiente cuadro se muestran algunas cifras de lo que ha sido el crecimiento económico del producto bruto interno. Puede verse que la variación del PBI que ha tenido Argentina en los últimos años ha sido realmente importante, 8.8 en el 2003, luego 9 en el 2004 y en el 2005 9.2, para bajar a 7 en el 2008. El tema es cómo se distribuyó este recurso, por eso es que el

modelo de crecimiento una debería replantearlo, y debería pensar quién se llevó o quién fue el que, de alguna manera, ganó durante este momento de crecimiento económico, porque ahora en el momento de crisis los que pierden vuelven a perder.

Argentina Principales Indicadores Económicos

Concepto	Unidad	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Población	Mill. de habitantes	38,5	38,5	38,9	38,8	39,4	39,7
1) Nivel de Actividad							
Producto interno bruto	Millones de dólares corrientes	129.631	153.185	183.117	211.678	260.402	326.474
PIB per cápita	Dólares corrientes	3.371	3.975	4.704	5.458	6.617	8.214
Variación del PIB real	Tasa de variación anual - en % -	8,8	9,0	9,2	8,5	8,7	7,0
Inversión interna bruta fija	Como porcentaje del PIB	14,3	17,7	19,8	21,6	22,6	23,0
Ingresos de Capitales por IED	Millones de dólares	1.652	4.125	5.265	5.037	5.720,4	n.d.
Desempleo (Dato Octubre)	Porcentaje	14,3	13,6	11,6	10,2	8,5	7,9

Entonces hay allí algunos datos importantes respecto de la inversión, que es el punto quizá más flojo de este proceso, partimos de un nivel de inversión muy bajo, 14.3 en el 2003 y llegamos a un nivel de inversión del 22.6 o del 23 en el 2008, pero con tasas de crecimiento muy altas, que no se pueden sostener con esa tasa de inversión. Sobre todo porque muchas de estas tasas de inversión son inversiones en residencias, inversiones que no implican inversiones en bienes de capital y no significan inversiones productivas sino que son inversiones vinculadas. Una de las mayores importaciones que ha tenido la Argentina en materia de tecnología ha sido el tema de los teléfonos celulares. Es cierto que los teléfonos celulares mejoran el nivel de productividad, pero hasta un cierto punto, es decir, el tema de la importación implicaría importación de equipamiento, de procesos y de nuevas tecnologías para generar saltos en materia de productividad.

Una cosa muy importante aparte del crecimiento económico y de las tasas, es el tema de cómo estamos en materia de productividad, o sea qué está pasando con la productividad del país.

Estos son **algunos de los pronósticos sobre el crecimiento para el año 2009 en %.**

Orlando Ferreres & Asoc.	-2,6
Prefinex	-2,5
Fundación Mediterránea	0,0
M&S Consultores	0,0/-2,0
Fiel	-1,6
Río Bravo Invetimentos	0,0/-2,0
Ecolatina	0,0
Economía & Regiones	0,0
Servicios Estudios BBVA	-0,4
Joaquin Ledesma & Asoc.	0,0/-1,0
Bein & Asoc.	2,0/1,5
Exante	1,9

Después vamos a ver una gráfica comparada con América Latina. Esas tasas de crecimiento de alguna manera son un piso importante que va a evitar que Argentina caiga en porcentajes de crecimiento del PBI. Sin embargo hay algunas muy pesimistas y otras más positivas, la de Bein le da un crecimiento económico de 2.0 a 1.5, éste es parecido al cálculo que hace CEPAL respecto del crecimiento económico para este año. Y hay otras que son muy negativas respecto de una caída del 2,5% del PBI.

El siguiente cuadro muestra el **impacto en algunas industrias clave.** Puede verse cómo se muestra la desaceleración económica en la industria automotriz, en la industria del cemento y en la siderurgia, que uno puede estar notando en materia de recesión.

Industrias claves

<i>Producción industrias clave (Var % anual)</i>				
<i>Sector</i>	<i>Oct-08</i>	<i>Nov-08</i>	<i>Dic-08</i>	<i>Ene-09</i>
Automotriz	21,2%	15,2%	9,4%	-54,6%
Cemento	0,0%	-14,7%	-10,1%	-9,0%
Siderurgia	0,8%	-24,7%	-49,9%	-41,0%
Agrícola	Var % anual de la producción (2009)			-25,0%

Fuente: Prefinex AM en base a CIS, ADEFA, AFCP

No es que a nosotros la crisis nos viene a traer un problema de pobreza y desigualdad, nosotros convivimos con un problema de pobreza que la crisis sin duda va a acentuar.

- El período de alto crecimiento de empleo y salarios comenzó a agotarse a mediados del 2007.
- En el tercer trimestre del 2008 prácticamente no hubo crecimiento del empleo (EPH) Sin considerar planes sociales, se habrían creado sólo 10 mil puestos de trabajo.
- El 50% de las empresas líderes tienen suspendida la incorporación de personal o no se llenan las vacantes que se están produciendo.
- El desempleo estaría llegando a un 8 ó 9%. La hipótesis más negativa sería llegar al 11% (aumento de 500.000 desocupados más).

Como es sabido, en nuestro sistema de salud, el trabajo y el empleo es un factor fundamental por el impacto que esto tiene en término de los ingresos económicos para el financiamiento del sistema de salud, vía aportes y contribuciones. Esto sin contar la gran economía en negro con la cual nosotros convivimos, que es uno de los grandes defectos. Si quisiéramos tener un sistema universal a partir de este sistema de seguridad social que tenemos, no deberíamos permitirnos tener una economía sumergida en donde haya gente que no aporte, al menos para de alguna manera hacer sustentable ese sistema. Ahora si uno quiere estar a media agua como navega la Argentina, en donde no se sabe si tiene un sistema financiado públicamente o un sistema financiado por aportes y contribuciones, y no se discute tampoco qué, quién y cómo van a cubrir a las personas que no tienen hoy cobertura de salud, entonces no habría que molestarse con estas reformas.

Pensemos que si hacemos una encuesta en este grupo, los que estamos aquí presentes, la mayoría de nosotros tiene un sistema de seguridad social, tiene una obra social o tiene alguna medicina prepaga. Es decir, claramente el problema no somos muchas veces los que estamos acá, sino que el problema son las

personas que están en los quintiles de más abajo, que son personas que muchas veces no tienen acceso y no tienen cobertura de servicios de salud.

Veamos algunas estimaciones respecto del **decrecimiento económico en países de la región:**

Puede observarse como Argentina y Venezuela, que habían tenido tasas de crecimiento quedan mejor paradas, Brasil estaría teniendo una caída del -1%, pero de todas maneras empieza a haber también una recuperación. En México el -2%, en Costa Rica el 0,5%.

- **México (-2%)**
- **Brasil (-1%)**
- **Costa Rica (-0,5%)**
- **Paraguay (-0,5%)**
- **Argentina (1,5%)**
- **Venezuela (1%)**

El desempleo de la región estaría pasando del 7,5% al 9%, siempre hablando de promedios.

Hay además una **desaceleración del comercio internacional. También una disminución de las importaciones** porque esto impacta sobre los mercados desarrollados y éstos han perdido capacidad de importar algunos productos.

Hay reducción de remesas, menores ingresos por turismo y de los flujos de inversión extranjera directa.

Nos seguimos beneficiando de un precio de la materia prima alto que facilita y permite tener ciertos ingresos económicos, pero que vinculados al tema fiscal el hecho de no tener claramente definida la ecuación fiscal, ingresos y egresos, hace que no se esté discutiendo desde el punto del fiscal cómo vamos a sostener ese gasto, cuáles son los impuestos que deberían sostener ese gasto. Y seguimos conviviendo con una estructura fiscal regresiva, con una estructura fiscal que es de corto plazo, es decir, los precios de la materia prima hoy favorecen que las retenciones agropecuarias sean un ingreso importante, pero la

realidad es que hoy no podemos pensar que esa sea la ecuación fiscal que va a sostener el Estado Argentino y el gasto público en Argentina. Uno debería buscar una combinación de impuestos que permitan hacer sostenible la situación económica.

Miremos ahora de manera panorámica algunos aspectos del **sistema de salud en la Argentina**.

- Sistema fragmentado, ineficiente e inequitativo.
- 50% de la población sin cobertura
- Fragmentación del financiamiento – dificultades para construir políticas comunes
- Calidad – variaciones prácticas médicas y farmacéuticas
- Gasto de bolsillo (casi 40% del financiamiento)

Como dije antes respecto de la pobreza y de los problemas de cobertura, Argentina no necesita de una crisis que impacte sobre su sistema. Es suficiente verificar estas limitaciones para realizar un diagnóstico. Argentina no tiene un sistema de salud que cubra a los habitantes del país, tiene una cantidad de seguros parciales para determinados grupos de población que tienen algún derecho a recibir prestaciones y servicios de salud.

Argentina tiene un 50% de la población sin cobertura, sin derecho a la salud en forma directa y automática. Sin dudas que si la persona recurre a la justicia tendrá acceso algún servicio pero el problema no es el acceso en esa instancia sino que el derecho a la salud debería ser el derecho al cuidado, a la prevención y promoción de la salud para que la gente no pierda ese estado.

El tema de la calidad es algo sobre lo que nosotros no nos preocupamos demasiado, porque no medimos la misma y se desconoce la calidad de las prestaciones y estructuras. Y por ejem-

plo ahora, cuando surge el escándalo de los medicamentos, empezamos a ver que algunos financiadores estaban comprando medicamentos que no eran los adecuados, o que están financiándose a través de la APE algunas prestaciones en algunos casos inexistentes y con pacientes inexistentes.

Y finalmente, el gasto de bolsillo que es el mayor indicador de inequidad en un sistema, ha ido trepando casi al 40% del financiamiento del sistema de salud en la Argentina. Y claramente esto es un indicador de mucha inequidad.

Veamos un poco qué le cuesta la salud a cada una de las personas en función del quintil de ingresos o recursos en donde están ubicadas. La fuente de esta tabla que mostramos es la Encuesta Permanente de Hogares del año 2003.

Gasto en Salud por quintil (2003)
Inequidad en el financiamiento

Quintiles	I	II	III	IV	V
Gasto total en Salud	15,7	14,4	14,9	10,8	7,6
Gasto en Servicios	4,5	5,7	6,0	4,6	3,3
Gasto en Medicamentos	11,3	8,7	9,0	6,2	4,3

Fuente: EPH 2003.-

El primer quintil es el quintil de menores recursos, y vemos que estas personas tienen que gastar un 15,7% de sus ingresos en salud, y de eso el 11,3% son medicamentos. Esto fue un poco lo que intentó atacar en su momento el Programa REMEDIAR, cuyo fundamento básicamente fue poder llegar a la población de menores recursos, que corresponde a los quintiles 1, 2 y 3, que tienen un gasto en medicamentos del 11,3%, 8,7% y 9% de sus ingresos respectivamente. O sea que en promedio casi el 10%

del ingreso de esas familias tenía que utilizarse para la cobertura de medicamentos.

Y sin embargo todavía no hemos trabajado en todo lo que esto significa, en lo que sería el gasto en servicios de salud, porque esto tiene que ver con la cobertura, concretamente tiene que ver con un gasto puntual y está reflejando en realidad solamente lo que sucede o se gasta cuando la persona va al médico porque ya está enferma, y entonces necesita el servicio y paga de alguna manera por ese servicio. No está reflejando lo que ayer Daniel Lew planteaba de cómo organizar una sociedad en base a un sistema de salud, en este caso en base a las necesidades, porque no está planteando la necesidad que esa persona podía llegar a tener de asistir a un profesional o a un centro de salud para lograr una atención preventiva y diagnóstica.

Los efectos sobre la salud dependen del contexto institucional y la organización de la sociedad civil. El país ya tenía problemas económicos serios antes de que llegara la crisis internacional: baja tasa de inversión, escaso crédito, problemas para obtener financiamiento internacional, conflictos internos con el sector más exportador, etc.

A la vez, un sistema de salud como el de Argentina, cuyos ingresos son procíclicos se verá mucho más afectado que otros sistemas de salud que están financiados vía Tesoro. O sea que si bien acá el tema del impacto fiscal es importante y debe ser siempre motivo de preocupación respecto de las prioridades a futuro, la preocupación central no está ligada al déficit fiscal sino a la pérdida de trabajo. La pérdida de empleo puede impactar fuertemente sobre los aportes y contribuciones, como de hecho ya se está observando en muchas obras sociales. Durante todos estos años tuvimos un PAMI muy rico, porque como se sabe PAMI está financiado en un 70% por los trabajadores activos, y llegó a tener casi 8000 millones de pesos de presupuesto. Pero eso fue en los momentos en los cuales los argentinos teníamos un crecimiento económico de 7% u 8%. En cambio ahora, en el

momento en el cual la población está necesitando, ¿cuánto va a ser el presupuesto del PAMI? Porque que sepamos no hay un fondo anticíclico previsto por el Estado para poder hacer frente a las caídas de cobertura de salud.

Miremos un poco el tema de la **presión fiscal** y las cifras que tiene Argentina en el marco de América Latina, a través de un trabajo de CEPAL del 2008 que es muy interesante. Argentina tiene una presión fiscal que pasó del 21,5 del PBI (2000) al 29,2% (2007), vale decir que se incrementó en un 7,7% del PBI. En América Latina sólo Brasil, con una presión tributaria del 35% del PBI, tiene un nivel más elevado que la Argentina, y ninguno de los 20 países relevados por la CEPAL tuvo un incremento tan alto como el experimentado por Argentina durante los últimos 7 años. Agreguemos que en los países desarrollados este indicador es superior al 40% del PBI.

¿Cómo se explica ese incremento? El 35% corresponde a impuestos al comercio exterior, el 21% al aumento de impuestos sobre la propiedad bancaria, que son los créditos y débito bancario (impuesto al cheque), y un 14% corresponde a aportes y contribuciones a la Seguridad Social, y el 70% de impuestos volátiles o socialmente regresivos. En sentido contrario los aumentos que se han generado en los impuestos a las rentas y ganancias, solamente explican el 20% de ese incremento que ha tenido Argentina sobre la presión fiscal que tiene.

Veamos un poco el tema de las **contribuciones**, que para nosotros son tan importantes. Por ejemplo, en Estados Unidos las contribuciones patronales con destino al financiamiento de beneficios de la seguridad social son del 29,5% del salario, parecido a lo que nosotros tenemos que es un 30%. En Estados Unidos el 11% de esos puntos son obligatorios (previsión, salud para la vejez, desempleo y riesgos del trabajo), y el 18,5% corresponde a beneficios de salud voluntarios (seguro de vida, de salud y de ahorro provisional). Este es un modelo muy volátil y esto es parte del problema que tiene hoy Estados Unidos, es

decir, el hecho de que esto no sea obligatorio hace que muchas empresas y en especial pequeñas empresas, no hagan los aportes y las personas no tengan seguro de salud, y las estadísticas muestran que en Estados Unidos viven 45 millones de personas sin cobertura de salud.

En **Argentina** las contribuciones patronales con destino al financiamiento de beneficios de la seguridad social son el 30% del salario. La totalidad de las contribuciones patronales son coercitivas, y la calidad y nivel de protección que brinda la seguridad social son relativamente bajos, y se da el caso de muchas empresas que aparte de la cobertura de la obra social, tienen que contratar una nueva cobertura de medicina prepaga, y aparte está el gasto de bolsillo que puede llegar a hacerse. Cuando la calidad de los servicios es tan baja, las cargas sociales se convierten en un impuesto que grava el trabajo asalariado registrado.

El tema no es que yo esté postulando una mirada hacia Estados Unidos, lo que yo estoy diciendo es que si nosotros tenemos este recurso destinado obligatoriamente a financiar esto, es necesario que incorporemos en la agenda de políticas públicas cuál es el nivel adecuado de impuestos sobre el salario, y ver cuál es el uso que se está haciendo de los recursos, porque probablemente estemos malgastando una cantidad importante de recursos que no van a ninguna parte, o lo que es peor y más real, que van a engrosar los bolsillos de alguien que no aporta prestaciones mejores y más amplias.

Es una realidad que en Argentina la mayor desocupación implica menores recursos para la Seguridad Social. El trabajador en relación de dependencia termina pagando la mayor parte del sistema de salud, financiando las obras sociales y el PAMI, además de pagar de bolsillo por las prestaciones.

Pero esto está agotado, el tema del trabajador formal en un país en donde también hay tanta informalidad laboral se hace insostenible desde el punto de vista del financiamiento, y nos

debería obligar a discutir hacia dónde y cómo se debería financiar el sistema de salud en la Argentina. El financiamiento público a la salud es escaso, como vimos el porcentaje de gasto privado alcanza el 40%, pero sobre todo yo digo que es escaso si pensamos en el gasto público, porque el gasto público es el único gasto solidario en un 100% que nosotros realmente tenemos. El resto de los gastos, de las asignaciones, son asignaciones específicas, porque nadie de nosotros se puede meter a buscar los ahorros de PAMI y lograr un programa o armar un programa de salud con los 3000 millones o 4000 millones que, según dijeron las autoridades de PAMI, tienen ellos en el Fondo Fiduciario y que a esta altura ya no lo tienen más porque se lo ha terminado comiendo el gobierno. No se puede ahorrar con el sistema de salud, lo que sí uno debería tener es un sistema que permita la reasignación de recursos. Tampoco se puede redistribuir el gasto de las obras sociales o el gasto de la medicina prepaga porque son gastos que tienen asignación específica, salen del bolsillo.

Las siguiente tabla muestra un poco lo que les decía respecto del modelo de imposición de la estructura tributaria en América Latina, y cómo los impuestos indirectos son los que, de alguna manera, colaboran en la inequidad en la cual se sostiene este país desde el punto de vista financiero.

Imposición directa en la estructura tributaria – Año 2005 (%PIB)

Región	TOTAL	Rentas y ganancias de capital	Propiedad	Otros direc.	Subt. Direct	Bs serv Trans internos	Otros	Segur. Soc.
América latina	17	3,8	0,8	0,2	4,8	9,4	0,5	2,3
OCDE	36,4	12,9	2	0,3	15,2	11,5	0,2	9,3
EU 15	40,1	13,7	2,1	0,4	16,2	12,1	0,3	11,3
EEUU	26,8	12,5	3	0	15,5	4,6	0	6,6
JAPON	26,4	8,5	2,6	9,8	11,1	5,3	0,1	10

Fuente: Oficina CEPAL Buenos Aires.-

Y esta segunda tabla muestra el gasto en salud y los resultados sanitarios. Acá ya el cálculo del Producto Bruto está hecho ajustado por la capacidad del poder adquisitivo, de acuerdo con esta metodología que se utiliza ahora tomando en cuenta que el dólar que uno utiliza en los distintos países no puede comprar lo mismo en un país que en otro, y en consecuencia lo que se intenta hacer con este esquema es ajustar en función de la capacidad de compra que ese dólar tiene en el país.

América Latina: Gastos y Resultados

PAISES	PNB per capita PPP 2005	Crecimiento % P/CAPITA PBI (2004-05)	Mortalidad al 5to año (2004)	Gasto total en Salud per capita (2004)
ARGENTINA	13.920	8,2	18	1274,3
CHILE	11.470	5,2	8	720,3
MEXICO	10.300	1,9	28	655,4
URUGUAY	9.810	5,8	17	783,7
COSTA RICA	9.680	2,3	13	592
BRASIL	8.230	0,9	34	519,7
COLOMBIA	7.420	3,6	21	570
VENEZUELA	6.440	7,5	19	284,8
PERU	5.830	5,1	29	235,4

Fuente: World Development Report 2006; WHO.-

Entonces Argentina, de acuerdo con este ajuste, va a tener un Producto Bruto per cápita de 13.920 dólares, casi 14.000 dólares, cuando en relación si uno lo mira en términos de Producto Bruto calculado comúnmente, termina dando 8000 ó 9000 dólares. Chile salta también a 11.470 dólares per cápita y México a 10.300. Brasil, que tiene aproximadamente de acuerdo con el Producto Bruto calculado sin este ajuste unos 6000 dólares per cápita, salta con esto a 8230.

Por supuesto que esto tiene un impacto sobre el gasto en salud per cápita ajustado realmente, con lo cual Argentina de

acuerdo con este indicador pasa a tener 1274 dólares per cápita de gasto, es decir que refleja en realidad lo que se puede comprar con un dólar en Argentina. Sin embargo, en términos de resultados la mortalidad a los cinco años de vida sigue siendo del 18 por mil, y en algunos otros países es mucho menor con un gasto menor, como por ejemplo en Chile que es del 8 por mil, con lo cual uno debería preocuparse y preguntarse qué está pasando acá con el sistema de salud. Más allá de todo lo que ha pasado en Chile durante el gobierno de Pinochet y de toda la reestructuración del sistema, hay algunas cosas que son los basamentos que tienen que ver con estos indicadores sobre los cuales se ha trabajado, ya que se ha trabajado con las madres, con las aguas y con las cloacas. Es decir que hay un fundamento en la asignación de los recursos de base, que permite trabajar sobre los determinantes de la salud y lograr indicadores interesantes. Otro caso para observar es Costa Rica, que tiene un 13 por mil de mortalidad infantil, con un gasto per cápita mucho menor que el que tiene Argentina.

Reflexiones Finales

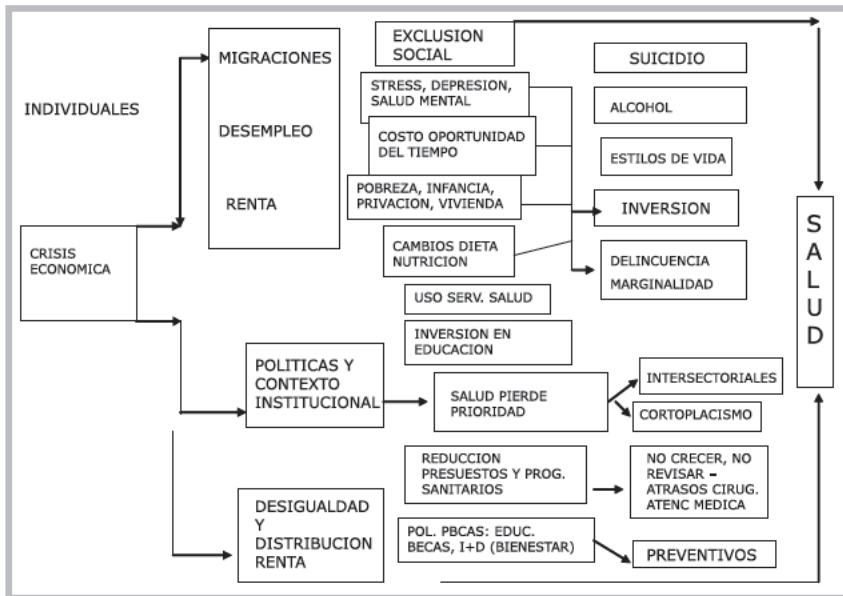
Las crisis son también una oportunidad para tomar decisiones, una oportunidad para priorizar, para racionalizar y para cambiar. Yo creo que nosotros perdimos una posibilidad en el 2001-2002 de redefinir el sistema de salud la Argentina. Es cierto que la emergencia nos llevaba todas las energías y estábamos muy angustiados, pero era también un momento interesante como para representar las reglas del juego. En el sector salud se desaprovechó esta instancia que se abrió, se trabajó sobre la emergencia y no se replantearon las bases de un sistema de salud universal.

También recordar algunas de las consecuencias que generan las crisis económicas en los países en desarrollo, como las siguientes:

- Generan empobrecimiento, desempleo, inflación, devaluación de la moneda, caída en el acceso a los sistemas sociales.-
- Afectan grupos más vulnerables de población (niños, ancianos, pobres y áreas rurales y urbanas marginales).-
- Pérdida de ingresos y de protección social / salud.-

Y quería terminar con este cuadro que muestra, desde el punto de vista individual y desde el punto de vista de las políticas y de la desigualdad de la renta, cómo es el impacto final sobre la salud. Lo comentamos muy brevemente, si bien es muy rico para el análisis y la discusión, pero ya tenemos que concluir nuestra charla.

Crisis económica e impacto sobre la salud



Fuente: Beatriz López Valcárcel, 2009.-

Brevemente entonces, digamos que puede observarse desde el punto de vista de lo individual el impacto que tienen las migraciones, el desempleo y la disminución de la renta generando procesos de exclusión social, de depresión y trastornos de la salud mental, de costo de oportunidad del tiempo, de problemas en la pobreza, en la infancia y en la vivienda, y cambios en la dieta nutritiva. Los mismos terminan impactando fuertemente a través de suicidios, alcohol y cambios negativos en los estilos de vida, en tanto que también hay cambios en las inversiones, generando delincuencia y marginalidad.

Desde el punto de vista de las políticas y el contexto institucional, las crisis impactan en el uso de los servicios de salud y de las inversiones en educación. Y la salud pierde prioridad dentro de este esquema por su problema de intersectorialidad y cortoplacismo. Y otra de las grandes consecuencias de la desigualdad en la distribución de la renta, que se agudiza en las crisis, se ve acompañada de la reducción de presupuestos y de programas sanitarios, cuyo impacto final lleva a no crecer, a que no se puedan dar las prestaciones y por ejemplo se generen atrasos en las cirugías y se deteriore la atención médica en general. Aunque también empiezan a aparecer algunas políticas públicas de educación, como becas en I&D y otras de bienestar, que intentan actuar de manera preventiva para evitar el impacto sobre la salud.

Crisis económica e impacto sanitario

Una mirada desde la epidemiología

Dra. María Laura Martínez

Introducción

Como recién me acaban de presentar, vengo del Ministerio de Salud, del Área de Análisis de Situación de Salud de la Dirección de Epidemiología. La idea es contar un poco cómo trabajamos nosotros, ya que yo represento al Área de Análisis de Situación de Salud, y todo el tiempo jugamos con esto de la situación socioeconómica entre las regiones del país y de las provincias, tratando de ver qué impacto tiene esto en la salud de la población.

La presentación va a tener tres partes, tres patas en donde por un lado vamos a ver algunos indicadores socioeconómicos, aunque algunos de ellos fueron ya comentados por Carlos Vassallo, algunos eventos de salud que seleccionamos, y mirar cómo se ponen en juego y determinan esto de las desigualdades en salud, que como vimos recién son consecuencia de la desigualdad económica y de la concentración de riqueza en algunos sectores. Trataremos de mirar cómo influye esto en la salud determinando también desigualdades, porque de hecho los más pobres se enferman más que los que no son pobres, y los escenarios socioeconómicos desfavorables conducen a un deterioro de los indicadores de salud.

En lo que hace a indicadores socioeconómicos vamos a mostrar cuatro. La idea fue armar mapas de país a nivel de departamentos para tener una imagen visual de cuáles son las zonas más afectadas y medir esas desigualdades a nivel de departamentos también. Por eso los datos que tenemos son del Censo Nacional de Hogares y Viviendas del año 2001, si uno quiere hacer un análisis más actual tiene que recurrir a datos de la Encuesta Permanente de Hogares, pero con la restricción de que éstos no tienen representatividad departamental, por eso nos quedamos con estos indicadores del año 2001. La medición de las desigualdades la hicimos con el Índice de Gini y el índice de concentración, que en realidad vienen del área de la Economía. Son indicadores que muestran cómo varía un evento, en este caso de salud, en la población (ese sería el Índice de Gini), y si le agregamos un componente socioeconómico se transforma en el Índice de concentración.



Relación entre indicadores socioeconómicos y eventos de salud en el país

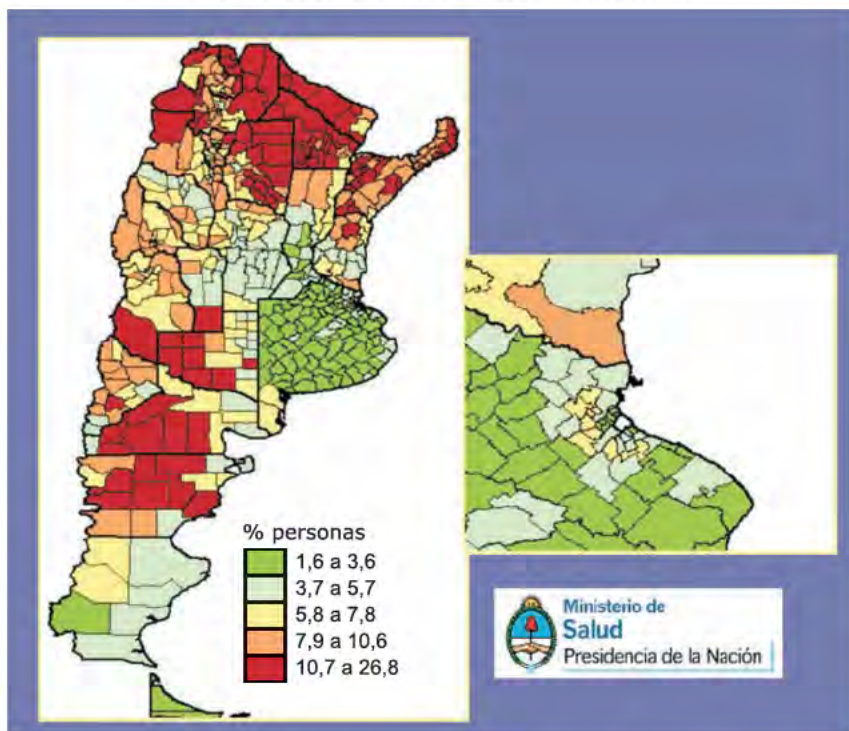
Para empezar digamos entonces que hemos seleccionado cuatro **indicadores socioeconómicos**:

- El porcentaje de población que nunca ha asistido a un establecimiento escolar.
- El porcentaje de hogares pobres (NBI-IPMH)¹, con pobreza convergente según departamentos.
- El porcentaje de población con cobertura de salud únicamente estatal.
- La población desocupada.

La idea, si uno se detiene y los mira, es ver que cada departamento tiene un indicador, pero lo que permite ver así el mapa es que hay zonas que puede verse claramente que aparecen como concentradas, en donde el color es ese rojo oscuro, e indica la peor situación. En este primer mapa que mostramos es donde hay más gente que nunca fue el colegio, y tenemos la zona del norte muy concentrada, y luego veremos que también coincide con una concentración de hogares con NBI, y también se evidencia en otro la pobreza convergente y la población que no tiene cobertura de salud.

¹ NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas - IMPH: Índice de Privación Material de los Hogares.-

Porcentaje de población sin asistencia escolar según departamentos. Argentina, año 2001

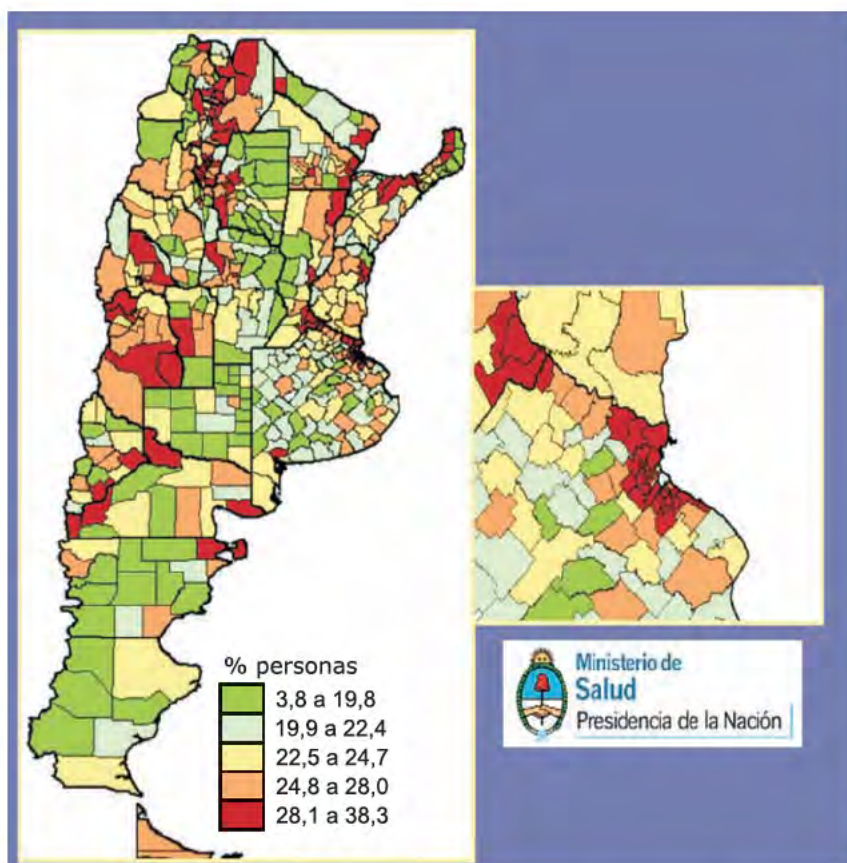


Fuente: Censo Nacional de hogares y viviendas, INDEC año 2001.

El único mapa que es un poco diferente es el desempleo, siempre teniendo presente que esto es el 2001, donde vemos que los departamentos con mayor desempleo están como esparcidos por todo el país. Pero si miramos el mapa chiquito de al lado, que es como una ampliación o detalle del conurbano, se ve como cómo se concentra ahí, o mejor dicho como en ese momento estaba tan concentrado.

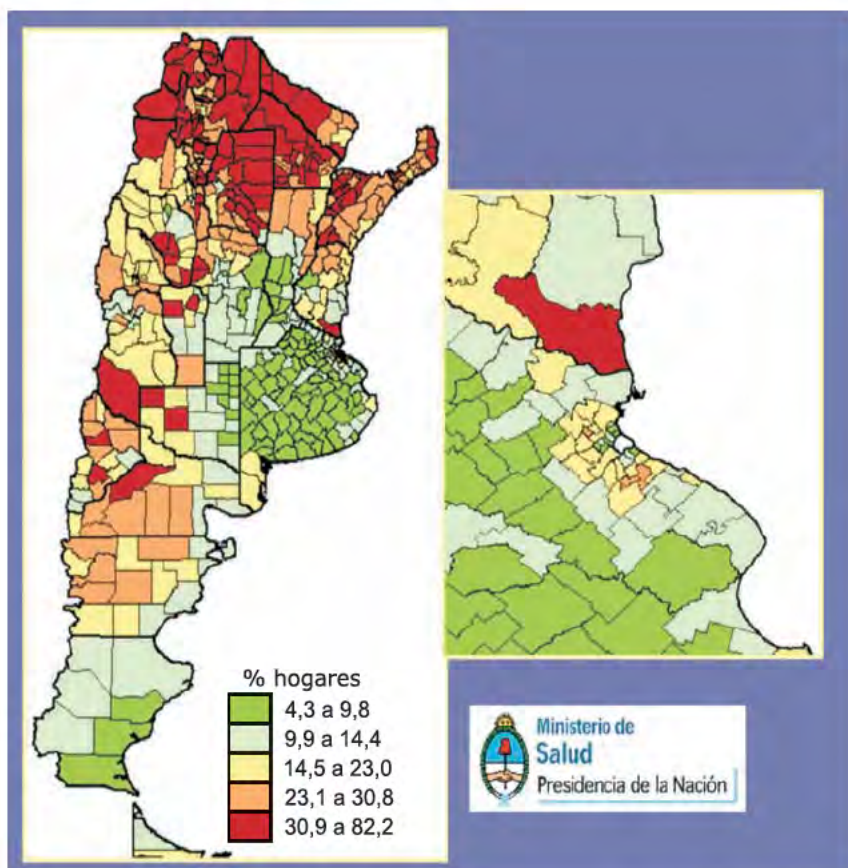
Los dos siguientes mapas grafican el NBI y el Índice de pobreza convergente, que responde el Índice de Privación Material de los Hogares (IMPH).

**Porcentaje de población desocupada según departamentos.
Argentina, censo 2001**



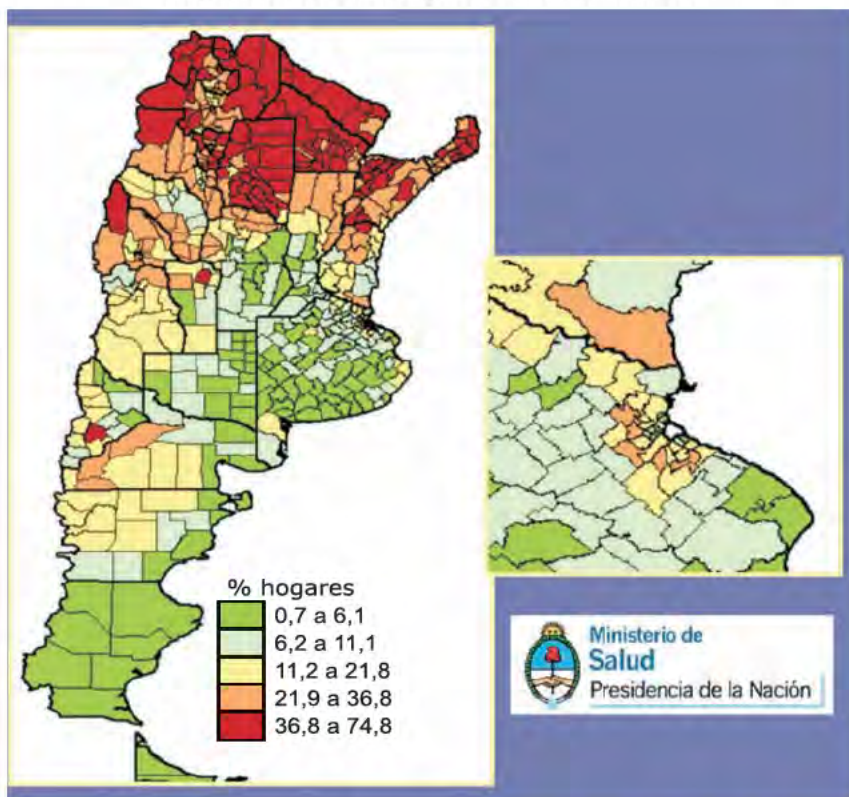
Fuente; Censo Nacional de Hogares y Viviendas, INDEC, 2001

**Porcentaje de hogares con NBI según departamentos.
Argentina, censo 2001**



Fuente: Censo Nacional de Hogares y Viviendas, INDEC, 2001

Porcentaje de hogares con pobreza convergente según departamentos. Argentina, censo 2001



Fuente: Censo Nacional de Hogares y Viviendas, INDEC, 2001

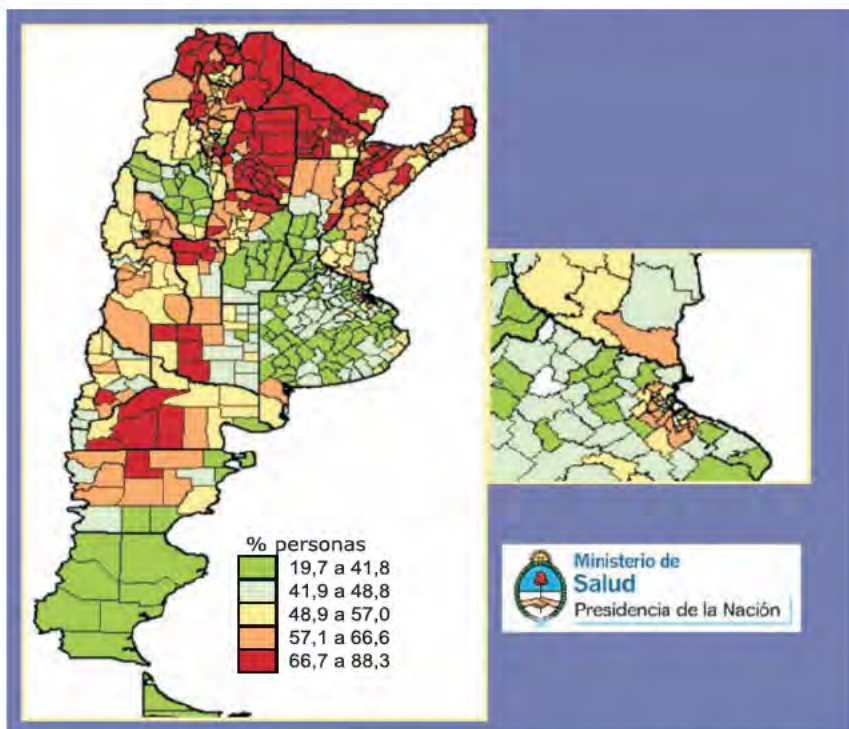
Los dos miden pobreza, pero la diferencia que tienen es que el NBI mide si el hogar corresponde o no a la categoría NBI, y por ahí el otro lo que tiene de ventaja es que le agrega a ese tipo si el hogar es pobre, es decir si tiene privación. Puede decirse que diferencia de qué tipo es la pobreza: si es más estructural, lo que sería equivalente al NBI, o sea una pobreza de larga data u hogares que vienen siendo pobres desde hace mucho tiempo, esa sería la pobreza estructural o pobreza patrimonial. En tanto que la privación de recursos corrientes es una pobreza más inmediata, lo cual es útil porque en situaciones de crisis hay hogares que se empobrecen de un momento a otro, y éste es un indicador más

sensible para medir este tipo de situaciones. Los hogares con pobreza convergente son aquellos en los que convergen los dos tipos de pobreza, la estructural y la de recursos corrientes.

Puede observarse que las zonas del centro como Buenos Aires, La Pampa, Córdoba, Santa Fe (sobre todo el sur) y la provincia de Santa Cruz se mantienen siempre con valores buenos, con mejores indicadores.

Y finalmente mostramos este último mapa, donde se grafica el porcentaje de población con cobertura únicamente estatal según departamentos.

Porcentaje de hogares con pobreza convergente según departamentos. Argentina, censo 2001



Fuente: Censo Nacional de Hogares y Viviendas, INDEC, 2001

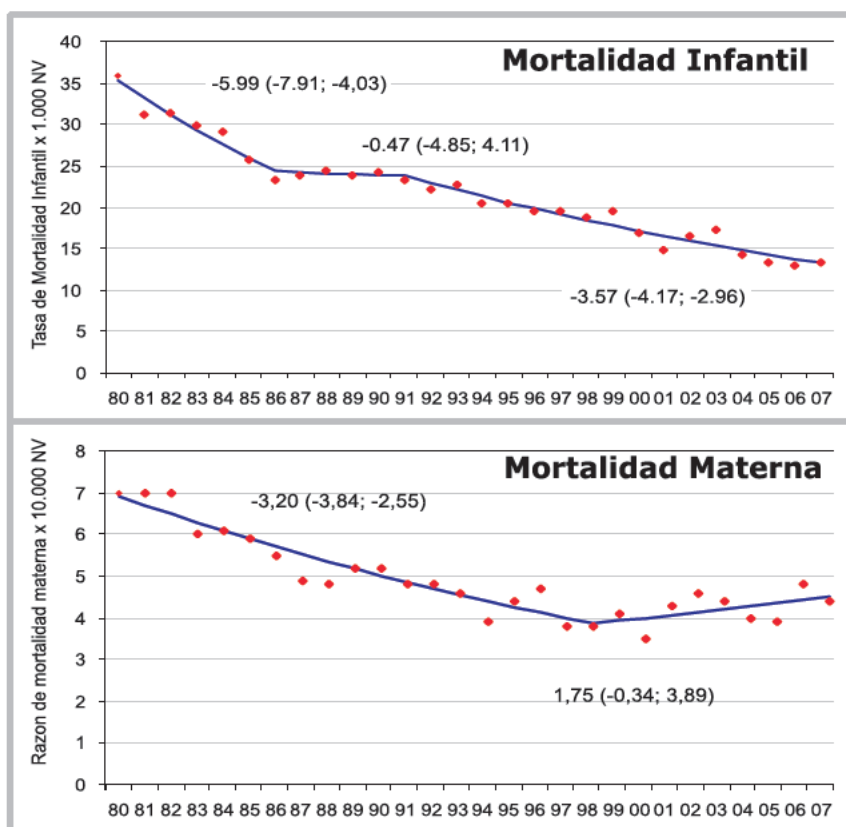
Si bien hay otros, seleccionamos los siguientes **eventos de salud** porque son problemas de salud que tienen que ver muy cercanamente con las condiciones de vida y con el acceso a los servicios de salud:

- Mortalidad infantil
- Mortalidad materna
- Mortalidad por Infecciones respiratorias
- Mortalidad por cáncer de cuello de útero
- Notificación de Tuberculosis

Rápidamente veamos qué pasa con la **mortalidad infantil y la mortalidad materna**.

Puede verse que tanto la mortalidad infantil como la materna vienen bajando, sobre todo la mortalidad infantil, que bajó mucho hasta el año 1980 y después siguió bajando pero más lentamente. Por su lado, la mortalidad materna bajó hasta el año 1997, y después es como que sube y baja, y no se sabe bien qué va a pasar, pero tendería a estar en aumento. En el año 2007, o sea el último dato disponible que hay, la mortalidad infantil tuvo un valor de 13.3 cada 1000 nacidos vivos, un poquito más alta que el año anterior que había sido de 12.4, y la mortalidad materna alcanzó un valor de 4.4 cada 10.000 nacidos vivos.

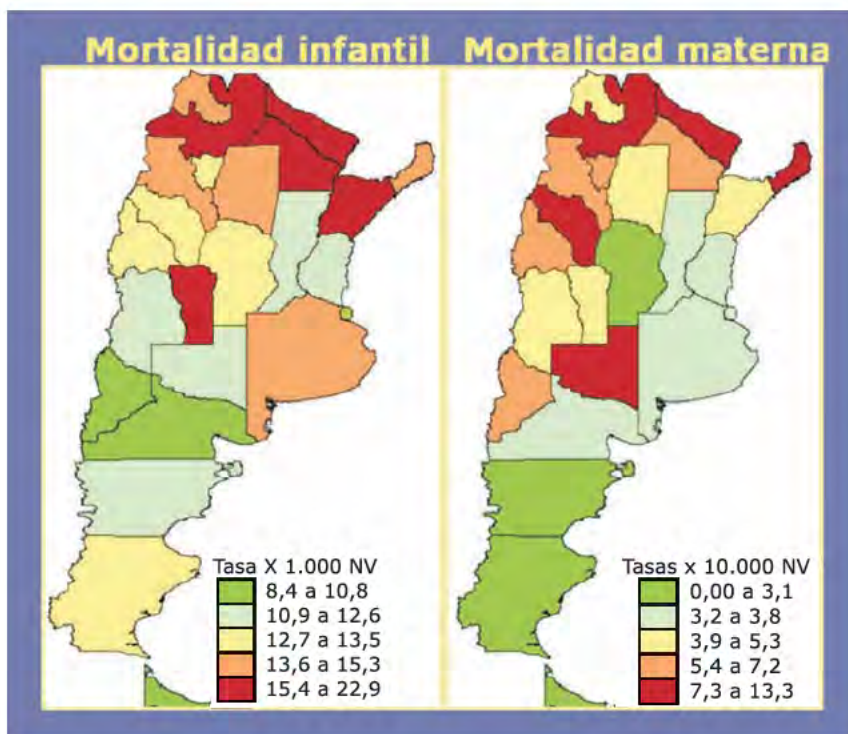
Mortalidad Infantil y Mortalidad Materna Tendencia de las tasas de mortalidad infantil y materna. Argentina, 1980-2007



Fuente: Elaborado en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina 2009

El siguiente mapa representa las tasas provinciales, pueden verse las referencias y los colores son los mismos que los mapas anteriores, es decir las provincias que están en ese color rojo oscuro tienen los peores indicadores. El peor caso, tanto en mortalidad infantil como materna es la provincia de Formosa, con la tasa más alta. Y la Ciudad de Buenos Aires es la jurisdicción con la tasa más baja. A su vez estas dos provincias tienen el peor y el mejor indicador de pobreza convergente.

**Tasas de mortalidad infantil y materna según provincias.
Argentina, año 2007**



Fuente: Elaborado en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina 2009

Entonces, si uno quiere hacer rápidamente un análisis de desigualdades en cuanto a la mortalidad infantil y materna, puede hacer lo que se conoce como **medidas basadas en el rango**, que lo que hacen es tomar los extremos y compararlos. Y si tomamos en cuenta por ejemplo para la mortalidad infantil una razón de tasas entre la tasa de Formosa y la tasa de la Ciudad Buenos Aires, que son la peor y la mejor provincia en cuanto a pobreza, tenemos que en Formosa el riesgo de morir en el primer año de vida es el doble que en la Ciudad de Buenos Aires, y para mortalidad materna es el triple.

Desigualdades en mortalidad infantil y materna
Medidas basadas en el rango

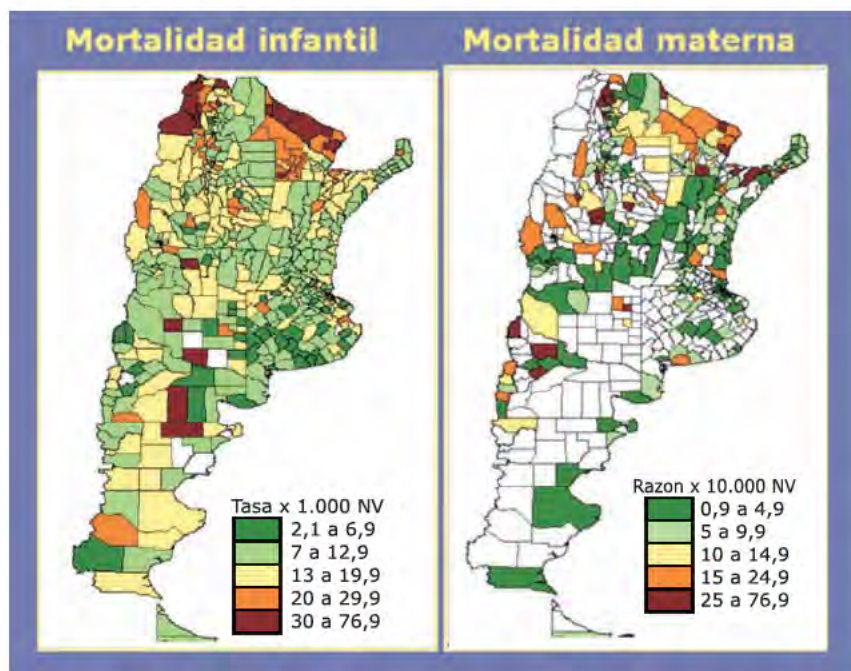
	Mortalidad Infantil	Mortalidad Materna
Riesgo Relativo (RR)	2,7	4,1
Riesgo atribuible Población Porcentual	58%	33%

Fuente: Elaborado en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina 2009

Y mirando la tabla precedente, podemos tomar el riesgo atribuible poblacional, que por ahí da una medida más cuantificable, y vemos que es del 58% para la mortalidad infantil y del 33% para la mortalidad materna. Es como que si en todas las provincias del país se pudiera lograr la tasa de mortalidad que tuvo la Ciudad de Buenos Aires, porque fue la provincia con menor pobreza, podríamos estar evitando el 58% de las muertes infantiles y el 33% de las muertes maternas, lo cual es bastante llamativo.

En los siguientes mapas podemos visualizar esto lo mismo, pero a nivel de departamentos.

Tasas de mortalidad infantil y materna según departamentos Argentina, trienio 2005- 2007



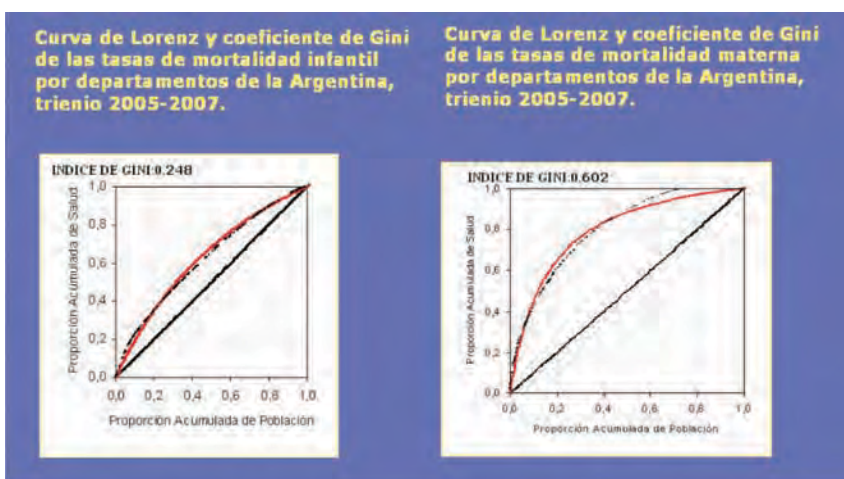
Fuente: Elaborado en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina 2009

En este caso lo que hicimos fue acumular tres años sucesivos de muertes y nacimientos, porque sino el indicador se hace muy inestable cuando la unidad es muy pequeña, pero muestra lo mismo.

Y si esta información a nivel de departamentos la ponemos en relación con las nacidos vivos por departamentos, vemos cómo se distribuyen. En los dos gráficos del siguiente cuadro, vemos el índice de Gini que muestra cómo se distribuyen en realidad las muertes infantiles y las muertes maternas en relación a los nacidos vivos, o sea cómo se distribuye el evento de salud en la población. Si la curva roja fuera igual a la negra, o

sea fuera una recta, sería una distribución homogénea, pero en este caso vemos que no es homogénea, y que si seguimos la intersección de las abscisas y ordenadas le corresponde a la mortalidad infantil un 40/20, esto significa que en el 20% de los nacimientos se acumulan el 40% de las muertes infantiles, y en el de la muertes maternas en ese 20% se acumulan el 40% de las muertes maternas. Con lo cual se está hablando de que las cosas no son homogéneas, no es que el 20% de las muertes ocurren en el 20% de la población.

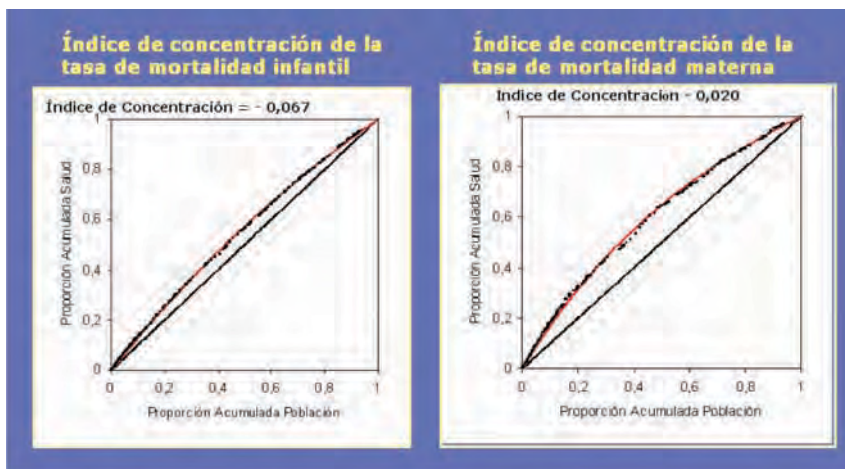
Desigualdades en mortalidad infantil y materna



Fuente: Elaborado en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina 2009

Veamos qué pasa si a lo anterior le agregamos la pobreza, o sea que en lugar de ver solamente la cantidad de los nacimientos agregamos el componente de algún indicador socioeconómico, en este caso los hogares con pobreza convergente, y lo ordenamos.

Desigualdades en mortalidad infantil y materna, según porcentaje de hogares con pobreza convergente

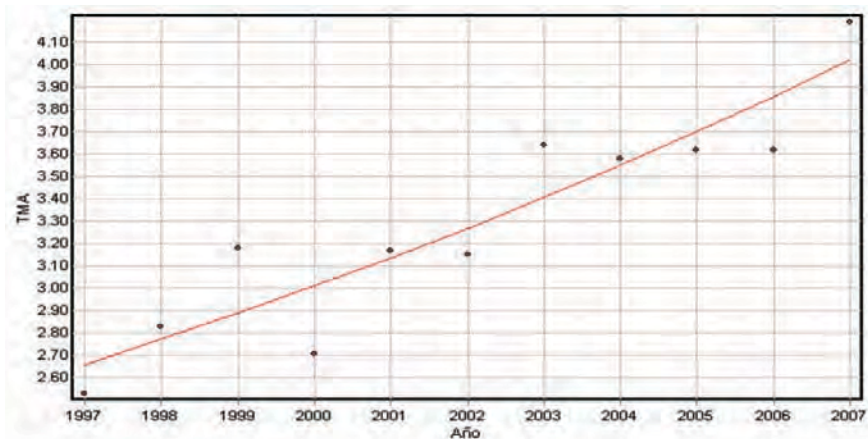


Fuente: Elaborado en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación y del Censo nacional de hogares y viviendas, INDEC 2001. Argentina 2009.-

Vemos que abajo, en el eje de las X, estarían ordenados de mayor a menor concentración los hogares con pobreza convergente, y entonces pasaría lo mismo, si la curva fuera igual a la línea serían el 20 el 20, o el 40 el 40. Pero vemos que no es así, que en el 20% o sea en el primer quintil como es 1, si lo dividimos en cinco son quintiles de hogares con mayor o menor pobreza, en el primer quintil que es donde están los hogares más pobres se acumulan un poco más del 20% de las muertes infantiles, y casi el 40% de la muertes maternas. Con lo cual la desigualdad es más importante, más marcada para la mortalidad materna que para la mortalidad infantil, pero igual está presente.

Otro de los eventos que seleccionamos tiene que ver con la **mortalidad por infecciones respiratorias**, que mostramos en el gráfico que sigue. También acá lo que vemos es una línea de tendencia, en la cual se ve claramente como viene en aumento la mortalidad por esta causa.

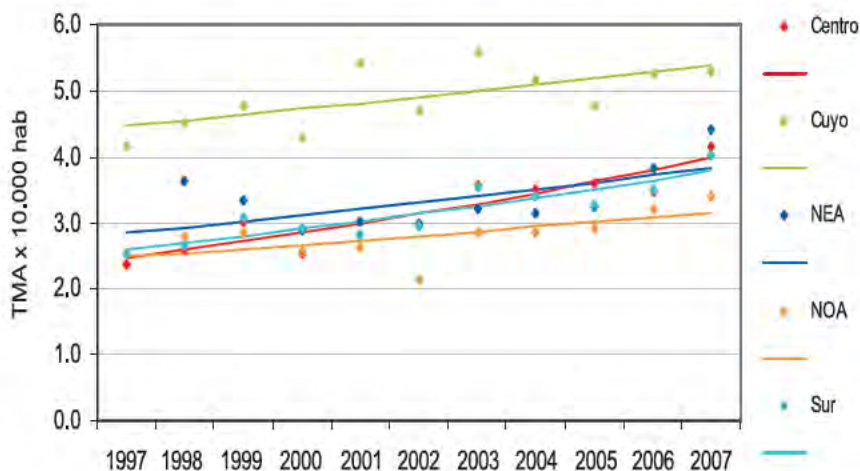
Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs)
Tendencia de las tasas específicas de mortalidad por
infecciones respiratorias agudas ajustadas por edad.
Argentina, periodo 1997-2007.



Fuente: Elaborado en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina 2009

El siguiente es un gráfico donde se muestra desagregada la información anterior. Aquí se ve la **tasa media del país** y esto mostraría lo que ocurre a nivel de las regiones, para ver si en realidad la media del país responde a alguna tendencia regional. Pero vemos que no, que en realidad en todas las regiones la mortalidad viene en aumento, la que más ha aumentado es la del sur, pero todas vienen subiendo, y la región de Cuyo siempre mantiene las tasas más altas.

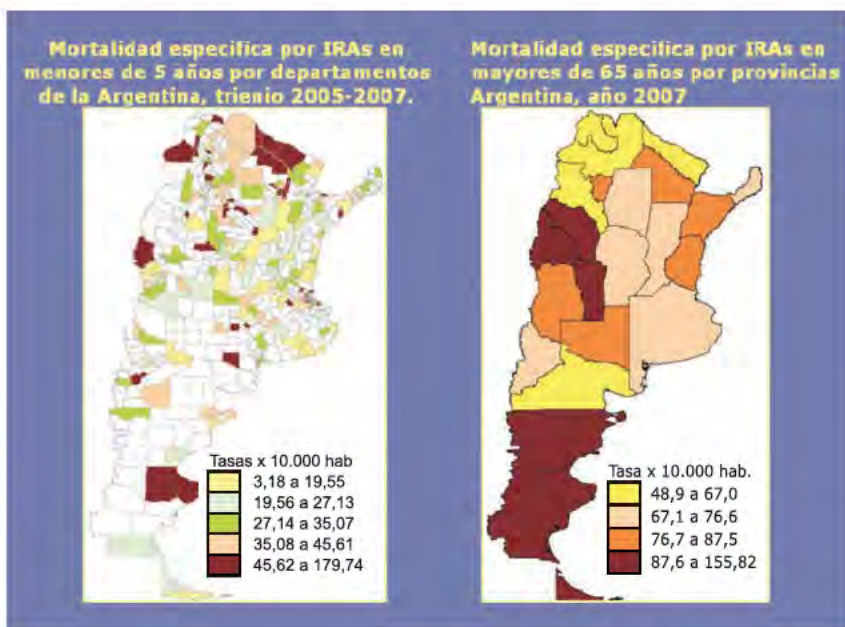
Tendencia de las tasas específicas de mortalidad por infecciones respiratorias agudas ajustadas por edad. Según regiones. Argentina, periodo 1997-2007



Fuente: Elaborado en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina 2009

Y estos de abajo son unos mapas de **mortalidad por infecciones respiratorias, en un caso en niños menores de cinco años, y en el otro en personas mayores de 65 años**, porque puede considerarse que son los grupos de edades más vulnerables para morir por esta causa. Puede verse asimismo la distribución por departamentos en el primer caso, y también la distribución por provincias en los mayores de 65 años.

Mortalidad por IRAs en Argentina



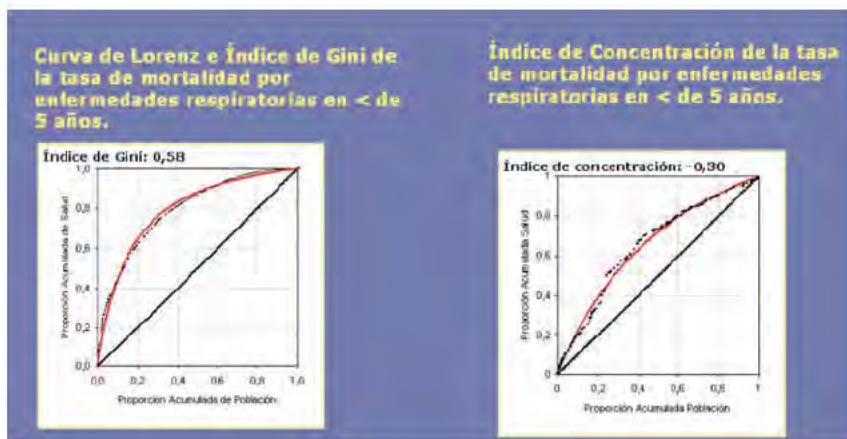
Fuente: Elaborado en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina 2009

En la mortalidad en adultos mayores no tenemos las tasas departamentales, pero ocurre algo que es contrario a lo que veníamos diciendo recién en cuanto a que en las provincias del norte es donde generalmente están los peores indicadores de salud. Vemos que en este caso no pasa eso, los adultos mayores mueren más en la Ciudad Buenos Aires, en San Juan y en las provincias del sur, que habitualmente tienen buenos indicadores de salud.

Los siguientes gráficos ponen en evidencia **cómo se distribuye la mortalidad de niños menores de cinco años** con respecto a la cantidad de niños menores de cinco años, y nuevamente tenemos el índice de Gini que muestra que en el 20% de los niños menores de cinco se producen el 60% de las muertes, o sea que hay muchísima desigualdad. Y si lo relacionamos con la

pobreza, que es el gráfico de la derecha, en el 20% de los departamentos que tienen mayor pobreza se acumulan el 40% de las muertes. Éste sería el primer quintil, o sea el 20% de los hogares de los departamentos que tienen mayor pobreza, acá tenemos el 40, el 60, el 80 y el 100, están todos los hogares ordenados de mayor a menor cantidad de hogares pobres, y acá está ordenado el evento de salud. Y entonces si se sigue esta línea del 20%, que son los hogares más pobres, acá se llega casi al 40% del evento de salud que en este caso es mortalidad por infecciones respiratorias en menores de cinco años. Este cuadro de la derecha es el que relaciona el evento de salud con la pobreza, en tanto que el primero solamente relaciona el evento de salud con la población, es decir sólo muestra cómo se distribuye ese evento en la población, y también muestra la variabilidad del evento. Pero dan una pauta de que si en realidad esa variabilidad tiene una relación con la pobreza, deberíamos ver algo parecido en el cuadro de la derecha, y generalmente ocurre eso.

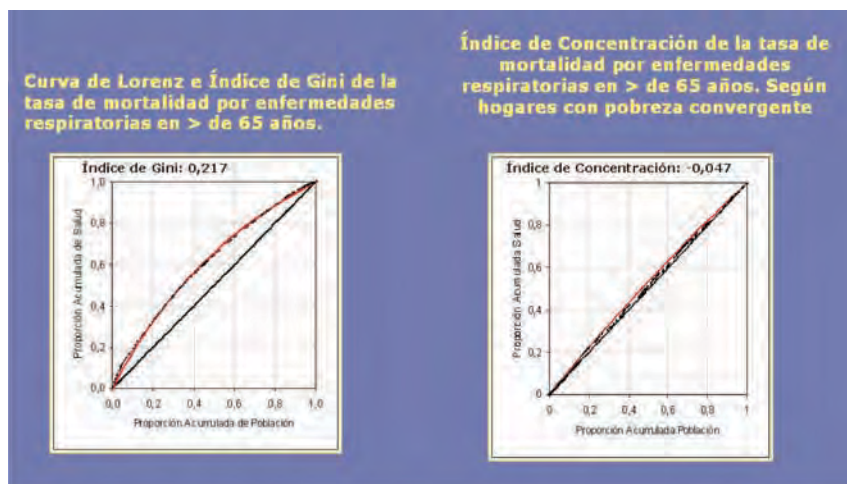
Desigualdades en la mortalidad por IRAs en menores de 5 años



Fuente: Elaborado en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina 2009

Con respecto a la mortalidad en adultos, si miramos los cuadros que siguen puede verse que acá pasa lo que yo les decía recién, la variabilidad en la población general de adultos mayores muestra que sí, que no es homogénea, pero no hay tanta desigualdad, y en relación a la pobreza no existe. Por eso veíamos que en las provincias con más pobreza en el norte teníamos tasas bajas, en todas estas provincias el amarillo corresponde a las tasas más bajas y esas provincias son las que tienen mayor pobreza, entonces es lógico que encontremos una curva de concentración como ésta.

Desigualdades en la mortalidad por IRAs en mayores de 65 años

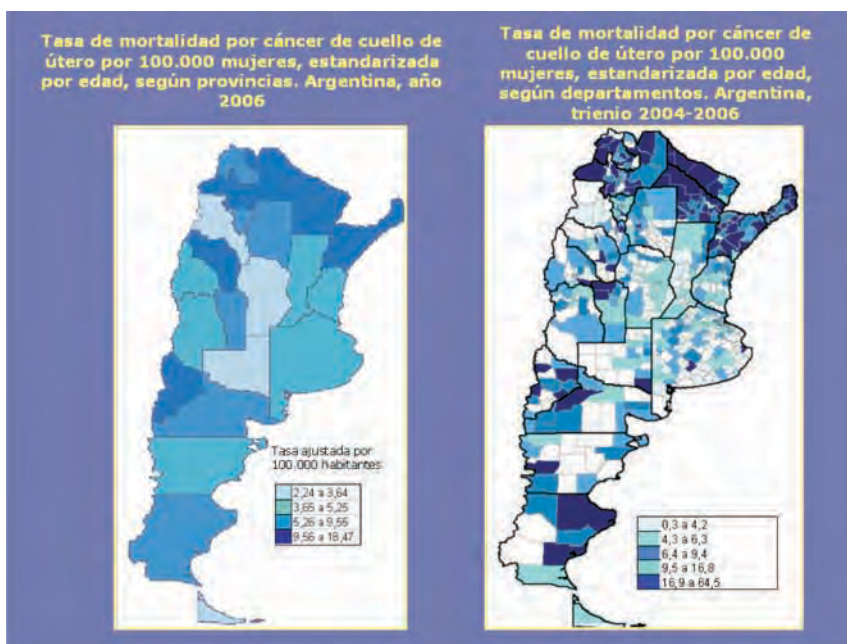


Fuente: Elaborado en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación y Censo Nacional de hogares y viviendas, INDEC año 2001. Argentina 2009

Otro de los eventos es la **mortalidad por cáncer de cuello uterino**, que me parece que es pertinente mencionarlo acá, porque no deberían existir muertes por esta causa ya que es una causa prevenible, no el cáncer pero sí la muerte por él, y lamen-

tablemente siguen muriendo muchas mujeres, sobre todo las provincias del norte. Así como en el mapa de la izquierda se muestra el evento por provincias, en el de la derecha vemos lo mismo a nivel de departamentos. Esto es reciente, y hace un año más o menos que el Ministerio tiene un programa que se está encargando de revertir esta situación, de modo que esperamos tener buenos resultados.

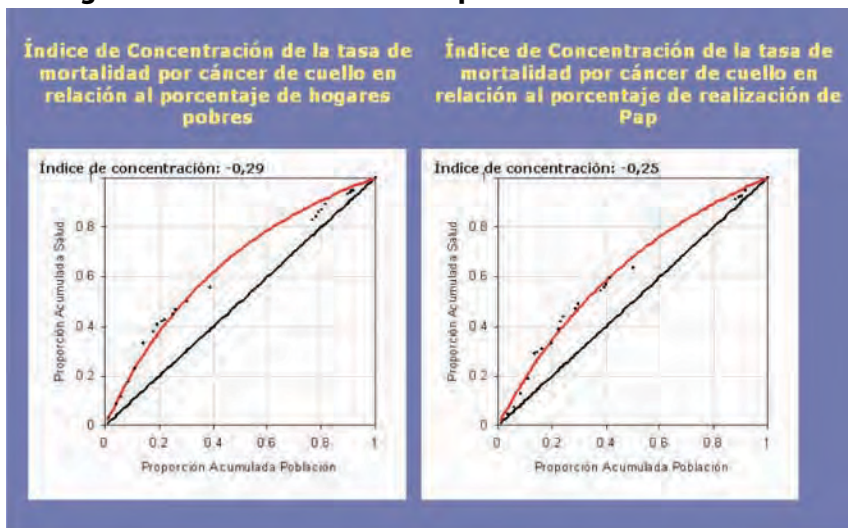
Mortalidad por cáncer de cuello uterino



Fuente: Elaborado en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud y del Programa Nacional de prevención del cáncer cervicouterino . Ministerio de Salud de la Nación. Argentina 2009

Como vimos con el anterior evento de salud, miremos a través de los gráficos cómo son las desigualdades en la mortalidad por cáncer de cuello uterino.

Desigualdades en la mortalidad por cáncer de cuello uterino



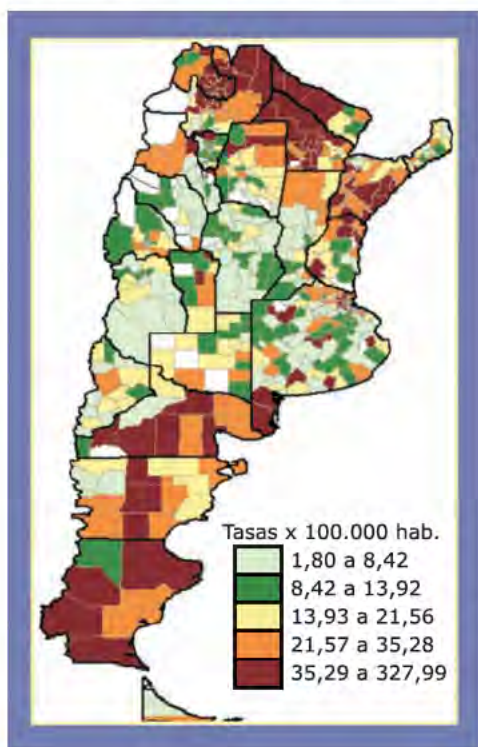
Fuente: Elaborado en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación y Censo Nacional de hogares y viviendas, INDEC año 2001. Argentina 2009

Aquí tomamos las tasas del mapa de provincias para el evento de salud, y en el eje está ordenado el porcentaje de hogares pobres como veníamos viendo recién, y también muestra la clara desigualdad del 20% de los hogares más pobres que acumulan el 40% de las muertes. Otra cosa que a veces es interesante es verlo al revés también. Acá vemos el 20% de los hogares menos pobres, y vemos que en ellos sólo se producen el 10% de las muertes. Es lo mismo pero mirarlo del otro lado a veces llama la atención. El de al lado, que también es un índice de concentración, está relacionando el mismo evento de salud que es la mortalidad por cáncer de cuello, con la realización de Papanicolaou que es la práctica recomendada para su prevención. Esto se sacó de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, que tomaba esta variable, y también muestra que en el 20% de las provincias, porque en este caso son provincias, que tienen menor porcentaje de realización de Papanicolaou, se acumulan el 30% o más de las muertes por cáncer de cuello.

El último de los eventos que tenemos para mostrar es la **notificación de tuberculosis** que, como todos saben, está asociada a las condiciones de vida, a la pobreza en sí.

Pero vemos que la notificación alta, es decir donde hay más casos de tuberculosis, esto no es mortalidad sino que es carga de enfermedad, está distribuida bastante por todo el país, y también hay departamentos sueltos de Buenos Aires que son los que tienen las tasas más altas.

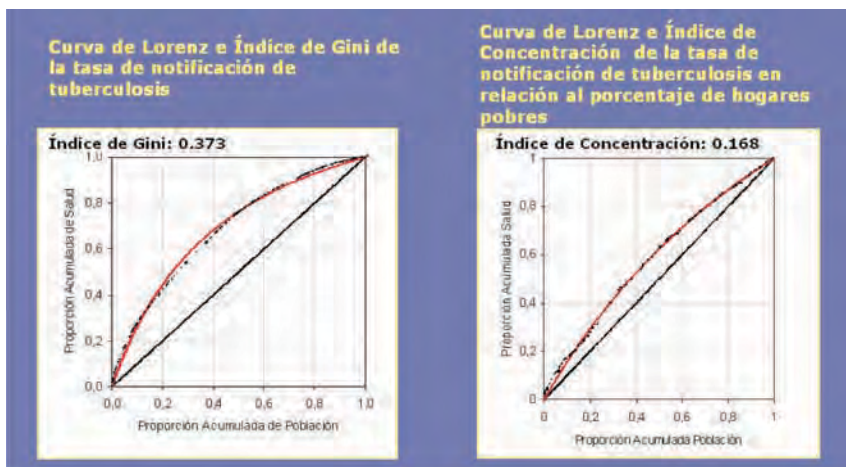
Podemos ver como hicimos con los otros eventos de salud, cuáles son las desigualdades en este caso. Si miramos el último gráfico que vamos a mostrar, vemos que también tenemos lo mismo para este evento, ya que se distribuye con mucha variabilidad, el 20% de la población con el 40% de los casos y en el 20% de la población más pobre, el 30% de los casos.



**Tasa de notificación
de tuberculosis por
100.000 habitantes,
según departamentos.
Argentina, cuatrienio
2003-2006**

Fuente: Elaborado en base a datos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2009

Desigualdades en Tuberculosis



Fuente: Elaborado en base a datos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2009

Conclusiones

Como conclusión y un poco en relación a lo que se expuso antes, es evidente que la situación socioeconómica no es la misma en todo el país, hay provincias más pobres que otras y también departamentos más pobres que otros, por lo tanto el impacto de la crisis no va a ser el mismo. Y como se dijo antes en esta Mesa, vivimos en una situación de pobreza, esto no es algo nuevo, así que estas cosas vienen de larga data.

Lo que nos proponemos es que se empiecen a hacer estas cosas, que se conozcan cuáles son las diferencias entre un lugar y otro, porque saber cuáles son los departamentos más afectados, o dónde están las necesidades más marcadas, va a contribuir de alguna manera a disminuir estas desigualdades, al menos en la salud lo que es nuestro máximo objetivo, ya que ello permite reorientar y focalizar acciones donde más se necesitan, favoreciendo la disminución de las desigualdades en salud.



MESA N° 6

Acceso, calidad y uso racional:

Lecciones del programa de farmacia de Mina Gerais (Brasil)

*Coordinador: Farm. Teresa Gianetti de Borel
Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Neuquén*

Vamos a dar comienzo a esta Mesa que se va a desarrollar bajo el título «Acceso, calidad y uso racional: Lecciones del Programa de Farmacia de Mina Gerais (Brasil)». Es su disertante y nuestro invitado a quien damos una calurosa bienvenida, el Dr. Augusto Guerra, quien es farmacéutico, Doctor en Salud Pública graduado de la Universidad Federal de Mina Gerais, y se desempeña como Superintendente de Asistencia Farmacéutica del Estado de Mina Gerais, Brasil. Hoy va a presentarnos una situación innovadora que ha organizado el Estado de Mina Gerais con respecto a la situación de la farmacia pública, y será quien exponga en primer lugar.

Contamos luego con dos comentaristas a la exposición del Dr. Guerra, la Farmacéutica Rosaura Semczuk y el Licenciado Mauricio Monsalvo.

Rosaura Inés Semczuk es farmacéutica, egresada de la Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales de la UNAM

(Universidad Nacional de Misiones). Posee un Postgrado cursado en Gerencia y Administración de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Córdoba. Actualmente está cursando la Tecnicatura Superior en Gestión de Políticas Públicas en el Instituto Misionero de Estudios Superiores de Gestión Pública y Desarrollo Humano. Fue docente de la UNAM en la Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales, en la Cátedra de Microbiología General de la carrera de Farmacia. Auxiliar Docente de Primera, dedicación simple y ad honorem en Trabajos Prácticos en dicha Facultad desde el año 2006 al año 2009. Ha publicado el trabajo *Control Microbiológico de medicamentos comercializados y o elaborados en la Ciudad de Posadas*, publicado en la revista del CIDET.

Mauricio Monsalvo es licenciado en Ciencias Políticas, con Postgrado en Metodología. Cursa la Maestría de Epidemiología en Salud Pública dictada por el Instituto Fiocruz de Brasil y la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) de Argentina. Es Coordinador de Medicamentos y Sistemas de Información del Programa REMEDIAR del Ministerio de Salud de la Nación.

Lecciones del programa de farmacia de Mina Gerais (Brasil)

Dr. Augusto Guerra

Introducción

Me gustaría comenzar agradeciendo a los organizadores de este evento por la invitación, para luego hacer una muy breve introducción y entrar ya directamente en tema. Creo que la palabra «lecciones» no es probablemente la ideal en el caso de nuestro Programa de Farmacia de Mina Gerais, porque recién estamos comenzando con esta estrategia. Y sinceramente no tenemos lecciones sobre este asunto, apenas podemos presentar lo que se está haciendo en este momento en mi Estado en Brasil, y esa es hoy mi intención.

Pero lo cierto que este tema ha generado muchas discusiones en la organización del sistema público, no sólo en Minas Gerais sino en todo el territorio nacional, porque hay leyes que obligan a la organización de la Asistencia Farmacéutica, tanto en el sector público como privado. Quiero aclarar que el sector privado no trabaja muy bien en Brasil por estar decididamente orientado hacia el lucro, pero por su lado el sector público a su vez no tiene una clara organización de los servicios farmacéuticos a pesar de la existencia de leyes que lo obligan a hacerlo. Hay mucha fragmentación y muchas veces los programas no están coordinados por farmacéuticos o por expertos en Asistencia Farmacéutica, entonces hay pérdidas y hay problemas de eficiencia en todos los programas.

La experiencia en Mina Gerais

Lo que hicimos en Minas Gerais a partir de esta gestión fue organizar la Superintendencia de Asistencia Farmacéutica dentro de la Secretaría de Estado de Minas Gerais. Otorgamos a la Asistencia Farmacéutica un status dentro de la Secretaría de Salud con la misma jerarquía que la asistencia a la salud. A raíz de esto los médicos no gobiernan más la Asistencia Farmacéutica en Minas Gerais, porque si la Asistencia Farmacéutica tiene el mismo nivel que la asistencia médica podemos hablar de igual a igual, en términos de organización. Por eso creo que esta propuesta fue posible de realizar en el Estado de Minas Gerais.

Para ubicarnos, digamos que el **Estado de Minas Gerais** es el segundo estado en importancia política y económica del Brasil, con una superficie equivalente a la de Francia y 19 millones de habitantes. En términos económicos estamos por debajo de San Pablo, y tenemos la mayor cantidad de Municipios dentro de los Estados Brasileños. De 5400 Municipios que hay en Brasil, 853 están en Minas Gerais, y agreguemos que es un estado que valora mucho la autonomía y por eso hay tantas Municipalidades. Los Municipios son considerados autónomos y pueden desarrollar sus ciudades, así como sus poderes ejecutivos y legislativos.



¿Por qué creamos un programa de farmacias públicas?
Porque eso lo dicta la Ley en Brasil. Osamos cumplir la Ley,

porque la Constitución Brasileira de 1989 afirma que debe haber «*acceso universal e igualitario a todas las acciones y servicios*» y que «*La salud es derecho de todos y deber del Estado*». Es muy claro. La Ley Orgánica de Salud que data de 1990 y ya está cumpliendo 20 años, es muy precisa en su argumentación. En su artículo 6º afirma «*Cabe al SUS la ejecución de acciones de asistencia terapéutica integral, inclusive la Asistencia Farmacéutica*».

Entonces **¿qué sucede en Brasil en este momento?** La Suprema Corte de Brasil debe decidir si éste es un derecho para todos y sin límites, y entiendo que en términos de financiación pública esto significa que todos tienen derecho a todo, o que hay que regular. Mientras tanto los niveles municipales y los Estados somos responsables por la atención directa de la población, y los jueces continuamente nos están demandando y obligando a proveer las medicinas y toda la atención que se puedan imaginar, con la lógica consecuencia de que eso fragmenta y desorganiza el cuidado de la salud. Normalmente, si bien no siempre, quien tiene acceso a la justicia es quien tiene una mejor condición socioeconómica, entonces esto genera una inequidad porque el presupuesto termina priorizando la respuesta a las demandas judiciales en productos que pueden ser carísimos para ser entregados a ciudadanos que posiblemente no lo necesiten, porque se encuentran en condiciones socioeconómicas para conseguirlos. Pero la Ley da derecho a todos, no distingue entre ricos y pobres, y yo pienso que eso es bueno.

En cuanto a los números, el **presupuesto de salud en Brasil** es de 30.000 millones de dólares a nivel del Gobierno Federal. Cuando a esto se le agregan los presupuestos de estados y municipios se llega a los 60.000 millones de dólares, disponibles para brindar todos los servicios que la Ley nos obliga a dar. Sin embargo aún se puede percibir un gran espacio de actuación para la salud privada, incluso los servicios farmacéuticos privados, porque el sistema público no tiene ni la organización ni los recursos. Por ejemplo recién Carlos Vassallo mostró que en Ar-

gentina se gastan en salud 1.200 dólares por habitante, en tanto que en Brasil se gastan sólo 520 en tal concepto. Esto permite dimensionar que nosotros tenemos un presupuesto per cápita de menos de la mitad que en el caso de Argentina en un sistema que no es universal. Entonces tenemos que hacer milagros con los recursos.

¿Cómo se organiza el sistema público en Brasil? La Asistencia Farmacéutica está planteada como una obligación del Estado dentro de los servicios de salud, entonces tenemos una definición bien clara de los servicios de asistencia: atención primaria de la salud, de media y de alta complejidad, vigilancia sanitaria y gestión del SUS. Los recursos que mencioné son para concretar todas estas funciones en todo el país.

La **Asistencia Farmacéutica la hemos dividido en Brasil en tres componentes**: Un componente que llamamos **estratégico**, un componente **básico orientado a los servicios de atención primaria**, y un componente de **medicamentos de alto costo** que consume una parte significativa de los recursos públicos. Como ejemplo de esto digamos que actualmente nosotros tenemos disponible para todos los ciudadanos que la necesiten, la terapia de reemplazo de enzimas para el tratamiento de la Enfermedad de Gaucher, que cuesta más de 100.000 dólares por habitante al año. Entonces no es un sistema para pobres, y de hecho tenemos medicamentos como el Humira (adalimumab), y todos estos productos están estandarizados para su uso dentro del sistema de salud, donde los pacientes deben seguir los protocolos y directrices clínicas y los reciben sin ningún costo adicional.

En el componente estratégico están incluidos los productos considerados así desde la vigilancia epidemiológica, como por ejemplo los medicamentos para HIV, los del Programa de Tuberculosis, del Programa de la Enfermedad de Hansen (lepra), y los de otras endemias relevantes que muchas veces son características de países como Brasil, del tercer mundo y en desarrollo,

para las cuales no hay un interés económico del sector privado en proveer los medicamentos. Otra situación también es que haya una condición epidemiológica muy específica que requiere que su disponibilidad asuma carácter estratégico, y por eso es financiado al 100% desde el Gobierno Federal, que los compra y los distribuye a los estados y municipios.

Acceso a los medicamentos y distorsiones del mercado

Vemos a muchas personas discutiendo acerca del **acceso**, y entiendo que precisamos academizar un poco para entender de qué hablamos, ya que es un concepto que presenta muchas dificultades porque presenta múltiples dimensiones. Pero acceso significa el grado de adecuación entre los usuarios, sus necesidades y el sistema de salud. Cuando hay problemas de cualquier naturaleza entre los usuarios, sus necesidades y el sistema de salud, decimos que hay **barreras de acceso**. ¿Y cuáles son esas barreras? Siguiendo a dos autores norteamericanos, Penchansky y Thomas (1981), existen por lo menos **cinco dimensiones para evaluar el acceso**, y esta analogía puede ser usada incluso en el sector privado:

- La primera es la **disponibilidad**. Hay que tener disponibilidad, pero esta disponibilidad se refleja en la necesidad, y la necesidad depende de la perspectiva del que mira. ¿Es la necesidad del médico, es la del sistema de salud de resolver las enfermedades y los principales indicadores epidemiológicos, o es la necesidad del marketing farmacéutico? Dependiendo de la disponibilidad que se ofrece se podrá ofrecer acceso a un grupo y no a otro, y la disponibilidad debe ser continua y no puede tener fallas de abastecimiento.
- La **accesibilidad geográfica** tiene que ver con la localización y el territorio. ¿Es posible para esta persona llegar a ese establecimiento habiendo disponibilidad continua? Si es posible, entonces hay accesibilidad geográfica.

- La **comodidad** es clave en nuestro sistema de salud, porque es una variable que determina la dificultad o comodidad de los usuarios frente a los servicios. Por ejemplo, para los medicamentos de alto costo se imponen una serie de dificultades: hay que presentar la prescripción, el examen, hay que sacar un turno para poder ser atendido, hay que esperar, y necesita de esto o aquello otro. Entonces puede decirse que hay disponibilidad y hay accesibilidad geográfica, pero no hay comodidad. Muchos usuarios de clase media y clase alta no se atienen a este sistema y prefieren utilizar los servicios privados. Son variables que podemos ajustar para poner o no barreras de acceso en los servicios de salud.
- La **accesibilidad económica** es el financiamiento y la sustentabilidad financiera del servicio, sea por el copago o por el pago integral del sector público. Si se ponen productos que son muy caros, sin ningún estudio de selección hay que pensar en la estabilidad del financiamiento, y si vamos a poder mantener la disponibilidad de ese producto a lo largo de un período extenso de crecimiento de cobertura.
- La **aceptación** está vinculada con el cuidado. Por ejemplo, si se hace un programa de enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo HIV, y se colocan muchos afiches y se distribuyen folletos para mostrarlo a la población, puede no haber aceptación porque en muchos casos puede ser culturalmente agresivo o complejo para la población acceder a ese servicio, que tiene determinado tipo de cuidados.

La conclusión es que el acceso es complejo, hay que pensar en todas las variables al mismo tiempo y medirlas para saber si está consiguiendo garantizar el acceso, no basta la disponibilidad ni la accesibilidad económica. Entonces pensamos en proveer acceso a **medicamentos esenciales**, pero entendemos que medicamento esencial no es el medicamento básico, sino que medicamento esencial es aquel medicamento que es definido por la política pública como necesario.

En el cuadro de abajo mostramos algunos datos para comparar a Brasil con algunos países que tienen sistemas de medicinas socializadas como Brasil, incluyendo el gasto total y el gasto farmacéutico per cápita.

Gasto en medicamentos en el mundo

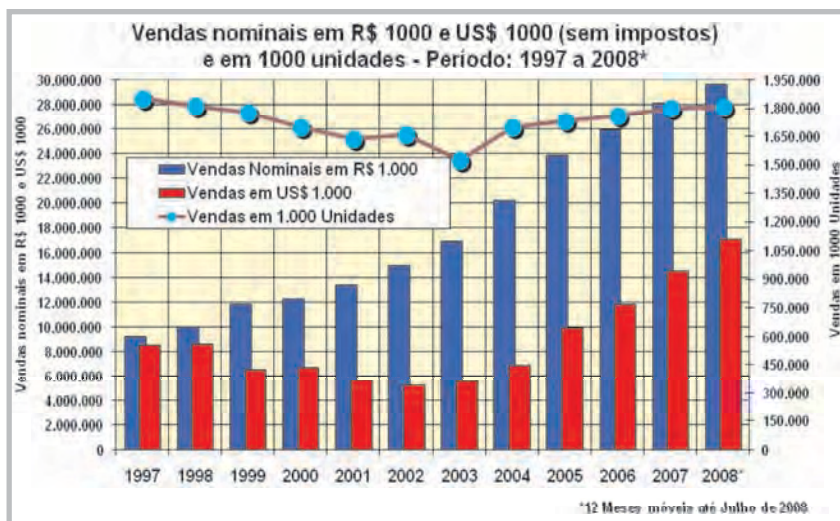
Principais Mercados	US\$ Bil	% do total
1. Estados Unidos da América	\$ 287.5	41.7
2. Japão	\$ 60.9	8.8
3. França	\$ 40.9	5.9
4. Alemanha	\$ 38.4	5.6
5. Itália	\$ 23.9	3.5
6. UK	\$ 23.5	3.4
7. Espanha	\$ 20.3	2.9
8. Canadá	\$ 18.5	2.7
9. China	\$ 15.3	2.2
10. Brasil	\$ 13.4	1.6
11. Coréia do Sul	\$ 10.3	1.5
12. Turquia	\$ 10.0	1.5
12 Maiores	\$ 560.6	81.3

Fuente: Interfarma. Disponible en <http://www.interfarma.org.br/indicadores2.htm>. Consulta en ago/2008.-

Hay que observar que Brasil en términos de servicios de salud tiene una ley parecida a la de España o Canadá, pero en España, en el mercado farmacéutico, hay un gasto per cápita de U\$ 461,36 por habitante y en Canadá de U\$ 578,13, mientras que en Brasil hay un gasto de U\$ 70,53 por habitante. Entonces si creyéramos un 100% en algunos años aún estaríamos algunos años atrás de España y Canadá. Y la economía brasileña, como mostró Carlos Vasallo, no tiene esta tasa de crecimiento del 100% para permitir el uso indiscriminado de recursos farmacéuticos. ¿Qué significa esto? Significa que tenemos que ser muy eficientes, porque tenemos demandas ilimitadas en un contexto de legislación que otorga el derecho a todos con un presupuesto limitado. ¿Entienden lo que significa esto para un gestor público? Significa no dormir por las noches...

Quando se observa el mercado farmacéutico, se ve el escenario que mostramos en el gráfico que sigue, que es aún más perjudicial. Los puntos turquesa corresponden al volumen de ventas del mercado farmacéutico brasileño, en unidades farmacéuticas. Puede verse que no hay grandes alteraciones, pero si se observan las barras rojas que es el crecimiento del valor en dólares, eso significa que los medicamentos están cada vez más caros. Hay una transición de los productos básicos, baratos, a los productos más caros. Por ejemplo, cuando salí de la Facultad hace algunos años atrás, la primera droga que se elegía para el tratamiento de artritis era antiinflamatorio no esteroideo, o el ácido acetilsalicílico, y hoy se eligen los anticuerpos monoclonales. El ácido acetilsalicílico cuesta centavos mientras que el anticuerpo monoclonal cuesta millares de dólares, y ésta es la transición que estamos viendo en Brasil y yo creo que sucede lo mismo en el resto del mundo en relación a la transición de los productos farmacéuticos.

Mercado Farmacéutico en Brasil



Fuente: Los datos de 2002 a 2007 fueron rectificadas por el Grupemef (ver nota en la tabla de datos)

Fuente: GRUPEMEF - Elaboración: Febrafarma / Depto. de Economía.-

Queremos mencionar algunos datos muy interesantes y que demuestran que este mercado no es un mercado para legos sino para gente con experiencia, a partir de algunas noticias que hemos seleccionado de la prensa brasileña. La Folha de Sao Paulo es un periódico muy importante en Brasil, equivalente al Clarín de Argentina, y en octubre de 2007 publicó un titular que decía: «*Dice la FDA que los remedios contra la impotencia pueden causar sordera*». Otro titular de diciembre de 2006 del mismo periódico decía: «Un laboratorio es acusado de hacer propaganda irregular de un remedio».

En Brasil las empresas registran los medicamentos con una indicación terapéutica, pero al hacer la propaganda dirigida a los prescriptores o sea a los médicos, sugieren todo tipo de usos. Por ejemplo el caso del Zyprexa, que está padronizado en el SUS y es un medicamento caro, que nosotros proveemos a todos los pacientes que se encuadren en el protocolo sin ningún costo, Eli Lilly ha hecho un marketing directo sobre los prescriptores, según la Folha de Sao Paulo, indicándolo para demencia senil. Venía de un viaje y vi un titular en el New York Times del 26 de marzo de 2008 sobre el mismo medicamento que decía «*Eli Lilly hace un acuerdo con el Gobierno de Alaska por el cual le indemnizará por 15 millones de dólares por los casos de diabetes que generaron a través de su medicamento Zyprexa*». Entonces tenemos que pagar un costo caro de un medicamento caro para el tratamiento de la esquizofrenia, y encima después tenemos que pagar el tratamiento de la diabetes que genera el medicamento anterior por el resto de la vida de esos pacientes. Y cosas como éstas nos llevan a pensar que claramente esto no genera eficiencia.

Veamos otro caso publicado en Foha online en julio de 2002, donde se anuncia que «*Un medicamento para diabéticos previene enfermedades*». Y esto es un claro ejemplo de cómo no se puede ser lego en estos temas, porque en este caso es un periódico de alta circulación, donde la periodista fue en un viaje invitada por el laboratorio a Copenhague, y entonces tal vez por eso ese es un

medicamento muy «bueno»... Pero luego en el mismo periódico otra nota dice que ese mismo medicamento ayuda al diabético a adelgazar. Esta interferencia de los medios de comunicación legos genera una enorme presión sobre el sistema de salud, que es un sistema de salud público y gratuito, porque a partir de allí todos quieren tener una droga como ésta. Pero lo que es muy interesante es que luego en el 2007, la Sociedad Brasileña de Diabetes divulgó el informe de una revisión sistemática realizada en Inglaterra y publicado en el *New England Journal of Medicine*, donde se concluye que la droga (Maleato de rosiglitazona – Avandia -), puede aumentar del 43% al 63% el riesgo de ataque cardíaco y muerte en comparación a otros tratamientos.

Entonces nosotros tenemos que pagar por el medicamento caro, que se masifica, y después tenemos que pagar los tratamientos de las consecuencias del uso de esos medicamentos, y si no cubrimos esos medicamentos caros corremos riesgos judiciales.

Otro caso es el del Vioxx. Está publicado en la Folha de Sao Paulo del 16 de abril de 2008, que el laboratorio es acusado de hacer propaganda irregular. En este caso de pagar a los científicos para firmar los trabajos sobre uso de este medicamento. Y otro titular de noviembre de 2007 decía: «*Merck pagará 4,85 mil millones de dólares para cerrar los procesos judiciales contra el Vioxx*».

Otro titular del Folha de 2001: «*Las arrugas disminuyen con el uso de un medicamento para el acné*». Este es maravilloso, e incluso es un medicamento conocido como el Roacutan (isotretinoína) y prácticamente todos tienen que usarlo... Pero de nuevo la periodista pone en lenguaje lego una serie de informaciones técnicas a la población en el periódico, y al final en una última parte coloca un texto muy pequeño señalando los gravísimos efectos que puede generar el uso de estos medicamentos.

Y lo que es ya una maravilla es la tapa de una revista brasileña que anuncia a «*La súper píldora*» informando que «*Esta*

píldora hace adelgazar en las condiciones más difíciles». Y luego otra nota dice: «La venta de esta pastilla es suspendida porque aumenta los riesgos de suicidio y depresión». Y hay decisiones del poder judicial para que proveamos este medicamento, y si no lo hacemos vamos presos. Claro que eso es hasta que aparece la publicación de la prohibición de venta, y a partir de eso no aparece ningún juez para decidir nada. A veces hasta es difícil ver quién tomó la decisión anterior.



Con esta situación de presiones por todos lados, ¿qué sucede con el presupuesto público en Brasil? El crecimiento del gasto del Gobierno Federal en medicamentos (marcado en la tabla siguiente) si se descuenta la inflación, es de 9.35% anual (entre 2002 y 2006), pero en los gobiernos de los estados este gasto viene creciendo casi un 20% al año real. Es decir que si la economía brasileña no crece en términos reales a esas tasas, la única forma de financiar este crecimiento es sacar dinero de otros programas de salud para asignarlo al rubro medicamentos, especialmente los medicamentos de alto costo. Y esto sin organizar la red va a generar ineficiencias e inequidades. Ese es el resultado de este proceso.

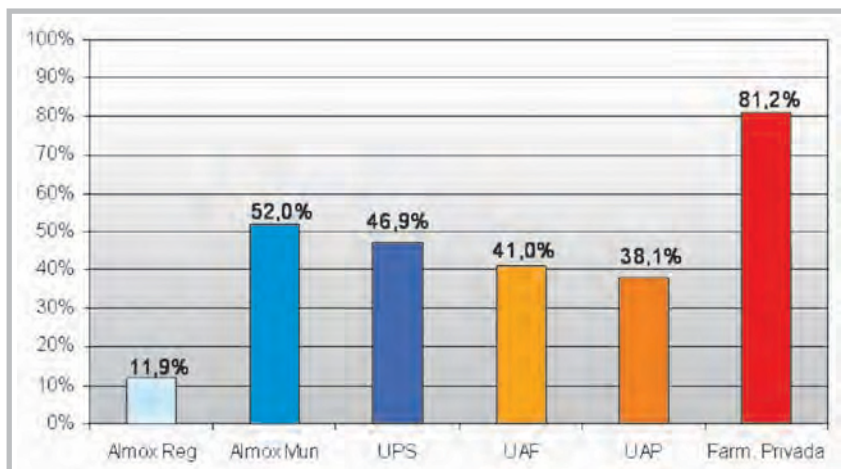
Escenario actual de la Asistencia Farmacéutica en el SUS brasileño

La Asistencia Farmacéutica es el título que establece la Ley, una ley comunista que nos obliga a hacer Asistencia Farmacéutica a todos, y que le cabe al SUS ejecutar...Pero:

- No tenemos farmacias. Dentro del SUS es muy raro tener farmacias
- Hay una estructura precaria que no responde a las normas sanitarias.
- Costos de logística elevados porque hay pulverización de inventarios. En mi Estado hay 6000 unidades de salud pública, y supuestamente todas deberían tener una farmacia.
- Uso Irracional de los medicamentos
- Falta de acceso a los medicamentos esenciales, porque hay problemas de todo tipo como ya lo he demostrado.
- Recursos humanos en número insuficiente y descalificados.
- Baja eficiencia

En el siguiente gráfico se muestra la falta de acceso a los medicamentos esenciales algunos años atrás, aunque la situación ha cambiado un poco.

Falta de acceso a medicamentos esenciales - La disponibilidad para la población de los Medicamentos Esenciales en las Unidades Públicas de Salud es inferior a 50 % -



Fuente: Disponibilidad de Medicamentos Esenciales en Mina Gerais.
Publicado en la Revista da OPAS (GUERRA JR, 2004)

En la última barra se ve la situación de las farmacias privadas, donde se encuentra casi un 100% de disponibilidad de medicamentos. ¿Por qué no es el 100%? Porque el SUS consigue ser eficiente en algunas estrategias, entonces en esas farmacias privadas no se encuentran medicamentos para SIDA, transplantes o enfermedades estratégicas como tuberculosis, lepra y vacunas. La barra azul es la disponibilidad en el sector público, donde están sólo alrededor del 50% de los medicamentos que deberían estar este punto de dispensa. Ahora bien, si el SUS puede ser eficiente para garantizar el acceso en algunos medicamentos, ¿por qué no puede hacerlo con todos? Ésta es la cuestión a ser evaluada.

Los estudiantes de la Universidad Federal de Minas Gerais que hacen residencia rural en pequeñas municipalidades, específicamente en los servicios de Asistencia Farmacéutica públicos de los municipios, han tomado algunas fotografías de los locales de dispensación de medicamentos. Y aparecen algunas cosas llamativas, como la presencia de rejas para que los funcionarios responsables no fueran golpeados por los usuarios, o falta de higiene apropiada en los sitios de almacenamiento del stock. Cuando llegaron los alumnos de la Universidad organizaron el servicio e intentaron humanizarlo. Pero esto es una unidad de salud, y no hay cómo organizarla de forma eficiente, porque una unidad de salud no es una farmacia. Una farmacia es un establecimiento definido en el mundo entero, con características muy propias. Entonces en este caso, por más que se organice, nunca será lo mismo.

En relación a todo esto hay algunas **cuestiones claves a considerar**.

Una primera cuestión a pensar en relación con la Ley Brasileña, es si los medicamentos deben ser gratuitos o no. En Brasil en este momento tenemos los tres modelos: tenemos el **sector público** con las unidades de salud, que no tienen farmacias salvo raras excepciones, los **sistemas de copago**

implementado por el Gobierno Federal, conocidos como **Farmacia Popular**, y un **sistema privado** que es muy funcional pero está orientado única y exclusivamente hacia el lucro, donde no hay servicios farmacéuticos propiamente dichos, sino servicios de venta de medicamentos.



La otra pregunta es si el SUS tiene que tener farmacias. Porque si tiene que proveer medicamentos tiene que tener farmacias, es una cuestión lógica.

El Programa Público de Asistencia Farmacéutica del SUS/ Minas Gerais

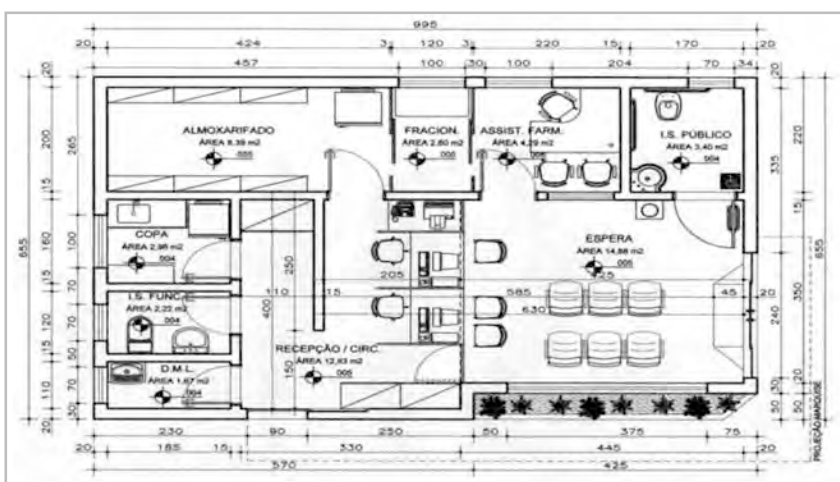
¿Qué hicimos en Minas Gerais? Desarrollamos un **programa público**. Hay que decir que una política pública expresa no sólo las directrices y las normas, sino también una política pública que define la expresión ideológica de quién está conduciendo el gobierno. Y esto no hay que separarlo. En ese sentido en Minas Gerais decidimos intervenir en los problemas estructural y logístico de la Asistencia Farmacéutica del sector público porque es nuestra responsabilidad, y somos quienes cotidianamente recibimos demandas judiciales. Intervenir en la calidad de los servicios farmacéuticos, porque si no hay estructura ¿cómo podemos entonces mejorar la calidad? Si no existen farmacias de servicios farmacéuticos no hay cómo mejorar la calidad, no hay cómo implantar la atención farmacéutica y el uso racional.

Entonces en el Estado de Minas Gerais hicimos una resolución para el sistema público, pautada entre la Municipalidad y la gestión estadual, creando un programa de incentivos para que los munic-

pios se organicen con sus farmacias municipales dentro de un mismo standard para todo el Estado de Minas Gerais, o sea para los 853 municipios de nuestro estado. Es la Resolución SES-MG Nº 1.416/08, por la que se crea un «**Incentivo Financiero Estadual para la Estructuración de la Red Estadual de Asistencia Farmacéutica en la Atención Primaria del SUS/MG**»:

Conforme a lo anterior, el Gobierno Estadual provee recursos financieros para todas las obras de construcción de la farmacia, todos los proyectos de ingeniería (proyectos eléctricos, hidráulicos, etc.), los equipamientos para la farmacia (mobiliario, etc.), un incentivo financiero para que la municipalidad pague el salario de los farmacéuticos responsables, y además en el ámbito estadual hacemos grandes concursos públicos o licitaciones para aproximadamente 400 medicamentos esenciales, y los compramos a un precio muy bajo comparado con el precio que los usuarios tienen en el servicio privado. Y esto significa pagar desde casi un milésimo del precio para muchas drogas, hasta un mínimo del 80% del precio que el usuario paga en el sector privado.

Planta de farmacia provista por la Secretaría de Estado de Salud a los municipios, que ya sale certificada por la vigilancia sanitaria estadual.

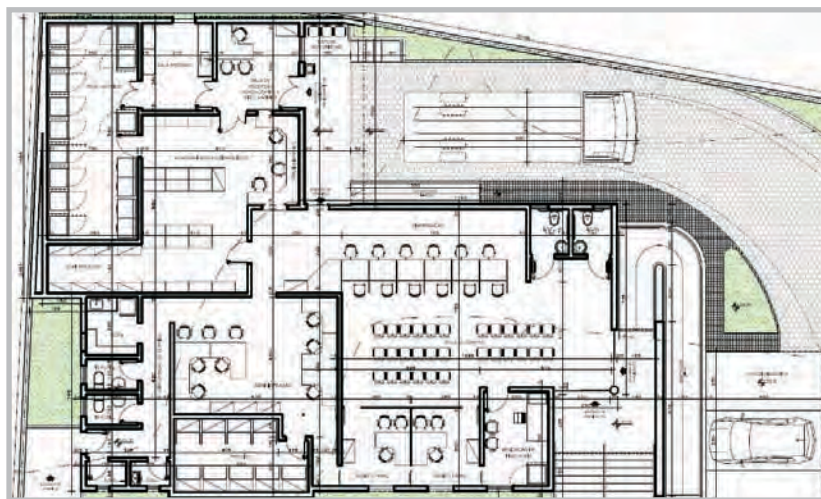


Fuente: Farmacia de Minas Gerais – SUS – Gobierno de Minas Gerais.-

El anterior es el plano de una planta de farmacia standard, y destacamos que no es un servicio comercial sino que es un servicio público. No hay góndolas o exposición de productos a la venta. Hay información y un mostrador para atención, una sala específica para el farmacéutico y otra sala al lado para el fraccionamiento y almacenamiento de los medicamentos.

El siguiente es el plano de otra planta para farmacias que consideramos integradas. Son farmacias mayores, que trabajan también con las medicinas de alto costo, haciendo inclusive aplicación de los medicamentos inyectables. Esta es una definición nueva que estamos comenzando.

Plano de Farmacias Integradas de Mina Gerais



Fuente: Farmacia de Minas Gerais –SUS – Gobierno de Minas Gerais.-

El Programa también distribuye algunos materiales para normalizar la red de farmacias públicas del Estado, que incluyen por ejemplo todo lo que es identificación visual, desde los pictogramas o todo lo que es señalética hasta las casacas o uniformes de los farmacéuticos responsables o directores técnicos y los auxiliares de farmacia, ambos identificados para que los usuarios puedan distinguirlos.

Más abajo mostramos el proyecto de las farmacias municipales públicas, que no dejan nada que desear en relación a los servicios privados y en cuanto a calidad, e incluso diría que hasta presenta más calidad de lo que hoy se encuentra en las municipalidades brasileras. La calidad de la estructura y de los servicios es mejor de lo que se encuentra en la mayoría de las farmacias en Brasil. Y la otra imagen muestra lo que es una obra terminada en la Municipalidad, y puede verse que al lado se encuentra el Centro de Salud. Son unidades de salud independientes. La farmacia está bajo la responsabilidad del Director Técnico Farmacéutico, y la unidad de salud bajo la responsabilidad del Gerente de Salud, que puede ser médico, enfermero u otro profesional, o sea que son servicios independientes.

Agreguemos que nosotros también proveemos a través del Programa todos los equipamientos y los libros que se usan. Incluso proveemos a los farmacéuticos el libro de Goodman & Gilman «*Las bases farmacológicas*», así como todos los materiales de software y equipamiento de escritorio.



Proyecto de fachada contemporánea



Farmacia de Santa Rita de Caldas en MG



Santa Rita de Caldas

También en algunos casos tenemos ciudades históricas que precisan seguir las reglas de construcción del lugar, y hay lo que podemos llamar «fachadas históricas», que hay que remodelar siguiendo las líneas del diseño original. Abajo mostramos una que fue construida en la región sur del Estado, y vemos que al lado se encuentra también la Unidad de Salud, que como dijimos es independiente de la farmacia.



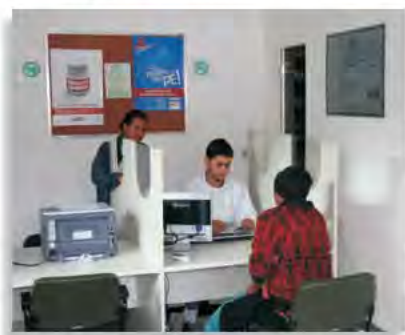
Proyecto de fachada histórica



Farmacia Delfim Moreira en MG



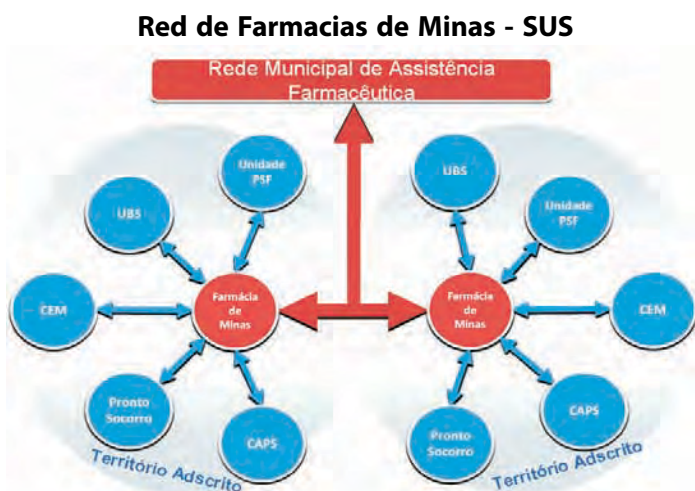
Estos son mostradores de atención con el mobiliario que es provisto por el Programa, los equipamientos son de última generación, incluso monitores de pantalla plana. Se provee también



de una antena parabólica porque en la Secretaría de Salud tenemos una conexión de satélite con un canal de televisión contratado para hacer educación a los usuarios y profesionales de salud. Entonces hacemos los programas en la capital de mi estado, todas las unida-

des tienen una antena parabólica que recibe la señal y pueden así organizar junto con los usuarios y otros profesionales la educación sanitaria.

Respecto ahora a lo que es **la lógica de organización**, digamos que en vez de tener farmacias en todas las Unidades de Salud, tenemos **Unidades de Programa de Salud de la Familia, Unidad Básica de Salud, Centro de Especialidades Médicas, Salas de Primeros Auxilios y Centro de Atención Psicosocial para Salud Mental**. En vez de tener medicamentos desparramados en diferentes centros de dispensación, tenemos una centralización dentro del territorio en la Unidad. La Unidad tiene una lógica de organización de la salud de la familia (no la llamamos «farmacia de las familias» porque sería un cliché). Lo que hacemos es colocar esta farmacia como una farmacia responsable por las familias en su territorio, y esto se hace articulado con todas las unidades de salud del territorio. Entonces el farmacéutico es responsable por la salud de la comunidad en su territorio y se le paga para eso. Aclaremos que los farmacéuticos en Brasil no son muy bien pagados. En Minas Gerais tenemos un piso estadual de 2.400 reales, que equivale a 1.200 dólares. Ese es el mínimo, pero hay variaciones.



Fuente: Farmacia de Minas Gerais - SUS - Gobierno de Minas Gerais.-

La relación de medicamentos actual a nivel estadual es la siguiente:

- Grupos Farmacológicos (ATC): 98
- Fármacos: 228
- Medicamentos: 382
- Insumos: 9 (4 para salud de la mujer, 4 para diabetes y 1 DST/AIDS/IO)
- Programas Estratégicos: 15
- Enfermedades: 74 (Alto Costo)

La **logística** es compleja, tenemos hoy 4 almacenes que son grandes depósitos para la distribución, porque el año pasado distribuimos más de 2 mil millones de unidades farmacéuticas, comprimidos, cápsulas, etc. Por otro lado, el almacenamiento interno de una pequeña farmacia se encuentra muy organizado y climatizado, todos los medicamentos están en ambientes climatizados y proveemos aire acondicionado.

Veamos finalmente la **responsabilidad de los farmacéuticos**, que en nuestro país está expresada en la Ley Federal N° 5991 de 1973. En Brasil la responsabilidad de los farmacéuticos es muy objetiva, y concretamente la ley dice que cuando se hace la dispensación hay que observar los límites farmacológicos de la prescripción y ver que la misma no presente cualquier incompatibilidad, y si se detectara esta situación el responsable técnico del establecimiento deberá solicitar la confirmación expresa del médico prescriptor. El farmacéutico tiene la responsabilidad de vetar la prescripción, y en caso de que no vete la prescripción se considera que está siendo solidario con el error médico y puede ser demandado en la justicia. Hay muchos casos en Brasil, a veces las incompatibilidades son genéricas como por ejemplo puede ser el caso de un paciente con digoxina que tiene problemas renales, pero el médico no preguntó y le dio la dosis usual y el farmacéutico la avaló. Si luego ese paciente muere, el farmacéutico puede ser considerado homicida, por homicidio culposo, porque fue imperito o imprudente.

Si consideramos los términos de esta Ley junto con la organización que estamos haciendo, entendemos que tenemos mejores condiciones, porque proveemos libros y además los farmacéuticos no tienen incentivos para vender. Y aquí surge otra cuestión: si no tienen incentivos para vender, ¿cuáles son entonces los incentivos para trabajar? Éste es otro de los problemas que tenemos que discutir, todavía no lo hemos resuelto porque tenemos muchos problemas a resolver, pero está en nuestra pauta pensar en un sistema de incentivos que se pondrá en los contratos de gestión con los farmacéuticos responsables, directores de esas farmacias, para que sean remunerados por la salud y no por la enfermedad ni por la venta.

Tenemos una **Guía de Atención Farmacéutica** que estamos poniendo a disposición de los farmacéuticos a partir de este mes, que contiene directrices para los servicios de acompañamiento terapéutico y de farmacovigilancia, e implementa el pronuario de registro farmacéutico, y a diferencia de otros países que trabajan con farmacia clínica no está orientada para farmacovigilancia de medicamentos. En nuestro caso el farmacéutico es responsable por las familias en su territorio adscripto, entonces tiene que conocerlas, tiene que conocer las enfermedades y los ciclos de vida. De esta forma la Guía de Atención Farmacéutica tiene como objetivo el uso racional del medicamento con abordaje por ciclo de vida: Niños (0 a 9 años); Adolescentes (10 a 19 años); Adultos (20 a 59 años); Gestantes y Personas de tercera edad (mayores de 60 años). La Guía orienta al farmacéutico para abordar a todos los pacientes en sus distintos ciclos vitales. No para la venta, porque no hay venta, pero sí para que en el momento de la atención observe cuáles son las características de ese paciente que precisa de orientación farmacéutica.

Por ejemplo una joven brasileña de 15 o 16 años puede quedar embarazada porque falta de información, porque aunque fuera a una unidad de salud que tiene los medicamentos anticonceptivos y los preservativos y pudiera informarse, lo

que sucedería es que todos en la comunidad sabrían que la jovencita estaba teniendo relaciones sexuales, y entonces el resultado obvio es que no preguntará o procurará los servicios. Pero esta joven puede ir a la farmacia por ejemplo a buscar las medicinas de su padre, o para consultar por otros servicios como cuando por ejemplo tiene dolor de garganta, fiebre, gripe, etc, y en ese momento el farmacéutico no está mirando la droga, está mirando al paciente, y de acuerdo al ciclo de vida tiene que informar y dejar disponibles los cuidados farmacéuticos que correspondan, en este caso los medicamentos y productos que puedan prevenir el embarazo precoz o las enfermedades sexualmente transmisibles. Este es un abordaje muy nuevo. Yo no conozco ningún país del mundo que esté trabajando en este sentido. La farmacovigilancia de farmacia clínica generalmente se orienta para la medicina y no para los pacientes. Dentro de la red, en cualquier pequeña farmacia los farmacéuticos están en su sala orientando a los pacientes y haciendo la dispensación. El farmacéutico es un profesional de nivel superior, cabe a él decidir quién será objeto de la atención especializada y quién no lo será, pero tendrá que cumplir con indicadores sociales.

El **sistema de información** que también proveemos, es un sistema *Fi- web* que tiene todas las formas posibles de la gestión farmacéutica, y abajo mostramos una pantalla a modo de ejemplo. Hay muchos problemas en la organización del mismo porque es un sistema como dijimos *Fi-web* y las municipalidades no siempre tienen links de alta velocidad de Internet y éste es un gran impedimento. Sin los sistemas de información hay problemas con la logística de medicamentos y con los cuidados farmacéuticos porque no se sabe quién es el paciente que está siendo atendido y no se sabe cuál es su necesidad de medicamentos. Éste es todavía un punto crítico, no por el sistema en sí, sino por la implantación mismo en municipalidades chicas.

SECRETARIA DE ESTADO
DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Sistema Integrado de Gerenciamento
da Assistência Farmacêutica - SIGAF

• Dispensação

Nº Dispensação: 0001/09 Data Dispensação: 18/03/2009 Usuário: GRAZIELLI

Unidade de Saúde: Seleccione

Nome do Paciente: Seleccione

Número Fronteiriço: Prescritor: Seleccione

Histórico dos produtos dispensados para o paciente

Produto: Seleccione Quantidade: 0 Quantidade Prescrita: 0

Programa de Saúde: Seleccione Quantidade em estoque: 0

Quantidade	DOSE	Unidade Farmaceutica	VIA ADMINISTRAÇÃO	FREQUÊNCIA	Par	Peric
Seleccione	Seleccione	Seleccione	Seleccione	Seleccione	Seleccione	Selecc

Recetta

Ítem Dispensados

Retorno

Data de Retorno: Agendar

Retornando a Dispensação:

Executar: Seleccione

Todos los farmacéuticos cuando son invitados a los programas pasan por un **entrenamiento** en el nivel estadual. Se trata de un entrenamiento básico de una semana donde son orientados sobre cómo deberán proceder. Ahora estamos pensando en cursos de postgrado, utilizando la estructura de los canales de televisión que tenemos y las Universidades del Estado.

Respecto al **financiamiento**, que por supuesto es público, el **presupuesto** que tenemos para medicamentos es de alrededor de 900 millones de reales, es decir alrededor de 450 millones de dólares para adquisición y distribución de medicamentos.

Y en lo que hace a las **inversiones en farmacias y farmacéuticos**, estamos estructurando 600 unidades en 600 municipios y tenemos asignado a esto cerca de 80 millones de reales (40 millones de dólares).

Lo que falta definir son los **incentivos para las farmacias y los farmacéuticos**, orientados a que actúen para la salud y no para la enfermedad, y **dar más autonomía**. Yo creo que en estas farmacias municipales tenemos un contrato de gestión con el farmacéutico y los secretarios de salud municipales, y son servicios razonablemente autónomos. La idea es que un futuro próximo puedan tener no sólo estos medicamentos de los programas, sino también algunos medicamentos en sistema de copago que no son tan esenciales como los que están definidos en la política. Pero insistimos en que el pago al farmacéutico no debe estar vinculado a la compra del medicamento.

Quiero concluir reiterando que los medicamentos esenciales no son los medicamentos de los pobres. Tenemos Humira (adalimumab), y otros medicamentos. Hay que decidir cómo se seleccionan, no son todos los medicamentos existentes en el mundo, entonces precisamos decidir cuáles son los esenciales para el cuidado de la población y cuáles deberán estar disponibles para el acceso universal. En Brasil estamos ahora frente a una decisión de la Suprema Corte que puede acabar con este concepto, y en el caso de que la industria registre un medicamento entonces éste podrá ser considerado obligatorio. Hay que esperar la decisión de la Suprema Corte de justicia en los próximos meses.

Comentarios y aportes desde el sistema de salud de Misiones

Farm. Rosaura Inés Semczuk

Introducción

Quiero agradecer a la coordinación de FEFARA por la posibilidad que nos dan de mostrar, en comparación a lo que mostró Augusto Guerra, lo poquito que pudimos avanzar nosotros en la provincia de Misiones, que para nosotros tiene un significado muy importante porque en poco tiempo logramos revalorizar el ejercicio profesional farmacéutico, y eso va en pro de nuestro ejercicio y del crecimiento de los farmacéuticos en ámbitos de la incumbencia profesional, que para la provincia eran inéditos hasta hace pocos años.

Quiero comenzar presentando a grandes trazos a la **provincia de Misiones:**

- Se encuentra ubicada en la región nordeste de la República Argentina, y más del 95% de sus límites son internacionales, lindando con Brasil y Paraguay.
- Tiene una superficie de 29.801 km².
- Una población estimada de 1.200.000 habitantes actualmente (vs. 965.552 en el Censo 2001), y una densidad de 32.40 habitantes por km².

- Su división política incluye 17 departamentos y 75 municipios.
- La mayor concentración de la población se encuentra en la capital de la provincia, Posadas, con unos 300.000 habitantes.

Misiones Estructura Sanitaria



Sanitariamente se encuentra dividida en 6 zonas sanitarias (Capital, Sur, Centro Paraná, Centro Uruguay, Norte Paraná y Noreste). Cuenta con 43 hospitales actualmente, ahora vamos a ver cómo fuimos llegando a esta cantidad de hospitales y de centros de atención primaria, con lo cual vimos un importante avance en lo que respecta a la accesibilidad de la población, tanto al medicamento como a los distintos servicios de salud. Los hospitales están categorizados en tres niveles, el nivel 3 es el de mayor complejidad y contamos en la provincia con cuatro hospitales de nivel 3 con 675 camas. Por su lado, la red de atención primaria de salud cuenta actualmente con 360 centros de atención primaria.

Acceso al Medicamento en Misiones

Si hablamos de acceso de la población al medicamento, indefectiblemente por lo que venimos viendo en toda esta jornada y a partir de que existe una Ley de Ejercicio Profesional y una Ley de Medicamentos, el medicamento tiene que estar en manos de profesionales farmacéuticos y la dispensa de los mismos debe desarrollarse en los establecimientos habilitados que son las farmacias.

Veamos la evolución que hemos tenido en la provincia en el periodo 2003 - 2009:

- En el **2003** en el **sector público** contábamos con 77 efectores y 16 farmacéuticos, éstos se encontraban distribuidos principalmente en los hospitales Nivel 3 y abocados a la elaboración pública de medicamentos y al área de habilitación y control de farmacia. En este año y en el **sector privado**, donde se cuenta con mayor cantidad de farmacias y también con mayor cantidad de farmacéuticos, había 250 farmacias y 350 farmacéuticos.
- En el **2009** la cantidad efectores en el **sector público** ronda los 435 efectores con 49 farmacéuticos. Sin embargo sigue siendo importante la comparación con el **sector privado**, con 380 farmacias y 480 farmacéuticos, o sea que la mayor concentración de farmacias y de farmacéuticos se las sigue llevando este sector.
- La población total de Misiones es de 1.200.000 habitantes. Pero es importante considerar que la mayor cantidad de población no accede a la **cobertura social**, porque un 60% de nuestra población, o sea unas 720.000 personas actualmente acceden sólo al sistema público de salud, en tanto que el 40% restante (480.000 personas) tienen algún tipo de cobertura social o privada.
- Mirando la **distribución de los farmacéuticos** en la provincia, de un total de 429 farmacéuticos matriculados en la pro-

vincia, la mayor concentración, el 89 % de los farmacéuticos, se encuentran distribuidos en ese sector privado y sólo el 10% el sector público.

- No obstante esta pequeña distribución de farmacéuticos en el sector público, los **rubros o los ámbitos de incumbencia** de los cuales se desenvuelven estos 49 farmacéuticos es bastante racional:
 - o Tenemos un 38% de los farmacéuticos abocados a la farmacia hospitalaria.
 - o Un 14% en residencias farmacéuticas, y para nosotros es muy importante la formación de este recurso porque en un corto plazo van a estar ocupando esos lugares que estamos necesitando que sean cubiertos por farmacéuticos en el sector público.
 - o Un 12% está en la producción pública de medicamentos.
 - o Un 6% en zonas sanitarias
 - o Un 10% en atención primaria de salud.
 - o Un 10% en fiscalización y control farmacéutico, y esto básicamente apunta al sector privado porque el Ministerio de Salud Pública en el ámbito de farmacia es el ente de contralor, por lo cual habilitamos todos los establecimientos farmacéuticos como las farmacias, droguerías y botiquines de farmacias que funcionan en la provincia, y también somos los responsables de hacer todos los controles correspondientes a verificar también el estado de funcionamiento de las mismas, y ver que se ajusten a las normas y legitimidad en cuanto a la adquisición de los medicamentos.
 - o Un 8% de los profesionales se encuentran abocados a la gestión centralizada, funcionando prácticamente dentro del Ministerio de Salud Pública.
 - o Un 2% está en áreas de esterilización.

Dentro de los **factores que condicionan el acceso al medicamento** en la provincia hay tres sobresalientes: los precios de los medicamentos, la disponibilidad de efectores y las distancias al efector más cercano.

Con respecto al **precio de los medicamentos**, recordemos que entre el 2001 y el 2002 entramos en una crisis económica que como es sabido se desencadenó plenamente a lo largo del 2002, donde el precio de los medicamentos no se modificó pero sin embargo las condiciones sociales de la población sí lo hicieron.

Respecto a la **disponibilidad de efectores**, cuando arrancamos en el 2003 la cantidad de Centros de Atención Primaria por ejemplo era de 33, a diferencia de lo que sucede ahora que llegamos a 360 Centros de Atención Primaria.

Y en la provincia **las distancias a los efectores** es un factor no menos importante, ya que la provincia también cuenta con áreas muy rurales. Si bien la mayor concentración de la población se encuentra en la capital de la provincia, la población más pobre y la que más necesita de los servicios se encuentra en áreas bastante complicadas en cuanto al acceso.

El **marco normativo** que posibilitó la accesibilidad del medicamento se inscribe a partir de Ley Provincial N° 3843 de Prescripción y Expendio de Medicamentos, y su Decreto Reglamentario N° 597/02.

En el 2000 entramos todos en una crisis política y social, y como es sabido, en el 2002 tuvimos un impacto devaluatorio importante por la salida de la convertibilidad, con lo cual se declara oficialmente la Emergencia Sanitaria Nacional mediante el Decreto 486/02. También surge en este contexto la Ley Nacional de Prescripción por Nombre Genérico a nivel nacional, ya que en la provincia está vigente la ley provincial.

Y complementariamente aparece el Programa Remediar Nación, como un mecanismo de acceso a los medicamentos orien-

tado a la población de menos recursos. Este programa, si bien fue bastante cuestionado porque por ahí no posibilitó un espacio para que los farmacéuticos ejercieran su profesión como tal ya que involucra básicamente medicamentos, para la provincia representó no obstante un factor importante en cuanto a un ahorro en el gasto que teníamos en medicamentos. Este programa se llevó adelante mediante determinadas cuestiones o requisitos que debía cumplir el efector para poder acceder al mismo. Esto estaba relacionado con la carga horaria de atención médica y la población a cargo, con lo cual en la provincia un Comité de Farmacéuticos se puso a trabajar para poder revalorizar los Centros de Atención Primaria, y levantar los que estaban con bajas consultas médicas ya que la población no accedía a los mismos, para poder cumplir con los requisitos y calificar para ser incluidos en este programa.

Si bien desde Nación no hubo un aporte de farmacéuticos, la provincia tomó esta responsabilidad y coordinó y coordina todas las actividades referentes a completar los formularios, verificar que se acceda al medicamento, y básicamente que se cumplan todas las reglas establecidas por REMEDIAR para que los Centros de Atención Primaria puedan acceder a la mayor cantidad posible de medicación, y de este modo hacer eficiente su funcionamiento y posibilitar el acceso de su población a cargo.

También en esta época aparece la Resolución 310 de la Superintendencia de Seguros de Salud, mediante la cual se le impone a las obras sociales hacerse cargo de una cobertura de 70% y 100% en la medicación para patologías crónicas, ya que de no haberse hecho esto se hubiera generado un inconveniente importante con la medicación de estos pacientes, que hubiera sido una severa carga para el sector público.

En Misiones queda vigente la Ley de Prescripción por Nombre Genérico Provincial, y hay una decisión política del Sr. Ministro de Salud de entrega gratuita de medicamentos en todos los

centros de atención, y la asistencia sin cargo en los Hospitales Públicos de la Provincia.

Como decíamos entonces, en el 2002 nos adherimos al Programa REMEDIAR de la Nación, y en el 2004 se crea la Dirección de Farmacia. A partir de allí se reorganiza la Farmacia de Atención Primaria que funciona en el predio del hospital principal de la provincia, y se transforma en una Farmacia Especializada en Atención de Tratamientos Crónicos. Agreguemos también que otra fortaleza con la que cuenta la provincia es la producción pública de medicamentos, a través de su laboratorio de especialidades medicinales (LEMis).

La **Dirección de Farmacia** cuenta con varios departamentos:

- **Departamento de Efectos Sanitarios y Red de Farmacias.** Éste vendría a ser el depósito central de medicamentos de toda la provincia, que concentra todos los medicamentos que se adquieren desde el Nivel Central, y realiza además la distribución a todos los efectores. Cuenta actualmente con tres farmacéuticos a cargo, y su funcionamiento para nosotros tiene una importancia fundamental desde el punto de vista de garantizar la legitimidad de los productos, porque si bien las compras centralizadas se realizan por licitaciones o contrataciones, en donde hay una serie de exigencias que se les hace a los proveedores, es muy difícil que en este tipo de contratos ellos declaren el lote y el vencimiento por el tiempo de demora que significa el proceso licitatorio. Entonces al momento de la entrega, en el remito deben estar declarados estos datos que van muy ligados al origen del medicamento.
- **Departamento de Normatización, Fiscalización y Control Farmacéutico,** que es el que controla el ejercicio profesional en el ámbito privado.
- **Laboratorio de Especialidades Medicinales (Lemis)**

- **Farmacia de Atención Primaria de Salud**
- **Residencias Farmacéuticas**

La **política de salud** implementada por esta gestión apuntó al fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud desde varios aspectos. Uno de ellos fue la accesibilidad a los medicamentos e insumos de tecnología médica, no solamente en el ámbito de la atención primaria sino también en los distintos niveles de atención de salud, e incluso en los de mayor complejidad. Para ello apunta a una centralización en la gestión de adquisición de medicamentos, los cuales a partir del 2006 quedan a cargo de la Dirección de Farmacia, permitiendo una razonable relación de costo - oportunidad y optimización de la variedad de productos existentes. Surge entonces el primer Vademécum Provincial, como una manera de acotar la variedad de medicamentos que eran adquiridos y circulaban en el ámbito del sector público.

Uno de los objetivos de esta política de salud es fortalecer la distribución de medicamentos e insumos a la red de Efectores de Salud Pública, asegurando un acceso oportuno a la población desde una política de centralización en la gestión de distribución, sin que ello signifique erogación alguna por parte de los beneficiarios del sistema.

Es así que se crea el **Programa Medicamentos Esenciales Misión Salud**, al cual nosotros en la provincia lo bautizamos como el «*Remediar Misionero*», porque toma el modelo del Programa REMEDIAR Nación en cuanto a que cuenta con un operador logístico para la entrega de los medicamentos en los lugares más inaccesibles de la provincia, el formulario que debe completar el médico prescriptor es muy similar al del Programa REMEDIAR en cuanto a los datos que contiene, pero tiene otro color, tiene el color amarillo que es el que caracteriza a esta gestión, y tiene en su listado de medicamentos los medicamentos esenciales, que son los que elabora nuestra planta productora de medi-

camentos, nuestro laboratorio, y que son medicamentos esenciales ajustados a la realidad epidemiológica de la provincia. Con este Programa se complementa el listado de medicamentos que provee el Programa REMEDIAR Nación, que si bien tiene una llegada importante a la provincia, entrega botiquines estándares. Y en la práctica el listado de medicamentos esenciales de Nación muchas veces no se ajusta a la realidad epidemiológica de cada provincia, entonces y a modo de complemento, es que surge nuestro Programa Provincial.

La **decisión política de compras centralizadas en la provincia** que se llevó a cabo en el 2006, permitió por parte de los profesionales farmacéuticos que en ese entonces empezaron a desarrollarse en el sector público, llevar a cabo diversas actividades:

- Actividades de evaluación de consumos en unidades de producto y por especialidades, manejo de Protocolos de Tratamientos, unificación de criterios en los tratamientos de las diversas patologías.
- Cuantificación del gasto en medicamentos e Insumos descartables y artículos de tecnología médica, leches y alimentación parenteral, para lograr proyección de compras bastante ajustadas al presupuesto disponible.
- Primer Vademécum Provincial
- Supervisión y Control Técnico de Medicamentos e Insumos que involucraron a los farmacéuticos, ya que tratándose en nuestro caso de un Ministerio de Salud Pública, con más razón deberíamos garantizar la legitimidad y la seguridad en los productos que se adquieren desde este ministerio para ser distribuidos a toda la provincia. Se forma así el Comité de Preadjudicaciones, que para el caso de las licitaciones públicas está constituido por médicos, contadores y farmacéuticos. En el caso de contrataciones, licitaciones privadas y compras de


urgencia, intervienen los profesionales farmacéuticos en esta evaluación técnica. Y si bien tenemos una ley provincial que a nosotros nos habilita a comprar por precio los productos, esta intervención técnica permitió que no sólo se compre al menor precio, que es lo que nos exige a nosotros la ley de contabilidad, sino que se pueda garantizar que lo que se compra sea lo que realmente se necesita, por más que resulte más caro, ya que hay una evaluación costo-beneficio que se está llevando adelante con profesionales farmacéuticos.

- Especializaciones en la calidad de los productos que se adquieren, lo cual redundará en un mejoramiento de la calidad del servicio de atención de salud (incorporación de equipos para determinación de glucemia, vaporizadores p/anestesia, insumos y productos p/atención de alta complejidad y emergentología)

Si consideramos que para las compras centralizadas la decisión política se tomó en el 2006, hay que notar que en ese momento los efectores de la provincia contaban únicamente con un pequeño presupuesto para realizar las compras de los medicamentos e insumos, y un pequeño porcentaje de productos, ya que había entonces un listado de alrededor de 100 productos de alta rotación que eran adquiridos a través del Nivel Central. Antes de que se creara la Dirección de Farmacia, existía en el Ministerio de Salud Pública una Dirección de Farmacia y Bioquímica, y los que estaban encargados de esta compra centralizada eran bioquímicos, porque por varias gestiones fueron justamente bioquímicos quienes estuvieron a cargo de esta Dirección.

A partir de la decisión política de realizar compras centralizadas los efectores eran provistos desde el Nivel Central, y en sus inicios alrededor del 60% de las necesidades eran cubiertas por las compras centralizadas a través de la Dirección de Farmacia. Luego entre el 2007 y el 2008 se ve un incremento notable en el monto de adquisición de productos, y llegamos al 2008 con una cobertura del 85% de las necesidades de los efectores cubiertas por las compras centralizadas desde la Dirección de Far-

macia. También se llegó a establecer cuál es el gasto promedio por unidad de producto y por rubro de cada hospital, y hubo un importante ahorro en cuanto al costo de los productos, lo cual creo que es una consecuencia casi de por sí, porque cuando se centralizan las compras obviamente se compran mayores volúmenes, y entonces hay una disminución significativa en el gasto. Como puede observarse en el siguiente cuadro, se compraron más unidades de productos con una diferencia poco significativa en el importe total.



2008-2009 Honorable al Congreso del Poder Judicial de la Corte Suprema Provincial

PRODUCTOS	AÑO 2007		AÑO 2008	
	UNIDADES	IMPORTE	UNIDADES	IMPORTE
Acido Acetil Salicílico 100 mg comp.	89.400	\$ 330.884,00.-	120.000	\$ 313.500,00.-
Alcohol x 500 ml	7.400	\$ 35.770,00.-	8.000	\$ 25.640,00.-
Alcohol x lt	7.735	\$ 68.790,00.-	8.000	\$ 54.920,00.-
Amoxicilina 500 mg comp.	508.000	\$ 206.020,00.-	700.000	\$ 216.380,00.-
Amoxicilina 500 mg, Susp. X 90 ml	1.700	\$ 21.300,00.-	9.000	\$ 54.370,00.-
Ampicilina Sódica 1 gr fco. amp	89.400	\$ 330.884,00.-	120.000	\$ 313.500,00.-
Amoxicilina 500 + clavulánico comp.	15.000	\$ 29.230,00.-	18.000	\$ 27.480,00.-
Amoxicilina 250 Susp x 90 ml	30.570	\$ 139.727,40.-	54.000	\$ 190.720,00.-
Betametasona 8 mg amp	3.200	\$ 40.815,00.-	8.400	\$ 44.058,00.-
Betametasona Acet + Fosfato 6 mg amp	1.450	\$ 22.197,00.-	2.550	\$ 12.087,00.-
Cefalexina 500 mg, comp	492.000	\$ 219.850,00.-	908.000	\$ 372.872,00.-
Cefalexina 250 Susp x 90 ml	17.000	\$ 99.010,00.-	45.000	\$ 213.080,00.-
Gentamicina 400 mg amp	14.700	\$ 112.270,00.-	15.000	\$ 89.000,00.-
Penicilina 2.400.000 fco amp	17.750	\$ 178.297,50.-	35.000	\$ 164.700,00.-
Penicilina 1.000.000 amp	6.000	\$ 25.466,00.-	5.600	\$ 23.130,00.-
Dextrosa al 5 % x 500 ml	170.000	\$ 327.950,00.-	350.000	\$ 1.011.100,00.-

A partir del 2007 se sugiere a las autoridades de Salud Pública la incorporación de farmacéuticos, para poder hacer extensivas todas las tareas de control, fiscalización y accesibilidad del medicamento a los centros de atención primaria y a los hospitales de Nivel 2, los cuales no cuentan con profesionales farmacéuticos. Se estaba realizando una tarea bastante importante desde el Nivel Central en cuanto a unificar criterios en tratamientos, y ésta debía ser extensiva o por lo menos darle continuidad por parte de los efectores, entonces **en el 2008 se**

logra la incorporación de profesionales a las zonas sanitarias y a los hospitales de alta complejidad.

- Trabajo Intensivo de evaluación de funcionamiento de los CAPS, sostenimiento y apoyo al personal responsable p/mejorar el nivel de atención, acceso a la medicación y detección de pacientes crónicos.
- Trabajo intensivo de Farmacéuticos en el ámbito HOSPITALARIO de atención, control de Historias Clínicas, intervención en pases de salas, intervención directa en la farmacoterapéutica de pacientes internados. Elaboración de Informes y trabajos de Farmacoeconomía.

En Misiones los cuatro hospitales de alta complejidad significan el 70% del gasto en medicamentos e insumos para la provincia. A partir de la incorporación de los profesionales al sector hospitalario y a los centros de atención primaria, comienza un trabajo intensivo de evaluación del funcionamiento de los centros de atención primaria, un sostenimiento y apoyo al personal responsable para mejorar el nivel de atención, acceso a la medicación y detección de pacientes con patologías crónicas, por parte de los farmacéuticos que comienzan a trabajar en las zonas sanitarias. Éstos también asisten a los centros de atención primaria en los cuales, por el momento, no existen farmacéuticos, o sea no existe la figura del farmacéutico, y los servicios de farmacia de estos centros de atención primaria están siendo llevados adelante por personal idóneo, y la incorporación de estos farmacéuticos posibilitó que estas personas por lo menos pudieran tener apoyo profesional.

En cuanto al servicio hospitalario, el trabajo se intensifica en el control de historias clínicas y en la intervención en los pases de sala, con lo cual hay una intervención bastante directa del profesional farmacéutico en la farmacoterapéutica del paciente que está internado. Estos farmacéuticos elaboran informes y trabajos de Farmacoeconomía, y son los que actualmente

están impulsando el desarrollo profesional en los distintos servicios hospitalarios de elevada complejidad, interviniendo asimismo en la preparación de fraccionamiento para alimentación parenteral, y están trabajando también en varias áreas relacionadas con la asistencia directa con el paciente.

Para el **2009** están en la agenda algunos temas importantes, como la necesidad de actualización de la Ley del Ejercicio Profesional Farmacéutico Provincial, la actualización del Vademécum Provincial, la intensificación de actividades de esterilización, y la evaluación de resultados del Programa de Provisión de Medicamentos.

Para lograr una mayor centralización en la distribución se creó este programa que es el **MisioSalud**, y se implementa también a través de este programa una mejora en la gestión del medicamento en los centros de atención primaria. Esto se debe a que se arrancó como el Programa REMEDIAR enviando botiquines estándares a cada uno de los efectores, pero luego a medida que se realizaba la recepción de formularios por parte de cada efector se fue evaluando cuál era la realidad epidemiológica de cada centro de salud, con lo cual se fueron ajustando estos botiquines de medicamentos a las necesidades reales de cada uno de ellos. Esto significó una diferencia de lo que tal vez pudo pasar con el Programa REMEDIAR Nación, al cual le llevó su tiempo hasta poder ajustarse a la realidad de cada provincia, y en ese sentido también hubo una colaboración por parte de la provincia, en cuanto a que se logró realizar un *clearing* de los medicamentos que estaban acumulados en determinados centros de salud porque tenían poca rotación, hacia aquellos que evidenciaban una mayor demanda.

Otra de las fortalezas con las que contamos es el **Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEMIS)**. El volumen de producción de este laboratorio se mantiene durante los últimos 5 años en 1.700.000 unidades finales producidas anualmente. Para dar una idea de la importancia que significa la producción pública

de medicamentos, se hizo la valoración de la producción a precios de referencia de mercado, y ésta es superior a 27 millones de pesos. A la provincia esta producción le significa un desembolso total en recursos que no supera los 2,5 millones de pesos. Y con esto vemos que se puede garantizar un medicamento seguro a un costo realmente conveniente, y además la producción de este laboratorio cubre un listado de medicamentos esenciales ajustado a la realidad de la provincia.

Aparte el laboratorio colabora en el fraccionamiento de productos para el Hospital Pediátrico, y también en esta situación de emergencia sanitaria que vivimos por el caso de la gripe A1H1, realizó el fraccionamiento y la elaboración del jarabe Oseltamivir, ya que nosotros en la provincia no pudimos acceder a la presentación jarabe sino únicamente a la presentación comprimidos, en la primera etapa de 75 mg y después en la segunda etapa recién pudimos acceder a las cápsulas de 30 mg. En todo el primer trayecto, nuestro laboratorio estuvo preparando el jarabe Oseltamivir y también el alcohol en gel tan demandado por la población en esa situación. Hoy el listado de medicamentos consta de 35 activos y 61 formulaciones.

Y también gracias al avance que se ha tenido en la gestión se logró incorporar 4 pasantes de farmacia, o sea estudiantes de la carrera de farmacia que realizaron actividades dentro del laboratorio de producción de medicamentos. También se contrataron dos profesionales farmacéuticos más que fueron destinados a las áreas de control de calidad, con lo cual hay un mayor alcance en los controles de calidad y un refuerzo de la supervisión y control en la producción de formas sólidas.

En el 2004 el LEMIS amplía su producción a la elaboración de fitomedicamentos. Creo que lo importante de revalorizar acá es que todo este trabajo lo realizan farmacéuticos egresados de la provincia de Misiones, que se especializaron y que tienen una visión bastante importante en cuanto a lo que significa la producción pública de medicamentos. Estos fitomedicamentos están re-

gistrados ante la ANMAT como productos autorizados, y si bien nosotros no los comercializamos, existe una firme posibilidad de lograr la comercialización de nuestros productos, pero eso está todavía en revisión. A partir de la elaboración de fitomedicamentos nos convertimos en la primera provincia del país que utiliza recursos propios y recursos naturales para la elaboración de fitomedicamentos dando a la población, si se quiere, una cobertura de un medicamento seguro y manteniendo el saber ancestral tan importante para una provincia como la nuestra.

Es importante señalar que partir de esta elaboración de fitomedicamentos comienza la capacitación a los médicos prescriptores y a la comunidad en general. Esto último, la capacitación que se hizo a la comunidad, tiene para nosotros un valor agregado, porque al ser Misiones una provincia tan rica en materiales vegetales, tenemos también una población bastante habituada al uso de las plantas medicinales, y si se quiere al mal uso de las plantas medicinales, con lo cual también se tenían muchas dificultades en el ámbito público en cuanto a chiquitos que aparecían con intoxicación medicamentosa por consumir los famosos tecitos de manzanilla, tecitos de anís, etc. Entonces al elaborar estos fitomedicamentos nosotros lo que le estamos transmitiendo a la comunidad, es que los medicamentos son seguros cuando se los administra racionalmente a dosis conocidas.

La creación de la **FAPS Madariaga**, una farmacia que se especializó en la atención farmacéutica de pacientes crónicos (Res. 310), para nosotros tuvo también un impacto importante en cuanto a la reorganización de la adquisición, distribución y gestión del medicamento, y también en cuanto a reconocer un poquito cuáles eran los distintos aspectos de salud y cómo impactaban los diferentes tratamientos en nuestro sistema.

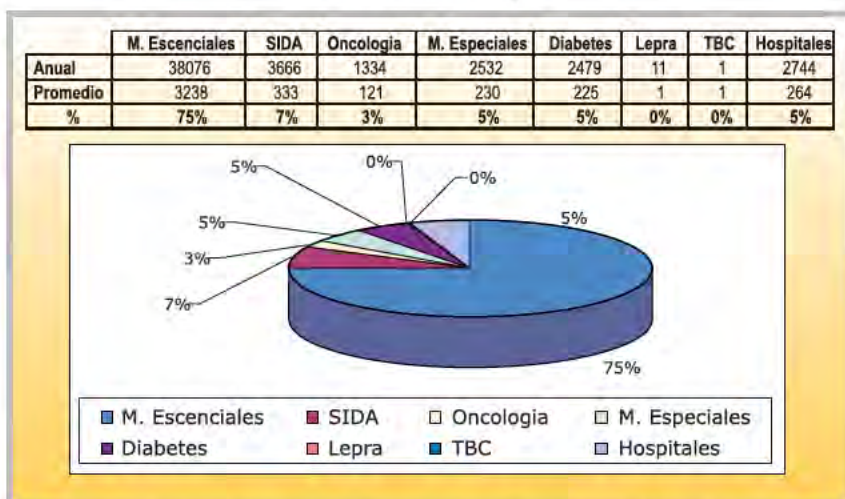
Esta farmacia lleva adelante una reorganización y empadronamiento de todos los pacientes con patologías crónicas, hace un seguimiento del consumo de cada paciente, y brinda asistencia a toda la provincia. O sea que a través de esta farmacia se

asiste a todos los pacientes que tienen patologías crónicas, los cuales son empadronados y registrados, y también se realiza la gestión de adquisición de medicamentos y mantenimiento de existencias a fin de cubrir nuevos ingresos.

En el siguiente cuadro mostramos la actividad del FAPS Madariaga, cuyos **indicadores de actividad** fueron los siguientes:

- **Número de consultas atendidas de enero a noviembre de 2008: 50.834**
- **Promedio de consultas atendidas por mes: 4413**

FAPS Madariaga



Fuente: MisionSalud, Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones, 2008.-

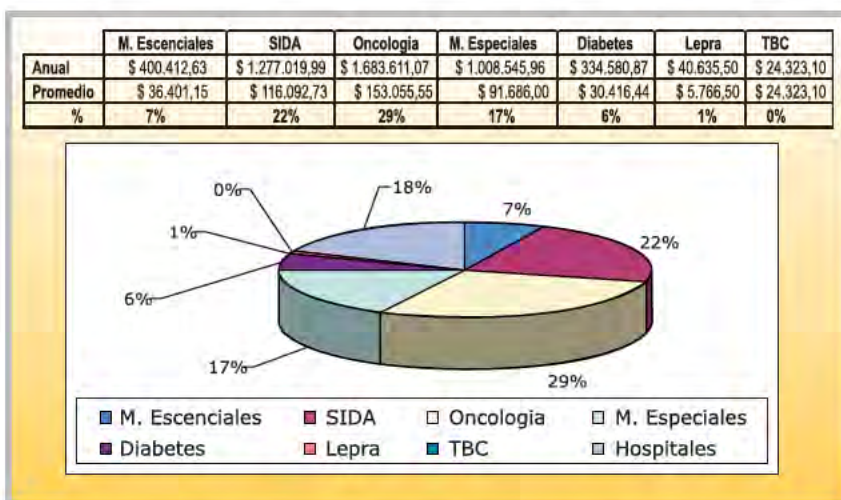
El gráfico muestra el impacto que tienen cada una de estas patologías en cuanto a número de pacientes en esta farmacia. Y vemos que al ser una farmacia de atención primaria, evidentemente la mayor asistencia de pacientes corresponde a los medicamentos esenciales que, como vemos ahí, implica el 75% de la población que atiende el FAPS Madariaga.

También puede observarse que las otras patologías como SIDA, oncología y medicamentos especiales, implican porcentajes muy pequeños.

Ahora, si traducimos esto al impacto que significa para nosotros la asistencia de estos pacientes en cuanto al gasto en medicamentos, los **indicadores económicos muestran que la valorización de medicamentos entregados de enero a noviembre de 2008 fue de \$5.832.509,52.**

En el siguiente gráfico, vemos que el 75% de los pacientes que asisten a la farmacia significan en costo un 7% del gasto total en medicamentos e insumos, en tanto que los pacientes de SIDA representan un 22% y los oncológicos un 29% de ese gasto. O sea que si bien son patologías que abarcan como es sabido pocos pacientes, el impacto que tienen en el gasto es considerable.

FAPS Madariaga



Fuente: MisioneSalud, Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones, 2008.-

Reflexiones Finales

Antes de concluir, quería mostrarles el proyecto del nuevo Hospital Madariaga, que va a ser el hospital central de la Provincia de Misiones, y se está construyendo en el futuro Parque de la Salud, con una fuerte inversión de Rentas Generales de la Provincia. Para nosotros tiene un impacto importante dentro del sector del ejercicio profesional farmacéutico, porque es en este hospital donde la mayor cantidad de farmacéuticos se forman en los diferentes servicios, y va a posibilitar en un futuro cercano poder replicar las experiencias en el trabajo de estos farmacéuticos a los otros hospitales en la provincia.



MISIONES
Salud

PARQUE DE LA SALUD

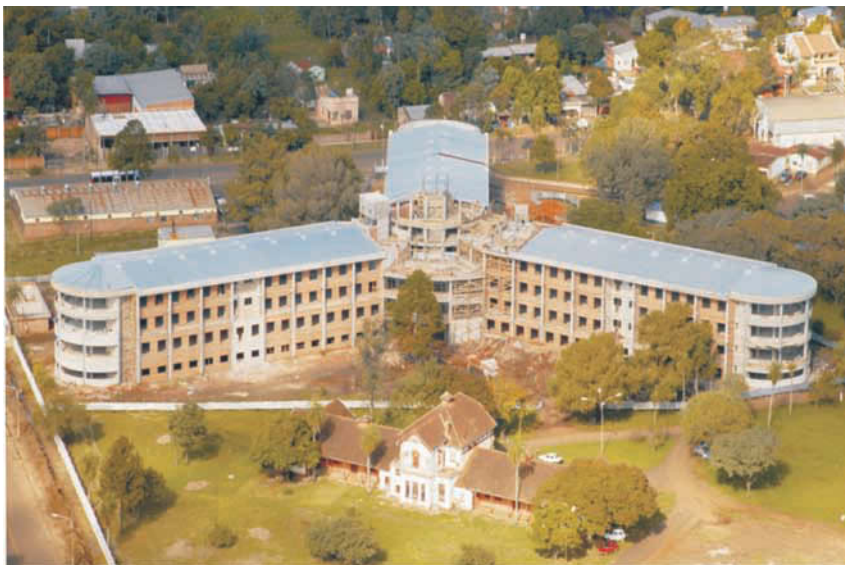


Ministerio de Salud Pública
Gobierno de la Provincia de Misiones

HOSP. MADARIAGA



Éste es el avance que tiene la obra actualmente.



NUEVO HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR. RAMÓN MADARIAGA

El desarrollo que ha tenido el ejercicio profesional en la provincia nos ha permitido llegar a una instancia en la cual tenemos que evaluar una modificación en la Ley del Ejercicio Profesional porque, como les había dicho anteriormente, empezamos a incursionar en ámbitos de incumbencias profesionales que anteriormente no estaban desarrolladas en la provincia, y obviamente no están contempladas en la Ley del Ejercicio Profesional Farmacéutico.

Y la necesidad de esta modificación en la ley implica poder garantizar una continuidad de todo este ejercicio y de todo este avance que se hizo en la provincia hasta el momento, ya que obviamente hay mejoramiento en la calidad de atención de salud y una accesibilidad del medicamento del 100% para la población más vulnerable y para los efectores de mayor complejidad.

Para concluir, destacamos que a partir de 2003, la política de salud es para nosotros en Misiones una política de estado.

Reflexiones y comentarios desde el Programa Remediar

Lic. Mauricio Monsalvo

Algunos términos comparativos respecto al Programa de Farmacia de Mina Gerais y REMEDIAR

Quiero agradecer especialmente a FEFARA desde el Programa REMEDIAR, por darnos esta oportunidad de tener un espacio para discutir. Me parece que con el mundo farmacéutico nos debemos mutuamente una extensa, franca y necesaria discusión sobre cuál será el sentido que le queremos dar a la asistencia farmacéutica, en el contexto del sector público en particular. Me parece que la presentación que hizo Augusto Guerra es una excelente excusa para discutir esto, porque plantea un modelo como mínimo innovador y como máximo comunista, lo cual le pone todavía más pimienta al asunto.

No voy a ahondar en detalles sobre REMEDIAR, porque me gustaría más bien plantear algunos términos comparativos entre el Programa de Farmacia de Mina Gerais, que se escribe en una política federal. Al respecto quiero hacer una aclaración, y es que cuando ellos dicen estados o estado, en realidad hablan de lo que nosotros llamamos provincias, y con el término federal aluden a lo que nosotros llamamos nación o estado. El Programa de Mina Gerais se escribe entonces en el contexto de la política federal que es el Sistema Único de Salud de Brasil (SUS), que tiene una trayectoria bastante extensa, que ha superado larguísimas tormentas y varias veces las siete plagas de Egipto

como se mencionaba ayer, y particularmente ha transitado con éxito cambios de gobierno, además de haberse dado una extensa discusión en torno al SUS y a las características que iba a tener.

Lo que para mí es la política que cristaliza la posibilidad de que el SUS exista en Brasil, es que es el programa de salud de la familia. Me parece que es algo así como el brazo armado, para hacer un parangón militar, para poder pensar un modelo de salud único que tenga cobertura universal, estructurado a partir del sector público, que es el desafío particular que tienen nuestras latitudes. En el caso de la Argentina, tristemente, me parece que hace muchos años que no tenemos una discusión que nos permita ponernos a pensar algo así como un sistema único de salud, o mínimamente algo parecido a un sistema único de salud donde estén todos los actores representados, y principalmente los poderes. Porque me parece que más que de actores, tenemos que lograr representación de poderes, y creo que en los últimos seis o siete años hubo algunos intentos más o menos interesantes de pensar esquemas similares a lo que podía ser un programa de la salud de la familia. Quizá lo fue en su momento el Programa de Médicos Comunitarios, que tuvo pretensiones de constituirse en el brazo armado de una política que no estaba orientada necesariamente a un modelo de salud único, aunque me parece que allí por finales de los '90 se discutía mucho más frecuentemente que ahora la posibilidad de tener seguros de salud únicos, o también se hablaba del seguro provincial de salud y ese tipo de modelos. Pero esto la Argentina no lo discute por lo menos hace siete u ocho años, o por lo menos no hemos leído algo al respecto.

Lo que sí tiene la Argentina desde el punto de vista de las políticas sanitarias, es un interesante desarrollo en términos de fortalecimiento de la atención primaria como un concepto y una estrategia. Y como cristalización de esa política o de esa decisión política, tiene un conjunto de políticas de distinta envergadura que apuntan a fortalecer la capacidad de respuestas del

primer nivel de atención, aprovechando que la Argentina, a diferencia de Brasil, tiene una cobertura territorial bastante más extensa y añeja. Tanto la escuela pública como los servicios públicos de salud, y en particular los servicios del primer nivel, tienen un grado de cobertura a nivel geográfico equiparable, seguramente, a la red de farmacias privadas, en el sentido de penetración en términos geográficos.

En ese contexto de fortalecer la estrategia de atención primaria, o de intentar definirla y a partir de definirla apuntalarla, y a partir de apuntalarla fortalecer un sector público capaz de dar respuesta a la mitad de la población, que es la que requiere este tipo de tratamientos, se escribe REMEDIAR. Me parece que conceptualizar o entender a REMEDIAR como un programa que entrega medicamentos, es tener una visión demasiado reducida y de corto alcance en términos de cuál es el contexto de formulación en el que se inscribe la política.

El segundo punto que me interesa resaltar en relación a la presentación de Augusto Guerra, que me parece que es lo que nos diferencia de fondo con Brasil, estructuralmente como país y en particular en el sector salud, tiene que ver con lo que yo llamaría la densidad institucional que tiene el modelo brasileño, de interrelación entre el estado federal, los estados y los municipios. Brasil tiene una extensa tradición de sentarse a discutir estas tres partes o niveles de gobierno, y de fijar acuerdos que no se expresan solamente en fotos para los diarios de mañana sino en el acuerdo que sostienen. Y esto implica establecer una división muy sencilla, en donde ponen a la derecha qué va a hacer el estado federal y cuánto va a financiar, qué va a hacer el estado municipal y cuánto va a financiar, y qué va a hacer el estado provincial y cuánto va a financiar, y donde se establecen claramente las responsabilidades y se construyen consensos a partir de ese tipo de planteos.

Por eso es que a pesar de que tienen profundas diferencias, y a pesar de que les queda mucho por recorrer como a la

mayor parte de los países de estas latitudes, tienen capacidad para pensar y para articular una política única, como un sistema único de salud que tiene rango federal por decirlo de alguna manera, o programas como el Programa de Formación Popular que también tiene una extensa historia a nivel federal, o como el Programa de Salud de la Familia que también tiene una pata federal fuerte a pesar de que los estados o los gobiernos estatales, tienen una responsabilidad en términos de ejecución que es más o menos lo que tenemos acá.

Pero también hay un compromiso mutuo y explícito no sólo en términos financieros sino en términos de gestión, de ejecución y de financiamiento de las políticas que se dan a nivel territorial propiamente dicho. Y hay una serie de canales institucionales que hacen que el último nivel de gobierno, el que está más cerca del pueblo digamos, de los ciudadanos que requieren los derechos y que tienen las necesidades que deben cubrirse, que son los municipios y los gobiernos autónomos, también tienen una participación activa, también tienen la capacidad de intervenir en la decisión. Y esa capacidad de intervención y esa participación institucional también se refleja en compromisos que se respetan, que trascienden las plagas electorales y que claramente tienen que ver con un modelo de construcción del federalismo del que nosotros estamos a unos 150 o 180 años.

No creo que sea ni malo ni bueno, pero me parece que hay que contextualizar siempre, porque si uno no contextualiza el funcionamiento político, lo que hace es aplicar recetas de manera acrítica, y claramente es importante tener en cuenta todas las variables y las políticas en particular. Si Argentina funcionara en un contexto donde los acuerdos a nivel macropolítico, digamos los acuerdos entre la nación y las provincias y los acuerdos al interior de las provincias, no funcionaran como expresiones de voluntad política y como acuerdos, actas y compromisos que rara vez se publican más allá del titular de un diario de mañana, seguramente podríamos haber tenido un Programa REMEDIAR articulado a nivel territorial, como lo articula Misiones, como lo

está haciendo Neuquén o como lo hace Mendoza, que quizá sea una provincia más avanzada en términos de vincular un programa de provisión pública de medicamentos por parte del estado nacional, con una red de prestación de servicios públicos de salud en el primer nivel y con una altísima presencia de personal farmacéutico.

Creo que el ejemplo que nos trae Augusto Guerra nos debería poder mostrar lo siguiente: hay un estado que provee un nivel mínimo, con esa lógica del federalismo de construir un arco de solidaridad que haga que en todo el territorio nacional haya una base de acceso, sobre la cual las provincias puedan hacer un esfuerzo eficiente en torno a ese piso mínimo que el estado otorga. Y a su vez que el estado pueda usar inteligentemente las políticas públicas como forma de construir la rectoría, porque hasta donde nosotros entendemos la rectoría no pasa más allá de escribir algunas normas y retar a los ministros en alguna reunión del COFESA cada tanto... y nuestra rectoría se termina ahí. Tenemos que pensar cómo se cristaliza la rectoría en políticas públicas que determinen conductas, y por lo tanto que generen instituciones que hagan que tengamos un margen de acción más o menos contenido, y que no pase como decía Carlos Vassallo hace un rato que las provincias puedan hacer más o menos lo que quieran en pleno uso de sus facultades soberanas.

Si nosotros funcionáramos en ese modelo, insisto, no sería para nada extraño o no parecería tan innovador, que un gobierno provincial, en el caso brasileño el gobierno estadual, se plante y diga que sobre ese piso que acordaron junto a todas las provincias que va a cubrir Nación, él va a montar una red de servicios farmacéuticos financiando no sólo la construcción de un establecimiento sino también el personal farmacéutico que tiene a mano, y se va a sentar con sus municipios, que dependen de él, y les va a decir que pondrá por ejemplo 90.000 reales para construir el establecimiento y por ahí unos 13 reales per cápita para que el farmacéutico del municipio haga esto y aquello, y le pregunte a los municipios cuánto van a hacer y cuánto van a poner.

Si Argentina tuviera un mínimo de verosimilitud contra ese modelo, o si nosotros permaneciéramos en ese modelo, entonces tendríamos que considerarnos unos tontos porque claramente hay buenos ejemplos para copiar muy cerca de acá. Pero no es nuestro caso, nuestro caso funciona con un montón de variables y de características de relación política que REMEDIAR no va a resolver. El REMEDIAR puede ser una excusa para que nos sentemos a discutir eso, pero no es un problema del REMEDIAR, es un problema político de larga data que trasciende al sector salud incluso como contexto. Me parece que una crítica orientada a lo poco que ha hecho REMEDIAR por la presencia de los farmacéuticos en el primer nivel debería por lo menos contextualizar esta culpa.

REMEDIAR y el rol del farmacéutico en el primer nivel de atención

Como segundo punto y para no esquivarle al bulto ya que no quiero ser muy extenso, pienso que REMEDIAR debe hacer una profunda autocritica sobre cuál ha sido el rol del personal farmacéutico en el primer nivel de atención. Esto no obstante haber hecho probablemente más por el uso racional de medicamentos en varios aspectos, desde la selección racional hasta un adecuado aprovisionamiento, la participación de las universidades, la realización de estudios de utilización de medicamentos a cargo de las mejores cátedras de Farmacología que existen en este país, los cursos de uso racional del medicamento, la articulación con el Programa Médicos Comunitarios en su momento, etc, etc, etc. Realmente no quiero hacer pirotecnia con los números ni hacer un detalle de éxitos, porque me parece que no es el caso, sino que más bien quiero focalizarme en por qué la Argentina genera políticas en contextos de emergencia lamentablemente, y si como alguno ha dicho, probablemente dentro de dos o tres años estemos de vuelta en una crisis tan profunda, que estemos en condiciones de generar una política que perdure unos diez años más.

Pero hay cosas que tenemos que saber aprovechar, y en eso tomo las palabras que ayer oímos de Manuel Agotegaray. Me parece que el contexto de formulación de REMEDIAR se dio en el marco de una crisis que no era meramente financiera, y desde ya que no es que no estemos en crisis porque vivimos permanentemente en crisis, pero la crisis del 2001 no era estrictamente financiera, alcanzaba niveles políticos en primera instancia, niveles de conflictividad social creciente y también a nivel de la actividad particular que la mayor parte de ustedes entiendo que realiza, con un nivel de rompimiento de la cadena de pagos que tiene pocos precedentes. Si nos enfrentáramos de vuelta a una crisis de esa magnitud es probable que tuviéramos que volver a redefinir todo a las apuradas y sin tener la posibilidad de sentarnos, porque en los últimos 10 años de postcrisis no nos sentamos nunca a discutir cómo íbamos a salir para adelante.

Y me parece que el cambio radical que seguramente debería pensarse desde el REMEDIAR es qué lugar se le otorga al profesional farmacéutico, no como articulación público-privado en el sentido de dispensar los medicamentos en el canal de farmacias privadas, porque si nosotros hiciéramos eso REMEDIAR no existiría como REMEDIAR porque perdería toda su potencialidad y todo lo que lo ha hecho perdurar, a pesar de muchos intentos y de intereses muy poderosos que influyeron para que REMEDIAR deje funcionar como tal. Realmente perdería todo lo que ha logrado avanzar en términos no ya de acceso ni de impacto redistributivo, sino de modificaciones, de pequeñas modificaciones sobre el modelo público de atención de la salud. Esto es muy difícil de mover, es muy difícil cambiar conductas en términos de demanda de la población y descomprimir medianamente los hospitales o las guardias de los hospitales, y habituar a que haya una relación más fiel entre la población adscripta y el centro de atención primaria, y otra cantidad de cosas que por razones de tiempo me parece que no vienen al caso. Pero si nosotros pensáramos a REMEDIAR sólo como un programa que dispensa medicamentos entonces sería perfectamente lógico o perfectamente

viable, si las circunstancias del 2001 lo hubieran permitido, haber dispensado a través del canal farmacia.

Hay dos cosas que pienso y quiero compartir aquí. La primera es que en el contexto de la crisis se tomó una política que trascendía la dispensa de medicamentos, o si se quiere y para ser un poco más autocrítico aprovechando que hay poca gente de la Nación, así que puedo hacerlo, me parece que REMEDIAR puso entre paréntesis el problema de la dispensa del medicamento en el contexto de la crisis y privilegió otras cosas. Privilegió fortalecer el sector público, el acceso a los medicamentos y el resguardo de la calidad, no desde el servicio farmacéutico propiamente dicho sino a través de otro tipo de recaudos, como son básicamente garantizar la seguridad de los medicamentos, porque no es casualidad que REMEDIAR vaya desde el ácido valproico hasta la aspirina, pero no se hayan podido meter medicamentos para la salud mental que son altamente necesarios en el primer nivel. El problema de la salud mental está claramente en la agenda, y hemos tenido muchísimos intentos para que a partir de REMEDIAR se promoviera la generación de programas de salud mental, vía la disponibilidad de medicamentos en el servicio de salud.

Pero claramente la poca densidad de oferta farmacéutica en el primer nivel impone un límite, entonces REMEDIAR tiene un límite de crecimiento si quiere expandirse que es el no contar con el recurso farmacéutico integrado al equipo de salud en el primer nivel de atención del sector público, esto me parece que es importante que se mencione y que se reitere ese concepto. Me parece que en el contexto de la crisis se privilegió el resguardo de la calidad y la seguridad de la población, a través de elegir medicamentos seguros en base al Formulario Terapéutico Nacional que está elaborado con la COMRA y que tiene como tal la legitimidad del caso, la existencia de unas prácticas de producción, la exigencia de algunas prácticas de almacenamiento o el control de lote a lote. Les puedo garantizar que pueden concurrir cualquiera de estos días al octavo piso del Ministerio de Salud y

constatarán que la totalidad de los lotes que se reciben, y la gente del laboratorio que los provee reniega bastante por eso, todos los lotes tienen liberación de la autoridad reguladora, algo que excede. De alguna manera se puso más papista que el Papa con respecto al agente de compras, porque implica burocratizar el proceso, pero es una forma de dar desde el origen de la cadena de distribución de medicamentos cierto resguardo de la calidad.

Y eso es porque sabemos que cuando se llega al punto de la dispensa tenemos un punto flojo, que es la falta de personal farmacéutico que controle eso, y hemos pagado los costos del caso. Los hemos pagado en términos de vencimiento de medicamentos, los hemos pagado en términos de almacenamiento y los seguiremos pagando hasta que no se generen las condiciones adecuadas para que nos podamos sentar con los actores del caso, y los actores del caso estén a la altura de las circunstancias, como bien decía Manuel Agotegaray ayer con una sana autocrítica al respecto. Esto significará poder sentarse a discutir una política de atención primaria, y en el marco de la política de atención primaria cuál es el rol que juega la asistencia farmacéutica en la prestación de servicios de salud.

Creo que eso no lo hemos hecho como corresponde, ni la Nación con las provincias, ni las provincias con los municipios, ni el estado con el sector privado. Ojalá pequeños cambios incrementales que estamos intentando hacer de la redefinición de las autoridades sanitarias y de haber trascendido como programa, nos dé una cierta espalda como para poder sentarnos y volver a discutir con la COMRA, con la COFA, con FEFARA, o con distintos tipos de actores de la misma forma que lo hacemos con COOPERALA, con CILFA o con CAEME cuando tenemos problemas de renglones en las licitaciones. Ojalá podamos avanzar en ese camino y construir una política que verdaderamente fortalezca al sector público sin que tengamos que ir hacia un modelo comunista de mañana salir a construir farmacias y pagarle a un farmacéutico. Yo estoy, y me parece que es honesto decirlo, mucho

más cerca de ese modelo que de algún otro, pero claramente son distintos modelos de respuesta a problemáticas más o menos similares.

Reflexiones finales

Me parece que estos espacios donde nos escuchamos, donde nos entendemos y donde tenemos una posibilidad de debatir hacen a que construyamos un modelo un poquito más consensuado, para que estemos más atentos y estemos preparados y cuando eventualmente se venga la próxima crisis estemos todos a la altura de las circunstancias, los actores del sector privado y los actores del sector público, y no tengamos que poner cosas entre paréntesis para poder avanzar con las políticas. Porque cuando uno está en la gestión pública, y cuando uno no duerme de noche o comienza a perder el pelo de manera acelerada, que es el costo de ser funcionario, no desaprovecha oportunidades, que es lo que hizo el Ministerio de Salud de la Nación con el Programa REMEDIAR, tratando de no desaprovechar una oportunidad muy importante para meter una cuña bastante difícil en un terreno en donde operan actores con mucha capacidad de veto, con muchísima capacidad de veto, y REMEDIAR tuvo la inteligencia necesaria como para saltar eso.

Y ahora necesita más inteligencia, y la inteligencia se construye con diálogo, para poder mejorar todos los puntos grises que tuvo que poner entre paréntesis en ese momento para no perder una oportunidad. Ojalá se den muchos espacios como éste, ojalá se multipliquen y logremos construir un consenso, un diálogo franco y un consenso sólido que nos permita pensar para adelante.



Taller de Certificación Profesional Farmacéutica

*Coordinadores: Farms. Natalia Rodríguez y Leonardo Jurado
Comisión de Certificación de FEFARA.*

Introducción

Farm. Leonardo Jurado

En el programa original este taller estaba previsto para un tiempo antes, pero modificamos la estructura del taller que íbamos a organizar y lo transformamos en una exposición inicial corta y breve. La idea es contarles el trabajo que estamos haciendo para proyectar hacia el futuro como tendríamos que trabajar en la faz profesional, y dejar para el final un espacio abierto a las preguntas o comentarios de los participantes.

A lo largo de las diversas Mesas de estas Jornadas se vieron y se escucharon números, propuestas, etc, pero consideramos que como profesionales, para la aplicación de todos esos criterios que se volcaron hasta ahora, hace falta que el farmacéutico tenga un asesoramiento y tenga una formación continua para lograr una atención al paciente de calidad. Por eso es que voy a comenzar contando muy brevemente la proyección futura sobre lo que es el profesional sanitario.

La **calidad de la atención profesional del paciente** se basa en tres premisas fundamentales que son: las medidas de morbilidad y mortalidad, que no lo vamos a ver ahora, el tipo de

educación de los profesionales, que en este caso vamos a ver solamente la de los farmacéuticos, y el análisis de los costos de salud.

El **tipo de educación** obliga a los profesionales a una educación y a una formación continua provista por las instituciones, por eso una de las obligaciones de las instituciones es también proveerles todas las herramientas para que puedan lograrlo. Ese logro, si bien es una iniciativa ética propia, también tiene un cultivo y un incentivo por parte de las instituciones que colectivamente agrupan a los farmacéuticos.

El **análisis de los costos**, por lo que vimos hasta ahora y haciendo un racconto, vemos que los costos en salud aumentan constantemente debido a que los pacientes demandan en calidad y en cantidad esos servicios. Con más razón entonces debemos procurar que el profesional que se hace cargo de esos servicios esté formado de modo adecuado y completo, para que la utilización sea la más idónea y la más correcta.

Para saber qué es la **calidad** dividimos el tema en tres. En primer lugar cómo definimos a la calidad y la relación que tienen los distintos actores, que son la administración, los profesionales y los usuarios. En segundo lugar una medida de eficiencia y de control de esa calidad, y en tercer lugar garantizar los medios que aseguren y que garanticen que esa calidad pueda ser prestada, independientemente del rol que cumple cada profesional o del lugar de desempeño, ya que nosotros vemos que en nuestra profesión no es lo mismo actualizarse en determinados puntos del país que en otros.

Para lograr esto definimos calidad como el grado de obtención de una determinada característica, de acuerdo con una escala de medida donde en los extremos están lo bueno y lo malo, siendo lo intermedio lo normal. Refiriéndonos en concreto a la atención sanitaria, la **OMS define la calidad**, a nivel general, como *«el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, tenien-*

do en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso».

Definimos **dos clases de calidad: la directa y la indirecta**. La calidad directa se mide en base a un resultado obvio que es la curación o la mejoría del paciente. La indirecta implica abordar aquellos aspectos que influyen sobre la calidad directa, entre ellos por ejemplo la dotación de los servicios, los tratamientos o la disminución de los costos para esos tratamientos pero sin relegar calidad directa, y la certificación de los profesionales para aplicarlos. La certificación es la garantía de que ese profesional está en continua educación, actualizándose permanentemente para que esa nueva tecnología que cuesta y qué es cara se aplique correctamente. No sirve de nada tener la mejor aparatología, el mejor tratamiento o el más costoso, si la aplicación no está hecha por un profesional que la conoce y que sabe aplicarla racionalmente. Y ahí es donde hablamos del uso racional del medicamento y del uso racional de la tecnología médica.

Hablando localmente, veamos cómo definen los profesionales de la salud haciendo una encuesta, qué es la calidad de la atención profesional: Es un elevado nivel científico técnico donde la técnica y el conocimiento están de la mano, es decir hay que utilizar los conocimientos que aseguren un servicio óptimo, que está basado en la aplicación de lo que ya conocemos todos, y que es la formación continua para aplicar esa tecnología.

De allí que todo esto fue el preámbulo para contarles lo que muchos ya seguramente conocen, que es el **Programa Nacional de Calidad en la Atención Médica**, y que tiene una parte que está dedicada a los farmacéuticos. La base legal de este programa que se basa en el Decreto 1424 del año 97, todavía vigente, establece que todo lo elaborado en este programa es de cumplimiento obligatorio para los establecimientos nacionales de salud. ¿Quiénes deben cumplir con este programa? El Sistema Nacional

del Seguro de Salud, el Sistema Nacional de Obras Sociales, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, los establecimientos incorporados al Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión, que ya lo están haciendo y que se dividen en los tres niveles, y los establecimientos que dependen de las distintas jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que decidan adherirse, o también las partes del sector privado que también quieran hacerlo.

Los **objetivos** de este programa en general se orientan a categorizar con criterio de riesgo la habilitación de las instituciones, de los establecimientos de salud y cómo acreditan los mismos, eso ya se está haciendo. También ya se hizo la elaboración de las normas de organización y funcionamiento y los manuales de procedimientos de los diferentes servicios de salud dentro de las instituciones, y la elaboración de algoritmos y guías diagnósticas y terapéuticas de los problemas sanitarios más frecuentes, con la idea de disminuir los costos, es decir tener criterio de especificidad, sensibilidad y costo-beneficio de la aplicación de estos algoritmos.

Entonces para terminar y para definir bien cortito, el objetivo central es alcanzar la homogeneidad, coherencia y consistencia en los distintos procesos de certificación y recertificación, ese es uno de los objetivos centrales de este programa y es la parte que nos toca a nosotros como Comisión de FEFARA, ya existente como sería el caso nuestro, y las que se están por desarrollar en el país. El fin obviamente es garantizar a la población la excelencia en el desempeño de los profesionales de la salud.

Entonces y como premisa última, les dejo que debido a la dinámica de la investigación y publicación de la evidencia médica, el profesional sanitario tiene la obligación de estar actualizado para brindar servicios profesionales acordes a una atención de calidad óptima, y que como nosotros comentábamos antes, le damos un rango a lo que es la calidad de la atención, bueno o malo, y a lo que tendemos siempre es a que nuestra atención profesional sea óptima para todos.

Sistema federal de actualización, Certificación y recertificación profesional

Farm. Natalia Rodríguez

Por mi parte, la idea es presentarles la manera en que estamos trabajando desde FEFARA en el tema de la certificación, y comentarles el Sistema Federal de Actualización, Certificación y Recertificación Profesional de FEFARA.

Como estaba explicando Leonardo Jurado, todo esto se enmarca en el Decreto 1424/97 que es el que fija todas esas normas, y dice también que el Ministerio de Salud y Acción Social puede delegar estas funciones de certificación en entidades académicas, universitarias, científicas, colegios profesionales de ley y cámaras y asociaciones del sector. El objetivo de esta presentación es que se comprenda de qué hablamos cuando hablamos de certificación, porque por ahí se habla mucho y hay muchas conjeturas de si una certificación sirve y otra no, o si es una simple presentación de papeles en la que hay que sacar fotocopias o hacer tal o cual trámite.

Concretamente lo que garantizamos con esto es que el farmacéutico se mantiene actualizado. Esas instituciones que pueden certificar a los farmacéuticos tienen que ser instituciones sin fines de lucro, de destacada trayectoria y de reconocida conducta ética en el medio, que se deberán ajustar las normas y reglamentaciones que surgieron a partir del Decreto **1424/97**. En 1999 y a través de la **Resolución 498** se establecieron todas esas normas y esas definiciones, como para ir avanzando en todo el Programa de Calidad.

En esta resolución se define la **matriculación**, que es la inscripción en un registro oficial que habilita al profesional para ejercer en el marco de la norma vigente, establecida por la autoridad de aplicación de cada jurisdicción. La matriculación es obligatoria, y dentro de nuestro país cada provincia tiene distintos sistemas de matriculación, ya sea en el Ministerio de Salud Pública o en los colegios de ley.

La idea no es leer todo el decreto completo, sino marcar algunos puntos o definiciones centrales. Entonces de acuerdo a este decreto definimos **certificación** como el resultado de un acto por el cual una entidad competente, aplicando criterios preestablecidos, asegura a través de un proceso de evaluación transparente, que un profesional debidamente matriculado posee conocimientos, hábitos, habilidades, destrezas y actitudes propias de una especialidad o actividad reconocida, además de adecuadas condiciones éticas y morales.

Y luego también tenemos la definición de la **recertificación**, que es lo mismo que la certificación pero en el sentido de que lo continúa haciendo, o sea es el resultado de un acto por el que una entidad competente y aplicando criterios preestablecidos, asegura a través de un proceso de evaluación transparente, que un profesional de la salud debidamente matriculado, y previamente certificado, mantiene actualizados sus conocimientos y habilidades, y ha desarrollado sus actitudes dentro del marco ético adecuado, de forma acorde con el progreso del saber y del hacer propio de la especialidad o actividad que ha desarrollado en un período determinado.

El programa de certificación, como les explicaba Leonardo Jurado, es aplicable a todos los profesionales de la salud. Las características generales de este decreto es que diferencia lo que es matriculación de certificación, y plantea la certificación como una evaluación del proceso de formación y de calidad de los profesionales, aclaramos que es un proceso voluntario y periódico, porque también hay muchas preguntas al respecto, como

qué pasa si no certificó o si es obligatorio hacerlo. Es un proceso realizado por pares, por eso únicamente los médicos certifican a los médicos o farmacéuticos a los farmacéuticos, esto tiene que ser así, y además es periódico. ¿Por qué lo hacemos a través de FEFARA? Porque en el acta constitutiva de FEFARA, se establece que uno de los objetivos de la Federación es justamente procurar que la naturaleza y la calidad de los servicios farmacéuticos prestados al público en general sean apropiados y confiables.

¿Cuáles son los **alcances de la certificación y la recertificación profesional**? Como decíamos, los procesos de certificación y recertificación profesional tienen carácter periódico y voluntario, por lo que suelen ser entendidos por los profesionales como una autoexigencia. Sin embargo, la certificación y recertificación profesional, es utilizada también como un instrumento de selección y permanencia de los profesionales en distintos sistemas de salud, tendencia que probablemente se acentúe en los próximos años.

¿Cómo está formado este Sistema Federal de Actualización, Certificación y Recertificación profesional?

Tenemos dos comisiones, una Comisión de Actualización Farmacéutica y una de Certificación y Recertificación. La Comisión de Actualización Farmacéutica es la que coordina con cada colegio toda la capacitación que llega al farmacéutico, y el farmacéutico a través de esta capacitación que recibe puede realizar la certificación. También se hace ese trámite en los colegios, donde cada colegio va a hacer la preevaluación de todas las solicitudes de certificación, y las evaluaciones se elevan luego a la Comisión de Certificación, ese sería el sistema completo. Este sistema depende por supuesto del Consejo Directivo de FEFARA.

¿Cuales son los objetivos de esta forma de trabajar?

Centralizar la oferta educativa, fortalecer a los colegios de pequeña infraestructura y de bajos recursos económicos ayudándolos para que puedan tener esa capacitación, y poder de esta manera actualizar y tener un mismo criterio en cuanto a las com-

petencias profesionales. Desde nuestro punto de vista lo interesante de esto es que cada colegio está en total conocimiento de cuáles son los criterios que se aplican, y los miembros de cada colegio saben que tratan con sus matriculados todas estas cuestiones. De manera que desde cada colegio realmente estamos preparados para poder responderles a nuestros colegas, esa es una de las ventajas de trabajar de forma descentralizada.

El sistema fue aprobado por Mesa Directiva con un documento central y diez anexos, en donde esta Mesa Directiva resuelve que se cree el Sistema Federal de Actualización, Certificación y Recertificación Profesional y que este sistema funcione en dos comisiones como ya comentamos recién.

La **Comisión de Actualización Farmacéutica** está integrada por siete (7) profesionales farmacéuticos: tres titulares y dos suplentes aprobados por la Mesa Directiva de la Federación Farmacéutica de la República Argentina (FEFARA), y un representante titular y un suplente del Ente Coordinador de Unidades Académicas de Farmacia y Bioquímica (ECUAFyB). Esto ya está en total funcionamiento, ya tenemos los miembros nombrados oficialmente de la ECUAFyB, y son los que están coordinando ya la oferta educativa en los distintos colegios.

La **Comisión de Certificación y Recertificación** está integrada por cinco (5) profesionales farmacéuticos: tres titulares y dos suplentes aprobados por la Mesa Directiva de FEFARA.

Los miembros de ambas comisiones deberán contar con demostrada idoneidad y solvencia ética y moral. Los miembros permanecerán en sus cargos por el término de tres años, renovándose a razón de 2/5 partes transcurridos el primer año y medio, y 3/5 partes el segundo año y medio y así sucesivamente. A tal fin, los miembros en su primera reunión y a través de sorteo, determinarán quiénes deberán salir en la primera renovación. Los miembros de ambas Comisiones podrán ser reelectos. Para la renovación de los miembros, los colegios integrantes de

la FEFARA, propondrán sus representantes a la Mesa Directiva de FEFARA, la que decidirá acerca de la aprobación de aquellos que conformarán las comisiones correspondientes.

Veamos cuáles son las **funciones** de ambas comisiones:

La **Comisión de Actualización Farmacéutica** tiene a cargo las siguientes funciones:

1. Elaborar el reglamento de funcionamiento interno y el Programa de Educación Farmacéutica Continua.
2. Coordinar la oferta educativa con los Colegios de Farmacéuticos y otorgar créditos a cada actividad educativa propuesta, evaluando cada caso en particular.
3. Normatizar a los fines del cumplimiento del punto anterior, el sistema de asignación de créditos.
4. Difundir y promocionar todas aquellas actividades educativas tendientes a la Certificación y Recertificación Profesional.

La **Comisión de Certificación y Recertificación**, que es nuestra comisión, tiene las siguientes funciones:

1. Elaborar el reglamento de funcionamiento interno con los objetivos, procedimientos de trabajo y funciones del coordinador.
2. Recibir los antecedentes y pre-evaluaciones enviados por los Colegios de Farmacéuticos ante quienes fueran presentadas las solicitudes de Certificación y Recertificación Profesional.
3. Dictar resolución aprobando o rechazando las solicitudes mencionadas en el punto anterior.
4. Pedir a los Colegios de Farmacéuticos, en cuanto lo crea necesario, el envío de los legajos de antecedentes correspondientes a cada aspirante. Aclaremos que en realidad nosotros pedimos en todos los casos algunas carpetas, como para analizar si están trabajando de la manera

correcta, de manera de tener un criterio parejo con todos los colegios.

5. Elevar al Consejo Directivo de la FEFARA copia de las resoluciones dictadas con motivo de la Certificación y Recertificación. O sea que una vez que nosotros aprobamos todas las resoluciones de certificados o recertificados, las elevamos al Consejo Directivo de la FEFARA para que se realice el dictamen correspondiente.

Ambas comisiones son de carácter científico y con independencia política, por lo cual cualquier profesional del país puede participar en ellas, tanto en lo referente a capacitarse a través de este sistema, como para certificar o recertificar.

Podrá adherir al Sistema Federal de Actualización, Certificación y Recertificación Profesional, todo farmacéutico matriculado en el territorio de la Nación Argentina, conforme con la normativa jurisdiccional vigente. Éste es un detalle muy importante, porque todo profesional que quiera certificar o recertificar debe estar matriculado dentro del territorio de la Nación Argentina conforme a la normativa de la jurisdicción a la que pertenece dicho farmacéutico, esto es uno de los requisitos.

También participarán en calidad de miembros consultores de la Comisión de Actualización, el Ministro de Salud de la Nación, la OPS, la Asociación Argentina de Farmacia y Bioquímica Industrial, la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospitales, la Academia Nacional de Farmacia y Bioquímica y otras asociaciones reconocidas. La Comisión de Actualización en este momento está trabajando activamente en este sentido, con la idea de convocar y poder reunir la mayor cantidad de miembros consultores, dependiendo del tipo de actividad en la que estén trabajando. Todas las actividades que no sean organizadas por la Comisión de Actualización de FEFARA, deben pedir una solicitud a través del Colegio o del lugar adonde se realice la capacitación, para que se le otorguen los créditos correspondientes.

Los Colegios de Farmacéuticos que integran la FEFARA tendrán a su cargo la recepción de las solicitudes de adhesión al Sistema Federal de Actualización, Certificación y Recertificación Profesional, los antecedentes curriculares y todo otro requisito que se exija en el sistema. Con todos los elementos en su poder, los colegios emitirán a través de las Comisiones conformadas a tal efecto, dictámenes con la pre-evaluación de los antecedentes acompañados, los que serán elevados a la Comisión de Certificación y Recertificación. Entonces nosotros hacemos un análisis de algunas de las carpetas para ver que se esté trabajando de manera correcta.

Una vez otorgada la certificación o recertificación profesional se extenderá una constancia de «*Farmacéutico certificado en la Federación Farmacéutica (FEFARA)*» o «*Farmacéutico recertificado en la Federación Farmacéutica (FEFARA)*», según corresponda, firmada por el Presidente de la FEFARA, un miembro titular de la Comisión de Certificación y Recertificación de la FEFARA y el Presidente del Colegio que corresponda. La constancia incluirá la fecha de expedición, caducidad y número de registro en la FEFARA, que tiene un registro de todos los profesionales certificados o recertificados hasta ahora.

Resumiendo, la certificación consiste en la evaluación de los antecedentes profesionales del postulante y los mismos son expresados como créditos. El trámite de certificación es voluntario y gratuito, lo que también es una consulta habitual, tiene alcance nacional y una vigencia de cinco años. Este sistema es totalmente compatible con otros sistemas de certificación propios de las entidades federadas.

Para terminar y antes de escuchar los comentarios o las preguntas que quieran hacer, queremos darles nuestra dirección de correo electrónico **ccr@fefara.org.ar**, y decirles que allí estamos a disposición de todos y para todas las consultas que necesiten formularnos.

Preguntas y comentarios

- **Participantes:** *Queríamos saber en el caso de aquellos que certificamos a través de la COFA, cómo proceder en el caso de ustedes, o sea si deberíamos certificar o recertificar.*

Farm. L. Jurado: La certificación de COFA es la misma que la de FEFARA, se homologa automáticamente, entonces lo que pueden hacer llegado el caso es recertificar por FEFARA.

Farm. N. Rodríguez: El sistema reconoce otros sistemas de certificación, igualmente si quieres certificar por FEFARA, también lo puedes hacer.

Farm. L. Jurado: En el caso que recertifiquen, siempre está el beneficio de que la renovación de la recertificación va obteniendo los beneficios del 10% de certificación en certificación. O sea, primero se certifica con 50, luego se recertifica con 45 y así sucesivamente, eso es debido a que para la actualización no hace falta que junten 50 créditos cada cinco años, el ejercicio profesional y la actualización permanente hacen que cada vez se exija menos.

- **Participantes:** *¿Qué pasa cuando en los colegios se realizan actividades que no tienen créditos otorgados, como por ejemplo charlas y conferencias en las cuales no se ha pedido que se les otorgue el crédito correspondiente? Porque tengo entendido que sí tiene un va-*

lor crédito, aclaro que en mi caso estamos recepcionando carpetas, y entonces va a pasar la carpeta con actividades que no tiene créditos otorgados y por lo tanto no podemos hacer una preevaluación.

Farm. N. Rodríguez: Nosotros tenemos el reglamento en el que está el detalle de cada actividad, como por ejemplo qué puntaje tiene, es un poco largo como para mostrarlo ahora, pero está a disposición de todos y además se puede bajar del sitio web de FEFARA. Lo fundamental es que los certificados de esas actividades tengan toda la información necesaria para poder asignar un puntaje, entonces con el reglamento en donde está todo el detalle se puede hacer tranquilamente, o si tienen problemas se comunican con nosotros y les ayudamos en todo lo que se pueda. Lo que estamos insistiendo ahora es que pidan asignación oficial de créditos para hacerlo no sólo más formal, sino mucho más práctico. Pero en tu caso lo puedes analizar y nosotros después vamos a analizar si la forma en que trabajaste fue la correcta, pero está toda la información en el reglamento que tenemos.

- **Participantes:** *Quería saber si nosotros hacemos cursos en diferentes lugares del país, dado que algunos vienen con crédito para FEFARA, otros vienen con créditos para COFA y algunos otros vienen con crédito para sistemas provinciales, si nosotros podemos considerar que esos créditos son iguales para todos lados, o eso va a depender del reglamento interno que tengan.*

Farm. N. Rodríguez: Va a depender del reglamento, en general el que es muy distinto es el de la Provincia de Buenos Aires, los PROCAP creo que se llaman, en Capital no en Provincia son distintos, pero los otros dos sistemas son muy parecidos.

Farm. L. Jurado: Es decir, FEFARA tiene una asignación de créditos con ciertas diferencias que el de COFA por ejemplo, de acuerdo a la aplicabilidad que nosotros consideramos. Enton-

ces por eso es que le pedimos al que va a certificar o recertificar por su colegio, o sea a quien está encargado dentro del colegio de asignar los créditos, que esté entrenado para saber qué crédito otorgar a esa actividad de acuerdo a un montón de factores que no podemos ver ahora por una cuestión de tiempo, pero entre otros influyen quién es el que dio el curso, cómo se organizó, la cantidad de horas y el tema abordado.

Farm. N. Rodríguez: En realidad es mucho más sencillo de lo que parece, es muy matemático, están las definiciones muy claras y se multiplican los créditos por la cantidad de horas y por un factor de categorización según quien organiza las actividades, pero insisto en que todo esto está muy sistematizado y es mucho más sencillo de lo que parece.

- **Participantes:** *Como bien dijiste es una actividad voluntaria, ¿Hay alguna actividad para la cual hoy se esté solicitando que el farmacéutico haya certificado o recertificado?*

Farm. N. Rodríguez: En realidad hubo muchos rumores acerca de que algunas obras sociales iban a pedir que el farmacéutico estuviera certificado, tengo conocimiento, en mi provincia al menos, que en el caso de OSDE se corrían rumores muy firmes de que iba a pedir la certificación. No sé si tendrán alguna normativa para todo el país, pero hasta ahora no ha pasado nada.

Farm. L. Jurado: Eso es en el ámbito de lo que es una farmacia privada como dije recién, y hay rumores también que para ejercer en la parte pública tengas que estar certificado. Quiero agregar además que por el momento sí es voluntario, por ahora solamente como la definición decía tiene que ver con la parte ética de cada profesional estar certificado, ya que éticamente y respecto a la calidad del servicio que brinda su obligación es

actualizarse constantemente, y para definir esa calidad es que se produce la certificación, por eso hoy primero hablamos de calidad.

Farm. N. Rodríguez: Contestando a otra pregunta, aclaro que nosotros hicimos la presentación al Ministerio con todo lo que estamos trabajando, demostrando que reunimos los requisitos para hacerlo.

- **Participantes:** *Yo soy de la Universidad Nacional de Córdoba y habitualmente organizamos cursos de postgrado y los mandamos vía COFA para otorgar los créditos. ¿Cómo tenemos que hacer con FEFARA? ¿Mandarles a ustedes los papeles, o hacerlo a través de la página web?*

Farm. N. Rodríguez: Sí, en realidad en la página web está la otra dirección, entrando ahí pueden comunicarse con cualquiera de las dos, pero está la otra dirección que es la que asigna los puntos.

Farm. L. Jurado: Quiero agregar para terminar, que la idea es intercambiar entre los colegios que estamos cercanos, las actividades educativas que hacemos para fomentar el intercambio entre las instituciones.



Tecnologías de información y comunicación

Gestión de la oficina farmacéutica

Los nuevos escenarios

Lic. Héctor Paladini, Empresa K-Soft

Un pantallazo histórico

Primero quiero agradecer a FEFARA por permitirme participar de este evento, y comentarles que si bien el tema informático no es específicamente el de los farmacéuticos, un poco lo que queríamos plantear y charlar con ustedes, es hacia dónde creemos que va el escenario de la tecnología, y cómo influye eso en la farmacia.

Y comenzaremos hablando de los nuevos escenarios. Es sabido que en los últimos 10 años la farmacia ha implementado herramientas de control de las prestaciones y validaciones on-line, de tal modo que hoy prácticamente todos los convenios se validan on-line en todos los mostradores de las farmacias. Creemos que en un futuro no muy lejano va a haber un cambio y una evolución en este tipo de controles, y es un poco lo que queremos conversar ahora con ustedes.

Según nuestro punto de vista esto tiene dos impactos: uno que tiene que ver con lo que nosotros llamamos la velocidad

de apropiación de la tecnología, o sea, cómo las personas y las organizaciones toman la tecnología como propia, y por «apropiarse» queremos significar que la tecnología forme parte de nuestro desarrollo cotidiano, ya sea en lo personal o en lo profesional.

Si uno visualizara una escala de tiempo desde 1906 hasta la actualidad, se vería que en 1906 se creó la primera válvula, los televisores a válvula, y esos aparatitos lo que permitían era hacer un «bip», es decir marcar prendido o apagado dentro de un circuito electrónico. A partir de ahí es donde empieza toda esta tecnología que hoy nos lleva a un montón de avances. Y prácticamente en los primeros 70 años toda esta tecnología cambiaba en términos de décadas, o sea, los avances eran muy lentos y generalmente estaban dentro del ámbito de la investigación y el sector académico. Recién a partir de 1970 cuando se funda la compañía INTEL, se empezaron a ver los primeros circuitos integrados y los procesadores. Ahí hubo un cambio muy importante, y la tecnología permitió que ya hubiera sistemas informáticos a nivel corporativo en las empresas. Los cambios se empezaron a acelerar en términos ya no de décadas sino de 5 años, y a partir del año '90, todos los que tienen farmacias saben que han empezado a instalarse sistemas de información para el control de las ventas y sistemas administrativos; o sea que la tecnología llegó, dentro de todo, al mostrador y al ámbito del hogar.

Acá quiero hacer un quiebre que me parece importante, porque prácticamente después de este escenario y en la situación en la que estamos parados ahora, la apropiación de esta tecnología es posible, por parte del ciudadano o por parte del paciente. Vemos que hay una evolución muy importante en el uso de tecnologías móviles, y creemos que, como después vamos a ver durante la charla, van a ser los mismos consumidores los que nos van a estar exigiendo tener exposición en medios electrónicos cada vez más avanzados.

Necesitamos hacer una charla un poco abreviada así que vamos a pasar todo lo que es histórico un poco rápido, pero uno de

los hechos que creo que es más importante, es que en la Argentina en el año 2004 se hace realmente masiva la tecnología móvil, o sea la telefonía celular. Todos podemos ver hoy que los dispositivos que cualquiera tiene en sus manos tienen capacidades prácticamente del orden de una PC. Ayer veía por televisión una propaganda de un celular con 32 GB de memoria, y esto de hecho es casi el tamaño de los discos que tenemos en los servidores de validación on-line, que hoy están validando las transacciones.

Y otra cosa importante es que en un futuro se espera que a nivel mundial en los esquemas de comunicaciones, o sea el negocio de la comunicación, más de la mitad del tráfico corresponda a tecnologías móviles. Esto significa mucho tráfico, mucha información consumida desde los aparatos móviles y del uso intensivo de los mismos por parte de los ciudadanos. Esto creo que va a ser un impacto fuerte en la forma en que interactuamos con nuestros clientes.

De ahí sacamos algunas conclusiones como el tema de velocidad de apropiación. Vemos que el cambio tecnológico se mueve a gran velocidad y de hecho los celulares del año pasado hoy parecen viejos. El cambio social, o sea a nivel de cada individuo, acompaña a ese cambio tecnológico en una forma relativamente rápida, pero no es así a nivel de las organizaciones. Esto es un problema que creo que como instituciones farmacéuticas tenemos que atacar, para poder utilizar las herramientas que la tecnología nos brinda, mejorar la atención de nuestros pacientes, y optimizar todos los procesos.

Y para ilustrar con un comentario esto de la velocidad con que viene el tema, por ejemplo desde que empezaron las transmisiones de radio se tardó 38 años en llegar a una audiencia de 50 millones de personas, la televisión tardó 13 años, e Internet tardó sólo 4 años. Al día de hoy tenemos casi 37 millones de celulares en Argentina. O sea, la aceleración de la apropiación por parte de la gente, es muy fuerte. Si miramos a la Argentina en la franja de Internet, nuestro país hoy tiene el 50% de la

población con acceso a conectividad de Internet, ya sea a través de los colegios, dentro de las empresas o en forma individual. Pensemos también que además, prácticamente todos los celulares tienen conexión a Internet.

Los nuevos escenarios

Entonces miremos un poco estas cuatro generaciones que acompañaron los últimos cambios, y parémonos específicamente sobre la última, que son nuestros chicos. Yo tengo chicos en edad adolescente a los que las compañías de telefonía móvil les llaman «*la generación de los dos pulgares*», porque viven mandando mensajes con los celulares. Esto por ahí para nosotros parece de poca relevancia, pero cuando los de esta generación sean consumidores aportando sus propios recursos, va a haber diferencias importantes respecto de lo que pasa hoy, donde la tecnología llega por necesidades propias del comercio y en el futuro llegará por exigencia directa de los consumidores.

Por ejemplo, un consumidor va a querer dejarnos una receta a través de su celular, o el médico va a querer recetar desde su celular. O sea que va a haber un montón de escenarios donde se aceleran todos los procesos de uso de la tecnología. Hoy el 60% de los chicos de entre 12 y 20 años pasan más tiempo frente a la computadora que frente al televisor. Esto es un impacto muy fuerte en términos de consumo futuro, de hecho tienen 100 contactos en su lista de Messenger y son *multitasking*, es decir hacen tres cosas a la vez. Nos pasa que a veces les decimos por qué se dispersan tanto en vez de estudiar, pero la realidad es que ellos tienen capacidades cognitivas distintas a las que nosotros tenemos.

Un dato estadístico interesante es cómo evolucionó la cantidad de líneas móviles en la Argentina a partir de 2003-2004, cuando hubo una explosión en cuanto al uso de tecnología móvil, y hoy estamos en casi 37 millones de líneas.

Si miramos la década que va desde el año 1999 hasta hoy, que en términos de tiempo es muy poco, yo recuerdo que en marzo del 2000 implementamos en la provincia de Santa Fe el sistema de validación on-line. Si bien inicialmente parecía una cosa demasiado avanzada, hoy estamos validando 1.200.000 transacciones en todas las provincias de FEFARA y tenemos 3.700 farmacias conectadas, pero aún así es poco para el nivel de tecnología que tenemos disponible, o sea que lo que queremos plantearnos es dar el próximo salto.

Volviendo a una definición de los llamados «*nativos digitales*», los nativos digitales son los chicos de 10, 12, 15 o 18 años, que es una generación que nació conectada con las nuevas tecnologías. No pueden vivir si no tienen celular, están permanentemente conectados con el chat, el MSN o el Facebook. Este último es una herramienta a la que tendremos que prestarle atención desde lo comercial porque hay una iniciativa desde lo tecnológico de abrir Facebook a los desarrolladores, y esto sería permitir que nuestras aplicaciones comerciales, las aplicaciones que usamos para trabajar todo el día, interactúen con Facebook. Para verlo con un ejemplo, esto significaría que un paciente que nos tiene agregado como profesional farmacéutico a su Facebook nos pueda hacer una consulta donde nuestro sistema de gestión pueda reaccionar con esa aplicación, e intercambiarnos opiniones y consejos con nuestro paciente.

Si miramos el mercado de la salud en Argentina y específicamente el de los medicamentos, tecnológicamente estamos basados en sistemas de información que tienen que ver con los procesos de facturación y de autorización en línea de las prestaciones. Sería importante comenzar a implementar sistemas que tengan que ver con el control sanitario, o con algunas cuestiones de prácticas profesionales que entiendo que desde el punto de vista de la seguridad social son importantes.

Ahora vamos a compartir nuestra visión con respecto al

futuro de la tecnología en el ámbito de la salud.¹ Y en ese sentido estamos hablando de unos 4 ó 5 años. De hecho, parte del proyecto de integración del servicio de salud de Obama en EE.UU., si se quiere, una de las patas, es el *Health Information Exchange*, que es un sistema estatal central de administración de historia clínicas.

Si queremos imaginar o visualizar lo que sería un escritorio en los próximos años con la nueva generación de dispositivos, veríamos una computadora casi con la potencia de las de hoy y con lo que sería una interfaz gráfica como tienen los I-Phone en los teléfonos celulares. Podríamos ver también, dos dispositivos semejantes a dos tarjetitas, que es lo que sería nuestro celular de hoy evolucionado. Estarían la tarjeta del paciente y la tarjeta del médico, de tal modo que sería posible compartir la historia clínica controlada por la tarjeta del paciente, que de ese modo podría llevarla consigo a donde quisiera.

Por su lado, el médico tendría acceso en cualquier lugar a todos los estudios, sin importar dónde se los hubiera hecho el paciente, o al consumo de medicamentos que el paciente haya tenido; es decir que tendría acceso a todo el historial del paciente, lo cual es particularmente útil en pacientes crónicos.

Toda esa es información que hoy está disponible, lo que hay que hacer es ponerla a disposición real. Siguiendo con el ejemplo, el médico podría mirar todos los medicamentos que está tomando el paciente y hacer su prescripción, que quedará en sus registros a la vez que el paciente se la lleva consigo en su tarjeta. De modo que va a ir después a una farmacia, y va a intercambiar esa prescripción con el software, con el equipamiento de la farmacia, y ahí tendremos parte de los primeros inconvenientes: no tendremos más el papel, y se tendrán que discutir cuestiones legales y otro tipo de cosas sobre esto.

¹ La disertación presencial incluyó la proyección de dos videos sobre el tema.-

Hay otro video que tiene algunos condimentos interesantes, y que es una visión de Microsoft para los próximos 5 ó 6 años. En él puede verse, por ejemplo, una paciente con una prediabetes que tiene un monitoreo permanente en línea, y tiene un asesor médico que frente a una alarma en su proceso de monitoreo, la asiste en línea. También se muestran celulares semejantes a tarjetitas, que permiten administrar toda la información del paciente e interactuar con video en línea, y recordemos que éstas son todas funciones que hoy en los celulares avanzados que tenemos, prácticamente ya se pueden hacer. Otra de las cosas que muestra es a un paciente internado que pasa el envase de un medicamento que tiene prescrito a la zona del escritorio que es inteligente, y el sistema le indica el producto y la cantidad que tiene que tomar, las alarmas de horario y todas las cosas.

Para quienes se preocupaban por algunos aspectos de seguridad, digamos que la nueva generación de celulares van a leer la huella dactilar y le van a traer todas las tarjetas de créditos y las tarjetas médicas. O sea que no hay más tarjetas de crédito y el dispositivo móvil va a hacer un montón de cosas, desde permitir medios de pagos a identificar a pacientes y a médicos. Y esto significa que hay un montón de información y de utilización de este tipo de dispositivos que viene rápidamente hacia el comercio minorista.

Quería comentar específicamente lo que es el proceso de prescripción electrónica, que creo que es el próximo desafío que tenemos que atacar como unidad comercial dentro del ámbito del medicamento. Si nosotros evaluamos un poco cómo fue en los últimos 15 – 20 años este proceso de control, podemos ver que nosotros teníamos inicialmente hace 15 o un poco más de años que el financiador, o sea la obra social, era quien hacía una primera auditoría de precios y en algunos casos una auditoría de reglas, pero todavía no había muchos vademécums. Cuando empezaron a aparecer reglas más complejas, las instituciones, sobre todo las farmacéuticas, empezaron a ver que podían hacer procesos de auditoría farmacéutica sobre las recetas, y estamos hablando siempre de procesos una vez pasada la atención en el mostrador.

Como les decía, ya a partir del año 2000 en el caso del Colegio de Santa Fe y FEFARA, empezamos a implementar sistemas de validación on-line. ¿Esto qué significa? Que corrimos el punto de control hasta antes de la venta del medicamento, y eso fue inicialmente, estamos hablando del año 2000 cuando todavía no había banda ancha en las farmacias, y hoy por ejemplo prácticamente hay banda ancha disponible en todos los lugares del país. Corrimos el punto de validación a la farmacia, evitamos que la farmacia venda un producto si la receta estaba mal prescrita o no correspondía, pudimos empezar a hacer controles de autorización previa, algunos controles más avanzados sobre dosis o algunas características que después Javier Ávila va a explicar.

Pero todo el ámbito de decisión era de las farmacias o instituciones y de su entidad contratante. Cuando nosotros vayamos a un escenario de prescripción electrónica, lo que a mí me parece es que van a empezar a aparecer otras opiniones, o sea, qué va a pasar con la corporación médica, o qué va a pasar con la legislación. Hoy no se puede prescribir si no hay un comprobante, un papel, una receta y un sello, más allá de la fragilidad que tiene el sello del médico en una receta. Es decir, aparecerán otros actores y se tratará de un escenario tentativamente nuevo tanto para el médico como para la farmacia, pero creo que es importante poder aprovechar esta tecnología que hoy ya tenemos disponible más allá de los dibujitos, y que la podemos manejar con los dedos. Hoy es posible que se dé un intercambio de información y que venga un paciente con un celular a la farmacia y diga «Quiero esto ...», haga un clic, y pase por *bluetooth* la receta. Eso hoy ya se puede hacer.

Creo que es importante como actividad que nos planteemos este desafío, esto no va a ser para los próximos dos meses, va a ser seguramente dentro de 3, 4 ó 5 años. Y quiero terminar agregando que es importante que como comunidad farmacéutica se encare este tema, para que no termine desarrollándolo otro sector.

Los nuevos desafíos

Farm. Javier Ávila

Colegio de Farmacéuticos Prov. Santa Fe – 1ª Circunscripción

Introducción

Para comenzar, digamos que voy a tratar de bajar del ciberespacio a la realidad cotidiana y abocarme a cuáles serían los desafíos que nos tenemos que plantear, y en los que debemos ocuparnos hoy.

Enlazando con lo que comentaba Héctor Paladini recién sobre la forma en que avanza la tecnología, nosotros desde el año 2000 empezamos a dar pasos para acompañar estos avances, algunos más importantes que otros, pero en forma constante. Eso sí lo fuimos haciendo en la medida que la tecnología y nuestras farmacias nos lo han ido permitiendo. Porque como bien sabemos esto es muy difícil, cada paso lleva más tiempo quizá del que sería necesario, por nuestra idiosincrasia y la resistencia generalizada a los cambios y a las nuevas tecnologías.

El camino recorrido

En marzo del 2000 implementamos lo que es el sistema de validación on-line, el cual en ese momento era muy revolucionario y era algo que marcaba una diferencia en el mercado. Seguimos recorriendo ese camino, y en noviembre del 2000 lo que implementamos fueron todos los controles de dosis; esto fue un avance importante en lo que se refiere a la gestión de controles y en la gestión de los contratos mismos.

En el 2002 comenzamos a trabajar en lo que es Historia Clínica Centralizada, y en ese punto nos focalizamos en las patologías de alto impacto dentro del consumo, o en los tratamientos más específicos. Y en el momento de centralizar las historias clínicas también empezamos a trabajar sobre protocolos de tratamientos.

En el 2006 comenzamos a trabajar para apuntalar el desarrollo profesional sobre un sistema de Excelencia Farmacéutica que tiene que ver con el seguimiento del paciente en la farmacia, en lo referente a cómo debe tomar su medicación. También, empezamos a trabajar sobre los tratamientos especiales, y sobre los esquemas de trazabilidad de esos medicamentos. Al respecto, si hoy miramos las cosas que están sucediendo o los titulares de los diarios, podemos valorar la importancia de esta tarea que nos garantiza un grado de tranquilidad en la gestión de la Obra Social Provincial Santafesina, porque en ella existe un esquema de trazabilidad para todos esos tratamientos.

En el 2008 empezamos con un proyecto para eliminar el papel, y si bien estamos en una primera etapa, ya comenzamos a digitalizar todo lo que son tratamientos especiales. El objetivo es, también, trabajar en telefonía móvil. Esto es un primer paso, más bien modesto, porque la idea de la telefonía móvil es que el sistema le remita un informe al paciente, al médico y al farmacéutico sobre el tratamiento; si ha sido aceptado, cómo se va llevando a cabo, si ese medicamento está, o si le va a llegar. Es decir, empezar a recorrer un pequeño trecho en función de lo que va a ser la tecnología que se viene.

Los nuevos desafíos

Aquí me parece importante señalar que tenemos que cambiar la óptica. Porque ya no va a ser tan importante el prestador médico, el prestador farmacéutico o el prestador bioquímico, en cuanto a quién va a demandar las modificaciones o los servicios. Como comentaba recién Héctor Paladini, hay un cambio de protagonismo, y quien nos va a generar o a demandar cambios es el paciente. Va a ser un paciente con un rol mucho más activo que el que estamos acostumbrados a atender.

El paciente a través de los servicios informáticos o de Internet va a tener acceso a muchas cosas a las que hoy no accede, como pueden ser las consultas al farmacéutico, consultas al médico, chequear su historia clínica, ver en qué etapa de envío se encuentra su medicamento o cómo están sus estudios complementarios. Creo que el paciente va a empezar a demandarnos este tipo de cosas, y debemos estar preparados para eso.

Ahora bien, yo soy farmacéutico, no soy informático, y hay algunas preguntas que me surgen, como por ejemplo por qué Google comienza a dar al ciudadano su historia clínica en línea, digamos, por qué a ellos le interesa hacer esto. Me parece que a partir de ese interés, hay entonces algunas cosas que nos deberíamos preguntar, como ser qué cambios en el manejo de la información trae la digitalización, cómo debemos adecuarnos, y qué cambios traerán estos nuevos usos de las tecnologías sobre nuestros hábitos, no sólo en el ámbito de la salud sino a un nivel mucho más amplio.

Si me preguntan si podemos mantenernos al margen de todo esto, les diría que yo creo que es imposible, porque sino la realidad nos va a dejar de lado.

Mirando un poco el modelo hacia el que evoluciona la farmacia, me parece que lo que debemos discutir es el tema de la

prescripción electrónica. Éste es un punto clave que tenemos que empezar a plantearnos, y ver qué rol tomamos ante tal hecho.

Por supuesto vamos a comenzar a trabajar el tema en un nivel mucho más modesto que el que recién se planteó en el video, o sea con un paciente que hoy pueda identificarse a través de su DNI y reciba la prescripción electrónica.

Además, es fundamental pensar siempre en el paciente y en que ese medicamento que recibe se maneje a través de esquemas de reposición o de trazabilidad en todas las dispensas. La seguridad del medicamento, como está demostrado, es una responsabilidad de todos, y creo que debemos abordarla pero a nivel global, no sólo a nivel de tratamientos específicos o de los medicamentos más caros que hay en el mercado.

El esquema anterior implica básicamente lo siguiente:

- Un paciente que va a estar mucho más informado y que, por ende, nos va a demandar más, y su prescripción no va a ser la misma porque también le va a demandar otras cosas al médico.
- Un sistema de pacientes «único» porque el paciente en realidad es «único», y así pertenezca a la seguridad social o a la parte privada tiene que recibir el mismo tratamiento indistintamente de cuál sea su situación social.
- La prescripción electrónica y la historia clínica centralizada.
- Seguridad en la dispensa.
- Un honorario profesional fijo o por categorías, lo cual es también un debate pendiente que debemos empezar a dar.

Creo que el concepto de farmacia que debemos abordar es la farmacia como **centro de salud**. Hoy hemos escuchado decir a Augusto Guerra, que en Brasil ellos descartan totalmente para los planes sanitarios a las redes privadas, porque tienen una visión netamente comercial. Entonces nosotros debemos defender el rol de centros de salud tanto para las farmacias privadas o como farmacias Hospitalarias.

Ahora bien, ¿qué nos va a demandar ser centros de salud? Básicamente plantear esquemas de prevención de las enfermedades, promoción de la salud, seguimiento de los tratamientos, información al paciente y plantear tareas de farmacovigilancia, pero de modo mucho más activo de lo que estamos haciéndolo hoy, a fin de brindar una atención farmacéutica mucho más especializada. Ese es el concepto de centro de salud, y me parece que es el momento que lo debemos empezar a discutir y discutirlo seriamente, porque si ya en un país vecino han descartado las farmacias privadas por el hecho de ser netamente comerciales, me parece que estamos en un punto en el cual todavía es factible discutirlo, e integrarlas al sistema de salud.

Un punto que dudé en traer a esta discusión, pero creo que es útil abordarlo, es el de las remuneraciones. Y creo que tal vez haya que pensar otros esquemas de honorarios dentro de ese centro de salud, tenemos que pensar en nuevas formas con las que el farmacéutico no esté pensando en cómo comprar y vender, o qué rentabilidad le deja comprar a un laboratorio u otro. Habrá que pensar en honorarios por la dispensa o en un pago por los tratamientos, por ejemplo que tenga determinados honorarios por la atención al paciente hipertenso, honorarios por atención farmacéutica, honorarios por acciones de prevención, etc.

Es decir, todo este tipo de tareas profesionales que si se realizan correctamente a la seguridad social le representan un ahorro, con lo cual no es equivocado tal vez pensar que ese ahorro que representa genere ingresos para otro tipo de servicios.

Un punto esencial es no anteponer los intereses económicos a los sanitarios, porque si nos olvidamos que el eje del sistema sanitario es el paciente, es muy factible que nos sea complicado seguir cumpliendo con el rol que la sociedad nos está demandando.

Otro aspecto necesario, como bien mencionara Héctor Paladini antes, es legislar este nuevo escenario, porque todavía, simplemente, no estamos preparados. Si bien en otra charla se ha dicho que ya tenemos todas las leyes y que lo que nos falta tal vez es aplicarlas, creo que para este escenario nos faltan algunas leyes, porque es un escenario nuevo.

Otro problema importante es la fragmentación. Hoy nuestro sistema de salud está altamente fragmentado entre la parte pública, la parte privada, y a su vez dentro de la parte privada existen diferentes subsectores. Quizás estas herramientas informáticas nos puedan permitir salir de esa fragmentación del mercado de la salud.

Nosotros, como Federación, lo primero que nos planteamos es entender y adecuarnos como Institución a estos cambios. Conseguir que todas las farmacias de la Federación estén preparadas para este escenario, y en este sentido lo que queremos es que todas sigan participando en la atención a los pacientes que tienen. La idea no es que vaya a quedar un sector super-híper-conectado y el sector que se quedó atrás se quedó afuera, nosotros siempre trabajamos de un modo inclusivo y como hemos procedido en todos los desarrollos que vamos haciendo lo que buscamos es llevar a todos dentro de un mismo esquema. Y también trabajar fuertemente con el gobierno provincial y el nacional para afrontar estas nuevas realidades.

Conclusiones

Para finalizar, quiero reiterar que teniendo al paciente como eje y contando con las herramientas informáticas vinculando a todas nuestras farmacias, no debería ser tan complicado desarrollar servicios farmacéuticos de alta calidad integrados a los sistemas públicos de Salud.

Tener presente que se puede hablar de un sistema de datos globales, tanto para el paciente del sector público o privado, el que se atiende en Santa Fe o en Córdoba. Y a esto habrá que agregar protocolos de tratamientos homologados.

Lo que debemos lograr es una verdadera intranet sanitaria, es decir que cada paciente, cada farmacia, cada médico, cada actor del servicio de salud tenga acceso a ella para integrarse al conjunto. Creo que las herramientas que mostró Héctor Paladini claramente están disponibles, y todo esto que acabo de mostrar o lo que creo que va a venir es cuestión de decisión política y trabajo en equipo.



Mesa Nº 7

El aporte médico y farmacéutico a la gestión y utilización racional del medicamento

*Coordinador: Farm. José Cid
Universidad Nacional de San Luis*

Vamos llegando a la parte final de estas Jornadas Internacionales, y es para mí un gusto estar coordinando esta Mesa, donde participan colegas con los cuales hemos transitado un largo camino. Y diría que son colegas de la cultura, como el Dr. Rubén Manzo, un catedrático conocido en todo el país no sólo en su rol de docente e investigador, sino además a través de sus aportes de alta calidad intelectual defendiendo la postura farmacéutica en foros internacionales.

También estará presente en esta Mesa el Dr. Jorge Coronel, integrante de la Confederación Médica de la República Argentina y Presidente de la Comisión de Medicamentos de la COMRA, bajo cuya conducción tuvimos la posibilidad de trabajar en el armado de la novena edición del Vademécum de la Confederación Médica de la República Argentina. Recuerdo que esto fue una experiencia absolutamente positiva, donde aprendimos muchísimo en un ámbito de trabajo de absoluta calidad

con farmacólogos consultores de la OPS, en un interesante espacio farmacéutico de tarea interdisciplinaria con nuestros hermanos de la familia médica.

Tendremos asimismo con nosotros a la Farm. Adriana Welter, una brillante docente e investigadora, de la Universidad Católica de Córdoba, quien nos brindará conceptos muy importantes en cuanto a la formación universitaria de nuestros farmacéuticos, y quien hará su exposición en primer término. Y también al Farm. Eduardo Lagomarsino, Profesor Titular de Farmacia Clínica de la F.F. y B. de la UBA, que se desempeña además en el Hospital de Pediatría Garrahan, y es un activo participante de los encuentros de nuestro ámbito y de la actividad farmacéutica en sí misma.

Y por supuesto también nos acompaña hoy en esta Mesa alguien que podría decirse que es una representante silenciosa de la Federación Farmacéutica, con una activa y permanente participación en lo académico, y me estoy refiriendo a nuestra colega la Farm. Ana María González. Tengo que confesar que cuando veo la actividad de Ana María González, no puedo dejar de pensar en ese conjunto de actores silenciosos, de constructores silenciosos, que desde hace muchos años forman parte de la organización de FEFARA con un perfil absolutamente bajo. Y creo que quizá el éxito de estos últimos años ha sido no sólo por la claridad de la conducción de FEFARA, sino desde ya también por esos aportes totalmente desinteresados, sin afán de protagonismos, que hacen que las instituciones sean fuertes.

Esto lo planteábamos en San Nicolás y lo planteó este año Manuel Agotegaray en el discurso inaugural, porque estas nuevas organizaciones nacen con la frescura de tener una unidad de concepción y una unidad de acción, y sobre todo una formación ideológica, política y doctrinaria anclada en la filosofía del medicamento. Y creo que ninguna organización en esta nueva Argentina que debe resurgir va a tener éxito si no tiene estos conjuntos de valores.

Y siguiendo con esta línea conceptual, me gustaría rescatar algo que también planteaba Manuel Agotegaray como presidente de FEFARA, que es el tema de la seguridad que se tiene cuando se respeta y se pone en una mesa de negociación a los verdaderos actores que deben de estar alrededor del medicamento, y se trata de mantener y respetar una cadena de distribución como corresponde. Si bien hay instituciones que insisten en mirar para otro lado sin animarse a plantear el problema de fondo, esto es que no puede ser que a la farmacia argentina, donde existen verdaderos agentes sanitarios, se la vaya vaciando de contenido montando organizaciones que terminan en acciones delictivas y criminales. Y son pocos casos, porque son apenas algunas droguerías, pero esto sigue pasando en un mercado donde no se sabe concretamente cómo y por qué se roban o desaparecen los medicamentos, o qué pasa en la industria con los troqueles. Esas cosas no se aclaran, no las sabemos, pero lo que sí sabemos es que no se respeta la cadena de distribución. Entonces cuando nosotros decimos que las instituciones deben desarrollar una cultura de integración, les estamos pidiendo que en esta nueva Argentina que debe venir el Estado cumpla su verdadero rol, un rol de fiscalizador sí, pero también de respeto de las otras instituciones que se sientan en la mesa de consenso a armonizar lo que es una verdadera distribución.

Tuvimos ayer una Mesa muy sustanciosa integrada por gente de la industria farmacéutica en nuestro país, donde se volcaron conceptos y realidades muy interesantes a partir de la sinceridad de la gente de CILFA, a partir de la frescura intelectual de la gente de COOPERALA, y a partir de los aportes positivos de la gente de CAEME. Recuerdo que me impactó de la presentación de Alfredo Ahuad ver una vez más que en un contexto comparativo con países de la región, Argentina sigue teniendo una buena inversión en salud, creo que alrededor de un 8% de su PBI en el 2005, pero que otros países que aportan alrededor de un 6% de su PBI, caso Chile por ejemplo, tienen mejores indicadores de mortalidad infantil, un 9,5 por mil versus el 16,5 por mil de Argen-

tina ... es una diferencia fuerte, y no podemos evitar pensar que entonces algo no funciona.

Creo que en este contexto, es importante animarse y largar desde la Federación Farmacéutica una propuesta de un modelo integrado de salud, porque ya se tiene un proyecto que llaman Aseguramiento Universal de Garantías Explícitas. Esto consiste en tipificar 50 ó 60 enfermedades o patologías, y hacer protocolos que den la misma repuesta desde lo privado y desde lo público. Pero obviamente para motorizar esto se necesita un Estado que tome la conducción armonizando las variables, y no un Estado que actúa a la disparada, donde se mira para el costado y no se resuelven las contradicciones

Y para terminar y dar paso a nuestros disertantes, dos palabras referentes al tema de la innovación tecnológica, que es el mundo que se nos viene y para el que tenemos que prepararnos en todos los niveles. Por ejemplo nosotros en la Universidad de San Luis desde el Departamento de Farmacia y desde nuestras cátedras, hemos propuesto la modificación de los planes de estudios para implementar y posibilitar que en las farmacias se puedan colocar las inyecciones endovenosas, que legalmente los médicos consideran un acto de cirugía menor. ¿Y por qué planteamos esto? Porque no puede ser que en una Argentina fragmentada terminen estos nuevos fármacos innovadores pasando por fuera de la oficina farmacéutica.

O sea que el gran desafío es que la distribución integral de los medicamentos de una vez por todas esté dentro del campo de la oficina farmacéutica en cualquiera de los sectores de la salud, ya que como bien se ha dicho antes en estas Jornadas y como lo dice la OMS, no es posible una política de salud sin una correcta política de medicamentos.

El uso racional de los medicamentos Visión y aportes desde la Universidad

Farm. Adriana Welter

Introducción

Yo represento a la Universidad Católica de Córdoba y formo parte de la Comisión de Capacitación, que es una de las comisiones de FEFARA, en nombre del ECUAFyB, o sea del Ente Coordinador de Unidades Académicas de Farmacia y Bioquímica, que es la entidad que aglutina a todas las universidades que poseen carreras de Farmacia y de Bioquímica de todo el país. Fue en el ECUAFyB desde donde se armaron los primeros borradores para lograr la certificación de nuestra tan querida carrera, y personalmente trabajé 10 años en esto con algunas otras personas aquí presentes. Debo decir que lo mío es la Universidad, y soy docente de alma y una vieja investigadora, razón por la cual la charla estará puramente enfocada a ver qué es lo que hacemos en la Universidad, y sobre todo cómo lo hacemos desde la Universidad Católica de Córdoba.

Gestión y uso racional del medicamento

El medicamento es el elemento fundamental que tenemos hoy los profesionales de la salud para luchar contra la enfermedad. ¿Por qué decimos que es para luchar contra la enfermedad? ¿Qué es realmente lo que a nosotros nos mueve y nos conmueve para hablar del uso racional de los medicamentos? Básicamente, los índices de morbilidad y mortalidad que tienen

que ver directamente con problemas relacionados con los medicamentos, porque esto ha alcanzado niveles asombrosos y sorprendentes.

Les doy simplemente una muestra de esto en cifras: por ejemplo, sobre una base de 1800 pacientes en el ingreso hospitalario de una guardia de urgencias, 215 casos de estos 1800 entraron por problemas relacionados con los medicamentos. O sea que los medicamentos que muchas veces nos hacen sonreír por el claro alivio que traen a síntomas que nos aquejan, no siempre debieran ser motivo de una sonrisa, y debemos tratarlos y considerarlos como lo que son, un arma poderosa que no sólo lucha contra la enfermedad, sino que también produce reacciones adversas y que también tiene interacciones. Y por lo tanto debemos saber cómo usarla correctamente.

Nosotros nos decimos que si la industria farmacéutica elabora los medicamentos respetando las normas de calidad, si los ensayos preclínicos y clínicos son eficaces y eficientes, y cuando me refiero a los ensayos también estoy hablando de la Fase 4 cuando el medicamento ya entró en el mercado y como farmacéuticos nos compete, si el diagnóstico y el pronóstico son acertados, si la prescripción está basada en la evidencia científica, si la custodia y la dispensación del medicamento por parte del farmacéutico son correctas y si los consejos y las sugerencias por parte de todos los profesionales de la salud también son acertados, **¿dónde está entonces el problema?**

Y la respuesta es que si todo esto está muy bien, **el problema evidentemente reside en el uso indiscriminado e irracional, en el mal uso del medicamento.**

No obstante, si nosotros encontramos el problema evidentemente tenemos que bregar por una solución. Y la solución está en el control del proceso, ya que no hay que creer que existen medicamentos inocuos, porque no existen, ni aún la aspirina.

Y es interesante comentar que cuando los farmacéuticos que hacemos Atención Farmacéutica alguna vez le preguntamos a nuestros pacientes cuáles son los medicamentos que están tomando, lo común es que respondan que están tomando por ejemplo Lanicor, enalapril, tal o cual para la diabetes y un montón más. Y si después que supuestamente nos contaron todo lo que están tomando, les preguntamos qué es lo que toman si alguna vez les duele la cabeza, ahí sin más nos cuentan que toman aspirina, paracetamol, ibuprofeno u otros por el estilo. Pero para ellos no son medicamentos, en primera instancia parece que no los contabilizan como tales, y si uno no se los sugiere ni siquiera los nombran. Y si ahí nomás le preguntamos "¿No suele tener acidez?", tranquilamente nos contestan que en ese caso como tienen una botellita de Mylanta en la heladera, pasan y se toman un traguito... pero tampoco lo ven como un medicamento.

El uso racional del medicamento y el control es fundamental, y un concepto clave es que **el beneficio promedio no excluye el daño individual**. Si hay un sólo paciente que no reaccionó correctamente a un tratamiento, ese medicamento ya tiene una reacción adversa provocada por él. Un sólo caso es suficiente, si bien después si son más, los porcentajes nos ayudan a nosotros conjuntamente con las autoridades sanitarias, a tomar otro tipo de decisiones. La existencia de una alternativa terapéutica más segura es suficiente para cambiar el fármaco, y la valoración de la seguridad de un medicamento no es independiente de la gravedad de una patología.

El sistema de gestión es abarcativo, esto ustedes ya lo han visto muchas veces, y me voy a permitir ahora tomar únicamente el **Uso Racional del Medicamento** para comentarles cómo trabajamos nosotros desde nuestra institución. Hablar del Uso Racional del Medicamento, es tomar el medicamento que necesitamos, en la dosis correspondiente, durante un tiempo adecuado y con un costo también adecuado, esta es la definición de la OMS del Uso Racional del Medicamento. Ahora, si todo

fuera tan simple como esto, qué maravilla sería y qué bien que estarían nuestros pacientes, pero tal como se dijo recién en estas Jornadas, tenemos que buscar quiénes son los protagonistas en el Uso Racional del Medicamento y en la gestión y el uso del mismo. El uso está incorporado dentro de la gestión y evidentemente los protagonistas son los que todos sabemos, la autoridad sanitaria, la industria farmacéutica, el médico y el farmacéutico. Por cierto que coincido con mis colegas anteriores centrando al paciente y dándole ese protagonismo que él merece; no olvidemos que nosotros debemos mejorar la calidad de vida del paciente y, por lo tanto, todos debemos trabajar en función de él. Y dado que en mi caso tengo que hablar desde la Universidad, o sea desde mi experiencia en la Universidad, es útil señalar que todos estos profesionales que intervienen en el uso racional del medicamento provienen de la misma, y por eso el tema me compete.

La **autoridad sanitaria**, evidentemente, tiene la obligación de controlar y garantizar que los medicamentos que están en el mercado sean seguros, eficaces y eficientes. No voy a redundar en estos términos porque lo han hecho excelentemente bien quienes disertaron previamente.

Por su lado, la **industria farmacéutica** tiene la responsabilidad de certificar los medicamentos que produce.

El **médico** tiene el deber de prescribir, basado en la evidencia científica, aquel fármaco que dentro de las alternativas presentes en el mercado sea el más seguro, el más eficaz y el más eficiente; y decir eficiente es decir también el de menor costo.

El **farmacéutico** tiene el deber de dispensar correctamente el medicamento y darle al paciente toda la información que éste necesita. Los farmacéuticos estamos perdiendo un espacio maravilloso, porque si con alguien el paciente se comunica realmente con más facilidad, no es con el médico sino con el

farmacéutico. Y si bien tiene un respeto muy especial por el profesional médico, cuando viene a la farmacia se crea una empatía paciente-farmacéutico, que logra que nosotros podamos obtener una información adicional, que va redundar en la calidad de vida del paciente, porque lo vamos a ayudar en el seguimiento de su farmacoterapéutica.

Y quiero agregar que es importante realizar en la medida de lo posible **Atención Farmacéutica**. La Atención Farmacéutica es uno de mis trabajos diarios en la Facultad, donde hago investigación sobre el tema de la Atención Farmacéutica en pacientes de la tercera edad. Creo que todos los farmacéuticos podemos comenzar, en primera instancia, entendiendo que el medicamento no es un bien de consumo, sino que es un bien social, y que esa persona que entra a nuestra oficina de farmacia no es un cliente, sino que es nuestro paciente. Si entendemos esto la cosa va ser mucho más sencilla, y todos los farmacéuticos oficiales podrán realizar Atención Farmacéutica desde su oficina de farmacia.

Finalmente, el **paciente** contribuye en el uso racional de los medicamentos si respeta las indicaciones, y además evitando la automedicación, porque eso es fundamental.

La **Universidad** tiene la obligación ética y legal de formar profesionales idóneos, y de ser el principal agente activo de concientización acerca del uso racional del medicamento.

El medicamento es un derecho que asiste a todos los pacientes y es un deber que tenemos todos los profesionales de la salud. Paralelamente está la obligación que tienen las autoridades sanitarias, la industria farmacéutica y la Universidad de formar profesionales de la salud para cubrir distintas necesidades de la sociedad.

En Córdoba tenemos un sistema de Farmacovigilancia realmente excelente, en primer lugar porque trabajamos de manera

conjunta el Ministerio de Salud, el Colegio de Farmacéuticos, las universidades privadas y las universidades públicas, así como otras instituciones privadas e instituciones públicas. Todos somos efectores periféricos formando un sistema que se llama **Sistema Unificado de Farmacovigilancia**, y trabajamos de manera interdisciplinaria entre farmacéuticos, bioquímicos, médicos, odontólogos, y hago una mención especial de los enfermeros que colaboran de manera incansable con nosotros en todo lo que es Farmacovigilancia. Podemos afirmar que lo que nos integra a todos como un conjunto, es el trabajo interdisciplinario y transversal que realizamos.

Toda facultad que dicte la carrera de Farmacia, debe demostrar a sus alumnos que existe hoy una necesidad social respecto al medicamento, y formar farmacéuticos que sepan dar una respuesta a este problema, porque es el único profesional formado para ello. En la Facultad de Ciencias Químicas dictamos dos carreras: Farmacia y Bioquímica. En la carrera de Farmacia, a nivel de grado insertamos el Uso Racional del Medicamento a partir del tercer año, luego lo hacemos en el postgrado, en investigación, y fundamentalmente en responsabilidad social universitaria, donde los farmacéuticos trabajamos muy duro. Contado brevemente, en tercer año los introducimos en una asignatura que se llama Tecnología Farmacéutica, donde ven patologías menores. En cuarto año en Farmacia Clínica y en quinto en Trabajo Final. Quiero transmitirles respecto de esto, que en cualquiera de estas instancias nosotros trabajamos con el alumno pero no desde la teoría sino desde la práctica, con el caso práctico, y las bases que usamos son: la Atención Farmacéutica y la Farmacovigilancia.

En el postgrado tenemos una serie de cursos, que no es el caso describir ahora, pero sobre los que luego entregaremos material descriptivo. Y lo mismo respecto a los temas y trabajos de investigación, investigamos mucho y tenemos una serie de trabajos directamente relacionados con el uso racional del medicamento.

No sólo tenemos incentivos a nivel nacional, sino también incentivos a nivel provincial que son realmente muy buenos. Tenemos un programa de apoyo a grupos de reciente formación, programas de promoción de la Transferencia de Resultados de la Investigación (PROTRI) al sector productivo, que son del Gobierno de Córdoba y que por razones de tiempo los veremos en otra oportunidad.

Finalmente, quería contarles un poco lo que hacemos con respecto a **responsabilidad social universitaria**, donde trabajamos con poblaciones marginales y con enfermedades no comunes. Quería contarles acerca de Julieta y Guadalupe, que son dos niñas que sufren esta enfermedad terrible que se llama "Piel de cristal" (epidermólisis bullosa), y son niñas que padecen una enfermedad genética y hereditaria que hace que su piel sea muy frágil, tanto que al mínimo roce se le forman ampollas muy dolorosas. Nosotros estamos trabajando mucho para generar una fundación, ya que no la hay actualmente en Buenos Aires ni en Argentina, aunque hay un proyecto de ley para manejar este tipo de enfermedades que realmente es muy importante. A estas niñas les hacemos el tratamiento farmacoterapéutico, les preparamos las pomadas y son nuestros alumnos los que colaboran directamente con ellas, y a esto es a lo que me refiero cuando digo que los llevamos directamente a trabajar con el paciente.

Reflexiones Finales

Los **desafíos** son formar y entrenar al alumno para la promoción del uso racional del medicamento, ofrecer al profesional farmacéutico programas de capacitación continua, investigar para mejorar la calidad de vida de la sociedad, y retribuir a nuestra comunidad con los avances científicos de la capacitación que tuvimos la suerte de haber recibido.

Como mensaje final quiero dejarles una frase de la oración de la Universidad Católica de Córdoba, escrita por el Reverendo

Paul: *"Que la ardua y maravillosa tarea de enseñar y aprender, de investigar y ejercitar nuestra inteligencia haciendo en su puesto cada uno lo que debe, sirva para dar testimonio concreto de nuestra presencia en la comunidad formando hombres de ciencia, conciencia y compromiso".*

El uso racional de los medicamentos

Estrategias y gestión

Farm. Ana María González

Introducción

A modo de introducción a esta exposición, quiero hacer referencia, nuevamente, a la definición de **Uso Racional de Medicamentos**: "*Los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad*"; puesto que, aunque fue formulada hace más de 20 años por la Organización Mundial de la Salud (OMS), data de 1985, la misma sigue absolutamente vigente y debe ser la guía que señala el camino a transitar por todos los que trabajamos por la salud de la población. Más adelante nos referirnos a ella, en relación con el rol del farmacéutico en la "dispensación activa".

Una breve reseña del panorama actual en relación con los medicamentos

Uno de los motivos fundamentales por el que estamos reuniendo, en estas Jornadas, es porque existen **problemas con los medicamentos**. A nadie escapa que hay:

- uso de numerosos medicamentos por parte de algunos paciente (no todos debidamente indicados).

- uso irracional de antibióticos.
- automedicación inadecuada.
- incumplimiento terapéutico.
- distribución de medicamentos ilegítimos.

Pero, no sólo existen problemas con medicamentos sino también **medicamentos problemas**¹

- Medicamentos que carecen de eficacia terapéutica demostrada científicamente en ensayos clínicos controlados, para las indicaciones anunciadas.
- Medicamentos conteniendo drogas en combinaciones irracionales, peligrosas para el paciente y de valor inaceptable desde el punto de vista farmacológico.
- Frecuentes incorporaciones de productos que no representan innovación alguna con respecto a otros, ya aprobados.
- Presencia de medicamentos con capacidad de provocar adicción o efectos tóxicos, sin anunciarse cuidados especiales.
- Un número muy elevado de principios activos, muchos innecesarios.
- Importante cantidad de especialidades medicinales que se parecen visualmente, o suenan parecidas (*LASA en inglés Look-Alike, Sound-Alike*).
- Variaciones de costo de un mismo fármaco, difíciles de comprender.
- Información con la que se abruma a los profesionales de la salud, frecuentemente distorsionada.

¹ Mabel Valsecia- Farmacología y Terapéutica Kinésica.-

Todo esto trae **consecuencias sanitarias, económicas y psicosociales.**

- **Sanitarias:** fracaso terapéutico, aumento del riesgo de reacciones adversas a los medicamentos (RAM), incremento de la resistencia a los antibióticos y aumento de la morbimortalidad.
- **Económicas:** aumento de los costos y derroche de recursos.
- **Psicosociales:** confianza en medicamentos innecesarios por parte de la población y, en general, medicalización de la vida.

Además, nos enfrentamos **a viejos y nuevos desafíos.**

- **Viejos desafíos:**
 - o El sector más desprotegido de la población no tiene acceso a los sistemas de salud.
 - o Siguen ocurriendo enfermedades y muertes prevenibles.
 - o La crisis económica afecta a los programas de salud.
 - o Enfermedades reemergentes; es decir enfermedades supuestamente controladas, en franco descenso o prácticamente desaparecidas, que vuelven a constituir una amenaza sanitaria y que frecuentemente reaparecen en proporciones epidémicas. Por ejemplo, el dengue.
 - o No hay respuesta para las enfermedades huérfanas y las olvidadas.
- **Nuevos desafíos:**
 - o Los costos crecientes de la atención médica.
 - o La revolución informática y robótica.
 - o La revolución de la Bioética.
 - o La medicina genómica.
 - o Las nuevas tecnologías.
 - o Los pacientes cuentan con mayor cantidad de información, la que no siempre es "buena información".

- o Las enfermedades crónicas.
- o Las enfermedades inventadas.

Y al respecto, creo que Quino retrata con humor y "ácida" exactitud la situación en esta tira, que nos exime de todo comentario:



Estrategias y gestión en el uso del medicamento

Frente a todo este panorama, tenemos por delante un **reto**: *satisfacer las necesidades de los pacientes teniendo en cuenta los requerimientos del sistema de salud*. Y esto compromete a todos los profesionales de la salud y también al Estado.

Ya se ha dicho muchas veces "las necesidades son infinitas y los recursos limitados". La pregunta es "*qué necesidades atender*" y "*cómo hacerlo*".

Existe un conjunto de **estrategias** las que pueden aportar elementos para responder al "*qué*", en el marco del uso racional del medicamento. Algunas de estas estrategias ya se están llevando a cabo desde las instituciones farmacéuticas. Ellas son:

- Promover los estudios de utilización de medicamentos, es muy importante saber cómo se utilizan los medicamentos, por qué se utilizan y para qué se utilizan.
- Facilitar el acceso al medicamento colaborando con el agente financiador a una mejor utilización de los recursos económicos destinados a medicamentos, mediante la selección adecuada de los mismos (formulario terapéutico).

- Reforzar la participación de los farmacéuticos en el equipo de salud, para proporcionar apoyo con información farmacoterapéutica y orientar sobre el uso correcto (Comité de Farmacia y Terapéutica en hospitales, Comisión de Medicamentos de asesoramiento en el uso del formulario terapéutico).
- Elevar los estándares de calidad de los servicios farmacéuticos. Trabajar en acreditación de farmacias.
- Promover la obtención de postgrados académicos - científicos, la educación continua, la actualización profesional y los procesos de certificación y recertificación del ejercicio profesional. Esto ya es realidad en FEFARA y fue el motivo de un taller en estas Jornadas.

Para responder al “cómo lo podemos hacer”, nos debemos valer de la **gestión**. Podemos tomar como definición de gestión a: “Función básica referida al conjunto de reglas, procedimientos o métodos operativos (planificación, organización, motivación, formación o control) para llevar a cabo una actividad tendiente a alcanzar los objetivos institucionales.”². O dicho de otro modo y en pocas palabras, “el sistema de gestión es el vehículo que tiene la organización para alcanzar sus objetivos”

La gestión del medicamento para un uso racional tiene los siguientes **objetivos**³:

- Garantizar la calidad, seguridad y eficacia de la oferta de medicamentos.
- Garantizar el acceso de la “población de cobertura” a medica-

² Santiago Rubio Cebrian, *Glosario de Economía de la Salud*. Ediciones Díaz de Santos. 1995.

³ Ricard Meneu de Guillerna, Salvador Peiró Moreno. *Elementos para la Gestión de la Prescripción y Prestación Farmacéutica*. Masson. 2004.

mentos necesarios para solventar los problemas de salud prioritarios.

- Garantizar el uso de los medicamentos disponibles de la forma más efectiva, segura y eficiente por parte de todos los agentes implicados en la prescripción, dispensación y utilización.

En la diapositiva se grafica el **ciclo de gestión del medicamento**, el que, como Uds. conocen, comprende cuatro funciones básicas: la selección, la adquisición, la distribución y la utilización.

El ciclo de gestión del medicamento



La selección, compra y distribución son las condiciones previas del uso racional de los medicamentos.

En las cuatro funciones el farmacéutico tiene un importante rol que cumplir. En la **selección** a través de su participación en elaboración de los formularios terapéuticos y la implementación de los mismos. El farmacéutico tiene que participar activamente en los comités de Farmacia y Terapéutica y en las Comisiones que asesoran en este sentido. De hecho en Santa Fe estamos trabajando a nivel público en la implementación del formulario terapéutico provincial, estamos colaborando en la Comisión Provincial de Medicamentos. En la adquisición de los medicamentos, el farmacéutico garantiza la calidad del medicamento comprando a proveedores habilitados. En la distribución y en el almacenamiento, le cabe el rol de custodia, conservación y control del cumplimiento de la cadena de frío. En la utilización desde las oficinas de Farmacia comunitarias y hospitalaria, con funciones de dispensación activa y seguimiento farmacoterapéutico, atención de la consulta farmacéutica y farmacovigilancia.

Cada una de estas funciones da lugar a la siguiente y se nutre de la anterior, sólo así tiene sentido. Por ejemplo, cuando se adquieren los medicamentos, los requisitos están previamente fijados por las decisiones que se tomaron en la selección. La selección se hace en base a las necesidades prioritarias de salud y a la utilización de los medicamentos.

El ciclo tiene un núcleo central: la organización, financiación, información y recursos humanos, es un núcleo de carácter más administrativo. Y tiene como pilares básicos a la educación, la comunicación, la eficiencia y el trabajo en equipo, todo dentro del marco de una política y una estructura legal. Por supuesto para que esto se lleve a cabo es fundamental la planificación estratégica, una implementación, que es el verdadero desafío de los sistema de gestión, y el control continuo para ir realizando los ajustes que sean necesarios.

También son importantes en el marco de la gestión del medicamento, los acuerdos de colaboración entre el sector público y privado, con incentivos justos.

Funciones del farmacéutico desde la oficina de farmacia

En la oficina de Farmacia hay actividades que están orientadas al medicamento, y otras que están dirigidas al paciente.

Las **actividades orientadas al medicamento** son la conservación, la custodia, la compra a productores autorizados y el descarte seguro de los medicamentos vencidos o de todo otro material peligroso.

Las **actividades orientadas al paciente** son la dispensación activa, la consulta farmacéutica, el seguimiento farmacoterapéutico, la educación sanitaria, la farmacovigilancia y la formulación magistral.

Generalmente se dice que la red de farmacias es el eslabón más débil de la cadena, si uno lo mira desde el punto de vista económico. Pero si profundizamos esa mirada hacia otros ángulos, tenemos una gran fortaleza porque la oficina de Farmacia es un ámbito donde se puede lograr la comunicación con el paciente, hecho fundamental para el buen uso de los medicamentos. En cambio, esta comunicación es muy difícil en el caso de otros eslabones de la cadena de comercialización del medicamento. Por lo tanto, los farmacéuticos tenemos que saber aprovechar este espacio y potenciar nuestra actividad en ese sentido.

A continuación me voy a referir, a la función de **Dispensación** por ser la actividad profesional más conocida y más frecuente que realiza el farmacéutico en la oficina de Farmacia.

La **dispensación activa** es todo acto profesional realizado por un farmacéutico legalmente habilitado en un establecimiento legalmente autorizado, consistente en la interpretación de una receta y la entrega oportuna del medicamento correcto al paciente indicado en el momento apropiado, acompañado de la información para su buen uso y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos buscados. Si comparamos esta definición con

la de "Uso racional de los medicamentos" de la OMS, concluiremos que está en total consonancia.

La dispensación activa también incluye la entrega responsable de los medicamentos de venta libre y otros productos para el cuidado de la salud. En esta función el farmacéutico es generalmente el único profesional que interviene antes de la administración del medicamento por parte del paciente. Por supuesto, en este caso, la función del farmacéutico es de gran relevancia asesorando para prevenir incompatibilidades frente a otros medicamentos recetados, alertando frente a contraindicaciones, señalando reacciones adversas, derivando el paciente al médico cuando corresponda.

Se puede decir, entonces, que la dispensación activa implica acciones del farmacéutico para proteger al paciente frente a la aparición de posibles problemas relacionados con medicamentos; no es la mera entrega del medicamento. Para llevarla a cabo existen protocolos de actuación, como se ejemplifica en la diapositiva.



En el Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe, estamos llevando a cabo talleres, como parte de la actualización profesional, en los que los colegas tratan de resolver casos prácticos de dispensación activa y aplican este tipo de protocolos.

Programa de Excelencia Farmacéutica

A fin de focalizar en una de las actividades del farmacéutico, la que apoya el uso racional de los medicamentos, les comentaré sintéticamente un trabajo que estamos llevando adelante: "el Programa de Excelencia Farmacéutica". Se trata de una tarea de seguimiento farmacoterapéutico de pacientes hipertensos, por parte de farmacéuticos de oficinas de Farmacia comunitaria, en el marco del convenio de provisión de medicamentos del Colegio con la Obra Social de la Provincia de Santa Fe.

La visión del Programa se centra en **tres conceptos básicos**:

- El profesional como "farmacéutico de cabecera".
- La oficina de farmacia como centro de salud que brinda un servicio integral.
- La red de farmacias altamente profesionalizada

Es decir, el profesional como "farmacéutico de cabecera" realiza el seguimiento farmacoterapéutico del paciente en su oficina de farmacia, la cual es un centro de salud que pertenece a una red de farmacia altamente profesionalizada.

Consideramos que el Programa ofrece **ventajas**:

- **al paciente** porque es un reaseguro para su salud al poseer un verdadero archivo de su historia farmacológica, y recibir información a través de la atención personalizada que le ayuda a cumplir el tratamiento y trabajar sobre los factores de riesgo de enfermedades crónicas.
- **al farmacéutico** porque le permite trabajar en la pro-

moción del uso racional del medicamento y potenciar su rol dentro del equipo de salud.

- **a la entidad financiadora** porque constituye una fuente de información para la planificación de políticas de salud, y permite ofrecer a sus beneficiarios una atención más segura y de calidad.

En este programa, el farmacéutico recibe una remuneración por el trabajo profesional.

En cuanto a la patología, se eligió trabajar en relación con la **Hipertensión Arterial** porque es una de las enfermedades crónicas más prevalentes, y porque cuando intervenimos mejorando los niveles de presión arterial de los pacientes se disminuye la morbi-mortalidad. Algunos datos apoyan esta decisión:

De acuerdo a los resultados principales de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005⁴, realizada sobre 41.392 encuestas con una tasa de respuesta del 86,7%, se observó el siguiente panorama en la Argentina:

- Baja actividad física 46,2%
- Consumo de tabaco 33,4% (18 a 64 años)
- Presión arterial elevada 34,4% (en personas que se controlaron)
- Sobrepeso-obesidad 49,1%
- Bajo consumo de frutas y verduras 35,3%
- Diabetes 11,9%
- Colesterol elevado 27,8% (en personas que se controlaron)
- Consumo de alcohol de riesgo 9,6%.

Y, además, es importante tener en cuenta que:

⁴ Ferrante D, Virgolini M, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005. Resultados Principales, Revista Argentina de Cardiología /Vol 75 N° 1/ Enero- Febrero 2007.-

- La reducción de la presión arterial en 5 mm de Hg equivale a una reducción del 10% de la mortalidad por afecciones coronarias y cerebrovasculares.
- Aproximadamente el 75% de los pacientes que sufren accidentes cerebrovasculares son hipertensos, y la mayoría de ellos no tienen controlada su tensión arterial.

En el marco de este programa, el farmacéutico lleva a cabo las siguientes **actividades**:

- Determinación y registro de los valores de presión arterial del paciente hipertenso.
- Detección de sus factores de riesgo de patologías crónicas.
- Detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos.
- Registro de la actuación profesional.

En la primera visita del paciente a la farmacia se le ofrece un **folleto** para informarlo acerca de los alcances de este programa. Si el paciente acepta recibir los servicios de seguimiento, también se le entrega un **carnet** (semejante al carnet de vacu-



**SU PRESIÓN ARTERIAL
BAJO CONTROL**

**Bienvenido al PROGRAMA
de apoyo al paciente hipertenso**

**Consiga
el objetivo**

*¿Por qué le estamos haciendo este regalo?
PORQUE ES IMPORTANTE PARA SU VIDA.*

*¿Sabía Ud. que las enfermedades cardiovasculares
son unas de las principales causas de muerte en nuestro país y en el mundo?
Controlar la Presión Arterial es el primer paso para evitarlas.*

*¿Cómo?
Siguiendo los consejos de su médico y con la ayuda de este PROGRAMA, logrará*

CONSEGUIR EL OBJETIVO



nación) para el registro de las cifras de tensión arterial, ya sea que la determinación se realice en la farmacia, en la enfermería, en el consultorio médico o en su domicilio. Este carnet queda en posesión del paciente. En las diapositivas siguientes se muestra el folleto y el carnet para el paciente.

Programa de Excelencia Farmacéutica Carnet de control de Hipertensión

Fecha	PAS	PAD	Peso (Kg)	Responsable Medición de PA.



140 - 90

120 - 80

Controle su presión arterial.

EVITE RIESGOS




PROGRAMA DE EXCELENCIA FARMACÉUTICA

“Consiga la meta”

Su Presión Arterial bajo control

Cartilla de registro de Presión Arterial

Nombre y Apellido:.....

Domicilio:.....

Teléfono:.....

Documento Tipo y Nº:.....

Talla:.....m

El farmacéutico trabaja con **formularios** que completa en forma manual y luego los envía al Colegio.

Son tres formularios. En el primero debe consignar datos personales, estilos de vida y factores de riesgo de enfermedades crónicas del paciente. Además, qué medicación está tomando, cada cuánto la toma y qué dosis toma. Este formulario se completa con la firma del “paciente” que acepta recibir este servicio, y la firma del “farmacéutico de cabecera”.

En el segundo formulario, el farmacéutico registra las cifras de tensión arterial del paciente y las intervenciones (educación sanitaria, farmacovigilancia, derivación al médico, etc.) que realiza. Una vez completado lo envía al Colegio, mensualmente o más frecuentemente si las cifras de tensión arterial no están controladas y debe repetir su determinación.

El tercer formulario sólo lo completa cuando se produce alguna modificación en la medicación que utiliza el paciente; además posee una serie de preguntas que son útiles para evaluar si el paciente cumple el tratamiento.

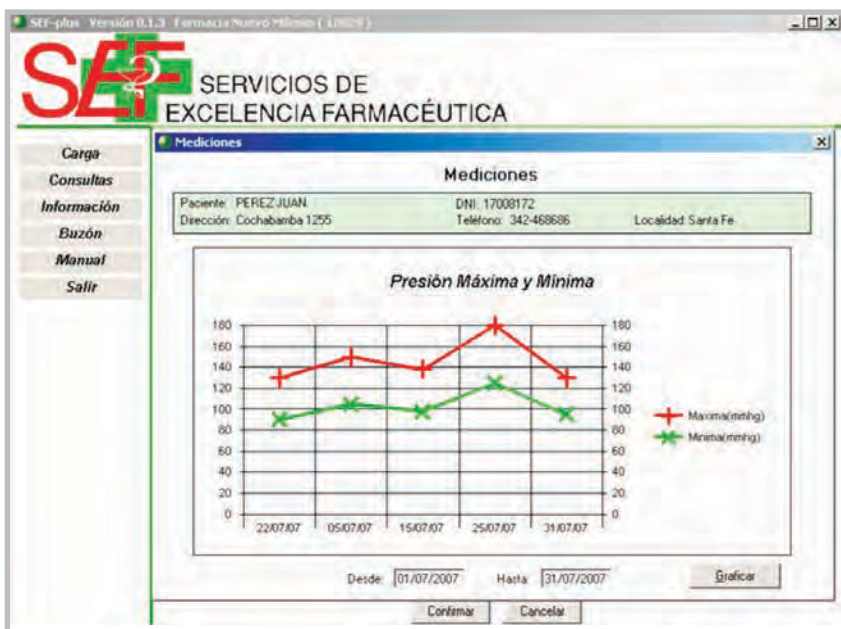
Toda esta información es procesada por un farmacéutico en el "call center profesional (CCP)" del Colegio. Sus funciones son:

- Efectuar la carga y validación de los datos enviados en los formularios, en la aplicación SEF Centralizado.
- Efectuar análisis periódicos de la información disponible, con el objeto de contribuir con la labor del farmacéutico.
- Detectar problemas en el seguimiento farmacoterapéutico.
- Generar informes periódicos al farmacéutico de cabecera, la Obra Social y otras áreas de la institución.

De este modo, el farmacéutico cuenta con la asistencia técnica y profesional del Colegio; todos los farmacéuticos trabajan según un mismo protocolo, en forma sistematizada.

Los formularios también están disponibles en formato electrónico mediante un programa informático que se instala en la oficina de Farmacia. El programa puede tomar los datos (fecha, nombre del paciente, DNI, nombre genérico de la droga, nombre comercial, presentación de la especialidad) desde el sistema de facturación de la farmacia, con lo cual se facilita el trabajo de registro del farmacéutico.

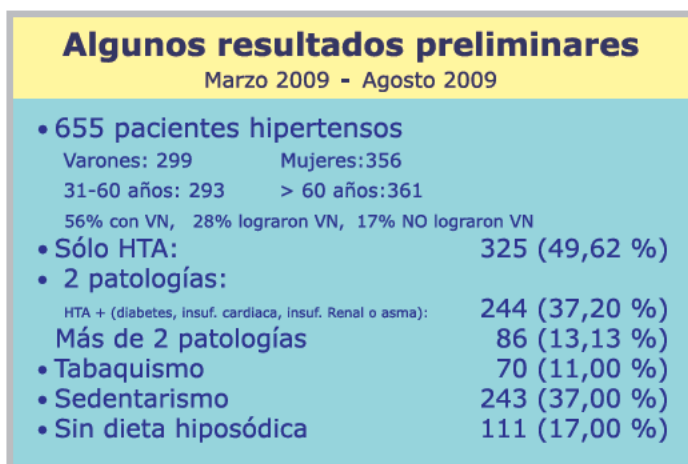
El programa permite procesar la información y elaborar gráficas; en la diapositiva se puede observar la evolución de las cifras de tensión arterial de un "caso hipotético". Estas gráficas pueden imprimirse para que el paciente se las entregue al médico.



Se ha previsto, además, que el programa contenga información destinada al paciente, para colaborar con la tarea del farmacéutico en el buen uso del medicamento. Por ejemplo, cómo se utiliza una aerocámara, información sobre una determinada droga o patología. También contiene información destinada al profesional farmacéutico: monografías sobre distintas drogas.

Naturalmente, todo esto **requiere del farmacéutico, actitud profesional, educación continua, capacidad de comunicación y confianza en sí mismo. Representa un desafío porque implica un cambio cultural en la forma de ejercer la profesión farmacéutica.**

Finalmente les quiero mostrar algunos resultados preliminares que se obtuvieron en **seis meses del seguimiento de 655 pacientes hipertensos, desde marzo a agosto de 2009, mediante el Programa de Excelencia Farmacéutica:**



El 56% de los pacientes atendidos tenía valores normales de tensión arterial, y el 28% logró normalizarlos durante esos seis meses. Además, si analizamos algunos resultados como por ejemplo los correspondientes a estilos de vida, surge un dato preocupante: sedentarismo (37%). Esta información es valiosa también para el agente financiador, a la hora de establecer políticas de salud basadas en la prevención, ya que le permitiría focalizar en los problemas reales de su población atendida.

Si bien traje algunos datos cualitativos para mostrar cómo la intervención del farmacéutico fue mejorando algunos parámetros clínicos del paciente, lamentablemente no alcanza el tiempo para que los comente.

Es de destacar que el número de pacientes incluidos en el Programa de Excelencia Farmacéutica, en estos seis meses, es escaso comparado con el total de beneficiarios hipertensos de la obra social provincial.

Respecto de los profesionales que han adherido al programa, son muy pocos si tenemos en cuenta los 2400 farmacéuticos que ejercen hoy la profesión en la oficina de Farmacia en la provincia de Santa Fe; son sólo 50 farmacéuticos. Mi reflexión es que estos farmacéuticos son verdaderos pioneros en el cambio cultural al que nos referimos anteriormente, y que se necesitan muchos más para llevarlo adelante; por ello, los invitamos a todos a sumarse a esta tarea. Seguramente ninguno de los farmacéuticos queremos que ocurra en Argentina lo que Augusto Guerra nos comentaba que sucede en Brasil, que el Estado no confía en la farmacia y no confía en que los farmacéuticos puedan llevar a cabo este tipo de actividades, con intervención que contribuyen a mejorar la salud de la gente, la salud de nuestros pacientes.

Sabemos que ningún cambio cultural es sencillo, desde las instituciones farmacéuticas vamos a hacer todo lo posible para lograrlo porque además creemos que allí está el futuro de nuestra profesión. Al respecto y para terminar, cito una frase de Albert Einstein "*Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo*".

El rol del farmacéutico en la Farmacoterapia del siglo XXI

Prof. Rubén Manzo

La Farmacoterapia como recurso terapéutico

Antes que nada quiero agradecer a los organizadores de este hermoso evento por su amable invitación a participar esta Mesa. Yo voy a hablar desde el punto de vista de la educación, y en este caso de los planteos que tenemos que hacernos en las universidades para adecuar la enseñanza farmacéutica a los tiempos que se nos vienen.

En educación muchas veces cuando se producen cambios no se visualizan inmediatamente, sino que las reformas de los planes de estudios se discuten, se elaboran, requieren aprobaciones, y generalmente se ponen en vigencia un tiempo después para las nuevas cohortes de estudiantes. De manera tal que siempre hay que estar pensando en introducir cambios, porque la dinámica del progreso así lo demanda.

Todos sabemos **que la Farmacoterapia es uno de los ejes principales entre los recursos terapéuticos que nos permiten afrontar los problemas de salud.** Y el progreso en este marco permite señalar algunos ejes, no todos, por ejemplo claramente por una parte se progresa en la definición y diagnóstico de las patologías, se introducen permanentemente nuevos principios activos, se introducen mejores medicamentos de prin-

cipios activos conocidos, y supuestamente se va a mejorando con legislaciones que acompañan la calidad de los procedimientos que hacen a la problemática de la Farmacoterapia.

Pero vamos a hablar del otro costado de la introducción de nuevos principios activos, y ver algunos datos de **cancelación de licencias por autoridades sanitarias debido a aparición de efectos adversos graves**, porque esto también forma parte del escenario que nos toca enfrentar como parte del progreso. Esto que mostramos abajo es la cancelación de las licencias por parte de la FDA de Estados Unidos que va del año 2000 a 2007. No lo he actualizado, pero puede observarse la cantidad de principios activos que se habían introducido en terapéutica y que han sido cancelados por diversas razones.

FDA Cancelación de licencia de comercialización

Principio activo	Año de cancelación
Pergolide	2007
Tegaserod	2007
Gatifloxacine	2006
Pemoline	2005
Valdecoxib	2005
Natalizumab	2005
Hydromorphone	2005
Rofecoxib	2004
Levomethadyl	2003
Cerivastatin	2001
Phenylpropanolamine	2000
Alosetron	2000
Troglitazone	2000
Cisapride	2000

De la misma manera, la Agencia Europea de Medicamentos también ha cancelado en un período similar una buena cantidad de principios activos, como mostramos en la siguiente tabla.

AGEMED Cancelación de licencia de comercialización

Principio activo	Año de cancelación
Carisoprodol	2007
Aprotinina	2007
Nelfinavir	2007
Vacuna hexavalente hexavac®	2005
Veraliprida	2005
Tioridazina	2005
Cisaprida	2004
Rofecoxib	2004
Benziodarona	2004
Asoc. de benzbromarona-alopurinol	2004
Astemizol	2003
Nefazodona	2003
Nimesulida	2002
Tetrabamato	2002
Cerivastatina	2001

Como todos sabemos, el verdadero perfil farmacoterapéutico de un nuevo principio activo emerge cuando se utiliza en la población. Todos los recaudos y los requerimientos que tienen las autoridades sanitarias para aprobar nuevos principios activos o nuevos sistemas de liberación de medicamentos son realmente importantes, pero sin embargo no se puede asegurar el resultado hasta que el principio activo del nuevo medicamento o la nueva formulación se utiliza en toda la población, hasta ese momento entonces, no se puede predecir el verdadero perfil farmacoterapéutico.

¿Y qué queremos transmitir con este gráfico? Que acá se genera una tensión con este problema de los nuevos principios activos y de los nuevos medicamentos entre la industria, que requiere la luz verde porque como ellos han invertido y están produciendo ese medicamento, evidentemente les interesa una luz verde. Ahora, ¿quién pone la luz amarilla y la luz roja? Ahí se genera una tensión y aparecen los diferentes actores que trabajan en el suministro de los medicamentos. Y en el gráfico está el símbolo de la

farmacia porque realmente el veneno de la víbora simboliza el principio activo, si lo usamos apropiadamente producimos beneficios, y si no lo utilizamos apropiadamente corremos serios riesgos. Allí hay una tensión que es



importante porque es permanente dentro de la dinámica del progreso, recordemos que si uno retrocede 20 o 40 años los medicamentos que utilizábamos no eran los mismos que utilizamos en este momento ni los que vamos a utilizar dentro de 10 o 20 años, que quizás van a ser muy diferentes de los que estamos utilizando actualmente, por lo menos para algunas patologías.

La educación farmacéutica para el siglo XXI

Vamos a ver ahora qué contribuciones debería hacer la educación farmacéutica para el siglo XXI, a la calidad de la farmacoterapia que se ofrece a la población.

Cuando alguien pregunta qué es un farmacéutico, a mí lo primero que se me ocurre es decir que es un profesional de la salud, y que dentro de los profesionales de la salud es el experto en medicamentos. Después le podemos agregar muchas más cosas, pero estas dos ideas son las que me parecen centrales para contestar esa pregunta.

Entonces lo que nos tenemos que preguntar los académicos, es **cuál es el eje principal de los conocimientos que debe poseer un farmacéutico.**

Por una parte el medicamento, es decir todo lo que concierne al medicamento, conocer en profundidad cómo se diseña,

cómo se prepara, cuáles son sus indicaciones, cómo se almacena, cuál es la prescripción adecuada, cuáles son las indicaciones que hay que ofrecerle al paciente, etc.

El otro aspecto es que tenemos que generar un profesional con capacidad de entender la acción medicamentosa a escala molecular, abordada como una secuencia de eventos cinéticos (LADME). La ruta que siguen los fármacos desde que son administrados se conoce como ruta LADME. Dicha vía comprende los procesos de liberación, absorción, distribución, metabolismo y excreción, y nos define la acción medicamentosa de un medicamento de acción sistémica, que el farmacéutico debe conocer en profundidad. Porque si no lo conoce en profundidad el farmacéutico, es de esperar que otros profesionales de la salud no tengan el conocimiento profundo que se debe poseer para poder definir situaciones concretas en este aspecto.

Por otra parte necesitamos un profesional con conocimientos, habilidades y destrezas sobre la gestión de calidad en la producción de productos (actividad industrial de la producción de medicamentos), y servicios farmacéuticos (suministro de medicamentos).

A partir de la segunda mitad del siglo pasado, comenzó una evolución en la educación farmacéutica que tenía como parte central el medicamento, o sea que lo buscado en el farmacéutico era la cultura del medicamento. Pero la propia evolución de la ciencia y la tecnología han hecho que el farmacéutico se haya debido involucrar en lo que ocurre con el medicamento cuando se administra al sujeto que lo recibe, es decir el paciente. O sea que quizás el centro de la acción en este momento es el medicamento en el sujeto receptor, y a su vez el sujeto receptor en su entorno social, o dicho de otra manera, el individuo como parte de la sociedad.

Otro aspecto importante cuando uno dice farmacéutico en este mundo ahora globalizado, es si con la misma palabra se entiende lo mismo en diversas partes del mundo. Y en ese sentido yo

traigo a colación el Libro Blanco del Título de Grado en Farmacia, que lo han recopilado los españoles, gente de la Universidad de Granada, pero corresponde al grado de farmacéutico en Europa. Vale decir que Europa ha armonizado el grado de farmacéutico o la carrera de Farmacia, como una de sus prioridades, porque para comenzar con la armonización han elegido las carreras que tienen más impacto en la sociedad, y entre ellas estaba la carrera de Farmacia.



En cuanto a la duración, abajo mostramos la mayoría de los países europeos, y excepto dos casos que bajan de cinco a cuatro años (Grecia e Irlanda), y los casos de más de cinco años como por ejemplo Francia y Portugal que exceden los cinco años, puede verse que se ha consolidado que la carrera universitaria para el grado de farmacéutico requiere cinco años de duración.

El Grado de Farmacéutico Extensión de la Carrera en países de Europa

País	Universidad (Años)	Prácticas Titeladas (Meses)
Alemania	5	12
Austria	5	12
Bélgica	5	6
Bulgaria	5	10 (durante)
Chequia	5	
Eslovaquia	5	6
Eslovenia	5	12 (5º año)
Estonia	5	12 (después)
Dinamarca	5	6
España	5	6
Finlandia	5	6
Francia	6	14
Grecia	4	12
Holanda	6	6
Hungría	5	6 (durante)
Irlanda	4	12
Islandia	5	9
Italia	5	6
Lituania	5	7
Noruega	5	6
Polonia	5	12 (después)
Portugal	5,5	6
Reino Unido	5	12
Rumania	5	
Suecia	5	6
Suiza	5	12 (3º año)

El otro aspecto que también se ha armonizado en Europa son las diferentes áreas temáticas, y la gravitación que tienen esas diferentes áreas en la formación del farmacéutico, como puede verse en el cuadro siguiente.

El Grado de Farmacéutico Las Áreas Temáticas en países de Europa

AREA I (Química)	AREA II (Física y Matemática)	AREA III (Biología)	AREA IV (Farmacia y Tecnología)	AREA V (Medicina y Farmacología)	AREA VI (Legislación y Farmacia Social)
- Q. General e Inorgánica - Q. Orgánica - Q. Analítica - Q. Farmacéutica - Físicoquímica* - Farmacopeas (análisis)	- Física - Matemáticas - Informática* - Estadística*	- Biología Vegetal y Animal - Bioquímica - Microbiología - Parasitología* - Farmacognosia - Fitoquímica*	- Tecnología Farmacéutica - Acondicionamiento de medicamentos	- Anatomía - Fisiología - Farmacología - Toxicología - Patología/ Histología* - Nutrición* - Inmunología* - Higiene* - Terapia de urgencia	- Legislación - Ética Profesional - Filosofía* - Economía* - Gestión* - Historia de la Farmacia* - Salud Pública*

Fuente: Tabla 4. Clasificación de las materias en Áreas Temáticas. Recomendaciones del Comité Europeo, mayo de 1994.-

La conclusión es que existe consenso internacional, al menos en occidente, sobre el contenido curricular, la extensión de la carrera y las competencias profesionales del Farmacéutico o Licenciado en Farmacia. Entonces la pregunta ahora es **cómo estamos nosotros en Argentina** con respecto a esto.

Nosotros podemos decir que en Argentina siempre la evolución histórica de nuestras carreras de Farmacia ha seguido el modelo europeo. O sea que mantenemos esa formación clásica donde preparamos a nuestros profesionales para actuar tanto en la farmacia comunitaria como en la farmacia hospitalaria y en la

farmacia industrial, que serían las tres orientaciones principales que componen el perfil de los farmacéuticos.

Así que desde ese punto de vista en Argentina hay consenso de mantener una formación general importante, y no descuidar el conocer en profundidad el medicamento para poder acceder a todos los roles que nos impone la dinámica moderna de la farmacoterapia. Digo todo esto porque por ejemplo hay escuelas, en particular la escuela americana, donde privilegian la formación del farmacéutico dirigida a la atención farmacéutica, pero yo entiendo que la atención farmacéutica debe hacerse desde la perspectiva de un conocimiento profundo del medicamento, sino deja de tener sentido. Es decir, todo el asesoramiento y la empatía que puede manejarse en la relación farmacéutico-paciente, si no se hace desde un conocimiento profundo del medicamento, perdería calidad.

Entonces en Argentina recientemente, hace un par de años, la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) acreditó las carreras de Farmacia. ¿Qué utilizó el CONEAU como documento patrón para evaluar las carreras de Farmacia? Utilizó un documento que había sido elaborado por el ECUAFyB. Como mencionó recién Adriana Welter, el ECUAFyB es el Ente Coordinador de las Unidades Académicas de Farmacia y Bioquímica, y ese ente lo fundamos hacia 1985 y la fundación, es decir el documento luminar, se hizo en el Hotel del Colegio de Farmacéuticos de Carlos Paz, en Córdoba, que nos habían prestado como sede para esta segunda reunión. La primera se había hecho en Rosario a instancias del entonces decano Dr. León, y la segunda la hicimos aquí en Córdoba. Esta entidad ha venido funcionando y había establecido los contenidos mínimos curriculares, aunque no para que los usara la CONEAU, sino que después la CONEAU los tomó como documento para hacer la primera evaluación. Esto fue un hito importante, todas las universidades públicas fueron acreditadas, algunas por tres años, otras por seis años y se viene una segunda auditoría para el año 2013, de modo que los académicos tendremos que reunir-

nos en un nuevo foro para revisar y actualizar los planes de estudio. Es necesario promover un nuevo documento en ECUAFyB con la expectativa de que sirva de base para futuras evaluaciones, y proveerlo al CONEAU.

Contribuciones académicas al uso racional de los medicamentos

Quiero destacar entonces en esta última parte de mi intervención algunos aspectos en que tenemos que contribuir los académicos, respecto al uso racional de los medicamentos.

- Hay una problemática que es la equivalencia entre medicamentos, y está vinculada a la clasificación biofarmacéutica de principios activos, y en particular formulaciones sólidas de uso oral, y luego vamos a hacer un comentario con respecto a eso.
- Otro de los aspectos importantes son las buenas prácticas de dispensación, que como todos sabemos fueron promovidas por la OMS, y tienen que ver con aquello que decíamos de la gestión de calidad de los servicios. Nuestros profesionales, los que salen en la actualidad de las universidades, tienen que tener muy claros todos los aspectos vinculados a la gestión de calidad, es decir, cómo darle calidad a los servicios que proveen.
- Los servicios de información son un aspecto importante que varias universidades han tomado, a través incluso de la generación de centros de información sobre medicamentos.
- Y finalmente está toda la problemática de la fármaco y la tecnovigilancia.

Respecto a los **niveles de equivalencia**, el farmacéutico tiene que conocer este tema en profundidad cuando quiere reemplazar una determinada marca comercial por otras, en el sistema actual de medicamentos similares. Nosotros no tenemos en

la Argentina un sistema de medicamentos genéricos, que pienso que sería un peldaño más alto en cuanto a la calidad del suministro de medicamentos, pero este sistema de similares digamos que puede funcionar como un sistema de medicamentos genéricos.

Ahora bien, **¿en qué casos se requiere bioequivalencia y en qué casos se requiere de equivalencia farmacéutica**, tal cual está definido por ejemplo tanto por la FDA de Estados Unidos, como por las propias autoridades argentinas e inclusive por la Farmacopea Argentina?

- Hay aspectos y hay medicamentos en que la situación en la equivalencia es obvia. Manejando los criterios clásicos como por ejemplo identidad-pureza-potencia, un farmacéutico puede sin ninguna dificultad establecer equivalencias y entregar el medicamento, ya sea haciendo selección por costos o por el criterio que sea adecuado para esa situación concreta.
- Hay situaciones en que es suficiente la equivalencia farmacéutica, que se define como sistemas equivalentes que se pueden determinar *in vitro*, es decir, en el laboratorio, por ejemplo en comprimidos, formas sólidas, ensayos de disolución, ensayos de disgregación, etc, que las autoridades sanitarias consideran satisfactorios para esa situación.
- Y también están aquellas otras situaciones en donde es necesario demostrar bioequivalencia. Estos conceptos los tiene que manejar sólidamente el farmacéutico, porque es el profesional con más capacidad para manejarlos concretamente.

Traigo a colación ahora otro tema que también es muy importante porque contribuye a esta problemática, y que es el **Sistema de Clasificación Biofarmacéutico**. Esto es aplicable a formas farmacéuticas sólidas de liberación inmediata, y ha sido como una clasificación tanto de principios activos y luego de los productos de esos principios activos sobre la base de dos parámetros: en el caso de los principios activos, la solubilidad en

tres condiciones biorrelevantes, tres condiciones de pH en particular, y la permeabilidad intestinal. Sería largo hablar de todo esto y de la forma en que se ha ido generando esta clasificación, pero digamos que ya se dispone para un número muy importante de principios activos.

La solubilidad es importante porque en formas sólidas es uno de los parámetros que determina la velocidad con que se disuelve el principio activo una vez administrado. Es así como se clasifican en alta o baja solubilidad con respecto de la dosis. La permeabilidad también se puede clasificar en alta y baja, y después hay una serie de requerimientos para los medicamentos.

Implicancias del Sistema de Clasificación Biofarmacéutico en la selección-dispensación de medicamentos

- ◆ Adopción de BCS por ANMAT (2006)
- ◆ Brinda herramientas científicas para respaldar la intercambiabilidad entre medicamentos
- ◆ Nueva Guía

↑ PERMEABILIDAD	AS AP	BS AP
	CLASE 1	CLASE 2
	AS BP	BS BP
	CLASE 3	CLASE 4
	← SOLUBILIDAD	

Mirando el cuadro precedente, aquí aplicamos también ese criterio que puede manejar el farmacéutico cuando tiene una seguridad de que la equivalencia es muy obvia, serían los fármacos de Clase 1 que en el cuadro están señalados en verde. Luego tenemos en qué casos hay que manejarse con más cuidado se-

ñalados con amarillo, y cuáles son los casos más complicados, que serían aquellos principios activos de muy baja solubilidad y muy baja permeabilidad donde la propiedad de la formulación puede ser determinante de la biodisponibilidad del producto. Éste es un aspecto que se ha desarrollado muy rápidamente, y que manejado adecuadamente por los farmacéuticos puede contribuir en buena medida a la calidad de la farmacoterapia.

Con respecto a la **gestión de calidad de los servicios**, un tema clave como dijimos son las Buenas Prácticas de Farmacia que fueron promovidas por la OMS.

También el **manejo de información farmacoterapéutica objetiva, actualizada y pertinente** es una cuestión muy importante, porque estamos invadidos por información que proviene generalmente de vías que pueden sesgar en alguna medida la calidad de la información. En nuestro caso ya desde hace unos 10 años tenemos un Centro de Información de Medicamentos, tenemos convenios con el Colegio de Farmacéuticos y estamos proveyendo información de esa calidad cuando nos es requerida. Y como todos saben además funcionan otros centros en el país, e inclusive contamos con la magia de la electrónica, así que se puede estar dando información a larga distancia cuando de pronto aparecen consultas de gente que está alejada. Personalmente creo que estos tipos de centros de información contribuyen de manera apropiada a solucionar problemas concretos.

Y obviamente tenemos la **Atención Farmacéutica** hecha desde la perspectiva de un conocimiento profundo del medicamento. Y reitero que la educación farmacéutica nunca puede renunciar a una sólida formación en todos los aspectos que hacen al conocimiento del medicamento en profundidad por parte del farmacéutico.

Por último, un hito importante es la **Farmacopea Argentina**, y actualmente vamos por la Séptima Edición de la Farmacopea. Como recordarán, la sexta edición data de los años '70, y de la

séptima se logró imprimir el primer tomo. Se conformó una Farmacopea en tres tomos, está completa, yo he participado en la Comisión Redactora, y sin embargo como tiene que salir como ley aprobada por el Congreso, todo eso está muy empantanado. Pero colaborar para disponer entonces de normas nacionales en la Farmacopea sería otra contribución donde han participado académicos y también gente de la industria, y estuvieron trabajando 25 comisiones en las diferentes especialidades para poder generar la Farmacopea. No sé si hay otro país en América Latina que pueda hacer esto, o quizá seamos pocos los países que podamos generar una farmacopea moderna, sin embargo cómo los argentinos somos esencialmente desorganizados, cuando se logre editar, probablemente ya sea vieja.

Creo que sería una contribución muy importante, sobre todo porque tiene un formato moderno en donde no solamente se codifican los principios activos como en la vieja farmacopea, sino también los medicamentos que se preparan a partir de esos principios activos. Por lo cual tener ese tipo de normas sería muy importante no solamente para nosotros, sino para otros países de la región, y es una pena que no se termine de concretar.

El aporte médico a la gestión y uso racional del medicamento

Dr. Jorge Coronel

Introducción

Agradezco a FEFARA la invitación a participar de estas Jornadas, realmente lo que estoy aprendiendo es importantísimo y coincido en muchísimas cosas de las que se han venido diciendo a través de todos estos días, que realmente han contenido información muy rica y que me ha servido mucho. Y hago extensivo mi sincero agradecimiento a Carlos Vassallo, que fue uno de los que me insistió para que participara en este encuentro.

El aporte médico en la gestión y utilización del uso racional del medicamento es lo que nosotros desde la COMRA venimos promoviendo desde hace muchos años. En realidad yo siento cierta afinidad con los farmacéuticos, porque cuando empecé a trabajar en la atención primaria de la salud de la provincia de Salta, en un pueblito muy lejano, lejos de los hospitales, realmente mi vínculo con la parte científica era a través del farmacéutico de un hospital de la ciudad de Oran, que fue quien aparte de enseñarme muchas cosas, colaboró mucho para que pudiera trabajar en una comunidad donde yo todavía no estaba adaptado.

Después, a través de los años, volví a tener un contacto muy profundo con un grupo de farmacéuticos cuando fue la

epidemia del cólera en donde nos tocó trabajar del lado de Bolivia, en una comunidad donde no tenían prácticamente nada de nada. Trabajar ahí fue muy duro, estuvimos 15 días y llegó desde las Fuerzas Armadas un grupo de médicos con dos farmacéuticos, y los pobres no entendían cómo podrían trabajar en cólera en aquella localidad donde no había nada. Como yo como tenía ya una experiencia en atención primaria fui el que organicé un poco las actividades, y resultó no sólo que se encargaron de todos los medicamentos y además de todas las provisiones que traía el ejército en ese momento para distribuir en esas comunidades, sino que estos farmacéuticos fueron de una utilidad extraordinaria, y fueron los que más colaboraron en la dispensa de esos medicamentos y en las instrucciones que había que darle a la gente. Luego volcamos esa experiencia en un pequeño escrito que presentamos en la provincia de Salta, que generó un reconocimiento al trabajo de este grupo de gente: los enfermeros, los nutricionistas, los farmacéuticos y los médicos que habían participado.

Actualmente estoy coordinando un seguro provincial de salud en la provincia de Salta, y están bajo mi dirección el programa de oncológicos, diabéticos, prevención cardiovascular, TBC, y otros programas como HIV -SIDA, que es de Nación. Y lo que he solicitado justamente es que se nos unan por lo menos 2 ó 3 farmacéuticos para colaborar con estos programas, porque a veces a los profesionales médicos que trabajan en ellos se les hace difícil abordar muchas cuestiones que hacen al medicamento, que no comprenden integralmente.

Y quería contar esto, de un modo anecdótico si se quiere, porque en realidad toda esta experiencia que he tenido me lleva a tener un reconocimiento hacia todos los farmacéuticos, y a considerarlos realmente como aliados estratégicos muy importantes en el sector salud.

Aporte médico a la gestión en URM

Básicamente el aporte al tema de nuestra Mesa es una experiencia que tuve hace ya unos años en el Hospital San Bernardo de la provincia de Salta, que es un hospital regional de 400 camas, a través de los preceptos que ya había aprendido en la Confederación Médica acerca el Uso Racional del Medicamento, y a través de una serie de cuestiones que estaba desarrollando en ese momento como vigilante epidemiológico y jefe de un programa de epidemiología de este hospital.

Recordemos que en 2002-2003 luego de la crisis, los hospitales públicos se vieron sobrepasados en la atención y esto requirió un gasto de insumos y un gasto de medicamentos que fue muy importante, sobre todo en provincias como las nuestras porque como justamente se comentara en una de las Mesas de estas Jornadas, las provincias del norte son generalmente las más críticas en todo aspecto. En ese momento se había agudizado mucho esta situación en cuanto a la compra de insumos, unos de ellos eran los medicamentos, y lo que más veíamos desde el Programa de Vigilancia Epidemiológica en el control de infecciones, era el mal uso que se hacía en la institución de los antibióticos. Porque cuando empezamos a ver cómo se estaba trabajando con los antibióticos, aquello realmente era un descalabro total donde estaba cada maestrillo con su librillo...

Era necesario entonces poner un poco de orden para implementar un programa dentro de este hospital de 400 camas, que trabaja con alta complejidad y es el hospital de referencia podría decirse que de todo el Noroeste, porque es uno de los más importantes y recibe pacientes derivados Jujuy y Catamarca para resolver patologías más complicadas o complejas. Realmente el hospital no daba abasto, y había que implementar una serie de cambios urgentes dentro de nuestra organización, entendido el hospital como tal.

Cuando uno habla de cambios tecnológicos se puede definir esto de muchas formas, pero son para mejorar a veces los

productos, para mejorar los procesos de producción, los procesos intermedios y también los métodos de gestión de un sistema económico. Y esto es lo que nosotros, tomando estos conceptos de Stoneman y que siempre menciona Carlos Vassallo, queríamos tratar de aplicar dentro del hospital.

Y según esto, cuando uno va a hacer un cambio va a hacer una innovación, y si es una innovación tecnológica desde el punto de vista tecnológico en salud como así también desde el punto de vista de los procesos y los procedimientos, hay un primer estadio que es el de la invención. Allí nosotros para lograr este cambio en el hospital teníamos que idear algo que fuera un poco distinto, por lo menos para ordenar el sistema de uso de antibióticos.

El segundo estadio era el de la innovación, y para esto recreamos algunos procedimientos nuestros, tomamos mucho de otros hospitales, y empezamos a recibir información de qué era lo que teníamos que lograr hacer.

Y el tercer estadio era el de la difusión de estos nuevos productos y procesos, difundir qué era lo que queríamos hacer y adecuar los procesos que nosotros aprendíamos de otras instituciones para ponerlos en las nuestras.

Si bien sabemos que hay muchos cambios tecnológicos y hay avances en innovación tecnológica, en la parte organizativa y más aún en el sector público los cambios culturales cuestan a veces mucho y sabemos que son muy difíciles. Para nosotros el uso racional del medicamento implicaba que a nivel de cada profesional y de cada paciente, bajo un enfoque científico y racional se considerara la selección de un producto para un problema sanitario específico. Por lo tanto el uso racional de medicamentos tenía que ver con la lógica de producción de los servicios.

Por supuesto partíamos de una definición de **URM**, y pecando un poco de reiterativo ya que se ha mencionado varias

veces esto, la que proponíamos decía que el URM es la aplicación del conjunto de conocimientos avalados científicamente, y por evidencia basada en calidad, eficacia y seguridad, que permiten seleccionar, prescribir, dispensar, y utilizar un medicamento en el momento preciso para una enfermedad determinada.

Básicamente para nosotros el concepto del **medicamentos esenciales** y el uso racional de los mismos, constituye un punto de encuentro entre el conocimiento científico del médico y la necesidad de la población. Y hablamos aquí ya de los medicamentos esenciales, esta mañana Augusto Guerra, de Mina Gerais, hizo referencia a lo que son los medicamentos esenciales, y según lo que dice la OMS son aquellos medicamentos que cumplen una serie de condiciones que no viene mal recordar nuevamente. Tienen entonces que ser:

- **Útiles:** Para el tratamiento, el diagnóstico o la prevención de enfermedades que afectan al ser humano.
- **Eficaces:** Eficacia demostrada en Ensayos Clínicos Controlados, Randomizados y en número y extensión aceptados de acuerdo al método científico.
- **Seguros:** De calidad aceptable. No representan un riesgo incontrolable, superando controles de calidad, estándares o especiales.
- **Sostenibles:** Pueden obtenerse en cualquier farmacia, institución asistencial, o centros de salud.
- **Accesibles:** Su costo debe estar al alcance de toda la comunidad y tener un costo-beneficio adecuado para la población.

Nosotros creemos que nuestras instituciones deben mejorar el nivel educativo de los prescriptores. ¿Por qué hablamos nosotros desde la Confederación Médica de medicamentos esenciales? Como la mayoría seguramente sabe, nosotros promove-

mos un formulario terapéutico que es el Formulario Terapéutico Nacional, y este Formulario en realidad tiene un listado de medicamentos esenciales y es básicamente para que los profesionales por lo menos lo tengan como una guía para poder prescribir en forma racional, y hacer un uso adecuado de los medicamentos. Desde la Confederación Médica nosotros pensamos que es posible mejorar el nivel educativo de los prescriptores a través del Formulario Terapéutico, que nos ayuda por lo menos a sacarnos muchas de las dudas y orientarnos de una forma científica, práctica y rápida, como sucede cuando uno se acostumbra a manejarlo.

Deben además promover educación médica continua en Farmacología, porque sabemos que los médicos aprendemos Farmacología durante la educación universitaria de grado, si bien posteriormente esto continua cuando aquellos que hacen la residencia toman conocimientos de instructores o de los líderes de opinión dentro de un servicio o dentro de un hospital. Pero luego y a través del tiempo es como que la incorporación de nuevos conocimientos en medicamentos se estanca, si no es porque hacemos algún curso o alguna jornada que en general es promovida por la industria, y a veces no tenemos acceso a una información que sea adecuada y esté libre de sesgo. Por lo tanto muchas veces esta educación médica continua tendría que hacerse y promoverse desde nuestras instituciones, para evitar el sesgo que a veces pueden producir otro tipo de transmisores.

Por último también pensamos que otra obligación de nuestras instituciones es mejorar los procesos clínicos, lo cual es el gran paso en URM. Y esto fue lo que implementamos nosotros elaborando protocolos y guías clínicas para el uso de antibióticos dentro del hospital, los cuales fueron consensuados con jefes de servicio y con la residencia, como para no tener resistencia luego cuando se tuviera que hacer uso de los mismos.

Todo esto obligaba al médico a ser un poco más crítico en

el momento de prescribir, a comprender la información que tenía que tener en cuenta para prescribir en forma adecuada, y también a manejar la demanda para controlar la oferta según las necesidades sanitarias de ese momento que le toca vivir en la institución.

De esta forma nosotros aseguramos la provisión de medicamentos esenciales a los sectores más desprotegidos, entre ellos la gente que acude al hospital, y también de esta forma vamos a desarrollar un pensamiento crítico en todos los profesionales antes de indicar a veces el antibiótico. Otro tema sobre el que trabajamos bastante fue para tener conciencia de Farmacovigilancia, y yo creo que esa es una deuda que tienen los médicos porque en realidad los que trabajan continuamente en Farmacovigilancia son los farmacéuticos. Recuerdo que en unas jornadas de la ANMAT donde participé y se abordó el tema de Farmacovigilancia, las denuncias de carencia de efectos terapéuticos o problemas de efectos adversos no provenían generalmente de los médicos sino de los pacientes o de los farmacéuticos, y francamente nosotros estamos en deuda con este tipo de denuncias.

Esto dentro del hospital lo empezamos a trabajar bastante, y comprometimos a muchos de nuestros médicos para que hicieran por lo menos la denuncia al ANMAT sobre la falta de efectos terapéuticos de algunos productos que se compraban, y que según ellos decían carecían de calidad. Es decir, no nos metíamos directamente con la calidad pero sí con la falta de efectos terapéuticos, y de esta forma lo que tratábamos de hacer era mejorar la calidad de la atención médica y evitar la mala utilización de los recursos.

¿Cómo se forma en el médico la cultura de la prescripción? Hemos tratado de graficarlo en el cuadro que sigue, donde la intensidad de las flechas intenta reflejar la intensidad de la influencia de cada factor.

Génesis de la cultura de la prescripción en el médico



Como decíamos, para prescribir uno empieza a adquirir conocimientos desde la Universidad al cursar Farmacología, y luego empieza a tomar contacto sobre las patologías en la etapa clínica, donde aprende qué es lo que tiene que tratar en los pacientes y de qué manera. Y puede verse que la intensidad de la flecha es débil o tenue, porque se va quedando en el tiempo a medida que nos vamos alejando de nuestra promoción.

Por otro lado están los requerimientos de los pacientes, que a veces están muy informados y a veces muy mal informados, y esto es una presión importante para el médico. En Estados Unidos los antibióticos se recetan prácticamente en un 50% por presión de los pacientes, y esto se da más en los pediatras quienes a veces por no perder un paciente y por la presión que hace la familia, dan antibióticos en forma innecesaria.

Los jefes de servicio son otros formadores de opinión que influyen en el momento de la prescripción. Pero a la vez están los líderes de opinión dentro de cada servicio, sobre todo cuando

esto líderes tienen reconocimiento en algún otro estamento, y ellos también influyen suficientemente dentro de la modalidad prescriptiva de los médicos. Luego tenemos la formación de postgrado, sea cuando uno hace las residencias o cuando va a los distintos cursos y jornadas. Y como puede verse por la importancia o fuerza de las flechas, está la influencia de la industria farmacéutica que también ejerce una fuerte presión en el transcurso del tiempo, porque es quien se acerca más al profesional llevándole la información para que éste incline su lapicera a favor de sus productos.

Pero también la industria farmacéutica actúa como decían, y lo escuché varias veces en estas Jornadas, sobre los mismos pacientes a través de comunicados de prensa, tratando de generar necesidades o expectativas y a veces buscando enfermedades, como decía recién Ana María González. Y finalmente influye, aunque mucho menos el ministerio de salud, sea a nivel nacional o los provinciales, que muchas veces debido a su forma de comprar los medicamentos influyen en la prescripción del profesional.

En nuestros hospitales el 25% al 38% de los pacientes recibe ATB, y el 50% en forma inapropiada. Estos son datos nuestros, recabados en las provincias de Salta y Jujuy. Y cuando decimos en forma inapropiada, nos referimos al hecho de que a veces no son las dosis adecuadas, o no estaban indicados para lo que se pensaba en el diagnóstico de ingreso del paciente. Estos errores muchas veces los vemos en las historias clínicas, y muchas veces los cometemos por ese apuro en la forma de prescribir.

Consideramos que en el uso racional de antibióticos hay distintos tipos de tratamiento:

- Tratamiento empírico inicial (TEI): Debe cubrir > 90% de los gérmenes involucrados. Dura 48-72 horas.
- Tratamiento documentado.

Nosotros habíamos implementado un modelo de recetario para la prescripción de antibióticos, donde se consignaba el diagnóstico, la indicación del tratamiento, si era profiláctico o empírico, es decir, si era empírico inicial, si era profiláctico, si era con identificación de germen, y si hubo cultivos y cuáles. Este formulario era para que se llevara a la farmacia. Cuando se había recetado en forma empírica se le daba al paciente un tratamiento para tres días, y luego se tenía que esperar la corroboración del cultivo para continuar

con el específico. Como puede verse, en la parte inferior se consignaban todos los antibióticos que podían ser prescriptos y que estaban dentro del listado del hospital.

Hospital San Bernardo	N° 037502
RECETARIO PARA ANTIBIOTICO	
Nombre del Paciente: _____	
Nº Historia Clínica/...../.....	
Servicio: _____ Sala: _____ Cama: _____	
Médico a cargo: _____	
Diagnóstico: _____	
Indicación: Profiláctico <input type="checkbox"/> Empírico inicial <input type="checkbox"/>	
Sin germen documentado <input type="checkbox"/> Con identificación germen <input type="checkbox"/>	
Cultivos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultados: _____	

Antibiótico 1: _____	
Dosis diaria: _____ Para ___ días	
Antibiótico 2: _____	
Dosis diaria: _____ Para ___ días	

Firma del médico solicitante	
<u>Antibióticos que deben solicitarse con este recetario:</u>	
CIPROFLOXACINA - CEFOTAXIMA - CEFTRIAXONA - CEFTAZIDIMA - AMIKACINA - VANCOMICINA-PIP/TAZ - PIPERACILINA - IMIPENEM - MEROPENEM - CEFEPIME - CLINDAMICINA - METRONIDAZOL - AMOXICILINA - AMPICILINA - GENTAMINA - PENICILINA - CEFALOTINA	

Si bien esto es muy específico, nosotros habíamos hecho las pautas a tener en cuenta para elegir el antimicrobiano consensuando los protocolos. En nuestro caso la Guardia tenía 16 camas de emergencia, entonces en los pacientes que ingresaban por allí era donde nosotros primeramente empezábamos a actuar, y era el servicio donde más control hacíamos porque era donde habitualmente y de entrada se ponían antibióticos por distintas razones, o

porque por las dudas si había fiebre se ponían antibióticos y después se cultivaba o se veía qué se hacía. Además había pacientes que se complicaban en otros sectores del hospital y se los llevaba a la guardia y allí se le daban antibióticos, muchas veces cefalosporinas de tercera generación que lo único que hacían si eran mal dados era generar resistencias y/o aumentar los días de estadía, es decir todo lo que sucede cuando ocurren infecciones intrahospitalarias con gérmenes resistentes.

Las pautas eran las siguientes:

- Considerar agentes etiológicos más probables
- Resistencia de patógenos habituales
- Parámetros farmacocinéticos
- Parámetros farmacodinámicos
- Consideraciones farmacéuticas
- Adherencia al tratamiento
- Baja toxicidad
- Bajo costo

En el equipo que logramos armar había bioquímicos, microbiólogos, farmacéuticos, una infectóloga, un especialista en terapia intensiva y otro grupo de médicos que eran líderes de opinión y que los pusimos para que fuera más fácil que aceptaran la forma de trabajo que teníamos. De esta forma lográbamos la adherencia al tratamiento, disminuíamos la toxicidad y disminuíamos los costos.

Las **claves para el éxito** en la antibioticoterapia pueden resumirse como sigue:

- Elección del antimicrobiano adecuado
- Indicar dosis correcta
- Concentraciones séricas adecuadas
- Intervalo óptimo
- No prolongar los tratamientos !!

Y lo que sigue es lo que nosotros marcamos en el uso de este protocolo para **elegir el ATB adecuado**:

- ¿Cuál es el foco clínico?
- ¿Qué tipo de huésped es este paciente?
- ¿Qué edad tiene?
- ¿Dónde adquirió la infección?
- ¿Qué muestra clínica debería ser obtenida para guiar el tratamiento?
- ¿Qué ATB tienen actividad frente a los patógenos posiblemente implicados?
- ¿Cuáles son las propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas de estos ATB?
- ¿Existe alguna consideración especial?

Resultados

Vamos a tratar de mostrar los resultados, si bien esto implica quizás muchas cifras. En el 2005, cuando recién empezamos a implementarlo, estuvimos trabajando cuatro meses antes de comenzar para llegar a todos los consensos y poner en práctica los protocolos y los recetarios. Entonces una cosa que no sabía la gente era que estos recetarios cuando llegaban a farmacia se cargaban en un sistema, en un pequeño programita que habíamos ideado para después analizar la actividad y mostrársela a cada servicio, y fundamentalmente a los médicos de guardia para que vieran cómo se estaba trabajando.

Uso racional de ATB en el Servicio de Guardia Central del Htal. San Bernardo

Programa de Vigilancia Epidemiológica e Infectología

El trabajo daba para mucho en cuanto a análisis e información, pero no es posible ni es el caso traer todo ese material acá,

por eso hemos traído solamente lo que eran costos. En nuestro caso el costo era lo más efectivo que teníamos, si bien teníamos también otra medida como la densidad de receta y el medicamento por paciente internado. Todo eso lo teníamos analizado y se tuvo en cuenta, pero por cuestiones de tiempo mencionamos ahora solamente cómo fueron descendiendo los costos mes a mes.

- En el **2005** y para el mes de abril que fue cuando se inició esto, se habían gastado en guardia solamente, para 16 camas, \$10.286. Pero entonces sucedieron algunas cosas. Vieron que estábamos controlando el tema de los recetarios, y que iba la infectóloga a ver qué era lo que se estaba haciendo y si se adecuaban o no los tratamientos a los protocolos que habíamos hecho, y si no se adecuaban se los retiraba o los médicos tenían que justificar el desvío.
- Al mes siguiente, mayo de 2005, empezó a decaer y el gasto total fue de \$4.991.-
- Esta tendencia decreciente del gasto respecto a la cifra inicial de abril-05 se mantuvo en los meses siguientes. Y si miramos una serie hasta por ejemplo setiembre de 2005, tenemos lo siguiente: junio-05: \$5068; julio-05: \$6653; agosto-05: \$4289; setiembre-05: \$4862. O sea que fue decayendo la utilización de los antibióticos.
- En el **2006** pudo verse que para la misma cantidad de camas y con una población similar a la que se venía trabajando, los costos se mantuvieron y no pasaron de \$3000 a \$3500.

Esto sucedió a pesar de que habían aumentado los precios, pero adecuando los protocolos y usando de forma racional los medicamentos los costos bajaron significativamente en la Guardia, en Clínica Médica y en el servicio de Cirugía Especiales, que fue donde aplicamos el programa.

Nosotros teníamos en este momento un solo infectólogo, y hace ya tres años que me fui del Hospital San Bernardo para

coordinar el seguro de salud, y a pesar de los resultados que obtuvimos desde el 2005, recién este año se logró que se demostrara con números que es más efectivo y eficiente tener dos infectólogos más, un farmacéutico más y tener un microbiólogo más, que fue lo que contrató el Hospital para poder mejorar y poder optimizar nuevamente este programa, porque el año pasado se estaba viniendo abajo y los costos se les estaban disparando nuevamente, especialmente en el uso de antibióticos.

Como querían reforzar el programa, en una charla que tuvimos con la gente que había quedado en el Hospital tuvimos una reunión donde les explicamos y demostramos con estos números las ventajas. Comprendieron que era mejor tener más profesionales, y que de una u otra forma lo que uno logra a través de esto es mejorar la calidad de la atención de nuestros pacientes.

Esto sencillamente intentó ser un ejemplo de algunas maneras en que se puede contribuir desde el punto de vista médico con el URM. Por supuesto que el Formulario Terapéutico de COMRA es algo superior y de un alcance mucho más amplio, y nosotros lo venimos promoviendo en todos los lugares. Cuesta mucho a veces incorporarlo, hay muchas presiones en distintos aspectos.

Al igual que cuando se busca mejorar la modalidad prescriptiva, cuando uno tiene que salir a promover un cambio cultural, cuesta mucho tiempo y tiene que hacerse en forma sostenida para llegar a tener resultados. Y acá vale una frase de Séneca: "*Homines, Dum Docent, Discunt.*" Los hombres enseñando aprenden.

Formación de recursos humanos

Perspectiva profesional en la actividad hospitalaria

Farm. Eduardo Lagomarsino

Introducción

Agradezco a FEFARA la invitación y el recibimiento que uno tiene siempre con la gente santafesina, que es realmente grandiosa. La idea de la charla es plantear desde el punto de vista del hospital en particular, varias cosas que habló Jorge Coronel de la interacción entre el farmacéutico y el médico formando un equipo interdisciplinario. Trataremos de ver cuáles son las distintas acciones y estrategias de formación que pueden llevarse a cabo para lograr un farmacéutico que esté involucrado en relación al uso racional del medicamento, sin perder de vista su actividad clínica en pos del paciente.

Esto tiene que ver con muchas de las cosas que se hablaron en estas Jornadas, como la selección de medicamentos y la Farmacovigilancia entre otras, y todas tienen un hilo conductor en el cual el farmacéutico, mediante el uso racional de los medicamentos, puede lograr distintos aspectos en la calidad de la atención y en la optimización de los recursos. Recién Jorge Coronel nos decía que en el equipo habían agregado dos infectólogos y un farmacéutico más, para mí dos farmacéuticos hubiesen hecho incluso mucho más diferencia, ejerciendo un poder de policía mediante la Farmacovigilancia y todo lo que logran a través de su formación en cuanto a optimizar los recursos.

Rol y Competencias del Farmacéutico en la Farmacia Hospitalaria

La **evolución de la farmacia** a través de los años mostró diversos aspectos, desde sus inicios a principio de siglo con la farmacia tradicional y el boticario, hasta un avance bastante exponencial en la última mitad del siglo XX, cuando aparecen en los años '60 los conceptos de la Farmacia Clínica y luego en los '80 el de la Atención Farmacéutica, que implicaron dejar de estar del otro lado del mostrador para participar activamente en pos del paciente y dentro del equipo multidisciplinario, sin perder de vista que el centro de nuestra atención sigue siendo el paciente. Quiero agregar que en un hospital pediátrico, como es mi caso personal, la relación que uno tiene con el médico y el paciente también debería trasladarse a la familia, que muchas veces es la receptora de esta información, para poder dar cumplimiento y mejorar la adherencia a cualquiera de los tratamientos.

En particular después de la Declaración de Tokio (FIP – OMS 1993) la Atención Farmacéutica es propuesta como extensiva a toda la comunidad y la actividad del farmacéutico implica el rol de agente sanitario, con una participación activa en la promoción y prevención de la salud. La incorporación de estos nuevos conceptos empezó a ser un desafío para el farmacéutico que no trabajaba en una actividad clínica y que no había salido de atrás de ese mostrador, porque todavía no estaba acostumbrado a estas nuevas actividades o no tenía en claro qué diferentes estrategias debería llevar a cabo para incorporarlas.

Y allí aparecen entonces distintas actividades, como la formulación de las distintas políticas farmacéuticas, o el diseño de formularios terapéuticos, criterios y protocolos de tratamiento, el desarrollo de normas y procedimientos profesionales y la investigación para mejorar la Atención Farmacéutica. Todos estos temas ya han sido abordados en esta Mesa, y hoy a fin de cuentas forman parte de nuestras competencias, que son bastante amplias.

Vamos a enumerar muy sucintamente las **competencias del farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria:**

1. Actuar como director técnico de farmacias habilitadas según la legislación jurisdiccional vigente
2. Aplicar procesos de gestión farmacoeconómica para la provisión, custodia y conservación de medicamentos, productos médicos y materias primas de utilización farmacéutica
3. Aplicar procesos de gestión clínica de la farmacoterapia y productos médicos
4. Aplicar buenas prácticas de dispensación de medicamentos y productos médicos
5. Aplicar buenas prácticas de preparación y formulación de medicamentos magistrales y oficinales no estériles
6. Aplicar buenas prácticas de preparación de mezclas intravenosas estériles, mezclas oncológicas y fórmulas para nutrición parenteral y enteral
7. Aplicar el seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes
8. Aplicar los conocimientos inherentes a la profesión farmacéutica en la ejecución de acciones de farmacovigilancia, tecnovigilancia, farmacocinética clínica, toxicología de fármacos, farmacoepidemiología y seguridad del paciente
9. Aplicar procesos de gestión en la administración, planificación, programación, ejecución y evaluación de los procedimientos ejecutados en la Central de Esterilización de materiales del establecimiento en el cual ejerce la profesión
10. Aplicar los conocimientos inherentes a la profesión farmacéutica en el desarrollo y ejecución de protocolos de ensayos clínicos, y otros estudios de investigación de medicamentos y productos médicos
11. Organizar y dirigir Centros de Información de medicamentos y productos médicos

12. Asesorar y participar en los comités multidisciplinarios aplicando los conocimientos inherentes a la profesión farmacéutica
13. Ejercer la docencia dirigida a profesionales farmacéuticos, personal técnico y otros profesionales de la salud
14. Asesorar en la redacción y actualización de la Farmacopea Nacional Argentina, Formularios Terapéuticos, Códigos, Reglamentos y todo otro texto o disposición legal cuyo ámbito de aplicación sea la Farmacia Hospitalaria
15. Asesorar y participar en la acreditación, supervisión técnica y categorización en todo establecimiento público o privado donde ejerza el farmacéutico hospitalario su actividad profesional
16. Aplicar los conocimientos inherentes a su especialidad colaborando en los programas que promueva la autoridad sanitaria, dirigidos a otros profesionales sanitarios y a la población promoviendo el uso racional de medicamentos y productos sanitarios, y mejorando la seguridad de los pacientes

Como vemos, las competencias del farmacéutico especializado en Farmacia Hospitalaria no son sólo aquellas de índole legal como ser el director técnico de la farmacia, o la participación en las buenas prácticas, o la aplicación de procesos de gestión, etc, sino que abarca muchas otras cosas como por ejemplo los seguimientos farmacoterapéuticos, que es un tema clásico en el ámbito de la Atención Farmacéutica cuando uno pretende entrevistar a estos grupos de pacientes. Y hemos podido ver recién un excelente ejemplo en el trabajo con pacientes con hipertensión arterial que ha presentado nuestra colega Ana María González, en base a la Atención Farmacéutica, es decir a los resultados obtenidos en los pacientes, de donde se genera el consejo farmacéutico que en este caso tiende a dar una mejor calidad de vida en salud, y no a la curación de su enfermedad.

Hemos citado arriba entre las competencias también asesorar y participar por ejemplo en los comités interdisciplinarios, aplicando los conocimientos inherentes a la profesión farmacéutica. Y acá empieza el trabajo con otros profesionales de la salud, para lo cual nos deberíamos preguntar hasta dónde estamos preparados para enfrentarlo e interactuar con otros profesionales con conocimientos, algunos de ellos diferentes y otros de ellos solapados con los nuestros, y de qué manera podemos lograr lo mejor de esa interrelación para lograr la atención farmacéutica adecuada.

Por eso la especialidad farmacéutica es una necesidad, esto también fue tratado en esta Mesa y se habló de la CONEAU, y de acreditar no sólo nuestro título sino también de poder acreditar a un especialista en F.H. Recordemos que **la Farmacia Hospitalaria es una especialidad farmacéutica**, que se ocupa de servir a la población en sus necesidades farmacéuticas a través de la selección, preparación, adquisición, control, dispensación, información de medicamentos y otras actividades orientadas a conseguir una utilización apropiada, segura y costo efectiva de los medicamentos y productos sanitarios, en beneficio de los pacientes atendidos en el establecimiento asistencial”

Lógicamente que esto lleva a que haya circunstancias previas al momento en que uno actúa sobre la formación de este profesional. Una es la formación universitaria de grado, tema que recién Rubén Manzo aclaró destacando además su importancia, y toda la orientación y formación de postgrado que se debe agregar a ese título. Quizás podríamos decir que el grado formativo, o el escalón más importante que puede hacer el farmacéutico graduado es quizás el postgrado de residencias, cuando va a trabajar a un hospital. Éste desde ya es un sistema perfectible porque cambia muchísimo de acuerdo a la necesidad de las distintas provincias, de acuerdo a los hospitales en donde trabajan, y de acuerdo al grupo de patologías prevalentes en el hospital donde trabajan.

En el Hospital de Pediatría en particular, ya que en el caso del Hospital de Pediatría Garrahan no poseemos residencias, y dado que teníamos necesidades de formar farmacéuticos que se especializaran en el área, decidimos probar haciendo **becas de especialización**. El sentido de esto era buscar en esos grupos de profesionales, mediante la profundización del conocimiento que nos era necesario, salir de la vieja idea de que "*el médico prescribe y el farmacéutico dispensa*", porque claramente la cadena terapéutica del medicamento involucra al farmacéutico en una multiplicidad de actividades orientadas a mejorar la atención al paciente.

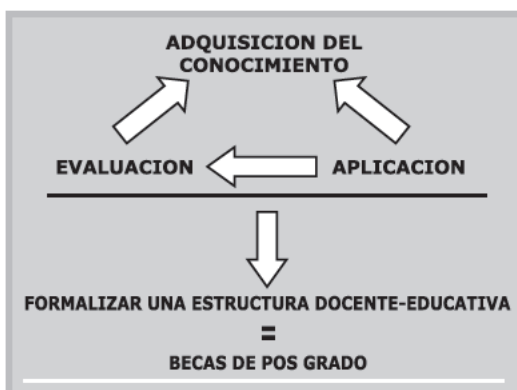
Había que **evolucionar hacia una nueva idea**, y empezar a trabajar en la relación que hay entre esos dos conceptos fundamentales. Y para ello volvimos a viejas definiciones donde buscábamos volver a mostrar la responsabilidad social y la responsabilidad individual que tienen los farmacéuticos, una vez que han elegido una carrera que está ligada, está abrazada a lo que es la salud de la población.

Responsabilidad social en cuanto a que la profesión farmacéutica existe para servir a la sociedad. Y **responsabilidad individual** en cuanto a que el farmacéutico tiene una responsabilidad directa en la necesidad farmacoterapéutica individual del paciente.

Para eso la constante evolución que la atención sanitaria ha llevado adelante le ofrece al farmacéutico muchísimas oportunidades para crecer, el problema es cómo hacerlo. Por lo tanto nos pusimos tres premisas importantes en el momento de favorecer la acción de dar becas, una fue fortalecer el conocimiento que era adquirido en la Universidad y profundizarlo, la segunda era desarrollar habilidades y destrezas como marcan algunas definiciones de la Declaración de Tokio, y la tercera tomar una actitud proactiva. O sea, formar una pirámide basada en la farmacia hospitalaria, en los recursos humanos, que era lo que a nosotros nos faltaba, y dentro de ese marco generar una es-

estructura que nos permitiera dar a estos recursos humanos una salida que fuera efectiva, segura y conveniente, para lo cual se necesitaba formación.

La visión clínica del ejercicio profesional farmacéutico no genera una acción única, sino que se transversaliza en múltiples acciones que permitan **asegurar** que la farmacoterapia ha sido indicada apropiadamente, que es la más **efectiva** disponible, tan **segura** como sea posible, y conveniente para el paciente.



La definición de **Atención Farmacéutica** que acuñaron Hepler y Strand (1989) dice lo siguiente: *"Es la provisión responsable de la farmacoterapia, con el propósito de alcanzar resultados definidos que mejoren la calidad de vida del paciente."*

Al hablar entonces de que la provisión de medicamentos debía ser una provisión responsable, uno debería actuar no sólo en la formación de destrezas y habilidades sino en el hecho de concientizar que del otro lado del medicamento se encuentra el paciente. Por lo tanto se requería que esta formación se llevara a cabo en el medio del equipo de salud, de modo que la práctica estuviera centrada en el paciente, y donde el farmacéutico se hiciera responsable de optimizar toda la farmacoterapia que recibe el paciente.

Para la formación de RR HH es necesario entonces valorar de esa manera una actividad que tenga una evaluación, una aplicabilidad donde se pueda adquirir el conocimiento y generar entonces una estructura docente, dando así asiento a becas de postgrado.

Para las Becas de Postgrado, nuestro objetivo general es formar recursos humanos de excelencia, conforme al perfil profesional y articulando el desarrollo de habilidades y destrezas inherentes a la práctica profesional específica, con adquisición de supuestos teóricos que la fundamentan

Y nuestros **objetivos específicos** son los siguientes:

- Cumplimiento del programa analítico
- Crecimiento profesional e inserción en el ámbito de la salud
- Profundizar en un tema específico (programa)

O sea que el objetivo general es formar un recurso humano que sea válido, que sea una herramienta fundamental de la farmacia dentro del ámbito de la salud del paciente pediátrico. Y en cuanto a nuestros objetivos específicos, buscamos generar un programa analítico que debiera cumplirse, buscar que esa persona tenga un crecimiento individual a través del tiempo y que pueda ir insertándose en el ámbito de la salud, ya sea en nuestro lugar de trabajo o en algún otro, de ahí que todos esos becarios hoy en día trabajan activamente en hospitales públicos o privados. Y finalmente buscar dentro de lo que es la laguna del conocimiento, o sea una gran cantidad de conocimiento de escasa profundidad, buscar allí puntos en particular donde profundizar, y hacerlo casi un especialista en esos puntos.

Y también buscamos dar **Formación Continua** a través de las siguientes actividades:

- Actividad clínica y asistencial

- Guardias activas de 24 hs.
- Formulación y diseño de trabajos científicos aplicados a la profesión farmacéutica
- Ateneos internos
- Participación en eventos científicos
- Tutorías permanentes
- Trabajo en equipo

Se generaron **cuatro programas**, algunos más antiguos que otros porque no todas las becas tienen la misma cantidad de años, y hoy se dispone de una beca de Farmacovigilancia, una de Farmacia Oncológica, una llamada de Farmacotecnia que en realidad es de elaboración de medicamentos huérfanos, que es todo un problema, y una de Farmacocinética, con farmacéuticos en Unidades de Cuidados Críticos como son las Terapias Intensivas Pediátricas o Neonatales.

Las características que le dimos a esas becas son las siguientes:

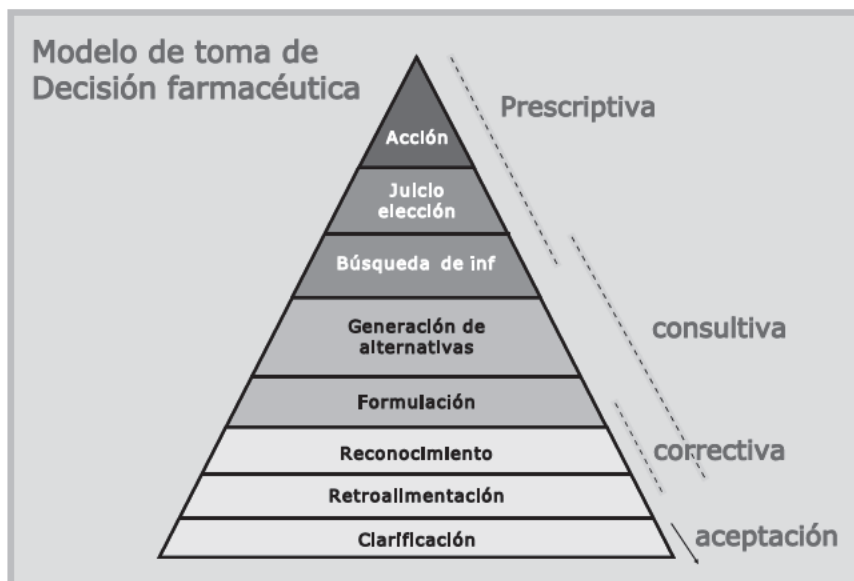
- 1 ó 2 años de duración
- Por concurso abierto, llamadas por DADI
- Rentadas
- Metas evaluables periódicamente
- Alta actividad asistencial, ya que se lo deja en medio del equipo para que resuelva, para que se arregle sin su tutor.
- Trabajo Interdisciplinario
- Indicadores que permitan la evaluación de la evolución del becario
- Dirigidas por personal docente entrenado, con muchos años de hospital
- Alto impacto en la actividad sanitaria

Modelo de Toma de Decisión Farmacéutica

Por último, quiero mostrar lo que considero que puede ser extrapolable no sólo al hospital, sino a la oficina de farmacia en cuanto a lo que es la formación de recursos, y cómo es que este recurso va creciendo a través del tiempo, tal como indica esta pirámide en la base, donde hay muchos que se encuentran, y no obstante son pocos los que llegan hasta el vértice. Pero la idea es ir en un continuo crecimiento en cada una de estas actividades, y por suerte Jorge Coronel me ayudó bastante en varias cosas de las que voy a hablar respecto a esto.

Vemos en la base el primer paso, que es el que hacen todos los farmacéuticos, porque todos los farmacéuticos clarifican. Por ejemplo al leer la receta que le entrega el paciente, el farmacéutico lee el jeroglífico que se encuentra escrito y que puede estar en arameo, griego, etc. Y esto ya comienza a ser una actividad que quizá no es pertinente a lo que fue formado, pero que necesita dentro de su rutina diaria, y a esta fase los llamamos fase de aceptación porque sólo se acepta lo que está escrito, incluso lo que se cree que está escrito.

Pero a partir de esto puede ser que alguno no comprenda y llame por teléfono, se tome el trabajo de molestar al médico y le diga "*Perdón, ¿qué dice acá?*", con lo cual empieza generarse un primer vínculo. Y por eso digo que este modelo habla de estrategias, porque sirve como estrategia para que del otro lado no obtenga una respuesta del tipo de "*¿No entendés lo que dice? Dice paracetamol*", como dando a entender que cualquier idiota se hubiera dado cuenta, pero más allá de eso genera un vínculo visual con el farmacéutico, o sea genera un reconocimiento, y de alguna manera ese médico se dice que ese que le habló era el farmacéutico, y reconoce que hay alguien más en la cadena de lo que él prescribió y llegó hasta el paciente. A esta fase se la llama Fase Correctiva.



Después viene la Formulación, o sea formular una hipótesis que es algo de lo que se habló en la Mesa anterior en lo referente a la mala prescripción de antibióticos en el hospital. Por ejemplo podríamos decirle si no le parece que la Cefoxitina es muy cara y el ampisulfactan es más barato y cubre el mismo espectro. Y entonces aquí se formula una propuesta que es una generación de alternativas, es decir, el otro puede aceptar este reto o no desde dos puntos de vista, desde el que se explicó en la charla anterior de generar un trabajo en equipo que brinde resultados en los recursos, o desde la no aceptación simplemente por soberbia. Porque en cierto modo esto es como el juego del truco, uno canta el truco y el otro se puede ir al mazo y le da la razón, o canta el "Quiero retruco", que sería algo así como preguntarle dónde está eso que le propone o bien qué información le trae sobre esa propuesta. Y ahí uno le busca y le da esa información que le piden. Esa búsqueda de información, esa entrega de información, no es sólo la entrega de alguna bibliografía, sino que debe estar acompañada de una charla, un consejo o una opinión, que en todo caso sería lo más importante, y ya habla de un escalón más a lo cual le llamamos la Fase Consultiva, porque

probablemente antes de que le propongamos el cambio van a decir, "¿Y por qué no lo cambio? O por ahí van a reflexionar que en realidad hace 14 días que tiene el antibiótico y no se ven los resultados previstos, y entonces pareciera que habría que hay suspenderlo.

Y llegamos entonces a que uno puede emitir un juicio o una elección sobre algo, y decir que habría que cambiar el antibiótico. O llegar a un punto más que es directamente la acción. Por ejemplo, decirle que indicó toda una serie de tuberculostáticos pero no ha indicado por ejemplo una vitamina B6 para protegerlo. O bien que a un paciente que hace 20 días que está tomando analgésicos, todavía no se le ha indicado una protección gástrica. Y cuando le pedimos su parecer, puede ser que en este caso esa acción sea aceptada. ¿Quién es el que prescribió? Entonces a esa última fase se la llama Fase Prescriptiva, porque trabajan en conjunto ambos frente al paciente.

Y siguiendo el ejemplo de Ana María González, vamos a terminar esta charla con un toque del humor de Quino, y comentar que en esta tira de nuestra inefable Mafalda, donde alguna gente grande como nosotros va por la calle y dice que durante su juventud tenía ganas de cambiar, pero ya no le interesa nada. Y algo de eso nos pasa, porque acá se habla siempre de hacer muchos cambios y el tema es que año tras año parece que los cambios van detrás nuestro y no adelante, entonces creo que hay que apurarse a realizarlos antes que los cambios nos pasen por encima, y sea el mundo el que lo cambie a uno.





MESA Nº 8

Uso racional del medicamento Presentación de trabajos seleccionados.

Dr. Carlos Vassallo

Introducción

A partir de la convocatoria a trabajos científicos para estas Jornadas 2010, se han seleccionado cinco trabajos presentados en los cursos que organizó la Federación Farmacéutica durante los años 2008 y 2009. Y quiero aprovechar este espacio para comentar que el año que viene estas Jornadas van a tener un capítulo científico, es decir, van a tener un componente de Jornadas Científicas con presentación de trabajos.

Y en relación a esto hemos redactado un reglamento que va a estar disponible en la página de FEFARA, y que enviaremos también a quienes nos hayan dejado en la inscripción su e-mail, con la idea de promover la presentación de trabajos para su posterior selección y exposición en las Jornadas 2010. Por lo tanto, avisamos por este medio para que se disponga de tiempo suficiente para tomar impulso y preparar el material.

Solamente ese pequeño aviso, y ya pasamos directamente a las presentaciones, que hemos dejado para el final de este encuentro, porque creemos que son un digno broche para el mismo.

Aportes institucionales a una política sanitaria

Un formidable recurso estratégico con mucho para aportar

Farm. Fabián García

Introducción

El trabajo que vamos a presentar tuvo que ver con la tarea que realizamos en un Curso de Formación de FEFARA, pero en realidad, a partir de algunos de los temas que se fueron tratando durante estas Jornadas rescatamos nuevos elementos que nos permitimos sumar a la presentación prevista. Como expresa el título, trata de los aportes que desde las Instituciones Farmacéuticas podemos realizar a las Políticas Sanitarias, entendidos como un formidable recurso estratégico.

Desde nuestro Colegio de Farmacéuticos, proponemos una intervención de la red de farmacias institucionales para agregar valor terapéutico conforme a la estrategia sanitaria definida en el Plan Federal de Salud. La participación de las oficinas de farmacia como efectores de atención primaria, gracias a las herramientas de gestión institucionales, se articula con las acciones ejecutadas por los efectores públicos, logrando la potenciación de estas capacidades.

Este tema es conocido por todos, pero vale preguntarnos cuáles son **las líneas sanitarias vigentes en la República Argentina y en cada una de nuestras provincias.**

El Ministerio de Salud Nacional con los Ministerios de Salud de cada una de las provincias acordaron los lineamientos políti-

cos que se tradujeron en el **Plan Federal de Salud** donde se plantea implementar acciones en forma “progresiva y sustentable que garanticen un aumento de la vida saludable, universalidad y equidad en la cobertura, satisfacción de los usuarios, calidad de los servicios, solidaridad en el financiamiento y eficiencia en el uso de los recursos”

Mucha gente habló con muchísimo conocimiento de cuán perfectible es la situación que estamos viviendo respecto a garantizar la accesibilidad a los distintos servicios sanitarios. Y dentro de estas políticas establecidas, la Atención Primaria de la Salud, es sin lugar a dudas una estrategia sanitaria de elección que se está implementando en todos lados, y concretamente en nuestra provincia de Santa Fe. Esta estrategia concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad y la atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación

Los farmacéuticos nos preguntamos. ¿Cuántas de estas actividades desarrollamos todos los días en nuestra farmacia? ¿Cuántas veces hacemos prevención de enfermedades, cuántas veces hacemos promoción de la salud? Y qué llamativo resulta que este acto profesional que sin lugar a dudas hace a la salud del paciente, jamás hace a la rentabilidad o al honorario profesional del farmacéutico, porque en definitiva nuestro honorario profesional, en la oficina de farmacia, termina relacionado, exclusivamente, a la cantidad de medicamentos que dispensa.

Lo que venimos a destacar entonces, es el valor de esta **herramienta estratégica**: Una Red de Farmacias articuladas por el Colegio de Farmacéuticos, dotadas de una conectividad on-line, distribuidas ampliamente en todo el territorio y aptas para participar de las acciones que surgen de las políticas sanitarias del sector público y privado.

Augusto Guerra, nuestro colega brasileño de Mina Gerais,

nos mostraba en estas Jornadas la inversión tremenda que hace el Estado para poder garantizar un servicio farmacéutico de calidad, e inclusive nos proyectaron los planos de las farmacias que tenían que construir.

Nosotros los planos ya los tenemos, las farmacias ya las construimos, los profesionales ya estamos al frente de las farmacias y estamos participando en acciones sanitarias permanentemente. Vale decir que gran parte del camino ya está recorrido, la pregunta es si a esta formidable estructura la estamos utilizando en toda su potencialidad, y si la cantidad de recursos que tenemos en dinero, en capital humano y profesional distribuido equitativamente en todo el ámbito geográfico de la provincia son aprovechados en la medida que realmente la realidad sanitaria nos lo está demandando.

Programa de atención integral al paciente obeso o con sobrepeso

Podemos, entonces, preguntarnos cuantas veces en la oficina de farmacia nos piden un medicamento de venta libre, y nos damos cuenta que es una persona hiperobesa, y cuando le preguntamos si tiene hipertensión nos contesta que no tiene ni idea, y si le repetimos la pregunta para la diabetes tampoco sabe.

Todo esto nos lleva entonces a interrogarnos si la incorporación de esa persona al sistema de atención primaria se puede realizar desde la oficina de farmacia. Y la respuesta es que no solo puede sino que debería ser así, porque es obvio que la gente tiene muchísima accesibilidad a la farmacia y llega más fácil al farmacéutico que al médico, donde tiene que sacar turno y esperar que le abran la puerta. Entonces la farmacia resulta estratégica para ponernos al servicio de un sistema de salud.

Entonces, el trabajo original que presentamos, donde hicimos un análisis de costo-efectividad de los tratamientos para

personas con sobrepeso y obesidad se complementó con reflexiones sobre la incorporación al sistema de atención primaria.

Los **objetivos** del mismo eran los siguientes:

- Incorporar al sistema de atención primaria a pacientes con sobrepeso, a los efectos de su correcto diagnóstico médico, detectando patologías asociadas (HTA, diabetes, etc.) de modo de incluirlos en los diferentes planes, programas y acciones que se realicen desde el sistema público de salud.
- Promover la salud, generando cambios de hábitos para lograr un descenso de peso o, por lo menos, una vida saludable.
- Prevenir enfermedades asociadas a la obesidad, incorporando a cada paciente al curso de educación sanitaria para pacientes obesos o con sobrepeso, organizado por el Colegio de Farmacéuticos.
- Realizar estudios de farmacovigilancia y epidemiológicos, utilizando la conexión informática on-line del Colegio con su red de farmacias.

Veamos entonces una **breve descripción del programa**.

- 1- Detección de las personas con problemas de obesidad o sobrepeso, a través de la atención farmacéutica desde las oficinas de farmacia integrantes de la Red Prestacional del Colegio de Farmacéuticos, y propuesta para su posible incorporación al Programa.
- 2- Registro de los pacientes: datos completos, peso, altura y cálculo de IMC; anamnesis de antecedentes de obesidad o patologías asociadas, valores de presión arterial, etc, según fichas de protocolos de atención, que serán proporcionadas con anterioridad a las farmacias previamente capacitadas para tal fin.
- 3- De la utilización del protocolo van a surgir dos grupos:

- a) Grupo de alto riesgo, con obesidad mórbida o comorbilidades importantes, cuyos integrantes serán derivados de manera directa a su médico de cabecera o, si no lo tuviera, a algún otro médico de la asistencia pública, para estudios específicos.
 - b) Grupo conformado por personas con sobrepeso u obesos sin comorbilidades de importancia, que comenzarán el trabajo grupal con el equipo multidisciplinario que forma parte del Programa.
- 4- Conformación de grupos con los pacientes que participarán del Programa, para la asistencia a los cursos dictados por el equipo multidisciplinario (Médico, Psicólogo, Nutricionista), y a los planes de actividad física organizados por el Profesor de Educación Física.
- 5- El farmacéutico, por su parte, va a realizar el seguimiento periódico de cada uno de los participantes que él mismo incluyó en el Programa, evaluando peso y presión arterial, por una cuestión lógica de proximidad con el paciente.
- 6- Registro de la información epidemiológica, de farmacovigilancia y de adherencia al Programa, en tiempo real (on-line), mediante el uso de la red informática del Colegio.

En una de las Mesas de estas Jornadas, se comentaba justamente que la obesidad es uno de los temas que no se podían resolver y que evidentemente las terapéuticas estaban fallando, y esto implica hablar de hipertensión secundaria, de diabetes secundaria o de ACV. Y esta cuenta la podemos sacar respecto a cuánta salud agregamos, y después hacer también otra cuenta para los no sanitaristas, para los contadores. Y el planteo es entonces cuánta plata cuesta hacer atención primaria e incorporar a esta persona a un sistema de atención

antes que haga un ACV, y cuánto dinero cuesta quedarse con un ciudadano que deja de producir, que queda minusválido y que termina demandando una terapéutica mucho más costosa.

Podemos entonces señalar cuáles son los **posibles aportes del programa a la salud de la población** desde nuestra red de farmacias.

- **Promoción de la Salud**, incentivando el cambio de estilo de vida de los pacientes, por uno más saludable.
- **Prevención de las enfermedades, y detección de comorbilidades** asociadas a la obesidad, e incorporación de pacientes al sector público para su atención.
- **Atención responsable y competente de las distintas patologías**, ya que todos los medicamentos son dispensados por un profesional farmacéutico matriculado.
- **Accesibilidad** de toda la población tanto a la promoción de la salud, como a la prevención y atención de las patologías, ya que la red de farmacias del Colegio de Farmacéuticos está ampliamente distribuida en todo el territorio de la provincia.
- **Equidad** en la Atención Farmacéutica, ya que cualquier paciente puede ser incorporado gratuitamente al Programa, desde su farmacia más cercana.
- **Farmacovigilancia**. Los efectos o reacciones adversas a los fármacos pueden ser informados fácilmente por los pacientes a sus farmacias, dada su cercanía. Pero, además de registrar dichos eventos, las farmacias pueden asesorar al respecto, favoreciendo la adherencia a los tratamientos.
- **Epidemiología**. El Programa brinda la posibilidad de reunir datos, que pueden ser utilizados por las autoridades, para la toma de decisiones en política sanitaria.

Y repasando el tema de nuestra red de farmacias, vemos que en realidad la promoción de salud la hacemos todos en la oficina de farmacia, ¿puede ser posible entonces que en nuestra oficina de farmacia privada o institucional, no sepamos qué actividades se están desarrollando en el Centro de Atención Primaria que está a una cuadra? Lo mismo podríamos preguntarle, respecto a las farmacias, a quienes coordinan las tareas desde el ámbito público.

Conclusiones

Entonces el **planteo final**, en definitiva, se reduce a lo siguiente y en función a lo que se estuvo charlando estos días:

Si usted fuese el responsable de llevar adelante políticas sanitarias, públicas o privadas, ¿desaprovecharía un recurso económico, profesional, técnico y humano como el que ofrecen miles de farmacias coordinadas por el Colegio de Farmacéuticos?

¿Cuánto cuesta poner toda esa infraestructura ya montada al servicio de un programa que haga a la atención de determinadas enfermedades prevalentes?

Y después sucede que escuchamos que en el Estado de Mina Gerais se quejan por lo poco que le pagan al farmacéutico, que era U\$S 1200, además de tener que montar todo un sistema de farmacias que no existe.

Y como reflexión final, pensemos cuánto es lo que tenemos desarrollado, y cuánto nos falta por recorrer para empezar a darle a nuestro trabajo cotidiano una nueva dimensión a partir de la articulación entre lo público y lo privado.

Anabólicos, adicciones

Iniciativa farmacéutica para la educación, difusión y control

Farm. Sandra Chiesa

Introducción

En principio quiero agradecer a FEFARA por darnos este lugar para exponer un trabajo que hicimos en Junín, y para presentarme les cuento que soy Sandra Chiesa, farmacéutica y secretaria del Colegio de Farmacéuticos de la Ciudad de Junín. Nosotros en el año 2006 y 2007 hicimos un estudio sobre algo que comenzó a ser una moda en nuestra ciudad, que era el consumo de anabólicos y de estimulantes.

Todo detonó cuando en el mostrador de nuestras oficinas de farmacias, los chicos, en su mayoría adolescentes, comenzaron a preguntarnos o a consultar precios de productos fuera de nuestra dispensa diaria o normal, y por ejemplo nos pedían productos como Eca, Estano o Nandro. Nosotros nos dimos cuenta que esos productos eran anabólicos, y por su léxico o por su forma de pedirlos era evidente que su consumo era habitual. Somos conscientes que estamos viviendo en una época donde la sociedad es cada vez más competitiva, que discrimina y exige patrones estéticos, y donde los adolescentes utilizan todo tipo de "herramientas" para pertenecer a ella y este tipo de situaciones se ven a diario. Y un medicamento, una droga o un producto de este tipo mal utilizado en los adolescentes puede causar un impacto negativo, por lo cual entendemos que debemos involucrarnos.

La situación

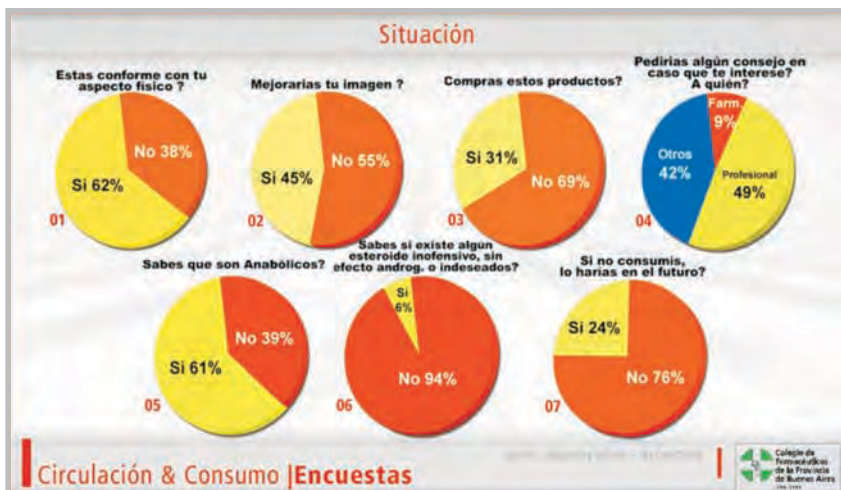
El tema es que nosotros sabíamos que hay un grado de desinformación muy grande, e incluso nosotros mismos en un primer momento no sabíamos muy bien cuál era el impacto en los adolescentes, qué sabían ellos y cuáles eran los efectos secundarios.

Por esta razón hicimos encuestas en chicos de 15 y 19 años pertenecientes a las escuelas públicas y privadas del ciclo polimodal de nuestra ciudad, y en un total de casi 4.000 chicos obtuvimos 3.875 planillas, donde respondieron en forma anónima 15 preguntas. La idea era saber en dónde estábamos parados, cuál era la posición, y qué sabían los chicos sobre este tema, por lo cual luego los datos se procesaron y se obtuvieron las correspondientes estadísticas. Nos encontramos con una sorpresa no demasiado grata, porque vimos que si bien el 62% de los chicos encuestados estaban conformes con su aspecto físico, el 45% nos decían en esas encuestas anónimas que harían algo para mejorar su imagen.

Evidenciamos el consumo de anabólicos con la respuesta positiva en el 31% de los chicos, y recordemos que hablamos entonces de unos 1.200 chicos de Junín.

Cuando preguntábamos si sabían qué son los anabólicos, el 61% de los adolescentes nos decían que sí sabían de que se trataba, pero como vemos en el siguiente gráfico, sólo el 6% de los alumnos decían saber que éstos tenían efectos secundarios adversos. Otra cosa que nos impactó fue la respuesta a la pregunta graficada en el número 07, cuando ante la pregunta de que en el caso que no consumieran si lo harían en el futuro, donde un 24% contestó que sí lo haría, o sea que los tendrían como alternativa para utilizarlos.

Un detonante de toda esta información que logramos fue ver en los centros de los comisionistas la llegada de estos paquetes donde veíamos que además de Estano, Nandro, Eca,



efedrina, cafeína y aspirina, llegaban finasteride y metrotexato, como para contrarrestar de alguna manera los efectos secundarios que se venían dando.

El problema

Hagamos un pantallazo de estas sustancias que sabemos que se tratan de esteroides anabólicos, y que falsamente se venden como anabolizantes nada más. No existe, por más que sea una síntesis perfecta, un producto donde se dé solamente actividad anabólica, siempre va a estar la androgénica que es la que va a producir todos los efectos secundarios de acuerdo al órgano donde haga sitio de acción. Pero es útil repasar algunas definiciones:

- Los anabólicos esteroides son sustancias sintéticas relacionadas a las hormonas sexuales masculinas (andrógenos).
- Provocan el crecimiento del **músculo esquelético** (efectos anabólico o constructor de masa muscular), y el desarrollo de características sexuales masculinas (efectos androgénicos).
- El término correcto de estos compuestos es "**anabólicos esteroides androgénicos**".

Nos dimos cuenta que la incorporación de estos productos (anabólicos, estimulantes y sustancias anorexígenas), que ayudan a recuperar o a desarrollar rápidamente el físico deseado, constituía un mercado oculto que en cierto modo era una panacea para el que distribuía o vendía, para el que compraba y para el que lo consumía. Esto, sumado al control casi nulo y el desconocimiento total de efectos adversos, constituye un grave problema.

Desde el circuito de la farmacia era urgente que tomáramos cartas en el asunto para ver de qué manera parábamos la situación, pidiéramos autorización o inmediata acción a los distintos organismos del gobierno para que actuaran de alguna manera, o bien buscáramos concientizar a los chicos de qué se trataba lo que estaban tomando.

A modo de breve **reseña histórica** digamos que empezaron a utilizarse en 1952, hasta que en 1972 se prohíbe su uso dada la catarata de efectos secundarios que empezaban a evidenciarse, y de ahí se empezaron a hacer los controles antidoping, aunque solamente en alta competencia.

Y en nuestro caso, cuando empezamos a investigar un poquito más veíamos que **en los gimnasios aparecían todas las formas de consumo y entrenamiento:**

- **Cíclicas:** 10 a 100 veces mayores que las terapéuticas. 10 a 12 semanas de uso /6 a 12 de descanso.
- **Cañón (*stacking*):** Diferentes combinaciones de dosis / Diferentes combinaciones de esteroides anabólicos androgénicos.
- **Piramidal:** Dosis crecientes - decrecientes alternadas / Consumo creciente – decreciente con uno o más anabólicos.

Cuando empezamos a ver de qué se trataba vimos que era un conjunto de anabólicos como estansolona o androlona, utilizados de distinta manera para lograr en un deporte distintos

finés farmacológicos, por decirlo de alguna manera, como tener más potencia, más reacción o más fuerza.



En contraposición, el **uso médico** en realidad está casi limitado, y no tiene razón de existir tanta cantidad de droga como vemos que está dando vuelta contra el uso que se da, porque en medicina se usa solamente para cierto tipo de anemias, para cáncer, para una osteoporosis severa o para recuperar a un paciente en un postquirúrgico grave. Y por otro lado, lo que vimos también como detonante es que la dosis de uso médico es de 1 a 5 miligramos, y ya 7 miligramos se considera una sobredosis. Y esto lo decimos porque los productos que usaban los chicos son de 10 miligramos o más, o sea, el frasquito que ellos llevaban a la farmacia para consultar precios era estanosolol o nandrolona de 10 miligramos, y la posología de sugerencia para tomar eran 5 comprimidos o 3 de acuerdo a la actividad física que querían entrenar, o sea que los chicos directamente estaban usando megadosis.

Y respecto a los **efectos tóxicos**, desde ya producen distintos tipos de efectos adversos, como tóxicos o como secundarios de acuerdo al órgano donde va a producir el sitio de

acción. Dependiendo del órgano afectado, del sexo o la edad, los efectos finales de la administración de sustancias exógenas de este tipo, puede variar posiblemente por la administración de dosis farmacológicas superiores a las necesarias fisiológicamente y por las modificaciones de la estructura química de los esteroides suministrados. De estos dos factores se concluye que los esteroides exógenos no sólo pueden accionar sobre receptores de estrógenos, progestágenos y glucocorticoides. De esta manera el efecto central puede estar ligado también al de otros receptores que resulten estimulados o inhibidos.

Volvimos a enfatizar a los chicos que **todos los esteroides producen efectos adversos, y que no existe un medicamento que pueda contrarrestar la catarata de efectos adversos que se iban a producir sin originar otros**. Esto último para prevenirlos ya que vimos que se vendían finasteride y metrotexato, que lamentablemente se siguen vendiendo.

Los **efectos adversos** se dan a nivel musculoesquelético, cardiovascular, hepático y psiquiátrico.

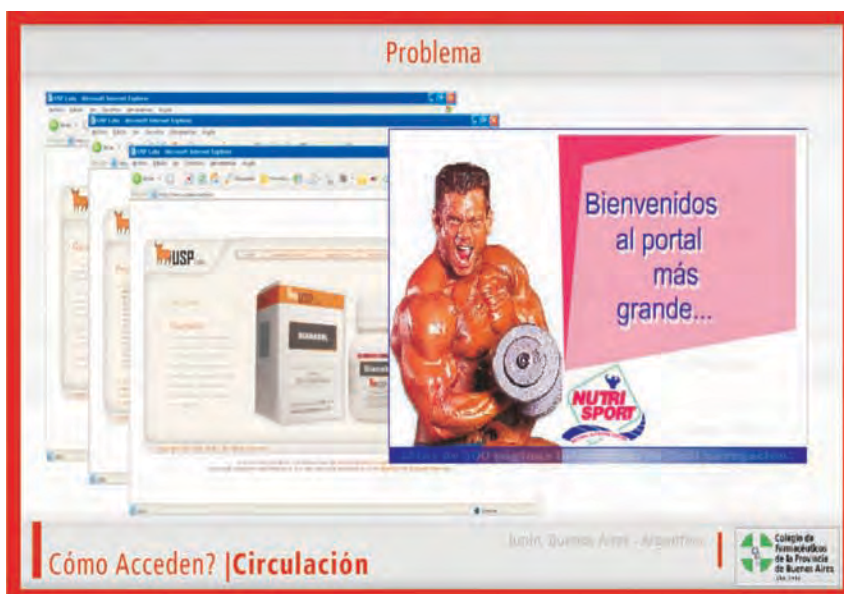
- **Musculoesquelético:** Uno de los efectos adversos irreversibles es el cierre epifisiario prematuro, que es la detención, nada más y nada menos que del crecimiento. O sea que aquel chico que iba al gimnasio tratando de fortalecer su masa muscular y de hacerse más grande, iba a encontrarse un día con que no iba a crecer nunca más. Otros efectos adversos a este nivel son los calambres y el riesgo de lesiones en músculos y ligamentos.
- **Cardiovascular:** Por otro lado, la presión sanguínea sube significativamente cuando se toma este tipo de anabólicos, por lo que genera una gran retención de líquidos con el consecuente aumento del volumen sanguíneo. Además estas personas teóricamente están sujetas a fuertes exigencias físicas, lo que requiere aun más oxigenación y conlleva a su vez el aumento de la presión sanguínea sistémica, lo cual predispone a un mayor riesgo de ataque cardíaco, rotura de aneu-

risma o hemorragia. Y lamentablemente no es raro ver que los deportistas caigan desmayados, o con un aneurisma o un problema cardíaco.

- **Hepático:** En cuanto al hígado, este órgano se ve afectado por el incremento de enzimas, genera lo que se llama peliosis hepática, que son quistes hepáticos llenos de sangre cuyo tamaño oscila entre unos pocos milímetros y los 3 cm en tan sólo unos 6 meses de uso. Incluso es común la formación de tumores hepáticos tanto benignos como malignos. Cuando empezamos con todo esto, se nos acercó la mamá de un chico, que lamentablemente falleció a raíz de un cáncer de hígado y en ese momento estaba en lista de trasplante hepático. Esto fue también otro de los detonantes que nos incentivó a seguir trabajando y a golpear puertas, para que la autoridad sanitaria hiciera algo para ver lo que estaba pasando en Junín.
- **Psiquiátrico:** Estos productos son sustancias psicoactivas y producen agresividad y depresión, además como toda sustancia adictiva producen la necesidad de aumentar la dosis para la respuesta necesaria y síndrome de abstinencia al dejarla. De hecho estos efectos psiquiátricos adversos son los que más de evidencian. Cuando fuimos a hablar en ese momento con el Ministro de Salud de la Pcia de Buenos Aires, Claudio Mate, le comentábamos la agresividad de los patovicas por ejemplo, y que quizá ellos en vez de atacar la causa del problema estaban viendo la forma de exponer como agresivos a esto chicos musculosos y grandotes, en lugar de ver por qué realmente se evidenciaba esa situación. Y es importante también destacar que, como decíamos, todo este tipo de sustancias son adictivas, o sea que cada vez se necesita más para tener esa sensación de plenitud o esa sensación de haber logrado la meta a alcanzar, y cada vez van entonces por más dosis o caen en cuadros de abstinencia al dejarla.

Entre los problemas que nosotros vimos al investigar cuál era el curso ilegal, o sea por dónde pasaba el medicamento sin

pasar por el circuito farmacéutico, uno de los que encontramos fue Internet. En el cuadro de abajo mostramos por ejemplo el Dianabol, que era el que comentábamos antes que venía en comprimidos de 10 miligramos y en un frasco de 200 comprimidos, y recordemos que médicamente la posología de 3 a 5 mg.



En la **investigación** hicimos uno de los caminos que habían hecho los chicos comprando ECA, uno de los productos que más pedían en el mostrador. Cuando compramos el ECA, en este caso el "Dymatize –Dyma. Burn-Xtreme with Yohimbe", y lo mandamos a analizar vimos que tenía efectivamente efedrina, cafeína y aspirina. En el Laboratorio de Control de Calidad de la Provincia de Buenos Aires nos decían "*Esto es una bomba de tiempo*". Inmediatamente se dio aviso a la red de farmacovigilancia, y a partir de allí vino la resolución de la ANMAT que fue sacarlo de la circulación de Internet, pero obviamente las páginas de Internet mutan y esto en la práctica es casi imposible de solucionar.

Proyecto y Resultados

¿Qué hacíamos ante toda esta información? Tratábamos por un lado que hubiera una restricción, o sea, una forma de limitar el acceso. Por ejemplo mirando las listas de precios de las droguerías que tienen los farmacéuticos formulistas, en donde se encuentra entre otras sustancias el estanozolol, veíamos que se ofertaba de a un kilo. Y nos preguntábamos cuál era la necesidad en ese momento de estar ofertando un kilo, si habíamos visto que el uso médico es casi nulo. Y fuimos entonces con la propuesta de que hubiera una restricción y control en la venta de materias primas con actividad anabólica y androgénica, o aunque sea que se las cambiara de lista y se las tratara como un estupefaciente o un psicofármaco, para que de alguna manera el Ministerio de Salud lo pueda controlar.

Mientras todo esto está en proyecto y dando vueltas, y sigue en campaña todavía el protocolo de que se haga este cambio de lista, vimos la necesidad al menos de difundir a los chicos qué era lo que estaba pasando. En Junín hay mucha población adolescente, y nosotros veíamos muchísima cantidad de estos productos entrada en la ciudad. Comenzamos con los medios de difusión tanto locales como de Capital Federal, pero vimos que eso no tenía llegada real a los adolescentes, y entonces la idea fue empezar a hablar en las escuelas.

En el año 2007, en nuestra Mesa de Trabajo acá con el colega Edgardo Martínez, Vicepresidente del Colegio de Farmacéuticos, comenzamos con la ilusión de armar un Congreso de Adicciones donde los chicos tuvieran participación activa, de modo tal que ellos mismos estudiaran y difundieran el problema a sus padres. Entonces, desde del Colegio de Farmacéuticos y conjuntamente con la Subsecretaría de Atención a las Adicciones del Min. Sal Pcia. Bs As. (SADA) y los Centros de Prevención de Adicciones (CPA) y CPA Junín, convocamos a la Municipalidad de Junín, al Ministerio de Educación, a la Región Sanitaria Tercera, al Colegio Médico y a la Sociedad Pediátrica Argentina.



Empezamos a ilusionarnos con generar el Primer Congreso de Adicciones en Adolescentes que se hizo en la República Argentina, y nos abocamos a la **organización**:

- Se crean los distintos comités.
- Se crea el reglamento de presentación del trabajo, adaptando un reglamento científico a lo que iban a ser las respuestas de los adolescentes.
- Se incorporan otros temas a desarrollar para que el Congreso fuera más atractivo: tabaco, alcohol, adicciones en general, marihuana, cocaína, anabólicos, estimulantes, amor y sexualidad, esto último porque se dio en Junín que había muchos embarazos adolescentes.
- Participaron alumnos de 1º, 2º y 3º año de Polimodal, que serían los tres últimos años de la escuela secundaria, cerca de 4.000 adolescentes.
- Se presentaron 82 trabajos (abstracts, carpeta y poster).
- Se dieron charlas pre-congreso en donde un chico que estaba en recuperación de adicción a cocaína y marihuana les conta-

ba su experiencia de salir de todo esto, una charla que fue realmente increíble.

- Se generaron 6.500 encuestas de los 82 trabajos. Estas encuestas tienen un valor incalculable porque además de toda la información que recolectaron los chicos, fueron preguntas hechas por los chicos contestadas por jóvenes y adultos, así que era tan importante la pregunta como la respuesta.
- Cabe destacar que los chicos que trabajaron sobre anabólicos, coincidieron con el trabajo que habíamos hecho nosotros el año anterior. La duración del Congreso fue de 5 meses (del 27/6/07 al 19/10/07).

Naturalmente, tuvimos que superar algunas dificultades, entre ellas optimizar nuestros tiempos, coordinar a todos los actores, algunos intereses espurios, poca motivación de algunos sectores, trabas burocráticas y recursos materiales.

Conclusiones

Mediante el Congreso de Adicciones usamos la difusión y a través de los 5 meses hubo muchísimos logros y metas a alcanzar, y todo lo que conlleva trabajar con los chicos que la verdad fue muy gratificante. La respuesta de ellos fue increíble. Generamos muchísimos resultados y las conclusiones fueron más allá de nuestra ambiciosa expectativa.

Hemos hecho un racconto de los **logros** que creemos haber obtenido, que a su vez nos sirven de estímulo para perseverar en este tipo de acciones:

- Incentivar a nuestros jóvenes a instruirse y rechazar la oferta de costumbres livianas y sustancias adictivas.
- Fomentar conciencia de responsabilidad en adolescentes.
- Generar interés y participación.

- Difusión de formas de atención y prevención que pueden utilizar.
- Crear un espacio serio de expresión a los jóvenes y demostrarles con acción que no están solos.
- Orientar frente a las dificultades a los jóvenes.
- Posicionar a nuestra institución y nuestra profesión de otra manera ante la sociedad.
- Contagiar a otros sectores profesionales e institucionales.
- Que los jóvenes no se sintieran meros receptores, sino que formaran parte activa de este Congreso.
- Se organizarán en el 2009 los C2 A en La Plata, Luján y otras filiales.

Hemos obtenido **conclusiones** que marcan necesidades y deficiencias, pero también importantes propuestas y avidez de cambio por parte de los jóvenes. También un material valiosísimo que en parte hemos mostrado aquí, por lo que . volvemos a agradecer a la gente de FEFARA la oportunidad de traerlo y poder mostrarlo en este encuentro. Personalmente me llena de orgullo pertenecer al Colegio de Junín y que se hagan estas cosas, que esperamos que puedan replicarse en otros ámbitos, y el proyecto que tenemos es hacer lo que se hizo en Junín en toda la provincia, y sería muy bueno si el Ministerio de Salud en este momento nos acompaña, y calculo que vamos a lograrlo.

Por lo que humildemente nos atrevemos a invitarlos si es de su interés a que se sumen a este proyecto para mejorarlo, darle continuidad y entre todos poder contrarrestar al menos un poco la influencia negativa de la falta de control, incumplimiento, vacíos o falta de legislación y publicidad engañosa que proponen una cultura y un modelo de sociedad que no compartimos. Proponemos a cambio seguir hablando en voz alta de buenos valores, pero concretamente desde la acción.

Economía y gestión del medicamento
Análisis comparativo de AAS. vs Clopidogrel
Un caso disparador

Farms. María Laura Faroppa y Edgardo Martínez

Introducción

Nosotros pertenecemos al Colegio de Farmacéuticos de Junín, y nuestra intención es comentarles este trabajo final que hemos presentado en el Curso de Política, Economía y Gestión del Medicamento dictado por la Universidad del Litoral y FEFARA, tan relacionado con estas Jornadas que están culminando en la ciudad de Córdoba.

El tema que hemos resuelto tomar es un análisis comparativo del uso de aspirinas vs. Clopidogrel, a raíz de un caso disparador que ocurrió en una oficina de farmacia.

Consideraciones generales

Si se consideran las causas de muerte a nivel mundial y en la Argentina, vemos que los eventos Cardiovasculares (ECV), el infarto agudo de Miocardio (IAM), los accidentes cerebrovasculares (ACV) y la enfermedad vascular periférica, representan en conjunto el 30% de las muertes en la República Argentina y 17.5 millones de vidas al año a nivel mundial.

Desde el punto de vista terapéutico, las drogas básicas tanto para la prevención como para el tratamiento de éstas patologías son los antitrombóticos y antiplaquetarios.

Los **antiagregantes** que hemos decidido comparar en este trabajo son la **aspirina** y el **clopidogrel**, cuyos mecanismos de acción son los siguientes:

- **Aspirina:** actúa por bloqueo de la síntesis de Tromboxano A2, al inhibir en forma irreversible la Ciclooxygenasa plaquetaria, que además no puede volver a formarse porque las plaquetas no tienen núcleo.
- **Clopidogrel:** Actúa como inhibidor del ADP, el cual requiere de la secreción de los gránulos citoplasmáticos plaquetarios para inducir una agregación plaquetaria, lo cual demuestra que el ADP es un inhibidor menos potente que el Tromboxano A2.

¿Cuáles son los casos en los que sí está indicado usar clopidogrel en una terapia adecuada? Los casos de stent, los casos de infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST del electrocardiograma –que es una falla en el electro-, y para infarto agudo de miocardio de pacientes con alergia a aspirinas.

Los siguientes son cuadros comparativos de los **esquemas terapéuticos indicados para el uso del clopidogrel:**

Clopidogrel en monoterapia (droga de 2ª línea)	
Tratamiento	Tiempo
Antiagregación en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio	Desde los pocos días hasta un máximo de 35 días
Antiagregación en pacientes que han sufrido un infarto cerebral isquémico	Desde los 7 primeros días hasta un máximo de 6 meses
Doble antiagregación con aspirina	
Tratamiento	Tiempo
Síndrome coronario agudo (SCA) sin elevación de segmento ST, incluyendo pacientes con colocación de stent	Dosis de carga y posteriormente en combinación con aspirina durante 12 meses (beneficio máximo a los 3 meses)
SCA con elevación del segmento ST	Dosis de carga y posteriormente en combinación con aspirina, con o sin trombolíticos, durante 4 semanas

Como se puede ver en estos cuadros comparativos, en el caso del clopidogrel como monoterapia, el tiempo de duración varía desde pocos días hasta 35 días o de 7 días a 6 meses de acuerdo a la enfermedad. Y en el caso de una doble antiagregación con aspirina, en un tratamiento como por ejemplo el síndrome coronario agudo (SCA) sin elevación de segmento ST, incluyendo pacientes con colocación de stent, se usa una dosis de carga y posteriormente se lo administra en combinación con aspirina durante 12 meses, y el beneficio máximo se obtiene a los 3 meses. Y en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, también el esquema incluye una dosis de carga, y posteriormente se da en combinación con aspirina, con o sin trombolíticos, durante 4 semanas.

Y aunque se ha citado varias veces en estos días, volvemos a recordar la definición de **Uso Racional de Medicamentos (URM)**: "El URM requiere que el paciente reciba la medicación apropiada a su necesidad clínica en las dosis correspondientes con sus requerimientos individuales, por un periodo adecuado de tiempo, y al menor costo para él y su comunidad (OMS, 1985).

A su vez la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, 15ª lista, de marzo del 2007, establece distintas patologías y prioridades de medicamentos y dentro de los Antitrombóticos (inc. 12,5) está como el de primera medida el Ácido acetilsalicílico y después la estreptoquinasa:

- Ácido acetilsalicílico Comprimidos: 100 MG
- Estreptoquinasa Polvo para inyección: 1,5 millones de UI en viales

Objetivo principal

Analizar costo/beneficio, para el paciente y su comunidad, del reemplazo de aspirina por Clopidogrel.

Planteamiento del Problema

¿Qué nos sucedió y por qué nos planteamos este problema? Porque en nuestra oficina de farmacia se presentó un paciente masculino de 50 años de edad, con estilo de vida sedentario, diabético y con perfil lipídico alterado, perteneciente a la obra social estatal, con riesgo de enfermedad cardiovascular, y que presentaba una receta donde se le prescribía clopidogrel, en dosis orales de 75 mg una vez al día. (Como profilaxis del infarto de miocardio).

A nuestro criterio y analizando e indagando con el paciente, consideramos que no cumplía con los requisitos para tener esta prescripción, sino que a nuestro entender con una aspirina podría haber solucionado su patología, más teniendo en cuenta lo que mencionamos respecto a la Lista de la OMS que establece que el primer antitrombótico es la aspirina. Digamos que actuó como un caso disparador, y entonces se nos ocurrió desarrollar este trabajo.

Desarrollo

Análisis de Costos

Para desarrollarlo hicimos un análisis de costos. Hay una amplia cantidad de marcas de clopidogrel en el mercado, nosotros tomamos como criterio ver las más utilizadas en el caso de una obra social estatal y una prepaga, y seleccionamos las marcas que mostramos en la siguiente tabla, que también representamos en un gráfico que no mostramos acá porque en la tabla puede apreciarse claramente la situación:

Marcas analizadas para una obra social estatal

Marca	Laboratorio	PVP (\$)	O. Soc. Est. (\$)	Afiliado O.Soc.Est. (\$)
NEFAZAN 75 MG COMP X 15	Phoenix	99,28	38,92	60,36
NEFAZAN 75 MG COMP X 30	Phoenix	189,89	75,20	114,69
ARICOPLIN 75 MG COMP X 30	Ariston	90,78	75,20	15,58
CLOPIDOGREL N 75 MG COMP X 14	Northia	75,50	70,45	5,05
CLOPIDOGREL N 75 MG COMP X 30	Northia	146,00	74,70	71,30
TROKEN 75 MG COMP X 14	Bago	82,49	70,45	12,04
TROKEN 75 MG COMP X 28	Bago	164,45	140,90	23,55
ISCOVER 75 MG COMP X 14	Bristol	109,42	70,45	38,97
ISCOVER 75 MG COMP X 28	Bristol	213,65	140,90	72,75
ECOTRIN 81 MG COMP X 50	Schering-Plough	28,87	11,10	17,77
ASPIRINETAS 100 MG X 98 COMP	Bayer	16,98	-	16,98
ASPIRINA PREVENT 100 MG COMP X 50	Bayer	21,47	13,33	8,14

Fuente: Elaboración propia, 2009.-

O sea que para el clopidogrel tomamos para el trabajo las siguiente marcas: Nefazan, Aricoplan, Clopidogrel Northia, Troken e Iscover, vs. tres de aspirinas: Aspirinetas, Ecotrin y aspirina Prevent.

Los precios consignados en la Tabla son de septiembre de 2009, y como puede verse son bastante variados. El **precio de venta al público (PVP)** varía de marca en marca, por ejemplo el Iscover \$ 213,65 por 28 unidades vs. Nefazan \$189,89, casi 190 y el Aricoplan \$90.

Y a su vez otra diferencia notoria que vimos es **el porcentaje o lo que cubre la obra social**. Por ejemplo, en el caso del Iscover (Bristol) la obra social estatal cubre \$141, mientras que

en el Clopidogrel de Northia, \$74. Con lo cual pensamos que si la primera cobertura se aplicara en el segundo caso, si se mira la tabla puede observarse que prácticamente estaría cubierto el 100%. En otras palabras, no encontramos una lógica, pero sí es claro que se ve también afectado el bolsillo del afiliado. Luego hicimos el mismo análisis en la prepaga, y la diferencia es que en el caso en la prepaga vimos una cobertura del 70% en todos.

Farm. Edgardo Martinez

Y aquí hay que aclarar un poco que donde se ve que en el caso del Iscover la obra social cubre un monto de \$140,90, y en el caso del Clopidogrel de Northia cubre \$74, estamos viendo que en el primer caso, que es el de mayor valor en PVP, \$213, está haciendo un gasto mayor sin ningún tipo de criterio, o al menos no entendemos con qué criterio lo hace, con lo cual hay un gasto del Estado o de esa obra social que podría ser utilizado de otra manera.-

Marcas analizadas para una prepaga

Marca	Laboratorio	PVP (\$)	O. Soc. Est. (\$)	Afiliado O.Soc.Est.
NEFAZAN 75 MG COMP X 15	Phoenix	99,28	69,50	29,78
NEFAZAN 75 MG COMP X 30	Phoenix	189,89	132,92	56,97
ARICOPLIN 75 MG COMP X 30	Ariston	90,78	63,55	27,23
CLOPIDOGREL N 75 MG COMP X 14	Northia	75,50	52,85	22,65
CLOPIDOGREL N 75 MG COMP X 30	Northia	146,00	102,20	43,80
TROKEN 75 MG COMP X 14	Bago	82,49	57,74	24,75
TROKEN 75 MG COMP X 28	Bago	164,45	115,12	49,34
ISCOVER 75 MG COMP X 14	Bristol	109,42	76,59	32,83
ISCOVER 75 MG COMP X 28	Bristol	213,65	149,56	64,10
ECOTRIN 81 MG COMP X 50	Schering-Plough	28,87	20,21	8,66
ASPIRINETAS 100 MG X 98 COMP	Bayer	16,98	-	16,98
ASPIRINA PREVENT 100 MG COMP X 50	Bayer	21,47	15,03	6,44

Fuente: Elaboración propia, 2009.-

Farm. María Laura Faroppa

Luego nos debíamos independizar de la presentación, es decir si era por 14 comprimidos, por 30 comprimidos u otra. Y para lograr esto expresamos el costo por dosis diaria definida (DDD), y con este recurso independizamos todas las presentaciones.

Para esto tomamos el costo mensual total en precio de venta al público dividido las unidades que contenía ese envase, por ejemplo por 30, y entonces sacamos cuánto gastamos en un comprimido por día, o cuanto gastaría tanto la obra social como el paciente para cada una de las presentaciones por mes, independizándonos de la presentación.

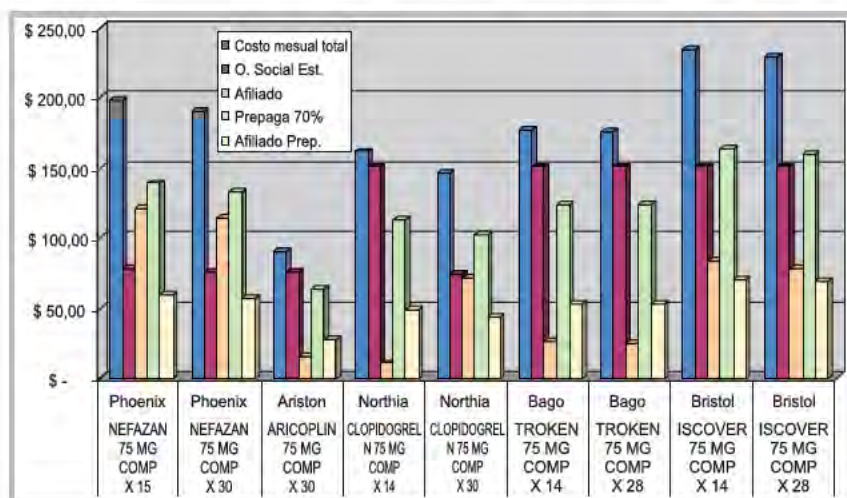
En la siguiente tabla puede verse en la tercer columna lo que es el costo mensual o el precio total, y luego lo que pagan tanto la obra social y la prepaga como sus afiliados o asociados.

Comparación de costo según DDD de Clopidogrel en el consumo de un mes para O. Social Estatal y Prepaga

Marca	Lab.	Costo mensual total (\$)	Gasto O. Soc. Est. (\$)	Gasto Afil. O. Soc.Est. (\$)	Gasto Prepaga 70% (\$)	Gasto Afiliado Prep. (\$)
NEFAZAN 75 MG COMP X 15	Phoenix	198,56	77,84	120,72	138,99	59,57
NEFAZAN 75 MG COMP X 30	Phoenix	189,89	75,20	114,69	132,92	56,97
ARICOPLIN 75 MG COMP X 30	Ariston	90,78	75,20	15,58	63,55	27,23
CLOPIDOGREL N 75 MG COMP X 14	Northia	161,79	150,96	10,82	113,25	48,54
CLOPIDOGREL N 75 MG COMP X 30	Northia	146,00	74,70	71,30	102,20	43,80
TROKEN 75 MG COMP X 14	Bago	176,76	150,96	25,80	123,74	53,03
TROKEN 75 MG COMP X 28	Bago	176,20	150,96	25,23	123,34	52,86
ISCOVER 75 MG COMP X 14	Bristol	234,47	150,96	83,51	164,13	70,34
ISCOVER 75 MG COMP X 28	Bristol	228,91	150,96	77,95	160,24	68,67

Fuente: Elaboración propia, 2009.-

Y en el correspondiente gráfico ya pudimos colocar el gasto de la obra social, el azul (primera barra) sería el total, luego el bordó es el de la obra social estatal, el afiliado de la obra social estatal es el naranja, en verde la prepaga y el color amarillo el afiliado a la prepaga. Acá podemos ver gastos con distintos medicamentos, y el que mayor gasto tiene es el Iscover, que tanto en una presentación como en otra se igualó bastante.



Fuente: Elaboración propia, 2009.-

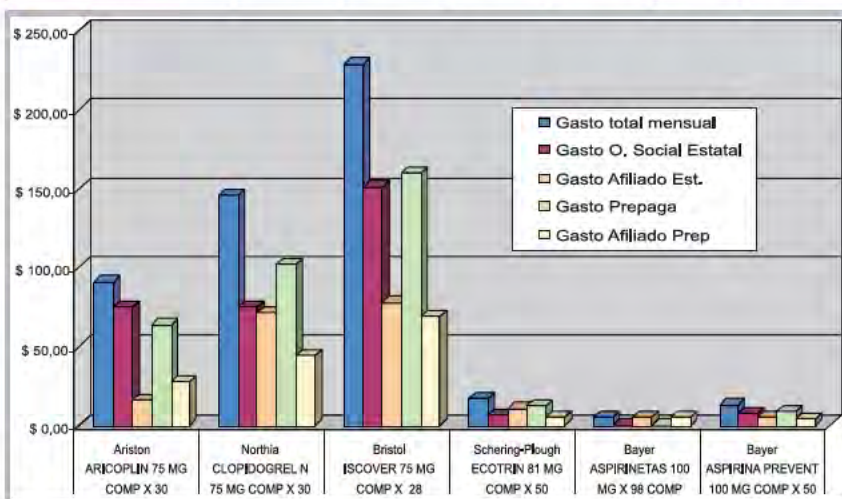
Entonces, para poder hacer una comparación tomamos 3 presentaciones de clopidogrel con el siguiente criterio: la más cara tanto para la obra social como para el afiliado, o sea el Iscover, la más barata que era el Aricoplan, y tomamos también una intermedia que fue la de Northia, y ahora sí buscamos compararla con la aspirina.

En la tabla y el gráfico siguientes tenemos una diferencia de presentación, es decir, distintas presentaciones, estando bien indicado el Clopidogrel, y ya tenemos gastos diferentes tanto para el afiliado como para la obra social. Y a su vez si agregamos que a nuestro criterio no estaba bien indicado, o por lo menos nuestra opinión era que debería haberse indicado aspirina, la

diferencia en el gasto mensual es muy grande, estamos hablando de \$10 el gasto del afiliado y \$6 de la obra social estatal, o \$12 la prepaga versus \$150 a \$80. Y eso sería sólo en un mes.

Comparación gasto de 3 marcas de Clopidogrel representativas con AAS en una O. Social Estatal y una Prepaga

Marca	Lab.	Costo mensual total (\$)	Gasto O. Soc. Est. (\$)	Gasto Afil. O. Soc. Est. (\$)	Gasto Prepaga 70% (\$)	Gasto Afiliado Prep. (\$)
ARICOPLIN 75 MG COMP X 30	Ariston	90,78	75,20	15,58	63,55	27,23
CLOPIDOGREL N 75 MG COMP X 30	Northia	146,00	74,70	71,30	102,20	43,80
ISCOVER 75 MG COMP X 28	Bristol	228,91	150,96	77,95	160,24	68,67
ECOTRIN 81 MG COMP X 50	Schering-Plough	17,32	6,66	10,66	12,13	5,20
ASPIRINETAS 100 MG X 98 COMP	Bayer	5,20	-	5,20	-	5,20
ASPIRINA PREVENT 100 MG COMP X 50	Bayer	12,88	8,00	4,88	9,02	3,86



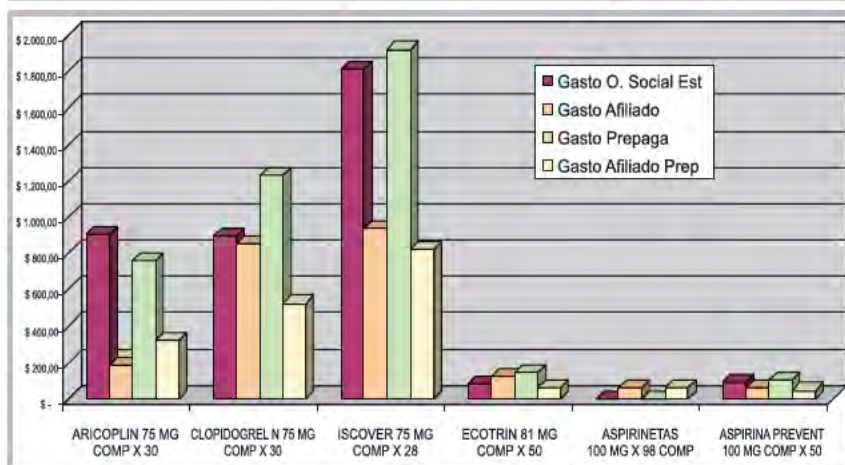
Fuente: Elaboración propia, 2009.-

Y si pasamos de este gasto mensual a pensar lo que este paciente consume en un año, la obra social gastaría entre \$900 y

\$1.800 pesos anualmente, pero con \$80 o menos de \$100 al año lo solucionarían igual, y al paciente y a la prepaga les sucede más o menos lo mismo. En el caso de la prepaga sería un gasto anual de \$1900 y con \$100 ó \$150 pesos lo solucionarían. Y el paciente con \$100 ó \$150 pesos solucionarían un año de tratamiento, para una terapia que va desde \$200 a \$900 en el caso de afiliados a una obra social, o de \$300 a \$800 en el caso de una prepaga.

Comparación gasto de 3 marcas de Clopidogrel representativas con AAS en una O. Social Estatal y una Prepaga EN 1 AÑO DE CONSUMO

Marca	Gasto O. Soc. Est.(\$)	Gasto Afil. O.Soc.Est. (\$)	Gasto Prepaga (\$)	Gasto Afiliado Prep. (\$)
ARICOPLIN 75 MG COMP X 30	902,40	186,96	762,55	326,81
CLOPIDOGREL N 75 MG COMP X 30	896,40	855,60	1.226,40	525,60
ISCOVER 75 MG COMP X 28	1.811,57	935,36	1.922,84	824,08
ECOTRIN 81 MG COMP X 50	79,92	127,92	145,50	62,36
ASPIRINETAS 100 MG X 98 COMP	-	62,38	-	62,40
ASPIRINA PREVENT 100 MG COMP X 50	95,98	58,61	108,19	46,37



Fuente: Elaboración propia, 2009.-

Teniendo en cuenta que este paciente era una persona de 50 años y que el promedio de vida como vimos en esta Jornadas es de 75 años, entonces tenemos 25 años de consumo de esta medicación si está indicada como antiplaquetaria, si fuera la Aspirina Prevent se daría por día, entonces el gasto que se daría en la vida de esta persona en el peor de los casos sería de \$45.000 en la obra social o 48 en la prepaga, y el afiliado tendría que abordar de \$23.000 a \$20.000 versus una terapia que podría ser de \$3.000 o \$2.000 para la obra social, y para el paciente aproximadamente los mismo valores, o sea que la diferencia es muy grande.

Análisis de costos 25 años teniendo en cuenta un promedio de vida de 75 años con O. Social Estatal y con Prepaga

Marca	Gasto O. Soc. Est.(\$)	Gasto Afil. O.Soc.Est. (\$)	Gasto Prepaga (\$)	Gasto Afiliado Prep. (\$)
ARICOPLIN 75 MG COMP X 30	22.560,00	4.674,00	19.063,80	8.170,20
CLOPIDOGREL N 75 MG COMP X 30	22.410,00	21.390,00	30.660,00	13.140,00
ISCOVER 75 MG COMP X 28	45.289,29	23.383,93	48.071,10	20.601,90
ECOTRIN 81 MG COMP X 50	1.998,00	3.198,00	3.637,62	1.558,98
ASPIRINETAS 100 MG X 98 COMP	-	1.559,39	-	1.560,00
ASPIRINA PREVENT 100 MG COMP X 50	2.399,40	1.465,20	2.704,80	1.159,20

Fuente: Elaboración propia, 2009.-

Todo esto hizo que tuviéramos que hacer distintas averiguaciones y obtuviéramos bastantes datos, y hemos calculado que la obra social estatal tiene un 1% de su población que consume Clopidogrel, en cambio en la prepaga un 0,34% de su población total consume esa droga.

Esto obviamente no quiere decir que todo esté mal indicado, no es la idea de esta charla. Eso actuó como disparador y

generó el entusiasmo de seguir trabajando. Esto fue un trabajo que hicimos para este curso que mencionamos, y vamos a seguir investigando y averiguando si este porcentaje, que implica una diferencia significativa, realmente tiene que ver con los grados de controles y cómo impactan en los consumos. Y como nos acota acá nuestro colega Edgardo Martínez, respecto a esto de seguir avanzando, que en Junín tenemos un Hospital Zonal que tiene una capacidad importante porque abarca una zona muy amplia, y nuestra idea es comenzar a trabajar con la gente de Terapia para ver los casos que se vayan presentando y hacer un estudio epidemiológico más consistente.

Conclusiones

Se concluye que si la O. Social Estatal hiciera un adecuado seguimiento fármaco-terapéutico, la prescripción de drogas de 2ª línea quedaría acotada a los pacientes alérgicos a la aspirina, o que cumplieran con algunos de los requisitos antes mencionados donde es de 1ª línea el Clopidogrel. Luego el Estado podría disponer de estos recursos para utilizarlos apropiadamente.

Con todo esto podemos resaltar el concepto del URM para implementar acciones fármaco-terapéuticas, utilizando un razonamiento lógico para conseguir los mejores resultados al menor costo posible para el paciente y su comunidad.

Es por esto que hacemos un doble análisis:

- a. Análisis Sanitario: cuando hablamos de la correcta prescripción
- b. Análisis Económico: cuando hablamos de las distintas drogas y marcas a prescribir para lograr **nuestro objetivo** que es:

“Obtener la mejor respuesta terapéutica en un periodo adecuado de tiempo y al menor costo para el paciente y su comunidad”

Medicamentos de venta libre

Uso irracional

Farm. Vania B. Ilchuk

Consideraciones Generales

Definiciones y tendencias

Soy de la provincia de Misiones, soy farmacéutica, y mi trabajo también está originado en el trabajo final del curso que se realizó en la localidad de Junín en el año 2008. En mi caso he centrado el trabajo en lo que es medicamentos de venta libre y uso racional de medicamentos.

Todo lo que son **medicamentos de venta libre, OTC** por sus siglas en inglés que significan, "*over the counter*" o sea "sobre el mostrador", están contemplados en la legislación oficial, en la Ley 16.463/64 (art. 5º), a través de su Decreto Reglamentario N° 9763/64 (art. 35).

Poseen condición de "**Venta libre**" aquellos medicamentos destinados a aliviar las dolencias que no exigen en la práctica una intervención médica, y además cuyo uso en la forma, condiciones y dosis previstas, no entraña, por su amplio margen de seguridad, peligros para el consumidor. Nuestra ley permite la publicidad de medicamentos pero prohíbe inducir a la automedicación. Aquí empieza una contradicción, porque si uno publicita un producto, lo que uno quiere es que se consuma ese producto.

Veamos cuáles son las **tendencias** actualmente en el caso de estos medicamentos, ya que diversos factores operan para expandir el mercado de los medicamentos de venta libre:

- **Los laboratorios farmacéuticos, que buscan expandir el pasaje (switch) de medicamentos de venta bajo receta a la condición de venta libre.** Por su lado, los laboratorios farmacéuticos buscan expandir el pasaje de los medicamentos de venta bajo receta a la condición de venta libre, que es lo que se llama el switch de medicamentos. ¿Y con qué empezó esto? Lo más conocido y notorio es el caso del Ibuprofeno 200 a Ibuprofeno 400, a partir de lo cual se armó una gran batería de medicamentos que buscaba cautivar al público femenino, y ya todo el mundo pudo manejar los ibuprofenos, los actrones, y toda esa batería de medicamentos. Obviamente las reglamentaciones que se tienen con los medicamentos de venta bajo receta no son las mismas que se tienen con los medicamentos de venta libre, ya que en éstos las reglamentaciones están casi limitadas a la publicidad exclusivamente, y no se aplican todos los controles que conllevan los otros medicamentos.
- **La publicidad masiva es la herramienta más importante para impulsar las ventas de los MVL.** Otra cosa que benefició a los medicamentos de venta libre fue el Decreto 2266/91, que afectó a toda lo que es bienes y servicios y que alcanzó al medicamento de venta libre, y es la modificación de la boca de expendio. Aquí ya dejó de ser un medicamento que solamente se expendía en las farmacias y pasó a venderse en las estaciones de servicios, en los supermercados, en los gimnasios o por Internet.
- **El crecimiento de las compañías farmacéuticas está cada vez menos atado al lanzamiento de nuevos productos.** Y esto se debe a que las exigencias para estos nuevos productos son cada vez mayores, y se les exige que tengan menos efectos colaterales y que la eficacia sea mayor.

- **El nuevo esquema en los OTC está caracterizado por el surgimiento de más marcas y extensiones de línea.** Como vimos en el punto anterior, el crear un producto nuevo, innovador, es cada vez más difícil para el laboratorio, y lo que más le conviene es provocar surgimiento de marcas o extensiones de líneas que ya sabe que funcionan, y obviamente les favorece mucho más trabajar sobre lo seguro.
- **Faltan normas precisas para la regulación de la publicidad de los MVL,** y por otra parte, la ANMAT que es el organismo de contralor donde hay una comisión que se encarga del control de la publicidad de los medicamentos, muestra escasa voluntad de implementar las pocas normativas vigentes (Resol Min. 1622/84). Aparte a los laboratorios les conviene mucho más infligir la ley y pagar la multa, que resulta mínima con las ganancias que ellos perciben por el consumo de sus productos.
- **La OMS ha redactado un documento sobre criterios éticos en la publicidad de MVL, ya que éstos no son una mercancía más, sino que se vinculan directamente con la salud y la vida.** Pero también estos criterios son ampliamente ignorados por los laboratorios y agencias regulatorias.
- **La nueva ley de medicamentos genéricos,** en donde cobraron protagonismo los farmacéuticos y que por ese lado nos benefició.
- **El incremento de cadenas de farmacias con góndolas,** que benefició la exhibición de los medicamentos de venta libre en el punto de venta, y puso en contacto a el público con toda esa batería de medicamentos que hoy **día existen.**
- **Los cambios en las estrategias de marketing en el rubro farmacéutico** debido a que la competencia es bastante feroz.

- **Un cambio en la interacción tanto del médico con el paciente, como con los laboratorios.** Lo primero debido a que es notorio el incremento en su carga laboral, y lo segundo, o sea en el accionar de los agentes de propaganda médica (APM), por las regulaciones gubernamentales que afectan cada vez más las visitas y el contacto con los médicos, hecho que limita a los laboratorios en el mensaje promocional, como la entrega de muestra gratis y todas las otras acciones que apuntan a la fidelización. Entonces los laboratorios, a la vista de estos inconvenientes, están trabajando en otras vías para poder acercar al conocimiento de sus productos, que es la vía on-line.

Los números del sistema

- En la actualidad 1 de cada 4 fármacos que se comercializan en el país ya pertenecen a la categoría "venta libre".
- En 2001, los MVL representaban el 14 % del total, y se vendieron en la Argentina 49.927.061 unidades (cajas, frascos y blister).
- En el 2008 se comercializaron en el país 133.500.296 unidades de MVL, con una facturación de casi US\$ 360 millones. Esto representó el 26,06 % del total de medicamentos vendidos. En 7 años las ventas en unidades de estos productos crecieron 167%, y en este mismo periodo los medicamentos de venta bajo receta aumentaron un 27%.
- Si bien los MVL no alcanzan a facturar lo mismo que los medicamentos recetados (US\$ 3089 millones), sí logran crecer en cantidad de unidades vendidas.
 - MVL 133.500.296 US\$ 360 Millones
 - MBR 512.280.500 US\$ 3089 Millones

Veamos ahora cuál es el **ranking de ventas de los OTC**

**Ranking de ventas de los OTC,
en millones de unidades vendidas, año 2008**

Marca del medicamento	Cantidad de unidades vendidas (en millones)
ASPIRINETAS	420
BAYASPIRINA	260
TAFIROL	129
CAFIASPIRINA	106
HEPATALGINA	96
BUSCAPINA	86
ACTRON	79
KALOPSIS	68
BAYASPIRINA FORTE	66
CALADRYL	64
IRIX	63
IBUPIRAC	58
ATOMO DESINFLAMANTE	54
PERVICOL	52

El ranking obviamente es encabezado por Bayer, con toda su línea de analgésicos, y después le siguen Boheringer y Elea.

Aspectos sanitarios y estado de situación

Si a partir de los números, pasamos a considerar ahora los **aspectos sanitarios**, antes que nada y como la mayoría hemos mencionado, ningún medicamento se halla exento de producir efectos adversos. Sin embargo, amplios sectores de la población consideran que estos medicamentos de venta libre son “inocuos” o “inofensivos” e incluso “seguros”. Si bien es cierto que la disponibilidad de MVL acerca a la gente el tratamiento de problemas menores, también puede alentar la automedicación indiscriminada e inapropiada. Todos los MVL conllevan el potencial de ser mal utilizados, particularmente en ausencia de información correcta y sin sesgo, porque aunque la gente cree estar bien informada por lo que la publicidad les pone a su alcance, en realidad la publicidad les dice lo que a ellos les conviene.

Algunos datos a tener en cuenta:

- 3 de cada 4 argentinos se automedica.
- El 70% de las personas mayores agregan a sus listas de MPIM, otros medicamentos de venta libre por propia voluntad.
- El 12% de las consultas en los hospitales son por problemas de automedicación o ingesta de medicamentos adulterados.
- El mal uso de medicamentos provoca 100.000 internaciones por año.
- Un estudio revela que el 13% de los casos de neuropatía terminal, que lleva a la diálisis o trasplantes, se debe al uso crónico de analgésicos casi siempre por automedicación.
- Mueren 21.800 argentinos al año por mal uso de medicamentos.
- Los problemas de salud relacionados con medicamentos significan un gasto extra de \$ 1.700 millones cada año.

Y para terminar de redondear este pantallazo general del tema, veamos cuáles son las **visiones institucionales** sobre el mismo:

- La Organización Panamericana de la Salud, y la OMS, han expuesto sus respectivas posiciones sobre los MVL en diversos documentos.
- No están cubiertos por sistemas de descuento o reembolso, ni por la Seguridad Social, con lo cual el concepto de disminución de costos se ve limitado o anulado.
- Tienen un incremento de precios en mayor proporción que los productos de venta por prescripción. Esto se debe en parte a la gran "asimetría de información".
- El riesgo de resultado insatisfactorio o lesivo para la salud, al

ser utilizado el fármaco por un consumidor no educado en su empleo correcto.

- Sin dudas el consumidor de hace 10 años no es el mismo de hoy, debido a la gran cantidad de productos que hay en el mercado y a la accesibilidad que tiene el consumidor a la publicidad, tanto gráfica, como televisiva, radial o por Internet.

Trabajo de Investigación

Nuestro trabajo de investigación se centró en el autoconsumo de AINES de venta libre.

Objetivos

Detectar los AINES de mayor consumo, verificar su uso y abuso y concientizar a la sociedad sobre los riesgos de la automedicación.

Material y Método

Se trabajó con fichas de **anamnesis** y sobre **135** encuestados se obtuvieron los siguientes **datos**:

- El 50% consume AINES sin prescripción médica.
- El 30% lo hace bajo prescripción.
- El 27% lo hace por la Propaganda televisiva.

A partir de esa fichas se elaboró el siguiente **Ranking de consumo** sobre **135** encuestados.

- El 100% consume paracetamol en forma periódica.
- El 20% consume diclofenac 25 mg.
- El 40% consume Acido Acetilsalicílico.
- El 30% consume Ibuprofeno.

Una nota a tener en cuenta, es que el 30% consume en forma conjunta ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, diclofenac y paracetamol, cada uno utilizado para tratar una dolencia diferente.

Otros datos que obtuvimos de los 135 encuestados fueron los siguientes:

- El 70% consume diclofenac 50 y 75 mg.
- El 20% consume piroxicam de 20 mg.
- El 40% tiene cobertura social, pero sólo el 25% la ocupa con regularidad.
- El 20% tiene patologías crónicas y se encuentra medicado.
- El 70% consume los medicamentos a dosis incorrectas.
- El 35% según lo que nos cuentan y a nuestro entender, sufre de efectos adversos.
- El 60% no asocia este efecto a los AINES.
- El 40% tiene escaso conocimiento sobre los AINES.

Conclusiones

Como primera conclusión podemos cotejar la alta incidencia de automedicación, sobre todo en el uso de paracetamol, diclofenac, ácido acetilsalicílico e ibuprofeno.

Se detecta falta de conocimiento respecto a interacciones con medicamentos de patologías crónicas, contraindicaciones por trastornos gástricos y reacciones adversas por el abuso de estos medicamentos.

Hay un escaso conocimiento sobre los usos, acciones te-

rapéuticas y dosificaciones de los AINES, lo cual trae aparejado fracasos terapéuticos, sobredosificaciones e incluso síntomas de toxicidad, sobre todo en el uso de paracetamol y diclofenac. Y una de las observaciones concretas fue que mucha gente tomaba el paracetamol para el dolor de cabeza, el Ibuprofeno para la fiebre y el diclofenac para el dolor de las articulaciones

Como se ha venido diciendo hasta ahora, el Uso Racional de los Medicamentos, *"consiste en que los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad"*.

En consecuencia el desvío de lo anterior nos lleva a un uso irracional. Y obviamente la solución a esta problemática dista de ser sencilla, ya que existe un marcado conflicto de intereses:

- Por un lado la industria se guía por el deseo de obtener mayores beneficios.
- Las autoridades sanitarias, en representación de la sociedad, deben confrontarse a tales condiciones, tomar decisiones mucho más drásticas y llevar adelante acciones que permitan dirimir esas prácticas.
- Las intrincadas relaciones entre los otros actores, prescriptores, dispensadores y consumidores, cada uno en función a sus distintos intereses.

Y para terminar veamos, a nuestro entender, **qué soluciones podemos intentar brindar desde la oficina de farmacia, y cómo podríamos contribuir:**

- Con la información y la educación sobre los medicamentos, tendiendo a fomentar una **medicación responsable**, a fin de minimizar los riesgos que la automedicación acarrea.

- Elaboración de **guías para el uso correcto de la medicación** dirigidas a la población en general, en un lenguaje de fácil lectura y comprensión. La misma podrá ser difundida en los establecimientos farmacéuticos.
- Promover y desarrollar **programas de atención farmacéutica** en las farmacias (hipertensión, uso racional de medicamentos y farmacovigilancia).
- Organizar y coordinar actividades tendientes a la **capacitación de profesionales y a la población en general**.
- Promover **campañas de educación pública** en todos los niveles. Que se pueden realizar en las escuelas o centros comunitarios.

Creo que desde la oficina de farmacia nosotros podemos contribuir con este tipo de cosas, e interactuar con el último eslabón de la cadena, que es nuestro último contacto, y que es ni más ni menos que el consumidor, que es a quien le afecta directamente este autoconsumo.

**Aportes para un uso más racional
de los medicamentos de venta libre
Experiencia en farmacias comunitarias de Córdoba**

Farms. Pedro Armando y Cecilia Gallego

Consideraciones generales

Muchas gracias por la invitación para compartir este espacio. Mi nombre es Pedro Armando, soy docente del Departamento de Farmacología de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Córdoba, y les voy a presentar un trabajo que realizamos coordinándolo junto con la farmacéutica y bioquímica Cecilia Gallego, e involucró a un grupo de farmacéuticos comunitarios de aquí de la ciudad de Córdoba¹.

Ha sido muy interesante el aporte que ha hecho la colega recién hablando de los medicamentos de venta libre, y coincidiendo con ella, nosotros tratamos también de hacer un aporte desde la farmacia a un uso más racional de los medicamentos de venta libre.

Vamos a comenzar definiendo algo que todos ya conocen, el **concepto de consulta o indicación farmacéutica**, que es el servicio profesional que presta el farmacéutico ante la demanda de un paciente que concurre a la farmacia sin saber qué

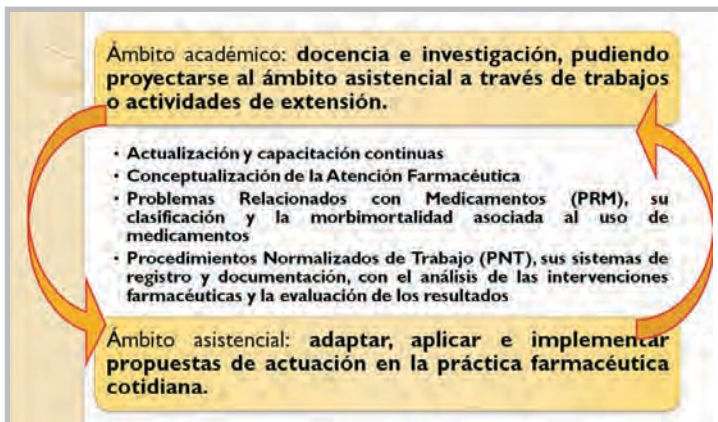
¹ Arellano N, Barros A, Grosso C, Guerra L, Hernández MF, Laurenti L, Rosso S, Salcedo S, Salomón MS, Gallego C, Armando P.

medicamento debe adquirir, y solicita al farmacéutico el medicamento más adecuado para resolver un problema de salud concreto. Habitualmente la frase que solemos escuchar es "¿Qué me da para...?", y generalmente se tiene que referir a aquellos síntomas o signos menores, banales o leves, para los cuales el farmacéutico está autorizado a indicar medicamentos de venta libre.

A este trabajo lo hicimos en un marco conceptual, que creo que es bastante interesante, y que planteamos en un libro que publicamos en el año 2006 junto con otros colegas de nuestra Facultad, S. Uema, E.M. Vega y D. Fontana, que se llama "ATENCIÓN FARMACÉUTICA: ¿esperando una definición perfecta..?" En ese momento teníamos muchas definiciones y conceptos de Atención Farmacéutica, pero no teníamos calidad de trabajos en la práctica, entonces instamos desde ese año a que se trabajara en Atención Farmacéutica, que se demostraran resultados y que se mejorara continuamente.

En ese libro planteamos dos enfoques para el ejercicio de la Atención Farmacéutica que tienen que trabajar en conjunto, armónicamente. Uno es el ámbito académico o sea lo que se

Dos enfoques para la Atención Farmacéutica



Fuente: ATENCIÓN FARMACÉUTICA: ¿esperando una definición perfecta..? Uema S, Vega EM, Armando P, Fontana D. (2006)

hace en las universidades, corresponde hacerlo y ya han hablado los colegas en las charlas anteriores de docencia e investigación, y que se puede proyectar al ámbito asistencial a través de trabajos o actividades de extensión.

Entonces desde las **universidades** vamos a hacer actualización y capacitación continua, vamos a trabajar en el concepto, definiciones y problemáticas de la Atención Farmacéutica, en lo que es el concepto de los Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM), su clasificación, etc y la morbimortalidad asociada al uso de los medicamentos, y también trabajar en el desarrollo y diseño de Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT), sus sistemas de registro y documentación, con el análisis de las intervenciones farmacéuticas y la evaluación de los resultados obtenidos. Eso se complementa con el **ámbito asistencial**, o sea con los farmacéuticos en sus farmacias comunitarias tratando de adaptar, aplicar e implementar esas propuestas que están planteadas para la práctica profesional cotidiana. Esto se retroalimenta, nos necesitamos mutuamente, tanto desde la Universidad creando y desarrollando propuestas, como desde la farmacia comunitaria llevándolas al terreno, viendo si dan resultado y a partir de ahí se da un círculo de mejora continua. Eso es lo que pretendemos con esto, conceptualizando estos dos enfoques para el concepto de Atención Farmacéutica, porque tenemos que trabajar todos juntos para llevar nuestra profesión adelante.

¿Cuáles son los requisitos o elementos básicos de la indicación farmacéutica?

- Debe ser solicitada por un **paciente o cuidador**.
- Debe ser realizada por un **farmacéutico** sí o sí.
- Debe regirse por el uso de **Guías Clínicas** para la indicación al paciente de medicamentos de **venta libre**, y selección de principios activos para estas situaciones (Guía Farmacoterapéutica), con la selección adecuada de fármacos basados criterios de

costo efectividad y los más adecuados para el paciente en determinadas situaciones clínicas.

- Es importante en Atención Farmacéutica, y en eso también insistimos mucho nosotros desde la universidad, hacer un **registro documentado de las actividades realizadas**, incluyendo **informes de remisión al médico y también entrega de información por escrito al paciente**, sobre esta indicación que da el farmacéutico.
- Debe **potenciarse la comunicación con otros profesionales sanitarios** implicados en la atención al paciente. No vamos a poder resolver todos los trastornos menores que tenga el paciente, algunos los vamos a tener que derivar al médico, y tenemos entonces que comunicarnos con el resto de los profesionales del equipo de salud, médicos, odontólogos, etc.

Veamos brevemente algunas **definiciones** relacionadas a lo que estamos hablando:

- **Síntoma menor:** Es un problema de salud leve, autolimitado y de curación espontánea, habitualmente de menos de siete días de evolución, y que el farmacéutico debe analizar que no tenga relación con otros problemas de salud que tenga el paciente, ni con efectos no deseados de los medicamentos que esté utilizando.
- **Medicamentos de venta libre (de Indicación Farmacéutica):** Es un fármaco legalmente autorizado para dispensarse sin receta médica, destinado al alivio de un síntoma menor, que no interfiera en la evolución del resto de problemas de salud del paciente al que esté destinado, y que tenga un tratamiento no mayor a 7 días de duración. Como ven le he agregado entre paréntesis la indicación farmacéutica, y personalmente les pondría ese nuevo nombre que en otros países se está comenzando a autorizar, por el tema del uso irracional que se hace, tema que ya han tratado recién los colegas.

- **Intervención Farmacéutica:** Es el proceso mediante el cual el farmacéutico toma la decisión que cree más adecuada ante un problema detectado en un paciente, y al cual obviamente va a tratar de resolver.

Objetivos del trabajo

Objetivo General:

- Evaluar la aplicabilidad y efectividad de un protocolo general de indicación farmacéutica en farmacias comunitarias de la ciudad de Córdoba, considerando la percepción que tienen los pacientes atendidos sobre mejoras en el estado de salud.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar la indicación farmacéutica realizada en farmacias comunitarias de la Ciudad de Córdoba en cuanto a: pacientes atendidos, motivos de consulta frecuentes y medicamentos más utilizados.
- Evaluar la efectividad de esa indicación farmacéutica en cuanto a la mejora o resolución de los síntomas.

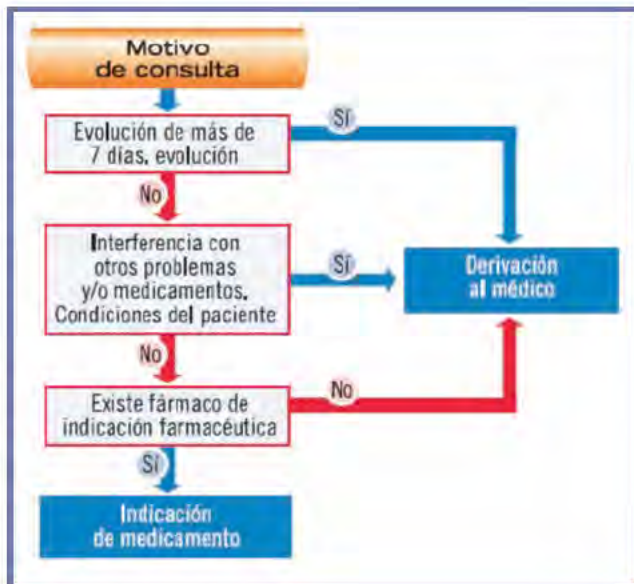
Metodología

En el país había desarrollado muchos protocolos de tratamiento para distintos trastornos menores, y lo que nosotros tratamos para facilitar la tarea del farmacéutico en el movimiento diario del mostrador, fue utilizar un solo protocolo para todos los trastornos menores. Y es así que adoptamos la metodología denominada **In-Dáder**, que fue desarrollada por el grupo de investigaciones de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, que se está utilizando en distintos países para abordar este proceso de indicación farmacéutica, y que tiene las siguientes **características**:

- Establecer **pautas de actuación** para la prestación adecuada del servicio de consulta o indicación farmacéutica.
- Su objetivo principal no es seleccionar un determinado medicamento para tratar un síntoma menor, sino ayudar al farmacéutico **a distinguir aquellos síntomas que son menores y que se pueden tratar con un medicamento de venta libre, de aquellos que no lo son, en cuyo caso se deberá remitir el paciente al médico.**
- La resolución de este problema mediante la indicación adecuada de un medicamento o la derivación al médico, va a mostrar que el farmacéutico **ha identificado perfectamente que el motivo de consulta era un síntoma menor o no.**

La metodología y In-Dáder tiene tres pasos fundamentales que son: valorar la evolución del síntoma, si ese síntoma interfiere con otros problemas de salud o medicamentos que pueda tener el paciente, y si existe un fármaco de indicación farmacéutica para poder indicarle al paciente. Y a partir de ahí se le indicará el tratamiento siguiendo determinadas Guías de Trastornos Menores de las que hablamos recientemente, o sino en caso necesario se va derivar el paciente al médico.

A esto no lo hicimos de la nada sino que organizamos desde nuestra Facul-



tad un curso a través de la Escuela de Postgrado, un curso de actualización profesional de 15 horas de duración, en donde no sólo explicamos a los farmacéuticos la bases de la metodología In-Dáder, sino que trabajamos en todo lo que es el proceso de comunicación en la indicación farmacéutica.

Les enseñamos a los farmacéuticos a desarrollar de manera propia esta Guía de Tratamiento para Trastornos Menores haciendo una selección adecuada de los principios activos, y para la evaluación final cada farmacéutico debía elaborar una guía para distintos trastornos menores. De esta manera ya dispusimos de más de 20 trastornos menores con sus guías de tratamiento, hay tratamientos muy sencillos que ocupan una página de formato A4, y tienen básicamente los criterios de derivación al médico y los tratamientos no farmacológicos y farmacológicos para cada uno de esos trastornos menores.

Aparte de tener estas guías de tratamiento, lo que hacían los farmacéuticos era aplicar la **metodología**, que es otro paso que expliqué anteriormente y graficamos abajo:



Es decir que al aplicar la Metodología In-Dáder tomaban decisiones como indicar el tratamiento si era posible o sino derivar al médico u odontólogo, luego se registraba esa intervención farmacéutica, y una semana después lo que hacíamos era contactar al paciente para saber cómo estaba y cómo le había ido con el tratamiento que le indicamos, para posteriormente registrar los resultados y centralizarlos para generar una base de datos.

Nos enviaban una copia de la intervención y nosotros centralizábamos los resultados. Para eso diseñamos fichas de registros teniendo en cuenta las nuevas tecnologías de información y comunicación, con la idea de que a futuro, los sistemas de computación pudieran tener estos instrumentos de registro que son muy útiles, y que desde ya tenerlos en una computadora simplifica la tarea.

Entonces a partir de las guías que ya se habían desarrollado para la metodología In-Dáder adaptamos estos instrumentos de registros de la indicación farmacéutica, anotábamos la fecha, los datos del paciente, si se derivaba al médico, las causas por las cuales se hacía esta derivación y cómo, si de manera escrita o verbal. Si hacíamos una indicación farmacéutica, se consignaba el medicamento que indicábamos y posteriormente a los 7 días, contactábamos al paciente para ver qué había resultado del tratamiento indicado.

REGISTRO DE INDICACIÓN FARMACEUTICA	
Fecha:...../...../200....Paciente:.....	
Edad:.....años. Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Teléfono:.....	
Motivo de consulta (signos y síntomas referidos):.....	
DERIVACION AL MEDICO	
Causas: • Más de 7 días <input type="checkbox"/> • No es un síntoma menor <input type="checkbox"/> • Otros PS o medicamentos <input type="checkbox"/>	Derivación: • Verbal <input type="checkbox"/> • Escrita <input type="checkbox"/>
INDICACION FARMACEUTICA	
Medicamento Indicado: Nombre genérico..... Nombre comercial.....	Intervención • Verbal <input type="checkbox"/> • Escrita <input type="checkbox"/>
Resultados	
Mejoría de los síntomas • Ninguna <input type="checkbox"/> • Parcial <input type="checkbox"/> • Total <input type="checkbox"/>	Tuvo que acudir al médico • Sí <input type="checkbox"/> • No <input type="checkbox"/>
Qué ocurrió (describir):.....	
.....	
.....	

También desarrollamos una hoja para comunicarnos con el médico, donde cada farmacéutico ponía el membrete de la farmacia y de esa manera podía derivar a la paciente al médico, ya estaba todo estandarizado, porque la idea es ir estandarizando todos los procesos.

(Membrete o sello de la Farmacia)	
Córdoba,/...../200....	
Estimado Dr.:	
El/la Sr/a. ha acudido a esta farmacia consultando sobre (mencionar el problema de salud según refiere el paciente). Analizada su situación, basada en la información recibida, procedo a derivarlo por	
..... (indicar el motivo especificando brevemente)	
Quedo a su disposición para colaborar en lo que Ud. estime conveniente. Atte.	
..... Firma del Farmacéutico (Sello de la Farmacia)	

Servicio de Consulta Farmacéutica	
Medicamento:.....
Se utiliza para:.....
Debe tomarse/utilizarse:.....	cada:..... horas.
Durante:.....	horas/días.
Observaciones:.....
.....
.....
Fecha:...../...../200....
(Firma y sello del Farmacéutico)	
En caso de empeoramiento o que el problema dure más que el tiempo indicado de uso, deberá acudir al médico para que valore su situación.	
No recomiende este medicamento a otras personas sin la debida consulta a su farmacéutico o médico.	

Y como decíamos al principio, entregábamos información por escrito al paciente indicándole el medicamento, cómo utilizarlo, durante cuántos días y alguna observación adicional, con firma y sello del farmacéutico. Le aclarábamos abajo en esas hojas de registro, que en caso de empeoramiento o que el pro-

blema durara más que el tiempo de uso del medicamento indicado, que acudieran al médico para que valorara su situación. Y otro dato también importante para hacer uso racional del medicamento, es que no recomendará el medicamento a otra persona sin la debida consulta al farmacéutico o al médico.

Resultados

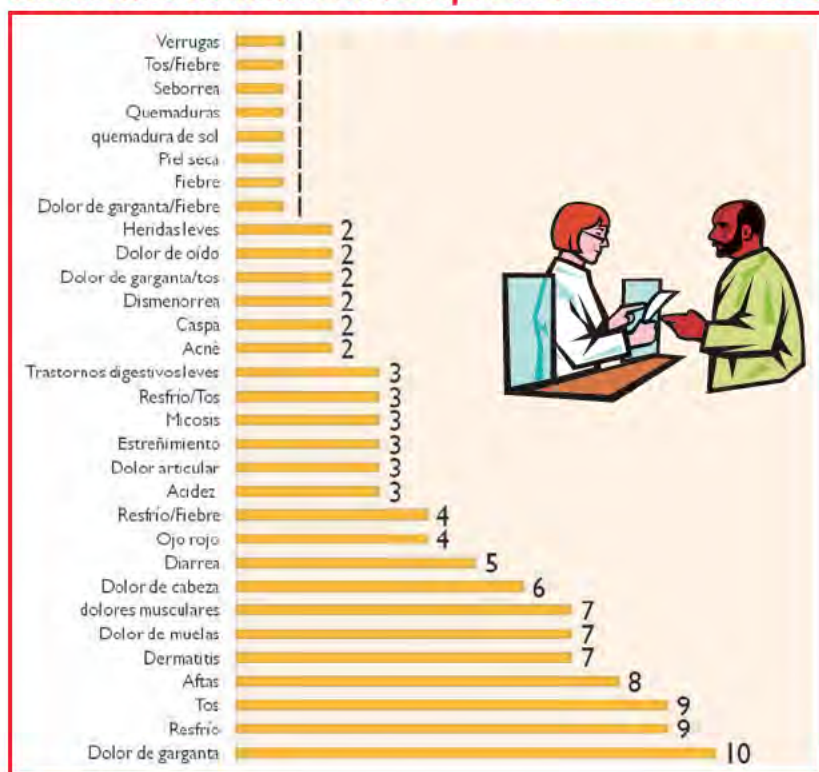
- Trabajaron 9 farmacias comunitarias de Córdoba. A este trabajo lo hicimos durante el período de 1 mes, desde la segunda quincena de junio a la primera quincena de julio de este año 2009, y se incorporaron 124 pacientes.
- La edad promedio de los pacientes fue de 38,1 años, con un rango de edades de pacientes atendidos de entre 4 a 83 años. Con respecto al sexo, el 54,5% fueron mujeres y el 45,5% fueron hombres.
- De esos 124 pacientes, o sea del total o 100%, a 115 se les realizó una indicación farmacéutica es decir al 92,7%, y el 7,3% (9 pacientes) fueron derivados al médico.
- De esos 115 pacientes a los que se les indicó un tratamiento con un medicamento de venta libre, el 60,9% (53 pacientes) experimentó una mejora total de los síntomas al contactarlo a los siete días, un 35,6% (31 pacientes) tuvo una mejora parcial, y sólo un 3,5% (3 pacientes) declaró que no había mejorado, y en ese caso y de constatarlo, obviamente se los remitió al médico y esos pacientes asistieron al médico para que se les indicara el tratamiento adecuado.
- De los 9 pacientes que fueron derivados al médico, ese 7,3%, en el 100% de los casos se prescribieron medicamentos bajo receta. O sea que nuestra derivación, nuestra identificación del síntoma, que no era menor y que se derivó al médico, estuvo bien hecha.

- Las causas de derivación al médico fueron en el 78% de los casos que no era un síntoma menor. Y en cantidades iguales en un 11% de los casos la evolución de ese problema de salud fue de más de siete días, o el paciente tenía otro problema de salud o relacionado a medicamentos que no hacía favorable su tratamiento con un medicamento venta libre, y sí correspondía remitirlo al médico.
- Abajo mostramos un gráfico donde están los distintos **motivos de consulta derivados al médico**, que por razones de tiempo no vamos a comentar aquí.



- Y aquí hay otro gráfico donde mostramos los **distintos trastornos menores en los que los farmacéuticos realizaron indicaciones farmacéuticas**, y aclaro que como era época de invierno y coincidía con el comienzo de la gripe A, teníamos muchos dolores de garganta, resfríos y tos, que junto con las aftas fueron los trastornos menores que más atendimos, pero también hubo otros como verrugas, tos, quemaduras e incluso hasta quemaduras de sol.

Trastornos menores en los que se realizó indicación



- En cuanto a los **medicamentos indicados según la Clasificación Anatómico Terapéutica Química (ATC)**, los más indicados (34%) fueron los que actúan a nivel del aparato locomotor, clasificación M en ATC, y básicamente son medicamentos que tienen ibuprofeno y diclofenac. También se indicaron en un alto porcentaje medicamentos que actúan a nivel del aparato digestivo y el metabolismo (19%), clasificación A en ATC. Luego a nivel respiratorio 18%, a nivel dermatológico 17%, etc.
- La mejoría tras la intervención farmacéutica en un 61% de los casos fue total y en un 36% parcial. No hubo ninguna mejoría en el 3% de los casos.

Conclusiones

Las conclusiones que obtuvimos de este trabajo es que el protocolo empleado demostró su aplicabilidad, lo aplicamos en el 100% de los casos, logrando **porcentajes elevados de resolución de los síntomas**; indicando obviamente que el **farmacéutico** es un buen aliado del médico al poder **resolver trastornos menores y derivar aquellos que no lo sean**.

Una **gestión adecuada** de los fármacos de venta libre por parte del farmacéutico, conduce hacia un **uso más racional** de este tipo de medicamentos.

Lo que hemos dicho hasta ahora y también lo han dicho los colegas, es que **desde la farmacia el paciente recibe el medicamento de venta libre adecuado, durante el tiempo adecuado y de acuerdo a su condición**.

También fue, de acuerdo a lo que tenemos documentado, la primera experiencia en nuestro país relacionada a la indicación farmacéutica, hecha por un grupo de farmacéuticos trabajando en forma conjunta y siguiendo una única metodología de trabajo.

Es un modelo de trabajo global encaminado a que el farmacéutico pueda discriminar aquellos síntomas menores de los que no lo son, y que también nos permitió llevar un sistema de registro de la actuación y verificar el resultado de nuestra intervención, con la idea de ir evaluando continuamente la calidad asistencial.

Los verdaderos protagonistas de este trabajo son los farmacéuticos que colaboraron y que quiero mencionar. Ellos son Norberta Arellano, Alicia Barros, Cristina Grosso, Luis Guerra, María Francisca Hernández, Liliana Laurenti, Silvina Rosso, Susana Salcedo y María Seidi Salomón. Ellos son los verdaderos protagonistas que no sólo tendieron una mano hacia el paciente para ofrecer los medicamentos adecuados a su condición, o derivarlos al médico cuando fue necesario, sino que actuaron de una ma-

nera solidaria ayudando y colaborando unos con otros. Creo que eso es lo importante y lo que tenemos que recuperar también nosotros como profesionales farmacéuticos, actuar en conjunto, así de esa manera los resultados son más evidentes y más contundentes.

Por último la idea nuestra es que este trabajo se difunda, por eso queremos invitar a nuestros colegas asistentes y futuros lectores del libro de estas Jornadas a contactarse con nosotros , y dejamos las direcciones de e-mail nuestras, mía y de Cecilia Gallego que coordinó el proyecto y a quien también tengo mucho que agradecer porque ha trabajado mucho, y aportó mucho esfuerzo en todo esto.

Pedro Armando: ***pdarmando@yahoo.es***

Cecilia Gallego: ***cecigallego@gmail.com***

ACTO DE CIERRE

Farm. Manuel Agotegaray

Creo que en estas Jornadas hemos tenido un cierre de lujo, porque nuestra última Mesa ha sido eso, un lujo en cuanto a calidad de las presentaciones de nuestros colegas. Además, constituyó un estímulo para que todos participemos con nuestros trabajos y una muestra del potencial de nuestra profesión. Efectivamente, en estas Jornadas ha quedado evidenciado el valor del trabajo de nuestros farmacéuticos, cuando se integran a los equipos de salud al servicio de la sociedad a través de la atención farmacéutica, la dispensa activa, la Farmacovigilancia, las tareas de promoción y prevención de la salud, o las actividades del ámbito académico. Todo ello nos debe enorgullecer.

Quiero recordar que cuando empezamos a organizar estas Jornadas allá por el año 2002, en mi caso personal tenía alguna experiencia como asistente a jornadas y eventos de este tipo en Argentina, como por ejemplo en la AES, la Asociación de Economía de la Salud, donde lo conocí a Carlos Vassallo. Participé de unos cuantos de estos congresos y no recuerdo exactamente haber visto un farmacéutico participando de las exposiciones y las mesas donde los medicamentos eran el centro de la temática. Más adelante comenzaron a participar las instituciones farmacéuticas, pero a lo sumo iba el presidente de ese momento, y sinceramente me daba como un poco de vergüenza comprobar que en los colegios no había mucha gente preparada para representar a los farmacéuticos en esos debates.

Cuando veo hoy la continuidad y la evolución que han tenido nuestras Jornadas, siento que los resultados van a trascender muchísimo y por muchísimo tiempo. No sólo para lo que es FEFARA y cada uno de sus Colegios, porque constituyen un aporte profesional de gran utilidad para mucha gente de distintos ámbitos, porque como suelo comentar, en las Mesas y eventos donde se habla de medicamentos, no sé si en forma intencionada o por otras causas, no invitan a los farmacéuticos. Y este espacio que hemos cultivado, es como un semillero para que los farmacéuticos podamos tener representación en cualquier lugar donde se hable de medicamentos. Y con ello el esfuerzo que hemos hecho todos para concretar estas Jornadas está plenamente justificado.

Con respecto a las Jornadas 2009, creo que el objetivo está cumplido. Y una vez más, lo digo con satisfacción y orgullo, pudimos disfrutar a pleno esta locura de libre pensamiento que organizamos una vez al año, donde cada participante, cada disertante o el auditorio dice lo que piensa, y lo dice a todos y en voz alta sin ningún tipo de condicionamientos más que su propia responsabilidad.

Estas Jornadas creo que salieron mucho mejor que las anteriores, y esto tampoco es casualidad. Este año empezamos a encontrar dentro de FEFARA una forma de organización que produjo los resultados que veníamos buscando. Empezó a funcionar una especie de comisión unos meses antes, y en las reuniones de FEFARA en Buenos Aires, 8 a 10 personas trabajaban a full para diseñar y programar este encuentro, en todos sus múltiples aspectos. No hubo magia, hubo esfuerzo, convicción y voluntad, y los resultados fueron cuestión de constancia y tiempo, y están a la vista. Creo que ese es otro motivo para sentirnos orgullosos, porque entre todos hemos encontrado el camino para encauzar definitivamente las Jornadas, para que no estén atadas a la iniciativa de dos o tres personas, sino que tengan una organización que las sostenga en el tiempo. Y me parece que hay que festejarlo.

Este hecho, más la presentación de los trabajos científicos que han presentado tan brillantemente nuestros colegas de la última Mesa, creo que constituyen el gran salto cualitativo que caracterizó a esta edición de las Jornadas, sin desmerecer en absoluto las anteriores, porque, como decimos siempre, se realizaron todas en diferentes épocas y circunstancias de la Argentina, siempre con muchísimo esfuerzo, muchísimas ganas y muy buenos resultados.

Quiero agradecer la presencia y el esfuerzo de los colegas de los distintos Colegios muy distantes de esta sede como Chubut, Neuquén, Misiones, de distintas ciudades de la Provincia de Buenos Aires, de los dos Colegios de Santa Fe, de Catamarca, de San Luis, La Pampa, Santiago del Estero, y perdón a los que no alcance a mencionar. Y quiero destacar que también tuvimos este año la suerte de encontrarnos con muchos colegas del Colegio de Córdoba, que accidentalmente no han sido fundadores de FEFARA, pero creen en lo que significa este evento y esta forma de representación para los farmacéuticos. Hemos tenido un gran apoyo de los colegas de Córdoba, a los cuales queremos agradecer especialmente, y ni hablar de los colegas de la Provincia de Buenos Aires, que sin ningún tipo de prejuicios empiezan a interrelacionarse y a hacer cosas junto a los farmacéuticos del interior del país, que han sido el germen de la semilla que generó FEFARA.

Un sincero agradecimiento a nuestros invitados extranjeros, a Joan Rovira y a Augusto Guerra, por su calidez y la excelencia de sus disertaciones, y a todos aquellos que han respondido a nuestra convocatoria y nos han brindado su experiencia y sus conocimientos, lo mismo que a todos los participantes.

Y como decía el colega José Cid al cerrar la Mesa que coordinó, gracias a todos y cada uno de esos colaboradores silenciosos que han trabajado incansablemente desde sus instituciones, con el bajo perfil y la generosidad necesarias para hacer cada vez mejor este encuentro.

Como siempre decimos, estas Jornadas han sido la fuente de ideas y de inquietudes que hemos tomado para ejercer la profesión farmacéutica, y en el caso de algunos, también, la dirigencia. Hoy es imposible ejercer la profesión farmacéutica en cualquier ámbito que la desempeñemos, o tener un rol digno en la dirigencia sin una formación atrás, porque el mero voluntarismo no alcanza para estar mínimamente a la altura de las circunstancias. Las obligaciones con la población y con la misma profesión nos lo están exigiendo.

Nuevamente, muchísimas gracias a todos, veremos dónde nos encontramos el año que viene, ya con el octavo libro de estas Jornadas en la mano, y el mismo entusiasmo de siempre.

16 y 17 de Septiembre de 2010

NH Gran Hotel Provincial

Av Peralta Ramos 2502 • www.nh-hoteles.es

MAR DEL PLATA - ARGENTINA

8^{mas} Jornadas Federales y 7mas Internacionales

Política, Economía y Gestión de Medicamentos

. EN EL AÑO DEL BICENTENARIO .

EJES TEMÁTICOS

- Los desafíos de los sistemas de salud ante la desigualdad social en América Latina
- Regulación y mercado de medicamentos: las experiencias de Chile, Brasil y Argentina
- Enfermedades raras y medicamentos huérfanos
- Cobertura de medicamentos: información, incentivos y uso racional del medicamento
- Las tendencias internacionales y regionales en el sector medicamentos
- Distribución de medicamentos: organización, eficiencia y servicios, España y Argentina
- Acceso y dispensa de medicamentos para habitantes sin cobertura de salud

Expositores: Argentina, América Latina y Europa

INFORMES E INSCRIPCIÓN

FEFARA

Hipólito Yrigoyen 900 - 5º P - Cf. 6 (1086) Capital Federal

Tel/Fax (011) 4342-9473 - fefara@fefara.org.ar - www.fefara.org.ar

Colegio de Farmacéuticos de la Prov. De Santa Fe - 1º Circ.

Crespo 2837 (3000) Santa Fe - Tel. (0342) 410-1000 / 410 1031

secpres@cofarsfe.org.ar - www.cofarsfe.org.ar

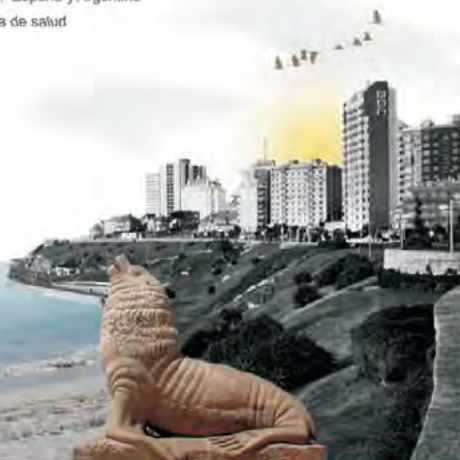
Colegio de Farmacéuticos de la Prov. De Santa Fe - 2º Circ.

Buenos Aires 1262 - 1er. P. (2000) Rosario - Tel. 0341-449-9484

cofarmstafe2@arnot.com.ar - www.elsf2.org.ar

ORGANIZA:

FEFARA
Federación Farmacéutica



Este libro se terminó de imprimir
en el mes de junio de 2010
en los Talleres Gráficos de Imprenta Lux S.A.
Hipólito Irigoyen 2463
(3000) Santa Fe - Argentina
www.imprentalux.com.ar

