



1^{ras} Jornadas Santafesinas

SEPTIEMBRE 2002



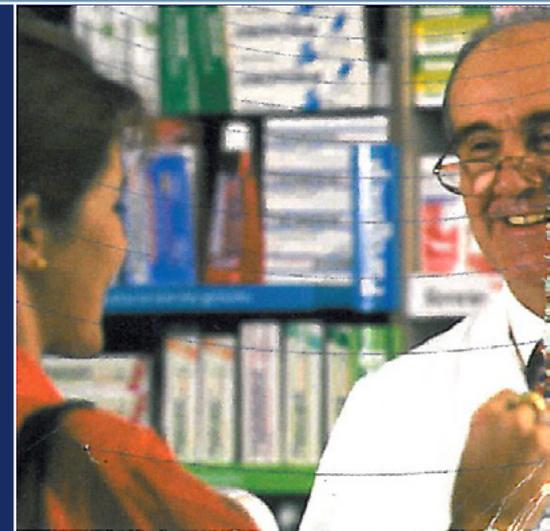
POLITICA **economía** **y GESTION** de **MEDICAMENTOS**



OBSERVATORIO DE SALUD
MEDICAMENTOS Y SOCIEDAD



COLEGIO DE FARMACEUTICOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE
1^a circunscripción



ISBN 950-99829-1-1

Primera Edición 500 ejemplares, abril 2003
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, 1° C.
Crespo 2837
(3000) Santa Fe
Tel: (54-342) 410 1000
E-mail: cfstafe@satlink.com

Producción Editorial

Matilde Sellanes
Liliana Sosa Silva

Edición Final

Carlos Vassallo
Ana María González

Diseño de tapa
Sergio Bosetti

Producción Gráfica

Imprenta Macagno S.R.L.
La Rioja 2753
Santa Fe

**AUTORIDADES DEL COLEGIO DE FARMACEUTICOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, 1° C.**

MESA DIRECTIVA

Presidente:
Farm. Manuel Roberto Agotegaray
Vicepresidenta:
Farm. Adriana Alicia Cuello
Secretaria:
Farm. Alicia Raquel Caraballo
Tesorero:
Farm. Carlos Nerio Aboal
Vocal Titular Primero:
Farm. Hugo Ignacio Robatta
1º Vocal Suplente:
Farm. Oscar Percosón

TRIBUNAL DE ETICA

Titulares
Farm. Alicia Magra
Farm. José Escobar
Farm. Javier Saldano
Suplentes
Farm. Mónica Samudio
Farm. Jorgelina Yuturo
Farm. Alicia Weder

**CONSEJO ASESOR
DPTO. LA CAPITAL**

TITULARES
AGOTEGARAY, Manuel Roberto
CARABALLO, Alicia Raquel
ESCOBAR, José
CUELLO, Adriana
LONG, Lydia María
SUPLENTE
MORANTE, Hugo Rubén
CARDOSO, Ma. De las Mercedes
SARTOR, María Rosa

DPTO. SAN JUSTO

TITULARES
DEL GIUDICE, Raúl Fabián
BOTTO, Germán
SUPLENTE
BOTTA, Claudio

DPTO. GRAL. OBLIGADO

TITULARES
PERESON, Oscar
PEZZ, Carlos
LOUBIERE, Enrique
SUPLENTE
PERESON, Fabián
VICENTIN, Viviana

DEPARTAMENTO 9 DE JULIO

TITULAR
SILVA, Hernán
SUPLENTE
FANOYRA, María del Carmen

DPTO. CASTELLANOS

TITULARES
ABOAL, Carlos Nerio
MAINERO, Héctor
SAMUDIO, Mónica
MONDINO, Aníscar

SUPLENTE
BECCARIA, Reinaldo
SUDANO, Damián

DPTO. LAS COLONIAS

TITULARES
DELBINO, Ana María
WEDER, Alicia
PERIN, Pablo

SUPLENTE
COLLA, Daniel
CIGNETTI, Alejandro

DPTO. SAN JERONIMO

TITULARES
ROBATA, Hugo Ignacio
MAGRA, Alicia Ester
GALLOTTI, Claudia Analia

SUPLENTE
CAIDO, Doris del Valle
GUATA, Gabriel

DPTO. SAN MARTIN

TITULARES
YANNO, Jorgelina Andrea
DIAZ DE AZEVEDO, Carlos
MONASTEROLO, Miriam del Pilar

SUPLENTE
GIMENEZ, Eduardo Ceferino
ACTIS ALESINA, María Fernanda

DPTO. SAN CRISTOBAL

TITULARES
DIPAZZA, Roberto
OROZCO, José
SOLDANO, Javier

SUPLENTE
MUSANTE, Oscar
BENELLI, Rubén

DPTO. SAN JAVIER

TITULAR
ROCKL, Ana
SUPLENTE
LOCKETT, Mario

DPTO. GARAY

TITULAR
BEARTES, Cristian
SUPLENTE
GUILLEIR, María Hedy

DPTO. VERA

TITULAR
RODRIGUEZ, Marcelo
SUPLENTE
ALESSO, Jorgelina

Índice

Prólogo	6
Acto Inaugural. Palabras de bienvenida	
<i>Farm. Manuel Agotegaray</i> / Presidente Colegio de Farmacéuticos de la Prov. de Santa Fe - 1º Circ.....	7
Conferencia	
La política de medicamentos: una construcción colectiva	
<i>Dr. Ginés González García</i> / Ministro de Salud de la Nación	9
Panel I	
Los problemas de acceso a la salud y al medicamento en América Latina y las respuestas de los países en la última década	
Coordinadora: <i>Farm. Alicia Caraballo</i>	13
<i>Dr. Antonio Azevedo</i> / Acceso a los medicamentos en América Latina y las respuestas de los países	14
<i>Dr. Aldo Neri</i> / Acceso a los medicamentos en América Latina y Argentina.....	24
<i>Dr. Rubén Torres</i> / Los problemas de acceso a la salud y al medicamento en la Seguridad Social Argentina	31
Panel II	
Política, legislación e importancia económica y social del medicamento en Argentina	
Coordinador: <i>Farm. Hugo Ignacio Robatta</i>	47
<i>Farm. Marcelo Carignani</i> / La política de medicamentos de la Provincia de Buenos Aires	48
<i>Lic. Federico Tobar</i> / Perspectivas de análisis de una política nacional de medicamentos.....	59
<i>Bioq. Esteban Cámara</i> / Una síntesis de la experiencia de Santa Fe	75
Panel III	
Los cambios en el mercado farmacéutico argentino. Realidad y perspectivas del acceso al medicamento	
Coordinador: <i>Farm. Carlos Aboal</i>	81
<i>Farm. Manuel Agotegaray</i> / El rol de los farmacéuticos.....	81
<i>C.P.N. Carlos Vassallo</i> / Reflexiones actuales a partir del mercado argentino del medicamento	91
Panel IV	
Registro, control y evaluación de la calidad de los medicamentos	
Coordinadora: <i>Farm. Ana María González</i>	109
<i>Dr. Lui Alesso</i> / Seguridad en medicamentos.....	110
<i>Dra. Mónica Elías</i> / Concepto de interés en relación a los medicamentos	125

Panel V

La industria farmacéutica ante el nuevo escenario económico, político y social

Coordinador: <i>C.P.N. Carlos Vassallo</i>	137
<i>Lic. Víctor Rodríguez</i> / La visión del nuevo escenario económico, político y social desde la industria innovadora.....	137
<i>Dr. Osvaldo Tibaudín</i> / El nuevo escenario económico, político y social. Revisión y análisis desde la industria	148
<i>Lic. Víctor Cerasale</i> / La industria farmacéutica ante el nuevo escenario económico, político y social. Análisis y propuestas	163

Panel VI

El rol de los profesionales en el proceso de prescripción y dispensa de los medicamentos

Coordinadora: <i>Farm. Adriana Cuello</i>	168
<i>Dr. Dardo Dorato</i> / Reflexiones desde el rol de los médicos	168
<i>Farm. Ana María González</i> / Hacia una nueva Farmacia.....	175
<i>Farm. Andrea Paura</i> / El rol del farmacéutico en la dispensación.....	184

Panel VII

Financiación, contratos y acceso al medicamento

Coordinadora: <i>Farm. Alicia Caraballo</i>	192
<i>C.P.N. María Inés Insaurrealde</i> / La experiencia del Instituto Autárctico Provincial de Obra Social en Santa Fe (IAPOS)	193
<i>Dr. Armando Reale</i> / Cuestiones estratégicas en relación a los contratos, financiación y acceso a los medicamentos	214
<i>Dr. Luis Suárez</i> / La experiencia de la Asociación Mutual Sancor	219

Panel VIII

Listado responsable de medicamentos y precio de referencia

Coordinadora: <i>Farm. Silvia Brusa</i>	226
<i>Dr. Armando Reale</i> / Listado responsable de medicamentos y precios de referencia	226
<i>Dr. Rubén Roa</i> / La visión desde la Superintendencia de Servicios de Salud	231
<i>Dr. Hugo Oteo</i> / Listado responsable de los medicamentos	240

Panel IX

Innovación en la gestión de medicamentos

Coordinadora: <i>Farm. Myrian Sabio</i>	250
<i>C.P.N. Gabriel Espinaco</i> / La experiencia del Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe - 1º Circunscripción	250
<i>Dr. Ricardo Ribeiro</i> / La experiencia de la Red Atempri.....	253
<i>Dr. Gonzalo Soria</i> / La visión desde la medicina familiar	258
<i>Sr. Héctor Paladini</i> / Implementación del sistema <i>on line</i> de control de validación de recetas.....	261

Clausura de las jornadas. Palabras de cierre

<i>Farm. Manuel Agotegaray</i>	265
--------------------------------------	-----

PROLOGO

Durante el año 2002, la crisis económica y social ocurrida en la Argentina aceleró los viejos problemas relacionados a las regulaciones, los precios y el acceso a los medicamentos.

Frente a los cambios que se producían en nuestro país, no quisimos permanecer pasivos. Con la intención de crear un ámbito de debate enriquecedor para la *política, la economía y la gestión de los medicamentos*, el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe, 1ª Circ., conjuntamente con el Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad, organizaron estas Primeras Jornadas Santafesinas que se llevaron a cabo en la ciudad de Santa Fe, durante el mes de septiembre.

El funcionamiento previsto en estas jornadas a través de reuniones plenarias, con exposiciones breves organizadas en paneles de disertantes provenientes de diversos sectores y pensamientos, permitió abordar de modo pluralista, independiente, crítico y abierto los diferentes temas tratados.

Un agradecimiento especial a los participantes y a todos los que han colaborado en hacer posible este encuentro.

Finalmente, nuestro compromiso de continuar trabajando a fin de reeditar anualmente estas Jornadas, como ámbito fecundo de intercambio de opiniones y saberes.

Hasta Septiembre del 2003

Manuel Agotegaray
Carlos Vassallo

Palabras de bienvenida

Farm. Manuel Agotegaray

Agradecemos la presencia del Sr. Ministro de Salud de la Nación, Dr. Ginés González García, del Sr. Ministro de Salud de la Provincia de Santa Fe, Ing. Fernando Bondesío, otras autoridades provinciales, disertantes, funcionarios de gobierno, colegas, amigos y público en general.

La participación de todos ustedes, en las Primeras Jornadas Santafesinas "POLÍTICA, ECONOMÍA Y GESTIÓN DE MEDICAMENTOS", nos alegra y enorgullece pues significa que se ha interpretado el real sentido que los farmacéuticos de este Colegio, hemos querido brindar a la organización del evento.

Creemos que a pesar de la difícil situación por la que atraviesa nuestro país, vale la pena realizar este esfuerzo, puesto que después de muchos años comenzamos a tener una política de medicamentos en el país.

Durante años, se nos quiso hacer creer que el Estado estaba ausente, pero en realidad estaba muy presente, con un criterio totalmente diferente al actual. La ficticia desregulación fue en realidad una fuerte regulación para favorecer a los más poderosos.

No nos tenemos que dejar confundir, a partir de enero de 2002, lo más importante es que los decretos, resoluciones, etc., relacionados a los temas de salud, los firma el Ministro de Salud de la Nación, y no salen de la Secretaría de Comercio o del Ministerio de Economía de la Nación. Esto que parece obvio, muchos sabemos lo complejo y dificultoso que resulta llevar a cabo en nuestro país.

Los que creemos en un proyecto social, con la población como eje, y tenemos alguna responsabilidad decisoria acerca de "los medicamentos", debemos continuar realizando los esfuerzos necesarios para crear este ámbito de intercambio de opiniones, experiencias y ser capaces de lograr los consensos necesarios para construir una verdadera política de medicamentos.

Entre el Estado como regulador con este criterio sanitarista, los laboratorios productores con su función específica y los médicos y farmacéuticos en nuestro rol profesional, tenemos el compromiso y la obligación de formalizar acuerdos que beneficien a los que no tienen información, tiempo ni otra alternativa.

El Estado puede replegar o profundizar las medidas, a los médicos y farmacéuticos nos puede ir bien, mal o tendremos que reconvertirnos laboralmente, los laboratorios productores podrán cerrar mejor o peor sus balances permitiéndoles realizar una mayor o menor inversión en investigación y desarrollo, pero como lo indican las estadísticas, año a año, cada vez es mayor la población que se queda sin la posibilidad de acceder al medicamento. Este debe ser nuestro compromiso, por lo menos eso creemos, de eso estamos convencidos los farmacéuticos de este querido Colegio.

Por todo esto, aún haciendo un esfuerzo y reconociéndoles algunas ventajas económicas a los que impulsaron el modelo anterior, los farmacéuticos nos preguntamos ¿qué costo social tiene cada argentino sin medicamento?

Volvemos a agradecer la presencia de todos ustedes y deseamos que juntos aprovechemos dos días intensos para elaborar propuestas y llegar a conclusiones que nos enriquezcan a todos.

Conferencia Inaugural

La política nacional de medicamentos: una construcción colectiva

Dr. Ginés González García

Coincidimos con los pensamientos y los dichos de Manuel Agotegaray porque en verdad debemos estar todos orgullosos de este espacio de diálogo y debate que estamos construyendo, fundamentalmente porque todos somos parte. No creemos que se pudiera haber hecho ni que se pueda seguir haciendo si no tuviéramos esa energía que hemos canalizado, motorizando lo mejor de lo que hemos sentido en estos años que debíamos pero no podíamos hacer, porque siempre había alguna cosa importante que no nos dejaba iniciar este camino. Y este tipo de situación lamentablemente ha sido una constante que hemos tenido no sólo en la Argentina sanitaria, del medicamento, sino en la Argentina en general.

Nos parece que como respuesta a esta formidable crisis en la cual nos encontramos hace unos meses, por lo menos desde que estamos en el Gobierno, siempre nos preguntamos, qué caminos teníamos. Teníamos los caminos de la confrontación, o de seguir haciendo de comentaristas ya no de lo hechos sino hasta de nuestras propias vidas, aunque en realidad siempre el comentario solía ser negativo, girando más bien sobre lo que no hacemos, o lo que no pudimos hacer, lo que siempre alguno nos ganó, la Argentina que no fue o los argentinos que no fuimos. Y creemos que con mucha madurez, responsabilidad, patriotismo y con mucho de buscar en nosotros lo que cada uno tiene, que siempre son ganas de hacer cosas, de construir, de mejorar, logramos un fenómeno inédito en nuestro sector y en Argentina.

Y encontrándonos en un momento muy duro y difícil de esta crisis brutal, cuya magnitud hasta a nosotros mismos nos sorprendió y nos sorprende todavía, creemos que la respuesta que hemos construido y que estamos construyendo. Y acá debemos aclarar que no es desde el Estado sea nacional o provincial, porque ambos están muy débiles en estos precisos momentos. No hay que creer que el Estado es lo que nos imaginamos unos años atrás o lo que algunos reclaman del Estado, nos parece que después de esta moda del mercado, o de que todo debía ser el mercad, pasamos ahora a que todo debe ser el Estado. No es que eludamos ninguna responsabilidad desde el lugar en que nos honra estar, simplemente decimos que tratamos de construir una política donde todos nos sentimos parte del Estado, no del gobierno ni del Ministerio porque esas son cosas circunstanciales.

La idea central que nos ha desvelado gira en torno a cómo construir un esfuerzo colectivo, cómo desarrollar una estrategia que implica un cambio cultural

brutal, cómo ganar un partido que siempre se perdió, cómo modelar una sociedad donde los intereses del conjunto superen a los intereses de alguna de las partes, sobre todo cuando una de las partes es muy poderosa y prácticamente ha gobernado a su antojo a esa sociedad, y la ha modelado con su sistema de precios y su sistema de funcionamiento y en las reglas del juego, que han sido naturalmente del mercado. Y al mercado le pedimos algunas veces que tenga más cosas de las que tiene. El mercado podrá ser un sistema de asignación para algunos muy bueno, podrá ser un sistema de producción para otros muy eficiente, pero si hay algo que seguramente no es, es un sistema de justicia social, un sistema de valores que tenga en cuenta los valores que una sociedad y un sistema de salud tiene que tener en cuenta.

Y entonces esta construcción colectiva que estamos haciendo en la política nacional de medicamentos tiene que ver con valores de la sociedad, tales como el acceso al medicamento, a un tratamiento, o la posibilidad de saber el verdadero nombre de un medicamento que tiene una persona como derecho humano esencial cuando está por ingresar a su cuerpo nada menos que una cosa tan poderosa como es un medicamento, esta posibilidad de poder elegir, de haberle devuelto capacidad de elección de precios a los pacientes, esta mejora sustancial que estamos haciendo en todo el sistema de salud. Pensamos que es una conquista de todos nosotros, donde empezamos a sumar, y donde gran parte de esta suma se ha construido tanto por el valor de cada uno de nosotros y del aporte que pusimos, como por el que cada día tenemos que poner. Hemos ganado una batalla muy sustancial como la ley nacional y las leyes provinciales, en un esfuerzo inédito de la nación y las provincias argentinas. Y la hemos ganado todos juntos en una construcción política con las universidades, las entidades intermedias, los farmacéuticos, los médicos y la CGT. Todo esto canaliza una energía extraordinaria que la Argentina ya ha vertido muchas veces de distinta manera. Cuando veníamos para acá acabamos de ver a los piqueteros y es una energía social, lo mismo que la de los caceroleros. Y ese tipo de cosas para algunos serán parte de la modelación del futuro, para otros como los que estamos acá, la modelación del futuro tiene que ver con construcción de escenarios de políticas que duren mucho más de lo que dura un gobierno o un ministro. Y esto es lo que estamos haciendo, e insistimos en ser muy valorativos de las cosas que creemos que tenemos dentro de nuestro sector.

De la misma manera que hablamos de las dificultades, de los capitales financieros, de inversiones, etc., nosotros hemos rescatado, y no es poco para nuestro sector, el enorme patrimonio que significa tener este capital sanitario, de protagonistas que han intentado e intentan todos los días ser protagonistas y no comentaristas, porque de esos ya tiene muchos la sociedad argentina. Que intentamos ser actores y no detractores, que intentamos construir y no destruir, y esto no es poco, es un capital del sector donde debemos decir que los actores sanitarios, y sobre todo la dirigencia farmacéutica, la médica, la de la CGT o la dirigencia de las universidades, son un extraordinario valor y capital que tiene el sector, y que otros sectores no lo tienen.

Nosotros tenemos enormes problemas en el sector salud pero la dirigencia no es parte del problema. En muchos otros sectores la dirigencia es también parte del problema; y esto es una enorme valoración que tenemos que hacer de todos nosotros. Muchos de los presentes en estas Jornadas Santafesinas son dirigentes, y les pido que reflexionemos y valoremos este protagonismo que tenemos, porque una política es parte de la construcción de la nación y eso es un esfuerzo cotidiano, son cosas que debemos tener como una utopía, cosas en las que creímos y ahora las vamos realizando. Y en este escenario de la reconstrucción de la Argentina que todos queremos, y no nos referimos sólo a la Argentina sanitaria sino a la Argentina global, la verdad es que creemos que la manera en que estamos construyendo una política nacional de medicamentos entre todos y sin diferencia de partidos, de sectores, es un aporte realmente valioso.

Desde ya que algunos van a estar del otro lado porque son los que pierden, pero son tan pocos que la sociedad ya ha dado su veredicto. Y acá hay que tener en cuenta que ya hay dos veredictos que son inapelables: el del mercado, que es supuestamente lo que defienden, y donde por primera vez en Argentina después de muchos años están descendiendo los precios. Por primera vez en Argentina la competencia por precios se está dando con un impacto positivo en los pacientes, ya sea cuando opta por menores precios o cuando les dan mas volúmenes de unidades por el mismo precio; pero siempre es una mejora. Pero por otro lado, la otra batalla que están perdiendo, que es quizás la otra batalla sustancial de la política, es la batalla de la opinión pública.

Respecto a la opinión pública, obviamente 37 millones de argentinos difícilmente opinemos todos lo mismo, pero la enorme mayoría sabe que esta política lo favorece, y eso lo muestran cualquiera de los números que se van a mostrar luego en este encuentro, y esto no es poco porque en un momento tan crítico de la Argentina, donde es tan difícil conseguir consensos, estar desarrollando una política que tiene el consenso mayoritario de los argentinos, no sólo de más del 80% de los argentinos sino también de todas las clases sociales, que es otro consenso muy difícil de lograr porque cuando uno hace una política que le favorece mas a uno, los otros se quedan disconformes, pero claramente acá todos los argentinos están apoyando esta política. Entonces estamos teniendo resultados positivos con los precios, y estamos logrando tener una opinión favorable de la sociedad. Lograr todo esto en Argentina y que todos los argentinos creamos que es un éxito, es algo que tenemos que valorar muy fuertemente.

Finalmente reiteramos nuestro agradecimiento, y también pedimos perdón porque por su brevedad en esta ocasión nos vimos obligados a lo que parece una visita de médico. Especialmente pedimos perdón al Ministro Provincial y a este Colegio Farmacéutico de Santa Fe, donde por distintas razones nunca podemos estar todo el tiempo que realmente deseamos quedarnos. En muchos lugares de la Argentina reconocemos que esto ha sido un foco que nos ha beneficiado a todos porque nos ha dado calor, pero también debemos decir y pedimos que no crean que hay en ello demagogia alguna, que aquí en Santa Fe, desde su Colegio de

Farmacéuticos que ha sido un activo protagonista y que ha tenido que soportar muchas presiones, al igual que su Obra Social Provincial o su Gobierno Provincial y sus legisladores que fueron tan activos en lo que respecta a leyes específicas, la acción es más que visible.

Todos desde donde estuvimos construimos, y entonces mi compromiso y el de todos es el de seguir construyendo. Esto es una batalla que debe continuar cada día, es un cambio cultural y en realidad, mas allá de que lo hacemos obviamente pensando en más salud para los argentinos, realmente creemos que nos está dando la posibilidad de vernos realizados, con un testimonio de lo que ha sido el esfuerzo de muchos de nosotros desde distintos lugares durante mucho tiempo de nuestras vidas, y eso no es poco.

Por eso digo que entre todos, porque cada uno es un dedo, hicimos una mano solidaria, un puño que golpea cuando nos golpean, y así es como se construye una política y como se reconstruye un país.

Panel I

Los problemas de acceso a la salud y al medicamento en América Latina y las respuestas de los países en la última década

Introducción

C.P.N. Carlos A. Vassallo

En primer lugar en nombre del Colegio Farmacéutico de Santa Fe I Circunscripción y del Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad un agradecimiento especial a todos los participantes de estas Jornadas que se inician, y a los disertantes que en algunos casos han tenido que viajar y acercarse a la provincia de Santa Fe para participar en lo que a nosotros nos parece que es un camino que se empieza a recorrer, en una cita que estimamos que se va a convertir en casi obligatoria respecto de poder empezar a discutir lo relacionado con el medicamento en Argentina.

El tema que hoy nos convoca “Política, economía y gestión del medicamento” no ha surgido como una casualidad, sino que es una continuidad del trabajo y la discusión que se ha generado este año en torno al mismo, y que en esta oportunidad ha convocado a todos los sectores, aún a los que habitualmente no compartían espacios de diálogo específicos alrededor de estos conceptos. Como es sabido, en la Argentina se ha iniciado un camino tendiente a tener políticas de regulación del medicamento, a empezar a mirar más atentamente la cuestión económica vinculada al acceso al medicamento, y en particular la incorporación que se hace es empezar a pensar en instrumentos de gestión que permitan avanzar en las formas de mejorar el acceso de la población al medicamento, entre otros factores a través de costos razonables.

Coordinadora Farm. Alicia Caraballo

El tema de esta mesa que hemos elegido para abrir el encuentro, es un tema sensible a todos los que nos interesa la salud de la sociedad: “El acceso al medicamento”. Tanto en las sociedades postindustriales como en los diversos países de América Latina, este es un tema central en el debate sanitario. Tenemos hoy el honor de coordinar esta mesa con estos distinguidos panelistas a quienes especialmente agradecemos su aporte a este even-

to. Y brevemente vamos a decirles que la mecánica de los paneles será primero la exposición de los disertantes y posteriormente si surgen inquietudes o duda, generaremos un espacio para un debate conjunto que esperamos aporte más riqueza al tema.

Acceso a los medicamentos en América Latina y las respuestas de los países

Dr. Antonio Azevedo

Introducción

Agradecemos mucho a los organizadores por la amabilidad de habernos invitado para participar de esta mesa, y muy especialmente porque estamos hoy junto a dos expertos internacionalmente respetados en los temas de gestión de servicios de salud y en particular en los temas relacionados a medicamentos: el Dr. Rubén Torres en función del PMO y de la importancia de los medicamentos en el Programa. Al respecto queremos comentar que la lógica de incorporación de medicamentos bajo la cuestión de práctica basada en evidencia, nos parece una de las raíces de la futura incorporación de tecnología en general, no sólo de medicamentos. Y no podemos menos que destacar que también compartimos hoy la mesa con quien es un importante docente, un investigador en temas de política y gestión de servicios y medicamentos, el profesor Aldo Neri, quien es incluso autor de una ley de las más destacadas y relevantes para el tema de medicamentos en Argentina.

Nuestra propuesta se centra en hablar sobre la cuestión de medicamentos en Latinoamérica. Vamos a pasar por alto algunos detalles porque Argentina es un caso muy especial como vamos a mostrar en adelante, es difícil hablar de Argentina y promedios latinoamericanos, porque en realidad son distintos. Vamos entonces a introducir el orden que pensamos seguir en nuestra charla:

- Evolución de los Problemas de Salud en el Nuevo Siglo
- Aspectos históricos de la incorporación de los medicamentos en los Servicios de Salud.
- Situación de los Medicamentos en América Latina y el Caribe
- Políticas de Medicamentos en OPS/OMS
- El futuro de la incorporación de los Medicamentos.

Evolución de los Problemas de Salud en el Nuevo Siglo

Vamos a comenzar comentando los problemas que presentan los servicios de salud en todo el mundo, porque siempre que comentamos la realidad de Latinoamérica hay que mirar el tema, por ejemplo en la Argentina, tanto a nivel coyuntural como estructural, tratando de ver cuáles son los problemas que subyacen a la realidad coyuntural de Argentina que es muy compleja.

Se sabe que Argentina tiene el 14% de su población con más de 60 años de edad, pero no hay que olvidarse que Japón tenía lo mismo en los años '80, y hoy día Japón tiene el 24%. Entonces el envejecimiento rápido de las poblaciones es un problema mayor incluso porque el anciano es un consumidor activo de productos de salud en general y medicamentos en particular, y además el modelo de consumo del anciano es de largo plazo. El joven puede consumir medicamentos, pero a corto plazo y por enfermedades agudas, en cambio el anciano tiene enfermedades crónicas entonces cambia totalmente el perfil de consumo y gasto de medicamentos.

Otro tema es la llegada de enormes cantidades de tecnologías nuevas, el despegue del proyecto Genoma Humano está despuntando un nuevo camino, y todo esto ocasiona un deslumbramiento ligado a innovaciones tecnológicas de muy alto costo, pero que hay que tomar como un rasgo definido para el futuro. A esto debemos sumarle el predominio de las enfermedades no transmisibles que también son enfermedades que utilizan medicamentos a largo plazo, que expanden mucho la utilización de medicamentos.

Junto con lo anterior debemos contabilizar el surgimiento de nuevos modelos de financiamiento y producción de servicios que buscan dar respuesta a estas presiones que mencionábamos, especialmente la atención domiciliaria, la atención telefónica o por Internet que hoy cada día más es una realidad en los temas de salud en los países desarrollados. Y también los cambios hacia modelos más participativos de gestión, o sea que la población pueda opinar de cómo quiere ser atendida y como quiere consumir los recursos de salud. Todos estos aspectos que comentamos influyen determinando enormes incrementos en los costos.

Cuadro 1 Los problemas que presionan a los servicios de salud

- Envejecimiento de las Poblaciones
- Llegada de gran cantidad de nuevas tecnologías (impacto posible del proyecto del Genoma Humano)

- Predominio de Enfermedades No Transmisibles
- Surgimiento de nuevos modelos de financiamiento y de prestación de servicio
- Cambios hacia modelos más participativos de gestión
- El incremento acentuado de los costos

Aspectos históricos de la incorporación de los medicamentos en los Servicios de Salud.

Desde los tiempos hipocráticos, el abanico de opciones terapéuticas era limitado. Siempre mencionamos que hay una pieza de Moliere que se llama "Médico a contrapelo" y donde la crítica es sobre la pobreza atroz de las opciones terapéuticas. Moliere en esta pieza del siglo XVII comenta que había enfermedades que se trataban con purgantes, otras con sangrías y otras con purgantes y sangrías. Eso era todo. Claro que es una visión chistosa de la realidad, pero en el fondo no había mucho más que eso. Cuando pasamos de esta realidad terapéutica a la del Renacimiento hay un auge en la lógica de la enfermedad, la anatomía y fisiología, pero muy poco avance en la cuestión de medicamentos.

A partir de la segunda mitad de los años '30 surgen la sulfas y a partir de los '40 los antibióticos, esencialmente la penicilina. A partir de ahí hay una explosión de productos, una gama importante de nuevos antibióticos y también comienzan los quimioterápicos. Esto hace que el juego, el tablero de la asistencia de salud pase a contar con un agente nuevo que es la creciente industria farmacéutica que realmente es un actor con un rol nuevo y que cambia totalmente la relación de trabajo y producción. Esto está bien graficado en un libro que es acerca de la medicina en el siglo XX, y que comenta que toda la tecnología de salud cabía en el principio de siglo en el maletín negro del médico, y que en la segunda mitad del siglo XX es totalmente distinta. El médico, el dueño de la tecnología pasa a ser un actor más, y la realidad está invadida por la tecnología y el médico ya no está propiamente dominando a la misma. Y esa realidad hay que tomarla en cuenta porque es muy reciente. La explosión de quimioterápicos y antibióticos es un fenómeno de la segunda mitad y quizás apenas los últimos 25 años del siglo XX, y a ello se suma la llegada del genoma y proteoma humano aportando nuevas tecnologías, algunas de alta efectividad, pero de costos cada vez menos manejables que van proyectándose a niveles fuera de control.

Situación de los Medicamentos en América Latina y el Caribe

La Tabla 1 es de un documento que sugerimos que se consulte por Internet, que es el "Plan de la OPS/OMS de medicamentos 2003/2007", y hay unos componentes de diagnósticos no demasiado extensos y super informativos. En esta ocasión hemos traído apenas algunos datos incluso para comentar sobre la manera de mirar a Argentina en el contexto latinoamericano.

Tabla 1 Dimensión del mercado de medicamentos en Latinoamérica (en miles de millones de U\$s)

	Mercado Privado 1995	Mercado Público 1995	TOTAL	Mercado Privado 2000	Mercado Público 2000	TOTAL
Brasil	5.416	1.492	6.908	5.300	2.200	7.500
Argentina	3.173	735	3.908	4.001	852	4852
Méjico	2.205	1.108	3.313	3.600	900	4.500
Venezuela	512	108	620	1.600	550	2.150
Centroamérica	494	145	639	601	190	791
Perú	356	59	415	251	63	314

Fuente: Plan de la OPS/OMS de medicamentos 2003/2007

Esos son los gastos en medicamentos en algunos países entre el '95 y 2000. Esto es en miles de millones, o sea U\$s5.4 en Brasil, 3.1 Argentina, 2.2 en México, y Venezuela mucho menos, y toda Centroamérica U\$494 millones. Lo importante aquí es notar un incremento muy acentuado entre el '95 y 2000 en todos los países a excepción de Perú. Perú tuvo un descenso en el uso de medicamentos, pero todos los demás muestran grandes incrementos del 20%, 30% en 5 años. Esos montos son impactos muy grandes en la economía de esos países en gestión de servicios.

Luego en la Tabla 2 hay un ejercicio de calcular los gastos per cápita.

Tabla 2 Dimensión del mercado de medicamentos en Latinoamérica Gastos per cápita (en miles de millones de U\$s)

	Mercado Privado 1995	Mercado Público 1995	TOTAL (per cápita)	Mercado Privado 2000	Mercado Público 2000	TOTAL (per cápita)
Brasil	5.416	1.492	41.64	5.300	2.200	45.20
Argentina	3.173	735	108	4.001	852	134
Méjico	2.205	1.108	34.60	3.600	900	47
Venezuela	512	108	26.70	1.600	550	92.80
Centroamérica	494	145	12.80	601	190	15.80
Perú	356	59	16.70	251	63	12.70

Fuente: Plan de la OPS/OMS de medicamentos 2003/2007

Y mirando entonces la Tabla 2 puede verse que si en Brasil el gasto per cápita son U\$S 41, en Argentina de U\$S 108 se pasa a U\$S 134 en el 2000. O sea que Argentina gastaba en medicamentos hasta por lo menos diciembre del año pasado más que el gasto per cápita en salud de la mayoría de los países latinoamericanos; entonces hay que tomar en cuenta esas dimensiones. Y lo mismo comparar a Brasil o México, que ha tenido un auge muy grande en su proceso de desarrollo en general y ese auge se traduce en el perfil. México hoy por hoy gasta más en medicamentos que Brasil, Venezuela también un auge impresionante de los gastos en medicamentos. En cambio Argentina siempre tuvo un crecimiento importante, por lo menos hasta fines del 2000, y más que el doble, prácticamente el triple de los otros países de más desarrollo. No pensemos por ejemplo en Centroamérica con U\$S 16 per cápita, o el caso de Perú también con U\$S 13 per cápita, porque en la comparación surge que apenas si es un décimo del gasto per cápita en medicamentos de Argentina. Pero vale la pena por lo menos visualizar las dimensiones entre Perú, Centroamérica, Argentina.

Relacionado con este tema o tendencia a expandir los mercados nacionales de medicamentos, están imbricados problemas de inestabilidad de política económica, falta de financiamiento, de recursos, problemas de actitud y comportamiento, fallas importantes en el sistema educacional, especialmente las profesiones de salud. Es decir que además de las causas clásicas o directas que mencionábamos al principio, aparecen una cantidad de problemas recurrentes, que tienen que ver con la falta de políticas nacionales estratégicas de medicamentos, la cuestión de falta de capacidad de los tomadores de decisiones para hacerlas correctas y una baja efectividad de los agentes de regulación.

Pero en el caso argentino ninguna de estas tres razones que acabamos de mencionar vale. Argentina tiene un perfil de consumo de medicamentos y política de medicamentos totalmente distinto. Sinceramente no creemos, incluso nuestro director estuvo acá y los periodistas lo acosaron por suerte a él y no a mí de exceso de optimismo, porque si se ven los datos objetivos de Argentina seguramente no hay falta de políticas nacionales, al contrario, hay políticas bastante definidas, no hay falta de preparación en los tomadores de decisiones, y mucho menos en el caso de nuestro querido Ministro que es un especialista en el tema, y él mismo tenía una visión clara de los temas de medicamentos. Tampoco se da la falta de efectividad de agencias reguladoras porque la ANMAT es considerada una buena agencia reguladora de Latinoamérica. Es decir que las tablas que mostramos simplemente son para demostrar como es distinta Argentina dentro de Latinoamérica.

No obstante Argentina, como todos los otros países, tiene mucha dificultad de incorporar el tema del uso adecuado de los medicamentos. La información de los pacientes sigue siendo un problema, sobre todo contrastada con la diversidad y complejidad de los medicamentos, que es lo mismo que sucede en los países desarrollados donde es un tema mayor. Y el tema de mala calidad de los productos tranquilamente no es el caso de Argentina, no es un tema epidémico. Algunos países, como el caso de Bolivia, tienen problemas muy serios de contrabando de medicamentos de calidad absolutamente incontrolable.

Políticas de Medicamentos en OPS/OMS

Las políticas de medicamentos OPS/OMS en gran medida son en líneas generales las que están enunciadas en el Cuadro 2.

Cuadro 2 Políticas de Medicamentos de la OPS/OMS

- **Regulación**
- **Garantía de calidad (buenas prácticas de manufactura)**
- **Uso Racional**
- **La Medicina Alternativa**

Con respecto a la regulación, la misma consiste en normatización y fiscalización. En Argentina, a partir del '92 con la creación de ANMAT, este tema de regulación ha tenido un auge importante. La cuestión de garantía de calidad, que son las buenas prácticas de manufactura, no sólo Argentina tiene tradición en eso como recientemente demostrara por parte de la ANMAT mediante cursos de entrenamiento para buenas prácticas, esencialmente para productores públicos de medicamentos, sino que en la industria privada ya se han incorporado a la cuestión de la observación y de la orientación de buenas prácticas de manufactura. Ese es un tema que quizás no esté consumadamente integrado a la realidad de producción de medicamentos en Argentina, pero en gran medida se maneja.

El gran interrogante sigue siendo el uso racional, pero también lo es en Canadá o Estados Unidos, no sólo en Argentina. Es un gran esfuerzo orientado a un cambio de la cultura de utilización de medicamentos, por parte de los profesionales farmacéuticos y médicos y por parte de los pacientes, es básicamente entender mejor la lógica del uso de medicamentos.

Y finalmente la medicina alternativa que tiene muy poco auge en Argentina. La incorporación de medicina alternativa es muy cauta, y es un área con perspectivas muy interesantes y recomiendo un film, "Minority Report", de Steven Spielberg, que es un film que ocurre en el 2050 y ahí van a ver que la gente se medica con hierbas a partir de plantas genéticamente modificadas. Pero es muy interesante porque es una ficción muy desbordada pero con ideas proféticas sobre el tema de la evolución de los medicamentos.

Respecto a los componentes de la cooperación tanto de la OMS como OPS, están orientados a cuestiones tales como política y control de políticas farmacéuticas nacionales, integración de las políticas y programas de medicamentos esenciales en el desarrollo de los sistemas de salud, la selección basada en los estados de medicamentos esenciales, precios accesibles, costos de medicamento en el cual los programas de genéricos son importantes, financiación sostenible, sistemas confiables de suministros. Además abarcan cuestiones de seguridad, normas, reglas para medicamentos, normativas farmacéuticas de dispensación y producción y uso racional que es la última barrera. Todo esto lo sintetizamos en los cuadros siguientes.

Cuadro 3 Componentes por Objetivo de la Cooperación Técnica de la OMS

<p>Política</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementación y control de las políticas farmacéuticas nacionales ➤ Integración de las políticas y programas de ME con el desarrollo del sistema de salud <p>Acceso</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Selección racional basada en la LME y directrices de tratamiento ➤ Precios asequibles para los gobiernos, los agentes proveedores y los consumidores ➤ Financiación sostenible con mecanismos equitativos ➤ Sistemas confiables de suministro <p>Calidad y Seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Normas, reglas y directrices para los medicamentos ➤ Normativa farmacéutica y sistemas de garantía de calidad ➤ Pautas para el control y uso de psicotrópicos y narcóticos <p>Uso racional</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Control racional del uso de los medicamentos ➤ Uso racional por parte de los profesionales de la salud ➤ Uso racional por parte de los consumidores
--

Tabla 3 Evolución de la cooperación en medicamentos OMS/OPS

ÁREAS DE COOPERACIÓN		
Decenio DE 1980	Decenio DE 1990	Decenio DE 2000
Políticas nacionales de medicamentos	Políticas farmacéuticas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Políticas de medicamentos ▪ Observatorio regional de medicam.
Sistemas de suministro	Suministro y servicios farmacéuticos	ACCESO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspectos económicos ▪ Suministro
Producción de ME		Fondo para insumos estratégicos
Investig.& Desarrollo (Innovación)		
Sistema de calidad	Registro y Garantía de calidad	Regulación y Garantía de calidad
Sistemas de evaluación y análisis	Educación e información	USO RACIONAL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoción e información ▪ Educación ▪ Foro farmacéutico ▪ Investig. y utilizac. de medicamentos
Formación y adiestram. de recursos humanos		Gerencia del Programa y apoyo a proyectos nacionales
Sistemas de información		

Fuente: OPS/OMS

Y a partir de la Tabla 3 vale la pena un comentario sobre los cambios de política de la OMS/OPS. En la **década del '80** se puso mayor énfasis en políticas nacionales de medicamentos, sistemas de suministros, producción de medicamentos esenciales, el tema de la innovación, porque hay una asimetría muy acentuada en los países en desarrollo. Porque el tema es que los medicamentos a partir de la segunda mitad del siglo XIX son una línea de una industria de punta que es la industria química, entonces producir medicamentos nuevos es tema para países desarrollados. Con el genoma y todo lo que eso despierta, esta figura no cambia; la producción de medicamentos nuevos e innovadores en países en desarrollo es un sueño todavía distante. También se trabajó apoyando los sistemas de calidad, los sistemas de relación y análisis, la formación de recursos humanos y sistemas de información.

En la **década del '90** continuaron las políticas farmacéuticas, pero el énfasis fue mas en suministros y servicios farmacéuticos, registro y garantía de calidad, y continúa vigente la cuestión de información y educación.

Para el **diseño del 2002** de las nuevas políticas, seguramente este sería un fenómeno nuevo pero incluso en Argentina lo han incorporado con el nombre de Observatorio. Sería una instancia de recolección y debate so-

bre experiencias de manejos de medicamentos a nivel nacional, regional y local; fondos para insumos estratégicos y situaciones de emergencia, regulación y garantía de calidad continua. También aquí aparece nuevamente el uso racional, promoción y formación orientadas al uso racional, educación, foros farmacéuticos, un foro internacional de enseñanza de las profesiones relacionadas con farmacias y bioquímica, utilización e investigación de medicamentos, y gerencia del programa de proyectos nacionales.

Otro aspecto que queríamos mostrar rápidamente tiene que ver con términos de propuestas regionales y de armonización regional, también aquí Argentina está en la franja más avanzada que es la franja MERCOSUR. En el MERCOSUR, que en términos de agrupación regional también es más avanzado que el resto de América Latina, ya se progresó en la armonización de registros de buenas prácticas de manufactura, listado de medicamentos esenciales, buenas prácticas clínicas, mucho más que las otras dos como en bioequivalencias, entrenamiento en conjunto en buenas prácticas de manufacturas, laboratorios de acreditación, si bien no tanto armonización de registros de vacunas.

Tabla 4 Armonización Regional de medicamentos en América Latina y el Caribe

Temas sobre armonización de la Reglamentación Farmacéutica de los Grupos de Integración Subregional			
	MER	AA	CA
Requisitos de registro	X	X	X
BPM/Inspecciones	X	X	X
LME (Medic. comunes)	X	X	X
Etiquetado/inserto	--	X	X
Normas farmacológicas	--	X	X
Buenas Prácticas Clínicas	X	--	--
Bioequivalencia	X	--	--
Entrenamiento conjunto en BPM	X	--	--
Lab. Acreditación	X	X	--
Armoniz registro de vacunas	--	--	X
Política de Medicamentos	X	X	--

Fuente: de Azevedo, A, OPS/OMS

El futuro en la incorporación de medicamentos

Si pensamos en los tres grandes temas del manejo de medicamentos,

que son la regulación, la garantía de calidad y las buenas prácticas de manufactura y el uso racional, los dos primeros están en una lógica esencial de producción y distribución de medicamentos, pero el uso racional responde a otra lógica, la lógica de gestión local de servicios de salud, gestión local de tecnología y lógica de producción de servicios. Entonces de una u otra forma el uso racional tiene que ver con el manejo cotidiano del servicio. Es muy difícil a partir del nivel nacional sacar una iniciativa de uso racional efectiva. Eso tendrá que ser negociado y manejado a nivel local en el momento de producción de los servicios. Entonces eso quizás sea una de las dificultades mayores en ese tema, además de hallar la metodología, lo difícil es cambiar los hábitos, las prácticas en la cultura de consumo y prescripción de medicamentos.

Cuadro 4 Los rasgos básicos del desarrollo en salud



Fuente: de Azevedo, A. OPS/OMS

Finalmente hay que acordarse siempre que el cambio de las situaciones que vivimos de exceso de consumo de medicamentos hasta las situaciones deseadas depende de dos partes, de dos manos, que son las manos de servicios de salud, la lógica de servicios de salud, para hacer los costos más efectivos, y de la cuestión de respuestas a problemas específicos, la cuestión de respuesta a grupos vulnerables a riesgos de enfermarse por ejemplo cardiovasculares, y la cuestión de promoción de salud.

Acceso a los medicamentos en América Latina y Argentina

Dr. Aldo Neri

Crisis y acceso

Empalmando un poco con lo que venía contando Azevedo de manera interesante del panorama de América Latina y tratando de centrar naturalmente en el país; América Latina fue en su conjunto, si bien las generalizaciones siempre son injustas para los casos particulares, América Latina fue inequitativa cuando progresó, cuando tuvo un período de posguerra importante de expansión, si bien fue una expansión inequitativa en la mayor parte de los países, pero implicó un progreso también significativo. Y también en una generalización un poco injusta, fue todavía más inequitativa cuando entró en un período de decadencia, de retroceso económico y social como proverbialmente nos viene pasando ya a los latinoamericanos desde hace 20 años.

Y esto se ha reflejado en el campo de la salud, pero lo ha hecho de un modo inusualmente dramático en Argentina, que es quizás el caso más dramático de América Latina porque nos venimos cayendo de muy arriba en los últimos años. Y esto quiere decir que este problema del acceso está muy fuertemente dificultado, y estamos hablando del acceso no meramente al medicamento, sino al servicio de salud.

En la Argentina, aunque no tengamos números muy claros porque esto exigiría estudios que no estamos realizando, lo que está considerablemente claro es que el proceso de desigualación social muy fuerte que se inicia en los '90, es un proceso que va teniendo su contraparte muy clara en los servicios de salud. Entonces hay momentos, en el último período, que esto adquiere un carácter muy crítico. Para ir a cifras recientes si uno mira en el último año la distribución del ingreso, la característica de esta crisis es que todos perdimos. En otras crisis del país ha sido característico que algunos ganen y otros pierdan, o por lo menos pocos ganan y muchos pierden, pero en este caso creemos que no hay casi ganadores. Todos somos perdedores. Pero cuando las cifras oficiales nos señalan el tema de distribución del ingreso en el año principal de la crisis que es el último, el 20% de los que estamos mejor perdió aproximadamente el 25% de su ingreso. El 20% de los que están peor perdió el 50% de su ingreso; y esto como significado social es bastante distinto porque buena parte de ese 20% de los que estamos relativamente mejor, significa que lo que perdemos es capacidad de ahorro y no capacidad de consumo. Pero en el caso de los de abajo, allí la cosa es

más severa porque pierden básicamente capacidad de consumo, porque la de ahorro claramente ya ni la tenían. Y entre los consumos que entran en el período crítico están también los relacionados a la atención de la salud, principalmente los que dependen del pago directo de las personas, así como los que de alguna forma van siendo recortados por la crisis que también afecta las instituciones de salud como obras sociales o presupuestos estatales, de hospitales provinciales, etc.

Entonces todo este problema viene generando en el campo de la salud un tipo de marginación que no tenemos debidamente analizada, porque la interpretación simplista ha sido decir que lo que perdió la gente ha sido la cobertura en el sistema de obras sociales, que no negamos que fue muy fuerte y hay mucha menos gente que tiene obra social. Pero se supone que lo que se perdió de cobertura en el sistema de obras sociales a lo que se agrega algún grado de retracción que han tenido los pagos, se compensaba con la existencia del sector público, pero esto no es totalmente así, esto es apenas parcialmente así.

Lo que nos queda es un contingente muy fuerte en gente que va siendo definitivamente marginada del servicio de salud y que son los sectores más débiles de la sociedad, y ya no importa mucho si el hospital es gratuito, no importa tanto porque la restricción la pone el contexto social, la dificultad de supervivencia de las familias en sí, los problemas laborales, la desintegración familiar, etc, que tienen una repercusión muy clara sobre la posibilidad de concurrencia de la gente incluso al servicio gratuito. Y el servicio gratuito muchas veces lo que no incluye es el medicamento, por eso el tema del medicamento entra en un momento crítico para los argentinos, y se configura una experiencia en cierto modo hasta ahora desconocida.

Hemos sido, históricamente y en términos latinoamericanos, sobreconsumidores de medicamentos durante un período histórico de varias décadas en que los pobres también consumían mucho. Esto viene cambiando radicalmente aunque no tengamos números muy claros. El consumo que ha caído notablemente, creemos que la industria habla del 25% o 30% de caída de las ventas en este último período de crisis, en términos de unidades y no de dinero, en un consumo que históricamente se mostró muy poco flexible a las variaciones de la capacidad adquisitiva de gente. Era un consumo bastante fijo, bastante rígido, poco flexible, pero que como nada es absoluto llega un momento en que cae y ha caído espectacularmente, cosa que está impactando fuerte en el sistema productivo aparte del impacto social que tiene esto.

Es decir que ese consumo se nos ha concentrado más que nunca en los sectores medio y medio-altos. Esta es la realidad que tenemos, debido a las limitaciones que tiene el Estado, tanto los estados provinciales como el nacional, y que debemos compensar con acciones directas ante esta incapacidad que ya muestra la seguridad social y el bolsillo de la gente como para cubrir esas falencias.

Entonces se nos ha desigualado el problema del medicamento, y frente a eso inicia este país una respuesta en la que no podemos partir de la simplificación que dice que el acceso a los servicios de salud es un problema que lo resuelve el sector salud. El sector salud tiene un papel y va a llegar hasta un punto. Y si no hay otros fenómenos de tipo más general que hacen a cómo funciona esta sociedad, si no se recupera capacidad de crecimiento, si no mejora el nivel de trabajo, es difícil pensar que el sector solo puede compensar los déficits que vienen de una parcial destrucción de la economía argentina y un crecimiento de la proporción de pobres, que en proyección estará arañando si no se frena en menos de un año el 60% de la población argentina. Nos parece entonces que el sector salud solo no puede resolver esto, pero puede atenuar alguno de sus efectos, hacer un poquito menos inequitativo el impacto de la crisis y por otro lado, y esto quizás es lo mejor que podemos hacer, aprovechar el impulso de la crisis para iniciar algunas cosas que desde hace mucho los argentinos sabemos que deberíamos haber hecho y que no hemos hecho, y no lo hemos hecho dentro de esta cultura de niños mimados por la historia con que hemos desperdiciado oportunidades históricas a lo largo de décadas del siglo XX.

Entonces podría llegar a extraerse alguna utilidad de la crisis, y dentro de ese marco, en lo que hace al medicamento, creemos que hemos iniciado como país, como sociedad, una línea de ordenamiento de este campo. Y en una línea de ordenamiento de este campo tenemos que ir dando una serie de pasos. Hemos iniciado al nivel de Gobierno Nacional algunos pasos importantes como ir a atender prioridades en términos de suministro directo a cargo del Estado, a través de los servicios estatales que son los de las provincias y algunos grandes municipios, pero con apoyo nacional, fijando prioridades. Una prioridad claramente es atención primaria.

Líneas y desafíos para una política de medicamentos a partir de la crisis

Dentro de todo el espectro que significa una política de medicamentos, nos parece que éste la atención primaria sigue siendo un campo que

tenemos que atender y con cuidado. Pero al mismo tiempo, y ya para el mercado general y no sólo para lo que tiene que hacer el Estado, habría que ir introduciendo algunos elementos de los cuales todo esto que empezó con el decreto de emergencia, y la reglamentación de la prescripción y dispensación de medicamentos por la denominación científica es solamente un primer paso fundamental, que tenemos que ir complementando con el marco regulatorio adecuado, que impida incluso el riesgo que está planteado siempre en situaciones críticas como ésta, de que se vayan a diferenciar como dos mercados: el mercado de los medicamentos más eficaces, garantizados para los que estamos bien y un mercado más barato para el sector pobre de la población. Y estas son algunas definiciones que toda la política, a través de los distintos instrumentos legales que se vayan implementando, tiene que tener muy claramente explicitadas: hay un solo medicamento posible y deseable, el buen medicamento para el argentino.

Para esto, no sólo desde el Estado sino desde los órganos profesionales, científicos y los sectores empresarios hay que hacer un esfuerzo convergente, que es lo que tiene que contener el marco regulatorio. Y quisiéramos dar dos o tres cosas centrales que hacen al marco regulatorio, y son las que estamos en este momento discutiendo o empezando a discutir en el Congreso, como complemento de la iniciativa de gobierno de desarrollar paulatinamente un mercado de genéricos en el país. Ahí fijaríamos algunos puntos críticos.

Entrada y fiscalización de nuevos productos

Un primer punto muy crítico es fijar con absoluta claridad, en este mercado único, la entrada de nuevos productos y la fiscalización de ellos. Es una atribución indelegable de la Nación y la puerta de entrada es única. Desde ese punto de vista, creemos que la anarquía potencial que implica la posibilidad de 24 jurisdicciones aprobando especialidades medicinales en este país sería de alta peligrosidad sanitaria. Sabemos que tenemos algunas cuestiones delicadas constitucionales, pero esto no tiene que ser una discusión de tipo jurídica, sino un acuerdo de tipo político conforme a las jurisdicciones argentinas. ANMAT hay uno solo y debe haber uno solo en el país.

Aprovechando este dato que daba Azevedo que es totalmente cierto, la ANMAT es un órgano que ha progresado mucho, tiene mucha más potencialidad técnica, puede ser muy perfeccionado, pero lo cual no quiere decir que ignoremos la capacidad de avanzar en la articulación de políticas y competencias nacionales con las provincias. Está muy claro que la policía sanitaria en el campo de las profesiones, en el campo de las farmacias la tiene que

tener la provincia. Y esto es necesario que sea así y tiene que estar estrictamente articulado con lo que se hace en el nivel nacional.

Este un punto que tiene que estar legislado y clarificado para evitar la anarquía. Así como nos parece que hay que cambiar algunos de los criterios que le dieron a los '90 una altísima permisibilidad en cuanto a la incorporación de nuevos productos al mercado, y que generaron una frondosidad inflacionaria, éste es un mercado muy inflacionario no sólo en materia de precios sino en materia de diversificación, entre lo cual hay mucho grano pero también hay mucha paja. Entonces los criterios para aprobar tienen que ser bastante más rigurosos que lo que permitió la normativa vigente en los '90. Nos parece un punto importante así como lo planteaba Azevedo con respecto a la intensificación de lo que hace a la fiscalización del cumplimiento de las normas internacionales de fabricación en este campo. Esto debe darse en un marco productivo que tenemos que ir de alguna forma acotando, porque acá va a haber una reconversión del sistema productivo nacional y transnacional sí o sí, esto no depende meramente de una política sino de los hechos de la realidad. La industria ya no va a volver a ser la que conocimos, esto no tiene regreso. La crisis es muy fuerte, esto fue un desarrollo en una sociedad de sobreconsumo que además pagó caro ese desarrollo industrial pero lo consiguió. Tenemos una industria, en términos latinoamericanos, muy buena, pero lo pagamos caro en la etapa previa de la vigencia de la legislación de patentes, y fue así por un lado y por el otro,

Patentes

Patentes es una bisagra también que se nos impone como desafío, y es fundamentalmente desde los organismos del Estado determinar cómo se pilotea la transición, de un régimen de no patentamiento de productos a un régimen de patentamiento de productos, que es el que en definitiva va a consolidar esa diferenciación entre un mercado de marcas de productos innovativos y un mercado de genéricos con o sin marca. Entonces el marco regulatorio debe ir orientando esta transición, para conseguir ese delicado punto de equilibrio entre los intereses del sistema productivo y los primordiales intereses sociales que tiene que servir en definitiva el medicamento. Entonces este es un punto importante.

Marco regulatorio de las farmacias

Dentro de los puntos que tienen que destacarse en el marco regulatorio uno es la centralización de la dispensación y comercialización al público de

los medicamentos solamente en las farmacias. Esto es muy clave, creemos que el medicamento tiene que estar únicamente en la farmacia. La dispensación y venta tiene que ser únicamente en las farmacias, salvo las instituciones de salud que tienen competencia directa para proveer y proveerse de medicamentos.

Tenemos un mercado bastante anarquizado en todo esto que se ha hablado, y si bien es cierto lo que dice Azevedo, cuando comparados con otros países latinoamericanos no estamos tan mal en materia de truchaje, contrabando; etc., eso no nos puede hacer bajar los brazos. Tenemos una irregularidad en expansión desde hace varios años, de modo que esto no va a ser solamente por una reforma en el Código Penal, si bien también la tenemos que hacer. Hay que penalizar más duramente este campo porque si no centralizamos en la farmacia y no reprofesionalizamos la farmacia, nos parece que es difícil enfrentar la exigencia de esta transición y de los cambios definitivos que queremos instalar.

El Formulario Terapéutico

Todo esto tiene que ser acompañado de algunas cosas que hacen a otras vertientes de la política, como aquella vieja idea de la predicación del formulario terapéutico en la medicina socializada que es la que brinda el Estado y la seguridad social; nos parece que de ser una cosa mas o menos voluntaria e indicativa, debe ser una cosa de tipo imperativo. Los sistemas públicos tienen que funcionar con formulario. Creemos que después se podrá discutir qué otra apertura pueda haber para el resto del mercado a través de pagos diferenciales o seguros complementarios. Hay muchas alternativas que se abren, pero el eje de la garantía lo tienen que dar los sistemas públicos, y estamos englobando en "públicos" lo que hace el Estado y el sistema de obras sociales, aunque los prepagos en la medida en que se incorporen de algún modo a ser agentes del sistema público también deberían estar incluidos. Creemos que el eje tiene que ser el formulario, y ese formulario tiene que ser lo más seguro y lo mejor. Que además se puede ir ordenando junto con una prescripción científica, junto con intercambiabilidad regulada, existencia de normas médicas de atención, que en su conjunto nos pueden ir acercando a un uso racional del medicamento. Tema éste que los argentinos tenemos atrasado, a pesar de que en determinados focos ha habido desarrollo, ha habido conocimiento y calidad intelectual para procesar el tema, pero lo que no ha habido es calidad institucional para generalizarlas y transformarlas en un proceso compartido para el resto de la sociedad.

Reflexiones finales

Entonces éstas nos parecen que son algunas de las cosas que realmente se nos plantean como un desafío. Este tema de la centralización en la farmacia nos parece clave, así como el tema de una reinención del rol del farmacéutico. Y así como no compartimos el exceso que en ese sentido tiene la ley que sancionamos, aclaramos que la votamos, pero en la concepción del Senado, incluso lo dijimos en el Congreso: creemos que es mejor el decreto de emergencia en ese terreno y la reglamentación que hizo el Ministerio, que la propia ley sancionada por el Senado.

Creemos que en la transición hay que tener alguna reserva en una decisión final fundada del médico. En un mercado teórico futuro en donde tengamos plenamente garantizada las equivalencias y plenamente fundada la intercambiabilidad, realmente no habría ningún reparo en que la marca desapareciera, en términos teóricos al menos, pero en las condiciones en que se da la transición, en la receta debería haber con fundamento claro una reserva para la firma del médico. Pero son cuestiones solucionables en la implementación de estas medidas a través de los órganos que las tengan que llevar adelante.

Una enumeración muy somera, y para ir terminando, de los puntos clave que creemos que nos permiten ir piloteando la transición, una de las cosas que hay que legislar también es que muchos de los productos que están en el mercado (no todos), con un plazo cómodo de 3 o 5 años deberían ser sometidos a pruebas complementarias en términos de la equivalencia terapéutica. Esto no quita que los productos similares que tenemos en el mercado (muchos de ellos copias que realizó la industria nacional a lo largo de muchos años sin régimen de patentes) creemos que son absolutamente intercambiables. Pero asimismo creemos que para darle absoluta transparencia a este mercado, con plazos razonables se pueden efectuar las pruebas complementarias, y con eso llegaríamos en 5 años a tener transparentado un mercado de genéricos de modo similar al de los países desarrollados.

En definitiva es un camino a recorrer y son distintos pasos a dar, ninguno de ellos que no genere ningún conflicto, pero nos parece que la apuesta que tenemos que hacer esta vez en esto como en muchas otras cosas, es si nos vamos a convertir en un país serio o no. Hasta ahora venimos optando por no desde hace mucho tiempo, pero esta vuelta la historia nos puso en un brete donde si no sabemos responder hemos luego de confesar nuestro fracaso. Pero creemos que no ha de ser así, somos optimistas

y pensamos que hay capacidad de reacción en esta sociedad, y lo estamos notando en cosas como las que motivan este encuentro.

Los problemas de acceso a la salud y al medicamento en la Seguridad Social Argentina

Dr. Rubén Torres

Introducción

En primer lugar nuestro agradecimiento en lo personal por esta invitación por parte del Observatorio y del Colegio de Farmacéuticos, y realmente sería pedante de nuestra parte intentar hablar sobre un tema que todos en el auditorio conocen sobradamente, y que ya brillantemente han expuesto Aldo Neri y Antonio de Azevedo.

Vamos entonces a aprovechar este espacio que nos han dispensado para hacer dos cosas: hablar de las condiciones o el marco técnico-político en el cual la decisión del señor Ministro, de adoptar una política de prescripción de medicamentos por su nombre genérico, encaja en el conjunto de la política de la Superintendencia de Servicios de Salud respecto a la cobertura que deben brindar las obras sociales nacionales. Y hacia el final, proferir una amenaza intelectual sobre la que dejamos ahora un manto de suspenso.

Los instrumentos del PMOE en materia de medicamentos

Cuando nos otorgaron el honor de ocupar este lugar, una de las situaciones básicas que planteamos es la enorme discordancia que había entre los recursos que disponía la seguridad social y el conjunto de las prestaciones de todo tipo, entre ellas los medicamentos, que se decía cubrir o garantizar al conjunto de los argentinos.

Esta discordancia era terrible en el momento en que se emitió la primer resolución del Programa Médico Obligatorio, y a pesar de no haber valoraciones económicas sobre el costo de esa canasta básica de servicios, la cápita media del sistema no llegaba a los \$21. Sin embargo algunos estudios no demasiado afianzados, pero de los pocos estudios que había sobre el costo del PMO hablaban de \$24. Es decir que ya partimos de una base equivocada porque le decíamos a la gente que garantizábamos una serie de

servicios cuando sabíamos que teníamos un déficit de más de \$3 en cada una de las prestaciones que decíamos garantizar.

El resultado está a la vista de todos y lo ha expuesto claramente Aldo Neri. Tenemos una seguridad social quebrada porque se comprometió por todo esto que decía garantizar, y el resultado fue que esto no fue bueno para la salud del conjunto de los beneficiarios del sistema ni tampoco para la salud financiera del sistema. Esto hace que una de las decisiones políticas fundamentales a tomar fuera a tratar en el futuro de adoptar una decisión, como decía Aldo Neri, razonable, que es adecuar el aquello que decimos cubrir a las posibilidades económicas de las cuales disponemos.

Y este fue el criterio básico con que se comenzó a elaborar el Programa Médico Obligatorio de Emergencia en base a dos perspectivas técnicas: una que es la de la medicina basada en evidencias y la otra que es la del costo-efectividad de cada una de las prestaciones. Y por primera vez hemos incorporado al Programa Médico Obligatorio un Formulario Terapéutico que comprende 206 principios activos, y que está incorporado como resolución al Programa Médico Obligatorio que debe cumplir las obras sociales.

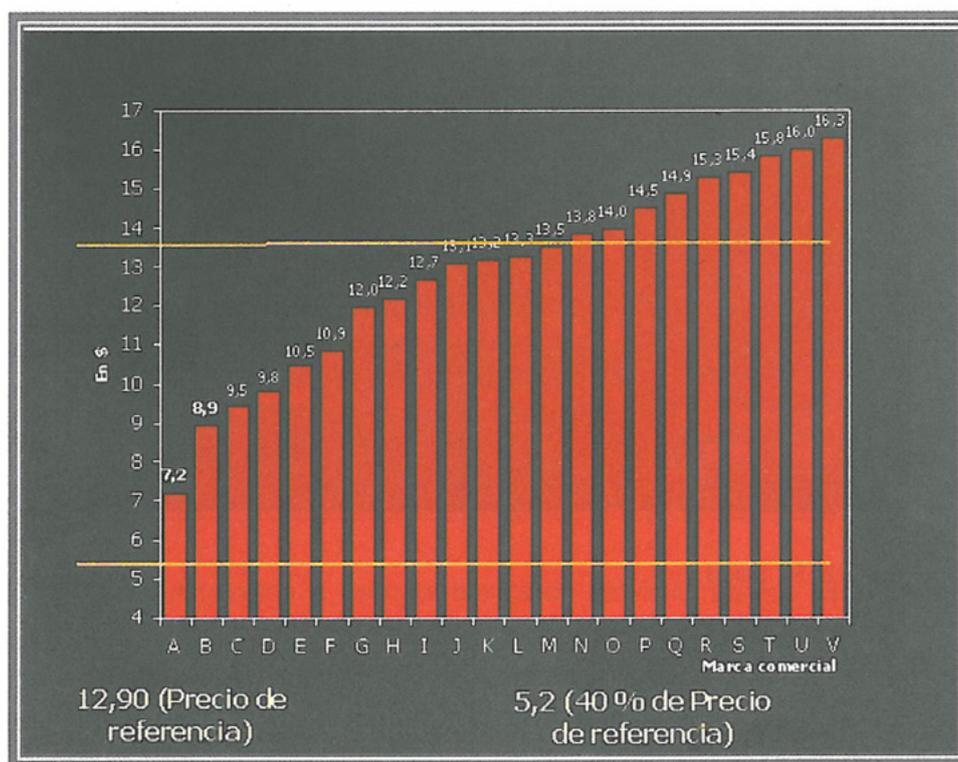
Esa decisión de incorporar el Formulario Terapéutico obedece a varias razones: la primera es esta razonabilidad de la que hablaba Aldo Neri. Es lógico tener un marco decisorio de cuáles son aquellos medicamentos que la seguridad social debe cubrir.

Ese formulario terapéutico respeta por supuesto las decisiones políticas tomadas por el Sr. Ministro respecto a la prescripción por el nombre genérico del medicamento y el establecer un precio de referencia en base al cual se realiza el descuento o la cobertura de la seguridad social. Estos son los principios básicos, pero además incorpora el criterio de la evidencia y costo-efectividad. Eliminamos de ese listado terapéutico todas aquellas presentaciones que no tengan correlato con una prescripción responsable. No tiene por qué haber en el mercado antibióticos o envases de antibióticos con 6 u 8 comprimidos, cuando los médicos sabemos que esta no es una prescripción responsable para ninguna de las enfermedades para las cuales se utilizan antibióticos. Entonces esas presentaciones han sido eliminadas de la cobertura. También fueron eliminados una serie de medicamentos que, como decía Antonio de Azevedo en su exposición, no pueden ser estimados en el marco de un uso racional. Éstos son los criterios con que se elaboró ese Formulario Terapéutico incorporado al Programa Médico Obligatorio, y ade-

más tenemos la decisión de seguir avanzando en la racionalización de esas prescripciones. Veremos luego en el marco de esta charla, que la mayoría de los medicamentos que cubría algún sector de la seguridad social no tienen ninguna validación en su efecto terapéutico.

Argentina hoy no se puede permitir algunas irresponsabilidades. No se puede seguir permitiendo la prescripción de un medicamento que no tiene aprobada su eficacia terapéutica por ningún procedimiento de evidencias. Y en este sentido acaso el ejemplo más típico sea el uso del Interferon en la esclerosis múltiple, que ha sido sacado de todas las coberturas de todos los sistemas de seguridad social del mundo mientras nosotros lo seguimos manteniendo acá. Estas cosas son las que responsablemente y con los límites que la ética impone, deberemos acordar y pensar para la instalación de un Programa Médico Obligatorio definitivo.

Gráfico 1 Precio de referencia



Fuente: SS Salud

Un segundo ejemplo tiene que ver con el caso que nuestro Ministro muestra siempre, un caso común de un individuo adulto con hipertensión arterial e hipercolesterolemia cuyo tratamiento se hace con el enalapril y simvastatina. Acá esto es para desactivar también un cierto grado de correspondencia respecto a que hay un mercado de medicamentos de segunda selección o de saldo.

Fijémonos entonces mirando el Cuadro 1, que si un argentino decidiera por la opción de mayor costo para este tratamiento gastaría \$290 por mes. Si optara en el marco de la política instalada por el Ministro en el marco de la seguridad social directamente pagaría nada. Pero si optara por la opción de más venta, y hablamos de lo que se dice que es mejor porque son medicamentos de la aparente marca reconocida, ese señor gastaría \$40. Su ahorro anual respecto de las marcas con la cobertura que tiene la seguridad social sería de \$3.000, que representa el 86% del gasto que realizaría para este tratamiento. Esta es una visión que hace al monto general de lo que ese señor gasta. Pero hay otra cosa que es mucho más grave que está relacionada con la equidad que esto tiene.

Cuadro 1 Gasto en medicamentos

Individuo adulto con hipertensión arterial e hipercolesterolemia	
Tratamiento: Enalapril + Simvastatina	
Opción de mayor costo	\$290,10
Opción de menor costo	\$0
Opción de más venta	\$40,03
Ahorro anual respecto del más caro	Con cobertura \$3000,84 → 86,20 %

Fuente: SS Salud

En Argentina hay 4.250.000 asalariados que perciben como promedio, y nos permitimos poner allí 4 situaciones, desde Ushuaia que es el lugar donde el sueldo promedio es mayor, \$700 mensuales, hasta Tucumán que es un ejemplo de los menores valores con un promedio mensual de \$300. A Tucumán la acompañan varias provincias; y dos situaciones intermedias como son la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense con \$650 y \$400

de ingreso medio de sus habitantes. Entonces, si un señor tiene la mala suerte de tener hipertensión e hipercolesterolemia y opta por la opción de mayor costo, en Ushuaia gastaría el 41% de su sueldo exclusivamente en el tratamiento de su enfermedad, pero en Tucumán gastaría el 97% de su sueldo, por lo que evidentemente no podría ni comer ni hacer ninguna de las otras actividades normales de cualquier ser humano.

En el Cuadro 2 exponemos la misma situación si ese señor eligiera la opción mas vendida. No estamos diciendo la de menor costo, la que según dicen por ahí es la segunda elección y no la primera elección. Si eligiera la primera y nos permitieran humildemente prescribir por el nombre genérico de los medicamentos, ese señor gastaría el 13% de su sueldo. Esta es otra situación política que con el PMO intentamos desarticular.

Cuadro 2 Incidencia en el ingreso



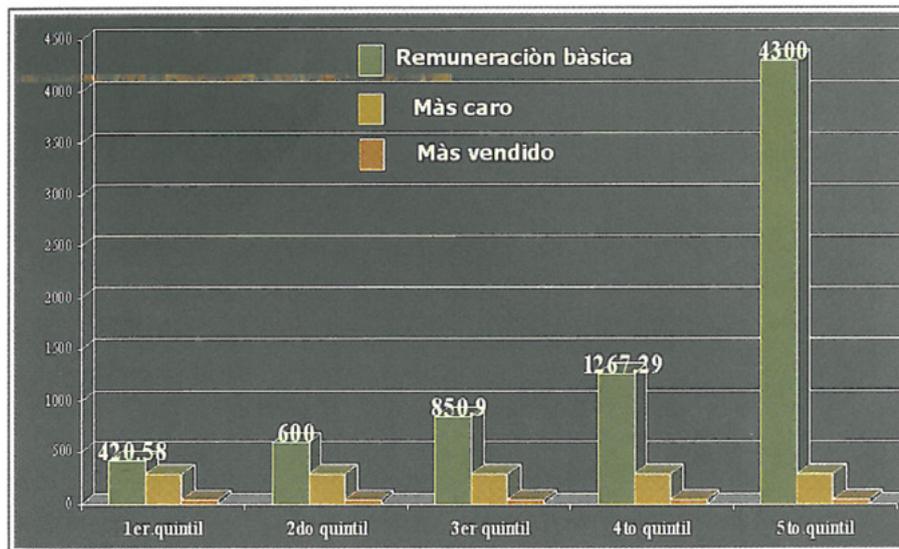
Fuente: SS Salud

En Argentina la canasta básica de servicios parece estar hecha a la medida de las elites capitalinas que son las que pueden acceder a los medios y reclamar. Entonces esas elites tienen derecho a hacerse spect cerebral, tomografía computada, resonancia magnética nuclear, y el pobre amigo que nació en Jujuy, Tucumán o Misiones no puede ni siquiera acceder a una consulta. Esta es una situación que se refleja claramente en el comportamiento del sistema de seguridad social argentino.

Lo que mostramos más arriba pareciera ser algo muy teórico. Esta no es una observación teórica. Acá tienen por quintiles de ingreso, los 5 quintiles, lo que es la población asegurada por la seguridad social, que por primera vez en muchos años tiene un padrón de beneficiarios. De allí sacamos estos datos. Tienen a la izquierda el primer quintil, la remuneración básica máxima de ese quintil que es el más pobre de los empleados argentinos que recibe \$420 por mes. Y a la derecha el mayor de los quintiles, que recibe como tope \$4.300 de sueldo que es el tope de descuentos de la seguridad social.

Puede entonces verse el impacto de elegir el más caro de los tratamientos anteriores; y el costo que tendría para cada uno de esos sectores elegir no el producto más barato ni el de segunda elección, sino el más vendido, que siempre es una marca de las "reconocidas". Fíjense que para que el pobre señor que tuvo la mala suerte de estar a la izquierda eso representa un porcentaje altísimo de su sueldo. Esta infamia que ven aquí y que fue sostenida durante años es lo que tratamos de desarticular.

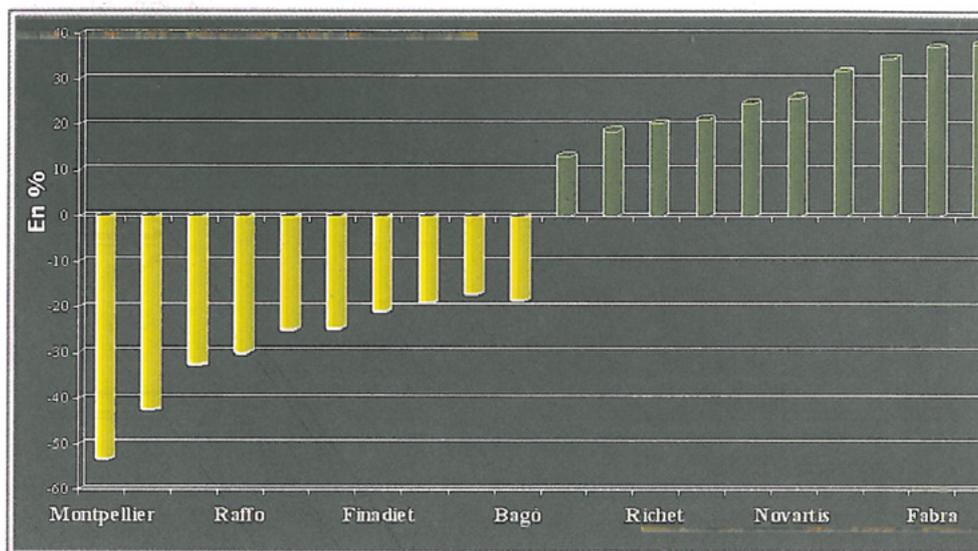
Gráfico 2 Incidencia según quintiles de ingreso



Fuente: SS Salud

Veamos ahora otra observación que hemos hecho dentro del marco de la seguridad social y es que pasó desde diciembre del 2001 a julio del 2002 con los medicamentos que están dentro del listado terapéutico agrupados por laboratorios.

Gráfico 3 Movimiento de precios por laboratorios Julio de 2001 - Marzo de 2002

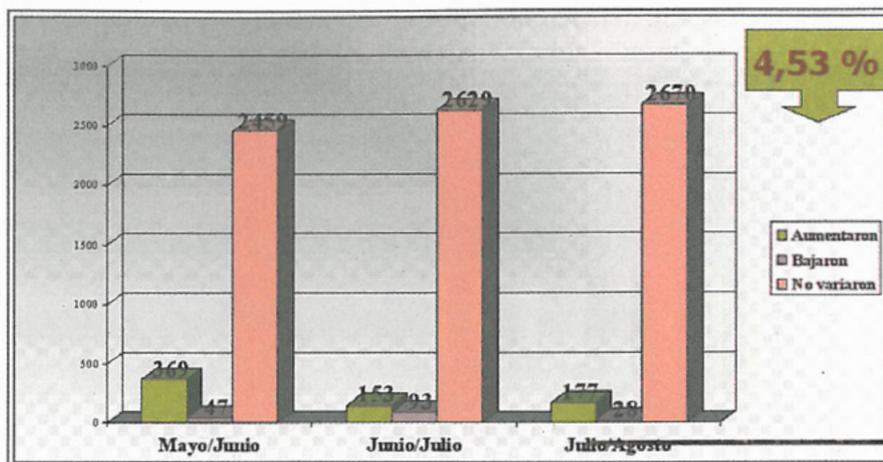


Fuente: SS Salud

Tienen en trazo claro el porcentaje de todos aquellos laboratorios que tienen medicamentos incluidos en el formulario terapéutico del Programa Médico Obligatorio con los porcentajes en que han descendido sus precios; y fíjense que llamativamente entre esos laboratorios están todos los de marca reconocida. A la derecha en un tono más oscuro, tienen a todos aquellos medicamentos incluidos en el mismo formulario que han aumentado sus precios.

Finalmente en el Gráfico 4 pueden verse las variaciones de precio del Formulario Terapéutico del Programa Médico Obligatorio que se produjeron entre mayo/junio, junio/julio y julio/agosto. Hay especialidades que aumentaron de precio, otras que bajaron de precio, y una últimas que no variaron, grupo que va creciendo. En total si tomamos punta a punta diciembre a julio del 2002, todavía sin tomar en cuenta las disminuciones que se produjeron en agosto, el conjunto de los precios incluidos en el listado terapéutico ha bajado el 4.53% en promedio.

Gráfico 4 Variaciones de precios del Formulario Terapéutico del PMO



Fuente: SS Salud

Resultados e impactos en la seguridad social

¿Cómo impacta esto en la seguridad social?

Esto es una pequeña referencia a un tema que también hicieron referencia nuestros colegas de mesa, el problema de la garantía. Cuando lanzamos el Programa Médico Obligatorio y el Listado Terapéutico convenimos con la ANMAT un sistema de control. Tomamos todos estos medicamentos que se ven en el Cuadro 3, de las distintas bandas, antibióticos, diuréticos, hipoglucemiantes, etc. incluidos en el Listado Terapéutico, para que la ANMAT hiciera un seguimiento de estos medicamentos. Ese seguimiento se viene realizando sistemáticamente desde el momento de lanzamiento del Programa Médico Obligatorio en abril del 2002.

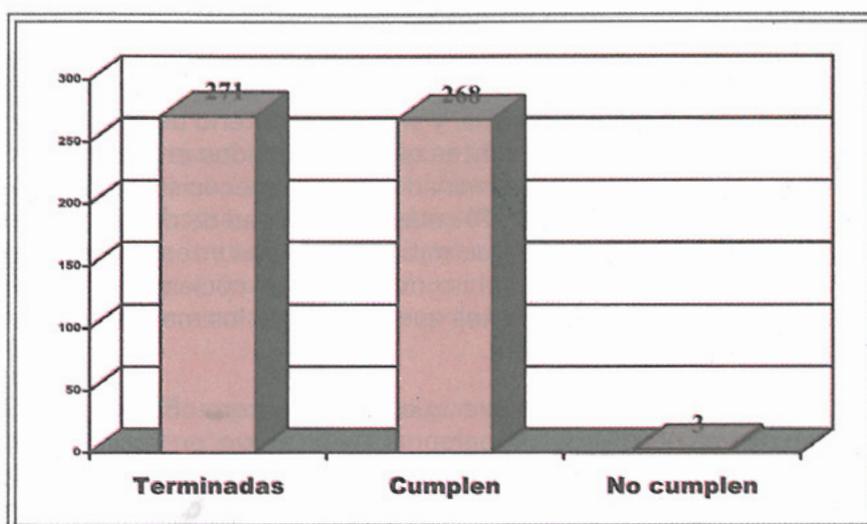
Cuadro 3 Programa PMO-ANMAT

Programa PMO-ANMAT	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Antibacterianos y antimicóticos ■ Amoxicilina ■ Amoxicilina + Clavulánico ■ Cefalexina ■ Norfloxacin ■ Ketoconazol ■ Nistatina ■ Metronidazol 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ansiolíticos ■ Clonazepam ■ Diazepam ■ Lorazepam ■ Diuréticos ■ Furosemida ■ Hidroclorotiazida ■ Hipoglucemiante ■ Glibenclamida ■ AINE ■ Ibuprofeno

Fuente: SS Salud

Y en el Gráfico 5 mostramos los resultados. Se hicieron 271 pruebas de estos medicamentos. De esas 271 pruebas, 269 cumplieron con las prescripciones de la ANMAT el 99%, en tanto que sólo 3 no la cumplieron y fueron retiradas de la venta y del listado terapéutico de la seguridad social.

Gráfico 5 Programa PMO-ANMAT



Fuente: SS Salud

Hasta ahora hemos visto desde una situación macro como impacta esto en el conjunto de la población. Vamos a ver ahora cómo impacta en el comportamiento cultural prescriptivo de distintas obras sociales. Tomemos el ejemplo de una obra social en la cual hay libertad absoluta de prescripción, no hay listado terapéutico, una obra social sindical de ingresos medios a bajos de sus afiliados. En base a ella elaboramos un estudio simulatorio sobre el 51% de las unidades que se prescriben y venden en esa obra social, que representan el 42% del gasto en medicamentos de esa obra social. El solo mecanismo del reemplazo habilitado por la prescripción del nombre genérico, teóricamente le debería otorgar a esa obra social la posibilidad de disminuir un 8% el gasto total en medicamentos. Y la segunda posibilidad que es la del costo-efectividad, es decir eliminar de su listado todos aquellos medicamentos que no tienen una eficacia terapéutica comprobada o una indicación precisa les permitiría reducir 30% el costo en medicamentos, lo cual le permitiría ahorrar \$429.055 por año. Y por ejemplo podría realizar un número importante de trasplantes, que son siempre más necesarios para la gente que algunas de las cosas que se prescriben en esa obra social.

Y un segundo caso que sirve para ejemplificar el impacto posible de

los cambios que implementamos podemos tenerlo con una obra social en la cual estudiamos el comportamiento prescriptivo del 22% de sus recetas. Este es el caso de una obra social que tiene un listado terapéutico acotado en el que los principios activos más frecuentemente recetados son los siguientes: Amoxicilina, alprazolán, vitamina A+C+D, clonazepán, metilprednisona, Z+Und+asoc. y ranitidina. Con alguna pequeña observación puede verse que son todos medicamentos de uso habitual y apropiado, con una eficacia terapéutica comprobada y con una indicación precisa.

¿Qué le pasaría a esta obra social?. Si utilizara el mecanismo de reemplazo habilitado por la prescripción por nombre genérico ahorraría el 8.5% de su presupuesto en medicamentos, y si usara el criterio de costo-efectividad y eliminara aquellos medicamentos que aún incluidos en su listado terapéutico igualmente podrían ser eliminados por el mecanismo de medicina basada en evidencia, ahorraría el 17% más. La cantidad de dinero \$185.941 por año, que es poca pero le permitiría pagar una interesante cantidad de cardiodesfibriladores que ven ahí o de implantes cocleares, que deben ser también un poco más importantes que algunos de los medicamentos que se prescriben indiscriminadamente.

Y vamos al caso más grave que es el tercero. Este es el perfil prescriptivo de una obra social de personal de dirección, en la cual la cultura prescriptiva es diferente: antígeno hepatitis B, amlodipina, tibolona, vitamina E y vitamina B12. Esto es llamativo porque los médicos son los mismos, pero la conducta prescriptiva varía notablemente. Algunas observaciones es que el primero de todos es un antígeno contra hepatitis A y B que no está incluido en ninguno de los planes de vacunación obligatorios de ningún país del mundo. En cuarto lugar está un precursor de la fibrina humana que se usa como antiartrósico y que no tiene ninguna comprobación de medicina basada en evidencia de su utilidad. Después está la tibolona, el alprazolán que no falta en la cartera de ninguna dama y que tiene una indicación precisa prescripta por la FDA, pero en la Argentina se usa desde el síndrome depresivo hasta la ansiedad masiva que tenemos por el "corralito". Desde ya uno de los lugares privilegiados lo tienen las asociaciones vitamínicas que son una indicación precisa. Se imaginan que esta población cubierta por esta obra social es una población que come bien, carne, verduras, frutas y demás, pero que gasta una gran cantidad de su prescripción en las asociaciones vitamínicas que no le sirven para nada excepto para parecerse, como dice una propaganda televisiva después de tomarla, a una señorita en bikini que corre alegremente por un prado. También está presente en este ejemplo otra de las prescripciones habituales de estas obras sociales que es la vitamina C de 2 gramos. Una prescripción que está 10 veces por encima de la prescripción habitual que puede ser utilizada en un ser humano, el resto se utiliza para orinar.

Este es un claro ejemplo de lo que es una conducta prescriptiva que

los argentinos hoy en un marco de racionalidad, como decía Aldo Neri, no nos podemos permitir. Esta obra social que ahorraría \$273.043 por año, o dicho de otra manera, el 4.28% si usara el mecanismo de reemplazo, y el 52% de su gasto si cambiara su perfil prescriptivo nos permitiría por ejemplo, cubrir drogas HIV y todo el tratamiento de 27 pacientes con HIV SIDA por un año, o 17 pacientes con discapacidad tratados de acuerdo a la ley durante todo un año.

Tenemos que elegir. Es un problema de sensatez. O seguimos permitiendo que se hagan estupideces o le pagamos a la gente que necesita las cosas que necesita.

En este marco de sensatez que planteamos, vamos a proferir la amenaza intelectual que anunciamos al comienzo de esta charla. Esto que hemos mostrado hasta acá tiene grados de infamia en algunos casos en la que hemos participado todos, médicos, laboratorios y todos los que hemos permitido que esto se llevara a la práctica, y permitió que un montón de argentinos no puedan acceder a las cosas que necesitan, y por eso proferimos la amenaza.

Hay algunos que apuestan a que esto se va a caer y se va a terminar, apuestan a que como esto es un gobierno transitorio, después que el Sr. Ministro se vaya todo va a cambiar. Tengan cuidado porque se equivocan. La gente se ha apropiado de esto. Y lo podemos garantizar como decía Bernard Shaw, "Hay dos tipos de hombres: hay hombres que miran la realidad y se preguntan por qué. Hay otros que la imaginan tal como debe ser y se dicen ¿por qué no?". Lo primero fue la Argentina de hasta hace unos meses donde había y sigue habiendo muchos comentaristas de la realidad pero hay muy pocos que están dispuestos a cambiar la realidad, y el segundo grupo de hombres que sabemos que muchos nos acompañan hoy en este encuentro, son los que la imaginan tal como debe ser y se dicen ¿por qué no?, y deciden cambiar la realidad. Nuestro Ministro está en este segundo grupo de hombres, los que han decidido cambiar la realidad.

Este es el desafío y esta es la invitación a todos ustedes. Los invito a que respondan la pregunta de por qué no; entre todos podemos hacer una Argentina más justa, más libre, más equitativa y más saludable para todos.

Preguntas al Panel

• **Audiencia:** Quisiéramos hacer una consulta. Por ejemplo cuando el Dr. Aldo Neri decía "las farmacias hoy tienen el rol, los farmacéuticos tienen el rol, centralicemos", así como recién el Dr. Torres exponía muy bien mecanismos para bajar el costo, no obstante pensamos que nos estamos olvidando de algo muy importante, que es muy permeable en la comunidad que son los OTC, de los cuales estoy en desacuerdo que por ejemplo un ibuprofeno o una ranitidina, sean hasta cambiados en su acción cuando se los explica a la gente con una publicidad masiva totalmente nociva, y que incrementa mucho el gasto del bolsillo del consumidor. Porque aunque dice que consulte a su médico o en su farmacia, los OTC sabemos que por ejemplo en nuestra provincia, Entre Ríos, se venden en los supermercados, y no es la única provincia; y no es un tema de solamente dónde se venden sino lo que estamos permitiendo en la conciencia de la gente.

Dr. Aldo Neri: El tema que se nos plantea pasa por como se publicita el medicamento. Lo que pasa es que nosotros venimos de un período bastante largo en que el medicamento está aceptado como un bien más del mercado, y entonces se somete a todas las reglas desregulatorias de un mercado abierto entre lo que está también el tema de la publicidad.

Si bien es cierto que los medicamentos bajo receta no tienen una publicidad dirigida directa al público, independientemente del hecho que el medicamento bajo receta, salvo por los sistemas que tienen cobertura por la gente no se cumplen las disposiciones de exigir la receta al momento de la dispensa en el país. En este mercado libre la venta bajo receta, excepto psicofármacos no se cumple, pero para el resto hay una publicidad altamente desregulada en la práctica, y que ciertamente tiene que entrar en cánones de lo que es un mercado en el que todos los procesos tienen que tener otra forma de fiscalización y control. No hay ninguna medida suelta que vaya a transformar las cosas. Acá lo que necesitamos precisamente, es reforzar el sistema de difusión sobre el médico, sobre el farmacéutico y sobre el público en general. Este es uno de los temas que también tiene que entrar en un proceso de regulación que le dé racionalidad a la situación y que reduzca al abuso. Es parte del relajamiento que se ha venido instalando, pero también es cierto que hay una serie de resortes sociales que a nosotros se nos han venido aflojando mucho más que a los que estuvieron antes. Y este mercado también lo refleja, desde el momento que se ha tratado al medicamento como un bien de mercado común, no un bien social, que así como tiene un beneficio tiene una peligrosidad significativa que hace que requiera también su difusión, y ocuparse de cómo se incorpora el conocimiento a la gente mediante una regulación que todavía tenemos a un nivel muy rudimentario.

- **Audiencia:** Dentro de la regulación de medicamentos que menciona, ¿ le parece importante que el precio esté regulado ?

Dr. Aldo Neri: Recordamos todavía al respecto la polinómica allá en los '80 cuando teníamos precios regulados en la Argentina por el Estado. Y también nos acordamos del período inflacionario y cómo fue en toda esa época la difusión de cómo se ajustaba el precio. La polinómica era la fórmula por la que se llegaba mensual, bimensual o trimestralmente a los ajustes. No seríamos hoy partidarios, pero esto es opinable. Este es un mercado en el que el costo de fabricación y comercialización tiene poco que ver con el precio. El precio está desprendido. Ahí viene el problema de la comparación. Es difícil comparar precios entre países. Usamos el dólar, es una convención, hay un dólar ajustado que usan los economistas, un dólar ajustado por capacidad adquisitiva. Estoy comparando entonces en base a una moneda que no es enteramente real. Hay mecanismos que tienen los economistas de corregir en algún grado esto, pero nos parece que lo fundamental como instrumentos para trabajar el tema precio es más bien todo esto que planteaba recién Rubén Torres: el tema de trabajar con precios de referencia que dan una banda dentro de la cual moverse. Y además dentro de un mercado que no favorece la competencia por precio, el desarrollo del genérico es lo que permite inducir un grado de competencia por precio.

Ahí sí sería buscador de las buenas cosas que puede ofrecer el mercado. Si tenemos una diversidad de fabricantes, siempre está el riesgo de oligopolio, acuerdos entre empresas que luego fabrican lo mismo, pero así se los va a inducir a competir por precios, cosa que en este momento no pasa. Obviamente va a quedar el problema de los medicamentos innovadores que por ley son monopólicos de por sí. Y ahí hay un proceso de negociación en el cual son los límites legítimos de la propiedad intelectual, los que tienen que recortar la arbitrariedad en la fijación de precios del que tiene legítimamente protegido su producto para recuperar su inversión, pero no al extremo de que eso lo convierta en un artículo absolutamente de sacrificio para el acceso de la gente. Entonces ahí está también la función regulatoria del Estado, pero no diríamos tanto a través de una polinómica sino a través de una negociación con los sectores empresarios.

- **Audiencia:** En este tema precios, incluso creemos que se tendría que revisar la ley de desregulación, porque pareciera que las farmacias le estamos cobrando de más a la gente porque nos quieren eliminar de la dispensa y que directamente la droguería le venda a la obra social por un tema de precios. ¿No le parece que en relación al tema precios, si se eliminaría todo el marketing de cada medicamento éste sería más accesible, y realmente el medicamento estaría manejado por una línea de comercialización correcta y con la dispensa en manos de un profesional? El problema que tenemos es que ahora nos dicen que la droguería al venderle directamente a la obra

social abarataría precios, con lo cual eliminaríamos a las farmacias comunitarias de la dispensa del medicamento cuando sabemos que entre un 40% y un 50% del precio del medicamento es el marketing o sobreprecio que tiene el medicamento.

Dr. A. De Azevedo: Aprovechamos la oportunidad para coincidir con lo que decía Aldo Neri en relación a la política de precios respecto del medicamento, porque se aprende de nuestros errores y del éxito de los otros. No existen en casi ninguno de los países políticas de precios que sean la primera medida política. Primero siempre ha existido una política de uso racional de los medicamentos y después sí se aplicó una política general de regulación de precios. Pero las políticas de regulación de precios como primer medida política generalmente han fracasado.

Respecto de la pregunta puntual volvemos al marco de racionalidad del cual hablaba Aldo Neri, la sensatez y la cordura. También debemos pensar si ese sobreofertado mecanismo de distribución que los medicamentos tienen en Argentina es un mercado lógico, porque pareciera ser que los laboratorios además de fabricar medicamentos tienen una excesiva participación en toda esta enorme cadena de comercialización e intermediación, como dicen los economistas. Y así evidentemente el costo accesorio que tiene esta cadena es muy alto respecto del valor de la unidad producto, así que tal vez en lugar de desregular este mercado debiéramos avanzar fuertemente en la racionalización de esa cadena de comercialización.

• **Audiencia:** Dr. Torres, como hombres de un laboratorio de investigación y desarrollo tomamos el desafío y nos comprometemos a trabajar para lograr que la población pueda acceder a los medicamentos trabajando en dos aspectos: en un equilibrio y respetando siempre la calidad. Así que nos gustaría, así como usted lanzó un desafío también lanzar nosotros el desafío de trabajar en conjunto.

Dr. Ruben Torres: Desde ya le agradecemos esto, pero el desafío está lanzado desde el 11 de enero del 2002 y lo lanzó el Sr. Ministro cuando asumió; así que es cuestión que vengan a sentarse a la mesa como se ha sentado la mayoría de las personas en este lugar.

• **Audiencia:** Con respecto a lo que se dijo sobre bajar el costo a las obras sociales mediante el Formulario Terapéutico, queremos saber si está contemplado o hay acercamiento con las obras sociales para que éstas funcionen como buenos prestadores, cubran al afiliado y respeten los compromisos con los prestadores.

Dr. Ruben Torres: Ante todo queremos corregirlo en un aspecto: en ningún momento se hizo referencia a que este Programa Médico Obligatorio tenga una raíz econó-

mica. Uno de los problemas que el equipo de salud percibe es que los procesos de reformas del sector salud en América Latina y Argentina particularmente tuvieron un enfoque decididamente economicista, y la mirada estuvo siempre en el problema del financiamiento que no es un problema menor, pero nunca estuvo puesta sobre el modelo prestacional. Creemos haber puesto el acento sobre el aspecto prestacional. Independientemente de los costos que el sistema tenga tenemos que racionalizar por el lado de aquello que es bueno para la gente y que es útil, independientemente de cuánto cueste.

Respecto de una segunda intencionalidad de su pregunta, la que debo traducir como ¿me van a pagar las obras sociales?, le podemos responder y hacernos responsables en lo que a nosotros nos corresponde, vale decir el sistema de obras sociales nacionales y de personal de dirección, que son las que están bajo la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud. No vamos a hacer una enumeración pero seremos breves: nosotros hemos eliminado los subsidios automáticos que permitían que el Fondo Solidario de Redistribución fuera utilizado en forma discrecional para el uso de las obras sociales. Esto significa que la Administración de Programas Especiales, que paga la alta complejidad en la seguridad social argentina, lleve pagados al mes de julio del 2002, 51 millones de pesos, cuando el año pasado pagó 39 en todo el año y con una recaudación que era 13% mayor que la actual.

En segundo lugar por primera vez en toda la historia de la Superintendencia de Servicios de Salud se han aplicado sanciones económicas prescritas por la ley a las obras sociales, y además hay dieciocho obras sociales que tienen pendiente la resolución del quitado de su registro, el Registro Nacional de Prestadores, por incumplimiento de sus obligaciones.

En tercer lugar, el Sr. Ministro tiene a su firma una resolución ministerial que va a obligar a los intermediarios que transitan desgraciadamente el terreno de la relación entre la obra social y sus prestadores, a disponer de una reserva liquida, disponible en forma inmediata, para garantizar el pago a sus prestadores. Y se ha incorporado la exigencia de sindicatura de las obras sociales, de presentar cada tres meses los libre deuda del pago de la obra social o de su intermediaria a cada uno de los prestadores, caso contrario se va a aplicar la ley que dice que si esos prestadores no han cumplido con sus obligaciones no pueden contratar por la obra social.

Dr. A. De Azevedo: Queremos hacer un breve comentario sobre la cuestión de regulación. Estuvimos hace dos meses en una reunión en Lima, donde había varios expertos internacionales sobre medicamentos y más de uno comentó que le extrañaba la extensión del debate en Argentina sobre la cuestión de los genéricos. Porque es el debate más frecuente en los países que tienen regulación muy floja, muy ineficiente. Como Argentina ya tiene una historia de regulación bastante respetable, les parecía excesivo el debate. No quiere decir que sea malo, todo diálogo es bueno, pero es importante comentar que el proceso de regulación no es sólo aprobación del producto,

sino también de las buenas prácticas de manufactura. O sea un producto que además de sus características químicas aprobadas, tenga aprobadas también sus buenas prácticas de manufactura, la probabilidad de que tenga problemas graves de biodisponibilidad y bioequivalencia es realmente muy baja. Pensamos que el dato que Rubén Torres presentó es muy compatible con la percepción que los expertos desde afuera tienen con el manejo de la cuestión de la regulación en Argentina.

Panel II

Política, Legislación e Importancia Económica y Social del Medicamento en la Argentina

Coordinador: Farm. Hugo Ignacio Robatta

Luego de la inauguración oficial de estas Jornadas de Política, Economía y Gestión de Medicamentos por el Ministro Ginés González García, vamos a dar comienzo entonces a este primer panel integrado por el Dr. Marcelo Carignani, el Dr. Esteban Cámara y el Dr. Federico Tobar, a quienes agradecemos que hayan concurrido a brindarnos su valioso aporte, agregando que nos sentimos honrados de contarlos hoy aquí en nuestra ciudad.

El Dr. Marcelo Carignani es farmacéutico, docente, ex director del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires y de la Confederación Farmacéutica Argentina. Actualmente se desempeña como Subsecretario de Contralor Sanitario del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. El bioquímico Esteban Cámara es Administrador Provincial, Director Provincial de Bioquímica y Farmacia dependiente del Ministerio de Salud de la provincia. Por su lado, Federico Tobar es Doctor en Ciencias Políticas, Master en Economía, Licenciado en Sociología egresado de la Universidad de Buenos Aires, ha publicado mas de 70 artículos científicos en revistas especializadas y periódicos de divulgación como capítulos de libros, es autor de 8 libros entre ellos "Más salud por el mismo dinero: Bases para la reforma del sistema de salud en Argentina" junto con el Dr. Ginés González García. Desde 1995 hasta el 2002 ha sido Director del Programa de Investigación Aplicada de la Fundación ISALUD, y actualmente es Coordinador General del Programa de Reforma de la Atención Primaria que involucra al componente REMEDIAR.

La política de medicamentos de la Provincia de Buenos Aires

Farm. Marcelo Carignani

Introducción

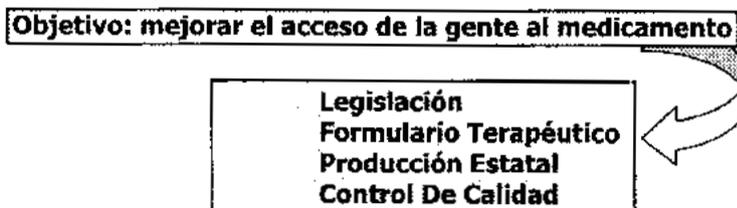
Quisiéramos comenzar esta breve charla agradeciendo al Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad, que ha sido el organizador de este importante evento la invitación que nos ha hecho a compartir esta experiencia que estamos llevando a cabo en la Provincia de Buenos Aires, y transmitir además las disculpas del Sr. Ministro que no ha podido estar presente, pero de cuya preocupación por estos temas que hacen a la salud conocemos muy de cerca. Es sabido que el medicamento ocupa un rol importantísimo en el gasto en salud, y como por supuesto ya se ha dicho en el inicio de estas Jornadas, se debe trabajar y mucho para que la gente pueda acceder al mismo.

En esta oportunidad queremos simplemente expresar en este espacio cuál es la política que piensa llevar a cabo, o que está llevando a cabo, el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires en absoluta concordancia con lo que lleva adelante el Ministerio de Salud de la Nación. Como sucede en todas las gestiones, nuestros equipos reiteradas veces comparten reuniones grupales en las cuales intercambiamos ideas, pero en materia de medicamento hay además una línea de contacto directa y permanente, en pos de un objetivo común que es favorecer el acceso al medicamento.

Acciones y objetivos

Cuando asumimos la actual gestión el 22 de enero de 2002, lo primero que el Ministro le planteó al Subsecretario fue la necesidad de generar en el marco de una política de medicamento factores que permitieran a la gente acceder rápidamente al medicamento, pero fundamentalmente que el aquellos que menos tienen puedan acceder de la misma manera que los que tienen más medios económicos. Si bien esto podía generar algunas diferencias en ciertos aspectos, hasta ese momento sabíamos que algunos sectores de los pacientes que concurren a diario a las consultas sanitarias podían tener acceso al medicamento vía la seguridad social y otros, pero también sabíamos que a la mayoría cada día se le cortaba más el acceso al mismo. Pensemos que estamos hablando de enero, después del quiebre que tuvo la Argentina allá por diciembre del año 2001, por lo tanto en lo primero que pensábamos trabajar era en buscar respuestas a la manera en que la gente que pertenecía al sector privado pudiera acceder al medicamento sin des-

bordar al sector público. Y en base a ese objetivo fue que pensamos cuatro aspectos a considerar en ese momento:



La legislación y el Formulario Terapéutico

Con respecto a trabajar sobre un Formulario Terapéutico, es necesario aclarar que si bien en el caso particular de la provincia de Buenos Aires la anterior gestión del Dr. Ginés González García al frente del Ministerio Provincial de Salud lo había dejado establecido, por supuesto que después de largos 10 años merecía alguna modificación y alguna actualización. Y fue por eso que en el marco del Pacto Social, que fue una repetición de lo que el Ministro actual de la Nación hizo cuando estuvo al frente de la provincia de Buenos Aires, se buscó apuntar a la producción estatal, y como es en general conocido por muchos de los presentes, la provincia de Buenos Aires tiene laboratorio propio de producción de medicamento.

Y con respecto a esta producción local, pensamos que es necesario encaminarse hacia un marco único de contralor y que se vayan modificando estas legislaciones, de modo que permitan que todas las plantas elaboradoras de medicamentos que pertenecen a los estados provinciales puedan continuar satisfaciendo la enorme demanda que se genera a través de nuestros hospitales o las salitas de atención primaria municipales. Esto es un aspecto crucial, si se piensa que no hace más de 5 o 6 meses conseguir que un proveedor se presentara a una licitación, mantuviera los precios durante el período que dure el expediente para una compra de medicamentos, y no se abusara no del Estado sino de la pobre gente que no podía llegar al medicamento, mostró en la práctica y por supuesto en ese momento histórico crítico al que hacemos referencia, ser algo extremadamente difícil. Esa relación hoy se compuso, pero en ese entonces teníamos propuestas de precios que estipulaban un dólar a \$10, \$8 ó \$7; por eso es que el Ministro decidió ante esa realidad apuntalar la producción.

Y por último veíamos que a este marco debíamos darle una garantía de calidad porque el acceso al medicamento no sólo debe verse desde el punto de vista del precio ni tampoco de la cercanía del acceso, sino que

importa que sea confiable y eso tiene que ver con la calidad el medicamento que cada uno de nuestros conciudadanos consume.

La provincia de Bs. As. tiene hoy específicamente en materia de medicamento tres leyes o decretos: Decreto 565 de 1990, Ley 11.405 de 1993 y Ley 12.895 de 2002.

Este marco legislativo arranca con el Decreto 565 de 1990 que fue idea de Ginés González García, que establecía la prescripción del medicamento por su nombre genérico y la sustitución por parte del farmacéutico.

Luego tenemos la ley 11.405, una ley mucho más amplia que reforzaba estos conceptos mas allá de que también propone determinadas pautas en la elaboración y distribución de los medicamentos. Pero en los artículos 16 y 17 de esa ley donde se habla de la prescripción y dispensa, se le daba al médico la facultad de poner la marca comercial. Con el transcurso del tiempo en la práctica esto llevó a lo que estábamos viviendo hasta hace pocos meses, cuando era raro ver una receta prescrita por nombre genérico estando la ley vigente en la provincia. Y por eso fue que el Ministro pensó que debíamos hacerle una modificación a esa ley, y así fue que se consensuó con todos los legisladores que tenían proyectos referidos al genérico, y con los colegios de farmacéuticos odontólogos y médicos sacar una modificación de esa ley que consta de dos artículos. Tenemos entonces la ley 12.895 que ahora en sí en la provincia sienta la obligatoriedad prescribir todo por nombre genérico, tanto en el sector público como privado y no deja ninguna excepción en su texto general. La excepción la dará únicamente la reglamentación, y será en aquellos productos que considere la autoridad sanitaria y que sean insustituibles por una cuestión de adaptación a la patología, o por el problema que tenga algún paciente en la adaptación a determinado medicamento. Pero el artículo 17 donde se hablaba de la sustitución, habla de que sea el paciente el que decida qué medicamento tomar.

Entonces pensamos que el marco político que hoy se establece nos permite decir los conceptos que previamente expresara Manuel Agotegary y con los que coincidimos ampliamente, podamos decirlos con total libertad, fundamentalmente por el gran consenso que tenemos o que tiene esta política en la gente.

Si bien hace 7 meses que en lo personal ejercemos la profesión los sábados y turnos de fines de semana, muchos de los aquí presentes en

estas Jornadas, habrán visto que la gente misma nos decía “¿No tiene algo que sea igual pero más barato?”. Y nosotros con nuestros conocimientos, los cuales son muy discutidos y muchas veces malintencionadamente, no podíamos colaborar explícitamente pese a tener una respuesta a este tipo de reclamos. Cuando vemos algunos programas de televisión y algunos comunicadores que hablan con total soltura y con la seguridad propia de la ignorancia refiriéndose a la farmaco-disponibilidad, la farmaco-vigilancia, o que no es lo mismo un medicamento que otro, nos seguimos sintiendo azorados. Es cierto que desde el punto de vista científico muchos de ellos no son lo mismo que otros, pero cuando estos comunicadores van al corte publicitario nos damos cuenta en qué lugar hacen los cursos de actualización, porque si nosotros nos preocupamos tanto por hacerlos en ámbitos profesionales, ellos también lo hacen en otros ámbitos profesionales distintos, y por eso tienen la valentía decir lo que dicen.

Pasando entonces al Listado Terapéutico y considerando que después de 8 años el Formulario estaba un poco desactualizado, en un trabajo conjunto con las universidades, los colegios profesionales y gente del Ministerio se llegó a tener conclusiones válidas en un rápido tiempo y elaboramos un nuevo Formulario Terapéutico.

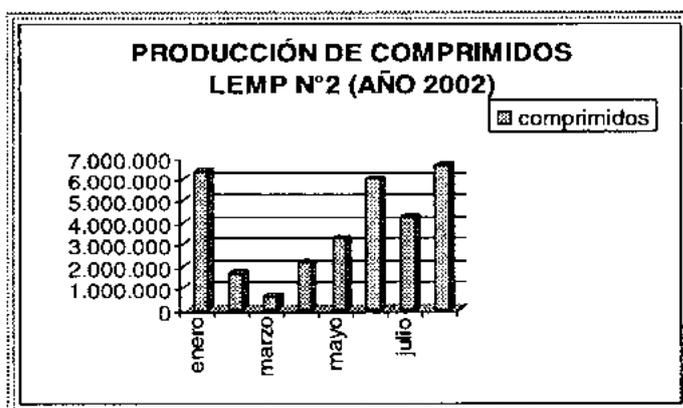
Un Formulario que tiene 155 drogas dividido en 3 sublistados: un listado básico, uno ampliado y uno para el uso del especialista o de uso normatizado.

Creo que todos veíamos la necesidad de que existiera un formulario único en la provincia, tal es así que la Obra Social Provincial está terminando de elaborar uno donde va a figurar exclusivamente el nombre genérico, no va a haber marca comercial, con los montos de cobertura como establece y se merece el afiliado. Y este listado tiene gran trascendencia para nosotros porque después de mucho tiempo no sólo se logra, sino que se logra con el consenso de todos. Esto es importante y nos parece que coincide con la política que tenemos que llevar adelante quienes tenemos a cargo funciones, siguiendo la idea de trabajar para que la gente pueda acceder rápida y fácilmente al medicamento.

La producción

En el siguiente cuadro se muestra la realidad que tenía la provincia cuando asumimos.(Gráfico 1)

Gráfico 1 Evolución de la producción de medicamentos en el LEMP N° 2 (2002)



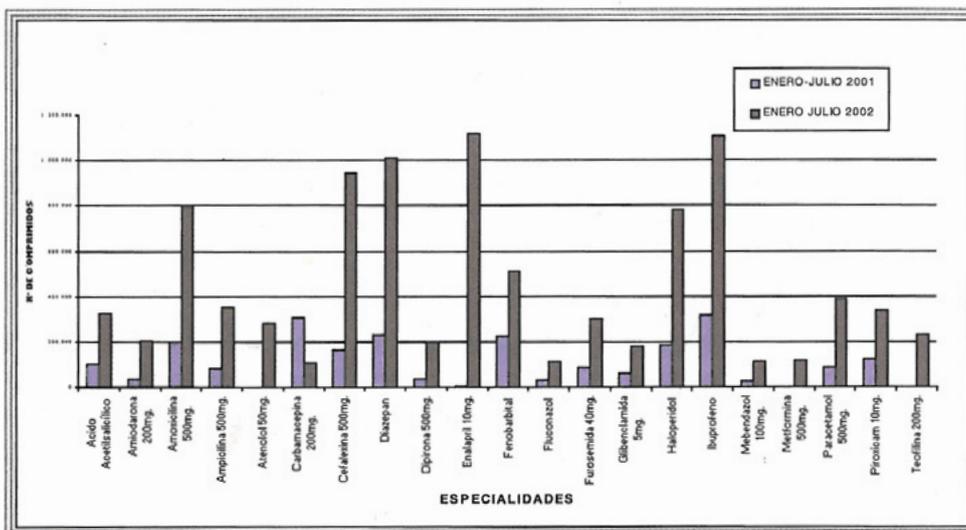
Fuente: Subsecretaría de Contralor Sanitario de la Pcia. De Bs. As, 2002

El LEMP N° 2 es el laboratorio que se encuentra en La Plata dentro de lo que era el laboratorio central y tiene capacidad para producir entre 10 y 12 millones de comprimidos mensuales y fue creado en el año '95 por el ex Ministro Mussi, con la idea de producir medicamentos para los municipios, que si mantienen ese convenio compran la materia prima en un sistema solidario de acuerdo a regulaciones y necesidades concretas. No obstante, los hospitales accedían poco a este tipo de medicamentos, porque hacían compras directamente de los hospitales o centralizada. El Ministro decidió que todo lo que era la medicación oral partiera de nuestra propia producción, por eso nos impuso un gran desafío, que fue incrementar notablemente la producción.

En este contexto que les comentamos, nos encontramos que en febrero, marzo y abril, fundamentalmente febrero y marzo, los proveedores no querían vender, el dólar era tasado a \$8 o \$9, se exigía pago a contra entrega e incluso en algunos casos lo pedían en moneda extranjera. Por cierto que a esta coyuntura crítica excepcional se le sumaban todas las trabas que tiene la administración pública para poder realizar una compra, y que entonces comenzamos a conocer de cerca. Porque, para dar un ejemplo, nosotros en la actividad privada, si tenemos fondos emitimos un cheque y compramos lo que nos hace falta. Pero en el Estado lamentablemente esto no es tan rápido de hacer, por lo tanto nos llevó un tiempo adecuarlo, pero rápidamente ya en agosto hemos superado los 7 millones y según datos de la gente encargada del laboratorio vamos a llegar a los 10 millones en el mes de septiembre.

En el Gráfico 2, si bien es un poco complejo de leer, se muestra lo que sería un comparativo de las especialidades elaboradas por nosotros que hemos entregado a los hospitales públicos con su equivalente de lo que se dio en enero-julio del 2001 vs. enero-julio del 2002.

Gráfico 2 Evolución de la producción de medicamentos en el LEMP N° 2 (2002)



Fuente: Subsecretaría de Contralor Sanitario de la Pcia. De Bs. As, 2002

En el caso de los productos más conocidos, que son los de mayor rango de consumo como en el caso de los antibióticos o del Ibuprofeno, hay una enorme diferencia y esto refleja un poco lo que fue la demanda no solamente de la provincia de Buenos Aires sino en todos los hospitales públicos, y esto es lo que nos permite decir que hoy en día no podemos dar abasto a la demanda que tenemos, aunque es cierto que se está cumpliendo perfectamente con las solicitudes del 90% de las consultas de la gente que concurre a los hospitales para la atención primaria. Pero justamente esto último no tendría que ser así, porque la gente para los casos de atención primaria debería concurrir a las salas de atención primaria que tienen los municipios, o a las salas de atención primaria que tienen algunos hospitales. Suponemos que ahora con la venida del Plan Remediar, seguramente se va a aliviar mucho el trabajo que hay en los hospitales. Porque la realidad de los últimos años hizo que los hospitales se transformaran en el único recurso que tenía la gente, no solamente para que lo atendiera el médico sino ade-

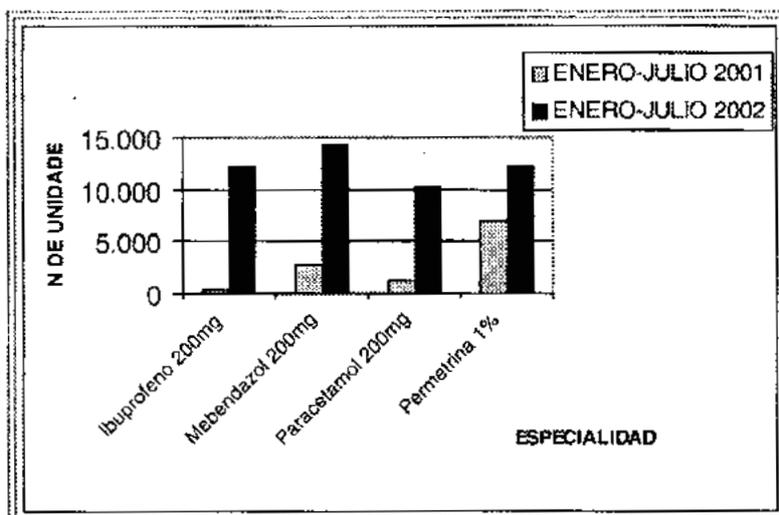
más para poder acceder al medicamento. La caída que hablan del 40% en el consumo de medicamentos es real y observable a través de esto que estamos comentando en muchos pacientes de la provincia de Buenos Aires, y hay localidades en la cual el 70% de los mismos concurren al hospital a buscar específicamente el medicamento.

El Ministerio cuenta con 4 plantas productoras a partir del 1° de octubre:

- Una que elabora comprimidos en La Plata.
- Otra que elabora jarabes y está situada en Berazategui.
- Otra que elabora suspensiones antibióticas que está en Bahía Blanca
- Y el 1° de octubre de 2002 se inaugura una nueva planta en Necochea con la intención de elaborar gotas para el Programa Materno-infantil, porque era una falencia que teníamos y no podíamos conseguir gotas de salbutamol, gotas de sulfato ferroso u otras de consumo importante. Entonces rápidamente decidimos con el ministro apoyar especialmente a esta planta, que si bien ya estaba el proyecto de inaugurarla a través de un convenio con el ministerio para poder suplir esta carencia que nos encontramos a principios de año, esperemos que ahora esto se normalice por el bien de la gente.
- Y finalmente está proyectado llevar a cabo la inauguración de una planta de preparados semisólidos en San Nicolás y también la inauguración a largo plazo de una planta que elabora inyectables, no para competir con el mercado ni salir a comercializar los productos sino específicamente para poder abastecer a los hospitales.

Más adelante comentaremos la diferencia en el gasto en presupuesto que hizo el Ministerio para favorecer otro tipo de servicios, como explicaba el Dr. Torres, no gastando en exceso en algunos rubros, fundamentalmente en medicamentos, y trasladarlo a otros.

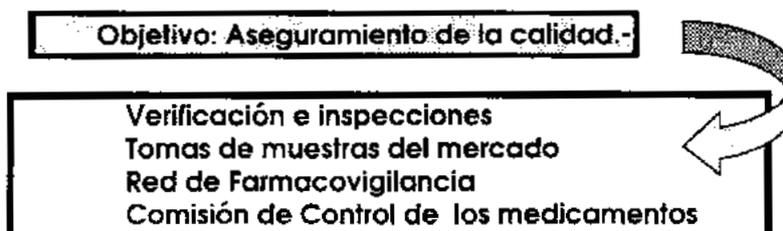
Gráfico 3 Comparativo de frascos entregados a los Hospitales Públicos Bonaerenses - 2001- 2002-



Fuente: Subsecretaría de Contralor Sanitario de la Pcia. De Bs. As, 2002

La calidad

Luego venía la etapa de asegurar la calidad de los medicamentos que circulaban en la provincia. Y decimos no hablar específicamente de la legislación en un marco regulatorio porque había que tener en cuenta varios aspectos. Uno era éste: se empezaban a escuchar voces, por ejemplo en relación al tema de los genéricos se decía que no todos los medicamentos eran iguales. Pero la gente demostró su aceptación, y además hay que tener en cuenta que estos medicamentos circulan en Argentina desde hace mucho tiempo, y el sector público estuvo curando con ellos desde hace muchos años atrás. Los medicamentos que elaboramos nosotros son del '95 y desde entonces los hospitales se abastecen de esos medicamentos.



Se buscó entonces poner énfasis en el tema de intensificar las verificaciones e inspecciones, y mediante un acuerdo con el Colegio de Farmacéuticos de la Pcia. De Bs. As. lo estamos haciendo ahora. Implica además la toma de muestras del mercado, ir a las farmacias y sacar como hace la ANMAT, si bien ahora estamos coordinando un trabajo en conjunto para no superponer esfuerzos. También contamos con el apoyo de la red de farmacovigilancia en el Colegio que ya tenía un convenio firmado con el Ministerio, lo estamos reflatando para que sirva como referente de las denuncias que transmite la gente. Y por último algo que es más novedoso, y que es una Comisión de Control de Medicamentos en la que participa el Ministerio de Salud en un acuerdo con el Ministerio de Seguridad. Esto significa que aquel que esté violando la ley dentro de lo que establece el Código Penal, directamente que vaya preso y no que se le aplique únicamente la ley administrativa que simplemente termina por darle una sesión pecuniaria, o al farmacéutico inmediata se lo sustituye y se pone a otro y el que delinque sigue delinquiendo. Entonces de esta manera logramos automáticamente que pase por la sesión del código penal.

Tabla 1 Control de monodrogas de distinto nombre de fantasía conteniendo una misma droga -

Producto	Laboratorio	Lote	Vto.	Identificación Méc.HPLCUV	Cuantificac. Límites USP23 92%-108% HPLC	Uniformid De dosis Peso Promedio RSD<6%	Disolució n USP 23 Q> 75%
Droga: carbamacepina 200 mg -							
CARBAMAT	SEARLE	80	03-MAR	Positiva	100.30%	0.4063 g RSD 1.34%	Cumple Q= 93.3%
CONFORMAL	HELVETIUM	13411	09-ABRIL	Positiva	97.70%	0.2619 g RSD 0.89%	Cumple Q= 100.5%
TEGRETOL	NOVARTIS	A0200494	02-ABRIL	Positiva	102.50%	0.2890 g RSD 0.97%	Cumple Q= 93.4%
Droga: amoxicilina 500 mg							
BIOXILINA	NORTHIA	4679/1	11-MAR	Positiva	99.30%	0.7202 g RSD 1.34%	Cumple Q= 100.6%
AMOXICILINA	FECOFAR	100302	06-ABRIL	Positiva	91.50%	0.7314 g RSD 0.89%	Cumple Q= 88.9%
AMIXEN	MICROSULES BERNABO	22132	02-ABRIL	Positiva	102.70%	0.7475 g RSD 0.97%	Cumple Q= 86%
TRIFAMOX	BAGO	L OLW	08-MAR	Positiva	98.20%	0.8309 g RSD 1.68%	Cumple Q= 93.8%

Fuente: Subsecretaría de Contralor Sanitario de la Pcia. De Bs. As, 2002

Otra decisión que tomamos para hacer más eficiente la producción tiene que ver con el hecho de que todas las drogas que se venden en Argentina se importan. Acá no hay síntesis y todo viene traído de afuera. Nosotros lo único que hicimos fue aprovechar un decreto que eximía de impuesto al Estado y poder comprar la mayoría de las drogas. Y en la Tabla 2 aparece el costo que le hubiera significado al gobierno provincial comprar esa cantidad de kilos de droga a través de un intermediario que lo trae la aduana al Ministerio, y lo que significa el monto comprado por nosotros afuera.

Para dar un valor exacto, para producir 6 meses de medicamentos para nuestros hospitales provinciales debíamos invertir 10 millones de patacones, que es la moneda que circula en la provincia de Buenos Aires. De esta manera vamos a gastar U\$S 1.300.000 con un dólar a \$3,60 que representan entre 4 y 5 millones de patacones, y por lo tanto nos ahorramos en 6 meses 5 millones de patacones, lo que significa trasladar este presupuesto o esta gran franja de presupuesto a otros insumos como descartables y otras cosas.

Tabla 2 Una variante para hacer más eficiente la producción

KG	Principio Activo	Merc nac Precio x Kg	Total \$ Merc. Nac	Tramitado x importac. Precio x Kg \$1= U\$s3.70	Total \$ Producto Importado	Diferencia
150	Atenolol	232	34.800	114	17.139	17.661
25	Haloperidol	1470	36.750	823	20.584	16.166
150	Glibenclamida	460	69.000	227	34.022	34.979
200	Cefalexina compact.	483	96.600	266	53.192	43408
200	Cefalexina polvo	483	96.600	266	53.192	43408
200	Amoxilina compact.	283	56.000	149	29.786	26.814
200	Amoxilina polvo	283	56.000	149	29.786	26.814
100	Furosemida	366	36.600	159	15.851	20.749
200	Ciprofloxacina	206	41.200	115	22.978	18.222
150	Ranitidina aérea	167	25.050	72	10.851	14.199
			549.800		287.381	262.420

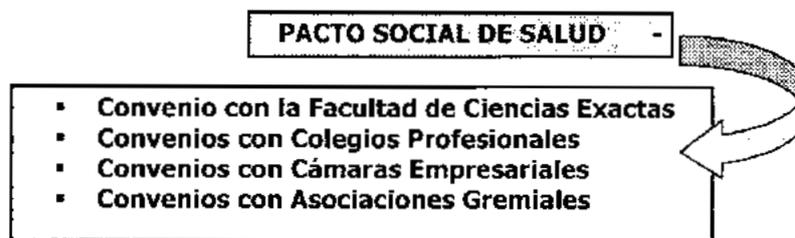
Fuente: Subsecretaría de Contralor Sanitario de la Pcia. De Bs. As, 2002

El Pacto Social de Salud

Además, en el marco del Pacto Social estamos llevando a cabo conve-

nios con la Facultad de Ciencias Exactas para controles de calidad de nuestros productos, para reformulación de algunos medicamentos y para producir algunos medicamentos que no podemos dar abasto nosotros en nuestra capacidad de producción.

Con los Colegios Profesionales estamos trabajando en todo lo que mencionábamos recién en cuanto a modificación o reglamentación de las leyes, pero fundamentalmente en el cumplimiento de la ley por parte de los profesionales. Van a ser las instituciones las que van a recepcionar las denuncias y luego girarlas al Ministerio para actuemos en el cumplimiento de la ley. Con las Cámaras Empresariales trabajamos en cuanto a la calidad de los productos y con las Asociaciones Gremiales también estamos trabajando y nos han brindado un gran apoyo.



Creemos que una demostración de este trabajo cooperativo multisectorial fue ante la aparición de algún cuestionamiento a la ley nacional, ya que rápidamente se generó una autoconvocatoria a nivel nacional en la cual tuvimos el gusto de participar, pero accidentalmente se mostró el apoyo masivo de todos los sectores del país y quedó en claro que la gente con ese 70% u 80% de apoyo que le brinda a esta política de prescribir medicamentos por su nombre genérico, avala las políticas que se llevan adelante por distintos estados provinciales.

Para concluir, creemos que es importante contar con el apoyo de todas las entidades. Los Ministerios estamos decididos a llevar adelante este tipo de política; es indispensable contar con el apoyo de la gente y seguir teniéndolo. En este sentido, hoy el Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe da una clara demostración como a diario lo dan determinadas profesiones, por eso en quienes hoy cumplimos un rol en el Estado agradecemos este apoyo y reiteramos que de esta manera el único beneficiario es el paciente.

Perspectivas de análisis de una política nacional de medicamentos

Lic. Federico Tobar

Introducción

Junto con el agradecimiento por participar y exponer en estas Jornadas, queremos comentar primeramente que, en verdad lo que escuchamos desde que comenzaron las mismas nos resultó muy gratificante, por un conjunto de factores que iremos mencionando a lo largo de la presentación. Pero nos parece importante destacar a partir del título de este panel, que este espacio crea una oportunidad interesante para reflexionar la importancia social y económica de los medicamentos en la Argentina. No es que esto no haya sido abordado ya por los disertantes anteriores, y estamos seguros que va a continuar ese abordaje, pero como nos parece que los aspectos que hacen a la política van a ser bastante tratados, reconozco que otra vez no pude con mi genio y traje números, pero al margen de esta tentación, la intención sería por lo menos centrar la exposición en cuatro aspectos más bien conceptuales primero, y después sí empezará ese bombardeo de cifras que se está volviendo una costumbre... pero que también coincide con lo que hacemos en general en la gestión del Ministerio.

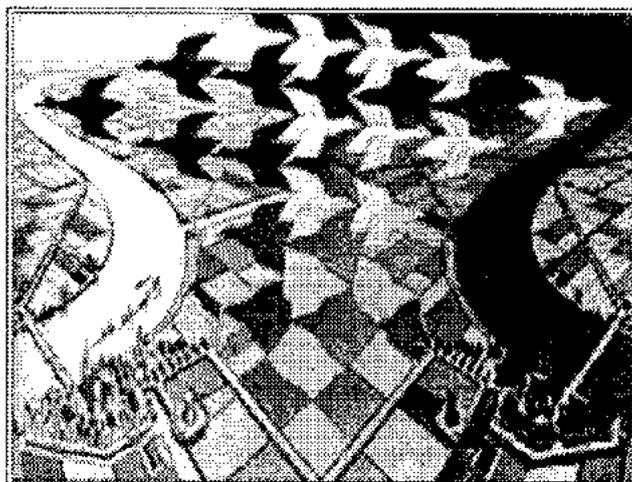
Perspectivas para pensar los medicamentos

Hemos estado reflexionando sobre la problemática de los medicamentos a partir del título de las Jornadas "Política, Economía y Gestión de los Medicamentos". Y entonces pensábamos que justamente política, gestión y economía aplicados en salud son sin lugar a dudas, unos de los aspectos más complejos y complicados de la política, gestión y economía en general. Nada hay más complicado que administrar la salud o ver cómo formular políticas de salud. En términos generales, la Economía de la Salud tiene un conjunto de desafíos específicos y por eso ha crecido tanto como área de concentración de la economía. Pero probablemente la problemática de los medicamentos sea la más compleja en el interior de la problemática de la salud. Y porque es tan compleja reflexionábamos entonces que tiene diferentes lecturas.

Hemos traído una imagen que llama a la reflexión, porque depende de cómo la miremos, o qué captemos como primero y segundo plano, veremos que los pájaros vuelan en una dirección o en la inversa. Si uno tiene una

determinada perspectiva le parece que está viendo pájaros blancos volando hacia un sentido, si lo mira desde otra perspectiva ve pájaros negros volando hacia el otro lado, y finalmente cuando lo mira con más detenimiento, se da cuenta que es una figura entrelazada e involucra múltiples aspectos.

¿Hacia dónde vuelan los pájaros?



Nos parece que ésta es la principal característica de la problemática de los medicamentos. Involucra un mercado, que es un mercado importante, que en la Argentina es muy importante, es uno de los pocos aspectos en los cuales tenemos una industria que es bastante competitiva, que tendría que ser un eje de la reactivación económica del país. Pero por otro lado, y serían metafóricamente los pájaros volando hacia el otro lado, tenemos una gran limitación en el acceso. Tradicionalmente no ha sido así, por lo menos en comparación con el resto de los países, pero en este momento la situación es gravísima. Tiene razón el diputado Aldo Neri cuando dice “todavía no tenemos investigaciones que lo demuestren o que lo sigan, o que profundicen este examen y cuando tengamos estos datos nos vamos a agarrar la cabeza”.

Vamos a mostrar algunos de los números que estamos viendo y que grafican lo que sin lugar a dudas es uno de los problemas más difíciles: el acceso al medicamento, siempre en la Argentina fue en salud uno de los problemas mayores. Hay muchas más dificultades de acceso al medicamento que a servicios de salud en la Argentina. Pero así y todo si se contempla la Encuesta de Desarrollo Social que se viene haciendo, ya se hicieron tres, la primera se hizo en el '97 sobre una muestra de 30.000 hogares, puede verse que de las personas que percibían síntomas y consultaban en servicios

de salud, sólo el 3% no accedía al medicamento si le prescribían. Este dato si es creíble era relativamente bajo, hay mucha gente que no consulta porque sabe que si le prescriben algo, igualmente no va a acceder al medicamento y hay gente que ni siquiera accede a la consulta, por cuestiones económicas, por distancia, por tiempo. En resumen, percibe síntomas y no consulta. Pero entre los que consultan y le prescriben, realmente en el año '97 que ya había crisis aunque no era la crisis que vivimos en la actualidad, esto no era tan dramático. El último sondeo en datos preliminares que todavía no fueron publicados, muestra que se quintuplicó ese número, a partir de ese 3% estamos en más del 15%.

Prosiguiendo, lo principal que nos gustaría destacar es que en el tema tenemos dos lecturas, y en este sentido en lo personal me motivó mucho el libro de Matilde Sellanes y Carlos Vasallo sobre el Caso del Ántrax y el Cipro como disparador del debate sobre el acceso a los medicamentos, donde también se plantea que nosotros podemos mirar al medicamento desde distintas perspectivas. Y de acuerdo a ello básicamente nuestra propuesta en esta charla es que lo pensemos desde el lado del paciente y desde el lado del mercado.

Dando la mirada desde el lado del paciente nosotros consideramos que a partir del análisis, el medicamento debe ser un **bien social**, y tratarlo así involucra un conjunto de factores. **Desde el punto de vista económico en general son bienes meritorios de altas externalidades**, en términos muy simples esto quiere decir que el consumo o el no consumo del medicamento por parte de un argentino, no sólo afecta solamente a ese argentino sino también afecta al resto de los argentinos. Esto en el caso de las enfermedades infectocontagiosas es clarísimo. Hay dos condiciones centrales que no se pueden garantizar individualmente, y son el ambiente y la salud, que justamente son los dos factores de mayores externalidades. Podemos garantizar a nuestro hijo una buena vivienda, una buena educación y alimentación si nos va bien, pero si el país está enfermo no hay forma que le garanticemos una buena salud. Y lo mismo sucede con el ambiente, las externalidades son amplias.

La otra característica, que nos gustaría destacar mirando al medicamento como bien social es normativa y tiene que ver con la consideración de un bien como una necesidad básica, que es declarada, que es un valor, que es asumida por un Estado. Al asumir que es un bien social, el Estado se tiene que preocupar porque ese bien social sea accesible. Como bien decía Marcelo Carignani, accesible no significa solamente accesible en términos económicos, de precios, tiene que serlo en igual medida en términos de seguridad y de calidad. Cuando proclamamos un bien como bien social, estamos dicen-

do que el Estado tiene responsabilidad sobre quién accede y cómo accede.

Una anécdota que muestra un aspecto llamativo al respecto es la siguiente: en Estados Unidos es muchísimo más fácil comprar un arma de fuego que una amoxicilina, sin receta es casi imposible comprarla. Y las recetas no se hacen, como sucede en la Argentina, por un médico amigo al que se la pedimos sin realizar la consulta, en general la fiscalización, la responsabilidad civil, las presiones sobre el prescriptor y sobre el farmacéutico son tan grandes, que es muy raro que ocurra un caso de automedicación o una prescripción irresponsable, está controladísimo. Y así y todo, en un artículo publicado en el JAMA en septiembre de 2001, consideraban que la mala prescripción era responsabilizada como la cuarta causa de defunciones en Estados Unidos. Estamos hablando de uno de los países con mayor seguridad en los medicamentos, con mayor control en la prescripción y la dispensa y así y todo vemos el alto impacto que tiene el medicamento como factor iatrogénico.

Por esta vía de reflexión surge entonces que éste es un mercado que debe ser fuertemente regulado. Esto significa un conjunto de factores: significa que nos preocupemos con el acceso en términos económicos, con el uso racional, con la seguridad. Regulación en términos genéricos es la preocupación por corregir fallas que hay en el mercado, es asumir que el mercado no asigna de la forma adecuada los recursos y es necesario que haya una intervención para que el mercado asigne de forma más adecuada, no necesariamente más eficiente sino más eficaz. Cuando nos estamos preocupando por estos aspectos normativos no solamente estamos asumiendo que es el mercado el que falla, sino que también falla el Estado.

Todo el capítulo de la regulación de los medicamentos, es un capítulo muy grande que tiene un montón de aspectos. Nos dedicamos en los últimos años a estudiar cómo se hacía en otros países, que políticas funcionaban y cuáles no, y la mayor conclusión a la que arribamos fue que es difícilísimo evaluar una política de medicamentos. Primero porque en general no son sostenidas, son muy pocos los casos en que las políticas se mantienen iguales y sin alteraciones durante un período de tiempo suficiente. Segundo, y aquí contamos una anécdota, los únicos medicamentos que consumía personalmente hasta hace poco que eran contra la alopecia, siempre me trataba con todo lo que había, que en general era caro, pero el cabello se me seguía cayendo. Y lo mismo pasa con las políticas para controlar precios de medicamentos, los precios siempre suben, el gasto en medicamentos siempre sube, el costo promedio de la unidad a lo largo del tiempo tiende a subir, y en todos los países del mundo el gasto promedio en medicamentos tiende a subir.

Como científicos lo saben, hay muchas variables que intervienen y desde ya no controlamos todas esas variables. Una de las principales variables es la innovación tecnológica, cada vez hay más y mejores medicamentos, estos nuevos son más costosos por un conjunto de factores y la gente consume más medicamentos, en parte por la transición epidemiológica, en parte porque somos un país que si Dios nos ayuda nos vamos a mantener avanzados en la transición epidemiológica, las patologías prevalentes son crónico- degenerativas, tienen más peso que las infecto contagiosas. La pirámide demográfica de este país está también avanzada, tienen alto peso los grupos de mayor edad, que son grandes consumidores de medicamentos, que consumen medicamentos para afecciones crónico- degenerativas cuyo tratamiento es de alto costo. Más allá que haya una buena selección, un uso racional, que haya incluso competencia que permita mantener precios relativamente adecuados, el gasto va a tender a aumentar. El problema de acceso al medicamento es un problema que va a crecer de forma permanente. Ojalá lleguemos a esa imagen utópica que nos recordara el Dr. Azevedo de esa película *Minority report*, y haya un despegue tecnológico impresionante, donde con la medicina genética y con los medicamentos biológicos se puedan generar nuevas perspectivas de acceso. Seguramente algo de eso va a haber, pero probablemente si sigue por la otra vía, que es la vía del mercado, las barreras de acceso se van a mantener por más innovación que haya.

Desde la **perspectiva del mercado** estaríamos hablando de un bien de consumo más. Si trabajamos el medicamento como un bien de consumo más, la receta es la general, es la receta de "desregulemos, porque la desregulación hace que aumente la competencia y esa competencia tendería a asignar en forma eficiente los recursos, y podríamos esperar que los precios tiendan a reducirse por la competencia". En esto tenemos experiencia empírica y no pasó en ningún país del mundo. Lo que tiende a pasar es que el hombre reacciona como *homo economicus*, y el prescriptor como la cadena de comercialización, como el productor, y eventualmente también el farmacéutico están buscando su mayor rentabilidad. Vale decir que los intereses terminan alineándose en pos de la rentabilidad. Si respondemos exclusivamente a la lógica de un bien de consumo más, lo más probable es que todos terminemos buscando asumir conductas que terminen repercutiendo en una reducción del acceso creciente, en un agravamiento de este problema que estábamos presentando y que se traduce claramente, si bien no exclusivamente, en un incremento de los precios y del gasto sostenido.

La principal conclusión, es una frase del Evangelio según San Mateo: "Nadie puede servir a dos amos, porque va a amar a uno y odiar al otro o

viceversa". Y aquí tenemos una tensión muy clara, entre mirar el cuadro desde los pájaros blancos o desde los pájaros negros, mirarlo como un problema sanitario o como un problema económico. Y no es tan fácil tomar partido, asumir una posición correcta, porque creemos que hay argumentos concretos y defendibles desde las dos visiones. Como hombre de la salud, obviamente en lo personal nos tenemos que inclinar hacia la perspectiva sanitaria y tendríamos que priorizar el acceso al medicamento. Lo más significativo de la gestión actual del Ministerio Salud, de las políticas de salud, y como decía Manuel Agotegaray en la presentación, el cambio sintomático de la política de medicamentos en este momento es que se está conduciendo desde el Ministerio de Salud, que tiene un protagonismo muy fuerte y estamos convencidos que la prioridad absoluta es el acceso. No sólo el Ministerio de Salud de la Nación, como recién lo expresó muy bien Marcelo Carignani, sino también en las provincias, en la de Santa Fé sin lugar a dudas, en la provincia de Bs. As., y en casi todas las provincias argentinas que han asumido una actitud bastante activa en lo que va del año en la legislación y la organización de sus políticas.

La formulación de políticas de medicamentos

Formular políticas de medicamentos tiene como mínimo tres perspectivas. En el Gráfico 1 lo planteamos como un triángulo para ir siguiendo el razonamiento.

Gráfico 1 Ejes de la formulación de políticas de medicamentos



Lo podemos pensar desde la **política de salud** y de ahí las preocupaciones centrales, esto no es de nuestra cosecha sino que ha sido planteado en la OMS, son la problemática de la eficacia, de la inocuidad, de la calidad y del acceso. Esto no significan exactamente los capítulos de la política ni las líneas concretas, esto significa la preocupación central. Hay acciones de farmacovigilancia, hay acciones de uso racional, de provisión, de regulación.

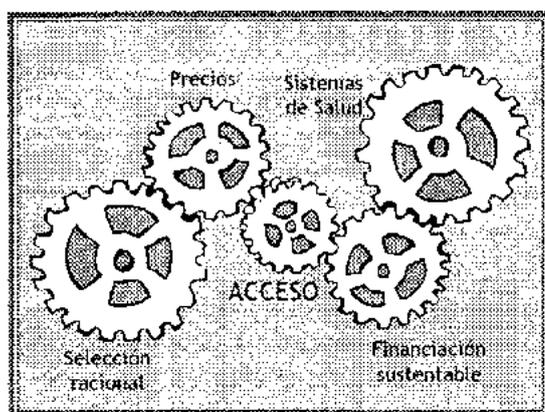
Desde la **política industrial**, y acá claramente estaríamos mirando la segunda perspectiva, que es más una perspectiva de mercado, tenemos que preocuparnos por la competitividad. Aquí un tema central es el cambio, el tipo de cambio. Esto afecta la producción, la competitividad, como esto afecta los precios; el tema de las barreras de ingreso, las barreras arancelarias y para-arancelarias, toda la problemática de la organización industrial de la economía industrial.

Pero hay una tercer perspectiva que es muy importante y es defendida por los laboratorios productores que tendría que ver con la **política de ciencia y tecnología**, que está relacionada con el carácter del medicamento como un bien de tecnología intensivo. Aquí es importante también fomentar, estimular, defender la investigación, proteger la propiedad intelectual.

Entonces puede verse que si nos paramos en algunos de esos ejes las prioridades son diferentes. Hay puntos en común, por ejemplo la problemática de la innovación es una preocupación común entre la ciencia y tecnología de la política industrial, la problemática por los avances terapéuticos, es decir porque los medicamentos sean cada vez más potentes y que sean mejores es común entre la investigación científica y la política de salud; y la problemática de la competencia que tanto afecta el acceso, también es una problemática común entre la política de salud y la industrial.

Nosotros desde el Ministerio de Salud nos tenemos que parar obviamente en el vértice superior, y lo que se ha priorizado, que no significa que se olvide todo lo demás, lo que se ha priorizado claramente ha sido el acceso, porque formular políticas es necesariamente establecer prioridades, y lo que se ha planteado en este momento como el mayor de los problemas que padece el sistema de salud en Argentina es un problema de acceso básicamente a los medicamentos.

El acceso a los medicamentos está condicionado: es el resultante de un conjunto de engranajes. El acceso depende de los precios, pero no solamente de los precios, porque si los precios fueran altos pero



hubiera buenos sistemas de financiación pública no sería tan problemático. Hay países donde la gente prácticamente no paga nada de su bolsillo para los medicamentos, por ejemplo los jubilados en España no pagan nada de su bolsillo ni tampoco en Inglaterra depende del nivel de ingresos de uno. Si uno tiene el carnet rojo de la seguridad social que significa entre los quintiles

de menores ingresos tampoco paga prácticamente nada; claro que esto está relacionado con el otro engranaje que es la selección racional. Es para algunos medicamentos, porque financiar todos los medicamentos a todo el mundo es imposible por la innovación, el incremento de los precios y cobertura y todos estos factores que mencionábamos previamente.

La otra problemática es el sistema de salud y los tipos de cobertura que hay. Una característica particular de la Argentina, buena parte además de la encrucijada en la que vivimos, es un sistema fragmentado pero que tradicionalmente tuvo una alta cobertura.

Si comparan la cobertura, la cofinanciación que tiene la seguridad social, o la medicina prepaga o las mutuales en Argentina para medicamentos ambulatorios, con otros seguros de salud en América Latina, Argentina se parece mucho más a Europa. Incluso que comparándolo con Estados Unidos, las ISAPRES chilenas o los Planos brasileros, todas la prepagas del resto de América Latina no tienen la cofinanciación de medicamentos ambulatorios que hubo tradicionalmente en Argentina. No la tienen y acá es así desde hace muchos años. Es impresionante la cobertura que tiene PAMI, en términos mundiales solamente resulta comparable con la seguridad social de los países europeos.

Y el otro factor que está relacionado con esto es el alto consumo, ya que los argentinos somos un país de alto consumo.

Hay una cuarta noción que queríamos plantear que son las características económicas. Primero es que **la financiación del medicamento es muy regresiva**. De los ítems de consumo básico, o sea lo que gastamos de nuestros bolsillos, no hay nada donde los pobres gasten proporcionalmente tanto más que los ricos como en el caso de los medicamentos. Esto

es así en casi todo el mundo, dependiendo por supuesto de las variantes de la financiación pública y cómo son los sistemas de salud en cada caso. En Argentina el gasto es altamente regresivo y eso es clarísimo.

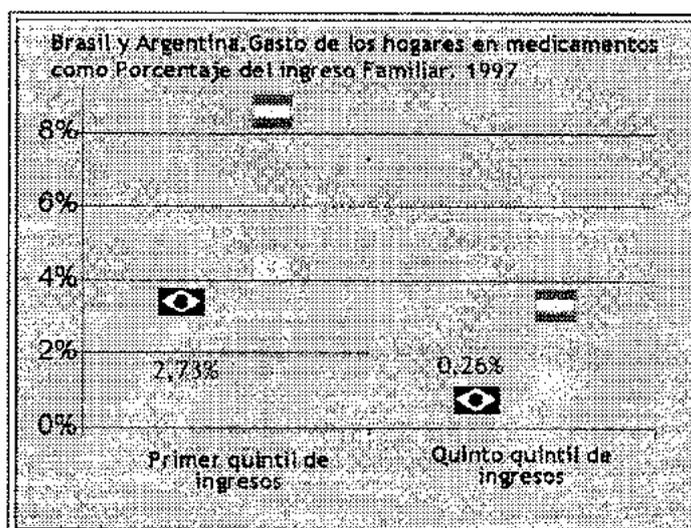
El medicamento es el bien de consumo familiar cuya financiación es más regresiva

Y el otro tema es la **gran dispersión de precios**, que de alguna manera la competencia que se está dando por la estimulación de la prescripción por nombre genérico y la habilitación de sustitución, tendería a reducir.

El mercado de medicamentos es sumamente imperfecto registrándose una gran dispersión de precios entre oferentes de un mismo medicamento

Queríamos mostrar el impacto que tiene la regresividad en la financiación a nivel del impacto que tiene sobre los bolsillo de los hogares, y aquí utilizamos la Encuesta de Gasto de los Hogares que se hace en 191 países simultáneamente, y comparamos Argentina contra Brasil, como puede verse en el Gráfico 2.

Gráfico 2 Comparación del gasto en medicamentos en los hogares

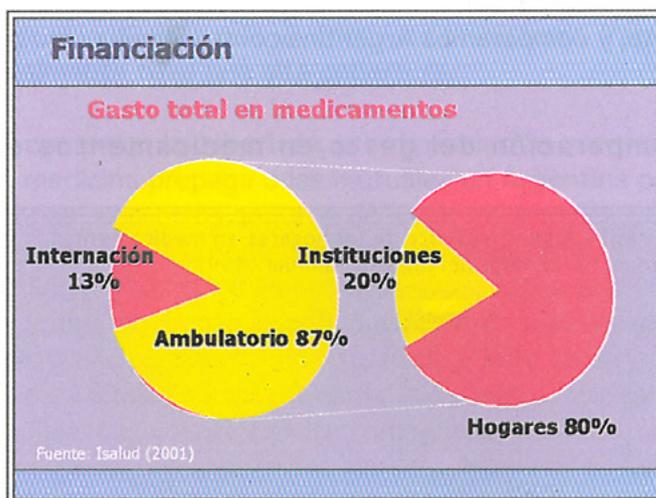


Fuente. Tobar F. En base a la Encuesta de Gasto de los Hogares, Brasil y Argentina, 1997

En Argentina el 20% más pobre de la población, los 7 millones de argentinos más pobres, que en el año '97 cuando se calcularon estos datos tenían un ingreso por hogar de \$350 y por cápita de \$60, gastaban el 8% de sus ingresos en medicamentos. En Brasil esto no llegaba ni a la tercera parte. El quinto quintil, que corresponde a los más ricos que estaban con un ingreso por hogar por arriba de los \$3.500 gastaban el 3% en Argentina, en tanto que en Brasil gastaban el 0,26%. Lo que queríamos mostrar con este gráfico es no solamente la regresividad de la financiación, sino el impacto especial que tiene en Argentina por ser un país de alto consumo. Estamos entre los 10 países de mayor consumo de medicamentos per cápita.

Estos datos que se muestran en el Gráfico 3 ya son conocidos. Del total del gasto del medicamentos que en el '97 también rondaba los \$6.000 millones, en ese momento creíamos que eran dólares, el fuerte, el 87% era consumo ambulatorio. Y de ese consumo ambulatorio el fuerte, el 80%, era financiado por los hogares, con lo cual esa regresividad que veíamos se amplifica muchísimo.

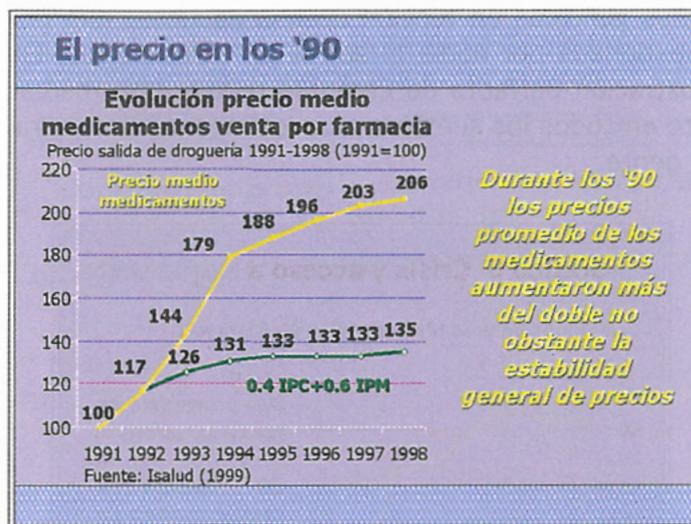
Gráfico 3 Distribución del gasto total de medicamentos



Fuente: ISALUD, 2001.

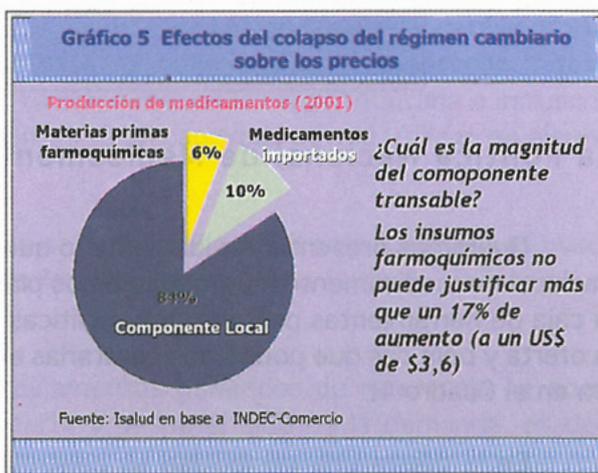
Luego en el Gráfico 4 puede observarse la evolución de los precios. La curva superior es la evolución del precio medio en los medicamentos; la inferior es un ponderador, es decir como se incrementó durante la década pasada el precio de los medicamentos por encima de la inflación. Esto afectó el acceso.

Gráfico 4 Evolución del precio medio de los medicamentos en los '90



Fuente: ISALUD 1999.

En el Gráfico 5 se muestra otro de los factores que veíamos recién, que es el impacto del cambio y la devaluación sobre los precios. Está el peso de los factores importados y lo importante es la conclusión que está planteada en negro al costado.



La repercusión sobre el costo por la devaluación debería ser del orden del 17%, es decir que sin lugar a dudas, involucre a los principios activos, y no solamente los principios activos, por ahí esa es la trampa. Hay muchos de los excipientes y de los envases importados que probablemente se podrían llegar a fabricar acá, pero durante toda la década del '90 se importaba hasta el celuloide para el envasado, pero sobre el principio activo el impacto de la devaluación tendría que repercutir en un incremento de los costos del orden del 17%, y como es sabido, el incremento fue superior.

En el Gráfico 6 puede verse una estimación de cómo evoluciona. Es otro de los datos que se mencionaron acerca de cómo evoluciona la cantidad de unidades vendidas en función de una encuesta que por lo menos nunca fue cuestionada por nadie ni acá ni en otros países. En el gráfico tienen una ilustración perfecta de cómo se redujo este mercado y como esto repercute en todos los sentidos para los laboratorios, para las farmacias y para la gente.



La Política Nacional de Medicamentos

Queremos presentar rápidamente lo que a nuestro juicio es la política nacional de medicamentos. Comenzaremos planteando básicamente cuál es la caja de herramientas políticas. Hay políticas que podríamos centrarlas en la oferta y políticas que podríamos centrarlas en la demanda, como se muestra en el Cuadro 1.

En la oferta una posibilidad es controlar precios. Alguien mencionó eso antes y de hecho en la Argentina se ha hecho un tiempo. Es verdad como señalaron en la mesa anterior que hoy no lo hace nadie. El único episodio que hubo fue en el segundo semestre del '98 en Brasil cuando ante un incremento que una comisión parlamentaria de investigación determinó que era abusivo de los precios el gobierno decidió congelar, pero sino no hubo congelamientos en los '90 porque tiene un conjunto de efectos adversos: se generan mercados negros, se generan un conjunto de problemas que los argentinos hemos vivido y que no terminan favoreciendo el acceso.

Cuadro 1 Medidas para mejorar el acceso a los medicamentos

Medidas desarrolladas para corregir los problemas que obstaculizan el acceso	
DE OFERTA	DE DEMANDA
Controles de precio	Genéricos (prescripción, sustitución)
Licencias obligatorias	Financiación selectiva
Baja de impuestos	Utilización de poder de demanda (negociación a nivel país y "discriminación de precio"; compras agregadas a nivel institución)
Baja de barreras de entrada a importación (aranceles, registro)	Precios de referencia

El otro tema, y la investigación de Carlos Vasallo y Matilde Sellanes en el libro sobre el caso del ántrax y el Cipro al que hicieramos referencia anteriormente es muy ilustrativo al respecto, es el de las licencias obligatorias. Obviamente la protección patentaria pone limitaciones en el acceso. Y desde la oferta puede mencionarse también reducir la carga tributaria o incluso las barreras de ingreso. Estos son otros mecanismos que se utilizan en algunos países.

Desde el punto de vista de la demanda, en el país la estrella es buscar promover la competencia de los productos a través de la utilización del nombre genérico.

La producción de medicamentos genéricos de referencia se podría poner desde el lado de la oferta y desde el lado de la demanda, es decir producir una línea de medicamentos diferentes que sean genéricos de referencia. Tendría que estar en los dos aspectos porque si está desde el lado de la producción también tendría que ser oferta y no solamente del lado de la demanda. Hay países que lo hacen.

En el tema de la financiación selectiva es clave trabajar con un listado y ese listado tiene que ser acotado porque como señaló Torres y como señalaba también Carignani, porque esa selección hace que gastemos mejor, que tenga mejor impacto la inversión en medicamento.

Y el otro tema central es utilizar la capacidad de negociación desde el

punto de vista de la demanda, es decir hacer acuerdos, compras masivas, etc. Finalmente, la otra cuestión relacionada con las dos anteriores, con financiación selectiva y la capacidad de presión sobre la demanda, es establecer precios de referencia.

En la **política de promoción del nombre genérico** existen un conjunto de leyes provinciales, de hecho aunque no se hubiera sancionado la ley nacional 25.649 de cualquier manera más del 80% de las farmacias del país ya estaban autorizadas a ofrecer al paciente comprador alternativas del mismo medicamento prescripto por el médico. El Decreto de Emergencia Sanitaria lo autorizaba a partir de sus artículos 9 y 10 y ahora con esta ley ya se consolida.

La noción central que creemos que debemos analizar es que esto no solamente implica un cambio en el sentido económico sino que también genera posibilidades de fortalecer el rol del farmacéutico y el del médico como prescriptor. Ahí hay oportunidades de apuntar a mejores prescripciones y de recuperar el carácter profesional de la dispensa.

Cuadro 2 Promoción del nombre genérico

OBJETIVOS ESPECIFICOS	Promover la competencia por precios Mejorar la calidad de la prescripción
MEDIDAS	Obligación del prescriptor de consignar el nombre genérico del medicamento recetado Habilitación al profesional farmacéutico a dispensar la alternativa comercial del medicamento prescripto elegida por el paciente
INSTRUMENTOS	Decreto 486/02; Resol. 326/02 Leyes Provinciales Ley Nacional 45.029

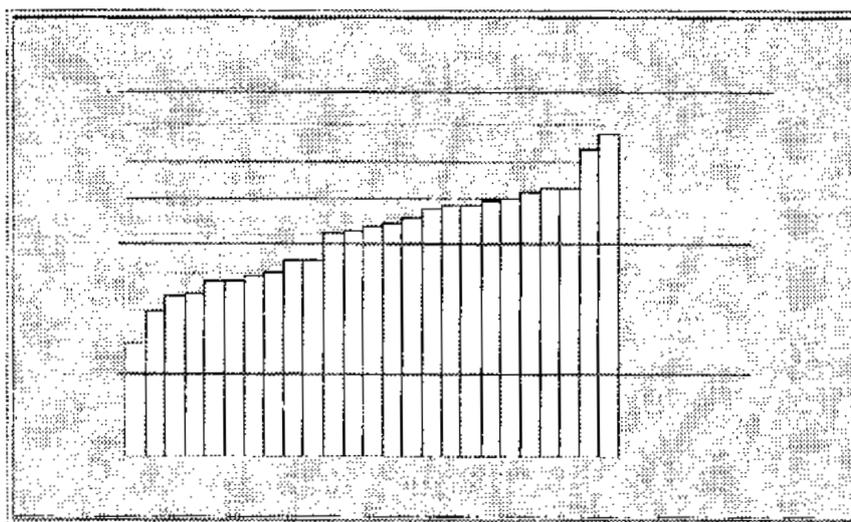
En cuanto a la **financiación selectiva** la principal definición, la explicó muy bien el Dr. Torres, es el Listado Terapéutico establecido por el nuevo Programa Médico Obligatorio de Emergencia, y la disposición de que la cofinanciación de las entidades de la seguridad nacional bajo la esfera regulatoria de la Superintendencia esté establecida por un monto que en general se calcula por el precio promedio. Se puede calcular de otras maneras, no es necesariamente la única forma, pero la idea es incorporar un incentivo para que el paciente busque a la alternativa terapéutica del mismo medicamento el que le resulte mas conveniente.

Cuadro 3 Financiación Selectiva

OBJETIVOS ESPECIFICOS	Racionalizar financiación disponible Mejorar calidad de la prescripción Incentivar competencia por precio
MEDIDAS	Listado de medicamentos esenciales a ser cubiertos por la financiación colectiva Precios de referencia a ser reconocidos por la financiación colectiva. Obligación del prescriptor de recetar sólo por nombre genérico en este ámbito.
INSTRUMENTOS	Decreto 486/02; Resol. 201/02 y Resol 163/02

En el Gráfico 7 puede verse cómo funcionan los precios de referencia.

Gráfico 7 Ilustración del precio de referencia



Por último vamos a ver algo del otro eje que se está trabajando desde el Ministerio de Salud de la Nación, que es garantizar en este contexto de emergencia la **provisión de medicamentos en los servicios públicos**.

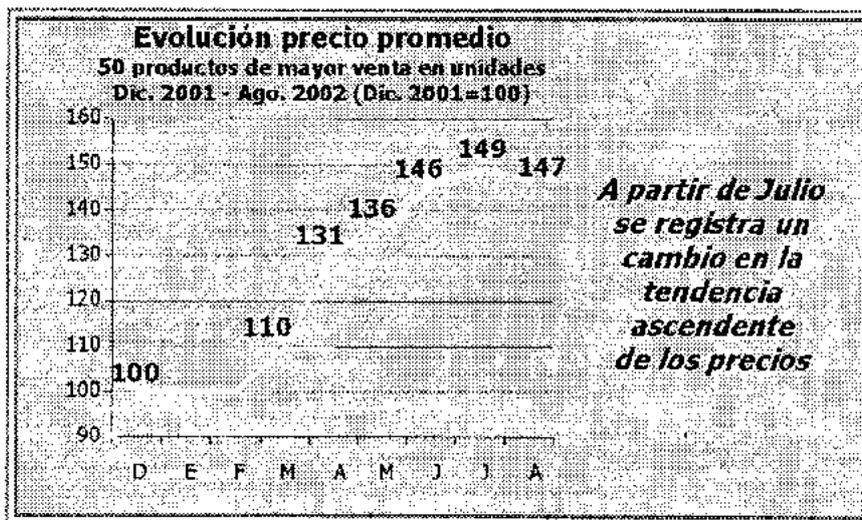
La primer línea de trabajo fue establecida en el COFESA como un fondo estratégico de insumos para hospitales, para policlínicos; lamentablemente el Ministerio de Salud de la Nación tuvo todas las dificultades, que mencionaba anteriormente Marcelo Carignani en lo que tuvo que ver con la compra y con las cotizaciones, que aunque hubiera y de hecho hubo volun-

tad política del Ministerio de comprar, la SIGEN no autorizaría comprar con precios que cotizan a dólares de \$8, \$12 e incluso \$16.

Con lo que sí se ha podido avanzar es con el **componente de atención primaria** que consiste en la reconversión de un préstamo internacional del BID en este contexto de emergencia, para proveer a los servicios de atención primaria de todo el país de un listado de medicamentos esenciales que inicialmente era superior al actual, donde también hay muchas dificultades aunque se compra en dólares y se paga a contra entrega. Algunos de los problemas que tenemos en el Estado naturalmente no los tendríamos en otro ámbito o momento, pero hubo muchas dificultades y las mayores no pasan ni por la autoridad política, ni siquiera por los laboratorios oferentes, sino por el organismo que financia. En este momento para la Argentina conseguir préstamos es imposible y es casi un milagro que hayan concedido este préstamo, pero nos han impuesto un conjunto de condiciones que han limitado mucho la iniciación y puesta en marcha del programa y que luego podremos detallar con mayor precisión.

En cuanto a la **evolución del precio medio**, tema que algo habíamos comentado antes, en el Gráfico 8 puede observarse como se va incrementando a lo largo del año. Si fuera por el costo del principio activo se tendría que incrementar en un 17%. Estos datos muestran la evolución del precio medio. Acá hay que recordar la trampa de la estadística, porque en realidad no existe ese precio promedio, es un cálculo teórico, porque en la práctica naturalmente hay productos que aumentan más y otros menos.

Gráfico 8 Impacto del cambio de reglas



Para concluir hablando sobre el impacto que hemos visto y pensamos se relaciona al cambio de reglas, el Cuadro 4 muestra muy sintéticamente uno de los últimos estudios que hizo uno de los grupos de trabajo del Ministerio calculando si en conjunto dado de productos, los 67 productos líderes de venta se hubieran sustituido por las alternativas más económicas cuánto se hubiera ahorrado. Desde ya se trata de una simulación, pero muestra un poco el potencial de ahorro sin por esto reducir el acceso. Lo interesante es ver cuánto se podría llegar a ahorrar manteniendo el mismo nivel de acceso al mismo medicamento según su denominación genérica. Fíjense que si fuera en el 50% de los casos se llegaría a un ahorro de casi \$1.000 millones por año.

Cuadro 4 Impacto del cambio de reglas

Ahorro anual estimado por la elección de la alternativa más económica de un medicamento		
Casos en que se elige la opción más económica En %	Estimación ahorro por los 67 productos principales En Millones de \$ año	Hipótesis ahorro total medicamentos de venta bajo receta En Millones de \$ año
15	70,0	285,9
30	139,9	571,7
50	233,2	952,9

Fuente: Salud en base a Manual Farmacéutico e IMS

Una síntesis de la experiencia de Santa Fe

Dr. Esteban Cámara

Antes que deseamos pedir disculpas por parte del Ministro y del Subsecretario de Salud quienes no han podido asistir, y también contarles que en lo personal nos hicimos cargo de nuestras funciones hace escasos siete días, por lo cual mi participación en la gestión actual es aún muy reciente, si bien existe en la misma una continuidad respecto a una serie de mecanismos en lo que hace a medicamentos, y desde ya hay otros que vamos a ir modificando con el paso del tiempo. Pensamos entonces que lo más prudente será sintetizar los aspectos centrales de la política de medicamentos de la provincia.

En cuanto a la logística de los medicamentos y respecto a la selección de productos, tenemos un **Listado de 78 medicamentos oficiales que cubren el 90% de las patologías de atención primaria**. Esta lista fue confeccionada de acuerdo a pautas de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud.

La **adquisición de los medicamentos** la realizamos a través de un sistema mixto. Por un lado en cuanto a los medicamentos de este listado de 78 especialidades farmacéuticas se producen en parte en el laboratorio productor de farmacomedicinales, también conocido como LIFT, la población de Santa Fe lo conoce con ese nombre, que provee hasta este momento 23 de esos medicamentos, y el resto se adquiere a través de compras centralizadas.

En cuanto a las **especialidades** que están directamente vinculadas con perfil de los distintos efectores de salud, pediátricos, psiquiátricos, urgencias, clínicas, etc., la realizan estos mismos efectores a través de compras descentralizadas.

La **distribución de los productos farmacéuticos** la estamos rediseñando en cuanto a los procesos de depósito, fraccionamiento, envasado y transporte, para mejorar la velocidad de distribución y minimizar las pérdidas. Tenemos el objetivo de que el 100% de los insumos farmacológicos adquiridos lleguen a la población de menores ingresos en nuestros efectores de salud.

El uso de los medicamentos lo regulamos a través de un **Formulario Terapéutico Provincial** que está basado en la Octava Edición del Formulario Terapéutico de la COMRA, y que hemos adaptado en función de las patologías que se atienden en los efectores públicos, y que se va modificando para adaptar la cobertura al perfil de la demanda en particular.

En cuanto a la **producción** vamos a potenciar el rol de este laboratorio provincial el LIFT que mencionáramos al comienzo, a través de la incorporación de pasantías de alumnos de las facultades de bioquímica y de ingeniería química de nuestro medio.

En cuanto a los **resultados de esta gestión**, sabemos que la producción por parte del LIFT puede significar un ahorro de hasta el 85% respecto de la compra de productos farmacéuticos. El LIFT tiene una historia muy larga, arrancó en 1947 cuando se desarrollaron políticas de salud emanadas del Ministro de Salud de la Nación, Dr. Ramón Carrillo. En nuestra provincia el laboratorio empezó a funcionar primero sin rango formal y fue

formalizado recién el 1987. Actualmente tiene está organizado como una sociedad anónima con el 100% del capital en poder del Estado, o sea que es una sociedad del Estado.

En cuanto al **control de calidad** de nuestros productos e insumos, muy recientemente hemos celebrado un convenio con la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas de la Universidad Nacional del Litoral para garantizar la calidad de lo que estamos brindando a nuestra población.

También vamos a instrumentar un **sistema de registro y verificación de la pertenencia social de los pacientes** entre los sectores de menor poder adquisitivo, para garantizar el acceso de esos sectores al medicamento gratuito que brindamos en nuestros hospitales. En este sentido, naturalmente queremos privilegiar el acceso de los sectores de población de menor poder adquisitivo.

Por último vamos completar este resumen hablando muy brevemente de dos acciones que el Ministerio viene prestando desde hace mucho tiempo y a las que vamos a seguir prestándole mucha atención, como son la farmacovigilancia y el contralor y fiscalización de productos comercializados.

El programa de **farmacovigilancia** fue puesto en marcha en la provincia en 1995, fundamentalmente buscando controlar el riesgo asociado al uso de medicamentos, y a este Programa pueden acceder los profesionales que están inscriptos o cualquier otro actor social de la provincia, los mismos pacientes pueden denunciar y comunicar la aparición de efectos adversos. En estos años de funcionamiento del Programa se han estudiado 850 notificaciones de reacciones adversas, se han confirmado 19 eventos adversos y se han tomado 40 decisiones de regulación y control, como ser el cierre de laboratorios y el retiro de productos del mercado, cambios en el prospecto y otras acciones por el estilo.

Y para concluir queremos comentar que el área específica de productos medicinales de nuestro Ministerio realiza el control de la actividad farmacéutica a través de las inspecciones de farmacias, tanto en las que tenemos una en el sur de la provincia como en el norte de la misma, de tal modo que se regula el ejercicio profesional en farmacias, droguerías y laboratorios, aplicando la Ley de Sanidad Provincial N° 2.287. Dentro de las acciones de esta parte de nuestro trabajo verificamos el acatamiento de las disposiciones de la ANMAT y posibilitamos habilitaciones, transferencias, traslados y cierres de farmacias, droguerías y laboratorios, y además se lleva a cabo el control de estupefacientes en sanatorios y clínicas.

Preguntas al Panel

➤ Acerca del Programa Remediar

- **Audiencia:** ¿Cuál va a ser rol del farmacéutico en el Programa Remediar, porque el Programa no nos nombra y en el mismo se habla de almacenes de depósito en lugar de oficinas de farmacia? Hacemos esta pregunta porque me parece que se pensó en muy pequeño. Debían haber pensado con más amplitud desde el Gobierno y habernos citado a los profesionales farmacéuticos, para indagar si aquellas oficinas que estaban cerca de los Centros de Salud no podían haber cumplido con el rol para el que fuimos científica y laboralmente preparados, la dispensa del medicamento. Esto lo preguntamos a partir de una Guía del Programa a la que tuvimos acceso cuando vinimos aquí a la ciudad de Santa Fe a recibir las instrucciones respecto de ese Programa. Además queremos reiterar que en nuestra ciudad el plantel profesional de farmacéuticos públicos es muy grande, y en los centros de salud funcionan y atienden las oficinas de farmacias farmacéuticos recién recibidos o en su defecto estudiantes del último año de la carrera de farmacias, que son pasantes rentados. En otras palabras, creemos que el elemento y recurso humano no en todo el país es el mismo, y pedimos que por favor reconozcan nuestra actividad como profesionales, y si estamos dispuestos también a poner al hombro a este país que está sufriendo una crisis económica muy grande, usen nuestro trabajo. Sobre todo destacamos que no estamos pidiendo que se nos pague, estamos pidiendo que se nos deje actuar como profesionales.

Federico Tobar: No quiero entrar en esa polémica. Ese aspecto donde habla de almacén no puedo contestarlo puntualmente porque no lo conozco. Lo que les puedo decir son dos cosas: primero que se trata de un programa de emergencia. La intención, aunque estamos demorando bastante más de lo que esperábamos, era responder de forma inmediata con la provisión de medicamentos esenciales en un listado bastante acotado a los centros públicos de atención del primer nivel, apuntando llegar a un porcentaje de la población que infelizmente es cada vez mayor, que no tendría ni siquiera con reducción de los precios del medicamento hoy vigentes. Hay 16 millones de argentinos bajo la línea de pobreza, el 60% de los menores de 15 años en Argentina están por debajo de la línea de pobreza, les contaba cuánto es el primer quintil de ingreso, son \$60 así que fíjense que posibilidad de comprar medicamentos tiene una persona que tiene un ingreso medio de \$60, y estoy hablando de datos del '97. El diputado Neri decía que el primer quintil de ingresos redujo sus ingresos en un 50%, ese dato yo no lo sabía y si fuera así es impresionante.

En este contexto lo que se planteó fue proveer medicamentos, y conseguimos que el BID (Banco Interamericano de Desarrollo) aprobara la posibilidad de comprar y distribuir medicamentos sobre la red que ya existe en las provincias y municipios. El BID no nos autorizaba a desarrollar como en el caso del PROMIN (Programa Materno Infantil) por ejemplo centros propios. Si lo hiciera sin lugar a dudas tendría que ser una estrategia más integrada, tendría que incorporar personal y entre ese personal tendría que haber farmacéuticos. Pero actualmente en la red de los 6.500 efectores que involucra el Programa, que no son de la Nación sino de provincias y municipios, hay en este momento involucrados 785 farmacéuticos que dependen de las jurisdicciones correspondientes.

El planteo es que desde el Programa, nosotros no tenemos autorización para gastar nada más que en medicamentos y capacitación. El planteo es que haya una capacitación, orientada a los efectores que son los Centros de Salud. Algunos pocos tienen farmacéutico, la mayoría no. Involucra una capacitación en dispensa, incluso por solicitud del Ministro de la Nación esta semana va a recibir el Colegio Farmacéutico de Santa Fe la invitación a hacerse cargo de la capacitación de los centros que corresponden a la provincia. Entonces hay un componente que involucra a los farmacéuticos en ese sentido.

De cualquier manera coincido con la apreciación que se ha planteado, y de hecho la COFA me lo planteó personalmente. Fueron invitados de entrada a participar del Consejo Asesor que es la entidad máxima de coordinación del Programa. Vinieron a las dos últimas reuniones; pero estuve reunido en la COFA con algunos de ustedes discutiendo esto y me plantearon que podría ser más adecuado que la distribución de los medicamentos se haga por las oficinas de farmacias de la red comercial, y destaque que no se pidió en ese momento ninguna remuneración por tal tarea. Les pedí que lo formalizaran y lo formalizaron, me lo hicieron llegar y he enviado la propuesta al BID.

Acá hay dos restricciones. La primera es que cualquier reformulación de esto involucraría nuevos atrasos en la distribución; pero aún pensando que el programa podría comenzar de una manera y ser reformulado a corto plazo incorporando como efector a las oficinas de farmacia, necesita la aprobación del BID. Hasta ahora el parecer que me han dado no es favorable, concretamente hay un antecedente con el programa ASOMA que los organismos internacionales no lo evalúan como muy positivo.

Hace unos momentos Carlos Vasallo me hacía un comentario reflexionando que acaso los organismos internacionales en general nos ven como si fuéramos un país con mucho menos desarrollo del que tenemos, y entonces hay gran parte de los programas de cooperación externa que pasan por encima de un conjunto de factores, y

en Argentina hay una extensa red de farmacias profesionales, de farmacias con farmacéuticos profesionales a cargo, que se tendría que poder aprovechar. Coincidimos totalmente con eso y me encantaría poder avanzar en ese sentido, pero tenemos un conjunto de dificultades en este momento que están relacionadas con la credibilidad que tenemos ante los organismos internacionales. En ese sentido la OPS nos ha dado una mano en la últimas negociaciones con el BID, porque es realmente muy difícil que nos aprueben un conjunto de factores.

Por ejemplo les cuento un caso concreto: se identificó un paciente a través de la red de ONGs, que tenía una infección pulmonar y no estaba respondiendo el antibiomaticoterapia. Entonces se pidió junta médica y se descubrió que al paciente ya le suministraban el medicamento, no es medicamento de REMEDIAR porque no llegan hasta principios de octubre, pero lo que pasa es que este paciente iba y cambiaba el medicamento en el Club del Trueque por alimentos, y admitimos que ésta es una realidad que en Argentina es inocultable que va a pasar. Y al respecto el Banco Interamericano de Desarrollo dijo que ante una sola evidencia de que eso pase, tendrían que suspender el programa.

Coincidimos con el planteo que se nos acaba de hacer en cuanto a que los farmacéuticos han dado muestras de eficiencia y honestidad por ejemplo respondiendo a la citación para hacer campañas de vacunación como la Campaña PAMI. Nos han comentado además que en la ciudad de Rosario las oficinas de farmacias comunitarias tienen a cargo el Programa de Medicación Responsable donde se entrega la medicación a través de una receta que viene de un centro de salud

• **Audiencia:** En el programa que se nos presentó aquí en la ciudad decía que los jefes médicos de los centros de salud tenían que ser los responsables en la dispensa de medicamentos y responsables de la caja, pero el equipo de salud no está formado solamente por médicos, está formado por bioquímicos, psicólogos, licenciados en enfermería, farmacéuticos, y en los centros de salud no siempre el jefe es un médico.

Federico Tobar: No puedo responder en función de la persona que transmitió esa información acá; lo que sí les puedo decir es que uno de los requisitos es que haya un responsable legal con firma registrada por la recepción del botiquín, entonces eso es lo que se exigió. No se exige de ninguna manera que sea un médico, y donde hay farmacéuticos puede ser un farmacéutico. El problema que tenemos es que en todos los centros no hay farmacéuticos.

Panel III

Los cambios en el mercado farmacéutico argentino. Realidad y perspectiva del acceso al medicamento

Coordinador: Farm. Carlos Aboal

En línea con los objetivos generales de estas Jornadas, que son analizar y reflexionar acerca de un conjunto de problemas que se han desencadenado en el sector medicamentos en la Argentina, las tendencias y perspectivas para alcanzar un acceso real por parte de toda la población necesitada y la reestructuración de la producción, distribución y dispensa de los medicamentos, en esta mesa lo que se pretende es brindar una visión retrospectiva, sobre lo que han sido en estos últimos tiempos, mirando más cercanamente el cambio en el mercado del medicamento. Para esto vamos a escuchar al farmacéutico Manuel Agotegaray, presidente del Colegio Farmacéutico de Santa Fe y al Contador Carlos Vasallo, Director académico del Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad de la COFA, que son las dos entidades que han gestado este encuentro que hoy nos convoca.

El rol de los farmacéuticos

Manuel Agotegaray

Introducción

En esta charla inicialmente queremos mostrar cómo ha ido cambiando el rol del farmacéutico a través del tiempo, y cómo nos fue cambiando a los farmacéuticos el eje sobre el cual habríamos de ejercer nuestra profesión. Sobre estos conceptos trataremos de hacer un diagnóstico sobre las cosas que logramos hacer, y también una autocrítica sobre lo que nos quedó por hacer, y reflexionar acerca de cómo vemos desde el Colegio nuestra propuesta y el futuro de nuestra profesión.

EL FARMACEUTICO FRENTE A LA SOCIEDAD
• DECADA DEL 30: ORIENTACION A LA ELABORACION
• DECADA DEL 30 AL 50: ORIENTACION A LA VENTA
• DECADA DEL 60 AL 80: ORIENTACION AL MERCADO
• DECADA DEL 90 AL 2002: ORIENTACION A LA POBLACION

En este Cuadro se muestra sintéticamente cuál fue el rol central del farmacéutico frente a la sociedad en distintas épocas. Comenzamos con la década del '30, lo que significaba la profesión farmacéutica y el rol que teníamos como elaboradores del medicamento. Realmente cuando nos ponemos a mirar de nuevo la época en la que la elaboración cumplía un rol

central, y consideramos qué mercado teníamos los farmacéuticos en aquella época, nos damos cuenta que éramos "el mercado".

Entonces si los economistas hubieran estudiado como hacen hoy el mercado del medicamento con sus imperfecciones y sus fallas, en ese momento el material de estudio hubiéramos sido fundamentalmente los farmacéuticos en la fase de la elaboración y venta, ya que hasta el '50 elaborábamos y manejábamos todo el mercado.

Creemos que el problema para el farmacéutico empezó a partir de los años '60 al '80, cuando empieza la industrialización en la Argentina de los medicamentos. Esto lógicamente nos fue cambiando el rol, pero creemos que no había grandes necesidades de intervención, por el país en que estábamos entonces. La situación no parecía prestarse para hacer grandes replanteos, y la farmacia seguía siendo un "negocio rentable", entonces no surgían estímulos para planteos de fondo, para buscar nuevos objetivos o generar grandes cambios.

Durante este período comienza la orientación al mercado, ya el cambio no pasa solamente por no elaborar más sino que empiezan a aparecer otras variables dentro de la profesión que la van afectando progresivamente.

Y en esta última década del '90 al 2002, surge lo que es la orientación a la población, porque ahí es similar a lo que estamos viviendo hoy, cuando finalmente nos damos cuenta y aceptamos y creemos que el sentido de nuestra profesión tiene que ser servir a la población.

Por eso, a continuación y mirando a la sociedad, en el Cuadro siguiente tratamos de resumir cuáles son a nuestro entender las condiciones a satisfacer en nuestro rol actual.

CONDICIONES A SATISFACER
<p>1. El pertenecer debe ser una opción superadora respecto de cualquier red alternativa o acción individual.</p> <p>2. El lugar que ocupe debe llevar al posicionamiento de la prestación profesional a un nivel superior que sea viable, confiable y útil para la población.</p> <p>3. Mas allá del precio del medicamento lograr una participación ACTIVA del farmacéutico en lo que respecta a la entrega del producto y al servicio de la prestación.</p>

En el punto último de este cuadro, lo que queremos decir es que desde el Colegio muchas veces nos planteamos qué espera la población de los farmacéuticos. Para conocer sus necesidades e inquietudes, realizamos encuestas en nuestra zona una vez por año, y para evitar en lo posible que se tergiverse la verdad, no se informa a la gente que somos los farmacéuticos quienes recabamos la opinión. Así uno tiene en claro qué concepto tiene la población de nuestra labor, y cuáles son los principales servicios que debemos satisfacer.

Los farmacéuticos a partir del 2001

Lo concreto es que aquí comenzamos a hablar del fin de la convertibilidad, desde que asumieron las nuevas autoridades del Ministerio de Salud, y señalamos que se ha cambiado el concepto que se tenía del medicamento. Lógicamente estamos mucho más de acuerdo con este criterio sanitarista, que con el que estaba signado por el mercado y el sistema económico neoliberal que se fue planteando en Argentina en los últimos 10 años, donde se tomaba al medicamento como una mercancía más y se generaba una desprotección total de la población en este tema. Se consideraba que la gente tenía la misma información que cuando compraba otro bien como un auto o un televisor, teniendo en cuenta que la asimetría de

información es obviamente menor que con el medicamento. Es decir, en el caso del electrodoméstico, por ejemplo, puede comparar cosas y decidir libremente dentro de sus posibilidades adquisitivas y sus preferencias, situación que obviamente tiene poco y nada que ver con el tema del medicamento.

Partimos como concepto general de la realidad que el mercado del medicamento no es un mercado perfecto donde tenemos una oferta y una demanda que se pueden satisfacer mutuamente, llevando a una asignación aceptable de los recursos, sino que estamos en presencia de un mercado que además de tener un fuerte componente relacional, tiene lo que los economistas llaman fallas del mercado. Eso tiene que ver no sólo con la asimetría y asincronía de información y el alto grado de incertidumbre que permea a todos los actores, sino con la relación de agencia, donde el paciente se pone en manos de un agente intermediario, el médico, que es quien decide por él. Otro aspecto central que se fue dando es la alta fragmentación y heterogeneidad de los productos, y creemos que es una de las características principales, porque en esta etapa donde la ausencia del Estado había sido importante, lógicamente como en cualquier mercado las reglas las ponía el más fuerte, que obviamente no éramos los farmacéuticos.

Y otro aspecto a recordar es el de una desregulación que se dio en un entorno de “todos contra todos”, bajo el slogan de la competencia, éste fue el sentido que se le quiso dar en un inicio. Acá nos parece importante reafirmar que como reflexión, sirve aún para hoy. En estas Jornadas, conversando con un amigo de la industria farmacéutica, le decíamos que había que evitar este “todos contra todos”, y hacer un autoanálisis y un reconocimiento que no todos los que integramos cada uno de los sectores relacionados al medicamento, ya sea el Estado, los laboratorios productores, los farmacéuticos y los médicos, pensamos igual, ni tampoco hemos hecho en igual grado los deberes que cada uno tenía en su área.

Creemos que la diferenciación acá no es Estado versus productores, médicos versus farmacéuticos, farmacéuticos versus la industria, sino que si hay una línea divisoria, la misma debe servir para agrupar a todos los que creemos en un proyecto social al servicio de la población.

Si retomamos la idea del mercado como único orientador de las decisiones, no podemos sorprendernos que las consecuencias de toda esa visión lógicamente fuera negativa para nosotros, y si bien quizás no lo percibimos, resulta claro que tenía que inducir a la pérdida de jerarquía y especialización de la formación e incluso de la profesión farmacéutica. Si se es coherente

con el pensamiento macro de cómo se planteaban las cosas en ese tipo de política, la única función que los farmacéuticos podíamos cumplir era, como nos decían en ese momento las autoridades, la de ser los actores más caros de la cadena de comercialización del medicamento. Evidentemente si se seguía la lógica de ese momento, para qué querer un profesional especializado para “entregar cajitas”, como más de una vez hemos escuchado y “sufrido” los farmacéuticos.

Revalorización del rol farmacéutico

Dicho de un modo más general y abarcativo: revalorización farmacéutica. Creemos que esto hay que asociarlo a la oportunidad que tenemos los farmacéuticos a partir de este año donde muchas de las medidas y las políticas que se están llevando a cabo desde el Ministerio de Salud, nos van dando oxígeno que creíamos que ya habíamos perdido definitivamente. Esto se genera a partir del concepto del medicamento como un bien social y público, del papel que nos corresponde y se nos reconoce en relación al medicamento y a la salud, y que asumimos con gusto, sabiendo desde ya que la responsabilidad también es mucho mayor que en el escenario anterior.

REVALORIZACION FARMACEUTICA	
1.	SERVICIO PROFESIONAL: CAPACIDAD DE DAR RESPUESTA A LOS ASPECTOS PROFESIONALES EN LA DISPENSA DE MEDICAMENTOS Y EN LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACION.
2.	SERVICIO COMERCIAL: DISTRIBUCION GEOGRAFICA, HORARIO DE ATENCION TURNOS. RANGO OPTIMO DE PRODUCTOS EN LA FARMACIA, ETC.
3.	PRECIO: VARIABLE QUE SE CONFORMA CON LOS DESCUENTOS Y LA COBERTURA SOCIAL.

Sintéticamente hemos resumido los principales aspectos en este Cuadro.

Lo referente al **servicio profesional** no lo vamos a desarrollar porque lo va a exponer más tarde la Farm. Ana María González, quien va a tratar

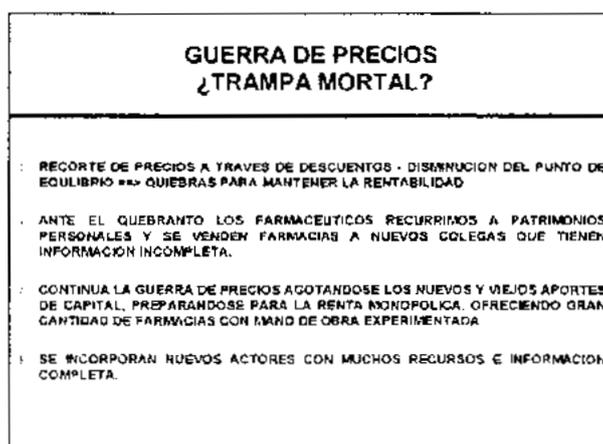
de mostrar todos los esfuerzos y actividades que llevamos a cabo desde el Colegio, en lo que respecta a la formación y educación profesional.

Con respecto al **servicio comercial** nos parece interesante destacar tres aspectos que tienen que ver con posiciones asumidas tanto en lo legal como lo político, sustentando la real importancia de lo que significa la farmacia dentro de la cadena del medicamento. Un aspecto clave es justamente la distribución geográfica, que tiene peso propio en la discusión cuando seguimos avalando y luchando para que se vaya regulando la farmacia no sólo por la distancia que media entre las oficinas, sino también por la densidad poblacional o relación número de farmacias/número de habitantes.

Este no es un tema menor si nuestro discurso y es de esperar nuestras acciones se basan en el concepto del medicamento netamente como un bien social. Y en este contexto la regulación de este tipo de aspectos comerciales tienen mucha importancia, ya que sacando las normativas que regulan adecuadamente la distancia entre farmacias, no se aumenta la accesibilidad como parecería en una visión simplista, sino que se produce una gran distorsión del mercado, ya que siguen concentrándose las grandes farmacias muy descuentistas en los grandes centros urbanos, donde la gente teóricamente tiene mayor poder adquisitivo y termina comprando más barato los medicamentos que en los barrios o localidades chicas donde los farmacéuticos no tenemos posibilidades, por el volumen que se maneja, de hacer descuentos o algún tipo de beneficio similar para la gente.

El otro punto importante es el rango óptimo de productos en las farmacias, que se suma a lo antes mencionado e incrementa el riesgo comercial de las farmacias. Hoy con las 21.500 marcas comerciales que existen en el mercado es imposible, desde el punto de vista financiero y de la utilidad de la farmacia, tener todo este conjunto disponible. Estamos convencidos que allí es donde por un efecto cascada, comienza a sufrirlo la población, cada vez más directamente. Cuando la gente tiene que “caminar” y recurrir a más de una farmacia para conseguir los medicamentos, todas las explicaciones son insuficientes para justificar la situación, el costo de oportunidad e, incluso, el riesgo de no obtener medicamentos en tiempo y forma oportunos.

En el cuadro anterior también se menciona el tema del **precio**, como una variable que se conforma con los descuentos y la cobertura social. Pero como es uno de los puntos más importantes, lo vamos a analizar mejor en este Cuadro que tiene un título provocador para llamar a la reflexión, porque el precio indudablemente es la mayor barrera de acceso a los medicamentos.



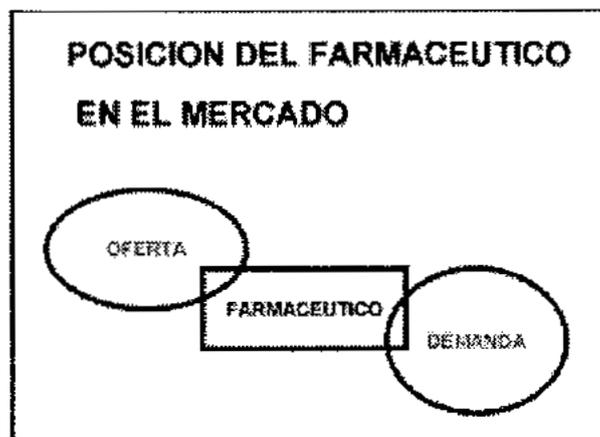
Usamos ese título tan fuerte “*Guerra de precios, trampa mortal*”, porque nos parece que de todas las variables que afectan al medicamento ésta es la que muchas veces nos confundió más a los farmacéuticos, y es la que hemos sufrido y seguimos sufriendo en nuestra lucha para seguir teniendo una profesión independiente. Este es obviamente un tema crítico, no vamos a discutir ni a plantear hoy la salida, o salidas alternativas, pero sí nos interesa poner a consideración el tema para que lo vayamos reflexionando en este encuentro, lo conversemos y compartamos ideas, criterios y experiencias. Sabemos que existen alternativas o maneras sustitutas de no vivir del margen del precio de los medicamentos. Pero queremos destacar que a través del precio alto que han tenido históricamente los medicamentos en el país, y el margen que ha quedado para el farmacéutico, se generan grandes distorsiones en el mercado que impiden alcanzar un equilibrio en el sistema. Esto hoy se da en los grandes centros urbanos mucho más que en las pequeñas localidades, y reconocemos que la reacción fue empezar a competir entre nosotros con un recorte de precios a través de los descuentos. Eso lógicamente produce una disminución inmediata en el punto de equilibrio de nuestras farmacias y nos lleva a la quiebra o al déficit para poder mantener la rentabilidad.

Ante eso, los farmacéuticos recurrimos a patrimonios personales o se produce la venta a nuevos colegas que tienen información incompleta, porque ellos saben que ha sido siempre un buen negocio la farmacia, pero no tienen toda la información necesaria para saber lo que nos pasa hoy individualmente, a un alto porcentaje de las farmacias en Argentina. Su diagnóstico puede entonces ser peligrosamente erróneo. Al entrar ellos al mercado y continuar esa guerra de precios, al tiempo uno ve que están igual o peor de los que tenían problemas antes. Y esto significa que ese capital nuevo que entra se va saturando y agotando.

Señalamos luego en el Cuadro que se va preparando la situación y el escenario para una renta monopólica, y también hay una gran cantidad de colegas que con una mano de obra muy experimentada van poniendo en venta sus farmacias.

Y el último punto es un acto final que muchas veces se da en Capital Federal sobre todo, donde se incorporan nuevos actores con toda la información y con mucho más capital que el esfuerzo individual de los farmacéuticos.

Analicemos, ahora, en conclusión, la posición del farmacéutico en el mercado, ubicado entre la oferta y la demanda.



Muchas de las situaciones que debemos afrontar los farmacéuticos se deben a que realmente no hemos tenido un rol definido dentro del mercado del medicamento.

La posición que más frecuentemente adoptamos es como parte de la oferta y, de alguna manera, como decíamos hoy del farmacéutico de los años '30, la posición más cómoda para ese momento. Hoy somos, dentro de la cadena del medicamento, los profesionales que más exposición tenemos a la gente. Somos la cara visible del medicamento tratando de explicar muchas de las distorsiones del mercado aún cuando no tenemos toda la información. A la vez, somos los que menos poder tenemos en ese tramo del mercado, entonces se hace difícil e incómodo estar en ese punto de inflexión.

La otra mitad opinamos algo así como "nosotros nos educamos, nos formamos, fuimos a la universidad y tenemos que ser parte de la demanda,

porque si no le servimos a la población como un actor calificado que lo represente desde la misma demanda, cuál va a ser nuestra función”.

Somos , así, contradictorios en las posiciones y eso hace necesario una mayor discusión y análisis de las nuevas realidades, para tratar de alcanzar una mejor definición de nuestra posición y nuestro rol.

Pero, todo esto no es otra cosa que un ensayo diagnóstico, lo básico e irrefutable es que para los farmacéuticos es imposible tener algún tipo de alternativa en forma individual, por todo lo que hemos estado comentando del mercado del medicamento. Vemos la necesidad indispensable de participar y agruparnos, y conocer la realidad de las instituciones, que es lo que mostramos en el siguiente Cuadro.

NECESIDADES DE LAS INSTITUCIONES
<ul style="list-style-type: none">• CONOCER EL ENTORNO POLITICO ECONOMICO Y SU INTERACCION CON LA FARMACIA• AGILIZAR LA TOMA DE DECISIONES CON ESTRUCTURAS FLEXIBLES• FUERTE DESARROLLO OPERATIVO EN EL GERENCIAMIENTO DE CONVENIOS CON LA SEGURIDAD SOCIAL Y CON PROGRAMAS DE SALUD DE ORDEN PROVINCIAL• INCREMENTAR LA CAPACIDAD DE GESTION PARA LOGRAR AISLAR EL FINANCIAMIENTO RESPECTO DE LA PROVISION DE SERVICIOS• EJECUTAR SISTEMAS QUE SE ADAPTEN A LOS CAMBIOS DEL MERCADO

En este cuadro y en relación con las necesidades de las instituciones, hacemos una serie de reflexiones, de puntos de atención para desarrollar luego más extensamente. En primer lugar aclaramos que no hay que cerrarse sobre uno mismo o el propio sector, y hay que armar estructuras flexibles que faciliten la toma de decisiones eficientes, oportunas y ágiles. Naturalmente esto a partir del conocimiento del entorno político-económico y del estudio dinámico de su interacción con las farmacias.

Mediante la experiencia recogida en nuestro Colegio, nos dimos cuenta hace unos años, de muchas de las restricciones y limitaciones que tiene “el Colegio Profesional”. Estos temas había que solucionarlos y seguramente habrá que seguir solucionándolos, ya sea a través de una figura jurídica

como una sociedad anónima, una fundación, una cooperativa o la que mejor se adapte y más convenga a los objetivos definidos previamente. Los farmacéuticos tenemos que ser, y esto es un desafío muy importante, capaces de desarrollar cualquier tipo de esas instituciones que nos permitan crear las herramientas que nos vayan dando un posicionamiento en el mercado del medicamento cada vez sólido.

Ya no sólo hay que tener una red de farmacias perfectamente distribuida, sino que también tenemos que entender la fisonomía cambiante de la demanda, que además de estar muy fragmentada ha alcanzado nuevos estadios críticos. Como se dijo hoy, el 55% de la gente no tiene acceso al medicamento, o está en la parte pública donde no hay grandes discusiones sobre la ley de prescripción por genérico, aspecto que todavía está muy confuso en el subsector de seguros tanto sociales como privados. Pero en concreto, vamos viendo que progresivamente, el otro fragmento de la demanda que es el 45% ó 50%, pasa a ser todo el mercado de una demanda concreta. Y en este subsector tenemos que desarrollar en forma operativa un sistema de gerenciamiento, tanto en recursos humanos como informáticos y físicos para poder satisfacer esas nuevas necesidades, de lo contrario con el paso del tiempo vamos a ir quedando al margen del negocio.

Eso está relacionado con otro tema que hemos señalado en el cuadro, incrementar la capacidad de gestión para lograr aislar al financiamiento respecto de la provisión de servicios. A esto se lo confunde con la cápita o con firmar un contrato capitado, como si la forma de administrarlo fuera la esencia de la utilidad que le podemos dar a los financiadores.

Y desde ya que en este campo todo el desarrollo es a partir de lo informático. Esto es fundamental. Tiene que ver con ejecutar sistemas que se adapten a los cambios del mercado que va a seguir siendo de mucho volumen, dinámico y nos va a exigir un atento monitoreo y un reajuste permanente en un entorno de análisis crítico donde nos estemos planteando las necesidades a futuro.

**LOS FARMACEUTICOS SIEMPRE VIVIMOS
DEL MARGEN DE LOS MEDICAMENTOS**

**HOY
SI NO TOMAMOS OTRA ACTITUD,
NOS QUEDAMOS AL MARGEN**

La última reflexión que queremos hacer en esta charla, sintetizada en este cuadro, tiene que ver con lo que significa estar en una institución como la nuestra, donde el fin debe ser siempre el beneficio de sus miembros, de modo que seamos una oferta superadora a cualquier alternativa que pueda obtenerse ya sea en otra red o en forma individual. Eso es una premisa que nos parece importante. También en estos momentos más que nunca, los farmacéuticos debemos tener una participación muy activa en todo lo que hace a la accesibilidad, seguridad y eficacia de los medicamentos.

Entonces, como reflexión final, es necesaria una nueva actitud, y si es con aptitud mejor. Allí está el secreto de seguir sirviendo a la población y, a la vez, poder continuar viviendo de nuestra actividad profesional.

Reflexiones actuales a partir del mercado argentino del medicamento

C.P.N. Carlos A. Vassallo

Un panorama del mercado de medicamentos

Para hablar del mercado del medicamento es necesario intentar definir en primer lugar qué tipo de bien se está transando o dicho de otra manera, está circulando dentro del mismo. Y ese bien es un bien muy particular dado que el medicamento puede ser definido como un bien de características duales, sobre las que luego avanzaremos conceptualmente.

Vemos por un lado que los países con capacidad suficiente, tienen una fuerte tendencia a promover el desarrollo de la industria del medicamento dentro de sus fronteras, y lo primero que eso nos está marcando es que tiene mucho valor agregado, que genera beneficios importantes, no sólo en cuanto a flujos financieros sino a fuentes de trabajo y niveles de progreso. Por otro lado, es cierto que una manera de ver a los medicamentos es como un bien social, y en consecuencia hay también una preocupación de los gobiernos por lograr la accesibilidad de ese bien, que económicamente puede calificarse de preferente, meritorio o tutelar, por parte de la población

Para tener una idea de la dimensión que tiene en nuestro país el mercado del medicamento, nada mejor que traer algunas rápidas referencias respecto de lo que significa el mercado del medicamento a nivel mundial:

- Es una industria cuyo crecimiento neto es mayor al 84%.
- Nuclea a empresas muy grandes que han estado creciendo y fusionándose.
- Hay un progresivo aumento del gasto en I&D, que según las fuentes va desde alrededor de un 30% a un 48%, empujado por el aumento del costo de desarrollo de nuevas monodrogas innovadoras (nuevas entidades químicas), que actualmente se estiman alrededor de los U\$S 400 millones, y en consecuencia exige mayor nivel de concentración y de economía de escala para poder lograr alcanzar estos costos y no quedar atrás de la carrera de la innovación.
- Una rápida semblanza del escenario y las dimensiones de los actores lo da un análisis financiero realizado entre 1993 y 1997 por economistas de la Universidad de Québec, que mostró que la industria farmacéutica resulta la de mayor rentabilidad en el mundo, con un crecimiento de ingreso neto mayor a 84%.¹
- Si no se toman en cuenta los negocios ilícitos relacionados al narcotráfico y siempre mirando el circuito financiero, la industria farmacéutica resulta tener el segundo circuito financiero del mundo, con una magnitud de 1 millón de dólares cada 2 minutos, luego del mercado de las armas con 1 millón de dólares cada 30 segundos.²

Si lo vamos a mirar desde el punto de vista de cómo está distribuido y quién lo utiliza, como sucede en el sector salud tenemos un proceso de fuerte concentración. Efectivamente, en este concentrado mercado global 10 países controlan el 79% del mercado³, y las transnacionales más importantes del sector son norteamericanas, alemanas, francesas, suizas, inglesas, suecas y japonesas. Como dato ilustrativo, agreguemos que los EEUU lideran el mercado y exhiben un monto total de ventas anuales de productos farmacéuticos de alrededor de U\$S 130.000 millones.⁴

Cambiando la óptica de las observaciones y focalizando la demanda, se puede decir que el 20% de la población mundial es responsable de la

1 SCRIP, N° 2356 (29-07-98)

2 Diario La Nación, Argentina, 8-04-01

3 IMS Health, Global market audited review, 2001.

4 Ibidem 4

utilización del 80% de la producción mundial de fármacos. En 1997, el 74% de la producción mundial estuvo destinada a la población de 7 países: EE UU, Japón, Alemania, Francia, Reino Unido, Italia y España⁵, en tanto que en la actualidad el 80% de las ganancias de los laboratorios farmacéuticos proviene de EE UU, Japón y Europa.⁶ Allí están los mercados mas importantes del mundo en materia de medicamentos, el resto son mercados marginales donde las decisiones muchas veces no tienen que ver con las lógicas dinámicas de esos mercados, sino que surgen las decisiones que se toman en otros lugares. En contraste, se estima que tan sólo alrededor de un 1.3% de la producción mundial tendrá como destino el continente africano. Si bien Africa y Asia representan juntas cerca del 75% de la población mundial, en 1997 mostraban un consumo de apenas un 7-8% del total, sin que la situación obviamente se haya modificado sustancialmente en la actualidad.⁷

Vale recordar que entre un 20 y 50% de los gastos en salud de muchos de los países menos desarrollados, se usan para comprar medicamentos, tomando como constante que a menor desarrollo de las sociedades mayor resulta ser el gasto destinado a medicamentos y mayor el porcentaje de bolsillo del mismo. A esto hay que agregar el carácter regresivo del gasto de medicamentos, que hace que proporcionalmente paguen más por éstos los que menos tienen, o sea que los más pobres destinan una parte proporcionalmente mayor de sus presupuestos personales o familiares a este rubro.

Los ejemplos concretos de lo anterior están disponibles en un rango que va desde lo extremo hasta la muestra cotidiana de lo que sucede en nuestro propio país, Argentina. Como ejemplo de máxima se puede citar que "En Egipto, Marruecos y Yemen, el 70% del total del gasto en salud debe destinarse a medicamentos y la mayor parte de éstos deben financiarse en forma privada, conduciendo a una irracionalidad del gasto, agravando la situación de las finanzas familiares y dejando marginados a los que no pueden solventar estos gastos transferidos."⁸

5 Medicamentos y Globalización, Observatorio sobre Servicios Públicos y Globalización: salud, ATTAC, Madrid

6 MSF, Doc. "Una nueva meta para Médicos sin Fronteras. Campaña por el acceso a medicamentos esenciales", 2001.-

7 Vasallo, c y Sellanes, M: "Demanda y acceso a los medicamentos. El caso Ántrax-Cipro como disparador del debate internacional", Ed. Observatorio de Salud, Bs. As, Argentina, 2002

8 Catherine Hodgkin y Oscar Lanza V. "Tercer mundo y el acceso a medicamentos esenciales" *Fármacos* Vol 2 Septiembre 1999

Como ejemplo doméstico basta decir que aún considerando que Argentina es el tercer mercado farmacéutico de Latinoamérica y el 13º del ranking mundial, con una producción nacional importante cuyos laboratorios lideran los rankings de ventas internas, destinándose en el país alrededor del 30% del gasto en salud a la compra de medicamentos⁹, se estimaba antes de la crisis socioeconómica que siguió al fin de la convertibilidad y el default nacional, que un 25% de la población, obviamente la familias de menores recursos y particularmente los desempleados sin cobertura médica por la seguridad social, no tenía acceso a los medicamentos ambulatorios, aún los considerados esenciales. En marzo de 2002, el Ministerio de Salud de Argentina estimaba que al menos unos 15 millones de personas tenían dificultades para acceder a medicamentos de todo tipo. El porcentaje había saltado de un histórico 25% de fines de los '90, a un 42%, en el marco de una emergencia sanitaria nacional declarada oficialmente. Se estimó en 15 millones la cantidad de personas con dificultad para acceder a los medicamentos de todo tipo, lo cual es muy grave de por sí, pero más aún si se lo referencia al marco general de atención de la salud, en donde también se está estimando que 18 millones de personas, casi el 50% de la población argentina, tiene problemas de acceso a la salud.

En salud cuando uno tiene sistemas financiados desde el punto de vista privado en mayor medida que del lado público tienden a plasmarse sistemas muy inequitativos, porque uno tiene que sacar de su propio bolsillo para poder acceder al servicio de salud, o en este caso específico, al medicamento.

La estimación del mercado nacional a fines del 2001, indicaba que aproximadamente las ventas totales llegaban a 6.500 millones de pesos/dólares de esa época, cifra que surge de adicionar al 84.5% que es aquello que logra relevar el IMS, los márgenes adicionales, márgenes de la farmacia más IVA, hasta llegar luego al precio de venta al público incluyendo todo lo que tiene que ver con ventas hospitalarias e institucionales. Por otro lado, la actividad o número de unidades vendidas antes de diciembre del 2001 alcanzaba los 425.000 millones. Esto fue oscilando, en alguna medida se retrocedió en cuanto al tema de las unidades vendidas, y se estabilizó en torno a los 410, con una retracción que se estima alrededor del 26%.

En este dilema que mencionamos al inicio entre industria y políticas de salud o acceso al medicamento, hay países que han tenido históricamen-

⁹ González García G. Y col, Instituto Universitario ISALUD, Argentina, 2001.

te una industria del medicamento innovadora, han hecho importantes inversiones durante muchos años, han tenido una política centrada en las patentes por productos y niveles de precios muy altos, justamente para tratar de incentivar la demanda de medicamentos y que la oferta generara mayores niveles de producción. Pero al mismo tiempo hablamos en estos casos de países con una renta por cápita elevada y sistemas de salud de tipo universales, en el sentido que la casi totalidad de la población tiene cobertura y ésta incluye medicamentos ambulatorios, desde ya con coseguros o algún tipo de participación en el costo, pero a la vez con una gran cantidad de excepciones de estos copagos por parte de los grupos más vulnerables, a los que se le asegura el acceso, alineándose con los objetivos de las políticas nacionales de salud pública. Esto lo vemos hoy en casi todos los países OCDE, donde si bien la variabilidad de precios es importante tienden a ser altos si bien están regulados e intervenidos por los Estados, pero simultáneamente su monto es compensado con mecanismos que aseguran el acceso.

El último caso es el de Japón, que es un mercado menos desarrollado pero que viene avanzando en niveles de desarrollo de ciencia y tecnología de manera muy destacada e importante, y que mantiene precios altos para poder lograr promover mayor desarrollo de sus industrias nacionales. Entonces nos encontramos con valores de medicamentos por unidad muy altos respecto a otros países del mundo, pero también hay países que no han tenido históricamente una industria del medicamento importante y no obstante sus políticas son más laxas y permisivas en cuanto a precios.

Paralelamente existen países con capacidad de producción pero poco desarrollados en la fase de I&D y que no mantuvieron políticas de adhesión al régimen patentario hoy vigente en la OMC, que aunque históricamente no tenían un posicionamiento fuerte dentro de la industria farmacéutica, esta política les permitió, generar un desarrollo en base a copias muy importante, que es el caso que uno puede comparar con Argentina. Muchos países optaron por una estrategia de este tipo, pero son muy pocos los que lograron pegar el salto, casi diríamos que no hay antecedentes de que hayan podido pegar el salto y tener una industria innovadora, y a la vez debieron ir adhiriendo a las políticas de la OMC en cuanto al TRIPS/ADPIC¹⁰ y respetar los derechos de patentes farmacéuticas de acuerdo al modelo actual.

Si miramos cuál es el origen del capital de los laboratorios más impor-

10 TRIPS/ADPIC: Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos De Los Derechos De Propiedad Intelectual Relacionados Con El Comercio

tantes que están posicionados entre los diez o veinte primeros a nivel internacional, surge que son laboratorios que se han fusionando pero que pertenecen a los países más desarrollados del mundo. En este sentido el ejemplo de Reino Unido es interesante porque es un país que teniendo una industria innovadora importante, habiendo generado promoción del desarrollo de la industria del medicamento, a la vez nunca descuidó el control del gasto en medicamentos; y el sistema de Inglaterra es interesante porque lo que promueve no es necesariamente que sean industrias de capital nacional sino que fundamentalmente cuáles son las que investigan y producen en el Reino Unido con independencia de su origen. En realidad lo que está incentivando y promoviendo es un corte, un equilibrio dinámico entre promoción del desarrollo industrial en esta área y acceso a los medicamentos por la otra.

El escenario en Argentina

En la Argentina se convivió durante muchos años primero con una industria local que tenía una gran capacidad de copia, luego con una libertad de precios que promovió un desarrollo del mercado importante y una apertura muy amplia de la economía. No obstante esto generó rupturas de cadenas productivas importantes, porque a gente que antes podía producir en el país, de pronto le convino importar y se desmantelaron algunas estructuras de producción de principios activos. Acaso haya un nuevo giro y el nuevo entorno macroeconómico que estamos viviendo tienda a generar incentivos para que vuelva a producirse en el país, pero las decisiones microeconómicas tienen una velocidad y un tiempo más lento que las macroeconómicas. Se puede estabilizar un país, poner en orden la economía e incluso plantar incentivos específicos interesantes, pero que un laboratorio o una empresa tome una decisión de contratar personal y decida invertir localmente, son decisiones que llevan tiempo y necesitan confianza y un marco de seguridad jurídica que todavía el país no ha logrado regenerar.

Creemos que esta situación que vivió Argentina con ese gasto que comentamos al principio y del que luego analizaremos más en detalle algunas características particulares de lo que era el mercado del medicamento, sólo fue posible por un velado uno a uno que ocultaba la realidad directa de la posición relativa en la que se encontraba Argentina dentro del mundo.

En el Cuadro 1 se muestran algunas de las características de lo que era el mercado previo al 2001. Un comentario es que los productos más vendidos se incrementaron en la última parte del periodo en un 60% y luego se desaceleraron, pero hay que recordar que cuando se logró la estabilidad en el marco de la convertibilidad hubo un incremento importante de precios, y después surgió lo del decreto 150 de

Cavallo que en su momento justamente fue un intento de introducir un mercado de genéricos, pero sin pensar en la salud sino pensándolo como una represalia por el incremento de precios de los laboratorios. El 150 es un producto del Ministerio de Economía que ahí se quedó porque quienes lo instrumentaron no tenían una lectura fina respecto de cómo tenía que funcionar el mercado, o directamente de cómo funcionaba este particular mercado.

Cuadro 1 Datos del mercado de medicamentos argentino , año 2.001

- Los precios se incrementaron entre 1991-98 un 106%
- Promedio de gasto anual por habitante: 180 dólares
- Continua aparición de medicamentos "nuevos" y nuevas presentaciones con precios más caros
- Los productos más vendidos incrementaron sus precios un 60%, con una desaceleración durante los últimos años donde sólo se incrementaron 7,4%
- Monto del mercado: 5100 millones anuales

Y luego en el Cuadro 2 hemos puesto algunas características del mercado nacional en la primera parte de este año 2002. Esta es información del período noviembre/mayo del Colegio de la Provincia de Buenos Aires, que hizo un trabajo sobre las 20 drogas más consumidas, donde se registró un 47,56% de incremento promedio, en tanto que el promedio anual del gasto por habitante ronda los U\$s 48. Todavía no hay un recálculo del gasto en salud, esto está sacado en función de la devaluación y en términos de dólares.

Las patentes registradas que pudimos relevar como nuevas son 12, no pudimos saber a través de la ANMAT cuántos eran los nuevos certificados que se habían otorgado durante este período.

Cuadro 2 Datos del mercado de medicamentos argentino , año 2.002

- Incremento de precios de las 20 monodrogas más consumidas (noviembre 2001/mayo 2002) : 47,56%
- Promedio anual gasto por habitante: 48 dólares
- Patentes registradas (ANMAT): 12

- **Certificados (ANMAT)**
- **Monto del mercado: 1.800 millones de dólares**
- **Cantidad de productos: 8,200**
- **Cantidad de unidades vendidas: Caída del 26% en el primer semestre. Suponiendo igual en el segundo semestre; la cantidad de unidades vendidas 2002 sería de: 314.500. Si disminuye la caída a 16% la cantidad final vendida anual sería de 336.000 unid.**

El monto del mercado aproximadamente que ha quedado son 1.800 millones de dólares, pero esto es un cálculo que oscila con el valor de un dólar no estabilizado y con muchos matices, es sólo ilustrativo entonces, y referido a un mercado de la salud que está en torno a los U\$S 7.000 millones, en tanto que el año pasado hablábamos que el mercado de la salud era de U\$S 23.500 millones aproximadamente.

Y la cantidad de unidades vendidas cayó en el primer semestre el 26%, y suponiendo que esa misma caída se mantuviera en el segundo semestre daría una cifra de 314.500. Si se lograra disminuir la caída a 16%, 10% menos, la cantidad final sería aproximadamente 336.000 unidades vendidas durante el 2002.

Una mirada desde la oferta

Avanzando más hacia el momento actual, hay algunas **alternativas** que se plantean para los países con un desarrollo relativo como el de Argentina de la industria del medicamento:

- **Promover investigaciones en base a ventajas comparativas** (Ejemplo BIOSIDUS), si bien sería necesaria una previa definición de las políticas integrales que involucran al sector.
- **Producción de genéricos** (reconversión de laboratorios que producen medicamentos de marca). Argentina tiene plantas capaces de producir genéricos y de generar una política de exportación de genéricos. Ayer leímos con mucho placer que Novartis a partir de la compra de Labinca va a tener una política orientada hacia el mercado latinoamericano para empezar a penetrar en mercado de genéricos. Creemos que con

este tipo de cambio que tenemos, y con los niveles de calidad que puede tener Argentina en materia de servicios de salud exportables, porque no todos son exportables, tenemos grandes posibilidades de poder colocar producción en salud. Y eso es parte de lo que hay que empezar a pensar como dinamizador de ingresos dentro del sector salud.

- **Obtención de licencias de comercialización.** Y acá algunas empresas ya durante este período se han posicionado sabiendo que se iba a aprobar la ley de patentes, y han establecido acuerdos con las grandes marcas, de manera de poder trabajar en forma conjunta una vez que sale una innovación en materia de medicamento. La idea es una vez lanzado un producto poder luego producirlo dentro del país a menores costos y tratando de plantearse un proceso de redistribución dentro el mercado latinoamericano.

Dentro de lo que sería la política de contención del gasto farmacéutico es muy difícil, como hoy mencionó Federico Tobar, pensar en mecanismos de control de precios. Si bien en Europa actualmente los países líderes tienen en su casi totalidad los precios intervenidos mediante diversos diseños, el nivel de desarrollo de las políticas, acuerdos intersectoriales y gobernabilidad es muy distinto al caso nuestro, y especialmente en estos momentos. Hoy por hoy cualquiera que avance sobre un control de precios que permita mayor accesibilidad tiene que pensar en introducir financiación selectiva, tiene que pensar en introducir precios de referencia, en trabajar en evaluaciones de costo-efectividad sobre los medicamentos y en todo el tema de la educación y orientación e incentivo de la demanda para mejorar la capacidad de negociación interna que este mercado tiene.

Con respecto a algunas de las **estrategias que está llevando adelante la oferta**, las hemos resumido en el Cuadro 3. Por un lado la reestructuración organizativa: si bien todavía no ha sido masivo, en este marco hay desde hace 1 año despidos de personal, disminución de gastos, una férrea defensa por parte de la industria del mercado de marcas, innovaciones orientadas a la demanda como lo del Vale Salud, algún intento de hacer descuentos y llegar de manera directa para fortalecer la posición del mercado de marcas; un acuerdo con prepagas líderes para que se siga prescribiendo por marca; algunas presentaciones judiciales que van en ese sentido. Hay también algunas negociaciones individuales de los laboratorios, pareciera que de algún modo se ha roto esa unidad fuerte que existía en las Cámaras; se comienza a evaluar la posibilidad de producir en el país e integrar niveles de producción de un laboratorio con otro. Y también comienza la posibilidad de empezar a mirar para afuera, a mercados de exportación y

producir genéricos. Todas éstas son algunas de las tendencias que uno puede ver en este periodo, pero hay que recordar que son decisiones microeconómicas, y entonces llevan más tiempo para tomarlas y afianzarlas.

Cuadro 3 Estrategias de la oferta

- **Reestructuración organizativa (despidos, disminución de gastos)**
- **Defensa del mercado de marcas (Vale Salud , acuerdos con prepagas líderes, presentaciones judiciales)**
- **Negociaciones individuales de los laboratorios**
- **Continuidad de las Cámaras con fuertes debilidades.**
- **Se comienza a evaluar producir en el país e integrar niveles de producción entre laboratorios (caso Schering)**
- **Mercados de exportación y producción de genéricos**

En este escenario y con estas tendencias, la pregunta que queda flotando es qué sucederá a futuro con la oferta. Dentro de la oferta habría que incluir a las droguerías y también todo lo que tiene que ver con las distribuidoras. Las farmacias son como una especie de bisagra, una especie de articuladoras entre oferta y demanda en un rol similar al del médico. Entonces el farmacéutico también tiene dos presiones o vectores de fuerza, por un lado la presión del producto que vende y la oferta que lo tira para un lado y por otro lado la responsabilidad de poner la cara frente al beneficiario y la necesidad de darle una respuesta a ese beneficiario. Esa posición no es cómoda como para poder sobrevivir en medio de los aumentos de precios y determinadas políticas como las que hemos vivido estos últimos años.

Lo que puede llegar a suceder es que dentro del sector salud, si bien muchas veces los economistas hemos presagiado que la sobreoferta iba a caer, esto está sujeto a los reajustes dinámicos que se dan en la particular estructura sectorial del país, donde en muy alta medida, la sobreoferta terminó sobreviviendo. No obstante tenemos la sensación que se vive una situación terminal dentro del sector salud donde al exceso de camas que ya está saliendo del mercado, se empieza a agregar el hecho de que hay salida de profesionales del mercado y cada vez más de ellos no pueden dedicarse a la medicina, no pueden poner una farmacia o un laboratorio bioquímico. Y

esto ya no es una cuestión de buscar mejor ubicación geográfica o un cambio de especialidad o área profesional para ejercer, como se dio hace unas décadas donde había migraciones internas, aquí ya se trata de una saturación del mercado netamente expulsiva, y eso es una diferencia muy fuerte que golpea pero tarda en darse a conocer del todo, porque se ajustan las variables retributivas (no se puede dejar de lado que la primera a la que se echa mano es a la demora de pagos y recorte de honorarios) y aparentemente sobreviven todos por un tiempo hasta que empiezan a caerse, y no pueden volver a reinsertarse ni aún a pérdida en caso de dar sólo servicios. Cuando además como en el caso de los farmacéuticos hay una necesidad de solvencia financiera para mover su ejercicio, por ejemplo en una farmacia comunitaria, la situaciones más apremiante y aguda. La tan mentada "reconversión" de los '90 ya es una receta bastante perimida. Esto es muy triste, pero se está dando, con el ingrediente compensador oculto de la emigración que parece la tendencia dominante en algunas profesiones de la salud.

Y dentro del sector medicamentos que durante los '90 capturó rentas de otros mercados paralelos, del mercado de internación, del ambulatorio, etc., pensamos entonces que va a haber un ajuste también de la oferta y esto significa en materia de laboratorios, de droguerías y farmacias.

Y en referencia a lo anterior, lo que nos parece imperioso es la necesidad de buscar parámetros o pisos que impidan que el mercado siga seleccionando quién se queda y quién se va, porque en ese juego podemos llegar a estar perdiendo factores productivos que con los años se han organizado y que son valiosos desde el punto de vista de la experiencia y conocimiento y cantidad de recursos humanos que trabajan dentro del sector. Esperemos que no suceda en este mercado lo que pasa con el monetario, donde hay una vieja ley de un asesor de la Reina Isabel hacia mediados del 1500 que dijo que la mala moneda desplaza de circulación a la buena moneda, y que se conoce como la Ley de Gresham, que si bien admite lecturas encontradas suele verse en la realidad con frecuencia. Por ejemplo Los bonos provinciales terminan desalojando al peso que tiene una reserva detrás, y en nuestro caso por analogía que emprendimientos más aventureros que seriamente médicos no terminen desalojando a los prestadores de salud serios y sólidos en cuanto a calidad. O los laboratorios que no investigan ni son innovadores terminen desalojando a los que hacen inversión dentro del sector, o que los grupúsculos de farmacias armados sin garantías terminen desalojando a redes consolidadas donde hay recursos humanos formados, etc.

Cuadro 4 Qué podría suceder con la oferta

- **Luego de haber superado la prueba del ajuste durante los noventa, la sobreoferta en el sector podría expulsar del mercado a laboratorios, droguerías y farmacias.**
- **Se hace imperioso buscar parámetros, regulaciones y contratos que permitan seleccionar y acreditar con criterios de costo efectividad, calidad de servicios, etc. Impedir que el mercado termine desalojando a la buena oferta y termine quedando la mala pero barata. (esperemos que no se repita lo que sucede con la moneda, Ley de Gresham).**

Una mirada desde la demanda

Desde el punto de vista de la demanda dentro del sector, hay una fragmentación importante dentro del sector salud sin capacidad de fijar criterios comunes dentro de las obras sociales. En uno de los paneles paneles previos estábamos hablando del tema de las obras sociales provinciales y la posibilidad que las obras sociales provinciales tendrían a través de una organización a nivel de todo el país, sin embargo los niveles de fragmentación son muy fuertes y hay problemas para poderse plantear políticas comunes. Esto en 280 obras sociales donde cada una tiene una especie de política de medicamentos diferente y donde el desafío es articularla no es algo menor.

Cuadro 5 Fragmentación de la demanda

- **Fragmentada y sin capacidad de fijar criterios comunes de las OOSS.**
- **Inconsistencia de PAMI y la política de medicamentos. Sin cambios en el modelo contractual de los noventa.**
- **Se intenta introducir Precios de referencia y PMOE**
- **Disminución de la cobertura de prepagas y OOSS (mecanismo 40-60)**
- **Concentración de la financiación en medicamentos oncológicos y para crónicos (recursos de amparo y otras medidas judiciales)**

En segundo lugar, la inconsistencia del PAMI respecto de la política de medicamentos es un dato en contrario. Creemos que esto es lo que ha generado mayor debilidad en la gestión del Ministerio de Salud porque el PAMI ha continuado con el modelo contractual de los '90.

Y también encontramos el intento de introducir precios de referencia dentro del Programa Médico Obligatorio de Emergencia. En estos casos como el del Programa Médico Obligatorio de Emergencia muchas veces la justicia no termina de explicar qué es vivir en emergencia y termina generando mayores problemas y tensiones dentro del sistema.

Luego hay un proceso importante de disminución de la cobertura de las prepagas. Las prepagas se han aferrado a ese precio del 40% del precio de referencia, y por otro lado las obras sociales, sobre todo sindicales, han tendido a aplicar el mecanismo 40%-60% en donde se lavan las manos sobre el medicamento ambulatorio, sólo se preocupan por oncológicos y crónicos, y de ese 40% y 60%, el 40% lo termina pagando la cadena de la oferta y el 60% lo pone el beneficiario con lo cual uno no sabe bien cuál es el rol en cuanto a inducir racionalidad en el consumo que cumple la obra social. A esto se le suma la concentración de la financiación de la seguridad social en esas áreas que están sujetas a amparos u otras medidas judiciales.

En este esquema de oferta y demanda y en este esquema de mercado no se puede pensar en hacer una descripción pensando que el equilibrio es un equilibrio que se alcanza espontáneamente. Claramente acá hay una figura clave que es el agente central, y que es el médico.

Por un lado el médico tiene un poder delegado por el paciente, cuenta con una cantidad importante de acciones para definir diagnósticos y establecer una terapéuticas. Pero el médico tiene un bagaje cultural, un bagaje en cuanto a la forma de tratar de diagnosticar y resolver los problemas y esas son cosas que necesitan una evolución y que no se cambian de la noche a la mañana.

Y por otro lado está la necesidad de compatibilizar que tiene el médico, a sus objetivos personales con la información fragmentada con la que convive, que en muchos casos es información insuficiente. El médico muchas veces no tiene un conocimiento sólido y actualizado de farmacología, tuvo una materia muy al pasar en la Facultad de Medicina y se terminó for-

mando a través de mecanismos que no son los más científicos y asépticos, y en consecuencia es un punto de resistencia en el que hay que poner inversiones y generar incentivos para lograr captar primero la atención y recién después el entendimiento y luego la voluntad del médico en materia de asignación de recursos del medicamento.

Cuadro 6 La figura del médico

- El agente central del sistema es el médico que actúa como prescriptor del medicamento.
- Retiene el poder delegado por el paciente (relación de agencia) y además cuenta con un arsenal de acciones para definir el diagnóstico y establecer la terapéutica.
- Debe compatibilizar sus objetivos personales, con información fragmentada respecto del contexto donde se desenvuelve, es decir opera con asimetría de información respecto de los proveedores de la cadena, al momento de confeccionar la receta

Las políticas de medicamentos

Algunas de las políticas de medicamentos que se han planteado durante este proceso han sido las patentes, con lo cual hay un pedido para que no se siga aumentando la clonación ineficiente de algunos productos. Por otro lado la prescripción por nombre genérico cuya ley acaba de promulgarse, lo que va a permitir una competencia entre fármacos con iguales principios activos y va a estimular la prescripción de monodrogas, ya que ante esta medida van a empezar a temblar las asociaciones de drogas y eso es algo que no es de poca importancia. Y por otro lado hay una promoción de optimizar el gasto y reducir costos a través de la canasta, la lista positiva, algún refuerzo de lista negativa y los precios de referencia.

Cuadro 7 Políticas de medicamentos

- Patentes: mayor control de la clonación ineficiente de productos
- Prescripción por nombre genérico: generar competencia entre fármacos con iguales principios activos. Estimular prescripción de monodrogas.
- Promover la contención de costos de los medicamentos (canasta, lista positiva, refuerzo de listas negativas, precios de referencia)

Algunos comentarios muy breves sobre la política de medicamentos. Por un lado notamos una ausencia de coordinación entre la política de salud y el control del gasto farmacéutico con el sector industrial. Está faltando una mesa, un enlace entre el Ministerio de Salud y el de Economía para que los medicamentos puedan tener la mirada dual que se tiene a nivel internacional. Y en eso quizás falta la mirada desde economía que no aparece mirando a este sector como un sector con posibilidades de exportar y generar empleos, sobre el cual hay que trabajar productivamente. Está la mirada lógica desde salud que es la preocupación por lograr el acceso y para eso incidir sobre los costos.

Creemos que hay un tema que ha debilitado alguna posición en la política de prescripción por genéricos, que es la relación entre PAMI y el Ministerio que no ha sido todo lo afiatada que se podría pensar, porque como se sabe el contrato de PAMI es un instrumento muy poderoso para poder disciplinar a la oferta.

Hay también, y esto está vinculado con el programa REMEDIAR, quizás un exceso de voluntarismo respecto que el Estado puede hacer todo solo, y hoy por hoy venimos de un Estado que se ha desarmado, desarticulado y que necesita de la sociedad civil para poder llevar a adelante las políticas. El programa REMEDIAR necesita de las entidades no gubernamentales para poder consolidarse y trabajarse armónicamente. Aquí cabe preguntarse por qué si los farmacéuticos han trabajado en la distribución de los medicamentos que llegaban por donación del exterior, o en emprendimientos individuales y voluntarios para colaborar con ONGs en la distribución profesionalizada del medicamento, por qué no podrían articularse con carácter voluntario aquellas farmacias que quieran hacerlo, y trabajar en la línea de una distribución más responsable del medicamento.

Y después, otra cuestión importante, es que los tiempos políticos parecieran ser más importantes que los tiempos técnicos, porque de la noche a la mañana no se puede construir un mercado de genéricos. Va a necesitar una serie de etapas o fases en las que habrá que pensar cuáles son los instrumentos más importantes para motivar, incentivar a los profesionales, al médico y al farmacéutico, entonces hay que trabajar en la educación de la población y mejorar los controles.

Cuadro 8 Limitaciones de la política de medicamentos

- Exceso de voluntarismo acerca del poder del sector público para llevar adelante políticas, en un marco que se caracteriza por la fragmentación del sistema, debilidad técnica del estado y clima social de desconfianza. (Programa Remediar)
- Tiempos políticos prioritarios a los tiempos técnicos necesarios para construir un mercado de genéricos, motivar e incentivar a los profesionales, educar a la población, y mejorar los controles. Ejemplo aprobación de una ley muy acotada en la regulación de los canales por donde circula el medicamento.

Entonces pensamos que en la transición algunas de las cosas que habría que responder es cómo asegurar la universalización de la cobertura del medicamento de la población desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo. Después nos ponemos a ver si se gasta mucho o se gasta poco porque la cifra del gasto no quiere decir nada, el tema es si se tiene una cobertura universal del medicamento en toda la población. Otro tema es ver cuáles son las reformas que se deberían generar para disminuir los costos de las contrataciones, y el costo de oportunidad para acceder al medicamento por parte del paciente. Muchas veces se pierde mucho dinero en el medio de la cadena y es dinero que se podría asignar mejor, se podría gestionar mejor, se podría agregar valor en servicios profesionales que aumentarían la densidad de la malla de protección social y sanitaria, o quizá eso es un enunciado demasiado optimista y debiéramos haber dicho comenzar a formar esa malla. Y por eso el nombre de estas Jornadas.

Una pregunta válida para este periodo de transición, porque tenemos que entender que no es una carga final de caballería sino un periodo de transición, ¿cuáles deberían ser los contenidos y condiciones de un futuro acuerdo entre los financiadores y los responsables de la provisión del medicamento? Acá hay un tema central que son los futuros contratos que van a ir surgiendo entre financiadores y proveedores de medicamentos, porque se van a ir rediseñando y esperamos que colaborando con la política de medicamentos.

Cuadro 9 En la transición: racionalizar el sistema y no racionar la prestación

- **Cómo asegurar la universalización de la cobertura de medicamentos de la población desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo**
- **Qué reformas se deberían plantear para reducir los costos de transacción de las contrataciones y los costos de oportunidad para acceder al medicamento por parte del paciente.**
- **Cuáles deberían ser los Contenidos y condiciones de un futuro acuerdo entre financiadores y los responsables de la provisión de medicamentos**

En cuanto a los aportes a la política actual de medicamentos, un tema que mencionó Aldo Neri que nos parece importante es la necesidad de tener y luego afianzar el uso de un Formulario Terapéutico Nacional. Hay una resolución del Ministerio de Salud y Acción Social del año '85 que establecía el formulario terapéutico. Esto permitiría contar con un instrumento importante para avanzar en un proceso de racionalización de la oferta. Si hablamos mínimamente de 8.000 productos de prescripción, en ese conjunto hay de todo y el Estado no tiene la obligación de financiar todo a todo el mundo. Lo que tiene que definir es cuánto puede financiar y tratar de financiar universalmente del modo más eficaz, efectivo y eficiente, que no es nada sencillo. E inducir a los prescriptores a recetar en base a ese formulario modificando incentivos, con igual medida para los dispensadores tendiendo a despegar el acto de dispensa del valor del producto vendido, buscando mecanismos que retribuyan servicios, aunque entendemos perfectamente que esto es una cosa fácil de decir pero hay que construir mecanismos y modalidades de pago diferentes, y eso acaso requiera de un clima político también diferente.

Cuadro 10 Aportes a una política de medicamentos

- **Actualización del formulario terapéutico nacional (Resolución 750/85 del Ministerio de Salud y Acción Social)**
- **Inducir a los prescriptores a recetar en base a un FT modificando incentivos, igual para los dispensadores tendiendo a despegar el acto de dispensa del valor del producto vendido y en el caso de la oferta inducir a ampliar cantidades en el marco de mantenimiento de niveles globales de ingreso**

Conclusiones y sugerencias

Y por último algunas conclusiones o sugerencias.

Medicamentos está dentro del sistema de salud, no es un capítulo separado por más que a veces se pueda despegar. Entonces algunas de estas recomendaciones o sugerencias surgen en función de pensar el medicamento dentro de una reforma del sistema de salud en Argentina.

Por un lado la guía de la reforma del sistema de salud no tiene que ser sólo buscar la eficiencia, creemos que el norte obligado tiene que ser la cobertura universal de la población. Argentina no se puede permitir tener el 50% de la población sin programas de prevención, sin una cobertura de salud amplia, porque en la actual situación social que apenas si estamos empezando a atravesar y cuyas facetas más oscuras pensamos que aún no alcanzamos a vislumbrar, esto se pagaría a un precio terriblemente alto. Inexcusablemente alto.

En cuanto a las formas, probablemente el difícil camino entonces sea efficientizar y racionalizar antes que racionar, ya que esto último sería ahora cuasi letal para algunos sectores de la población, eso está claro. Pero subsisten nichos de ineficiencia que se pueden superar y que nos van a permitir gastar mejor, y no tener que dejar de gastar en otras cosas simplemente porque no hemos hecho un análisis adecuado sobre el capítulo de gasto correspondiente y sobre el proceso.

El tema crónico de construir sistemas de información para los administradores, prestadores y usuarios, necesarios para lo precedente y para transparentar la gestión. Educar y responsabilizar a la demanda, en salud esto es fundamental.

Hay que avanzar en el proceso de la integración de la financiación de tal modo de poder definir instrumentos del control del gasto y de gestión del medicamento. Esta financiación tan fragmentada que tenemos lo único que hace es multiplicar inequidades y generar mayores gastos.

Y finalmente articular la relación entre salud y el desarrollo dentro del sector a través del trabajo y la planificación conjunta, porque ha quedado claro a niveles micro, meso y macro en la crítica experiencia que atravesamos un concepto antes teórico: que crecimiento no es desarrollo.

Panel IV

Registro, control y la evaluación de la calidad de los medicamentos

Coordinadora Farm. Ana María González

En este panel con orientación más técnica que los anteriores, podremos apreciar una interesante actualización de aspectos centrales del medicamento y también comentarios sobre la evaluación de la calidad, tema que cobró mayor estado público en el debate sectorial, estos últimos meses.

La Calidad, la seguridad y la eficacia son las garantías que se debe exigir a cualquier medicamento. La calidad es algo que generalmente se cuestiona cuando el medicamento es barato, y debe ser la piedra angular para la autorización de los medicamentos. El Estado debe asegurar que cuando un medicamento nuevo se introduce en el mercado se cumplen todos los requisitos de seguridad y eficacia. Junto a la aprobación hay que acompañar siempre la farmacovigilancia porque todos los ensayos terapéuticos que se exigen para la aprobación de un medicamento, no cubren todo el patrón o el perfil de seguridad y eficacia que tiene un medicamento.

A esto se van a referir los profesionales que nos acompañan y que son de primer nivel. Por supuesto lamentamos la ausencia de un representante de ANMAT en la mesa tal como estaba programado, pero el Dr. Manuel Limeres, ayer cerca del mediodía, nos hizo saber que no iba a poder participar de estas jornadas.

Nos acompañan entonces en este panel el Dr. Luis Alesso, que es doctor en medicina y asesor de la industria farmacéutica, con actuación en la Universidad Complutense de Madrid, Docente Titular de la Cátedra de Farmacología de la Universidad Nacional de Córdoba, Docente de la Cátedra de Farmacología de la Universidad Católica de Córdoba, ex titular del Área de Medicamentos del Ministerio de Salud de Córdoba, Director del Proyecto de Investigación y Desarrollo de Farmacovigilancia en tres hospitales de Córdoba. Trabaja además en la Secretaría de Ciencia y Técnica de la U. N. de Córdoba, y es Miembro Titular del Comité de Control de Calidad de Medicamentos de Córdoba por la U.N. de Córdoba

La Dra. Mónica Elías es Profesora Asociada con dedicación exclusiva

en el Área de Farmacología de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas de la Universidad Nacional de Rosario, Decana de esa Facultad e Investigadora Principal del CONICET.

Seguridad en Medicamentos

Dr. Luis Alesso

Introducción

En primer lugar deseamos agradecer a este Colegio Farmacéutico de Santa Fe por la invitación a participara en estas Jornadas. Y seguidamente entrar en tema comentando que hemos tratado de resumir fundamentalmente dos trabajos, con el objetivo de mostrar resultados de farmacovigilancia, tantos de reacciones adversas al medicamento como de falta de eficacia y control de calidad.

Cuadro 1 Farmacovigilancia (FVG)

<p style="text-align: center;">DÉCADA DEL '30</p> <ul style="list-style-type: none">• EE UU: Sulfanilamida + dietilenglicol• Francia: Stalinon <p style="text-align: center;">DÉCADA DEL 60:</p> <ul style="list-style-type: none">• Alemania: Talidomida (focomielia) <p style="text-align: center;">DÉCADA DEL 90</p> <ul style="list-style-type: none">• Argentina: Propoleo (propilenglicol)• Otros países: Tolrestato - Cerivastatina...
--

Nosotros sabemos hace mucho tiempo que los medicamentos mantienen un equilibrio entre riesgo y beneficio y eso depende de la dosis. Los médicos deberíamos estudiar más farmacología y a veces medir muy bien el riesgo-daño-beneficio.

Si hacemos una breve revisión histórica, veremos que en la década del '30 en Estados Unidos la sulfanilamida asociada al dietilenglicol produjo varias muertes, en tanto que en Francia el Stalinon compuesto de estaño también produjo muertes. En la década del '60 y probablemente más recordado fue el caso que se dio en Alemania con la talidomida, debido a que si bien

era un psicofármaco, en realidad fue utilizado como un antiemético en embarazadas y produjo focomiela. Luego tenemos casos más cercanos como en la década del '90 en Argentina el con el propilenglicol en el propleo, que produjo algunas muertes. Y finalmente y en otros países se dieron casos más recientes con el tolrestato, que también produjo muertes por intoxicación hepática masiva, y la cerivastatina donde se dieron severos fenómenos de rabdomiolisis con destrucción de músculos, intoxicación renal y muertes en España, concretamente en Andalucía.

Todo esto fue creando desde los años '30 un alerta en la población mundial hacia el medicamento, y en la década del '60 se comienza con algunos centros de farmacovigilancia. Hay países que llevan 20 o 30 años haciendo farmacovigilancia con mucho éxito como por ejemplo España, que es un país donde por año se recogen 10.000 fichas de farmacovigilancia. Comparémoslo con Argentina donde aún no llegamos a 1000 por año, y veremos que todavía nos queda un gran desafío en este campo.

En el último congreso del año pasado de la Sociedad Internacional de Farmacovigilancia se dijo que las reacciones adversas al medicamento son la quinta causa de muerte mundial, es un dato fuerte y es como para preocuparse y formar recursos humanos en farmacovigilancia en la Argentina.

Cuadro 2 Farmacovigilancia en Argentina

- **1992: Decreto 1490: Creación de la ANMAT**
- **1993: Resolución 706 del M de Sal: Creación del Dpto de Farmacovigilancia**
- **Total de Efectores Periféricos: + de 30**
- **Total de Notificaciones: 7000 (1993/2000)**

Como vemos en el año 1992 por el decreto 1490 se crea el ANMAT y en 1993 por la Resolución 706 del Ministerio de Salud se crea el Departamento de Farmacovilancia. En la Argentina hay más de 30 efectores periféricos que dependen del ANMAT, en Córdoba está el Ministerio de Salud, la Universidad Nacional y el Colegio de Farmacéuticos.

El efector central es el ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos)

Cuadro 3 Farmacovigilancia en Argentina

**EFECTOR CENTRAL
DEPARTAMENTO de FARMACOVIGILANCIA**
**ANMAT - Administración Nacional de Medicamentos Alimentos
y Tecnología Médica - Ministerio de Salud**
Av. De Mayo 869 - P 11 - Buenos Aires - Argentina
Tel/ Fax: 011 - 4 340 08 00

Y en Córdoba tenemos el Ministerio de Salud, la Universidad Nacional y el Colegio de Farmacéuticos.

Cuadro 4 Sistema Provincial de Farmacovigilancia en Argentina

**SISTEMA PROVINCIAL DE FARMACOVIGILANCIA
EFECTORES PERIFERICOS en CÓRDOBA**
**Ministerio de Salud
Departamento de Farmacología - UNC
Colegio de Farmacéuticos**

Qué es farmacovigilancia y por qué su importancia

De acuerdo a una definición extraída de la Ley Española de Medicamentos, podemos decir que **farmacovigilancia** es un conjunto de métodos, observaciones, disciplinas que permiten identificar, cuantificar, evaluar y prevenir los riesgos del medicamento una vez comercializados, o sea lo que se llama la Fase IV o Fase de comercialización del medicamento. Nos parece una definición muy clara, acertada y transparente, en consonancia con lo que es la ley española.

Cuadro 5 Definición de Farmacovigilancia

Conjunto de métodos, observaciones y disciplinas que permiten la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos asociados a los medicamentos una vez comercializados

¿Porqué debemos realizar farmacovigilancia en la Argentina?

Fundamentalmente para detectar e incluir nuevas reacciones adversas en el prospecto y además para incluir la frecuencia de reacciones adversas. No es lo mismo una frecuencia del 5% de tos seca producida por el enalapril que un 60% o un 40%, si bien depende de la cantidad de fichas de farmacovigilancia que nosotros llenemos y enviemos al ANMAT. También es importante para elaborar bases de datos de reacciones adversas, en una población en particular sometida a una alimentación determinada, raza, costumbres, etc.

Otras razones de peso se orientan a detectar falta de eficacia, menor o mayor cantidad de principio activo, distinta farmacotecnia, distinta bioequivalencia entre los medicamentos. Y otro tema que va a la par es la falsificación de medicamentos, que la ANMAT empezó a investigar en el año '97 junto con fiscalías de Buenos Aires. Y finalmente y en una óptica positiva, para detectar efectos terapéuticos beneficiosos no previstos en las etapas previas de investigación y desarrollo en medicamentos. Por ejemplo la aspirina se aprueba como analgésico y luego como antiagregante plaquetario, o sea que se le reconoce otra indicación terapéutica.

Cuadro 6 Razones para realizar Farmacovigilancia

<p>¿Porqué se debe realizar FVG en nuestra población?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para detectar e incluir nuevas RAM en el prospecto • Para incluir frecuencias de RAM en el prospecto • Para elaborar bases de datos de RAM en una población particular (idiosincrasia) • Para detectar Falta de eficacia (menor o mayor cantidad de principio activo), farmacotecnia, bioequivalencia... • Para detectar falsificaciones • Para detectar efectos terapéuticos beneficiosos, no previstos en las etapas previas de I&D
--

¿Cómo podemos promover y difundir la farmacovigilancia?

Haciendo docencia en las universidades, desde los Ministerios de Salud, los hospitales, apelando a distintos medios de difusión como boletines, carteles, televisión u otros medios de comunicación masiva.

Es muy importante adosar la ficha amarilla a la historia clínica de los hospitales para que el médico la tenga a mano en la misma HC y esté más motivado para llenar la ficha de farmacovigilancia. Los Comités de Farmacovigilancia son muy importantes y sobre todo lo es el médico centinela, el médico entusiasmado en recoger las fichas de farmacovigilancia.

Cuadro 7 Promoción y Difusión de la Farmacovigilancia

Promoción y Difusión de la Farmacovigilancia

- Docencia (Universidad, M de S, Hospitales...)
- Difusión (Carteles, Radio, TV...)
- Adosar la Ficha Amarilla a la HC
- Comités de FVG Hospitalario

¿Cuáles son las implicancias de la farmacovigilancia?

La farmacovigilancia detecta y evita la patología inducida por el fármaco, o sea la patología farmacológica, mejorando en consecuencia el balance riesgo-beneficio. Tiene asimismo una acción positiva en el control de la industria farmacéutica y la fabricación de los medicamentos, y concretamente en el control de un Formulario Terapéutico, ya que su adecuada utilización contribuye de forma eficaz y científica a quitar del Formulario medicamentos que no tienen la función esperada.

Y fundamentalmente la farmacovigilancia significa también ahorro, porque todo esto que comentábamos nos va a llevar a un uso racional del medicamento, en coincidencia a lo que recién mencionaba Carlos Vasallo en su charla al decir que hay que racionalizar antes que racionar.

Cuadro 8 Implicancias de la Farmacovigilancia

Implicancias de la FVG

- Detecta y evita la Patología Farmacológica
- Control de la Industria Farmacéutica
- Control del Formulario Terapéutico
- Ahorro (uso racional del medicamento)

Algunas definiciones de interés en el tema de equivalentes

Vamos a aclarar ahora algunas definiciones que tienen que ver con un tema de bastante actualidad como es la equivalencia en los medicamentos.

- Dos medicamentos son **químicamente equivalentes** cuando contienen la misma cantidad de principios activos en la misma forma farmacéutica. Esto es la equivalencia farmacéutica que es como están aprobados los medicamentos en Argentina

- **Biológicamente equivalente** es cuando siendo químicamente equivalentes, administrados en un mismo individuo a una dosis determinada tienen biodisponibilidades comparables. Esto es bioequivalencia que es el reto al que se somete ahora Argentina.

- **Terapéuticamente equivalentes** es cuando siendo químicamente equivalentes y administrados a los mismos individuos a una determinada dosis producen la misma eficacia y poseen el mismo perfil de seguridad

Señales nacionales e internacionales de farmacovigilancia.

Vamos ahora a mostrar muy sintéticamente algunas señales nacionales e internacionales de farmacovigilancia.

Cuadro 9 Señales internacionales de FVG

MEDICAMENTO	SEÑALES DE FVG
TERFENADINA/ LORATADINA : Antialérgico. Antihistamínico	RAM remitida por la OMS. Valvulopatías en uso prolongado.
AMIODARONA : Antiarrítmico	Se limitó la indicación del prospecto. Produce, en tratamiento prolongado, Insuficiencia Cardíaca Grave. Fija el Iodo dando opacidad al cristalino.
GESTODÉNE : Anticonceptivo de 3 ^{ra} generación.	Alta incidencia de enfermedad tromboembólica. Información a Colegios de Farmacéuticos. Cumplimiento estricto de condición de venta.
METFORMINA : Hipoglucemiante Oral	Se corrigió el prospecto. Contraindicaciones absolutas de la droga en Insuficiencia Renal. Aumenta ácido láctico (acidosis).
SUMATRIPTAN : Antimigrañoso. Agonista receptor serotoninérgico 5HT ₁ .	Limitación de propaganda y de la entrega de muestras gratis en la forma farmacéutica autoinyector. Produce adicción. Alerta de Dinamarca.
TRAMADOL : Analgésico de acción central. Derivado de opiáceos.	Se unificó la condición de venta: "bajo receta archivada".
CERIVASTATINA : Hipolipemiante. Inhibidor de la HMG CoA reductasa	RAM grave, rabdomiolisis. Muerte de 6 personas en España. Retiro del mercado mundial en 2001.

Cuadro 10 Señales nacionales de FVG

MEDICAMENTO	SEÑALES DE FVG
PEDICULICIDAS CON PIRETRINAS	Cambio de concentración del excipiente, (isoparafina). RAM: ardor, eritema, y prurito en cuero cabelludo.
OXIBUTININA: Antiespasmódico urinario (Enuresis). Amina terciaria sintética. Anticolinérgico	Incorporación de RAM al prospecto, registrados por el efector periférico: terror nocturno, temor a la oscuridad, verborrea, alucinaciones, excitación del SNC.
FELBAMATO: Antiepiléptico. Dicarbamato	Ingreso al programa de Vigilancia Intensiva. Venta bajo receta archivada. Síndrome de Lennox-Gastaut, (hepatopatía, aplasia medular).
CLOZAPINA: Antipsicótico. Bloqueo receptores dopaminérgicos? Produce menores efectos colaterales extrapiramidales.	Ingreso al Programa de Vigilancia Intensiva. RAM: Capacidad potencial de producir granulocitopenia/ agranulocitosis
TALIBOMIDA: Antiemético. Década del 60 en Alemania produce Focomiela. Síndrome genético, actúa en los 3 primeros meses del embarazo. Año 95: tratamiento de la Lepra Lepromatosa. SIDA. Aftas.	Limitación de venta en Farmacias. Advertencia sobre teratogenicidad. Medicamento compasivo. Planilla autorizada en ANMAT
TOLRESTATO: Inhibidor de la enzima aldosa reductasa. Protector de la progresión de la neuropatía sensitivo motora periférica, secundaria a la Diabetes Mellitus.	1995: Un caso de necrosis hepática masiva. 1996: Retiro del mercado mundial.
LOPERAMIDA: Derivado sintético de la pipendina. Antidiarreico. Actividad Simil opiácea.	Uso restringido en niños. Recomendar dieta.
TROVAFLOXACINA: Antibiótico. Fluorquinolona. Indicado en neumonías intrahospitalarias, afecciones genitales y abdominales.	Efecto adverso: hepatopatías graves. Modificación del prospecto e informe a médicos del alerta. Se recomienda no usar más de 14 días.
ETANERCEPT (Embreli): Tratamiento de la Artritis reumatoidea. Se incorporó al prospecto una alerta sobre el desarrollo de severas infecciones, incluido sepsis.	Comercialización programada solo a través de centros especializados, para mejor monitoreo de la droga y RAM.
NEFINAVIR Antiretroviral. Inhibidor de proteasas	RAM: aumento de hemorragias. Se incluyó en el prospecto y se realizó una alerta.
TOLCAPONE: Antiparkinsoniano.	Alerta sobre fallo hepático. Se modificó el prospecto, se cambió la condición de venta: "bajo receta archivada".
RITUXIMAB: Anticuerpo monoclonal. Indicado en pacientes con Linfoma de Hodking (quimioresistentes).	"Dear Doctor" sobre advertencias y especificaciones: "no debe usarse fuera de las indicaciones aprobadas".
MIBEFRADIL: Antihipertensivo. Antianginoso.	Retiro del mercado por interacciones con Lovastatina, Astemizol, Cisapride, Terfenadina, etc.
TRETINOIN: Antiacnéico.	Inclusión en prospecto de "la posibilidad de inducir a depresión psíquica. Con riesgo de intento de suicidio". En casos de cambio de conducta durante el tratamiento consultar al especialista.
ORLISTAT: Inhibidor de las lipasas gástricas. Tratamiento de la obesidad.	Ensayo clínico controlado para determinar una probable interacción entre la droga y antihipertensivos.
CELECOXIB: Antiinflamatorio. Tratamiento de la artritis reumatoidea.	Hemorragias gastrointestinales. Comunicado de prensa.
SILDENAFIL Tratamiento de la disfunción eréctil.	RAM grave con uso concomitante de nitratos, (muerte súbita, ataque cardíaco, HTA). Incorporación al prospecto de nuevas RAM y contraindicaciones. Disposición ANMAT Nº 1210/ 99
CISAPRIDE Gastrocinético. Tratamiento del reflujo gastroesofágico.	270 casos asociados a efectos cardíacos severos, (70 muertes). El 85 % fue en pacientes con factores de riesgo identificables. En 12 años 190 millones de tratamientos en 90 países.

Programa de Farmacovigilancia 1996-99

Detección de la falta de eficacia

Hemos mostrado algunas alertas nacionales e internacionales, todo esto logrado con farmacovigilancia. Pero también se puede detectar falta de eficacia. Nosotros trabajamos en un programa de farmacovigilancia entre el '96 y '99 en el Ministerio de Salud de Córdoba. Y en esta ocasión hicimos un relevamiento en forma de encuesta para ver qué sabían los médicos, los farmacéuticos y las enfermeras, en cuanto a farmacovigilancia.

En general la respuesta fue pobre. Sabían más los farmacéuticos en Capital, y en el interior aún menos. Entonces decidimos hacer docencia. Este país lo que necesita es docencia en muchos aspectos, pero en este caso puntual nos referimos a farmacovigilancia. Y llevados por esta convicción comenzamos a dar cursos en todo el país organizados conjuntamente con los ministerios de salud, las universidades, los colegios de farmacéuticos y los colegios médicos, con el objetivo de difundir la farmacovigilancia confeccionando fichas de FVG. Fichas que luego recogimos e imputamos según la metodología de Naranjo.

Cuadro 11 Diagnóstico de Situación sobre FVG en Hosp. de Córdoba

<p>Ministerio de Salud – Area Medicamentos – Dic. 1995</p> <p>RELEVAMIENTO en forma de encuestas a médicos, farmacéuticos y enfermeras de 11 Hospitales de Capital y 34 Hospitales de Interior:</p> <ul style="list-style-type: none">• Datos contradictorios acerca del concepto de FVG, pero el Equipo de Salud demostró interés en participar.• Se hacía FVG en un Hospital (Hospital de Niños 93/ 94). Cabe destacar las respuestas de Hospitales de Río IV y Alta Gracia: manifestaron conocimientos de FVG y Farmacoepidemiología.• Además algunos Hospitales contaban con Comités que podrían ser potenciales efectores de FVG.
--

Luego Procedimos a la difusión de los resultados y comunicación a la ANMAT de todo lo que hicimos. En el Cuadro 12 resumimos los resultados que obtuvimos. Esto fue a partir de unas 180 notificaciones, ya que si bien fueron más de 1.000 sólo se imputaron 180. De éstas la mayoría fue en el '96, luego el entusiasmo decayó un poco y así seguimos hasta el '99.

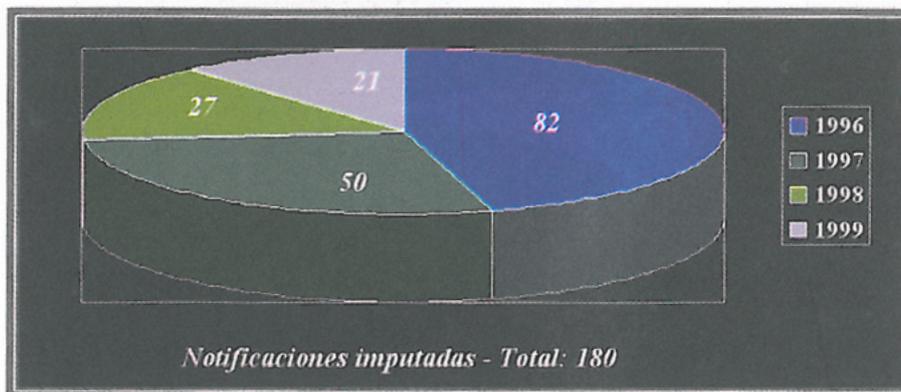
Cuadro 12 Diagnóstico de Situación sobre FVG en Hosp. de Córdoba

Resultado encuestas FVG en 11 Hosp. de Córdoba Capital	
Ministerio de Salud - Área Medicamentos - Dic. 1995	
- contestaron la encuesta el 63,6% (7 Hospitales) -	
MÉDICOS	
Conocen el Sistema Nacional de FVG.....	20 %
Qué es FVG.....	20 %
Qué es RAM.....	20 %
FARMACÉUTICOS	
Conocen el Sistema Nacional de FVG.....	5 %
Qué es FVG.....	54.5 %
Qué es RAM.....	20 %
Confunden FVG con Control de Gest de Medic....	27.3 %
ENFERMERAS - No hacen FVG	
Resultado encuesta FVG en 34 Hosp. de Córdoba Interior	
Ministerio de Salud - Área Medicamentos - Dic. 1995	
- contestaron la encuesta 50 % (17 Hospitales) -	
MÉDICOS, FARMACÉUTICOS, ENFERMERAS	
Conocen el Sistema Nacional de FVG.....	11.7 %
Qué es FVG.....	11.7 %
Qué es RAM.....	11.7 %

Resultados del Programa de Farmacovigilancia 1996-99

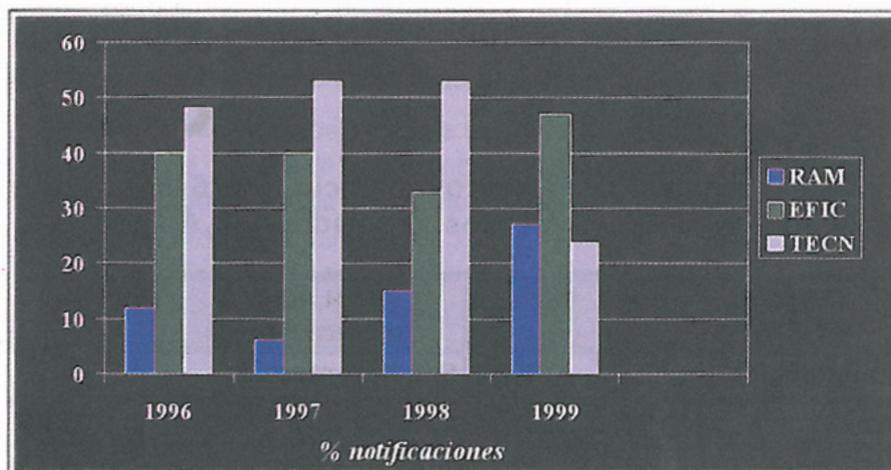
Vamos a ver los resultados que obtuvimos a través de algunos gráficos que mostramos seguidamente.

Gráfico 1 Programa de Farmacovigilancia 1996-99



Fuente: Min. De Salud. Córdoba- Argentina – Área Medicamentos

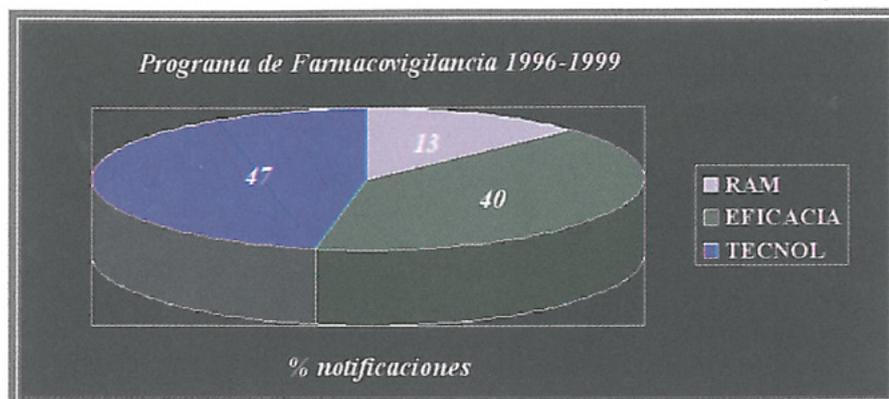
Gráfico 2 Programa de Farmacovigilancia 1996-99



Fuente: Min. De Salud. Córdoba- Argentina – Área Medicamentos

En los Gráficos 1 y 2 puede observarse que en el Programa de Farmacovigilancia, las reacciones adversas de los medicamentos fueron pocas al comienzo y fueron aumentando a medida que crecía el Programa. La falta de eficacia en medicamentos se mantuvo siempre y creció en el último año. Y en cuanto a los problemas de tecnología médica, allí nos referíamos a todos los insumos biomédicos, aumentaron mucho y con el control bajaron. En cuanto al porcentaje de notificaciones, vemos que las reacciones adversas son menores, mayor la falta de eficacia, y muchos los problemas con tecnología médica. (Gráfico 3)

Gráfico 3 Programa de Farmacovigilancia 1996-99



Fuente: Min. De Salud. Córdoba- Argentina – Área Medicamentos

En cuanto a los **sistemas afectados**, mostramos las proporciones en el Cuadro 13, cuyos resultados coinciden mucho con las tortas de farmacovigilancia que se realizan a nivel internacional. Si miramos los medicamentos asociados a R.A.M., puede verse que tuvimos problemas con las soluciones parenterales, con antibióticos, inmunomoduladores, analgésicos y anestésicos principalmente.

Cuadro 13 Programa de Farmacovigilancia 1996-99 Sistemas afectados en % y Medicamentos asociados a R.A.M en %

SISTEMAS AFECTADOS	%	RAM asoci. a medicamentos	%
Inmunológico	39	Sol. Parenterales	39
Local	17	ATB	21.7
S. Nervioso	13	Inmunomoduladores	13
S. Vascular	8.7	Analgésicos	8.6
S. Digestivo	8.7	Anestésicos	4.3
S.Respiratorio	4.3	Cardiovasculares	4.3
Dérmico	4.3	Corticoides	4.3
S.Vascular	4.3	Broncodilatadores	4.3

Fuente: Min. De Salud. Córdoba- Argentina – Área Medicamentos

Como se sabe, las **reacciones adversas** pueden ser **probables** o **definidas**. Probables cuando no se readministra el fármaco y definidas cuando se readministra. En este caso la mayoría fueron probables (20% vs. 3%).

En cuanto a quiénes fueron los que notificaron, los médicos fueron los que más informaron, pero también hubo participación activa por parte de los farmacéuticos y las enfermeras. En el Cuadro 14 se muestran los porcentajes de notificaciones en términos de individuos y de instituciones que participaron.

Cuadro 14 Programa de Farmacovigilancia 1996-99 - Notificadores en %

Profesionales notificadores	%	Hospitales notificadores	%
Médicos	53.8	Mat. Provincial	55.5
Farmacéuticos	34.6	T. Cáceres	22.2
Enfermeras	3.8	H. Clínicas	16.6
Otros	7.6	H. Córdoba	5.5

Fuente: Min. De Salud. Córdoba- Argentina - Área Medicamentos

Resultados obtenidos y control de calidad de los medicamentos

Nosotros hicimos controles de calidad en el Ceproc, que en un centro de control de calidad de la provincia, está habilitado, tiene HPLC, profesionales adecuados y todos los medios para realizar los controles. También los estándares internacionales USP23.

Los resultados los mostramos en el Cuadro 15, donde no pusimos marcas sino que indicamos la droga genérica y su acción farmacológica.

Cuadro 15 RESULTADOS CONTROL de CALIDAD - CEPROCOR
Ministerio de Salud - área Medicamentos - 1996 Farmacovigilancia

FARMACOVIGILANCIA	
Genérico: BUPIVACAINA 0.5% (anestésico local)	
Lote: 940710.....	Resultado: 82.6 %
Lote: 951036.....	Resultado: 85.8 %
USP XXIII: 93 -	107 %
Genérico: SUCCINILCOLINA 500 mg (miorelajante)	
Lote: 8356.....	Resultado: 79.7 %
Lote: 8220.....	Resultado: 112 %
USP XXIII : 90 -	110 %

<p>Genérico: TIOPENTAL SÓDICO (barbitúrico) Lote: 951251.....Resultado: 72.9 % Lote: 951251.....Resultado: 89.7 % USP XXIII : 93 - 107 %</p>
<p>Genérico: CITRATO DE FENTANILO (analgésico) Lote: 950905.....Resultado: 127.4 % USP XXIII : 90 - 110 %</p> <p>Ocitocina 5 UI.....lote 951108 Gentamicina.....lote 01696 Vancomicina.....varios Clindamicina.....varios</p>
<p>SOLUCIONES PARENTERALES</p>
<p>Dextrosa 10% (Lote Y3G1) Contenido: Bacilos esporulados -Envase: No se adapta a sistemas</p> <p>Dextrosa 10% (Lote Z6H8) Contenido: No cumple Osmolaridad</p>
<p>TECNOVIGILANCIA</p>
<p>Sutura reabsorbible: poco maleable, se corta Jeringas: se corre el émbolo o es muy duro y pierde exactitud, no apta para extraer sangre, falta 10-15% por caja Cateter: falta filo en el bisel Bolsa colectora de orina: pierde líquido por los bordes Termómetro: mercurio cortado</p>

Fuente: Min. De Salud. Córdoba- Argentina – Área Medicamentos

Todos estos resultados, tanto de fármaco como de tecnovigilancia los comunicamos al ANMAT. Veamos entonces qué medidas se adoptaron en consecuencia. (Cuadro 16)

**Cuadro 16 RESULTADOS CONTROL de CALIDAD
- Medidas Adoptadas -**

FARMACOVIGILANCIA
<p>* Resolución 149/96 - M. de Salud de Córdoba:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prohibición de tiopental sódico - lote 951251 - - Citrato de fentanilo - lote 950905 - <p>* Disposición 4183/ 96 - ANMAT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se fijan límites de aceptabilidad para contenido de tiopental sódico como principio activo (93-107%) - Obligación señalar cantidad de droga activa contenida por unidad, en rótulos primarios y secundarios, de especialidades medicinales que contengan tiopental sódico.
<p>* En mayo del 96 ANMAT llama a realizar firma de actas con representantes de los laboratorios cuestionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "La elaboración de especialidades medicinales conteniendo tiopental sódico, solo podrá ser realizada previa comunicación al INAME y con asistencia de profesionales del mismo".
<p>Disposición ANMAT 1182/ 96:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las especialidades medicinales que contengan el principio activo succinilcolina (suxametonio), solo podrán ser comercializadas directamente a instituciones asistenciales a fin de garantizar su correcto y seguro uso. - Los farmacéuticos institucionales deberán ejercer una estricta y responsable vigilancia sobre la dispensación.
<p>•En Reuniones de Farmacovigilancia (año 96) en ANMAT con efectores periféricos se llega a un consenso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocar en la Fichas Amarillas - FALTA DE EFICACIA = RAM

Fuente: Min. De Salud. Córdoba- Argentina – Área Medicamentos

Respecto AL último punto, en reuniones que tuvimos en la ANMAT, todos los años nos reunimos los efectores periféricos, con mas frecuencia en el '96, '97 y '98, se llegó a un consenso que propuso Córdoba con los efectores periféricos colocar en la ficha amarilla "falta de eficacia" como reacción adversa de medicamentos.

Posición argentina a nivel internacional en la farmacovigilancia

Respecto a la posición argentina a nivel internacional en la farmacovigilancia, vemos que esto se mide en número de notificaciones de RAM anuales por cada millón de habitantes, y en el cuadro 17 podemos vernos comparativamente a otros países en el periodo '92 y '94.

Cuadro 17 Número de Notificaciones de RAM Anuales por cada millón de habitantes en los años 1992-1994

Paises con menos de 10 notificaciones	Paises con 10 a 49 notificaciones		Paises con 50 a 99 notificaciones	Paises con 100 a 149 notificaciones	Paises con 150 a 199 notificaciones	Paises con más de 200 notificaciones
Indonesia Polonia Rumania Tanzania Tailandia Turquía	Argentina Bulgaria Cuba Hungria Omán Sudáfrica	Bélgica Costa Rica Grecia Malasia Portugal Túnez	Austria Canadá Croacia Islandia Italia Venezuela	Eslovaquia Finlandia Holanda Japón Singapur Suiza	Alemania España Francia	Australia Dinamarca EE UU Irlanda Noruega N. Zelanda Reino Unido Suecia

Fuente: Nuevas perspectivas de la FVG en España y la UE

Reflexiones finales

Digamos entonces que el médico y el equipo de salud en general deben ser los guardianes del medicamento. Es una herramienta eficaz con la que cuenta el médico y el equipo de salud como hemos demostrado con estas reacciones adversas y las detecciones de falta de eficacia.

Es la única vía que puede conducir a la toma de medidas por las autoridades sanitarias, porque podemos hablar mucho pero si las autoridades sanitarias no tienen las fichas de FVG no pueden tomar ninguna decisión. La farmacovigilancia es una responsabilidad compartida entre el Ministerio, la Universidad, los profesionales médicos, odontólogos, farmacéuticos y otros del área salud y por supuesto también los consumidores.

Cabe entonces recordar que cuando el medicamento es liberado al mercado, el seguimiento para controlar y detectar reacciones adversas, falta de eficacia o falsificación, lo hace el equipo de salud. Es imprescindible formar recursos humanos en farmacovigilancia para obtener información y mejorar la utilización de los medicamentos en beneficio del paciente y para alcanzar la seguridad en la utilización de los medicamentos.

Y para concluir, dejamos unas preguntas picando:

- ¿Son suficientes los recursos humanos en farmacovigilancia?
- ¿Es suficiente la información para el médico del medicamento?
- ¿Es suficiente el tiempo (años en fases I, II, III), y la inclusión (nº y variedad de pacientes) en I+D ?
- ¿Es suficiente la legislación, regulación y el control de la fabricación de los medicamentos en Argentina?.

Como decía Hipócrates hace más de 2.000 años, “lo primero es no dañar”.

Conceptos de interés en relación a los medicamentos

Dra. Mónica Elías

Introducción

Luego de agradecer a este Colegio Médico de Santa Fe la invitación a participara de estas Jornadas, vamos a comentar a partir de nuestro rol de profesora de farmacología de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, qué es lo que pretendemos transmitir en la carrera de grado a nuestros alumnos y futuros colegas, y que coincide con lo que tiene que saber en la teoría y la práctica un farmacéutico. Es mostrar lo que consideramos el camino más adecuado hacia el ejercicio de la profesión, y el que necesitamos que los alumnos sigan.

En una primera instancia cuando preparamos esta charla lo hicimos en base a un principio general que siempre intentamos decir en las aulas: que la problemática del medicamento no es solamente del medicamento como tal, sino que esa estructura entra dentro de un individuo complejo, o sea nosotros mismos, y que en el 80% de los casos si ese medicamento está bien usado, ese individuo está enfermo, o dicho de otro modo ese organismo no funciona normalmente. Entonces cuando uno quiere estudiar la racionalidad del uso de los medicamentos tiene que saber cómo está hecho el medicamento, y a su vez cómo funciona el individuo para dar respuesta a ese medicamento.

Conceptos centrales para el estudio del medicamento

Esta primera parte es un resumen de lo que discutimos cuando empezamos a aprender todo aquello que concierne al medicamento, y el comienzo no puede ser entonces otro que conocer apropiadamente la manera de nombrar a los medicamentos.

Lo que tiene un nombre en principio es la droga o principio activo que va a formar parte del medicamento, y que según la historia o costumbres puede usarse con el nombre químico completo, con la probable dificultad que ninguno entendería qué es porque son nombres largos que usan los químicos referidos a la estructura de la droga. O bien con un nombre que se llama "sin propiedad", que es un nombre que llevó ese medicamento en un primer momento cuando tuvo un diseñador y un hacedor de esa partícula, y que con el correr del tiempo pasó a ser el nombre de la entidad. No tiene propietario y es lo que conocemos como nombre genérico, y entonces siempre decimos que en nuestras aulas enseñamos las drogas con el nombre genérico, que es el que está oficialmente aprobado y es usado en las farmacopeas, es el que eligen los cuerpos oficiales y también el obviamente elegido por la Organización Mundial de la Salud. Pero no obstante ello, hay que entender que a veces ese nombre es diferente en distintas regiones.

Y finalmente está el nombre con propiedad, que es un sinónimo de la marca del medicamento y que es propiedad de la compañía farmacéutica.

Cuadro 1 Formas de nombrar a las drogas

FORMAS DE NOMBRAR LAS DROGAS
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre químico completo • Nombre sin propiedad : oficialmente aprobado <ul style="list-style-type: none"> - Genérico, usado en las Farmacopeas - elegido por los cuerpos oficiales. - Son elegidos por la OMS pero existen diferencias regionales • Nombre con propiedad: sinónimo de marca. Son propiedad de la compañía farmacéutica

¿Qué requisitos se requieren para los nombres genéricos? Esto es algo interesante porque muestra lo regulada que está esa palabra.

- El nombre genérico necesita poseer un sonido y deletreo diferente para evitar confusiones, y esto también es para el caso de tener que escribir a mano.
- También se le pide que no se preste a confusión con nombres ya existentes.
- Que indiquen relaciones entre sustancias de usos terapéuticos similares, Por ejemplo, los betabloqueantes terminan en "ol", las benzodiazepinas en "pa", y así va nombrándose todo para lograr una especie de organización respecto al modo en que deben denominarse la drogas.
- Cualquier laboratorio farmacéutico puede manufacturar una droga con uso bien establecido y que ya no esté bajo las restricciones del sistema de patentes, de acuerdo con los sistemas de calidad de la farmacopea oficial y puede solicitar a la autoridad reguladora la autorización para la licencia para comercializarla.

A partir de todo esto que puede parecer bastante obvio, surge la necesidad de saber qué es un medicamento genérico, y de ordenar un poco las definiciones relacionadas a este tema de renovada actualidad, que es lo que hemos expuesto sucintamente en el Cuadro 2, donde en cierto modo definimos estos conceptos de interés para el manejo de todo el tema de los medicamentos, y que han renovado su vigencia a partir de la discusión que se generó en torno de los genéricos.

Cuadro 2 Definiciones y conceptos de interés en relación a los medicamentos

DEFINICIONES Y CONCEPTOS DE INTERÉS

- **MEDICAMENTO GENÉRICO:** es comercializado cuando se vence la patente del producto innovador y que ha demostrado ser bioequivalente con el mismo. Se denominan también medicamentos de fuentes múltiples.-

- **MEDICAMENTO SIMILAR (COPIA):** contiene igual concentración, principio activo y forma farmacéutica, vía de administración, indicación terapéutica y posología. La equivalencia es sólo farmacéutica (medida con el test de disolución)
- **PRODUCTO DE REFERENCIA:** Eficacia y seguridad han sido establecidas. Puede ser el líder del mercado u otro definido por la autoridad sanitaria.
- **PRODUCTO INNOVADOR:** es una nueva molécula no comercializada hasta ese momento y que ha pasado por todas las fases del desarrollo de un nuevo producto – nuevo principio activo (fases preclínica y clínica I, II, y III) Eso no se realiza en forma completa en el país, donde no hay productos innovadores que cumplan todas estas fases.

Sabiendo que hay varios de estos medicamentos genéricos debemos saber que el deber de la autoridad es asegurar que ese fármaco genérico sea intercambiable y de qué manera debe ser intercambiable con aceptable seguridad. Para ello debe ser farmacéutica y biológicamente equivalente, de modo tal que una formulación de una fuente asegure una concentración plasmática y de allí una eficacia terapéutica igual a cualquier otra preparación, de cualquier otra fuente. Esto va en respuesta a la pregunta de los farmacéuticos: ¿Cómo sabemos qué podemos intercambiar? En nuestro caso simplemente porque la autoridad aseguró que este fármaco es intercambiable.

Cuando usamos un medicamento genérico no tenemos que pedirle pruebas terapéuticas porque ya el innovador que dejó de serlo hizo todas las pruebas terapéuticas, la prescripción de una formulación genérica puede hacerse para cualquier producto con licencia y la farmacia que lo dispensa puede elegir sobre criterios económicos, eso es lo que se llama sustitución por genérico.

Biodisponibilidad y bioequivalencia.

Lo que hace una prueba de bioequivalencia es medir cuánto de lo que damos llega efectivamente al sitio de acción.

Y en primer lugar esto tiene que ver con la **biodisponibilidad**, que es característica del preparado farmacéutico. Porque lo que damos en principio ya lo tenemos totalmente analizado y es perfecto: tantos miligramos cada tantas horas, eso ya está determinado, pero eso que damos por alguna de las vías que lo administramos sufre antes de llegar al sitio de acción cambios propios de la actividad del organismo, simplemente porque el organismo no se deja engañar por un agente externo, y si se engañó lo procesa como a cualquier agente externo que uno consume, por ejemplo como cualquier alimento.

Todo esto hace que lo que administramos por una vía se vaya perdiendo en el pasaje hasta el sitio de acción, por lo tanto como nosotros necesitamos en el sitio de acción una concentración ya determinada científicamente tenemos que calcular cuánto tenemos que dar sabiendo que vamos a perder un porcentaje determinado. Eso que perdemos es cuánto debemos tener la precaución de agregar para que el medicamento sea eficaz. Si no tenemos en cuenta eso, por más bien que esté hecho el preparado y más bien probado que esté, la eficacia no va a ser la esperada.

Por otro lado veamos cómo hacemos para saber la equivalencia de un preparado biofarmacéutico. Generalmente usamos como testigo la misma droga en forma inyectable porque asumimos que la vía endovenosa no produce ninguna degradación de la droga antes de llegar al sitio de acción, y haciendo lo que nosotros sabemos hacer de las curvas de concentración/tiempo y las áreas de la curva, relacionamos vía endovenosa, vía parenteral o cualquier otra vía y de acuerdo a ello sabremos cómo debe fabricarse ese comprimido.

En cuanto a la **bioequivalencia**, no es cierto que todos los preparados farmacéuticos tengan que tener una prueba de bioequivalencia. El ente regulador dice cuáles son los preparados que deben requerir prueba de bioequivalencia.

Los criterios que se toman para elegir esos preparados es el riesgo sanitario que se preve si la dosis administrada a un paciente resulta ser muy diferente a la necesaria para dar la ventana terapéutica del medicamento, y esa es la diferencia entre la dosis necesaria para que sea eficaz y la dosis necesaria para que sea tóxica. Cuando más alejada sea esa la diferencia es más probable que haya preparados que no digan que requieren bioequivalencia.

Por ejemplo, no requieren bioequivalencia las especialidades que se administran por vía parenteral como soluciones acuosas, y que contengan idéntico principio activo en las mismas concentraciones y los mismos excipientes en concentraciones equivalentes. Esto es así porque las soluciones acuosas no tienen que disgregarse y se reabsorben fácilmente, por lo tanto es poco probable que la dosis que tenga el preparado se pierda por problemas de la vía de la cual se administra.

También hay especialidades constituidas por soluciones para uso oral que contengan principios activos a iguales concentraciones. Si no tienen que absorberse van a ser equivalentes porque tienen la concentración y principio activo adecuados. Los gases medicinales por la misma razón se absorben fácilmente.

Tampoco necesitan pruebas de bioequivalencia las especialidades constituidas por polvos o granulados para hacer reconstituidos, que es el mismo caso que el primero, porque se disuelven en una solución acuosa. Y finalmente tampoco las especialidades de aplicación tópica que tampoco tienen que pasar barreras u órganos que la degraden.

Otra de las características del sistema de regulación, para el cual no se necesitan hacer las pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad, están de alguna manera cerradas dentro de ciertos estándares:

- Si la droga es de alta solubilidad y permeabilidad tenemos que asumir que la droga se va distribuir fácilmente hasta llegar al sitio de acción.
- Si la droga es de baja solubilidad y alta permeabilidad tenemos que estar pensando que puede haber problemas.
- Y lo mismo con sucede con las otras dos variantes: alta solubilidad y baja permeabilidad y baja solubilidad más alta permeabilidad.

De todas estas variantes, asociadas también a los casos que explicamos previamente, cuando las drogas son de alta solubilidad y alta permeabilidad no es necesario que se realicen los estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad.

Cuadro 3 Necesidad de pruebas de bioequivalencia

NECESIDADES DE PRUEBAS DE BIOEQUIVALENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Para esta elección la ANMAT tiene en cuenta, el <u>riesgo sanitario</u> y cuales son las drogas a las que se les exige bioequivalencia en países de alta vigilancia sanitaria
<p>No requieren estas pruebas (entre otras):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especialidades que se administran por vía perentoral como soluciones acuosas, que contengan idéntico principio activo, en las mismas concentraciones y esencialmente los mismos excipientes en concentraciones equivalentes. • Especialidades constituídas por soluciones para uso oral que contengan principios activos a igual concentración. • Gases medicinales. • Especialidades constituídas por polvos o granulados para ser reconstituídos. • Especialidades de aplicación tópica
<p style="text-align: center;">DISPENSA DE ESTUDIOS DE BIODISPONIBILIDAD Y BIOEQUIVALENCIA IN VIVO</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza según los siguientes estándares: <p>NO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta solubilidad + alta permeabilidad • Baja solubilidad + alta permeabilidad • Alta solubilidad + baja permeabilidad • Baja solubilidad + baja permeabilidad

La biodisponibilidad es la propiedad de la forma farmacéutica que determina cuánto y cómo llega la droga contenida en ella hasta la circulación sistémica, cuánto llega de la droga a sangre, porque se asume que una vez en sangre eso se equilibra con el sitio de acción. Dicho de otra manera, es la cantidad y forma con que el producto activo llega a la biofase.

Eso se evalúa a partir de los datos farmacocinéticos, que se obtienen de calcular el **área bajo la curva (AUC)** de la concentración plasmática que logra la droga después de administrada hasta que en plasma no haya

casi nada. Otro parámetro que se tiene en cuenta es la **concentración máxima (C max)**, y otro es el **tiempo que tarda la droga en llegar al pico (T max)**

Son cosas que se deben comparar con otro preparado que se usa como referencia para decir que esa droga es bioequivalente, y que tiene que comparar con la vía endovenosa para decir que es biodisponible.

La BIOEQUIVALENCIA es la comparación de biodisponibilidades de una especialidad medicinal tomada como referencia y una especialidad medicinal en estudio

El testigo es la curva que da una especialidad que tiene que ser tomada como referencia y que generalmente debe ser determinada por el ente regulador.

Cuadro 4 Conceptos de Equivalencias

EQUIVALENCIA:

Dos productos son equivalentes cuando son:

- Farmacéuticamente equivalentes
- Después de ser administrados a igual dosis molar, su eficacia y seguridad son esencialmente las mismas.

EQUIVALENCIA FARMACÉUTICA

- Poseer igual cantidad de principio activo
- Poseer igual forma farmacéutica
- Poseer igual vía de administración
- Cumplir con los estándares de calidad idénticos o comparables
- **EQUIVALENCIA FARMACÉUTICA NO IMPLICA EQUIVALENCIA FARMACÉUTICA**

EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA

- **REQUIERE SER EQUIVALENTE FARMACÉUTICA**
- Deberá después de haber sido administrada en la misma dosis molar, producir efectos que resulten esencialmente los mismos con respecto a la eficacia y seguridad. Esto debe poder ser medido con estudios apropiados, (bioequivalencia, farmacodinámicos, clínicos o in vitro)

Si se tiene claro eso se puede estar seguro de la equivalencia de los medicamentos, y entonces se podrá decir que dos productos son

equivalentes cuando son farmacéuticamente equivalentes y cuando después de ser administrada igual dosis molar, su eficacia y seguridad, son esencialmente las mismas. Para que un medicamento sea farmacéuticamente equivalente se le pide poseer igual cantidad de principio activo, igual forma farmacéutica, igual vía de administración y cumplir con los estándares de calidad idénticos o comparables.

La equivalencia farmacéutica no implica equivalencia terapéutica porque ahora nos toca el rol a nosotros. La equivalencia terapéutica requiere primero ser equivalente farmacéutico. Y entonces asumimos que tiene también equivalencia terapéutica cuando después de haber sido administrada en la misma dosis molar, debe producir efectos que resulten los mismos con respecto a la eficacia y seguridad. O sea, falta de efectos adversos. Esto debe poder ser medido con estudios apropiados, como pruebas de bioequivalencias, estudios farmacodinámicos, clínicos o in vitro.

Eso es lo que le pedimos a la tecnología farmacéutica. Lo que le pedimos a la terapéutica, sabiendo que no sólo vale la tecnología farmacéutica sino que hay que tener en cuenta cómo responde un organismo. Para eso hay que recordar que aún cuando se conozca el detalle de los resultados de un ensayo clínico válido de un fármaco, el médico podrá plantear sólo la hipótesis de la acción que podría tener un medicamento en cualquier paciente particular.

Aunque el ensayo haya dado estupendo, podemos ser el de la colita de la curva de Gauss que no responde, entonces nunca hay que tomar como que el ensayo dio y por lo tanto la respuesta es de alta probabilidad, y cuando no da hay que averiguar por qué y no echarle la culpa al preparado farmacéutico. Usará los resultados del ensayo clínico para establecer un experimento con un paciente determinado y deberá observar efectos previstos y no previstos, y se los deberá atribuir o no a los fármacos.

Ésta es la base de sustentación de la necesidad de la farmacovigilancia: se debe supervisar el régimen terapéutico.

Otra cosa que es también como un dogma: el hecho de que un enfermo no presente el efecto previsto de un fármaco no significa que éste no ocurrirá luego en ese paciente u otros. Muchos factores contribuyen a la ineficacia de un producto farmacológico. Si el régimen resulta eficaz tampoco se podrá atribuir la eficacia del tratamiento sólo al medicamento.

De igual manera si no se advierten efectos tóxicos no se puede suponer que tampoco lo va a haber en otros. Esto es el paradigma de lo que sí existen, y son los pacientes. La terapéutica racional es la que se basa en observaciones evaluadas con sentido crítico. El paciente es el que recibe los beneficios.

Cuadro 5 Principios de la terapéutica

PRINCIPIOS DE LA TERAPÉUTICA
<ul style="list-style-type: none"> • Aun cuando se conozca en detalle los resultados de un ensayo clínico válido de un fármaco, el <u>médico</u> podrá plantear solo la hipótesis de la acción que podría tener un medicamento en cualquier paciente particular. • Usará los resultados del ensayo clínico para establecer un experimento con <u>un paciente determinado</u> y deberá observar efectos previstos y no previstos y se los deberá atribuir o no a los fármacos.
SE DEBE SUPERVISAR EL RÉGIMEN TERAPÉUTICO
<ul style="list-style-type: none"> • El hecho que un enfermo no presente el efecto previsto de un fármaco, no significa que este no ocurrirá luego en ese paciente o en otros. • Muchos factores contribuyen a la ineficacia de un producto farmacológico. Si el régimen resulta eficaz, tampoco se deberá atribuir toda la mejoría al mismo. • De igual manera, si no se advierten efectos tóxicos, no se debe suponer que tampoco lo va a ver en otros. • La terapéutica racional es la que se basa en observaciones que han sido evaluadas con sentido crítico. El paciente es el que recibe los beneficios

Para hacer mas claro lo que dijimos antes, tenemos esta visión clara de todos los factores que rigen la relación entre una dosis prescrita de un fármaco y su efecto; y acá no está en duda el fármaco en absoluto. De acá en más es todos los factores que rigen la relación entre dosis prescrita de un fármaco y su efecto.

Uno tiene una dosis prescrita que es la que está decidida por los estudios previos a poner en uso ese medicamento. Esa dosis tiene que ser bien cumplida por el paciente y no tener fallas en la medicación, que no son sucesos poco probables. Muchas veces el paciente se sintió mal y en lugar de tomar una pastilla la corta por la mitad, o cambia la hora.

Esas dos primeras instancias hacen que la dosis prescrita no sea realmente la dosis administrada, y la dosis prescrita era la necesaria para hacer el efecto que uno quiere lograr, entonces ya hay un paso probable.

La dosis administrada, que es la real, es la que va a dar la concentración en el sitio de acción. Va a pasar el proceso de disolución, absorción, encontrarse con el hígado si es el caso y que el hígado la degrade o no, y así hasta llegar al sitio de acción. Por lo tanto la concentración en el sitio de acción dependerá de la rapidez y magnitud de la absorción que depende de nuestro estado absorptivo, también de nuestra talla y composición corporal porque en una de esas uno tiene más grasa de la que tiene que tener y eso condiciona cuánto llega al sitio de acción por la distribución de los líquidos corporales. Uno sabe bien que un paciente edematizado dependiendo de donde tenga el edema, tiene capacidad de retener droga en sitios no distribuibles como uniones plasmáticas a las proteínas y tejidos, y alterar la velocidad de eliminación.

Todas esas cosas condicionan la concentración en el sitio de acción. Y la concentración en el sitio de acción dará la intensidad del efecto según la interacción fármaco-receptor, el estado funcional y también hay condicionamientos por efectos placebo, sin descartar otras variables fisiológicas, factores patológicos, genéticos, interacción con otros medicamentos o aparición de tolerancia.

Conclusiones

Como conclusión creemos que es necesario que para hacer racional el uso de los medicamentos es preciso que solucionemos el tema de lograr medicamentos más accesibles, pero también debemos pensar que tenemos que cambiar la gestión del uso de medicamentos: controlar cómo se usan, verificar el efecto y si está o no siendo apropiada la medicación que se realiza para ese paciente.

Y de ser posible, empecemos con la farmacovigilancia que viene llevándose a cabo ya desde hace tiempo, y habría entonces que revisar los

protocolos de tratamiento porque en el transcurso de estos últimos años hay cosas que todos los libros dicen que en la terapéutica no es necesario cambiar lo que se conoce, más aún, es mejor utilizar lo conocido porque ya se sabe como manejarlo, que pasar al producto nuevo inmediatamente. Es cierto que lo nuevo es fenomenal, pero uno no puede empezar por el fenomenal que no tiene el estudio de fase 4 todavía terminado, salvo que el paciente no responda a la medicación convencional. Que es para esos casos que en los lugares donde las regulaciones son duras o más estrictas, se dice que está aceptado para su uso solamente cuando no se responde con la medicación anterior.

Todo esto que muy resumidamente hemos comentado, eso es lo que académicamente pretendemos que los alumnos vayan mamando desde sus estudios de pregrado. Nosotros en el último año de la carrera de farmacias dividimos a los alumnos, optativamente, en alumnos que aceptan profundizar su formación en tecnología, y son los que aprenden la primera parte que es hacer el genérico bien hecho, y alumnos que hacen farmacia asistencial donde van a tener que aprender a hacer seguimiento del paciente y a ayudar al equipo de salud haciendo el seguimiento y ejercicio farmacéutico, que creemos que puede enriquecer el funcionamiento integral de todo el equipo.

Panel V

La industria farmacéutica ante el nuevo escenario económico, político y social

Coordinador CPN Carlos A. Vassallo

Vamos a iniciar este panel donde obtendremos una visión del nuevo escenario nacional que estamos discutiendo en estas Jornadas, esta vez desde el ángulo de la industria farmacéutica, un actor por cierto de indiscutido y vital protagonismo. Vamos entonces a presentar a quienes hoy nos acompañan como integrantes del panel. Integran este panel el licenciado Víctor Rodríguez que es psicólogo social, Master en Dirección de Empresas en IAE, Master de Marketing en UADE, y se desempeña actualmente como gerente de Sistemas de Salud en Novartis. El Dr. Osvaldo Tibaudín es médico y Master en Economía de la Salud y Efectividad clínica en la Universidad de Harvard, y Gerente de Prestaciones de Salud en Merck Sharp & Dohme en Argentina.

Y también contamos con la presencia de Víctor Norberto Cerasale, Director del Curso Superior de Administración Sanitaria de Medicamentos, Farmacoeconomía y Farmacopolítica Aplicadas en la Fundación de Estudios e Investigaciones Administrativas en Salud (FEIAS) del Hospital Italiano de Buenos Aires; asesor del Consejo Académico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán y consultor de la industria farmacéutica.

La visión del nuevo escenario económico, político y social desde la industria innovadora

Sr. Víctor Rodríguez

Introducción

Deseamos en primer lugar agradecer al Colegio Farmacéutico de Santa Fe y al Observatorio, o sea al Dr. Manuel Agotegaray y al Dr. Carlos Vassallo, la oportunidad de ser parte de este encuentro y esta mesa. Y con respecto al lugar quiero destacar que a Santa Fe la tengo en un lugar muy especial de mis recuerdos ya que mis hijos nacieron acá y seguimos teniendo muy buenos amigos en la ciudad. De modo que es un honor estar acá y agradecemos mucho la convocatoria, donde ya hemos escuchado realmente

temas importantes que quisiéramos reforzar o complementar en algunos aspectos.

Con esta idea, hemos estructurado nuestra exposición en base a los siguientes ejes:

- Rasgos del nuevo escenario económico político y social en el sistema de salud en Argentina.
- Tendencias internacionales en el desarrollo de la Industria Farmacéutica innovadora.
- Novartis y la innovación en productos y servicios de salud.
- Definiendo el rol de la industria innovadora en el sistema de Salud. (ante un futuro predecible).

Los rasgos del nuevo escenario económico, político y social en el sistema de salud argentino.

Todavía estamos transitando aspectos que tienen que ver con la asimetría en cuanto a la información, y al respecto queríamos comentarles, siempre haciendo hincapié en la innovación, algunos rasgos de los nuevos escenarios económicos, políticos y sociales en el sistema de salud argentino, que están expuestos sintéticamente en el Cuadro 1.

Cuadro 1 Rasgos del nuevo escenario económico político y social en el sistema de salud en Argentina.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Devaluación, aumento de precios, política de genéricos en inicio de curva de aprendizaje.• Crisis generalizada del sistema de salud; alto porcentaje de población sin cobertura social.• Disminución de la demanda de productos farmacéuticos.• Existen tres tipos de modelos de industria farmacéutica: innovadores, genéricos y similares |
|--|

La primera línea del cuadro nos está señalando que no escapamos a este golpe: la devaluación, los aumentos de precios, política de genéricos y comienzo de la curva de aprendizaje. ¿Qué significa esto?. Permítannos el

ejemplo sin que parezca grosero: no podemos comernos el elefante entero. Hay una curva de aprendizaje que la estamos viviendo y la queremos transitar de un día para otro pero de alguna manera hay que empezar a recorrerla.

En segundo lugar hoy hay una coyuntura que trae aparejado un tema estructural dentro de la salud. La crisis generalizada del sistema de salud, un alto porcentaje de población sin cobertura. Eso condiciona aspectos a tener en cuenta en lo que a la industria farmacéutica se refiere.

Luego hay una disminución de la demanda de productos farmacéuticos que hace que se replanteen muchas estrategias, pero fundamentalmente lleva a que tengamos en cuenta que hay laboratorios que van a tener que replantear sus estrategias e incluso sus objetivos y metas ya que, como dijo Aldo Neri, esta crisis nos toca a todos y lógicamente aquellos que se manejen con mayor eficiencia para pilotearla van a poder sobrevivir.

Tengamos en cuenta que existen tres tipos de modelos de industria en cuanto a la industria farmacéutica: están los laboratorios innovadores, los que se orientan a la producción de productos similares como ocurrió en Argentina, donde se destacaron los productores que se copiaban cuando se lanzaba un producto innovador y automáticamente lanzaban un similar. Y por último el basado en el genérico, que existe en prácticamente todo el mundo. Novartis está en 140 países y en muchos de estos países existe el genérico.

Tendencias internacionales en el desarrollo de la Industria Farmacéutica innovadora.

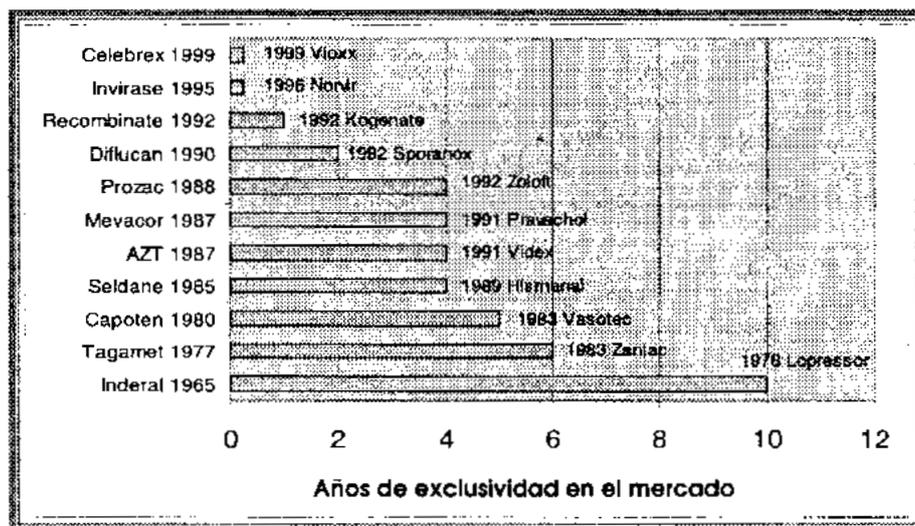
¿Cuáles son entonces las tendencias internacionales en el desarrollo de la industria farmacéutica innovadora?

Los costos de la investigación farmacéutica son de por sí muy altos. Hoy por hoy, los costos en Investigación y Desarrollo están en el nivel de los U\$s 600 millones por compuesto activo. Y cada vez hay más segmentos en donde se investiga, pero a la vez donde se investiga no necesariamente es en aquellas patologías donde realmente se puede trabajar con escala, como la hipertensión. Hoy se está investigando en enfermedades como las oncológicas o el SIDA, en las que no estamos hablando de una población muy elevada.

Estos costos se recuperan mediante la protección de la propiedad intelectual y la exclusividad en el mercado y hablamos de exclusividad desde el punto de vista de que aquel que quiera compartir el royalty de la patente lo pueda hacer, para no referirnos al monopolio. A la vez, el período de exclusividad de los productos del mercado se achica.

Se está dando también una especialización creciente en segmentos de pacientes, por ejemplo oncología, que son pacientes con pobre control de la enfermedad. Por otra parte la investigación avanza pese al riesgo de los costos crecientes de investigación y desarrollo para poblaciones pequeñas de pacientes. La dinámica competitiva de innovar para sobrevivir realmente se ha agudizado, y esto puede fácilmente visualizarse en el Gráfico 1.

Gráfico 1 Tiempo de exclusividad en el mercado de los productos farmacéuticos



Fuente: Phrma (Pharmaceuticals Manufacturers of America)

Vemos que desde el año 1965 desde que se lanzó un betabloqueante hasta que se lanzó un producto innovador, o sea hasta el año '78 pasaron prácticamente casi trece años. Si esto lo vemos en el año '99 cuando se lanzó el Celebrex, prácticamente en meses ya la exclusividad no existía sin la Ley de Patente.

¿Cual es la reacción de la industria farmacéutica? La resumimos en el siguiente Cuadro 2.

Cuadro 2 Reacciones de las empresas farmacéuticas

- **Fusiones y adquisiciones**
- **Priorización del portfolio de Investigación y Desarrollo**
- **Marketing más focalizado**
- **Relación con los pagadores utilizando servicios de valor agregado**
 - **Medicina basada en la evidencia**
 - **Estudios farmacoeconómicos**
 - **Gerenciamiento de patologías**

Los primeros puntos que señalamos hablan por sí solos, pero con respecto a lo que tiene que ver con la relación con los pagadores, la reacción se orienta a dar servicios de valor agregado. Aquí un aspecto que tiene una connotación interesante es todo lo referido a la medicina basada en la evidencia, en la cual estamos trabajando, que es nada más y nada menos que la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia disponible para tomar decisiones.

Para hacer eso evidentemente es necesario no sólo disponer de datos actuales sino también retrospectivos, y hoy lamentablemente en Argentina esa información no la tenemos. El desafío es que todo lo prospectivo que se haga indudablemente sea a partir de ahora para acelerar esa curva de aprendizaje. Hoy por hoy la crisis nos convoca y nos estimula a aunar criterios, porque todos somos conscientes que esto es sumamente importante, por eso reiteramos la importancia de poder sentarnos y que todos y cada uno a partir de sus puntos de vista, pero también de los intereses compartidos, podamos sacar adelante esta situación que indudablemente nos afecta a todos.

Por otra parte se está trabajando bastante en estudios de farmacoeconomía. Esto tiene su propio valor intrínseco, pero además porque en cualquier tipo de gestión es necesario medir, lo que se mide se hace y lo que se premia se repite. Indudablemente esto es establecer objetivos claros como para saber realmente cuál es el camino que vamos a transitar, y este camino tiene algunos tramos empedrados y otros de pavimento, evidentemente hay aspectos que son mas inorgánicos en cuanto a que cada sector quiere retener lo que ya tenía, pero la realidad como se planteó hoy, es que el país no es el del año pasado, y tampoco lo son los escenarios sectoriales. El hecho de que podemos tener disenso y en algunas cosas

quizás no estemos de acuerdo es importante, y seguramente hoy acá en la sala hay mucha gente que está haciendo muchos esfuerzos para que todos los sectores comprendan cuál es la situación, porque a partir de eficiencias individuales, el desafío es avanzar colaborativamente en beneficio de la equidad.

Y un último punto al que las empresas farmacéuticas están aproximándose e incursionando cada vez más pasa por el gerenciamiento de patologías, este es un tema sumamente importante para asegurarle al paciente con patologías crónicas el cumplimiento del tratamiento, independientemente de su condición social.

Novartis y la innovación de servicios de salud

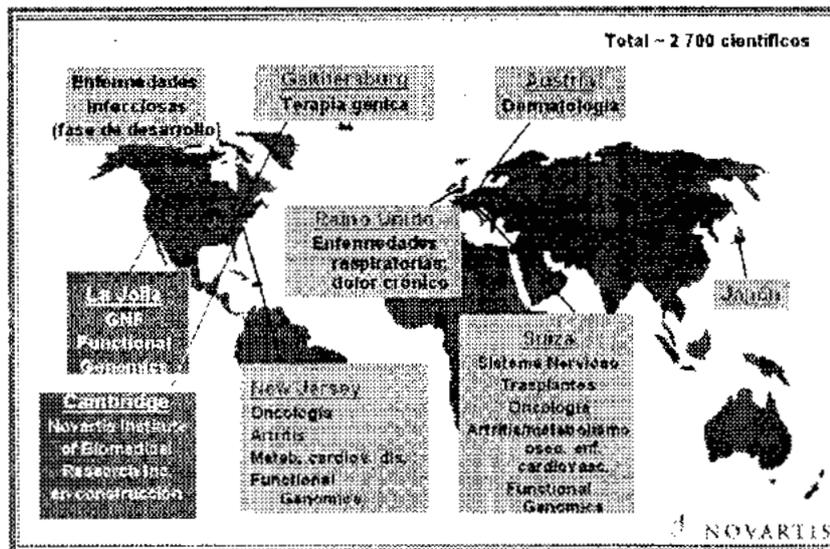
Mejorar, prolongar y salvar vidas. Este es el objetivo de Novartis, nuestra compañía farmacéutica, orientada a la innovación en productos y servicios de salud. Cuando esto se propone es una misión, donde a partir de una visión compartida se establecen objetivos y se trata de lograrlos. En el caso de Novartis nos proponemos mejorar, prolongar y salvar vidas.

Lógicamente la inversión es muy amplia, hoy lo comentaban muchos oradores cuando hablaban sobre lo que es la investigación. Todo esto planteado desde países muy desarrollados y pero también con el desafío de tratar de replicarlos dentro del país. Precisamente por eso la propuesta desde la innovación, desde la industria es poder participar en conjunto y medir todo este tipo de gestión que nos permita ver cuál es el verdadero impacto del costo en la salud. Novartis tiene como objetivo transformarse en la organización líder en investigación, y en pos de ello su inversión en el 2001 ha sido de 4.200 millones de Francos Suizos, o sea alrededor de 2.500 millones de dólares.

Dentro de lo que es I&D el caso de Novartis como puede ser cualquier empresa de innovación, es en base a fuertes inversiones y cierta selección o mayor focalización a áreas específicas. Además contamos con presencia en 140 países y con una red de colaboradores de gran densidad internacional, ya que contamos con 40.035 colaboradores en todo el mundo. Focalizamos nuestra actividad en 7 áreas terapéuticas principales: Trasplantes-Inmunología, Artritis- desinflamación- metabolismo óseo, Cardiovascular-metabolismo-endocrinología, Sistema Nervioso, Dermatología, Oncología y Enfermedades respiratorias.

En el Gráfico 2 mostramos la presencia de Novartis Farmacéutica en su actividad de I&D a nivel internacional.

Gráfico 2 Novartis Farmacéutica Centros de Investigación

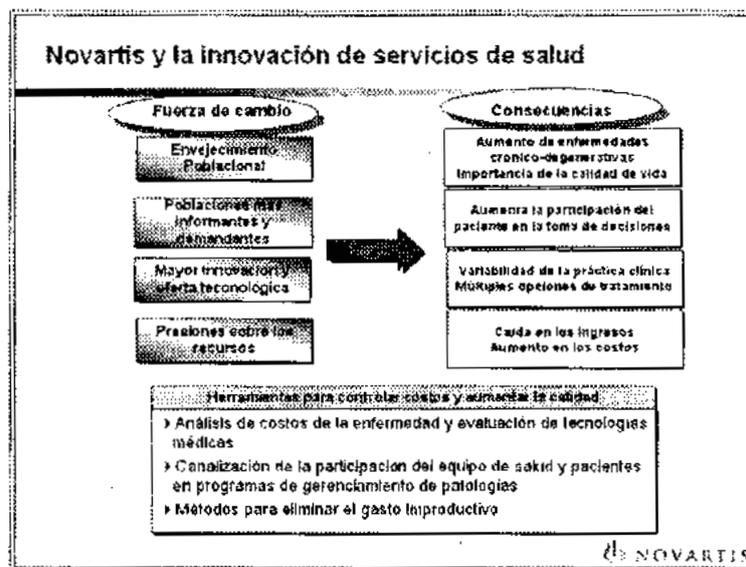


Evidentemente otros de los aspectos claves se da en la identificación de las fuerzas de cambio sobre los perfiles de la demanda y las consecuencias de las mismas. Luego de una identificación de estas fuerzas o factores que están modificando la demanda a nivel mundial, en las sociedades industrializadas y en los países en desarrollo con distintos matices, es necesario para una buena gestión, realizar estimaciones y en lo posible mediciones, así como desarrollar herramientas para contener costos y aumentar la calidad.

En relación a esto Federico Tobar hablaba de los tres ejes. Y uno lo puede plantear desde el eje que lo esté viendo, en nuestro caso lo estamos planteando desde la industria innovadora, pero si de pronto nos sentamos con otras áreas vamos a comprender cuáles son los intereses de los otros. Pero para eso tenemos que comenzar con algo, y ese algo es definitivamente analizar el costo de la enfermedad y la evaluación de la tecnología médica existente. Otro tema es la canalización de la participación de los equipos de salud y pacientes en este tipo de programas de gerenciamiento de crónicos. Es muy importante. No podemos desde nuestra perspectiva avanzar en cualquier tipo de gestión si no sabemos claramente qué queremos medir o cuáles son los objetivos, y para eso recurrimos a este tipo de herramientas. Creemos que aquellos que están midiendo gestión están viendo que a pesar

de la crisis pueden llevar adelante la gestión, no decimos sin sobresaltos a través de los recursos escasos y la alta incertidumbre actual, pero es seguro que están en mejor posición que otros que no han manejado una gestión eficiente.

Cuadro 3 Novartis y la innovación de servicios de salud



Hacia un sistema de salud deseable con un rol definido para la industria innovadora

En cuanto al **área del acceso a la financiación**, la situación actual muestra un alto nivel de exclusión en la cobertura. Un 50, 57% de la población está sin cobertura. Lo que se plantea es poder trabajar con escalas, los costos se pueden bajar y el acceso a la medicación podría ser posible para todos.

En cuanto al **genérico**, actualmente lo que existe en nuestro país son productos similares, no genéricos. Y en esto la transición indica que se deben transitar orgánicamente los caminos del aprendizaje. Hoy la mayor preocupación es todo lo que tiene que ver con la reglamentación y los controles. Y la situación deseable se orienta a tener genéricos con regulación de calidad (en lo posible con estudios in vivo de bioequivalencia y biodisponibilidad cuando corresponda) El genérico aparece luego de un pe-

riodo de protección de patente, que es lo que pasa en el resto del mundo, automáticamente cuando expide la patente los costos bajan sustancialmente sin que esto afecte la calidad del medicamento. Y como el genérico aparece luego de vencido el período de protección de patente, hay hoy también importantes empresas multinacionales con líneas de genéricos que acaso interpreten el nuevo escenario actual como de oportunidad para invertir en el país. Sobre una plataforma clara se puede seguir construyendo, y desde el área de la innovación de la industria es importante manejar este tipo de perspectiva, lo que es el control, para que no se pague con la calidad en cuanto al medicamento. Queremos agregar que, en el caso de Novartis, es una compañía que no sólo está preparada como para I&D y la producción de los productos que comercializa, sino también para productos como pueden llegar a ser los genéricos, aquí y en 140 países mas.

Y sobre el tema **precios** apenas señalar que la situación actual muestra que siguen siendo el principal factor de diferenciación competitiva. Ortega y Gasset decía: yo soy yo y mis circunstancias. La circunstancia del país es ésta. Y creemos que ésta es una gran oportunidad para poder decir cuál va a ser el camino y transitar esta curva de aprendizaje para que el precio no sea una variable que se maneje en detrimento de la calidad. Y también es deseable que se dé una cierta alineación de precios en función de la coyuntura, y en un escenario ideal tengamos genéricos de calidad con precios competitivos en función de la eficiencia de la manufactura.

Mirando el área de la **industria innovadora**, sucintamente la situación actual podría resumirse diciendo que hay inestabilidad macroeconómica y regulatoria y dificultades para la adopción de nuevos productos. Y que la situación deseable a futuro es lograr la estabilidad económica y el pleno funcionamiento de la ley de patentes, un ambiente favorable a la innovación farmacéutica y el desarrollo de programas de valor añadido

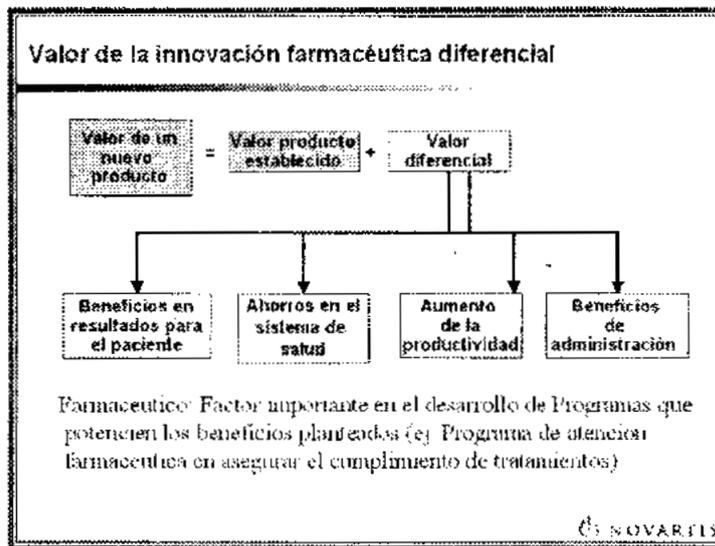
Y finalmente en lo que hace al **desarrollo económico sectorial**, el primer nivel en estudios clínicos fase III está actualmente amenazado por la coyuntura, y hay un ajuste de estructuras ante caída del mercado. Y lo que entendemos como una futura situación ideal, pasa por conseguir la consolidación de la investigación clínica y el fortalecimiento de capacidades locales en programas de valor agregado.

El valor de la innovación farmacéutica diferencial

Esto es lo que tiene que ver con la innovación y apunta a definir qué

debería interpretarse como valor diferencial. Esto es un beneficio en el resultado para el paciente, es lo que pretendemos como objetivo, y hemos tratado de expresarlo sintéticamente en el Cuadro 4. Agreguemos que en cuanto al ROI del farmacéutico, por supuesto siempre ha sido y es sumamente importante, a tal punto que es el factor clave en el desarrollo de programas que potencien los beneficios planteados, como por ejemplo programas de atención farmacéutica orientados a asegurar el cumplimiento del tratamiento, y lógicamente esa sana alianza entre lo que es el paciente y el farmacéutico

Cuadro 4 Valor de la innovación farmacéutica diferencial



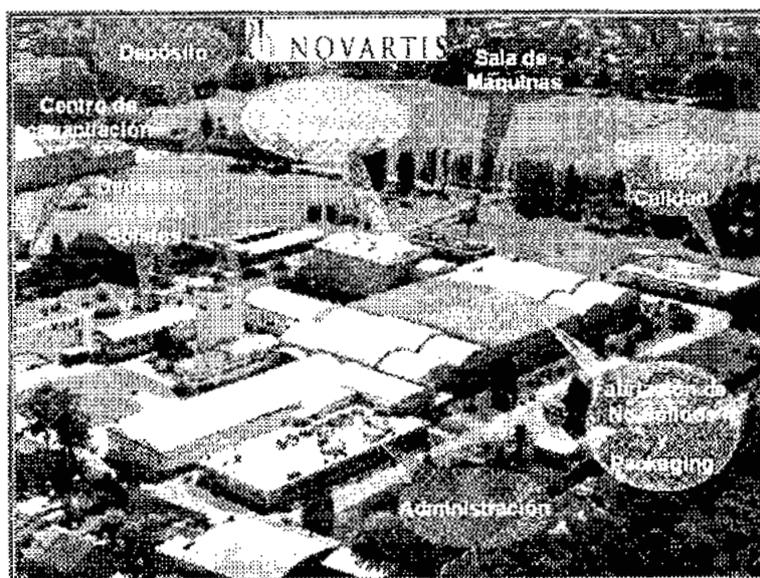
Conclusiones

En primer lugar reconocemos la problemática actual que se ha planteado alrededor del tema medicamentos, si bien esto no significa que reconozcamos todo lo que se plantea en cada sector. Para eso es necesario sentarse, dialogar y ver qué queremos como objetivos. La investigación es el corazón de la industria innovadora y constituye la base del crecimiento. Si un producto se lanza hoy y mañana es genérico es imposible invertir, desaparecen la innovación y la investigación.

Pensamos que es importante acompañar este proceso. Los financiadores necesitan herramientas para utilizar los costos y aumentar la calidad. Definitivamente pensamos que es así. Muchas veces cuando necesitamos determinada información no la obtenemos y no podemos medir cuál es el impacto de los costos. Y para esto también es importante decir que en materia de regulación y control, hay mucho margen para mejorar.

Apostamos a un futuro, a un país predecible. Por eso en representación de la industria innovadora, pensamos y apostamos al país. Precisamente este es el desafío y por eso estamos dialogando. En un país predecible los proyectos en conjunto entre todas las partes involucradas ofrecerán ventajas mutuas en escenarios colaborativos. De lo contrario actuando en forma individualista e independientemente de los objetivos nacionales, será difícil trascender el ámbito de la discusión para entrar en el de las estrategias colaborativas y las políticas de participación, mediante la seriedad y el diálogo constructivo que pueda luego concretarse en acciones en beneficio de todos.

Y para concluir deseamos presentarles una imagen de lo que es nuestra compañía en cuanto a las principales actividades que lleva a cabo en su planta en nuestro país, y decir que a partir de las mismas puede y quiere responder a los desafíos que plantea el nuevo escenario económico, político y social, cuya discusión nos ha convocado en esta mesa y estas Jornadas.



El nuevo escenario económico, político y social Revisión y análisis desde la industria

Sr. Osvaldo Tibaudín

Introducción

En primer término queremos agradecer a las autoridades y a los organizadores de la jornada, al Dr. Agotegaray y al Dr. Carlos Vassallo. En realidad nos queda poco nuevo por decir, nos enorgullece pensar que lo que habíamos preparado para presentar ya fue dicho casi en su totalidad por Carlos Vassallo, en algunas cosas por Federico Tobar y ahora completó Víctor Rodríguez lo poco que faltaba, de todas maneras vamos a tratar de reafirmar algunas cosas y mostrar algunas otras que teníamos preparadas y que pueden aportar algo más.

Como bien hoy, se dijo durante el transcurso de esta primera parte de las Jornadas y sobre todo lo reafirmó Carlos Vassallo en su exposición, nosotros pensamos que la industria farmacéutica no puede estar fuera del contexto del sistema de salud. Creemos que hasta ahora por distintos motivos, desde la industria y los demás integrantes del sistema de salud, siempre hablamos y decimos que está muy fragmentada. Esto es lo que nos pasa con la industria, no hay la comunicación, ni el diálogo, ni la interacción que se dan en los primeros países del mundo o cualquier país que quiere tener un sistema de salud lógico. Entonces consideramos fundamental, que la industria farmacéutica se integre, y que los demás actores también se integren y que tengamos un sistema único.

Tenemos ejemplo de esto en muchos países, donde la industria farmacéutica se sienta a discutir, donde gana y pierde, pero se sienta a discutir con universidades, con facultades, con gobiernos o con financiadores. Y esta actitud de diálogo y discusión conjunta también debe ocurrir en la Argentina si queremos salvar nuestro sistema de salud.

Una breve revisión de la situación nacional

Por eso es que cuando fuimos invitados a esta mesa, pensamos en integrar a esto y como es nuestra forma de trabajar en Merck, a todo el sistema de salud. La idea era justamente ir mostrando cómo llegamos a donde estamos. Y podemos comenzar diciendo que a partir de fines de los años '80 se empezó a decir que la Argentina necesitaba una reforma de los

sistemas de salud, y esto se quería implementar porque evidentemente los costos, como pasa en todos los países del mundo, se estaban escapando y era difícil controlarlos. Distintos motivos llevaban a que estos costos aumentaran constantemente.

Por otro lado, la calidad y los resultados en salud no eran todo lo satisfactorios que se pensaba. Y se pensaba que gastando más íbamos a tener mejores resultados, o mejor calidad de atención médica. Y en general eso no pasó y los indicadores lo demostraron, porque éstos tendieron a ser cada vez peores. El acceso a la salud, no sólo al medicamento, como bien se dijo acá se estaba viendo cada vez más resentido y la inequidad en el acceso a los servicios y a los distintos medicamentos se iba pronunciando.

Cuadro 1 Impulsores de la reforma de los servicios de salud en argentina

- Los costos de los servicios de atención en salud siguen aumentando, y los compradores de los servicios no pueden o no están dispuestos a seguir pagando cada vez más.
- La calidad y los resultados de los servicios de atención en salud son pobres, muy variables, no documentables y costo - inefectivos.
- El acceso a los servicios de atención en salud era y es, muchas veces, inadecuado.
- Inequidad en el acceso a servicios de salud de alta calidad.

Fue al principio de los '90, cuando se dijo que necesitábamos reformar el sistema de salud y ahí las autoridades de turno comenzaron a tener conversaciones con el Banco Mundial, con el Banco Interamericano de Desarrollo y con distintos entes como la OMS o la O.P.S, diciendo que necesitábamos que nos ayudaran para reformar el sistema como hicieron otros países. Fue así como en los '90 y todos lo recordamos, se vivieron una serie de intentos que muchas veces fueron nada más que intenciones que por distintos motivos políticos o financieros no se llegaron a concretar. Algunas fueron un incipiente inicio de una reforma, otras quedaron trucas, en otras no se llegó hacer nada. En el Cuadro 2 recordamos sintéticamente algunas.

Cuadro 2 Acciones correctoras en los '90

- Creación del Programa Médico Obligatorio (PMO)
- Creación de la Superintendencia de Servicios de Salud
- Creación del Padrón de Obras Sociales
- Implementación del Hospital de Autogestión
- Programa de Reconversión y Desregulación de O. Sociales
- Reconversión del PAMI
- Dictado de Leyes Nacionales de:
 - Garantía de Calidad de la Atención Médica
 - Atención Primaria Programa Nacional de Salud
 - Plan de Médicos de Cabecera
 - Garantía de Calidad de la Atención Médica

Como se recuerda, tuvimos muchos vaivenes en esos años '90. Y para ese entonces se hablaba de la "reconversión del sistema de salud", y hubo grandes puntos para implementarla, que mencionamos abajo:

- Fusión de Obras Sociales Inviabiles
- Profundización del Proceso de Desregulación
- Regulación de Empresas de Medicina Prepaga
- Implementación de un Seguro para Carenciados
- Implementación de las resoluciones 109/00 y 117/00 de la Superintendencia de Servicios de Salud, complementarias a las leyes 23.660 / 23.661.
- Propuestas para la formación de consorcios de Obras Sociales de similar actividad, incluyendo a las provincias con fondos de financiamiento internacional en una segunda etapa.
- Introducción de una tarjeta identificatoria para toda la población donde conste su cobertura.

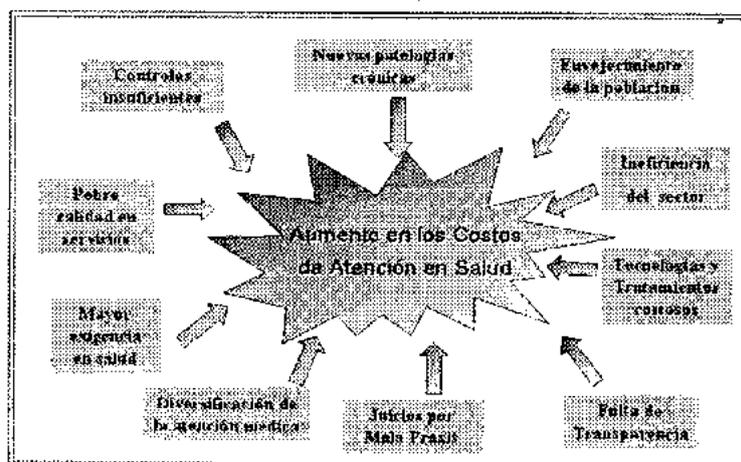
Entre otras cosas se prometió la fusión de obras sociales inviables de menos de 10.000 afiliados, ya entonces se dijo que o se fusionaban o desaparecían, se quiso profundizar este sistema de regulación y muchas veces se quiso regular a las prepagas. Recordamos siempre que el Dr. Pablo Giordano tiene dos o tres transparencias que muestran todos los proyectos de idas y venidas de la regulación de prepagas y nunca se concretó nada. Se iba a implementar un seguro nacional para carenciados, pero tampoco pasó nada en ese tema. También se dijo que se iba a hacer una formación de consor-

cios de obras sociales de similar actividad, incluyendo a las provincias con fondo de financiamiento internacional en una segunda etapa. Se iba a incluir una tarjeta identificatoria para toda la población donde conste su cobertura.

Todo eso marcó una década y así llegamos al año 2000 y el 2001, donde el gobierno anterior de la Alianza lanzó el Decreto 446, que como se recordará duró dos meses, que era la desregulación de obras sociales con sus decretos reglamentarios. Nuevamente se habló de reconversión del PAMI, se reformuló el PMO, que pasó a llamarse PMA (Programa Médico Asistencial), nuevamente se trajo a primeros planos el Plan Nacional de Médicos de Cabece-
cera, la regulación de las prepagas, se intervino el ANMAT y se reestructuró el ANSES. Muchas de esas cosas se diluyeron o directamente hoy ya no existen.

Entonces llegamos hasta diciembre del 2000, con un aumento de los costos de salud que no se logró frenar porque no hubo decisión política, no hubo fuerza política o no hubo intención, no sabemos el motivo pero señalamos los factores obvios de influencia en el Gráfico 1. Quizás fue una combinación de todos ellos, pero siguieron aumentando los costos en salud, siguió habiendo ineficiencia en el sistema de salud, una falta de transparencia, una desintegración total de los jugadores. Continuó también el aumento de la tecnología, cada vez con tratamientos más costosos, tanto en aparatología como en medicamentos, lo mismo pasó con los juicios de mala praxis, que mucho no se tienen en cuenta pero esto cambió la manera de hacer medicina por el temor de los médicos y las instituciones, a lo que se sumaron controles insuficientes.

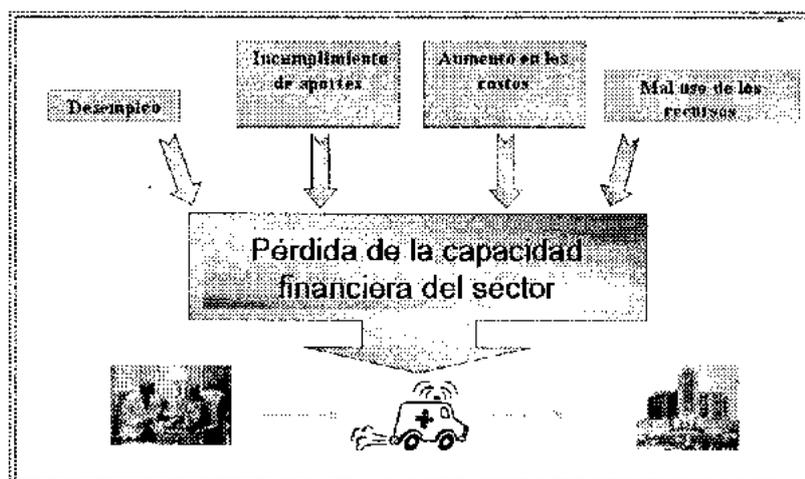
Gráfico 1 Situación actual del Sistema de Salud



Fuente Tibaudin O, D. Prestaciones de Salud MSD.

Hoy se habló durante el día de todos los factores de un país en transición epidemiológica, como puede ser el envejecimiento de la población, el aumento de enfermedades crónicas, como puede ser el HIV que al principio era una enfermedad mortal y luego se convirtió en una enfermedad crónica. Todo eso aumentó los costos en salud y sumado al desempleo y la falta de trabajo y la caída de la recaudación, hizo que se produjera un desfinanciamiento del sector que expulsó a muchos, y que aumentó en los seis últimos años el número de consultas en el sistema público, básicamente en los hospitales, hasta llegar a siete millones de consultas. Todo eso llevó a un desfinanciamiento del sector salud y a una superpoblación hospitalaria. Todo este contexto es válido también para la industria farmacéutica, porque somos integrantes del sistema de salud, esto tiene que quedar claro.

Gráfico 2 Situación actual del Sistema de Salud



Fuente Tibaudin O, D.Prestaciones de Salud MSD.

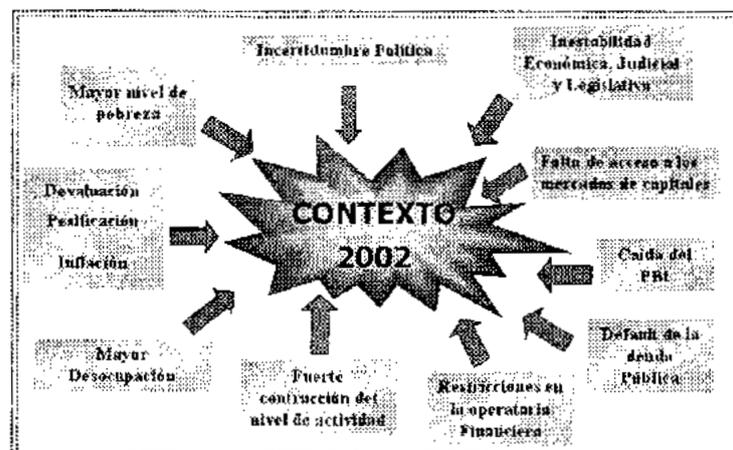
Contexto nacional al 2002

Y llegamos al contexto del 2002, donde el actual gobierno, el actual Ministerio de Salud se encuentra con una pesificación, una devaluación con inflación caótica para el sector salud, para el país ni hablar, con una incertidumbre no solo económica sino política, jurídica y legislativa terribles y una falta de acceso al mercado de capital, al crédito, caída brusca del PBI, una mayor desocupación y un mayor nivel de pobreza. ¿Qué puede hacer este Ministerio? Bueno sacó el **Decreto de Emergencia Sanitaria** que era lógico, nadie puede discutir que en esta realidad no se sacara este decreto

con todas las regulaciones y resoluciones que implementó el Ministerio y luego la Superintendencia, esto se hizo para tratar de salvar el sistema de salud, para aumentar la salud financiera de las obras sociales. Por supuesto con esto nuevamente se reformuló el PMO, con menores obligaciones de cobertura y por ende la posibilidad de obtener mayores recursos para los financiadores y para los prestadores. **Se creó el PMO de emergencia, que por primera vez contiene un formulario cerrado de drogas básicas con precios de referencia, y se incluyó en ese decreto de emergencia la prescripción por nombre genérico y la sustitución en farmacias.**

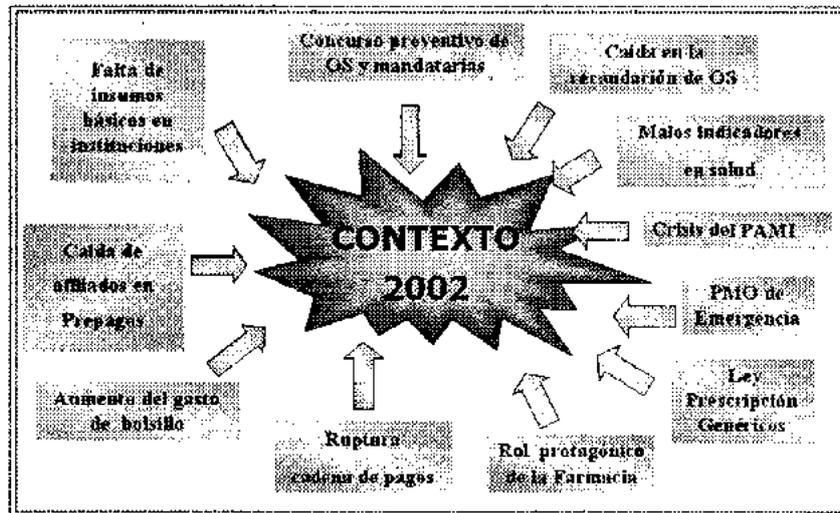
Después de todo eso aparecieron las leyes, y hablamos de inestabilidad y de inseguridad legislativa, acá creemos que el Congreso hizo unas cuantas leyes, creemos que las leyes en un estado de emergencia como está hoy el país deben ser leyes muy bien pensadas, porque si no son leyes para el momento de emergencia y si el país sale a flote como todos esperamos y queremos, esas leyes no sirven y después hay que hacer otras. Creemos entonces que no es el mejor momento para hacer leyes, y si se hacen hay que hacerlas con mucho consenso y muy seguros de los que se hace, de modo que lo que nos quede pueda servir para el momento de emergencia y para después. Porque las leyes de prescripción por genéricos y las leyes de exención impositiva tienen muy buena intención y las compartimos, pero pensamos que adolecen de falta de profundidad, y entonces no tenemos hoy lo que necesitaríamos, es un primer paso pero creemos que el decreto y la resolución eran suficientes, la ley en caso de hacerse debería ser una ley que mejorara ese decreto y esa resolución.

Gráfico 3 Ambiente económico- social-político al 2002



Fuente Tibaudin O, D. Prestaciones de Salud MSD.

Gráfico 4 Ambiente económico- social- sectorial al 2002



Fuente Tibaudin O, D. Prestaciones de Salud MSD.

Basadas en todo esto las entidades de salud y los financiadores empezaron a hacer correcciones y a tomar medidas para que los beneficios que obtuvieron a través de las resoluciones y decretos lograran sanear sus entidades, tales como:

- Disminución del % en la cobertura de medicamentos
- Vademecums cerrados/Genéricos
- Profiling médico estricto y coercitivo
- Convenios con la industria y/o mandatarias
- Compras directas/Farmacias propias
- Tendencia a costo 0 en medicamentos

Vemos así que comenzaron a proliferar más que nunca vademecums cerrados, en algunos de ellos hay inclusión por nombre genérico de las drogas, se empezó a ver algo de profiling médico coercitivo y estricto. Por la razón que fuera, la auditoría médica en la Argentina no era una verdadera auditoría, ahora se ha profesionalizado bastante. Con respecto al profiling es un perfil de cada médico prescriptor, se ve qué prescribe, qué indica, cuántos pacientes atiende y de acuerdo a eso se lo “mide” al médico. Esto se utiliza en todo el mundo pero hay que saber utilizarlo bien, porque muchas obras sociales, prepagas o financiadores lo utilizaban para decirle al médico que no recetara los productos más caros o que no pidiera una tomografía. Entonces cuando esto está bien hecho y con medicina racional basada en la evidencia y con profesionales que saben dar tratamientos en consecuencia,

es válido. Pero sino causa muy mala impresión para un farmacéutico que le debiten un pago o para un médico que le digan qué puede o no puede recetar.

También se empezaron a ver mucho más que antes convenios con la industria farmacéutica y/o las mandatarias, más incrementos de compras directas de las instituciones a través de farmacias propias, en tanto que las que no las tenían empezaron a hacer los trámites y descubrieron que era una forma de bajar los costos y aumentaron las compras directas. Con esto bajaron las coberturas de medicamentos como se lo permitía la resolución.

La realidad del médico hoy

Pero por otro lado no podemos dejar de mencionar la realidad que tenemos hoy en el sistema de salud, la realidad del médico que actualmente trabaja en condiciones límites y muy mal remunerado, con el cuco del juicio por mala praxis. Hay estadísticas sobre todo en la provincia de Buenos Aires, en hospitales públicos donde los médicos están anonadados de la cantidad de juicios que tienen.

Esto hizo que tuviera una mayor permeabilidad para indicar determinados tratamientos o prescribir determinadas drogas, muchas veces por el temor al juicio de mala praxis o por efecto de la promoción. Los médicos "saben" en el día a día, que hay diferencia terapéutica entre productos similares, y entre una droga original y los similares

También los médicos tuvieron durante los últimos veinte años mucho soporte de la industria farmacéutica, que ocupó un rol que el Estado y las financiadoras no cumplieron, y que fue actualizar y capacitar al médico graduado. Y hay algunos laboratorios pertenecientes a la industria que lo hicieron también con pregraduados, inclusive también con farmacéuticos.

Y también lo que estamos viendo hoy es que en realidad el médico ante la nueva ley de prescripción por genéricos siente que se restringe su capacidad de prescripción, y que atenta contra el ejercicio de su profesión porque está limitándose su accionar. Piensen que la generación de médicos activos hoy día viene de una cultura que familiarizada con marcas desde hace muchos años, y esta ley le genera una confusión y le impone un cambio para el que no están acostumbrado, y no es en absoluto inconducente decir que no fueron suficientemente preparados para este cambio cultural, ni decir algo tan simple pero tan lógico como que todo lleva un tiempo y es un proceso con fases a recorrer.

Otro tema no menor es que por ejercicio legal de la medicina son también legalmente responsables de lo que recetan, o sea que los juicios de mala praxis iban al médico exclusivamente, pero ahora les va a tocar también a los farmacéuticos.

La realidad en las farmacias hoy

Sintéticamente podemos señalar algunos puntos críticos:

- Poca o nula rentabilidad del negocio
- Falta de jerarquización del rol del farmacéutico. Ausencia de un profesional farmacéutico full time en farmacias - La situación da lugar a mecanismos irregulares.
- Ausencia real de stock en farmacias aún de los medicamentos imprescindibles
- No se cumplen adecuadamente las leyes ya vigentes ni existe un adecuado control

La realidad de las farmacias en general muestra que existe poca o nula rentabilidad del negocio. A ello se suma una falta de jerarquización del rol del farmacéutico como bien decía Víctor Rodríguez. Nosotros en Merck consideramos que es un profesional fundamental y en cualquier país del mundo ninguna entidad que quiera hacer buena medicina deja de tener en su staff de dirección como asesor a un farmacéutico, es una locura no contar con el profesional de mayor experiencia en medicamentos al momento de tomar decisiones, y no obstante esto acá se ve muy poco.

Otro tema es que hay una ausencia de un profesional full time en muchas farmacias, y por ende con la nueva legislación la situación da lugar a mecanismos irregulares porque hay administrativos y obviamente éstos no son farmacéuticos. Otro tema crítico es que a veces en muchas farmacias por la situación actual no hay stock de los medicamentos imprescindibles, y no están todos los medicamentos con el mismo principio activo. Y muchas veces no se cumplen las leyes vigentes y no hay un adecuado control.

La realidad en Argentina hoy

Básicamente en la Argentina no tenemos reales genéricos sino tenemos similares, y no tenemos productos con garantía de intercambiabilidad como bien se dijo hoy acá.

En cuanto al estándar de las buenas prácticas o GMP, la buena prácti-

ca de manufacturas de la industria farmacéutica es extremadamente dispar. La ANMAT esto lo ha pedido el año pasado y cualquiera quedaría admirado de la diversidad que hay entre la gente que está en la GMP 92 que es lo máximo, y gente que para llegar a la 75 le cuesta mucho.

El sistema de farmacovigilancia no está suficientemente desarrollado y también la estructura federal de país complica un poco para garantizar un control sanitario integrado. Entonces la autoridad sanitaria debe garantizar la intercambiabilidad de los medicamentos, independientemente de cómo los quiera denominar pero esto es básico.

Estamos viendo que se maneja un tema sanitario crítico basado exclusivamente en el precio, se le da mayor énfasis al precio que no decimos que no sea importante pero en un bien de las características tan particulares como es el medicamento, tenemos que hacer mucho énfasis en la calidad.

Conclusiones

- **La falta de transparencia en el sistema de salud atenta contra la eficacia del gasto en salud y la accesibilidad a los medicamentos:** Como conclusiones, englobado en todo lo que dijimos, en primer lugar destacamos que la falta de transparencia en el sistema de salud atenta contra la eficacia del gasto en salud y la accesibilidad de los medicamentos.

- **Falta de estadísticas confiables en salud** No tenemos estadísticas confiables en salud, a quienes trabajamos en economía de la salud y queremos hacer y participar en protocolos e investigación de resultados a nivel mundial, nos cuesta mucho no encontrar estadísticas confiables del Ministerio, de las instituciones públicas y privadas, de la seguridad social, entonces muchas veces no podemos hacerlos porque no tenemos datos argentinos.

- **Falta apertura del gasto en salud,** no se conoce como decía Víctor Rodríguez, lo que cuesta una enfermedad, la carga de enfermedad tampoco la podemos saber, sabemos el precio de mercado, pero no sabemos el costo de un infarto, de un diabético, de un accidente cerebro vascular y esto es fundamental porque es el 80% del gasto en salud. Es mucho más fácil trabajar sobre los medicamentos, es más fácil llegar, pero hay que tener en cuenta que ahí tenemos costos administrativos, costos de rehabilitación, costos de geriatría, costos de hospitalización, hay que trabajar en medica-

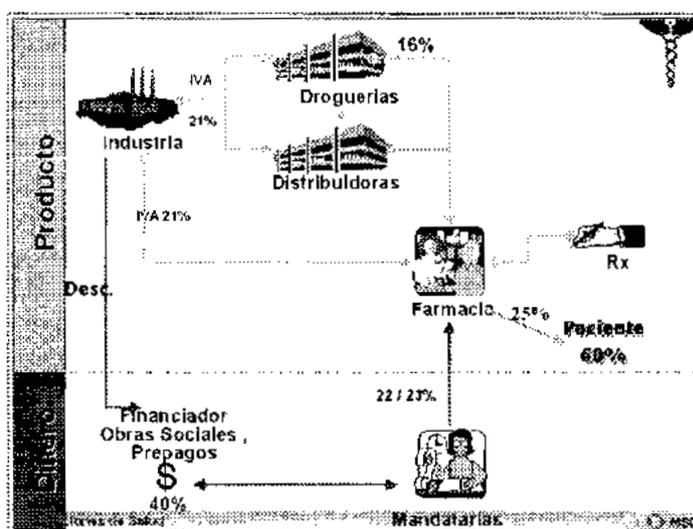
mentos pero también hay que trabajar en los otros, porque enfocar las medidas sólo en medicamentos no va a salvar el sistema ni va a salvar la salud de la población. En este momento de emergencia no discutimos que hay que hacerlo, pero hay que mejorarlo, si no se mejora lo que se hizo, si no se pone más énfasis, si no se trabaja en las otras áreas, el sistema de salud igual no va a andar, apagando incendios no va a andar, con una política de medicamentos incompleta a medias no va a andar.

• **Cambios constantes de las condiciones comerciales.** Estamos viendo que son precio-efectivas en lugar de costo-efectivas. Estamos viendo también fusiones y cierres de entidades de salud. Y además hipertrofia de las entidades intermediadoras de servicios de salud.

Queremos destacar que cuando se habla del costo del medicamento y del precio son cosas distintas, lo que no hay que confundir es precio con costo, pero de todas maneras cuando hablamos de cualquiera de los dos tenemos que pensar que siempre se habla de lo que sale el medicamento, pero hay una cadena de comercialización. El medicamento sale del laboratorio con un precio y llega a la farmacia a un 45 a 75% del de venta al público, hay una serie de intermediarios que no decimos que no deban existir, pero hay que hacerlos más eficientes, hay que trabajar sobre ellos y habrá que trabajar también sobre los porcentajes que manejan esos intermediarios y ver si suman o no suman.

Del 100% del costo del medicamento, el 60% nos hacemos cargo nosotros como consumidores finales cuando vamos a comprar el medicamento a la farmacia, el otro 40% que se hace cargo el financiador sea quien sea. Pero aquí hay que recordar que algunas de las farmacias ceden 20 ó 22 puntos a una mandataria para poder trabajar con ciertas entidades de salud. Eso la mandataria se lo traslada al financiador, prepaga, obras sociales o al Estado, muchos farmacéuticos aquí lo saben y padecen. La industria a través de muchos convenios que firma con entidades ya sean privados o a través de las cámaras o a través de ventas directas de los laboratorios a instituciones financiadoras de salud, hace en promedio un 10% de descuento. Entonces el financiador lo único que absorbe del medicamento hoy en día es un 8 o 10, esto pasa con el PAMI, con el IOMA, con algunas otras obras sociales provinciales. En consecuencia, las farmacias y la industria farmacéutica muchas veces están cofinanciando o a veces directamente financiando los medicamentos ambulatorios, y podemos decir que en ese sentido están financiando al Estado y a los financiadores de salud.

Gráfico 5 Cadena de comercialización del medicamento



Fuente Tibaudin O, D. Prestaciones de Salud MSD.

- **Tenemos regulaciones incompletas, poco claras o ausentes.** Tenemos una ley de prescripción por genéricos que no agregó nada al Decreto, debería ser mucho mejor ya que causa confusión. Pero no tenemos una ley de medicamentos, de genéricos, de promoción médica, no tenemos claro qué le puede decir un PM a un médico, eso es fundamental en cualquier país serio o de primer mundo, o de no tan primer mundo eso está reglado, hay una ley de promoción médica. La ANMAT había trabajado muy fuerte en esto, no sabemos qué pasó con eso, estaba a punto de salir esa ley y estábamos muy contentos porque creemos que en ese terreno se da de todo, y hay quienes realizan una promoción médica de una forma y otros de otra. Eso iba a estandarizarla mediante una ley. Y finalmente tampoco se ha legislado sobre la desregulación de obras sociales y de prepagos.

- **Ruptura de cadena de pagos,** bonos de difícil utilización y/o solidez.

- **Desde el Ministerio de Salud se impulsa políticamente la sustitución por genéricos** cuando la ANMAT no puede técnicamente garantizar la sustitución y avanza lentamente en las regulaciones.

- **Hay un traslado de la responsabilidad hacia el médico y el farmacéutico,** lo cual en medio de la actual crisis promueve múltiples irregularidades.

• **Ley de Patentes con escasa implementación.** La ley de Patentes cumple dos años, hay solamente siete productos en dos años, hoy mostraba Carlos Vassallo doce porque hay dos tipos de patentes, de productos y de proceso, de producto hay siete. Si queremos reformar el sistema de medicamentos y la política de medicamentos es válido, tenemos ya una ley de patentes, hagámosla funcionar, porque una ley de patentes y una política de medicamentos y la ley de genéricos son las que van a equilibrar el mercado y va a hacer que el mercado funcione bien como en muchos lugares del mundo.

• **Hay una alta carga impositiva para el medicamento,** en la farmacia por el impuesto hay un 23 a un 25% en se encarece el valor del medicamento y ni que hablar en los importados. Nosotros que importamos mucho, como principio activo y producto terminado tenemos más todavía del 25% de impuestos por IVA. Les mencionamos algunos: el impuesto aduanero que es uno de los más caros del mundo, cuando la media es del 3% en el mundo y hay muchos países que no tienen impuestos aduaneros, acá recién hace 2 o 3 años se logró que algunos productos del HIV se bajaran del 11% que tenemos nosotros al 5%. Por supuesto que ese beneficio lo trasladamos a los precios, al menos en nuestro caso eso se cumplió y Merck bajó proporcionalmente los precios. Pero en definitiva nosotros tenemos un 11% de impuestos aduaneros. Y además hay que agregar aranceles, ingresos brutos, IVA. Eso encarece todo y no da valor agregado a nadie, solamente falta de acceso al medicamento a mucha gente, cosa que nunca se termina de decir claramente.

Cuadro 3 Carga impositiva del medicamento en Argentina, 2002

		Derechos Imp.	IVA	IBB	Imp. Municipales	Total Impuestos
Precio EX-man	160.00	4.00	21.00	3.60	0.50	28.50
Precio Droguería	140.36	-	-	4.21	0.70	4.91
Precio Farmacia	175.45	-	-	5.26	0.66	5.92
Total		4.00	21.00	12.47	2.06	39.55
Total Impuestos sobre Precio al Público						23%
Este porcentaje representa sólo los impuestos indirectos. NO considera los impuestos directos como impuesto a las ganancias, ganancia mínima presunta, impuesto a los dectos y créditos en cuentas corrientes etc.						

Fuente Tibaudin O, D.Prestaciones de Salud MSD.

• **Hay aumento de la fabricación ilegal de medicamentos.** Vemos aumento de la fabricación ilegal de medicamentos porque no hay suficientes controles. No decimos que la ANMAT no los haga, los hace pero tiene que aumentarlos, tiene que tener estructura suficiente porque sino no vamos a poder implementar ni una ley de patentes, ni una ley de genéricos, ni de prescripción por genéricos, ni nada con seriedad. Esto tiene que leerse además en un escenario donde hay una contracción del mercado con disminución de la venta en unidades y en pesos, y muchos actores ahora quieren fabricar medicamentos. Por lo cual hay que tener mucho cuidado también con eso. La empresa donde trabajamos fabrica medicamentos, y créannos que es muy difícil el tema y no es barato; entonces si se quiere hacer con seriedad pensamos que hay que hacer la evaluación antes de largarse a hacerlo. Puede hacerse, no decimos que no, y hay gente que lo hace acá y con seriedad, pero no creemos francamente que mucha gente lo pueda hacer.

En síntesis lo que estamos viendo es que el país, no con este gobierno solamente sino desde hace muchos años que no tiene una política integral de salud con integración de todos los actores de salud, entonces es fundamental sobre todo para las autoridades que vengan, que lo hecho se mejore pero con una política integral de salud, en la cual tiene haber una política de medicamentos. Recordemos que países como Brasil o España primero hicieron la reforma del sistema de salud que les llevó entre 10 y 15 años, y dentro de eso había una política de medicamentos pero pegada a una reforma integral del sistema de salud. E insistimos, eso llevó entre 10 y 12 años.

¿Cómo reacciona la industria ante todo esto? Lo que nosotros estamos viendo es que hay mucha incertidumbre por el futuro con todas estas nuevas regulaciones y este cambio de escenario, y que hay disminución en los presupuestos de investigación y desarrollo. Hay mucha menos inversión, mucha menos dedicación a protocolos de investigación. Hay menores inversiones en infraestructura o se están proyectando; hay reestructuración de empresas. La mayoría de las empresas están pensando en reestructurarse conforme a la nueva realidad del país. Hay nuevas estrategias a implementar porque es un escenario totalmente distinto y por supuesto que va a haber y hay desapariciones de algunas empresas farmacéuticas. Como hoy se decía aquí, deberían quedar los mejores.

Y como nunca es bueno hacer críticas o comentarios sin dar unas ideas o decir que alternativas visualizamos y qué creemos que se debería hacer, entonces permítannos terminar mencionando **algunas medidas a implementar.**

- **La calidad de la atención médica debe ser el motor de cualquier reforma y no el costo.** Está demostrado que lo más barato es hacer buena medicina y tener buenos médicos, buena medicina que si sabe hacer sigue siendo lo más barato.
- **Integración de todos los actores del sistema.**
- **Organización de sistemas integrados de atención.**
- **Calidad, simplicidad, madurez e inteligencia regulatoria.**
- **Nuevos perfiles médicos gerenciales.** En los últimos años se han desarrollado un montón de herramientas de management que ayudan mucho al gerenciamiento de entidades de salud.
- **Ajuste por externalidades: geográfica, financiera, laboral, severidad, vulnerabilidad.**
- Esto es una necesidad acorde a la heterogeneidad y extensión de nuestro territorio y nuestra población.
- **Desincentivar la intermediación para contener costos y ser más eficientes.**
- **Énfasis en la prevención y atención primaria de la salud.**
- **Reducción de mortalidad y morbilidad: epidemiología y farmacovigilancia**
- **Uniformidad de información.** Debemos tener una codificación diagnóstico-universal. Todavía no la tenemos en este país entonces no podemos después medir nada, como hoy decía Víctor Rodríguez, porque no se pueden mezclar peras con manzanas. No sabemos el diagnóstico de egreso de los pacientes con una codificación internacional entonces un paciente que está en Jujuy y tiene algo en Buenos Aires, no sabemos que tiene, que le pasó o cuál es su historia. Con una codificación diagnóstico-universal podemos hacer eso, medir, o sacar costos y estadísticas.
- **La evaluación de tecnologías es fundamental.** Hoy hay muchas cosas y hay algunas que suman y otras que además agregan valor, aunque siempre va a tener que diferenciarse y descartarse las que son mas de lo mismo.

- Y hemos dejado para el final una disciplina que provee importantes herramientas para el análisis como es la economía de la salud, que eso es un poco vicio porque nos encanta y trabajamos en eso, pero es real y una herramienta de gerenciamiento muy importante que nos permite medir y elegir lo más costoefectivo.

La Industria farmacéutica ante el nuevo escenario económico, político y social. –Análisis y Propuestas–

Sr. Víctor Cerasale

Reflexiones iniciales

Deseamos agradecer al Dr. Manuel Agotegaray y al C.P.N. Carlos Vasallo por su invitación para participar de estas Jornadas y en particular, por convocarnos a formar parte de tan distinguida mesa.

En estas horas tan difíciles que nos toca vivir y a las cuales debemos enfrentar, deseamos simplemente efectuar una serie de reflexiones y compartirlas con todos ustedes. Y en primer lugar deseamos definir ante ustedes nuestra línea personal de pensamiento:

La salud es un hecho social con consecuencias económicas perfectamente medibles y no, como hemos pretendido equivocadamente a lo largo de más de cuatro décadas, un hecho económico con consecuencias sociales.

Esto no es un juego de palabras. Este error nos ha llevado por años a establecer un presupuesto retrógrado que, como no puede ser de otra forma, ha contribuido decididamente a desestructurar nuestro sistema de salud (al igual que el de Educación y el esquema productivo).

No existe ningún país civilizado en el mundo que, conteniendo o habiendo desarrollado un sistema fundado en la seguridad social – entiéndase por ello modelos públicos con o sin base sindical, perfectibles, mejores o peores según se lo quiera ver – haya alcanzado un presupuesto en salud con las características que nuestro medio político ha querido imponer, desconociendo las reglas básicas de la economía aplicada a la salud (que son bien diferentes a las del resto de los medios productivos).

No hemos respetado el análisis presupuestario pertinente y la condición evolutiva de su punto de equilibrio – necesidades de la población – tomando como eje las necesidades epidemiológicas reales, no virtuales, que no son otras que las inherentes a la propia población objetivo sometida a la función de sus propios esquemas productivos y hábitos de vida.

Todo lo expuesto es el macro-factor condicionante de todo el universo de variables que interactúan en el campo de la salud. Así, el vapuleado tema de los medicamentos también se ha visto sometido a puntos de inflexión o si se quiere hitos que han generado la coyuntura que transcurrimos hoy. Aunque parezca extraño ningún sistema de salud puede, hoy por hoy, mantenerse prescindente de la industria químico-farmacéutica, como de igual forma esta última no puede aislarse del medio de salud, o si se quiere social, en el cual le toca desenvolverse. Europa entendió esta lección hace ya casi 18 años, Estados Unidos lo tiene asumido por más de 20 habiendo efectuado ajustes de fondo, y Japón lo tiene asumido desde hace 50 años.

Léase: No hay políticas de salud – y medicamentos – sin industria y, por su parte, no hay industria sin sistemas de salud socializados.

En este aspecto justo es reconocer que los funcionarios públicos en cada circunstancia no han sabido, no han querido, no han estado preparados o no han podido sustentar una negociación coherente con la Industria Farmacéutica, y a su vez, nuestra Industria Farmacéutica no ha entendido que la salud, además de un negocio, es el sustento social de un país.

No obstante, entendemos que no es hora de buscar culpables sino de generar consenso para una nueva etapa que necesariamente debemos transitar. Nuestro país no ha tenido ni tiene una política de medicamentos coherente. Esto es ninguna. 10000 marcas comerciales no se corresponden con realidad sanitaria alguna.

Desde la etapa Oñativia (década del 60) hacia acá se observan en nuestra historia momentos con perfil definido:

- **La primera de dichas etapas es aquella inmediatamente anterior a la vigencia del Decreto N° 150/92.**
 - Allí Argentina se muestra con un precio promedio de \$ 3,72 (dólares) conformado por la comercialización de aproximadamente 4.800 productos farmacéuticos y más de 10.000 presentaciones.

- Por entonces, Argentina consume (periodo 88 - 92) 480 millones de unidades/año a un valor de 2575 millones de dólares, lo que representa una demanda de 14,5 unidades/año por habitante y un gasto per cápita de U\$S 77,79/año.
 - Al momento inmediato posterior al Decreto famoso (año 93), Argentina asume un precio promedio de \$ 6,60 con 5.100 productos farmacéuticos en danza y más de 10,9 mil presentaciones.
 - Ello (1993) se traduce en 476 millones de unidades a un valor de 3.140 millones de dólares lo que representa un consumo de 14,21 unidades / año por habitante y un gasto per cápita de 93,73 dólares / año.
 - Estas primeras distorsiones no son asumidas por ninguno de los actores del ámbito político y sanitario; pero tampoco por la Industria Farmacéutica y por consiguiente menos por el cuerpo médico.
- **En 1995/96 acontecen los siguientes cambios:**
- Argentina enfrenta, además de una tendencia distorsiva en el gasto de medicamentos, una sucesión de cambios frustrados en el proceso de reconversión de la salud y otros como consecuencia de la desregulación de las Obras Sociales.
- **La actual coyuntura, y el haber mirado para el costado, nos coloca hoy frente a parámetros sin punto de equilibrio, o sea de muy alto riesgo y sin haber comprendido aún que los procesos en salud, por su dinámica, deben ser cuidadosamente previstos, estimándose sus prioridades y planificándose en acciones traducibles a lo largo de un década.**

Conclusiones

De acuerdo al análisis precedente, nuestras conclusiones son las siguientes:

1. Tenemos un alto precio promedio superior a los \$ 10, lo que en términos medidos en dólar parece a ojos vista haber retornado a niveles adecuados. Sin embargo el consumo en unidades ha decrecido y el gasto per cápita nos enfrenta a un nuevo punto de inflexión, donde la porción poblacional con acceso real al medicamento es menos de la mitad del universo poblacional del país.

2. El sistema de seguridad social entendiéndose por ello aquel que provee coberturas en función directa con aportes proporcionales, está seriamente comprometido y con muy escasas posibilidades de supervivencia.
3. Desde un punto de vista estrictamente epidemiológico Argentina debe asumir que el consumo de medicamentos deberá aumentar en relación directa con las demandas contenidas. Esto implica que tarde o temprano, el consumo en medicamentos se verá duplicado en unidades.
4. Desde una óptica sanitaria, algún día muy cercano, tanto políticos como especialistas deberán asumir que la única salida de nuestro sistema de salud es provocar una transformación integral fundando un nuevo modelo en un Seguro Público Municipal de Salud, modificando incluso la base presupuestaria como así también el origen y destino de los aportes.
5. Desde la operatoria asistencial, la retransformación deberá incluir a la Industria Farmacéutica en un esquema de alto compromiso con el sistema, esto es, participativa en todo lo relativo a la producción en salud o si se quiere, concretamente, interviniendo en el negocio de la salud.
6. Cuando digo interviniendo, significa: canalizando utilidades e inversiones de marketing para retroalimentar el sistema, modelo, unidades de salud o como se quiera llamar. Pudiendo incluso actuar como partícipe societario.

La Industria Farmacéutica, por su estructura, capacidad y desarrollo debe, de una vez por todas, entender que debe actuar asociada al sistema y no prescindente de él, tal como ha sucedido hasta aquí.

Todos nosotros debemos entender que un sistema de salud que se precie de lógico debe contener y fundarse en un programa farmacoeconómico y farmacopolítico de estructura flexible y adaptable a las coyunturas que provee la dinámica de la gestión en salud dando fundamento y sustento analítico a:

- Un Programa de Medicamentos Genéricos serio, esto es, incorporado en el tiempo en función de una adecuada formación médico-farmacéutica, evaluando económica y políticamente su incidencia

a lo largo del tiempo y en función de sus resultados directos en la respuesta terapéutica disminuyendo el gasto asistencial.

- Un Programa específico para drogas de investigación de uso masivo y con capacidad de reemplazar a medicamentos genéricos (acortando lapsos de tratamientos, sus secuencias terapéuticas, sus riesgos terapéuticos, mejorando la seguridad cinética, contribuyendo finalmente a reducir el gasto global).
- Un Programa específico para drogas de investigación de uso y aplicación en patologías de baja demanda y muy alto costo donde la decisión médica no sea invadida por acciones sanitarias unilaterales y sin consenso.
- Un Programa específico para drogas con destino hospitalario.
- Un Programa pro-activo (Estado/ Industria Farmacéutica / Financiadores / Prestadores) que permita anticipar eventuales puntos de quiebre en la evolución del gasto (tal como sucede en Europa, U.S.A., Canadá y Japón o en cualquier país que pretenda desarrollar modelos de seguridad social y seguros). D i c h o programa debe instrumentarse en una acción conjunta, coordinada y comprometida de todos los actores del sistema de salud, ya que en caso contrario someteremos a la sociedad argentina, por ende a nosotros mismos, a un final que seguramente no deseamos.

Hace ya mucho tiempo nos venimos auto-engañando y pateando el problema hacia delante, y por lo que se ve, ya no hay adelante. El poder político debe comprender que no es posible vender sin cobrar y tampoco es posible admitir que la mayoría de nuestra gente no tenga un acceso genuino al medicamento, y además es inaceptable que nuestra salud, la salud de nuestra gente, sea una eterna zona gris manipulada a discreción oportunista sin respetar las necesidades de la sociedad y los intereses económicos que contribuyen a su sostenimiento.

Esto último no es un problema de precios, no es un problema limitado a la calidad o la cantidad de drogas prescritas, simplemente es falta de política, en este caso de salud y medicamentos.

Panel VI

El rol de los profesionales en el proceso de prescripción y dispensa de los medicamentos

Coordinadora Farm. Adriana Cuello

Para concluir el día de hoy que ha sido bastante arduo, vamos a terminar con esta mesa que habla de la prescripción y la dispensa de los medicamentos. Los medicamentos constituyen el procedimiento terapéutico más masivamente utilizado. Es por eso que prescribir y dispensar son los actos más frecuentes dentro del sistema de salud, por lo tanto permiten un mayor contacto con el paciente y esa es la función de los farmacéuticos, y creemos que es una función muy relevante.

El uso inadecuado de los medicamentos causa cotidianamente consecuencias que aunque veces no son visibles y debemos tratar de combatir. La correcta información, la forma en que se cumplen los tratamientos, el valor agregado que se le da a la dispensa, son los temas que van a ser analizados y tratados en esta mesa.

Los disertantes serán el Dr. Dardo Dorato, Secretario Adjunto de la Asociación Médica de Rosario, Secretario general de AMRA, Filial Santa Fe y docente de la Universidad Nacional de Rosario. En segundo lugar contamos con la presencia de Ana María González, quien es farmacéutica y bioquímica, Directora del Departamento de Actualización Profesional del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe I, docente e investigadora de la Universidad Nacional del Litoral. Y finalmente también integra el panel Andrea Paura, también farmacéutica y bioquímica, Directora del Departamento de Atención Farmacéutica del Colegio de la Provincia de Buenos Aires, miembro de la Comisión Nacional de Atención Farmacéutica, coordinadora de la Subcomisión de Capacitación y Actualización de la Confederación Farmacéutica Argentina y docente ad honorem del Departamento de Tecnología Farmacéutica de Farmacia Clínica.

Reflexiones desde el rol de los médicos

Dr. Dardo Dorato

Reflexiones iniciales

En primer lugar nuestro agradecimiento por esta convocatoria y ade-

más manifestar nuestro compromiso hacia quienes comparten estas Jornadas, porque hay una mayoría de mayoría farmacéutico y entonces siendo yo médico, en todo caso si hay que ser sarcásticos lo seremos con los médicos. Y desde ya trataremos de no ser reiterativos con muchos conceptos que se expusieron en las charlas anteriores, con los cuales coincidimos, y sólo tocaremos algunos aspectos del problema.

Cuando nos invitaron a estar en este panel, y hablamos en plural porque no nos podemos desprender de nuestra condición de militancia en el gremialismo médico en instituciones médicas, ya que es imposible desprenderse de las creencias y del cúmulo de formación que uno lleva. Cuando decimos formación no nos referimos sólo a la académica sino a las experiencias de vida, las convicciones incluso políticas, y en esto empieza a jugar la modalidad de la prescripción del medicamento, la concepción que de eso se tiene, y que hace también a la forma del ejercicio médico.

Cuando se empieza a meditar sobre esto, se podría decir en un tipo de análisis más sencillo como algunos de los colegas dicen: “ mi responsabilidad es exclusiva, tomo la birome, hago la receta, y que le den lo que digo”

Y esto lo dicen sin importar algunas otras cuestiones que hacen a la realidad social como si vivieron aislados en una cuba. Esto pasa comúnmente y hay discusiones feroces en el ámbito médico acerca de lo que deben ser este tipo de políticas. La semana pasada nos tocó una mesa en donde compartimos un panel con el Dr. Ruben Roa, y el Auditorio era mucho más hostil hacia la cuestión del genérico de lo que percibimos hoy. Y aprovechando esta situación trataremos de avanzar sobre esta base, ya que nos parece que hay bastantes consensos, y además ya se han dicho varias cosas que serían prioritarias en el futuro inmediato, no en lo que quisiéramos que fuese nuestro sistema de salud que sin duda había mucho por hacer, sino como respuesta al escenario que nos plantó la crisis. Pero es difícil desprendernos de esta cuestión del momento de la crisis, cuando en enero de este año hubo una fuerte devaluación que impactó de forma arrasadora sobre los costos del medicamento y de los insumos. Este fue el primer evento que puso en jaque, casi diríamos en riesgo de muerte, al sistema de salud, y es una crisis que todavía no logramos resolver y sólo la tendremos que resolver nosotros, no meramente con inyección de fondos del exterior, sino aprovechando el momento de crisis para empezar a discutir estas cuestiones que son oportunidades para el cambio y que no se dan siempre.

Esta mañana escuchábamos al Dr. Aldo Neri, quien en lo personal ha sido uno de nuestros inspiradores para empezar a estudiar estas cuestiones de salud. Cuando éramos estudiantes recordábamos por la década del '80 lo

que fue la sangría de la discusión política del seguro nacional de salud, y si se hubiera dado en un momento como el actual hubiese podido darse en un marco mejor, porque una de las cosas que creemos que se podría hacer es reformar además el sistema de financiamiento global del sector salud.

Una de las cosas que decían los expositores de las mesas anteriores es que tenemos una agobiante fragmentación del sistema de salud, y nos referimos en este caso no a la fragmentación clásica del subsector público, obras sociales y prepagos, sino dentro del propio sistema de obras sociales, donde hay una fragmentación que lo ha tornado ingobernable y que en tiempo de crisis como hoy puede ser lapidaria. Entonces creemos que habría que plantear de acá para adelante una unidad de financiamiento única a nivel nacional para poder gobernar mejor el sistema, hacerlo eficiente, equitativo y solidario. Pero este es un tema aparte, si bien ha habido coincidencia en el mismo por parte de otros reconocidos disertantes de estas Jornadas.

Prescripción del medicamento.

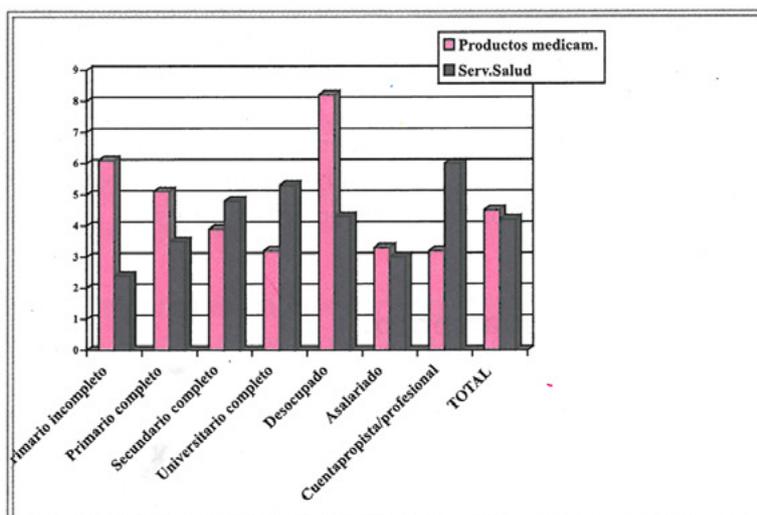
En esto las entidades gremiales médicas han tenido una postura unánime y sólida desde hace ya tres décadas. Este movimiento gremial médico que nació en el Valle de Punilla en la década del '70 siempre ha tomado un compromiso fuerte en el discurso y la acción en función de la prescripción por genérico. Cuando decimos la prescripción del genérico aclaramos que se avanza mucho más que esto, no sólo en la prescripción del genérico sino en tratar de avalar lo que sería la verdadera industria del medicamento genérico.

Creemos que uno de los mayores problemas de nuestro país es la deserción del Estado como ente regulador en el mercado. En ningún país serio, ni siquiera en Gran Bretaña que es la cuna del capitalismo, esto se deja librado al libre mercado, sino que si miramos al Reino Unido veremos que tiene un mercado fuertemente regulado, en el que priman los criterios de equidad y solidaridad. Por eso decimos que el medicamento dentro del sistema de salud es un bien social, tema que por cierto ya ni puede discutirse, y de ninguna manera puede entonces quedar librado al libre mercado.

Y la falta de acceso al medicamento imposibilita el cumplimiento del acto médico. Por eso es imposible desprenderse en el acto médico, en la responsabilidad de la prescripción, de pensar si ese medicamento va a ser accesible para quien está recibiendo la receta. Esto es hoy una pregunta que

ya nadie niega en dar contestación y en esto la responsabilidad debe jugarse plenamente. Y así lo debemos demandar quienes formamos parte de la comunidad médica desde el punto de vista individual y colectivo, si bien sobre esto hablaremos más adelante.

Gráfico 1 Participación del gasto en salud en el gasto total de hogares según nivel de instrucción y condición de actividad de los jefes



Fuente: S.S.Salud, 2002

Tuvimos oportunidad de escuchar varias veces en estos últimos tiempos al Ministro Ginés González García, a Rubén Torres, quien está a cargo de la Superintendencia de Seguros de Salud y a uno de sus colaboradores, Ruben Roa, y el Gráfico 1, cuya fuente es la Superintendencia de Servicios de Salud, queremos mostrarlo ahora ya que nos impactó bastante durante una de sus presentaciones.

Sin entrar a desagregar alguna de las columnas y analizarlas por separado, cuando abordamos el tema de la equidad, una de las primeras cosas que observamos, es que el tema del medicamento es absolutamente inequitativo en la realidad de hoy y en los últimos años también. Quien menos posibilidades del financiamiento del medicamento tiene es quien se ve con el mayor compromiso de desembolso propio de su bolsillo para financiarlo. Esto es injusto y en esto tenemos que empezar a tener una postura clara. El medicamento debe ser accesible y el Estado debe responsabilizarse por ello.

Política de genéricos

El próximo desafío es uno mayor que el haber logrado la ley de la prescripción por genéricos. Esta ley aprovechó el momento de crisis, donde se dio un terreno fértil por el momento socioeconómico y político, para comenzar un proceso de discusión del tema, ya que en estos últimos años ésta era una discusión casi impensable y que siempre caía en el fondo de la papelera, y hoy no es así. Mas allá de las idas y venidas y de las críticas que puede haber, lo positivo de la situación es que se dio en el momento justo para empezar a discutirlo son tapujos. Y discutirlo en este ambiente casi como de demanda contenida que se puede ver en reuniones como estas. No recordamos en los últimos años una sucesión de eventos como éstos, donde profesionales de las distintas disciplinas, incluso miembros de toda la comunidad, se hayan reunido para sumar consenso a una política que impresiona y resulta beneficiosa para todos los sectores sociales.

Entonces más allá de los defectos que puede tener la ley, y coincidimos que hubo proyectos mejores, logró juntar los consensos en el ámbito legislativo y vencer la capacidad de lobby de diferentes sectores de la economía. Esta ley por lo menos empieza a andar un camino que no podemos negar que debemos transitar, y creemos que aunque pueda negárselo es irreversible, ya que por un lado busca el desarrollo de la industria de genéricos con rentabilidad suficiente para hacerla sustentable, y este es un deber que el Estado debe propugnar. Creemos además, que esto es generar una política contraria a lo que se llevó en los últimos años, y decimos sustentable porque es imposible pensar que se puede estimular la producción de genéricos sin que sea sustentable por consiguiente.

Próximos desafíos

Y aquí volvemos al Estado, porque el Estado no puede ser un actor meramente pasivo, debe ser activo y no solamente instaurando un marco regulatorio sino estimulando la posibilidad de la producción propia. No es fácil pero hay ejemplos en donde se muestra y demuestra que puede hacer. Y no hablamos de sistemas como el de Canadá o Dinamarca sino de países vecinos como Brasil. Brasil llevó a cabo una reconversión de su sistema de salud y en los últimos 10 o 15 años, conjuntamente con esto, comenzó a desarrollar una política de genéricos. Hoy Brasil fabrica medicamentos de primera necesidad para el 80% de su patología a mucho menor costo y con buena calidad, pero esto con una política sostenida en el tiempo, sustentada por el gobierno y que ha sido una política de Estado porque no se ha tocado en los cambios de gestión que hubo en el país.

En este caso uno de los ejemplos es la producción de medicamentos para la patología HIV-SIDA. Es una patología en auge, nueva, de crecimiento casi explosivo, basta con mirar índices epidemiológicos y cualquiera lo puede verificar, y de altísimo costo de tratamiento como una enfermedad crónica que es. En esto querríamos vernos reflejados en ellos, porque han seguido un camino valiente en este sentido.

Y en referencia a esto querríamos contar una experiencia muy modesta que nos tocó vivir. Cuando se dio esta situación en enero de este año 2002, con la abrupta devaluación del peso hicimos una especie de foro de discusión de la salud donde estaban involucrados todos los actores, por lo menos en el sur de la provincia, los colegios de todas las profesiones del arte de curar, las entidades gremiales, médicas, bioquímicos, farmacéuticos y las entidades sanatoriales, y juntamente con autoridades del sector salud de los niveles público y municipal y provincial, comenzamos a discutir estrategias comunes y de complementación para atender a la demanda, que no solamente iba in crescendo sobre el sector público sino que tomaba perfiles epidemiológicos propios de la crisis. Y con esto fuimos a hacerle incluso planteos al recién asumido Ministro Ginés González García en su despacho en Buenos Aires donde le propusimos algunas de estas cosas. Creemos entonces que estos momentos de crisis son propicios para empezar a tomar iniciativas de consensos y acuerdos para articular el sector, que hasta ahora se caracterizaba por una enorme diáspora.

En este caso el Estado vuelve a tener un compromiso ineludible donde la ANMAT, cambia la historia de nuestro país en cuanto al control de calidad. El escenario no es lo mismo antes y después de ANMAT, pero el ente todavía tiene que asumir un compromiso aún mayor porque está trabajando bien, está bien rankeado en los organismos de esta características del mundo, pero le falta mucho por andar. No es culpa de la ANMAT pero hace falta reforzar su estructura, especialmente si hablamos de garantizar la intercambiabilidad de los medicamentos que es una cosa que en los médicos es bastante densa, se sienten muy inseguros, es cierto que el juicio de mala praxis los tiene mal, y sobre todo es un tema que tiene una enorme confusión entre ellos.

Aclaremos que esto no se hace de un día para el otro, porque cambiar la cultura prescriptiva es un proceso e muchos años. Sin ir demasiado atrás, España, que tiene una política consecuente en este sentido, llega a tener recién ahora el 30% de su mercado sobre la base del genérico, y estamos hablando de países que han logrado consensos, así como una organización y articulación de su sistema mucho mayores que el nuestro.

Brasil ha hecho un avance muy grande en este sentido. Por ejemplo la OMS publicó el 4 de septiembre de 2002, o sea muy recientemente, una lista de 325 medicamentos esenciales para la mayoría de las patologías, que es una lista que sirve para modelo de elaboración de formularios nacionales propios. Esto es un requisito básico. Nosotros tenemos una organización de tercer nivel gremial médica que hace muchos años que publica formularios de este tipo, pero no podemos hacerlo desde entidades intermedias, esto en realidad tiene que hacerse desde el Estado.

Este instrumento despeja bastante el panorama de las cuestiones educativas sobre el médico. Y en definitiva es siempre volver a lo que aprendimos en la facultad, a la prescripción por monodrogas, al principio activo y no la prescripción por marca. Pero es cierto que la mano del mercado es muy fuerte y durante muchos años la modalidad fue hegemónicamente esa, el médico permanentemente está bombardeado por una agresiva política de marketing de la industria, que a su vez no es culpable porque no es responsable del sistema de salud, sino que actúa dentro del marco regulatorio que el Estado le ha propiciado. Pero en definitiva todos somos responsables de esto. Hay niveles de responsabilidad, desde los funcionarios de mayor rango hasta el último actor del sistema de salud.

La responsabilidad del médico en la prescripción está dada por el hecho de que nunca tiene que perder de vista que su prescripción está siempre basada en la evidencia. Ésta es la herramienta fundamental para una disciplina que en los países desarrollados ya lleva una década o más, y aquí recién empieza a introducirse, que es la gobernancia (clinical governance) o gestión clínica. En definitiva es que cada actor del sistema, por humilde que sea su inserción en el sistema de salud, debe sentirse gestor del sistema. Cada uno desde su responsabilidad es gestor del sistema. Y desde el momento es que cada uno hace una receta es gestor del sistema porque no es lo mismo recetar una cosa u otra, no es lo mismo recetar de más o por las dudas, no es lo mismo recetar algo que no está probado, y cuando decimos probado es porque haya algún paper responsable y si es posible con aval del Estado, de los organismos que el Estado tiene para esto, que avale esa forma farmacéutica. O sea que en definitiva la necesidad de los informes oficiales puede ser de ANMAT, OPS, OMS.

Y por último está el tema de la farmacovigilancia, y en esto hay fuerte autocrítica hacia los médicos. La red de farmacovigilancia hay que reforzarla mucho en nuestro país y los médicos hemos tomado muy poco compromiso en ello, y destacamos que esto los farmacéuticos lo tiene mucho mejor concebido y sí llenan formularios amarillos cuando alguien se queja o comen-

ta. Pero el médico es un observador de privilegio y con gran potencial para hacerlo si tomara conciencia de eso, ya que lo haría con mucho mejor nivel técnico que cualquier persona que lo expresara en términos vulgares. Entonces no puede dejarse al farmacéutico como único receptor de esa queja en términos vulgares que recibe en su lugar de trabajo, sino que debemos colaborar con esto y ser actores de alto compromiso.

En definitiva es una discusión muy larga que retomamos hace poco, pero nos asiste la mas firme convicción de que es necesaria la construcción de grandes consensos en nuestro país en torno a temas fundamentales. Y esto lleva a la afirmación de POLÍTICAS DE ESTADO, ya que el Medicamento es un tema ineludible si se quiere tomar con seriedad la defensa del estado de derecho ciudadano.

Hacia una nueva Farmacia

Farm. Ana María González

Introducción

Para esta oportunidad elegimos tres frases que si bien pueden parecer obvias, en la actividad cotidiana uno corre el riesgo de perder de vista. La primer frase dice “una profesión se legitima por su servicio a la sociedad, y una profesión sanitaria por prevenir, atender y resolver problemas de salud”.

Los servicios que brinda la profesión farmacéutica son muchos, variados y no siempre conocidos por la población. Esto tiene múltiples causas, pero podríamos decir que la actividad farmacéutica ha ido evolucionando a través del tiempo y como ya se comentó en estas Jornadas, el rol del profesional farmacéutico ha ido cambiando exigido por el propio entorno.

A principios del siglo XX, el farmacéutico elaborador en su botica gozaba de gran prestigio porque era el dueño del producto, y su gran fortaleza eran los conocimientos técnicos, éste le daba cierta jerarquía individual y en conjunto también. Pero con el avance tecnológico, el medicamento pasa a producirse mayoritariamente, el farmacéutico elaborador dio paso al farmacéutico dispensador.

El farmacéutico dispensador fue en muchos casos un distribuidor minorista del medicamento que fabricaban otros, es decir que el producto ya no le pertenecía. En otros casos cumplió el verdadero rol de dispensador, agregándole el valor de la información a la entrega del medicamento. Pero estamos asistiendo, a principios del siglo XXI, al ocaso del farmacéutico dispensador. Para éste, el producto, es decir, el medicamento, sigue siendo su fortaleza; el producto es el que genera el ingreso y el servicio respalda al producto. Pero a principios del siglo XXI vemos que en los países desarrollados, comienza a desdibujarse el producto en la mano del farmacéutico, porque comienza la venta de medicamentos por Internet o por correo. Y estas cosas que ocurren en el primer mundo en algún momento llegan a nuestro mundo. Entonces, a nivel de otros países es ya un desafío tener que pensar en una **nueva Farmacia**.

Reflexiones sobre una nueva Farmacia

Reflexionar sobre una nueva Farmacia implica hacer primero un pequeño análisis de la situación, de las cosas que nos han acontecido y de los probables escenarios futuros. En una de las mesas, el Dr. Azevedo hablaba de que la población está envejeciendo y que hay cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad. Por otro lado, el hecho de haber podido contener las enfermedades transmisibles ha desplazado el peso de la morbilidad hacia las enfermedades crónicas, y éstas se dan en los pacientes de mayor edad con terapias y tratamientos prolongados y más complejos. Si a esto sumamos el amplio arsenal terapéutico ofrecido por el mercado farmacéutico, se crea un campo propicio para que aparezcan errores, fallas en los tratamientos y reacciones adversas.

Datos de Estados Unidos dicen que aproximadamente el 10% de los ingresos hospitalarios se deben a problemas relacionados con los medicamentos, y que el 2% de las muertes que se producen en hospitales también tienen esta causa. Esto por supuesto tiene un impacto en el costo sanitario. A la vez está poniendo en evidencia que hay un vacío, que alguien debe tomar el seguimiento de los tratamientos y prevenir todas estas cuestiones, de llevarse a cabo, indudablemente se favorecería al sistema de salud, en síntesis aquí hay un espacio para trabajar.

Además estamos asistiendo a avances en la ciencia de la salud y en especial en farmacología, con la aparición de medicamentos cada vez más potentes y un futuro prometedor de una terapia a la medida de cada individuo. Paralelamente, el público está más informado, requiere más servicios, consulta y pregunta más.

Hay amplias necesidades en salud y los recursos son limitados. Hoy vimos que no se le puede dar todo a todos y hay que aumentar la eficiencia. Existe una dificultad real de la población para acceder al medicamento, sobre todo en Argentina, y a partir del comienzo del año se ha incrementado mucho más.

Junto a todos los factores que mencionamos, hoy la política del medicamento genérico favorece la toma de decisiones del farmacéutico, y todo esto se da en el marco de nuevos escenarios competitivos que requieren flexibilidad, adaptación y superación continua, los cambios en los modelos de las empresas donde hoy en cualquier empresa, y pensando a la oficina de farmacia como empresa, el valor no está en el producto sino en el **servicio**.

Cuadro 1 Reflexiones para construir una nueva Farmacia

- **Evolución demográfica y cambio en los patrones de morbilidad y mortalidad.**
- **Amplio arsenal terapéutico ofrecido por el mercado farmacéutico.**
- **Avances en farmacología.**
- **Público más informado.**
- **Amplias necesidades en salud y recursos limitados.**
- **Dificultad de la población para acceder al medicamento.**
- **Política de medicamentos genéricos**
- **Nuevos escenarios competitivos.**
- **Cambios en los modelos de las empresas.**

Entonces frente a estos retos y oportunidades se impone trabajar sobre la calidad, o la dedicación total a la excelencia del servicio. Y para lograr excelencia profesional en la actividad farmacéutica, es importante tener en cuenta una serie de aspectos, que iremos enumerando a continuación:

- **Un mejor conocimiento de las necesidades, deseos y preferencias de la gente.** En general a través del Colegio se realizan encuestas para detectarlas y trabajar sobre ello.

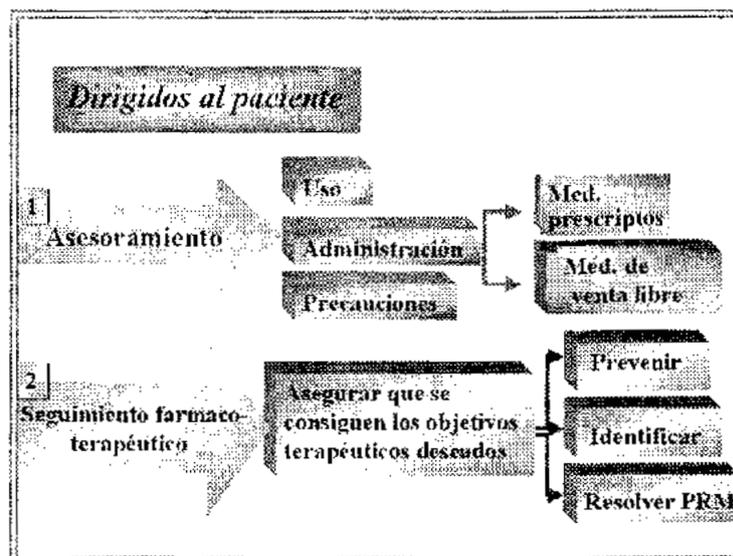
- **La formación de recursos humanos orientada al paciente,** no solamente del farmacéutico si hablamos de la oficina de farmacia, sino también de los auxiliares y colaboradores del mismo.

- **Un mayor compromiso profesional**
- **El establecimiento de normas de servicio y la búsqueda de sistemas de medición del mismo.** Ya no se debe trabajar como "pueda" o como "quiera cada uno, hay que buscar normas de buenas prácticas, no para hacerlo más complejo sino para hacerlo más eficiente. Y ello incluye buscar sistemas de medición del mismo que nos afiancen en el trabajo cotidiano, ya que esas normas incrementan la eficiencia de la empresa.
- **Compartir información con el equipo de salud**
- **El establecimiento de incentivos para quienes privilegian el servicio a la gente,** y a esto le pondríamos un acento porque no es un tema menor. Si queremos que se privilegie el servicio a la gente tenemos que poner incentivos para que así sea.
- **Adaptación a los cambios culturales en la organización de la oficina de Farmacia.**

Servicios profesionales farmacéuticos como oferta de calidad

Entonces debemos preguntarnos qué servicios profesionales pueden interpretarse hoy como una oferta de calidad en el caso farmacéutico. Lo hemos resumido en cuatro puntos, de los cuales dos están dirigidos al paciente.

Gráfico 1 Servicios profesionales farmacéuticos como oferta de calidad



El primero es el **asesoramiento** que debe dar el farmacéutico sobre uso, administración y precauciones tanto de los medicamentos prescriptos como de los medicamentos de venta libre, y en ese caso es fundamental el rol del farmacéutico en la automedicación responsable.

Respecto del asesoramiento el farmacéutico debe dar información, jugar un rol de informador, pero no tenemos datos de cuánto informamos los farmacéuticos, por lo cual comenzamos a realizar un trabajo en ese sentido, en el Colegio, y vamos a dar algunos resultados preliminares. En este trabajo, los farmacéuticos documentan voluntariamente y de un modo muy sencillo cada vez que hacen algún tipo de asesoramiento al paciente.

Les podemos decir que sobre 4.114 dispensas realizadas, en el 12% de los casos el farmacéutico asesoró. Y lo hizo por iniciativa propia en el 33% de los casos y por requerimiento del paciente en el 67%.

Creemos que esto último está demostrando la necesidad de asesoramiento de parte del paciente. Y en cuanto a los aspectos sobre los que brindó asesoramiento fueron fundamentalmente en relación a la administración del medicamento y menos sobre los efectos adversos, contraindicaciones e interacciones. Probablemente es la transición que hay que ir realizando, brindar información sobre la administración para después hacerlo sobre cuestiones más específicas.

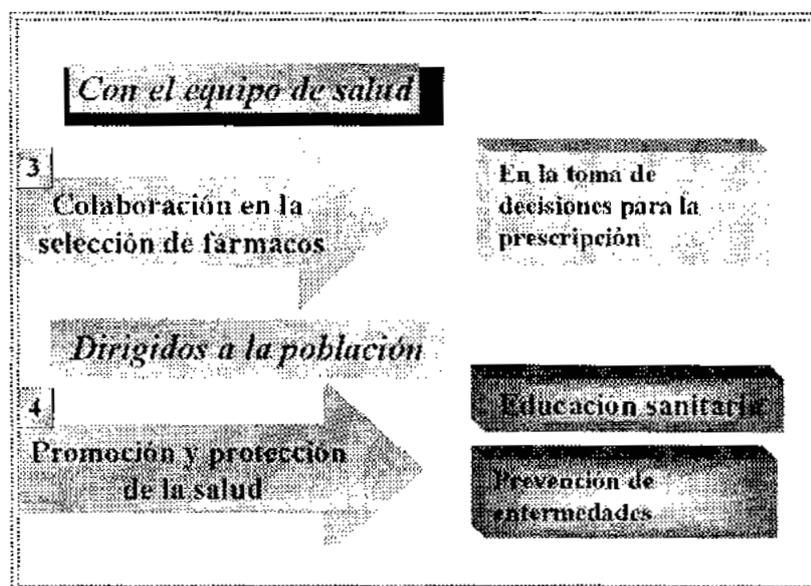
El otro aspecto es el **seguimiento farmacoterapéutico**. Tiene como objetivo asegurar que se consigan los objetivos terapéuticos deseados. Esto en plena colaboración con el médico, de ninguna manera sustituyendo o superponiendo roles.

Para eso el farmacéutico tiene que prevenir, identificar y resolver problemas relacionados con medicamentos. Y acá es muy importante la farmacovigilancia. El farmacéutico debe documentar, tarea que es bastante difícil por el tipo de actividad que se desarrolla en nuestras farmacias y el tipo de complejidad administrativa que existe. El seguimiento farmacoterapéutico es el gran desafío y debemos encontrar el modo de poder llevarlo a la práctica en la mayoría de las oficinas de Farmacia.

El tercer pilar se relaciona con el equipo de salud y sería la **colaboración en la selección de fármacos**, fundamentalmente en la toma de decisiones para la prescripción y la gestión del medicamento. Desde ya que no hablamos solamente de la oficina de farmacia comunitaria sino que también está incluida la oficina de farmacia hospitalaria.

Y finalmente tenemos acciones dirigidas a la población como la **protección y promoción de la salud** a través de la educación sanitaria y prevención de enfermedades, como la participación en las vacunaciones, el rol educativo del farmacéutico en relación al buen uso del medicamento, las pautas de alimentación, actividad física y, en general, de vida sana.

Gráfico 2 Servicios profesionales farmacéuticos como oferta de calidad



Cómo llevar adelante el cambio

A partir de lo que hemos comentado hasta ahora, podemos entonces preguntarnos cómo llevar a cabo el cambio, es decir, cómo iniciar el cambio y poder mantenerlo.

En distintos lugares del mundo han estudiado e investigado para dar respuesta a los problemas que se presentan en la profesión farmacéutica, fundamentalmente en Estados Unidos y en España. Y cada uno en su lugar han explorado y dado algunas claves para resolver este problema que enfrenta la profesión farmacéutica en la búsqueda de una nueva farmacia.

Nosotros tratamos, en primera instancia, de trasplantar esos modelos aplicándolos en nuestro medio, primero con un pequeño grupo de colegas, y nos encontramos que no es fácil la adhesión a este tipo de modelos. No es

fácil sobre todo lograr la continuidad de la tarea en el tiempo. En síntesis, creemos que es necesario sentar las bases de una nueva farmacia para nuestro entorno y su gente con una realidad cultural, social y económica que es muy diferente a la de Estados Unidos y Europa. Estamos todos de acuerdo en cuanto a qué es lo que hay que hacer, pero lo que tenemos que llegar a demostrar es cómo hacerlo. Encontrar un proyecto que realmente sea colectivo, porque si la adhesión es de muy pocos farmacéuticos, la nueva Farmacia a los ojos de la población no será posible.

En el Gráfico 3 destacamos las principales tareas que llevamos adelante los farmacéuticos del Colegio de Santa Fe, 1ª Circunscripción, desde el punto de vista profesional.

Gráfico 3 Preparándose para el cambio



Frente a los cuatro pilares que habíamos señalado anteriormente y para responder a esta propuesta, creemos que lo fundamental es la educación permanente, y a esto apuesta fuertemente el Colegio ofreciendo todos los años, un conjunto de cursos sobre temas diversos que apoyen la labor del farmacéutico, en los distintos aspectos y roles que comprende la profesión.

Para facilitar la educación permanente se hacen cursos presenciales, la mayoría en Santa Fe, lamentablemente, porque a veces no es fácil llevarlos al interior, pero dentro de las posibilidades que tenemos en medio de la actual situación, tratamos de por lo menos una vez al año llegar hacia el interior de la provincia. Y además a través de los cursos de educación a distancia.

Afortunadamente, la repuesta de los farmacéuticos es muy satisfactoria. Para dar un ejemplo, más del 40% de ellos está participando del curso de Farmacología y Farmacoterapia organizado por la Confederación Farmacéutica Argentina. Este es un curso modulado de 3 años. Mas del 40% de los farmacéuticos de oficina comunitaria asistieron a los talleres de medicamentos genéricos. Y esto es alentador porque significa que existe una buena cuota de motivación y un buen terreno para trabajar.

Tenemos en el Colegio un Centro de Información de Medicamentos desde hace más de 10 años, que difunde información científica objetiva, a semejanza de otros centros de información, como el del Colegio de la Provincia de Buenos Aires y el de Córdoba entre otros. Y esto es un arma muy importante sobre todo para luchar contra la asimetría de información que existe entre el productor de medicamento y el proveedor de atención sanitaria, y entre el proveedor de atención sanitaria y el paciente. Es una herramienta fundamental para trabajar en el uso racional del medicamento y para luchar contra las fallas del mercado farmacéutico.

También llevamos a cabo trabajos de campo que tienen por objetivo buscar y recolectar información sobre las patologías crónicas, sobre los estilos de vida y el uso de los medicamentos por parte de la población. Cada farmacéutico trabajando individualmente en su farmacia, con su propio programa, pero en base a pautas prefijadas con rigor científico, obtiene información que está disponible para todo aquel que la quiera utilizar. O sea que es una red de recolección de datos que tiene gran valor si se la sabe utilizar, y una gran potencialidad. Como ejemplo, el año pasado desarrollamos un trabajo sobre antibióticos, y ya hemos publicado los resultados del mismo.

También se elaboran monografías de las drogas disponibles en el mercado en colaboración con la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas de la Universidad Nacional de Rosario, y están disponibles en el sistema de administración de farmacias del Colegio. Por supuesto que siempre la cantidad de productos supera la posibilidad que tenemos de ir incorporándolas, pero de a poco lo estamos haciendo.

También los farmacéuticos participamos en campañas sanitarias, colaborando en la detección y prevención de patologías tales como diabetes e hipertensión. Y desde hace más de 10 años el Colegio edita una revista de educación sanitaria que se distribuye gratuitamente en las farmacias, la revista "Por nuestra salud". Además, los farmacéuticos dan charlas en escuelas y otras instituciones, extendiendo el servicio farmacéutico a la comunidad.

Un grupo de farmacéuticos hemos iniciado la redacción de protocolos para tratamientos de patologías menores, ahora también se incorporarán farmacéuticos hospitalarios y médicos de distintas especialidades.

Todo esto se da en un espacio de amplia participación por parte de los colegiados. A principios de año, se solicita su opinión mediante una encuesta y se ponen sobre la mesa todas las actividades que se realizan, y así los farmacéuticos tienen la posibilidad de opinar sobre ellas y de expresar qué necesidades e intereses tienen en cuanto a su capacitación para que, en la medida de lo posible, se tengan en cuenta en el diseño de cursos que luego desarrollamos.

Además existen dos comisiones que trabajan y están abiertas para que cualquier colegiado se sume a las mismas, la Comisión del Departamento de Actualización Profesional que hace muchos años que viene trabajando, y por suerte cada vez somos más, y la Comisión de Farmacéuticos del Sector Público, de más reciente creación pero que tiene muchos proyectos y creemos que es muy prometedora. Otra comisión que está comenzando a trabajar se dedica al tema de la calidad.

Finalmente, como corolario de esta charla, las últimas dos frases que habíamos prometido al principio de la misma, recordando que si decimos los farmacéuticos que somos los expertos en medicamentos tenemos que ser los primeros en tener esta percepción, respaldada por la jerarquización profesional.

- **La percepción que los miembros de una profesión tengan de sí mismos tiene una clara influencia en su conducta profesional**
- **Un incremento de percepción del profesionalismo entre los miembros de una profesión, conduce a mejorar la credibilidad social y el reconocimiento como experto en el área de su incumbencia.**

El rol del farmacéutico en la dispensación

Farm. Andrea Paura

Documentaciones del rol farmacéutico en la dispensación

Deseamos agradecer al Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe la invitación al igual que al Observatorio de Medicamentos, Salud y Sociedad de la COFA, y comentarles que lo primero que nos inspira el título de esta mesa a la cual hemos sido convocados, es reflexionar acerca de cuál debe ser el rol del farmacéutico en la dispensación.

Comenzaremos entonces enumerando tres documentos de la Organización Mundial de la Salud en los cuales se ha definido el papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Son los de Nueva Delhi de 1988, Ginebra 1990 y Tokio de 1993.

Queremos entonces rescatar un párrafo del documento de Ginebra en donde se habla del ámbito de la farmacia y las funciones farmacéutico y que dice **“En todos los campos donde brindan servicios los farmacéuticos, su fin es garantizar una farmacoterapia óptima, tanto contribuyendo a la preparación, distribución y control de medicamentos y productos afines, como ofreciendo información y asesoramiento a quienes recetan o usan productos farmacéuticos.”** Si lo analizamos vemos que aquí ya está escrito cuál es nuestra función y rol en la dispensación.

Posteriormente en la reunión de la OMS de 1993 que se realizó en Tokio, se definió la **atención farmacéutica** como principalmente basada en la responsabilidad del farmacéutico en el uso racional del medicamento, para de esta forma poder contribuir al bienestar del individuo y de la salud pública.

Y para posicionarnos más hacia la región, rescatamos el documento **Política de Medicamentos para el MERCOSUR, Bolivia y Chile**, que se firmó en San Pablo en diciembre del 2000, y que marca cuatro puntos fundamentales en lo que se refiere a una política de medicamentos. Está basada en el uso racional del mismo y al farmacéutico le da un rol y un papel preponderante, y aún mas al farmacéutico de oficina de farmacia, haciendo hincapié en **promover la práctica de la atención far-**

macéutica basada en la acción del farmacéutico inserto en un sistema de salud, poseyendo responsabilidad coparticipada con los demás profesionales, en la búsqueda del éxito de la terapia aplicada.

A nivel nacional no vamos a hablar de nuestras leyes provinciales y nacionales porque tenemos muchas. Pero quisimos documentar una de las resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación, que es la **Resolución 326 del 2002**, y un poco a propósito no trajimos los primeros artículos que están siendo tanto motivo de polémica actualmente y que han puesto en el centro del debate cuál debe ser el acto y la responsabilidad de la prescripción y dispensa, sino que hemos traído el artículo 6° porque habla claramente de cuál es el deber del farmacéutico en la dispensa y ha detallado entonces cuál debe ser nuestro rol en ella:

- **"Art. 6°** — Es deber del farmacéutico brindar al público al que dispensa medicamentos toda la información que se le requiera sobre tales especialidades y verificar que lo informado es comprendido, así como efectuar las aclaraciones que correspondan, a pedido del público...Para cumplir con esta obligación el farmacéutico debe verificar que el destinatario del servicio y/o adquirente ha comprendido los alcances y condiciones del reemplazo, y satisfacer toda consulta referida a la forma adecuada de tomar el medicamento, características del producto, efectos esperados adversos, alimentos y bebidas que actúan positiva o negativamente y toda otra información que garantice el cumplimiento de la prescripción del médico y un uso racional del medicamento."

Y en la provincia de Buenos Aires tenemos una ley además de una Ley de Ejercicio Profesional, una ley de medicamentos que es la **Ley 11.405/92** que es del año '92 y tuvo una modificación este año a raíz del tema de la prescripción y dispensación por nombre genérico, que es la **N° 12.895/02**. Nuevamente tampoco trajimos estos artículos modificados sino que a propósito trajimos el 1° y 2° de la ley. El artículo 1° habla de cuáles son las actividades que esta ley va a regular, por supuesto habla de la prescripción, dispensación, información de acuerdo a la persona que esté habilitada para esa actividad. Y en ese sentido dice que todas estas actividades se deberán realizar atendiendo a las características particulares de cada actividad con la función de garantizar la eficacia, seguridad y calidad de productos en salvaguarda del derecho a la salud de la población y del acceso al consumidor. Entonces en ella también vemos escrito cómo debe ser nuestro rol en la dispensación.

- **ART. 1º:** "Quedan sometidos a la presente ley y a los reglamentos que en su consecuencia se dicten el registro, fabricación, fraccionamiento, evaluación de calidad, almacenamiento, distribución, comercialización, prescripción, dispensación, información, propaganda y toda otra actividad que determine la autoridad de aplicación de principios, activos, medicamentos, medios de diagnóstico, y todo otro producto de uso y aplicación en medicina humana y las personas de existencia visible o ideal que intervengan en dichas actividades, llevadas a cabo en jurisdicción provincial."
- **ART 2º:** "Las actividades mencionadas en el artículo anterior, sólo podrán realizarse previa autorización y bajo la fiscalización del Ministerio de Salud y Acción Social, en establecimientos habilitados, atendiendo a las características particulares de cada actividad y garantizando la eficacia, seguridad y calidad de los productos en salvaguarda del derecho a la salud de la población y del acceso del consumidor"

Por lo tanto vimos como el rol del farmacéutico está escrito, y hoy además es cuando toma importancia y dado a que hemos estado hablando durante todo el día del gasto que se provoca en medicamentos, los ahorros que se podrían generar si se hace un buen reemplazo por nombre genérico o si se evalúa la costo-efectividad de los medicamentos, vamos a agregar otro número mas a los que vimos y es uno que tiene relación con los problemas que acarrea el uso inadecuado de los medicamentos.

- Por ejemplo en Estados Unidos en 1995 se estimó que el mal uso de los medicamentos provocaba un gasto al sistema de salud de U\$s 75.000 millones. Hoy ese gasto se ha incrementado y anda alrededor de los U\$s 175.000 millones.

- Si además de eso pensamos en uno de los últimos estudios de la FDA que analizó desde 1993 hasta 1998 lo referido al tema de medicamentos, puede verse que se concluyó que el 9,8% de los errores de los medicamentos terminaban en la muerte del paciente.

Así que sin duda si hay un medicamento presente los farmacéuticos tenemos un importante rol al cual debemos asumir y cumplir.

Cómo llevar a la práctica el rol farmacéutico

Ahora nos interesaría abordar cómo llevar a la práctica ese rol. Y para empezar hay que definir la **dispensación como el acto de entrega de un medicamento al paciente con la información adecuada.**

Si ampliamos el concepto de nuestro quehacer cotidiano, porque pareciera que nuestro único fundamento de ejercicio es el acto de dispensación, y lo extendemos a la **Atención Farmacéutica**, podemos decir que “es el compromiso que asume el farmacéutico de asistir al paciente frente a las necesidades de educación sanitaria asociada a la farmacoterapia y uso racional del medicamento en los aspectos de efectividad, seguridad, accesibilidad y cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, documentando su intervención, trabajando en cooperación con los demás profesionales de la salud; con el fin de mejorar la salud y calidad de vida del paciente” .

En esta primera parte de las Jornadas, Antonio De Azevedo dejó expreso claramente que a partir de esta década que se inició en el 2000, unas de las políticas más importantes que asumen la OPS y la OMS son políticas basadas en el desafío que nos representa el uso racional del medicamento.

Hoy también es un momento importante para los farmacéuticos porque el Estado nos ha convocado a través del INAME y la ANMAT, a formar una comisión en la cual participamos las instituciones farmacéuticas, para agregar a la Farmacopea Nacional Argentina un capítulo que contenga las Buenas Prácticas de Dispensación.

Frente al acto de la dispensación, cabe preguntarse qué se genera entre el paciente y el farmacéutico, ya sea mientras dispensamos medicamentos de venta libre, de venta bajo receta o preparaciones magistrales. En primer lugar se genera una relación, una comunicación entre ambas partes que hay que aprovechar para impulsar en el uso adecuado de los medicamentos. Y quizás es ahí donde empieza a tener importancia el concepto de calidad en la dispensación.

Y en calidad de dispensación podemos entender varios aspectos:

- Una correcta interpretación de la prescripción
- Una indicación adecuada de medicamentos sin prescripción y ahí tenemos un rol fundamental en el uso racional y adecuado del medicamento.

- Un asesoramiento sobre la correcta administración del medicamento, la conservación adecuada, las precauciones y la prevención de efectos adversos o interacciones que tengan importancia clínica.

- La derivación o comunicación con el médico, que es un acto que tenemos que tener muy en cuenta y que hace a la calidad de la dispensación.

Quizás ahora estemos en condiciones de pensar o proponer un segundo nivel de servicios farmacéuticos profesionales, que no porque sea un segundo nivel va a ser mejor o peor, sino por el grado de compromiso que asumimos con el paciente que podrá estar mediado o no por el acto de la dispensación que es lo que entendemos por proceso de atención farmacéutica.

Cuadro 2 Segundo Nivel de Servicios Farmacéuticos Profesionales

¿Cómo se aplica la AE en este Nivel?

- Interpretando correctamente la prescripción
- Asesorando sobre el correcto uso del medicamento
- Asesorando sobre la correcta forma de administración del medicamento
- Asesorando sobre hábitos higiénico sanitarios que deben acompañar al tratamiento.
- Previendo posibles eventos adversos o interacciones
- Reforzando el cumplimiento de la prescripción
- Comunicándose con los demás profesionales de la salud, cuando se requiera.
- Documentando las intervenciones

En síntesis: generar una comunicación mínima con el paciente que permita PREVENIR problemas relacionados con los medicamentos y problemas relacionados con los hábitos higiénico sanitarios asociados al tratamiento farmacológico.

Este Segundo Nivel es necesario que tenga una metodología de trabajo sistematizada, documentada, común a los farmacéuticos, que comprometa al farmacéutico en un seguimiento personalizando esos problemas que pudo haber detectado en el paciente, y realizar un trabajo en equipo con el resto de los profesionales de la salud. En síntesis, asumir un compromiso con el paciente que nos permita detectar, resolver y prevenir los problemas que enumeramos anteriormente.

Cuadro 3 Aplicación de la Atención Farmacéutica en el Segundo Nivel de Servicios Farmacéuticos Profesionales

- Con una metodología de trabajo, sistematizada, documentada y común a todos los farmacéuticos
(Programa de Atención Farmacéutica)
- Aplicando el *Proceso de la Atención Farmacéutica*
- Comprometiéndose con un seguimiento personalizado
- Realizando un trabajo en equipo con el resto de los profesionales de la salud.

En síntesis: asumir un compromiso con el paciente que lo requiera, que permita **DETECTAR, RESOLVER y PREVENIR** problemas relacionados con los medicamentos y problemas relacionados con los hábitos higiénico sanitarios asociados al tratamiento farmacológico.

¿Cómo afianzamos entre los farmacéuticos ese proceso de atención farmacéutica?

- Con capacitación, dándole las herramientas necesarias para poder sistematizar todo el proceso de atención, conectándolo con los problemas que se le puedan presentar y dándole una sistemática para resolverlo.
- Por ejemplo mediante talleres y monitoreo permanente de la actividad del farmacéutico y cursos con casos interactivos.
- Con la práctica mediante casos propios.



Y hemos dejado para el final comentar que la clave del rol que tenemos los farmacéuticos en la dispensación, está basada en una tríada de relaciones que están generadas por el medicamento, o por el proceso de prescripción y dispensación que se genera atrás del medicamento, en la relación médico-paciente, paciente-farmacéutico, y farmacéutico-médico. Y en esta tríada la clave está en trabajar en equipo y basados en el diálogo.

Porque realmente aprendemos mucho, el diálogo es muy constructivo aunque por supuesto lleva tiempo y dedicación pero seguramente será lo que nos permitirá construir este trabajo en equipo.

La experiencia del Colegio de Farmacéuticos de la Pcia. de Buenos Aires

Hemos visto hasta ahora cuál debe ser nuestro rol, luego tratamos de sentar las bases de cómo deberíamos llevar a la práctica nuestro rol en la dispensación y ahora nos referiremos brevemente a lo que estamos haciendo desde nuestro Colegio de Farmacéuticos para fortalecerlo.

Cuadro 4 Colegio de Farmacéuticos de la Pcia. de Buenos Aires

- Jornadas de Actualización
- Cursos de capacitación
- Mesas redondas: Comunicación médico-farmacéutico, beneficio para el paciente.
- Talleres conjuntos médico-farmacéutico-odontólogo: Prescripción y dispensación por nombre genérico, casos prácticos.
- Programa de Atención Farmacéutica
- Red Provincial de Vigilancia Farmacéutica
- Laboratorio de Control de Calidad
- CIMF

Estamos en este momento recorriendo la provincia con unas Jornadas de Actualización en las cuales le llevamos al farmacéutico este concepto de cómo debemos pasar de la dispensa hacia una atención farmacéutica con un concepto más integral, y trabajamos el tema del medicamento genérico y las implicancias legales y profesionales. También estamos permanentemente dando cursos de capacitación, y haciendo mesas redondas junto con los Colegios Médicos de la Provincia de Buenos Aires que están agrupados en distritos, donde trabajamos la comunicación médico-farmacéutico en beneficio para el paciente. Realmente es muy útil sentarse en una misma mesa y decirnos las cosas que tenemos que decirnos y construir.

También estamos realizando talleres conjuntos de médicos, farmacéuticos y odontólogos. Los organizamos junto con la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires especialmente con el Dr. Buschiazzo quien participa con nosotros en todo este proceso, y con el Dr. Martín Cañas del grupo de GAPURMED, y en estos talleres hacemos casos prácticos de prescripción y dispensación por nombre genérico.

Otro tema es que desde el Colegio estamos llevando adelante un programa de Atención Farmacéutica donde tratamos de diseñar esta metodología y sistemática de trabajo. Y finalmente agreguemos que la Red Provincial de Vigilancia Farmacéutica que tiene nuestro colegio es integradora de todas las actividades y un ente de referencia para el Ministerio de Salud Pública de nuestra provincia, como así también el Laboratorio de Control de Calidad que tenemos. Con todo esto le damos el apoyo al farmacéutico.

Para concluir queremos volver a repetir que el rol del farmacéutico en la dispensación está escrito y documentado, pues los organismos tanto nacionales como internacionales se han pronunciado al respecto. Y que la dispensa debe evolucionar a un concepto que la involucre y que sea mayor, el cual tenga a los farmacéuticos con un desarrollo integral de todos nuestros servicios profesionales. Hemos mostrado también que el farmacéutico se encuentra respaldado por una educación permanente en la función que le toca asumir. Y finalmente que en estos momentos tan difíciles y en estos profundos cambios a los que estamos asistiendo, los farmacéuticos estamos tratando de adaptarnos a esta realidad con la ventaja que disponemos de la preparación y tenemos las herramientas necesarias para poder asumir nuestro rol.

Panel VII

Financiación, contratos y acceso al medicamento

Coordinadora Farm. Alicia Caraballo

Una política de salud para que sea exitosa debe contar con una razonable fuente de financiamiento que distribuya los recursos con equidad y que se desarrolle con suficiencia y eficacia. Quienes tiene a cargo esta tarea tienen que tratar de conocer estas características para tener eficiencia en la gestión. Por otro lado es innegable el peso en nuestro país de la seguridad social como fuente de financiamiento, y por eso hoy nos acompañan estos destacados panelistas que han desarrollado su experiencia en obras sociales del ámbito nacional, provincial y regional dentro del sector privado.

Esta mesa está integrada por la Contadora María Inés Insaurralde que es Master en Sistemas de Salud y Seguridad Social en la Fundación ISALUD, Directora Provincial del Instituto Autárquico Provincial de la Obra Social de Santa Fe (IAPOS), además en 1998 fue gerente de la empresa de medicina prepaga gremial SOMEDIC Salud, en 1995 Directora Provincial de Planificación, Control de Gestión y Estadística del Ministerio de Salud y Acción Social de la provincia de Santa Fe y Directora Provincial de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y Acción Social de la provincia de Santa Fe.

Otro de nuestros panelistas es el Dr. Luis Suárez, quien además de ser médico ha realizado varios cursos de postgrado relacionados con el tema de auditoría y economía y gestión en salud. Se ha desempeñado como médico auditor de diferentes obras sociales, y en la actualidad en Gerente del Área Atención en Salud de la Asociación Mutual SANCOR y SANCOR Medicina Privada S.A.

Y finalmente contamos con la presencia del Dr. Armando Reale, quien es médico (UBA) y egresado del curso de Especialista en Salud Pública de la Cátedra de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UBA. Es además egresado de la Maestría de Seguridad Social y Sistemas de Salud en la Universidad Nacional de Lomas de Zamora y Salud. Se ha desempeñado como Jefe de Auditoría Médica de la Obra Social de Obras Sanitarias en 1971, Presidente de la Sociedad Argentina de Auditoría Médica en 1980. Gerente de Prestaciones Médicas del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados en 1980. Profesor Asociado de Sistemas De Salud de la carrera de Especialización en Salud Pública del Instituto Universitario

CEMIC en 199, Profesor Titular de la Cátedra de Gestión de Sistemas de Salud del Instituto Universitario ISALUD. Además es receptor del Premio de la Academia Nacional de Medicina en 1985 sobre la Calidad de Atención, de la Fundación ISALUD en 1995, individual en Economía de la Salud, Miembro Honorario Nacional de la Sociedad Argentina de Auditoría en 1997 y autor de numerosas publicaciones relacionadas al tema.

La experiencia del Instituto Autárquico Provincial de Obra Social de Santa Fe (IAPOS)

C.P.N. María Inés Insaurralde

Reflexiones iniciales

En primer lugar deseamos agradecer al Observatorio de Salud y al Colegio de Farmacéuticos de la Primera Circunscripción, sobre todo por crear estos espacios y en este caso en nuestra provincia, ya que en los tiempos que estamos viviendo la democracia exige la búsqueda de consensos y sobre todo brindar información y transparencia a la gestión. Entonces en una primera etapa de esta exposición queremos expresar lo que consideramos son conceptos importantes para encuadrar cuál es el pensamiento de la Obra Social en el tema salud y medicamentos.

Creemos que ésta no es una crisis más del Estado que se arregla con ciertas reformas sino que el mismo Estado está en crisis, y por eso debemos concebirlo distinto tanto en su función como en su relaciones con la sociedad y la economía.

Para nuestra obra social, IAPOS, la salud es parte de un sistema de valores de una sociedad con base en la equidad, donde el derecho a la salud es un derecho irrenunciable, es una condición indispensable para lograr la productividad que requiere el desarrollo económico de todo país, y es una actividad económica de mano de obra intensiva en un contexto de desocupación estructural, con un efecto multiplicador en la economía similar al que tiene la actividad de la construcción.

Cuadro 1 Conceptos de salud

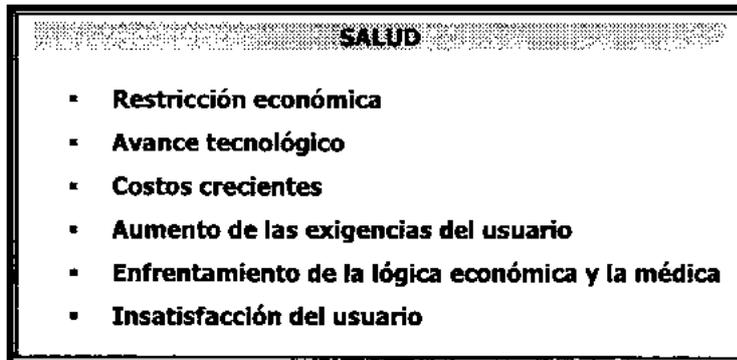
SALUD	
1)	COMO PARTE DE UN SISTEMA DE VALORES DE UNA SOCIEDAD CON BASE EN LA EQUIDAD, DONDE EL DERECHO A LA SALUD ES UN DERECHO IRRENUNCIABLE.
2)	COMO CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LOGRAR LA PRODUCTIVIDAD QUE REQUIERE EL DESARROLLO ECONÓMICO DE TODO PAÍS.
3)	COMO ACTIVIDAD ECONÓMICA DE MANO DE OBRA INTENSIVA, EN UN CONTEXTO DE DESOCUPACIÓN ESTRUCTURAL, CON UN EFECTO MULTIPLICADOR EN LA ECONOMÍA SIMILAR AL EFECTO MULTIPLICADOR QUE TIENE LA ACTIVIDAD EN LA CONSTRUCCIÓN.

Las relaciones entre financiador y prestador se dan en un marco de restricción económica. Sabemos que por ley o principio económico los recursos son finitos, limitados y la escasez tiene un costo que es el interés que se paga. El avance tecnológico está dado por la innovación tecnológica que depende del conocimiento humano con lo cual esto es una variable aleatoria que no la maneja nadie. Esto implica que sean costos crecientes. En muchos países salud es una actividad inflacionaria y quizás tenga su razón de ser en los otros dos puntos mencionados.

Hay además un aumento de la exigencia del usuario. Esto tiene que ver con el avance de la comunicación, de la toma de conciencia, la democracia y el tema de ejercer nuestros derechos.

Y entendemos que hay un enfrentamiento de la lógica económica y médica por esto mismo que venimos desarrollando de los recursos finitos, el avance de la tecnología y el histórico desempeño del médico en la sociedad y como eje en la medicina. La satisfacción del usuario la pensamos porque salud tiene un aspecto que no se da cuando uno compra o consume un servicio, ya que en el caso de los seguros de salud no se da una contraprestación simultánea. Cuando vamos a un supermercado o a un negocio damos nuestro dinero y recibimos un bien o un servicio. En salud esto no se da. Aportamos de nuestro sueldo o aportamos mensualmente a una prepaga, pero recién la utilizamos cuando la necesitamos. Y esto tiene que ver con que la mayor parte o directamente casi todos los sistemas de salud en el mundo, no tienen grandes porcentajes de satisfacción.

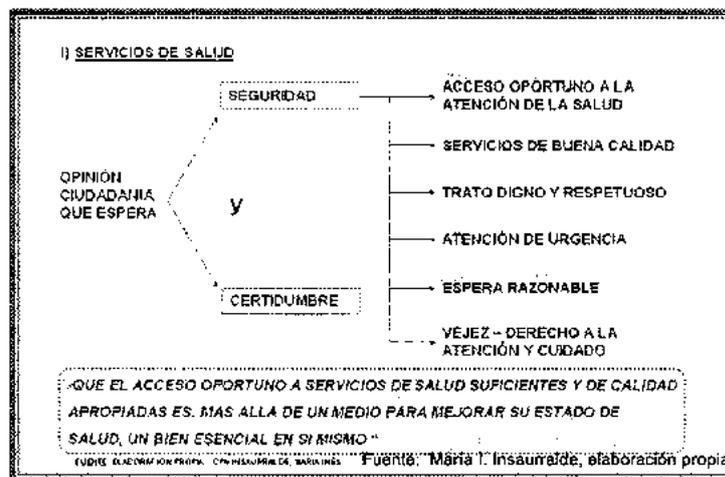
Cuadro 2 Escenario para las relaciones contractuales de financiadores y prestadores



Fuente: Díaz, Carlos A. 2001 "La Empresa Sanitaria Moderna" Ediciones Isalud

Veamos en este escenario qué es lo que espera la ciudadanía o que opinión de los servicios de salud tiene, que es lo que muestra el Cuadro 3, recordando que el acceso oportuno a servicios de salud suficientes y de calidad apropiada es no sólo un medio para mejorar su estado de salud, sino fundamentalmente un bien esencial en sí mismo y de alta estima por parte de la sociedad

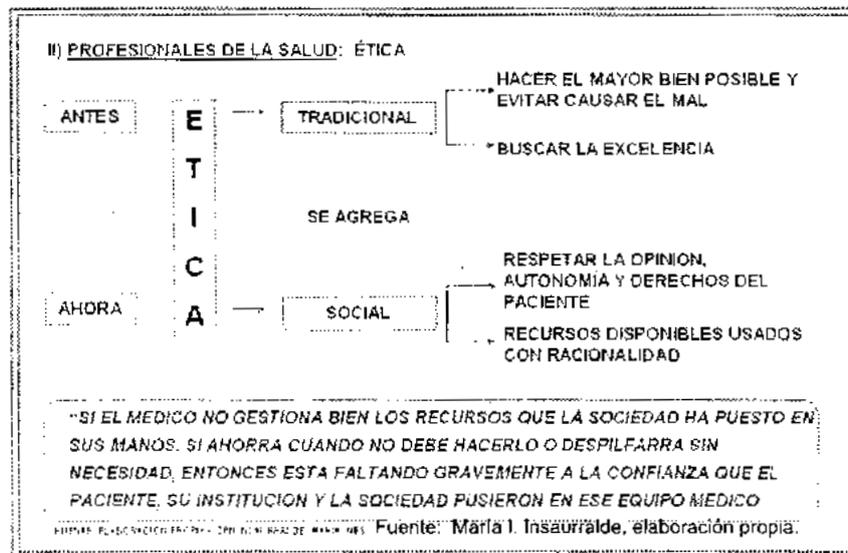
Cuadro 3 Escenario de las relaciones contractuales financiador - prestador



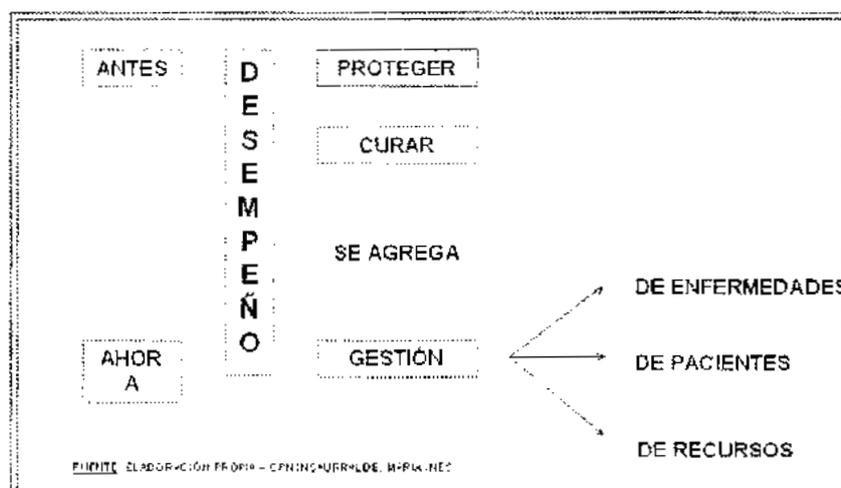
Dentro de los escenarios y para los profesionales de la salud entendemos que antes había una ética tradicional que era hacer el mayor bien posible y evitar causar el mal y buscar la excelencia. Hoy se agrega una ética social que es la de respetar la opinión, la autonomía y los derechos del paciente. Y además cobra relevancia el usar los recursos disponibles con ra-

cionalidad, porque si el médico no gestiona bien los recursos que la sociedad ha puesto en sus manos, si ahorra cuando no debe o despilfarra sin necesidad entonces está faltando seriamente a la confianza que la sociedad y la institución han puesto en sus manos. Y este concepto es muy importante sobre todo en la crisis que vivimos.

Cuadro 4 Escenario donde se establecen las relaciones contractuales financiador - prestador



Cuadro 5 Escenario donde se establecen las relaciones contractuales financiador - prestador



El escenario provincial

Oferta

En nuestra provincia se evidencia una clara distorsión de la oferta. Hay sobreoferta y una incorrecta distribución geográfica sobre la cual nuestra obra social no tiene ninguna responsabilidad, y convengamos que durante años hemos tenido una ausencia del Estado e instituciones intermedias y universidades en el tema de regular la oferta, las camas y la tecnología, sin embargo eso suma en el reconocimiento de la actual crisis social.

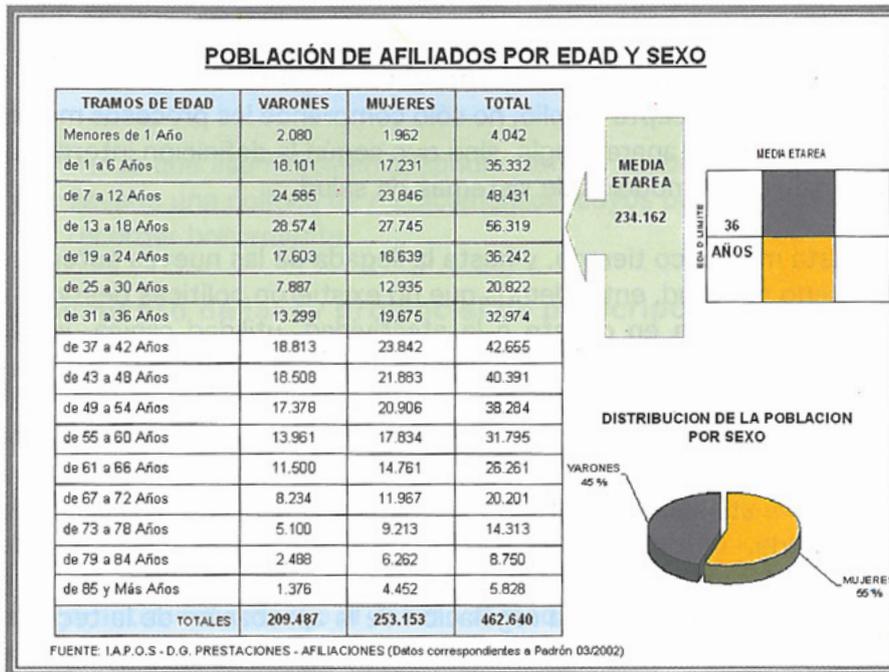
Frente a esto, desde la obra social entendemos que es justo exigir un sinceramiento sobre el tema y un verdadero compromiso en la gestión de los pacientes, enfermedades y recursos, ya que también sabemos que el tipo, cantidad y distribución geográfica de la oferta condiciona el modelo de la atención médica, la eficiencia en la aplicación de los recursos y por ende los resultados de salud que se obtienen.

En el **Anexo Estadístico del IAPOS** al final del panel se muestran datos estadísticos referentes a la oferta.

Demanda

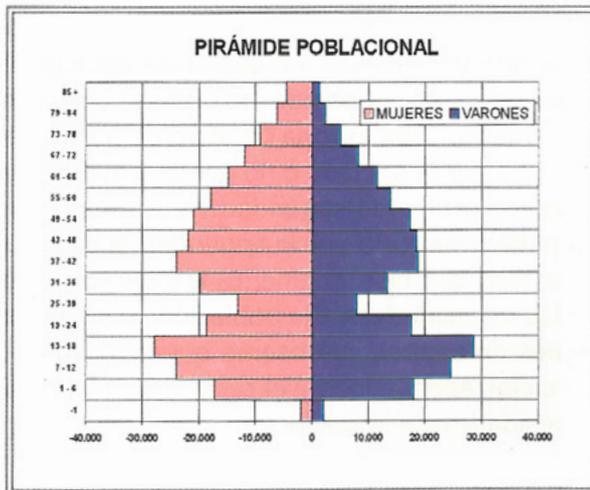
Esto para presentarles nuestra obra social. Este es el padrón de nuestra obra social por edad y sexo donde nuestra media etárea está en 36 años, con un 55% de mujeres y un 45% de hombres, la mayor población es entonces femenina y es a la cual deben dirigirse las acciones de prevención y promoción de salud porque son las que toman las decisiones sobre salud, pero a la vez es una población a la que debemos educar porque sino educamos son demandantes acaso con escasa racionalidad, y pensamos que es muy importante que manejen la información que les permita calificarse más en sus requerimientos. Nuestro padrón de mayores de 65 años representa un 17% del total del padrón de la obra social.

Cuadro 6 Población de afiliados del IAPOS según edad y sexo



Cuadro 7 Pirámide poblacional de Lapos

En la pirámide poblacional hay un achicamiento entre los 25 y 30 años porque la obra social tenía un régimen afiliatorio que concluía los 21 años, y si por ejemplo los hijos no continuaban estudiando quedaban sin cobertura de la OS. A partir del 2001 por un nuevo sistema opcional o voluntario pueden seguir dentro de la obra social, con lo cual entendemos que con el tiempo ese agotamiento que hay irá cambiando la figura.



Y finalmente en relación al índice de dependencia, de cada 100 beneficiarios, 42 son menores de 18 años o mayores de 67. Los mayores de 67 años representan el 10% en padrones.

La tecnología médica

Veamos algunos problemas respecto de la tecnología médica, de la cual en el concepto internacional forma parte el medicamento. La tecnología en su concepto amplio, no sólo comprende los procesos médicos, los medicamentos la aparatología, sino que según la definición internacional también incluye los modelos de sistemas de salud.

Hasta muy poco tiempo, y hasta la llegada de las nuevas autoridades del Ministerio de Salud, entendemos que no existieron políticas destinadas a evaluar la tecnología en cuanto a la efectividad, utilidad clínica, impacto económico y el mejoramiento en la calidad de vida. Y esto es aplicable a los medicamentos. Vemos entonces que tradicionalmente en el país:

- No existió una política destinada a evaluar la tecnología en cuanto a la efectividad, utilidades clínicas, impacto económico y mejoramiento de la calidad de vida.

- Hay una carencia en la regulación de la aprobación de la tecnología para su acceso al mercado, para su financiamiento público, para el financiamiento de la seguridad social, para el retiro de tecnologías obsoletas, y tampoco están diseminadas adecuadamente en cuanto a la distribución geográfica de acuerdo a las necesidades de la población. Este tipo de regulación existe en todos los países del mundo. Hasta en Estados Unidos la FDA tiene que ver en esto, en el análisis del ingreso de no sólo los nuevos medicamentos sino de los nuevos dispositivos u ortesis para su posterior acceso al mercado. Y en Europa de acuerdo a estas evaluaciones se decide además qué va a ser financiado o no por la seguridad social, porque puede ingresar al mercado probando seguridad y eficacia y no necesariamente estar financiado públicamente o por la seguridad social. Nuestro país y nuestra provincia muestran que históricamente la incorporación de la tecnología no ha seguido las necesidades de la población. Si se analiza la serie de importaciones de bienes en capital, se observa que esas importaciones en salud han seguido los ciclos económicos y el tema de las medidas o el tipo de cambio, y no las necesidades de la población.

- Hay una falta de acciones para la educación permanente en todos los niveles: el político, el científico, el técnico, y comunidad destinada a un uso racional de la tecnología. Creemos que ahora estamos avanzando en medicamentos pero nadie le dice a la población cuantas radiaciones ionizantes deben recibir por año los pacientes para que no sean perjudiciales a su salud.

En consecuencia creemos que en esto desde el Estado hay mucho por hacer.

La política de medicamentos de la obra social.

Desde que asumimos en la conducción de la obra social hemos adoptado y llevado una política de medicamentos, cuyos puntos relevantes queremos recordar brevemente.

Cumplimiento de la ley provincial de prescripción por genéricos.

Si bien ahora tenemos una nueva ley, la provincia de Santa Fe contaba desde el año 1990 con una ley de prescripción (ley 10496/90) por Denominación Común Internacional, comúnmente denominada prescripción por genéricos. A su vez la Obra Social ya en noviembre del año 2000, con motivo de la entrega por primera vez en su historia de un vademecum para cada afiliado titular, incluyó en la introducción del mismo los aspectos más importantes de la ley buscando por un lado informar al beneficiario y por otro garantizar el derecho al acceso al medicamento.

En el IAPOS entendimos desde la conducción de la OS, que para ser una provincia y un país serio lo que debemos hacer es respetar las leyes y esto es lo que hacemos desde la obra social. Y si en un sistema democrático no estamos de acuerdo con las leyes lo que tenemos que hacer los distintos sectores que no estemos de acuerdo, es producir o provocar la modificación, pero mientras tanto la tenemos que respetar la legislación vigente porque sino nunca vamos a ser serios.

Nuestra política de medicamentos, entonces es el cumplimiento de la ley provincial, y comprende centralmente los siguientes instrumentos:

- Un listado de medicamentos o Formulario Terapéutico, hace años atrás fue el Formulario Terapéutico Nacional de COMRA, luego tuvo su propio Formulario Terapéutico, y desde el '99/2000 volvimos al Formulario Terapéutico Nacional de COMRA.
- Precios de referencia o cobertura por monto fijo para sus planes ambulatorios, materno infantil, niños, y para oncológicos y tratamientos especiales con cobertura 100% a cargo de la obra social, y además tiene guías o protocolos de tratamientos
- Y nos ocupamos de promover y acompañar el papel de los profesionales, del médico y el odontólogo, de los profesionales farmacéuticos.

Las listas de medicamentos.

El vademécum de la obra social tiene base en el Formulario Terapéutico Nacional de la Confederación Médica Argentina. Incluye aquellos medicamentos y laboratorios aprobados por la ANMAT y se encuentra pendiente de emisión del nuevo Formulario Terapéutico, ya que de la mano del Colegio Farmacéutico lo íbamos a imprimir en mayo del 2002 y por los avatares del mercado y cambio de precios hemos decidido esperar hasta que se establezca un poco la situación. Una de las razones de no sacarlo es porque la política de la obra social es que al vademécum lo tengan sus afiliados, y es de prever que en muy poco tiempo tendríamos que estar cambiando la emisión por los incrementos de precios y por el monto de referencia.

Papel de los profesionales médicos y odontólogos.

- Contribuir a garantizar el acceso al medicamento.
- Prescribir con la Denominación Común Internacional (Ley 12.043/02), que es nada más que aplicar la nomenclatura de los principios activos que estudian en su carrera.
- Acompañar la gestión de la Obra Social.
- Respetar el Formulario Terapéutico.
- Respetar sus protocolos y/o Guías Médicas de Tratamiento y Prescripción, temas todos estos en los que venimos avanzando buscando los consensos.
- Ejercer la farmacovigilancia para identificar y valorar los efectos del uso de medicamentos en la población.

Entendemos que desde la obra social provincial podemos pedir todo esto, porque la OS tiene sus recursos estancos o iguales desde el '91 o '92, dado que provienen de sueldos que no han variado. Y desde que asumimos en la obra social no ha pasado un mes en que nos atrasáramos en los pagos. Cumplimos con nuestras obligaciones. Entonces, si la obra social cumple con sus obligaciones, si tiene a pesar de la sobreoferta mantiene contratados a la mayoría de los médicos, camas y tecnología de la provincia, es justo exigir. Y de hecho la obra social lo hace, hacer valer su derecho de compra y hacer valer su conducta de pago, y entonces es justo exigir un acompañamiento en la gestión de la misma.

Lo que queremos decir en este punto también es que sabemos que es un tema que es cultural y que tenemos que seguir cambiándolo y cambiando mentalidades, pero tenemos que empezar. Y también decir que cuando se recaba información de la ANMAT, preguntando si se han comunicado efec-

tos adversos por parte de los médicos, no se encuentran muchas comunicaciones y hasta a veces son los mismos laboratorios productores los que comunican en la ANMAT algún problema con algún lote específico y no nuestros médicos, ni tampoco los farmacéuticos si bien reconocemos que comunican mas que los médicos acerca de los efectos de los medicamentos en la gente.

Papel de los profesionales farmacéuticos

- Ofrecer al beneficiario las distintas opciones de precios y cobertura de medicamentos de igual droga, concentración y forma farmacéutica.
- Ejercer las facultades otorgadas por las leyes provinciales vigentes (Ley Prov. 12043/02)
- Ejercer su profesión, aplicar su conocimiento en pos del bien común. Entendemos que la ley por prescripción por denominación común internacional tecnicifica la profesión del farmacéutico. Les permite volver a poner sus conocimientos en beneficio de la comunidad

Papel de los afiliados del IAPOS

- Exigir a los profesionales de la salud la prescripción por Denominación Común Internacional .
- Hacer respetar en Formulario Terapéutico en la prescripción medica.
- Exigir al farmacéutico que le informe los distintos precios y las coberturas de medicamentos de igual droga, concentración y forma farmacéutica.
- Hacer respetar los protocolos de tratamiento y prescripción implementados por la obra social.

Desde que asumimos tratamos, dentro de las restricciones que tiene todo Estado y toda obra social provincial, de mantener una comunicación muy fluida con nuestros afiliados. Y entendemos que son indispensables, si bien tenían hasta hace unos años atrás una actitud pasiva frente al sistema de salud, entre el transcurrir más tiempo en democracia y el avance del conocimiento, para nosotros es indispensable que ellos sean parte y activa en el sistema o modelo de atención médica. Entonces les pedimos que exijan a los profesionales de salud la prescripción por Denominación Común Internacional, que hagan respetar el Formulario Terapéutico en la prescripción, que le exijan al farmacéutico que le informe los distintos precios, las coberturas de medicamentos con igual droga, potencia y forma

farmacéutica. Y además queremos que colaboren para que se respeten los protocolos de tratamiento y prescripción de la obra social.

Hemos entregado el Vademécum a todos los afiliados. Lo entregamos porque fue una decisión que tomamos en noviembre del 2000 y en su primera hoja tenía la ley de prescripción por genéricos de la provincia de Santa Fe. Y decidimos hacer esto porque observamos todos estos años les hacíamos un formulario terapéutico hermoso a los profesionales médicos y no todos esos profesionales lo llevaban a su consultorio, entonces decidimos entregarle uno a los beneficiarios para que fueran con esta herramienta bajo el brazo a su consulta con el médico. Buscábamos con esto darle la posibilidad de solicitar a un médico tratante la prescripción de medicamentos con cobertura de la obra social. Constatar luego en la farmacia que lo prescripto estuviera incluido en la cobertura, ver cuál era el costo total y la parte que le correspondía pagar, y evaluar por sí mismos el costo del medicamento.

Además dimos folletos explicativos como parte de las estrategias a los beneficiarios. Junto con el Colegio implementamos una autorización on line. Antes el afiliado iba a la obra social para hacer autorizar aquellos medicamentos que requerían autorización previa, hoy la farmacia se contacta on line con un centro de autorización y ni farmacéuticos ni beneficiarios tienen que ir innecesariamente a la OS. Hay también una línea telefónica que funciona para consulta y evaluación de todo medicamento para los beneficiarios, que también fue implementada de la mano con el Colegio Farmacéutico. Lo entendimos desde el año 2000: el papel de la población y de nuestros afiliados es fundamental en el sistema y en medicamentos.

A partir de que apareció en un programa de televisión en un almuerzo famoso un médico inoculando a una actriz con una vacuna antigripal, comenzamos la campaña desde la obra social y la continuamos a pesar de que no hubo nuevamente propaganda, porque si se empieza una prevención, el resultado de esto se ve a largo plazo y no debe abandonarse. E incluso en el 2001 y 2002 hemos llamado a la obra social a aquellos que se habían vacunado en el 2000 para ver por qué no lo hacían en el 2001 y 2002.

Nuestra modalidad contractual para los medicamentos.

El objeto de estos contratos es el servicio de logística farmacéutica, provisión de medicamentos ambulatorios, oncológicos y tratamientos especiales. La vigencia de nuestro contrato es desde 1991 y ha sufrido muchísimas modificaciones, pero lo que nunca ha tenido es una interrupción. Y esto

en la seguridad social es bastante difícil, pero no obstante ello nosotros llevamos entre diez y once años de relación permanente en nuestro contrato. Lo que hemos hecho es ir aggiornándolo con las modificaciones que se requerían de acuerdo a las necesidades de la obra social y del mercado. Creemos que esta permanencia y continuidad le da una seguridad jurídica que muchos prestadores reclaman en el resto del país.

Cuadro 8 Modalidad contractual en medicamentos



Nuestra modalidad de pago es mixta, vale decir capitada y por contraprestación. Hay una cápita mensual para los medicamentos ambulatorios, el plan materno infantil, oncológico y tratamientos especiales, que llega hasta el 12,5% de la cápita global mensual. En cambio es por prestaciones para accidentes de trabajo, convenios de reciprocidad y el excedente de facturación médica para medicamentos oncológicos y de tratamientos especiales. ¿Por qué accidentes de trabajo y convenios de reciprocidad? Porque estos son convenios distintos que tiene la obra social, los convenios de accidentes de trabajo son con las jurisdicciones, ministerios o reparticiones públicas, ya que la obra social repite su gasto, los convenios de reciprocidad son con las restantes obras sociales provinciales, donde la obra social también repite su gasto, entonces requiere tener el gasto para poder facturárselo.

La entidad contratante es el Colegio Farmacéutico de la Primera Circunscripción por cuenta y orden de los farmacéuticos con oficina de farmacia en la provincia de Santa Fe, adheridos voluntariamente al sistema prepago gremial organizado por el Colegio. Contamos a través del colegio farmacéutico con 1669 farmacias a lo largo y a lo ancho de toda nuestra provincia. En cuanto a las farmacias mutuales, sociales y sindicales que prestaban servicios antes de este convenio, se han incorporando unas cuantas mediante un régimen de incorporación en igualdad de condiciones que las farmacias comerciales y que es resuelto es por comisión mixta de las partes

¿Qué modalidades de control tenemos sobre el gasto de medicamentos, la calidad y el acceso?

- El convenio de auditoría es de técnicas contables. Hacemos la auditoría técnica porque podemos ir con farmacéuticos, pero además agregamos otras de tipo contable porque también vemos qué destino se da al dinero que abona mensualmente la obra social.
- Tenemos guías de tratamientos para patologías oncológicas especiales.
- Tenemos consentimientos informados para algunas drogas y tratamientos.
- Realizamos en forma conjunta con el colegio inspecciones a oficinas de farmacias.
- Hay auditoría previa por la Comisión de Medicamentos de la obra social de determinados medicamentos.
- Tenemos una auditoría on line que es el centro de autorizaciones compartido entre IAPOS Y Colegio Farmacéutico, (la fecha está incorrecta) porque es anterior del 94, 97 para medicamentos oncológicos y tratamientos especiales.

El gasto de la obra social.

En el siguiente cuadro mostramos el gasto total prestacional de la provincia y de la obra social.

Cuadro 9 Gasto prestacional de la Obra social de Santa Fé

GASTO PRESTACIONAL – Pcia. de SANTA FE																		
Comparativo 1999 - 2000 - 2001 - 2002 (1er. SEM)																		
PRESTACIONES	1999		2000		2001		2002 - 1er. SEM											
	GASTO EN \$	%	GASTO EN \$	%	GASTO EN \$	%	GASTO EN \$	%										
MEDICAS	90.246.767	69,86	91.249.769	68,6	91.391.932	65,68	45.672.820	67,31										
BIOQUÍMICAS	7.224.921	5,59	7.231.654	5,44	7.381.116	5,33	3.674.776	5,42										
ODONTOLÓGICAS	9.284.157	7,19	9.309.571	7	9.311.822	6,76	4.692.513	6,92										
FARMACÉUTICAS	20.143.236	15,59	22.312.235	16,77	23.530.000	19,28	12.626.348	18,51										
OTROS	2.279.555	1,76	2.919.307	2,19	3.837.681	3,06	1.184.562	1,75										
TOTAL	129.176.635	100	133.022.536	100	135.442.551	100	67.851.019	100										
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1999</th> <th>2000</th> <th>2001</th> <th>2002 - 1er. SEM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SERVICIO COMPLEMENTARIO</td> <td>13.904.526</td> <td>14.119.156</td> <td>15.891.462</td> <td>8.215.179</td> </tr> </tbody> </table>										1999	2000	2001	2002 - 1er. SEM	SERVICIO COMPLEMENTARIO	13.904.526	14.119.156	15.891.462	8.215.179
	1999	2000	2001	2002 - 1er. SEM														
SERVICIO COMPLEMENTARIO	13.904.526	14.119.156	15.891.462	8.215.179														
<small> Datos extraídos de los importes establecidos en los Contratos Prestacionales y facturación de Prestadores FUENTE: DPTO. ESTADÍSTICAS, D.G. PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN - LA P O S - Abril 2002 </small>																		

Los datos corresponden a los años 1999, 2000, 2001 y el primer semestre del 2002. Puede observarse en el Cuadro 9 la participación de las prestaciones médicas, bioquímicas, odontológicas, farmacéuticas y otras, dentro del gasto total.

Si miramos al rubro del gasto en farmacia vemos que en el '99 fue una cápita mensual de \$15,60, en el 2000, 16.70% y en el 2001 es de 19.29, allí salta mucho porque incorporamos al convenio los oncológicos durante internación para el departamento Rosario. Y en el segundo semestre vemos en cifras como se va incrementando el gasto, estamos en 12.600.000 con lo cual ya vamos a estar pasando el anual del 2001, pero debemos sentirnos satisfechos porque tampoco es tanto. Esto corresponde a aportes obligatorios, es decir los aportes personales y contribuciones patronales. En el recuadro que está en la parte inferior está lo correspondiente al servicio complementario, que es un aporte voluntario.

Dentro de la cápita tenemos los distintos planes. En el Cuadro 10 se muestra la evolución hasta el año 2000 del plan ambulatorio donde está el vademecum por monto fijo, del plan materno infantil que tienen los medicamentos del vademecum cubiertos en el 100% por la obra social, y los que

están fuera del plan están por un monto fijo igual para el plan materno infantil.

**Cuadro 10 Gasto anual en medicamentos por planes
Precio de venta al público (PVP)**

AÑO	PLAN AMBULATORIO	PLAN MATERNO	PLAN INFANTIL	PLAN ONCOLÓGICO (incluye Insulinas)
1999	28.133.893,16	308.822,94	1.388.286,84	9.538.093,39
2000	28.425.883,12	358.021,92	1.387.296,86	11.436.366,63
2001	30.744.328,85	378.913,24	1.518.401,68	12.726.841,12

FUENTE: CONVENIO I.A.P.O.S. - COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE LA 1ª Circunscripción.

Seguidamente en el Cuadro 11 se muestra la evolución de medicamentos oncológicos y tratamientos especiales por semestres y anualizados y vemos el incremento.

Cuadro 11 Facturación 1999 - 2002 de medicamentos oncológicos (P.V.P)

Año	Semestre	Gasto Semestral	Gasto Anual
1999	1º	4.025.247,00	8.061.457,05
	2º	4.036.210,05	
2000	1º	4.748.921,32	9.938.268,79
	2º	5.189.347,47	
2001	1º	5.452.439,15	12.095.957,73
	2º	6.643.518,58	
2002	1º	7.555.532,94	

FUENTE: CONVENIO I.A.P.O.S. - COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE LA 1ª Circunscripción.

A partir del 3 de diciembre, no encontramos explicación desde el punto de vista humano. Estamos hablando de una obra social que no deja de pagar, que cumple con sus pagos, y desde el 3 de diciembre el Colegio y la obra social hemos estado con problemas de abastecimientos en determinados productos. Hemos llegado hasta los días sábados a la casa de los familiares a decirles que vayan hasta la farmacia tal o cual porque se trata de medicamentos que si no los toman se mueren, y es fácil imaginar la angustia para los pacientes. Tal fue la convulsión que se vivió a nivel de la industria y la cadena de distribución y de comercialización que pareciera que nos olvidamos de la gente, lo cual demuestra la crisis de valores en la que estamos inmersos como sociedad.

Se nos ha preguntado en esta charla nuestra opinión acerca de quiénes fueron los principales culpables, y qué puede hacerse en el futuro viendo que la situación económica sigue siendo inestable. En verdad no tenemos capacidad para determinar quiénes fueron los culpables en la cadena de distribución y comercialización, porque los medicamentos estaban a disposición de todos. Lo que tenemos claro es que hablamos de pacientes trasplantados, pacientes insulino-dependientes y de algunos productos oncológicos monopólicos y oligopólicos. Lo concreto es que las condiciones de pago y de comercialización cambiaron, porque empezaron a pedirse pagos casi anticipados los primeros meses y luego a unos días más, o bien pago contra entrega. Y lo que creemos en relación a esto es que claramente fue una respuesta del mercado, que marca que no se lo puede dejar a su arbitrio en salud, y menos en medicamentos. Hay que avanzar en el tema de la ley de genéricos que es un primer paso, y además hay que avanzar en la legislación de la producción, distribución y comercialización del medicamento. Tenemos que poner más regulación y justicia en los momentos sociales y económicos que estamos viviendo y en la crisis que atravesamos, con esta irritabilidad en la sociedad. Tenemos que poner todo a disposición de ellos y empezar a hacer leyes en economía y salud que pongan el eje en la persona y no en el mercado

En el Cuadro 12 mostramos algunos datos ilustrativos del gasto en medicamentos de los afiliados, durante marzo y mayo del 2001, 2002, costo promedio por paciente, y precio de venta al público.

Cuadro 12 Gasto en medicamentos por patologías - Costo promedio por afiliado

Observaciones:
OTROS: Esclerosis Múltiple; Mielofibrosis Idiopática; Enfermedad Fibroquística
Polisitemia Vera; Adenoma Hipofisiario; Neuropatía Degenerativa; Distrofia Muscular de Duchene (No se registran casos de estas tres últimas patologías).

PATOLOGÍA	Marzo 2001		Marzo 2002		Mayo 2002		Julio 2002	
	Cant. Pacientes	Importe	Cant. Pacientes	Importe	Cant. Pacientes	Importe	Cant. Pacientes	Importe
COADYUVANTES AL TRATAMIENTO DE LA DUCHENE	148	406,58	178	302,33	173	375,39	208	485,29
EMANISADO (BIPROFENOL (1))	13	2.311,41	15	4.199,42	10	4.646,82	26	7.514,66
HEMOFILIA	8	7.597,13	3	6.569,48	2	10.284,21	9	13.273,19
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	102	454,42	96	510,42	85	646,89	102	742,54
OBEDIENCIAS	800	486,84	974	510,98	918	756,66	1078	974,92
OTROS	34	2.091,55	38	3.161,96	31	3.827,76	46	5.163,69
POST TRASPLANTES	53	677,27	55	1.004,97	57	1.226,47	65	1.742,46
SIDA	87	1.175,35	95	1.241,50	73	1.487,27	98	2.212,74

(1) Las diferencias de importes observadas obedecen al incremento en el precio de los medicamentos.

Fuente: Convenio I.A.P.O.S. - Colegio De Farmacéuticos De La 1° Circunscripción.

Finalmente, en el Cuadro 13 pueden verse las drogas, nombres comerciales por patología y laboratorios y la variación de diciembre 2001 a septiembre 2002. Sorprende cuando vemos los laboratorios genéricos de marca en el tope de los incrementos de precio.

Cuadro 13 Medicamentos oncológicos y tratamientos especiales Variación de precios - Diciembre 2001 / Mayo 2002 / Septiembre 2002

NOMBRE COMERCIAL	PATOLOGÍA	LABORATORIO	PRECIO A DICIEMBRE 01	PRECIO MAYO 02	PRECIO A SEPTIEMBRE 02	Variación Dic. 01 - Set. 02
NALBUFINA	TRAT. DEL DOLOR	GENEPE	38,00	140,00	140,00	268 %
COPAXONE	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	TEVA-FUTEUR	1.990,00	6.855,50	7.846,29	245 %
HELFINAVIR	SIDA	BOSA	594,90	1.980,00	2.725,12	232 %
5-FLUÓRURACILO	ONCOLÓGICO	LABINCA	17,11	56,72	59,56	231 %
HEMUNINE	HEMOFILIA B	BAXTER HEMUNO	651,35	1.830,65	1.830,66	188 %
HEMOPIL M	HEMOFILIA A	BAXTER HEMUNO	745,66	2.142,53	2.142,53	187 %
HEMOPIL M	HEMOFILIA A	BAXTER HEMUNO	1.491,33	4.285,06	4.285,06	187 %
FEIGA TIM 4	HEMOFILIA A	BAXTER HEMUNO	1.002,69	2.880,54	2.880,54	187 %
HEMUNINE	HEMOFILIA B	BAXTER HEMUNO	1.302,70	3.737,53	3.737,53	186 %
HEMOPIL M	HEMOFILIA B	BAXTER HEMUNO	373,71	1.071,27	1.071,27	186 %
PROTOMPLEX TOTAL TIM 4	HEMOFILIA B	BAXTER HEMUNO	367,40	1.052,22	1.052,22	186 %
HAEMOCTIN SDH	HEMOFILIA A	BORGAM	1.513,40	3.790,00	4.559,40	150 %
INSULINA BETASINT	DIABETES	BETA	15,14	32,90	35,09	117 %
REBIF	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	SERONO	3.685,20	7.594,48	9.869,04	106 %
PROTEASE	SIDA	RECHMUD	414,32	828,97	828,97	100 %
					PROMEDIO	205%

Fuente: Convenio I.A.P.O.S. - Colegio De Farmacéuticos De La 1° Circunscripción.

A pesar de los recursos fijos de la obra social desde el año 91, por la política salarial la ejecución presupuestaria del año 2000 de la obra social donde cerramos equilibrados, es la que puede leerse en el Cuadro 14, donde se ve que la obra social tiene un gasto administrativo que rondó un 6,64% total.

Cuadro 14 Presupuesto Año 2000 Ejecución al cierre del ejercicio

RECURSOS	ACT. CENTRAL Y SERVICIOS MCO. ASISTENCIALES	PORCENTAJE	SERVICIO COMPLEMENTARIO	PORCENTAJE	TOTAL	PORCENTAJE
RECAUDACIÓN DEL EJERCICIO	147.059.168,56	97,95%	17.219.508,22	107,54%	164.278.676,78	98,07%
REMANENTE EJERCICIOS ANTERIORES	960.387,67	0,65%	153.358,19	0,96%	1.113.745,86	0,68%
RESIDUOS PASIVOS EJ. 1999						
RESIDUOS	925.715,82	0,34%	239.375,28	1,49%	745.091,20	0,45%
TRANSFERENCIAS	- 600.000,00	- 1,05%	- 1.600.000,00	- 9,99%	0,00	0,00%
TOTAL RECURSOS	148.445.272,15	100,00%	18.412.242,69	100,00%	166.857.514,84	100,00%
					620	
GASTOS	ACT. CENTRAL Y SERVICIOS MCO. ASISTENCIALES	PORCENTAJE	SERVICIO COMPLEMENTARIO	PORCENTAJE	TOTAL	PORCENTAJE
GASTOS PRESTACIONALES	136.592.519,91	93,12%	13.090.623,22	55,69%	150.683.143,13	93,36%
GASTOS ADMINISTRATIVOS	10.104.622,51	6,81%	816.732,12	4,31%	10.921.354,63	6,64%
TOTAL GASTOS	146.697.142,42	100,00%	13.907.355,34	100,00%	160.604.497,76	100,00%
RESULTADO FINAL DEL EJERCICIO	2.748.129,73		4.504.887,35		6.253.017,08	

Fuente: Dirección General de administración IAPOS

Y en el 2001 conservamos la misma situación financiera. Nuestro gasto no aumentó mucho. 6.77% el total. (Cuadro 15) Nuestra relación empleados/ afiliados es de un empleado cada ochocientos beneficiarios, por lo tanto creemos que nuestra planta tampoco está sobredimensionada.

Esperemos en el año 2002 poder conservar estos niveles de rendimiento y estamos haciendo para ello todas las acciones de saneamiento financiero de la obra social provincial.

Cuadro 15 Presupuesto Año 2001 Ejecución al cierre del ejercicio

RECURSOS	ACT. CENTRAL Y SERVICIOS MCO. ASISTENCIALES	PORCENTAJE	SERVICIO COMPLEMENTARIO	PORCENTAJE	TOTAL	PORCENTAJE
RECAUDACIÓN DEL EJERCICIO	142.954.089,63	95,24%	19.679.894,39	109,97%	162.633.984,02	96,82%
REMANENTE EJERCICIOS ANTERIORES	3.350.100,75	2,29%	1.714.917,34	9,58%	5.065.018,09	3,04%
RESIDUOS PASIVOS EJ. 2000 PERIUDOS	147.655,08	0,10%	90.639,03	0,51%	238.294,11	0,14%
TRANSFERENCIAS	- 3.590.000,00	- 2,41%	- 10.580.000,00	- 20,06%	0,00	0,00%
TOTAL RECURSOS	143.152.845,46	100,00%	18.605.442,76	100,00%	161.758.288,22	100,00%
GASTOS	ACT. CENTRAL Y SERVICIOS MCO. ASISTENCIALES	PORCENTAJE	SERVICIO COMPLEMENTARIO	PORCENTAJE	TOTAL	PORCENTAJE
GASTOS PRESTACIONALES	136.958.215,19	92,74%	15.617.620,77	87,78%	152.575.835,96	93,23%
GASTOS ADMINISTRATIVOS	10.720.190,65	7,26%	353.324,80	2,21%	11.073.515,45	6,77%
TOTAL GASTOS	147.678.405,84	100,00%	15.970.945,57	100,00%	163.649.351,41	100,00%
RESULTADO FINAL DEL EJERCICIO	- 4.525.560,38		2.634.497,19		- 1.891.063,19	

Fuente:
Dirección
General de
administración
IAPOS

Reflexiones finales

Para concluir, creemos que todos coincidiríamos en que el derecho individual a la salud es prácticamente ilimitado. Es el derecho social a la salud el que nos obliga a normatizar y regular la cobertura que se brinda.

El mayor desafío consiste en definir a qué nivel de salud aspiramos como sociedad y cuál es el modelo de atención médica para lograrlo.

ANEXO IAPOS SANTA FE

NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS CON INTERNACION SEGUN COMPLEJIDAD

DEPARTAMENTO o ZONA - FE 2010	NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS	Nº Casos Adultos				Nº Casos Pediátricos					TOTAL	DENSIDAD TEORICA	POBLACION CENSO 2008	RELACION
		INTERCOMPLEJIDAD	IT I	II. CORPORARIA	III. CUERPO ESP.	INTERCOMPLEJIDAD	UT I	II. CUERPO ESP.	III. CUERPO ESP.	IV. CUERPO ESP.				
CASTELLANOS	12	355	21	10	5				6	292	16.000	159.920	24,01	
B. DE JULIO	4	15								15	16.000	27.870	12,06	
SAN CRISTOBAL	6	26								26	16.000	8.172	6,65	
ZONA I	26	460	21	5	5				6	487	16.000	252.514	19,17	
GRAL OBLIGADO	9	191	10	4					6	207	16.000	124.821	11,64	
VERA	6	110								110	16.000	15.617	23,96	
ZONA II	14	221	15	4					6	217	16.000	220.909	14,26	
CARRA										16.000		18.457		
SAN JAVIER	5	24								24	16.000	28.666	7,35	
ZONA III	3	21								21	16.000	45.112	4,07	
SAN JERONIMO	3	130	16			2				156	16.000	73.656	21,18	
SAN MARTIN	6	100				2				102	16.000	6.701	17,42	
ZONA IV	15	265	16			2				283	16.000	136.687	19,46	
LA CAPITAL	17	1.225	70	62					18	1.490	16.000	496.437	28,80	
LAS COLONIAS	24	209	12							221	16.000	67.465	26,96	
SAN JUSTO	5	97	5							102	16.000	19.781	26,34	
ZONA V	73	1.030	82	62					16	1.278	16.000	828.763	28,26	
BELGRANO	5	46								46	16.000	42.104	10,67	
CASEROS	6	120	7	2						129	16.000	82.020	16,61	
RIOHDO	10	300	4	4						308	16.000	66.452	47,03	
ZONA VI	30	474	11	6						491	16.000	190.656	25,76	
GRAL LOPEZ	29	381	10						3	403	16.000	187.450	21,50	
ZONA VII	28	381	10						3	403	16.000	187.436	21,50	
CONSTITUCION	9	146	4							152	16.000	8.467	17,95	
KOSARU	142	4.587	121	62	5	5	2	16	21	4.888	16.000	1.205.700	40,64	
SAN LORENZO	10	54	4	1						69	16.000	1.47.429	20,93	
ZONA VIII	138	6.110	190	63	6	5	3	18	21	6.427	16.000	1.427.915	27,81	
TOTAL PROVINCIA	327	6.572	342	147	10	2	5	13	46	7.102	16.000	7.098.670	29,66	

FUENTE: Dirección General de Auditoría Médica - MSAE - Provincia de Santa Fe

NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS CON INTERNACION SEGUN COMPLEJIDAD BIOMEDICA POR DEPARTAMENTO Y ZONA DE SALUD - PROVINCIA DE SANTA FE - AÑO 2006

	N° DE ESTABLECIMIENTOS	N° DE SALAS DE							N° DE CONSULTORES UL							
		TRC	ISH	HERCORNIA	TERAPIA RICANTE	ELIMINACION	FAVOR STVC	SAFOS E MIBUL	ECOCARDIOGRAFIA	ECODIAGNOSTICO	ECODOPPLER	RED. NUCLEAR	ECODIAGNOSTICO	ENDOSCOPIA	CAM. GABA	ERIDIA/ETNA
CASTELLANOS	4							15	2							
DE JULIO	4							2								
SAN CRISTOBAL	6							6								
CUNAJ	22			1				22	17							
GRAL OBLIGADO	3	1						1	1			1	2	1		
VERA	6							4								
ZONA I	44	2						14	4			1	2	1		
SAN JAVIER																
ZONA II	1															
SAN JERONIMO	4	1		1				6	3							
SAN MARTIN	7							7								
ZONA IV	15	1		1				8	3							
LA CAPITAL	47	2	2	2	1	1	1	18	16		7			1	1	
LAS COLONIAS	21	1	1					15	1		1					
SAN JUAN	5							3	1		1					
CORDOBA	23	2	3		3	1	1	24	12		9	1		2	1	
HERNANDEZ	7							2						1		
CASERES	9							2	1							
IRIONDO	15							2		1				2		
ZONA VI	20							20	1		1			3		
GRAL LOPEZ	22							22	1		1					
CUNAJ	25							25	1		1					
CONSTITUCION	5							5								
ROSA RIO	173	1	9		9	1	2	54	22		11		1	3	1	
SAN LORENZO	19				1			3	2				1	1		
ZONA VII	138	4	9	1	11	1	2	66	24		11		2	2	4	2
TOTAL PROVINCIA	327	8	14	1	15	3	4	124	44		24	1	4	8	4	2

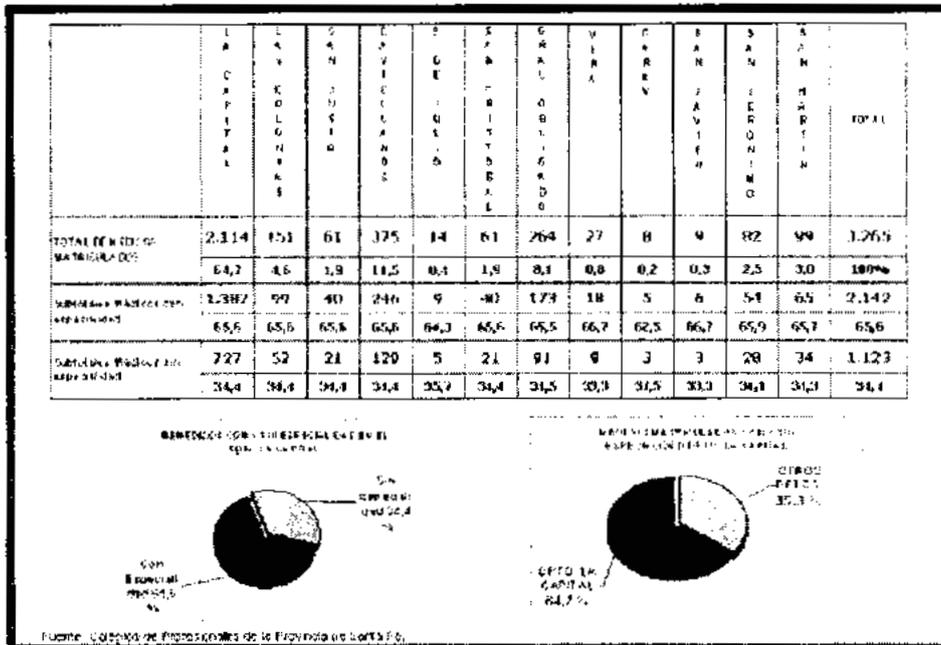
FUENTE: Dirección General de Asistencia Médica - DGAM - Provincia de Santa Fe

NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS SIN INTERNACION POR COLEGIO SEGUN DEPARTAMENTO Y ZONA DE SALUD - PORCENTAJES

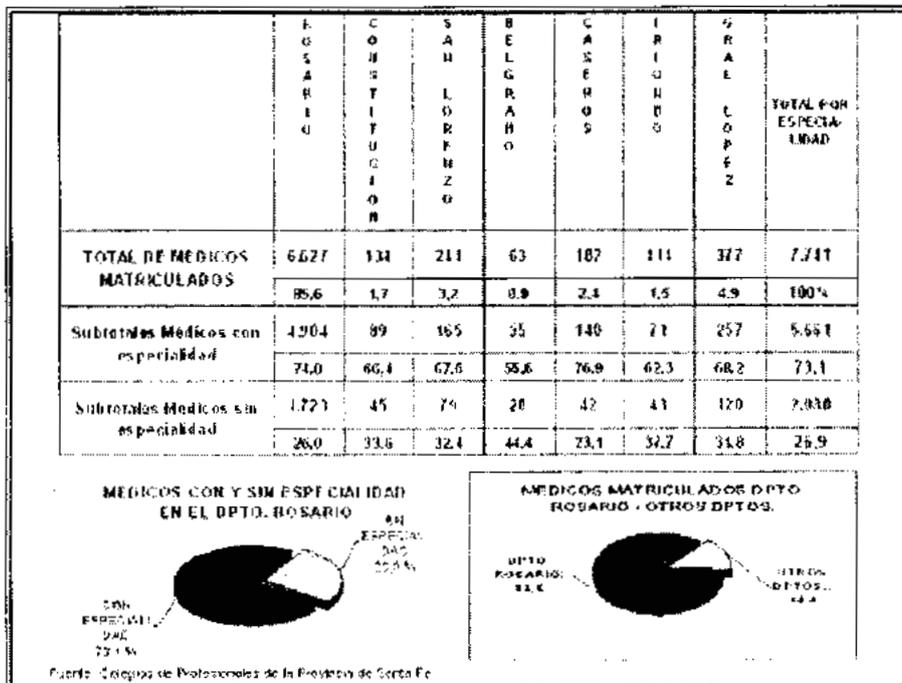
JURISDICCION	MEDICOS		BIOQUIMICOS		ODONTOLOGOS	
	N°	%	N°	%	N°	%
CASTELLANOS	114	3,40	42	5,01	97	3,31
DE JULIO	5	1,12	6	0,72	5	0,19
SAN CRISTOBAL	6	1,55	16	1,79	31	1,18
ZONA I	170	5,19	63	7,51	123	4,68
GRAL OBLIGADO	135	4,12	25	2,36	71	2,70
VERA	20	1,61	3	1,07	18	0,68
ZONA II	155	4,73	34	4,05	89	3,38
GARA	8	0,24	3	1,38	3	0,11
SAN JAVIER	12	1,27	6	0,95	13	0,49
ZONA III	20	0,61	11	1,31	46	0,61
SAN JERONIMO	92	1,29	16	1,91	40	1,52
SAN MARTIN	73	2,41	25	3,40	55	2,01
ZONA IV	141	4,30	45	5,36	95	3,61
LA CAPITAL	562	17,15	231	15,61	253	10,00
LAS COLONIAS	16	2,14	33	3,49	47	1,79
SAN JUAN	33	1,61	10	1,19	16	0,61
ZONA V	671	20,48	174	20,74	326	12,39
BE. GRAND	28	3,55	14	1,87	26	0,99
CASERES	125	3,81	25	2,98	63	2,39
IRIONDO	41	1,22	16	1,91	45	1,71
ZONA VI	194	5,92	55	6,56	134	5,00
GRAL LOPEZ	140	4,27	72	9,30	114	4,33
ZONA VII	140	4,27	78	9,30	114	4,33
CONSTITUCION	199	3,33	12	1,43	50	1,90
ROSA RIO	1.553	47,51	370	30,33	1.580	60,17
SAN LORENZO	119	1,81	47	4,41	101	3,84
ZONA VIII	1.785	54,50	379	45,17	1.734	65,91
TOTAL PROVINCIA	3.277	100	839	100	2.631	100

FUENTE: Dirección General de Asistencia Médica - DGAM - Provincia de Santa Fe

Médicos matriculados con y sin especialidad Primera circunscripción



Médicos matriculados con y sin especialidad Segunda circunscripción



Relación médicos/ habitantes en Santa Fe

	ROSARIO	LA CAPITAL	OTROS	TOTAL
TOTAL HABITANTES	1.205.709	496.485	1.396.467	3.098.661
TOTAL DE MEDICOS MATRICULADOS	6.627	2.114	2.265	11.006
CANTIDAD DE MEDICOS POR CADA 10.000 HABITANTES	55	43	16	36

Fuentes: Colegios de Profesionales de la Provincia de Santa Fe 1° y 2° Circunscripción
Instituto Provincial de Estadísticas y Censos (IPEC)

Número de equipos de radiaciones ionizantes - Pcia de Santa Fe, 2000 -

• TAC	44
• Mamografía	50
• Densitometría ósea	5
• Hemodinamia	19
• Radioterapia	10
• Rayos x fijo	276
• Rayos x móvil	147
• Resonancia magnética	6
• Eripsopantomógrafo	9

Fuente: Dirección General de Auditoría Médica, Radio física Sanitaria - MSyAS. Provincia de Santa Fe.

Cuestiones estratégicas en relación a los contratos, financiación y acceso a los medicamentos

Dr. Armando Reale

En estas jornadas hemos escuchado una serie de ponencias, todas muy interesantes, y a las que no es fácil agregarle comentarios a lo ya dicho. Pero creo que es bueno hacer algunas reflexiones y por ello traigo a la me-

moria una suerte de dilema que plantea la preferencia entre hacer mal lo correcto o bien lo incorrecto. Como todo “chiste” tiene un trasfondo de la realidad, y es que no han cambiado las causas de los problemas que tiene nuestro sistema de salud.

El modelo de subsectores no ha cambiado, si bien pueden reconocerse mejoras operacionales pensando en mejorar los resultados, no parece existir una estrategia que marque el rumbo hacia donde ir, con lo que algunos programas pueden agotarse en sí mismos o a lo sumo marcar tendencias. Entonces, los instrumentos que se aplican pueden llevar a situaciones no deseadas. Esto vale cuando se trata de contratos, porque detrás de ellos debe existir una estrategia: qué es lo que se quiere resolver, qué es lo que hay que contratar; con quién voy a contratar y a quiénes beneficiar.

Hay que pensar que detrás de un contrato hay otros acuerdos, formales o no y se construyen empresas y negocios. Está la relación entre el que produce, el que intermedia, el que distribuye y el que vende.

En el caso de los medicamentos hay otros actores que intervienen, son los prescriptores y los que reciben la indicación sobre la que no tiene la decisión. Es mucho lo que hay que pensar, además de tener definida una financiación y cómo sostener el beneficio.

Se ha desregulado para evitar que la población esté cautiva de las organizaciones de seguro obligatorio. Ello devengó en mecanismos de selección de riesgo. Pero no se advirtió que lo que realmente está cautivo son los presupuestos, con lo que da sustento a la organización y no a la gente que debe beneficiar, y éste es uno de los grandes problemas.

Qué cosas tendríamos que considerar en cuanto al sistema de salud?

En primer lugar que no estamos frente a un modelo hegemónico, sino ante modelos en competencia que observan escasa gobernabilidad. La superposición del rol financiador con el de proveedor crea mayor confusión por cuanto el interés en los pacientes se contrapone a la preferencia de los seguros por la población elegible. En resumen, no hay nada fácil, pero todo debe ser previsto, incluso los intereses de la o las contrapartes para lograr el propio objetivo.

Tenemos el gran desafío de lograr un contrato de cobertura de medicamentos, dentro de un mercado desregulado, en modelos en competencia y en situación de crisis, con un fuerte nivel de incertidumbre vinculada al

sostenimiento de la fuente de financiación. Muchos de los problemas en la gestión de un contrato aparecen porque no se ha podido mantener la fluidez en los pagos. Un buen contrato si no se sostiene, es un mal contrato y por lo tanto deja de existir.

Otro elemento fundamental es determinar cuáles son los principios activos que necesita la población en materia de medicamentos, ya que se requiere definir las prioridades.

En los países con fuerte regulación en materia de medicamentos se puede abordar en mejores condiciones el programa de cobertura. Sin embargo no siempre se controla la evolución del gasto y mejora la accesibilidad al beneficio, con lo que hay otras variables a tener en cuenta.

Distintas modalidades se toman con respecto a los precios, ya que pueden contribuir a mejorar la accesibilidad a los medicamentos de manera decisiva. Con ello se mejora el nivel de igualdad entre las personas de mayor y menor capacidad adquisitiva.

Sin embargo hay quienes carecen de capacidad de compra y otros que quedan limitados ante el valor del bien, que por su inelasticidad requieren un tratamiento particular para su provisión. Este programa del 100% supone agregar mecanismos subsidiarios y complementarios para evitar situaciones de inaccesibilidad.

En lo que hace a eficiencia el criterio de decisión médica es determinante, si bien debe ser ayudado con los protocolos, las certificaciones previas y los listados por principios activos.

En cambio si se habla de efectividad habrá que detenerse en el análisis de los distintos procesos que integran el sistema de atención.

Las variables que pesan en el momento de decidir las prioridades que aseguren el acceso a determinados medicamentos son múltiples y tienen que ver con los precios, si son para casos agudos o de largo tratamiento, si es específico o no para una enfermedad, si es curativo o controla la enfermedad, si es paliativo, si son complementarios y otras cuestiones vinculadas a las vías de administración y presentación.

La asignación de los recursos debe considerar el orden de prioridades. Así en 1980 implementamos las bandas terapéuticas con distintos porcentajes de cobertura, lo que significó trasladar recursos desde los de menor

relevancia hacia los medicamentos considerados de mayor jerarquía terapéutica para patologías prevalentes.

Otro tema tiene que ver con la forma de mantener el presupuesto asignado a medicamentos, con lo que aparecen nuevas situaciones a prever en los contratos. Si es por prestación en materia de controles y regulaciones, si es por capitación, la definición presupuestaria, la actualización tecnológica y la eventual restricción a la utilización.

Los precios y la capacidad de influir con carácter oportunista en la cadena de comercialización pueden favorecer el mantenimiento presupuestario. Por eso fue que el INSSJyP optó por aplicar a las bandas terapéuticas el sistema de Monto Fijo para tener un presupuesto previsible. No obstante si los precios aumentaran en forma sostenida, se provocaría una carga económica en el beneficiario que habría que resolver por otros mecanismos.

Si hubiera que repetir el modelo se hace necesario seleccionar presentaciones ya que en aquella oportunidad se trabajó sobre unos 6.500, en tanto que ahora dicen estar en las 20.000. La reducción de las presentaciones tiende a mejorar el pronóstico del gasto ya que la oferta queda circunscripta a lo que se quiere comprar.

Ahora se está dando un paso importante para ayudar al acceso al medicamento en materia de precios con la prescripción por genéricos. Ello no significa querer influir en el gasto total, sino en todo caso aumentar las ventas a través de un mayor acceso. En cuanto a precios, algunos productos bajan y otros no, por cuanto mantienen alguna diferenciación de interés para los grupos no sensibles a los precios o tienen comportamientos monopólico.

Algunas de esas mejoras no constituyen innovaciones útiles ya que no tienen repercusión sanitaria sobre la población general y por lo tanto hay que ser cuidadosos en cuanto a la incorporación y cobertura económica.

Como puede apreciarse el contrato es una cuestión dinámica, es la ejecución de una estrategia y debe atender permanentemente todas las variables externas e internas que influyen sobre él.

Para seguir con el caso del INSSJyP, es sabido que hizo un contrato con las Cámaras de la Industria Farmacéutica. En aquella oportunidad se anunció como la forma de recetar y consumir libremente. Hoy decimos receten y utilicen lo necesario y los problemas son los mismos que los de aquella época.

Porcentaje de cobertura	Cantidad de productos			
	1996		1999	
100%	114	(2.3%)	161	(2.5%)
80%	475	(9.7%)	600	(9.3%)
50%	1422	(29.1%)	1860	(28.7%)
30%	2872	(58.8%)	3859	(59.6%)
TOTAL	4883		6480	

Categoría del Medicamento (de acuerdo al % de cobertura)	Nominal INSSJP Gasto en US		Variación en %
	1996	1999	
100%	54.951.944,82	116.877.434,62	100
80%	54.951.944,82	116.877.434,62	70
50%	86.093.755,16	112.582.442,87	40
30%	91.970.988,13	128.578.027,84	33
TOTAL	374.754.102,60	601.106.313,82	60

MES	GASTO EN US\$ DE ACUERDO AL BENEFICIO DE COBERTURA DE LA DROGA (EN PORCENTAJE)				GASTO TOTAL EN US\$
	30%	50%	80%	100%	
Enero	35.756.385,66	18.600.798,88	23.687.664,70	9.330.420,09	87.374.971,10
Febrero	33.302.674,36	17.335.959,46	21.846.519,40	8.755.033,40	81.239.911,16
Marzo	37.332.401,38	18.956.711,11	24.643.346,52	9.611.015,12	90.543.474,13
Abril	36.838.219,76	19.357.545,21	25.871.397,10	9.936.382,95	92.003.545,86
Mayo	35.764.311,05	18.718.397,57	24.967.031,41	9.505.797,53	88.955.537,56
Junio	36.262.672,46	19.222.536,24	25.679.985,99	9.656.492,49	90.820.887,18
Julio	38.867.051,73	21.112.456,49	26.993.191,66	10.022.425,11	96.995.624,99
Agosto	37.694.199,90	20.396.975,14	26.386.580,68	9.373.364,67	94.351.120,39
Setiembre	36.854.110,05	19.621.892,25	27.272.742,84	10.176.767,22	93.925.513,36
Octubre	36.609.640,04	19.195.257,96	27.186.424,04	10.288.817,15	93.280.138,29
Noviembre	28.787.541,63	15.001.644,94	22.825.813,55	9.090.300,63	75.705.300,75
Diciembre	34.524.317,10	17.644.710,48	26.474.812,72	10.630.618,26	89.274.359,06
TOTAL	428.593.426,12	225.164.885,73	303.835.510,61	116.877.434,62	1.074.470.383,83

Cobertura	Unidades en 1000	%	PUP en 1000	%	Prom. \$ Por Unid.	Af.\$	Desc.en 1000	Dto.PVP
30 %	1.450	37,4	31.000	41,9	21,4	15	5.200	17,8
50%	900	23,2	16.000	21,6	17,8	8,90	3.500	21,9
80%	1.150	29,6	19.000	25,7	16,5	2,30	6.100	32,1
100%	380	9,8	8.000	10,8	21		2.700	33,7
T	3.880	100	74.000	100	19,1		17.500	23,6*

* Sobre PSL = 34%

Puede verse cómo evolucionó la cantidad de productos en tres años. Los del 30% clasificados como complementarios y /o de menor valor terapéutico tienen el mayor peso en el gasto. Los beneficiarios aportaron el 70% por lo que gastaron en fármacos no muy importantes (unos 290 millones al año). Se aprecian también la variación de los precios, siendo la mayor la que corresponde a los del 100%. Si no hay regulación de precios el M Fijo debe ser aplicado también a esta franja terapéutica.

El posterior convenio careció de gestión y por lo tanto los resultados económicos y sanitarios resultaron desalentadores, pese a que existía un subsidio de aproximadamente un 23.6% sobre el PVP como forma de sostenerlo económicamente.

La experiencia de la Asociación Mutual Sancor

Dr. Luis Suárez

Además de agradecer la invitación a participar en estas Jornadas y esta mesa de debate, queremos hacer público un comentario que siempre le haemos a los integrantes del Colegio, y es que los felicitamos porque han abandonado viejas luchas corporativas y defienden a sus representados teniendo en cuenta al mismo tiempo y en forma armónica nuestros intereses como clientes.

Pertenece a la Asociación Mutual SANCOR, creada el 6 de julio de 1973, donde mediante distintos convenios con obras sociales administramos hoy día unas 49.047 cápitas de las que 18.621 corresponden a beneficiarios autónomos, acerca de lo que vamos a tratar ahora.

Nuestros asociados tienen dos características principales.

- **Adhesión voluntaria**, así que financieramente en los hechos funcionamos como un prepago ya que el socio tiene que ir a pagar su cuota mensual, y esto hace que sea demandante porque la sensación que tiene el que paga es distinta de los que tienen otras coberturas donde el mecanismo de pago es indirecto y más difuso para el usuario, y en nuestro caso siempre exige un mayor reconocimiento.

- **Sentido de propiedad**: que está dado por las características de la entidad, porque una mutual es la suma de voluntades para solucionar algún problema o para autobrirse algún servicio, entonces los asociados

tienen un alto sentido de propiedad y permanencia con la entidad, y tanto es así que todo el cuerpo directivo de nuestra entidad se elige y se va renovando parcialmente en forma anual entre los mismos socios.

Respecto a la cobertura de medicamentos, una realidad que enfrentamos es estar compitiendo con prepagos, que luchan descarriadamente por lograr un socio más y que muchas veces agrandan verdades y venden ilusiones, y entre ellas un “caballito de batalla” es la no existencia de vademecum y la cobertura total en medicamentos. Nosotros adherimos a la política de genéricos y consideramos que no es lógico financiar por igual todos los medicamentos, tanto aquellos que realmente tienen un efecto aprobado como los francamente inservibles.

A partir de esta convicción tratamos de idear algún mix, que es una suma de viejas recetas, y de introducir la idea del uso racional del medicamento induciendo al uso de un **formulario terapéutico**. En esto venimos trabajando con el Colegio desde el año pasado, y a partir de mediados de marzo de este año empezamos con un sistema que tiene un formulario terapéutico con cobertura por monto fijo similar a la de la Obra Social Provincial. Los **medicamentos que están por fuera del formulario** también tienen una **cobertura del 40%**, pero que se fija al momento en que discutimos el valor de la cápita, porque éste es un convenio capitado, o sea que no vamos corriendo atrás del aumento de precios sino que esto nos permite estudiar qué vamos o no vamos a financiar. Y por último tenemos un listado de **exclusiones**, porque nos parece hasta inmoral financiar medicamentos cuya eficacia puede o no estar comprobada, pero cuya efectividad clínica respecto a las patologías para las que se prescriben no ha demostrado evidencia suficiente, como puede ser el caso de algunas especialidades presuntamente antiartróticas.

El nuevo sistema de cobertura, se basa en un reconocimiento por monto fijo, o sea que los medicamentos que contengan el mismo principio activo o combinación de ellos, en igual concentración, forma farmacéutica y la misma cantidad de unidades por envase gozarán del mismo descuento, sin estar vinculado al precio final del mismo e independientemente de la marca elegida.

El compromiso, para lograr mantener este sistema es la actualización de los montos fijos, con la frecuencia necesaria, tratando de que los aumentos de los medicamentos mantengan relación con el incremento de los reconocimientos, para que nuestros Asociados reciban el nivel de cobertura que otorga su plan

**Cuadro 1 Ejemplo de cobertura actual en medicamentos
Enalapril, maleato - Antihipertensivo -**

MEDICAMENTO	COSTO	MONTO FIJO	% COBERTURA	A/C/AFILIADO
Nº 1	7,26	4,96	68,32%	2,30
Nº 2	8,16	4,96	60,78%	3,20
Nº 3	8,81	4,96	56,10%	3,88
Nº 4	8,86	4,96	55,98%	3,90
Nº 5	8,95	4,96	55,42%	3,99
Nº 6	9,03	4,96	54,92%	4,07
Nº 7	9,20	4,96	53,91%	4,24
Nº 8	10,66	4,96	46,53%	5,70
Nº 9	10,97	4,96	45,21%	6,01
Nº 10	11,60	4,96	42,75%	6,64
Nº 11	12,12	4,96	40,92%	7,16
Nº 12	12,39	4,96	40,03%	7,43
Nº 13	12,97	4,96	38,24%	8,01

Como ejemplo de la cobertura actual ponemos al enalapril de 30 comprimidos por 5 mg. En el Cuadro 1 puede verse el monto fijo, la cobertura porcentual que parte de un 68,32%, y entonces el medicamento más caro con esta droga tiene una cobertura del 38%. Creemos que esto es una excelente herramienta para que el socio defienda un mayor reconocimiento en este tipo de medicamentos de uso crónico, y que lo puede discutir junto a los farmacéuticos.

Las ventajas del usuario del sistema es tener una mayor participación en la elección y acceder a un mayor reconocimiento que tiene mayor seguridad y confianza bajo el consejo de los farmacéuticos. Para nosotros, hay también ventajas para hacer un convenio capitado donde el gasto es previsible y tenemos el control del costo.

Para el médico, la ventaja es tener la seguridad de que sus pacientes van a poder cumplir con el tratamiento, al menos en cuanto al acceso al medicamento prescrito, porque si el paciente no cumple el tratamiento usando el medicamento, evidentemente no cierra el acto médico. Además indudablemente está mejorando la calidad de la prescripción porque al hacerlo por genérico conoce lo que prescribe.

Y también hay ventajas para el farmacéutico, quien no sólo que ha tomado conciencia que con esto está recuperando el rol profesional sino que está luchando por lograr más participación activa en el uso racional del medicamento y en la mejora de calidad en la dispensa.

Para poder lograr esto realizamos reuniones informativas por zonas con nuestros asociados cada vez que hay un cambio grande en la entidad, donde le comentamos y explicamos razones y ventajas. Y ahora estamos trabajando en la forma de incentivar a los médicos para que avancen en el uso de estas herramientas.

Cuadro 2 Ventajas del actual sistema de cobertura de medicamentos

Ventajas	
Para el Usuario:	
Mayor participación en la elección	
Acceder a un mayor reconocimiento con seguridad y confianza	
Para A.M.S.:	
Previsibilidad del gasto	
Control del costo	
Para el Médico:	
Seguridad en el cumplimiento del tratamiento.	
Uso racional del medicamento, mejor calidad en la prescripción	
Para el Farmacéutico:	
Recupero del rol profesional	
Uso racional del medicamento, mejor calidad en la dispensa	

En el Cuadro 3 mostramos unas comparaciones de dos semestres consecutivos, de julio/diciembre de 2001 vs. enero/junio de este año, y vemos como hubo una disminución en todos lo segmentos que estamos administrando, de un 19,01% en el consumo.

Cuadro 3 Facturaciones farmacéuticas por segmento

PERIODO RECEPCIONADO	A.M.S.	A.S.E.	CONSORCIO	S.M.P.	A.M.P.S.	TOTAL	PROMEDIO
SEMESTRE	IMPORTE FACTURADO POR FECHA DE RECEPCION						
JULIO/DIC. 2001	1.178.724	170.856	136.310	60.692	292.994	1.845.576	307.596
ENE/JUNIO 2002	928.309	142.323	112.189	48.275	263.631	1.494.726	249.121
RELACION PORCENTUAL	-21,24%	-19,53%	-17,70%	-20,46%	-10,02%	-19,01%	-19,01%

Fuente, Mutual SANCOR, 2002

Esto puede tener cierta estacionalidad y entonces comparamos otros períodos. Vimos julio del año anterior con el mismo mes de este año, y hay un aumento del 17,92% pero crecimos en aproximadamente un 10% de asociados. (Cuadro 4)

Cuadro 4 Facturaciones farmacéuticas por segmento

PERIODO RECEPCIONADO	A.M.S.	A.S.E.	CONSORCIO	S.M.P.	A.M.P.S.	TOTAL	PROMEDIO
MES	IMPORTE FACTURADO POR FECHA DE RECEPCION						
JULIO 2001	199.253	25.065	24.919 (#)	8.462	42.219	299.918	299.918
JULIO 2002	212.927	25.301	43.690 (#)	14.056	57.696	353.670	353.670
RELACION PORCENTUAL	6,86%	0,94%	75,33%	66,11%	36,66%	17,92%	17,92%

Fuente, Mutual SANCOR, 2002

Observación: (#) Consorcio : en Julio de 2001 contaba con 11.072 afiliados, en Julio de 2002 con 15369 afiliados.

Luego comparamos enero/marzo de este año con abril/junio, y hay un aumento del 5,20% (Cuadro 5). Y también comparamos mayo, junio y julio del año anterior con los de este año, y vemos que en mayo hubo una disminución del 21,43% en el gasto, en junio de 40.09% y en julio un aumento del 17.9%. (Cuadro 6)

Cuadro 5 Facturaciones farmacéuticas por segmento

PERIODO RECEPCIONADO	A.M.S.	A.S.E.	CONSORCIO	S.M.P.	A.M.P.S.	TOTAL	PROMEDIO
TRIMESTRE	IMPORTE FACTURADO POR FECHA DE RECEPCION						
ENERO/MARZO 2002	239.420	50.691	20.966	18.766	104.609	434.352	144.784
ABRIL/JUNIO 2002	201.658	53.251	40.702	24.727	136.595	456.943	152.314
RELACION PORCENTUAL	-15,77%	5,28%	94,13%	31,76%	30,58%	5,20%	5,20%

Fuente, Mutual SANCOR, 2002 Facturaciones correspondientes a los acreedores con domicilio en la provincia de Santa Fe.

Cuadro 6 Facturaciones farmacéuticas por segmento

PERIODO RECEPCIONADO	A.M.S.	A.S.E.	CONSORCIO	S.M.P.	A.M.P.S.	TOTAL	PROMEDIO
	IMPORTE FACTURADO POR FECHA DE RECEPCION						
may.01	218.704	15.657	21.006	5.146	31.416	291.929	291.929
may.02	146.911	9.651	19.792	9.036	44.071	229.361	229.361
RELACION PORCENTUAL	-32,87%	-38,36%	-6,78%	75,69%	40,28%	-21,43%	-21,43%
jun.01	210.960	30.322	25.415	9.592	48.479	324.658	324.658
jun.02	99.930	19.185	15.638	9.079	48.041	191.872	191.872
RELACION PORCENTUAL	-52,61%	-36,73%	-38,47%	-5,26%	-0,90%	-40,90%	-40,90%
jul.01	199.253	25.065	24.919	8.462	42.219	299.918	299.918
jul.02	212.927	25.301	43.690	14.056	57.596	353.670	353.670
RELACION PORCENTUAL	6,66%	0,94%	75,33%	66,11%	36,66%	17,92%	17,92%

Fuente, Mutual SANCOR, 2002

Y finalmente mostramos en el Cuadro 7 lo que corresponde a mayo/julio del año anterior con mayo/julio de este año, y vemos que hay una disminución del 15,45%.

Para concluir con algunos comentarios más cualitativos, digamos que uno de los mecanismos para medir la satisfacción del socio es conocer por qué egresan y hacemos encuestas para indagar las razones. La inmensa mayoría lo hicieron por razones económicas y en ningún caso por la implementación de este sistema. Esto nos alegra y vamos a insistir porque creemos que estamos en el camino adecuado, puesto que si hubiésemos seguido el aumento de precios y trasladado de esa cuota la cantidad de egresos hubiese sido mayor.

Cuadro 7 Facturaciones farmacéuticas por segmento

PERIODO RECEPTADO	A.M.S.	A.S.E.	CONSORCIO	S.M.P.	A.M.P.S.	TOTAL	PROMEDIO
	IMPORTE FACTURADO POR FECHA DE RECEPCION						
may 01	218.704	15.657	21.006	5.146	31.416	291.929	291.929
may 02	146.811	9.661	19.792	9.036	44.071	229.361	229.361
RELACION PORCENTUAL	-32,97%	-38,36%	-6,78%	76,68%	40,28%	-21,43%	-21,43%
Jun 01	210.860	30.322	25.416	9.692	48.478	324.668	324.668
Jun 02	95.900	19.185	15.636	9.078	48.041	151.872	151.872
RELACION PORCENTUAL	-42,61%	38,73%	-39,47%	6,26%	-0,90%	-48,90%	-48,90%
Jul 01	189.253	26.065	24.819	8.462	42.218	289.818	289.818
Jul 02	212.927	25.301	43.690	14.056	67.696	363.670	363.670
RELACION PORCENTUAL	6,36%	0,94%	76,33%	68,11%	36,66%	17,92%	17,92%

Fuente, Mutual SANCOR, 2002

Panel VIII

Listado Responsable de Medicamentos y Precio de Referencia

Coordinadora Farm. Silvia Brusa

A partir de los hechos sucedidos en diciembre del año pasado y como venimos tratando en estas jornadas, se derivaron bastantes cambios en el sector de salud con un aumento del gasto destinado a estas prestaciones, y ante la imposibilidad de las obras sociales de destinar mayores recursos hoy más que nunca se hace indispensable apelar a todas las estrategias disponibles que nos permitan hacer que el medicamento llegue al paciente, y por eso en esta mesa tenemos a disertantes que son expertos en la materia y que nos van a contar su experiencia en las distintas áreas

Integran esta mesa el Dr. Hugo Oteo, médico, especialista en pediatría y terapia intensiva, miembro de la Comisión de Medicamentos de COMRA desde 1986 hasta el año 2000, miembro titular de la Fundación CONAMED (Comisión Nacional de Medicamentos) desde el 2001, Coordinador de la Comisión Municipal de Medicamentos de la Secretaría de Salud Pública de Rosario, Asesor externo de medicamentos en IAPOS, Asesor de medicamentos del Colegio de Médicos de la provincia de Santa Fe 2. Circunscripción.

También integra esta mesa el Dr. Armando Reale cuyo currículum lo leímos en la mesa anterior; y el Dr. Rubén Roa, Gerente de Gestión Estratégica de la Superintendencia de Servicios de Salud, Magister en efectividad clínica por la Universidad de Harvard, postgrado en Terapia Familiar, postgrado en Economía de la Salud por la Universidad de York y Universidad Di Tella, postgrado en Medical Decision Making de la Universidad de Stanford, especialista en medicina familiar, profesor del Instituto Universitario ISALUD, profesor invitado de la escuela de medicina de Baylor, Houston, Texas.

Listado Responsable de Medicamentos y Precios de Referencia

Dr. Armando Reale

Hay distintos abordajes para mejorar la accesibilidad a los medicamentos. Así tenemos los instrumentos vinculados a la selección de principios activos, su ordenamiento según prioridades de financiación y la cober-

tura de protocolos más que de medicamentos, criterio que evita indicaciones adicionales a las aprobadas y facilita el uso del nombre genérico.

Una de las formas de intervenir en los precios, al menos para los grandes compradores, es fijar un **precio de referencia** sobre el que se calcula el monto fijo según el porcentaje que corresponda a la banda de cobertura, 100%, 80%, etc.

El **monto fijo** permite mantener un presupuesto estable y contribuye a la prescripción por genérico permitiendo reducir el copago a cargo del paciente.

El mecanismo que utilizamos para su determinación en el INSSJyP se favoreció por la información sobre las ventas ya que se venía de un acuerdo con la Industria Farmacéutica que hacía un aporte sobre ellas, con el propósito de mantener un listado abierto con regulación de altas.

Hay que utilizar una clasificación de principios activos y seleccionar la presentación. Luego se compara el promedio de precios por dosis por vez de los productos, con el promedio ponderado de los mismos. Si este promedio ponderado es menor, el PR es ese siempre que no supere el 40% de las ventas. Si fuera mayor es que se venden las marcas de mayor precio, por lo que hay que tomar como PR el mayor precio de los que sumados venden el 45% entre los baratos.

Tabla 1
Ejemplo en
base a
Ranitidina
150 mg.

PRODUCTO	PVP	x U	U VENT.	GASTOS	% VENT.	PR. 0,41 Gasto	Cobert 50%	
							0,41 / 2	O.S. Af.
ACIDEX x 50 (Synco)	39,48	0,75	1.000	790	0,07	400	0,205	0,585
FENDIBINA x 50 (Northia)	14,90	0,30	200	60	0,01	60	0,205	0,095
GASTROSEDOL x 60 (Bristol)	24,91	0,41	1.500	615	0,11	615	0,205	0,205
GASTROZAC x 60 (Klonal)	16,46	0,27	300	81	0,02	81	0,205	0,065
INSUFLEN x 50 (FADA)	17,50	0,35	100	35	0,007	35	0,205	0,145
GASTRIAL x 60 (Sanofi)	20,07	0,33	500	165	0,04	165	0,205	0,135
LUVIER x 60 (Casasco)	25,41	0,42	2.000	840	0,15	800	0,205	0,215
RANITIDINA x 50 (Lazar)	17,40	0,35	400	140	0,03	140	0,205	0,145
RANITIDINA x 60 (Millet)	21,63	0,36	500	180	0,04	80	0,205	0,155
RATICINA x 50 (Bernabo)	14,73	0,30	800	240	0,06	240	0,205	0,095
ROSIMOL x 50 (LaBinca)	20,53	0,41	1.000	410	0,07	410	0,205	0,205
TAURAL x 60 (Roemmers)	26,14	0,44	4.000	1.760	0,29	1.600	0,205	0,235
VIZERUL x 60 (MontPellier)	21,26	0,35	800	280	0,06	280	0,205	0,145
ZANTAC x 60 (Welcom)	32,68	0,54	600	324	0,04	240	0,205	0,335
		5,66 14 0,40	13.700 0,43	5.920		5.146		

Precio Ref. = 0,41 Economía = -774 = 13.07%
0,40

Tabla 2 Ejemplo en base a Ranitidina 150 mg.

PRODUCTO	PVP	O.S.	AF
ACIDEX x 50	39,48	10,25	29,23
FENDIBINA x 50	14,90	10,25	4,65
GASTROSEDOL x 60	24,91	12,30	12,60
GASTROZAC x 60	16,46	12,30	4,16
INSUFLEN x 50	17,50	10,25	7,25
GASTRIAL x 60	20,07	12,30	7,77
LUVIER x 60	25,41	12,30	13,11
RANITIDINA x 50 (LAZAR)	17,40	10,25	7,15
RANITIDINA x 60 (MILLET)	21,63	12,30	9,33
RATICINA x 50	14,73	10,25	4,48
ROSIMOL x 50	20,53	10,25	10,28
TAURAL x 60	26,14	12,30	13,84
VIZERUL x 60	21,26	12,30	8,96
ZANTAC x 60	32,68	12,30	20,38

En las columnas está el PVP, el valor por toma que evita la variable contenido, las unidades vendidas, los % de las ventas y el gasto. El PR de \$0,41 con lo que se produce, en este ejemplo, una economía del 13 %.

Puede observarse cómo funciona la cobertura al 50% en donde el financiador siempre paga la misma suma y el afiliado se ve favorecido según el PVP.

Tabla 3 Ejemplo en base a Ranitidina 150 mg.

Producto	LAB	DDD \$ DxV	Ventas	%	Gasto	%	PUP	Cobertura 50%	50% PR
1	A	2	50.000	6,2	10.000	2,2	2x10=20	10/10	20/0
2	B	5	10.000	12,5	50.000	11,0	5x10=50	25/25	25/25
3	C	5	20.000	25,0	100.000	26,4	5x10=50	25/25	25/25
4	C	7	10.000	12,5	70.000	15,4	7x12=84	42/42	25/59
5	D	4	20.000	25,0	80.000	17,6	4x10=40	20/20	25/15
6	E	8	10.000	12,5	80.000	17,6	8x10=80	40/40	25/55
7	F	9	5.000	6,2	45.000	10,0	9x10=90	45/45	25/65
				80.000			435.000		

$$P/L = \frac{41}{7} = \$ 5,9$$

$$P/P = \frac{435.000}{80.000} = \$ 5,4$$

Precio Referencia \$ 5 (68,7%)
5 x 10 = \$ 50

$$\text{Economía} = \frac{(80.000 \times \$ 5) - (\$ 435.000)}{2} = \$ 182.500 \text{ (19.178\%)}$$

En este otro ejemplo el PR es \$ 5 ya que no hay productos de \$ 5,40. Se aprecia también que los porcentajes entre ventas y gasto evidencian los comportamientos. Aquí la economía es cercana al 20%.

Hay que tener la precaución de tomar Laboratorios de alcance nacional y eventualmente entrar en negociación de precios para asegurar la presencia del medicamento en las estanterías de las farmacias. Si no tenemos los datos sobre las ventas hay que recurrir a otras formas de cálculo, dentro de las cuales el promedio es el menos recomendable.

AMLODIPINA 10mg. X 30

\$ 42,88	
\$ 43,74	Lab.Referencia a/c benef.= 15,24 / 3,84
\$ 46,93	
\$ 51,00	
\$ 51,16	
\$ 55,44	
\$ 56,70	Prom. Med.Lab.Ref =
\$ 57,96	Prom.1 = Prom.2= 59.37
\$ 62,11	
\$ 64,25	
\$ 64,37	
\$ 64,82	MF=50% PR= \$ 28,50
\$ 71,69	MF=70% PR= \$ 39,90
\$ 71,96	
\$ 74,91	
\$ 75,88	
\$ 94,24	

AMIODARONA 200 mg.

\$ 11,90/30= \$ 0,40	
\$ 36,05/40= \$ 0,90	→ suprimir o \$ 0,50 = PR 0,50x40 = \$ 20
\$ 23,03/50= \$ 0,46	Lab.Ref.
\$ 24,95/50= \$ 0,50	Prom.=0.52
\$ 29,43/50= \$ 0,59	
\$ 30,35/60= \$ 0,50	Lab.Ref. = P.Referencia = 0,50
\$ 31,14/60= \$ 0,52	

PVP	MF= 50% PR	a/c benef.
11.90	7.5	4.4
36.05	10.0	26.05
23.03	12.5	10.53
24.95	12.5	12.45
29.43	12.5	16.93
30.35	15.0	15.35
31.14	15.0	16.14

SALBUTAMOL AEROSOL 100ug. X200 DOSIS

\$ 17,95	+ 7%	Prom. \$47,50
\$ 20,82	+ 3%	
\$ 32,00	+ 5%	PR = \$19
\$ 47,46	+ 8%	
\$ 49,75		
\$ 117,11	+ 19%	

En este caso puede apreciarse el valor promedio que es muy superior al del Laboratorio tomado como referencia, por ser reconocido y tener presencia nacional. El PR podría ser éste o \$ 28,50 haciendo un promedio de estos dos montos.

Cuando hay distintas cantidades en las presentaciones hay que tomar el valor de la toma por vez, comprimido, medida, ampolla, etc. Podemos ver que el PR está en los envases de 30 comprimidos con un MF de \$ 7,50 .

Luego tenemos el caso del Salbutamol. El promedio es de \$ 47,50 , sin embargo el PR tendría que estar en los \$ 19 ya que hay dos Laboratorios importantes que serían los referentes y podrían concentrar ventas. Aquí es

donde entran los mecanismos de negociación y acuerdos complementarios a un convenio mayor

La visión desde la Superintendencia de Servicios de Salud

Dr. Rubén Roa

Introducción

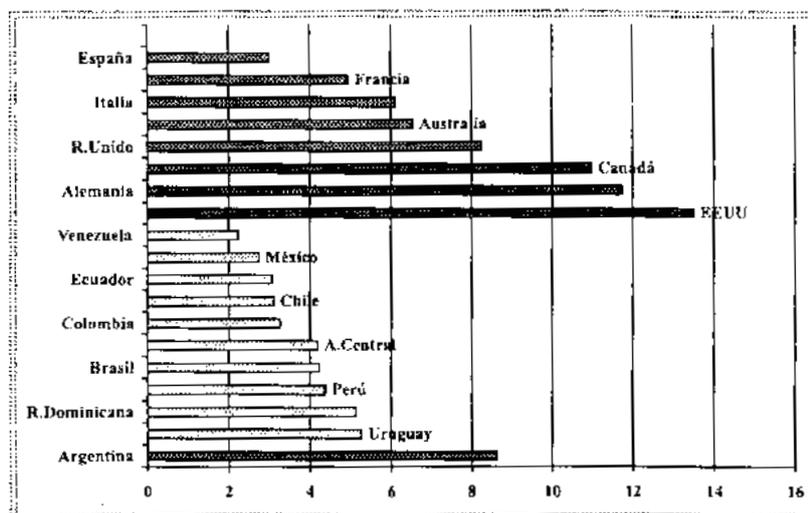
Creemos que este tema de precios de referencia es un tema bastante árido y bastante técnico, así que luego haremos algunos comentarios acerca de lo que hicimos. También queríamos contar un poco acerca de lo que trabajamos en nuestra política de medicamentos desde la Superintendencia de Servicios de Salud.

A nosotros nos cupo realizar el Programa Médico de Emergencia que tiene dos Anexos relacionados con medicamentos, un Anexo 3 que es un formulario terapéutico y un Anexo 4 que habla de precios de referencia.

El primer punto tiene que ver con una coherencia global respecto a la política que ha marcado el Sr. Ministro, y estábamos definiéndolo a través de una resolución que había, si bien ahora tenemos una ley sobre genéricos que ya apareció en el Boletín Oficial. Lo que marcamos en la Resolución 163 fue algo simple y sin embargo muy criticado, que era pedirles a los médicos que prescribieran el medicamento por su Denominación Común Internacional, y eso es lo que llamamos llamar a las cosas por su nombre. Es de hacer notar el nivel de desacuerdo y de confusión en el que estamos los argentinos, que pedirle a alguien que llame a las cosas por su nombre lleva a tantas discusiones mediáticas y a mezclar tantos temas, e incluso puede llevar a puntos de desencuentro entre grupos o sectores que debíamos estar trabajando en conjunto, y cuando decimos sectores trabajando en conjunto nos referimos no sólo a un gobierno, sino también a la industria farmacéutica y obviamente a la Confederación Farmacéutica con la cual tenemos la mejor de las relaciones.

Así que cuando hablamos de una política de medicamentos creemos que hay que ponerla en su justo lugar. Lo que tenemos es una ley de prescripción por genéricos, y es difícil y como médicos nos da vergüenza escuchar a otros médicos decir que no conocen el nombre verdadero del medicamento, y aparte en lo personal tenemos dudas de que no lo conozcan.

Gráfico 1 Comparación de precios medios a salida de droguería, 1997



Pero esto es una parte. Lo primero que hemos pedido es que las obras sociales adecuen sus contratos a la ley y que se acepten las recetas que aparezcan con la Denominación Común Internacional. Y en esto insistimos bastante. No son muchas las que lo han hecho todavía, están reformulando sus contratos y muchas tienen bastantes dificultades, y también uno sabe que la verdad a veces está en el medio.

Recién en otra mesa de este encuentro le preguntaban a María Inés Insaurralde quién tiene la culpa acerca de determinada cosa, y en estos temas a veces todos se echan la culpa en cuanto a quién es el responsable que una determinada política no se lleve adelante. Y esto también nos da pie para hablar del segundo tema de la política que implementamos en la Superintendencia, ya que nosotros elaboramos un formulario terapéutico, y este formulario fue realizado en base a determinados criterios.

Un criterio elemental es que el medicamento esté aprobado por la ANMAT. Esto es básico. Entonces cuando hablamos de esto hablamos de que en Argentina no hay medicamentos genéricos. Existen similares o innovaciones terapéuticas, pero no promovemos nada que no venga en un envase que tenga el sello de la ANMAT, la aprobación y los controles de calidad correspondientes.

Y si hay que hacer una autocrítica tenemos que decir que la ANMAT no cuenta todo lo que hace, por ejemplo que en el mes hizo 1.800 inspecciones y eso a veces nos hace dudar, pero no nos cuenta todo lo que está

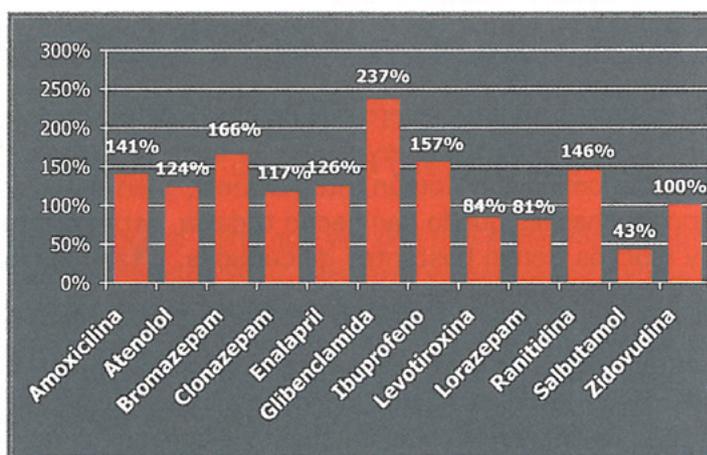
haciendo, y también debemos decir que quizás 1.800 no alcanzan, que acaso sea necesario duplicar o cuadruplicar estos esfuerzos.

El Formulario Terapéutico

Vamos a hablar de lo bueno y lo malo de lo que necesitamos para tener una política racional de medicamentos. Y comenzaremos por ver cómo armamos este formulario de medicamentos.

Usamos dos bases. Una fue el Formulario Terapéutico de la COMRA y la otra fue el Listado de Medicamentos Esenciales de la OMS. Pero solamente tomamos 204 principios activos.

Gráfico 2 Máxima dispersión del precio de medicamentos



Fuente: Roa, R. Superintendencia de Servicios de Salud. (2002)

Mientras trabajábamos hubo mucha gente de la industria farmacéutica que ha pasado por nuestras oficinas, mas allá de estas cuestiones de guerras mediáticas y ha brindado su colaboración. Porque a nosotros no nos alcanza con que un medicamento esté aprobado por la ANMAT. No nos alcanza con que nos digan que el medicamento es seguro e inocuo. Lo que necesitamos saber es si hay efectividad clínica comprobada, es decir si este medicamento realmente provoca un cambio en la salud de nuestros pacientes, ya que apuntamos a basar el Formulario Terapéutico en la medicina basada en evidencia, y a partir de esto tenemos un grupo de evaluación de tecnología que evalúa cada uno de los medicamentos, y decide si tal o cual medicamento más allá que esté aprobado por la ANMAT, corresponde o no que sea financiado por la seguridad social. Porque una cosa es que se pueda vender en el mercado y otra que la seguridad social tenga que financiarlo.

Y en realidad a nosotros nos gustaría que las dos cosas se parecieran y pudieran confluir, no solamente la eficacia sino también la efectividad, y un tercer elemento es que a veces algo puede ser muy efectivo pero no necesariamente costo-efectivo. Y cuando hablamos de esto hablamos de distintas formas de análisis. Podemos hablar de costo-minimización en evaluaciones económicas, y esto quiere decir que si por ejemplo tenemos 20 enalapriles y elegimos el enalapril de 10 mg por 20 comprimidos que nos sale más barato, esto es costo-minimización. Pero también se puede hablar con otro criterio al cual queremos acercarnos que es el de costo-efectividad, donde a veces el medicamento en sí mismo no es el más barato del mercado pero tiene algunas externalidades que hacen que en definitiva termine siendo más barato. Externalidades que tienen que ver por ejemplo con que su uso ambulatorio disminuye el número de internaciones. O sea que en definitiva por más que el costo del medicamento tenga un precio más alto, en el mediano y largo plazo el costo en el sistema es mucho menor.

El Formulario está hecho a través de bandas terapéuticas que intentan cubrir al menos el 95% de los problemas ambulatorios, y éste es el Anexo 3 del PMO.

Vamos a comentar lo que pensamos de este Anexo: en primer lugar tenemos demasiados formularios terapéuticos en Argentina y no tenemos uno nacional, mas allá que llamemos así al de la COMRA. Si entramos en la página de la Organización Mundial de la Salud se puede ver con mucho desagrado la cantidad de países que cuentan con formularios nacionales, y realmente es muy molesto no ver a Argentina entre ellos. Creemos que vamos a tener que trabajar en un Formulario Terapéutico Nacional que tenga en cuenta varios de estos criterios, no solamente la eficacia, la seguridad y la inocuidad, sino la efectividad clínica, el costo-efectividad de cada uno de los medicamentos entre otras cosas y que pueda ser consensuado por todos los actores, todas las provincias y todos los integrantes del sector.

También queremos comentar que tenemos por fin una metodología para los laboratorios que quieran incluir una droga o un determinado medicamento en el Formulario Terapéutico: van a tener que llenar un formulario en el que tendrán que demostrar a través de bibliografía una efectividad clínica superior a aquellos medicamentos que existen ya en el mercado, aparte de estar aprobados por la ANMAT, y que a su vez cuando existan estos medicamentos, nos permita efectuar evaluaciones de costo-efectividad y económicas para poder elegir las mejores opciones.

Así que hablamos de un documento dinámico. Pero lo más importante es que en la medida que esto sea un acto resolutorio y normativo vamos a salir de la discrecionalidad de un funcionario, del hecho de que uno tenga la posibilidad de elegir a dedo qué entra y que no, porque esto es algo donde tenemos que empezar a defender lo que es la transparencia, y no solamente hablar de transparencia sino ejercerla. Y en esto queremos dejar esta normativa para que en adelante cualquiera que quiera incluir o sacar algo de un Formulario Terapéutico tenga que hacerlo a través de un paper y no de un sobre. Esto obviamente incluye otras tecnologías ya que se trata de dos normas diferentes: una para las tecnologías en general y otra en particular para medicamentos.

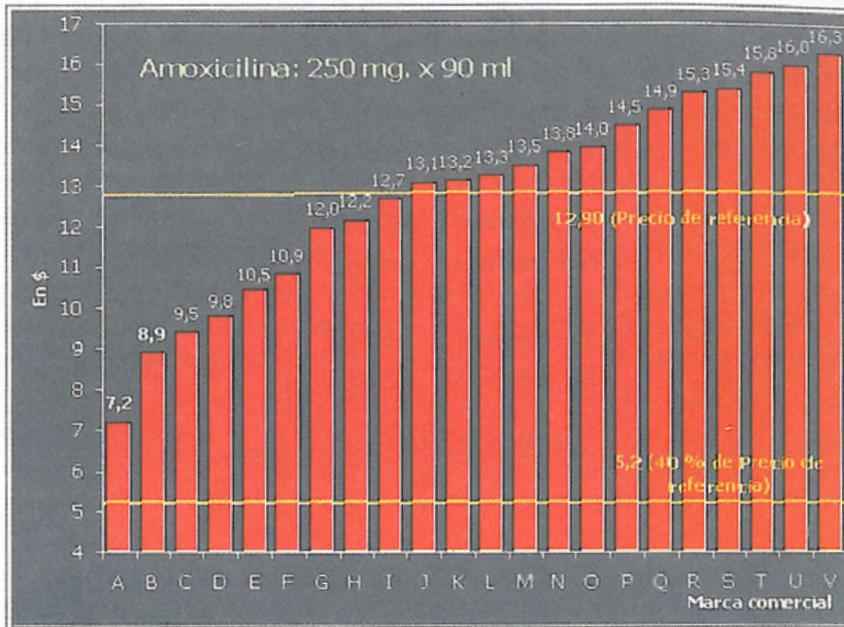
Y creemos que esto va a ayudar a todos a poder transparentar distintas situaciones de nuestra función, ya que nuestro tiempo dentro del gobierno a nadie le es ajeno que es limitado, pero creemos que son los que estarán y siempre estuvieron los que van a tener estos derechos que tienen que ser derechos adquiridos y defendidos por el conjunto de la sociedad, en tanto que a nosotros simplemente nos toca hoy estar en la función pública. Así como es responsabilidad de todos defender el derecho que se han ganado y que nunca debieron haber perdido los farmacéuticos, de ser agentes de salud y no simples expendedores. Y creemos que esto es muy fuerte ya que empezamos a hablar que son también responsables de la salud de la población y no simples expendedores de un determinado bien, y esto es muy importante porque implica que también van a tener que participar de estas conversaciones y formar parte de este tipo de discusiones que queremos llevar adelante. Y obviamente van a participar, nosotros empezamos ya a mediados de octubre quizás lo que podríamos llamar la segunda fase del diálogo argentino donde vamos a discutir el "PMO definitivo", y lo decimos entre comillas porque nunca va a haber uno definitivo porque el avance de la ciencia y los cambios del mercado van a ser que esto varíe y sea un elemento dinámico.

Los precios de referencia

Por último queremos comentarles el tema de los precios de referencia. Hay un par de cosas nuevas en el actual PMO. Los anteriores PMO hablaban de una cobertura de un 40% en medicamentos y un 100% para otros determinados. Lo que hicimos en el Formulario Terapéutico es decir qué medicamentos cubrimos, vale decir el mínimo de medicamentos que está obligada a cubrir la seguridad social. Pero le incluimos otro elemento que es el precio de referencia y hay 16 formas para calcularlo. El Dr. Reale

planteó 3, pero hay 16 que descubrimos y calculamos que debe haber muchas más.

Gráfico 3 Precio de Referencia



Fuente : Roa, R, *Superintendencia de Servicios de Salud, en base al Manual Farmacéutico (2002)*

Nuestro precio de referencia está hecho de la siguiente manera: tomamos el enalapril por 10 mg por 30 comprimidos, tomamos el precio de todos los productos que existen en el mercado y sacamos la media, ese es el precio de referencia y la seguridad social está obligada a cubrir el 40% de ese precio de referencia.

Pero además hay otras formas de sacarlo. Es muy difícil discutir con el Dr. Reale porque sabe mucho mas que yo en este tema, pero si bien habíamos planteado distintas alternativas, en definitiva terminamos adoptando la que decidió el Ministro como si fuera nuestro jefe, quien decidió que fuera la media. Aclaramos que en algún momento nos planteábamos utilizar en lugar de la media aritmética que es el promedio, a otra función que es la mediana, si bien éstas son cuestiones bastantes técnicas. En realidad si bien la mediana podía ayudar a disminuir el gasto de bolsillo de la gente, el Ministro entendía que era necesario traccionar el costo de los medicamentos y aplicar una política utilizando la media.

Cuadro 1 Ahorro en el gasto en medicamentos

		Sin cobertura	Con cobertura del 40%
Individuo adulto con hipertensión arterial e hipercolesterolemia Tratamiento: Enalapril + Simvastatina + Furosemida			
Opción de mayor costo		\$143,1	\$85,8
Opción de menor costo		\$57,9	\$34,7
Opción más vendida		\$121,0	\$72,6
Ahorro anual respecto del más caro	Sin cobertura	\$1.023	 147%
	Con cobertura	\$613	
Ahorro anual respecto del más vendido	Sin cobertura	\$757	 109%
	Con cobertura	\$454	

Fuente : Roa, R, Superintendencia de Servicios de Salud, 2002

Evidentemente hay algunas cosas que se cumplieron, cuando vemos los resultados de estas políticas cuando se implementaron en otros países, vemos que los medicamentos más conocidos empiezan a bajar de precio y los menos conocidos a aumentar el precio acercándose todos al precio de referencia. Y esto nos hace pensar que otra vez vamos a tener que sentarnos con Armando Reale a discutir, a pensar y a ver si todavía es válido lo que discutíamos en marzo o abril, porque ahora se puede mirar lo que está pasando y elegir otras formas. No estamos dando ninguna afirmación, sino simplemente diciendo que se pueden explorar las distintas formas: por ejemplo podemos cubrir por droga 10 mg X 30 comprimidos, sacar la media y éste es el precio de referencia. O lo podemos cubrir por clase terapéutica, podemos decir que vamos a cubrir en base al enalapril y si aparece el Nisilopril mi precio de referencia es el enalapril. Esto pasa en los Países Bajos donde es muy común. O bien otra variante que no está usada en ningún lugar del mundo pero los españoles hablan mucho de eso, es por clase terapéutica, que si bien no se usa ellos dicen: los antihipertensivos cubrimos hasta acá.....pero esto permite anclar y permite mantener a los financiadores y tener un universo previsible con los genéricos.

Vamos a volver a discutir el tema de precio de referencia, pero no queremos dejar de decir dos cosas, aprovechando que estamos todos en

este encuentro. Creemos que la industria farmacéutica tiene una responsabilidad muy importante, en realidad mas allá de esta pirotecnia que tenemos hoy, creemos que en la industria farmacéutica trabajan argentinos, independientemente de que hablemos de laboratorios nacionales o extranjeros, son puestos de trabajo argentinos. Lo que decimos, lo que queremos es que los medicamentos sean accesibles, nos encantaría poder pagar cualquier precio y que la gente pudiera pagarlo y que no tuviéramos que estar haciendo esto. Si tuviéramos todo el dinero del mundo la política no sería necesaria, pero es necesaria porque no lo tenemos y entonces tenemos que dejar de pensar en la forma en que vinimos pensando en los últimos doce años, en un Estado desertor. El Estado tiene que involucrarse en estos temas, sobre todo cuando se trata de un bien social como son los medicamentos. Realmente queremos que la industria farmacéutica pueda crecer, y esto significa que la gente pueda comprar su medicamento y que pueda comprar los medicamentos con la mejor calidad, y no medicamentos que estén hechos en un garage de algún pueblo de alguna provincia, sino que tengan todo el aval y toda la fuerza que merece la ANMAT, y queremos cobrarle impuestos por estas ventas, es un círculo virtuoso, el mantener trabajo de puestos que son argentinos.

Muchas veces hablamos de laboratorios multinacionales, cuando en realidad el único extranjero es el gerente general. Acabemos con algunos mitos de las guerras. También queda claro la irresponsabilidad que hemos tenido y que seguimos teniendo los médicos al prescribir, y queda claro también que nos siguen asustando con temas como la responsabilidad legal o que el farmacéutico no puede sustituir, como si nosotros hubiéramos estudiado más farmacología que el farmacéutico, esto lo digo como médico. Y empezar a financiar realmente aquello que sea financiable y a costos que sean aceptables para la sociedad.

No podemos financiar todo desafortunadamente. Nos encantaría financiar todo, pero algo que se había dicho antes aquí es que la situación no es muy distinta a la de diciembre, y recordemos que hoy es 21 de septiembre, y que aparte de ser el día de la primavera hace nueve meses que vivimos una situación violenta, explosiva que llenó de muerte a nuestro país y que las situaciones políticas y sociales que existían ese día no han desaparecido, se mantienen latentes y necesitamos responsabilidad de todos los sectores para poder sentarnos en una mesa, negociar, hablar, ceder, discutir y dialogar. Porque si no, no hay salida posible y por eso instamos a todos a participar del diálogo argentino.

Y mirando casos concretos, María Inés Insaurralde había comentado

que el enanismo está cubierto, pero también queremos discutir estas cosas, por ejemplo ¿tenemos que cubrir allí el Interferon? Mas allá de toda esta discusión que tenemos sobre los genéricos ¿tenemos que cubrir Interferon cuando un país como Gran Bretaña decidió en marzo que la seguridad social no lo va a cubrir por falta de efectividad? Y este tipo de cosas queremos que las discutamos, que se demuestre con papers que hay efectividad clínica, porque un medicamento del mismo tipo sale cuatro mil pesos y el otro once mil pesos, entonces queremos saberlo y nos gustaría sentarlos y que nos lo contaran.

Queremos que empecemos a pensar que cuando tratamos a alguien con hormona de crecimiento no es solamente el costo de la hormona de crecimiento, por nosotros puede salir 200 pesos o 3.000 pesos, lo real es que nosotros sabemos acorde a la evidencia que existe que los pacientes con deficiencia hipofisaria tratados con hormonas de crecimiento pueden crecer entre 2,5 cm a 7,5 cm más, pero pueden retrasar su desarrollo puberal y llevado a dinero, el costo en la Argentina es de 33.000 dólares por cada centímetro que se gane. Y la pregunta es si podemos afrontarlo. Y esto lo digo desde una medida, mis medidas personales no son muy grandes así que tenemos autoridad moral como para hablar del tema.

Reflexiones finales

Por último deseamos invitar a la industria farmacéutica, a acomodar su oferta, acomodarla no solamente en términos de ofrecernos los medicamentos más efectivos sino también que nos dejen de ofrecer comprimidos por 16, cuando los tratamientos son por 21, que por favor utilicen los calendarios mensuales y no los lunares en lo posible. Es bueno para nosotros tener comprimidos por 30 días y no por 28. Hay algunas cuestiones que son elementales y esto tiene que ver con el Anexo IV donde estamos hablando de formas farmacéuticas. Queremos cubrir antihipertensivos que nos den la seguridad que la gente pueda tenerlos por 90 días porque no es solamente el costo de ese medicamento, es el costo que le implica al sistema la consulta a la que tiene que ir mes a mes a que le repitan simplemente la receta, y esto se paga en otro lugar del sistema.

Queremos agradecer a todos los farmacéuticos que organizaron y participaron de estas Jornadas, y esperamos que puedan defender firmemente el lugar que alguna vez los argentinos le quitamos, el lugar de verdaderos protagonistas y actores como agentes de salud, no simples expende-

dores detrás de un mostrador. Y que se sientan partícipes de un proyecto de salud que tenemos que construir, donde el medicamento es uno de los tantos elementos esenciales de una política que todavía los argentinos no hemos podido construir, y esperamos poder trabajar con mucha voluntad en esto, que tengamos voluntad para el diálogo y que entendamos que en el trabajo, bien tanpreciado hoy, todos comprendan que como decía Santiago de Melo: “el trabajo no es el precio que se paga por ser hombre, sino un modo de amar y de ayudar al mundo a ser mejor”. Esperamos que pueda entenderse así y podamos dar algo grande, ya no para nuestros hijos sino para nosotros mismos, porque creemos que todavía estamos a tiempo.

Listado responsable de medicamentos

Dr. Hugo Oteo

Conceptos iniciales sobre los formularios terapéuticos

Agradecemos la invitación del Colegio de Farmacéuticos de la 1ª Circunscripción de Santa Fe para estar compartiendo esta mesa y estas Jornadas, e intentaremos teorizar sobre un Listado Responsable de Medicamentos o Listado Terapéutico.

Creemos que la denominación **Listado Responsable** es la que califica mejor a estos listados. Los objetivos generales de una política nacional de medicamentos según la OMS se orientan a lograr que drogas efectivas, seguras y de bajo costo estén disponibles y accesibles para satisfacer las necesidades de toda la población. Y en este tema se van a repetir permanentemente las palabras eficacia, seguridad y costo. Son los tres pilares en los que se debe basar un Listado Responsable de Medicamentos, que hacen que sea una herramienta más que importante ante la necesidad de cualquier sistema de salud de poder costear el uso del medicamento, y que éste sea accesible para la población.

En segundo lugar la OMS dice que se debe garantizar que estas drogas sean de buena calidad y se empleen racionalmente. En cuanto a lo primero, se supone que el tema de la buena calidad debe estar asegurado por los Estados en su función de regulación y a través de sus entidades reguladoras, y en cuanto a lo segundo, decimos que para que se empleen

racionalmente es importante la participación especial del Listado y cómo se usa el mismo. Por eso es frecuente ver que un buen formulario terapéutico no asegura racionalidad en el uso, justamente porque el listado terapéutico es sólo la herramienta con la que hay que actuar para ir manejando todas las situaciones de conflicto entre la prescripción seria y la desordenada, con fundamento técnico científico y sin ninguna razón de necesidad. Por lo tanto la racionalidad debe estar acompañando al formulario en todas las situaciones y medidas que más adelante veremos.

No obstante, esta aspiración de la OMS no es muy real en la práctica. Por ejemplo si miramos el mercado de medicamentos a nivel internacional entre 1993 y 1999, podremos observar que:

- En América del Norte, o sea Estados Unidos y Canadá, en el año '93 se gastaba U\$S 78.000 millones, y en el '99 U\$S 135.000 millones, y sobre una población de 303 millones de habitantes el gasto per cápita ese año fue de U\$s 445.
- En Europa ese gasto es de U\$s 146 por cápita y por año.
- En Japón, que también tiene un gasto alto, es de U\$s 338 por año.
- En América Latina puede verse que el gasto es de U\$s 40, y en África y Asia y el gasto anual per cápita en medicamentos es de U\$s 6 al año.

Ahí se ven las tremendas diferencias de posibilidades de acceder al medicamento que hay entre los distintos países del mundo. Y hay que considerar que aún en los casos que muestran un gasto elevado como en Estados Unidos y Canadá, o concretamente Estados Unidos, también hay grandes sectores de personas indigentes que no acceden al medicamento. Es decir que ese promedio de U\$s 445 al año y por persona no es real, porque algunos gastan U\$S 700 o U\$S 800 y otros no pueden acceder siquiera a un gasto de un dólar en medicamentos.

Entonces cuando se escucha hablar o se lee en los medios la situación de África y Asia con un gasto per cápita de U\$s 6 anuales, puede comprenderse que este holocausto que causa hoy el HIV en realidad no es sólo por el HIV, sino que está dado por un montón de enfermedades tropicales, parasitarias, etc. que no tienen tanta trascendencia política como el SIDA pero que igual diezman a las poblaciones desde hace años. Y lo más triste es que hay muchísimas moléculas desarrolladas por la industria farmacéutica que tienen utilidad comprobada en tratar patologías que afectan a estos pobla-

dores de África y Asia, pero esas moléculas no se producen porque no serían rentables. De esto está lleno de ejemplos y se podría citar la florinitina que se usa en la enfermedad del sueño. Entonces esta circunstancia que ahora aparece permanentemente en el debate o en los medios por el tema de la enfermedad por HIV, es una realidad por un montón de otras enfermedades.

Vamos a ir al origen de un formulario terapéutico, y el original, el primero fue el Listado de Medicamentos Esenciales de la OMS. Ahí se convocó a un grupo de expertos que decidieron que había que hacer un listado de medicamentos que sirviera para la población y evitara comprar presupuestariamente medicamentos ineficaces que en definitiva no le resultarían de utilidad a la gente, además de ser riesgosos e inservibles. Y de ahí nace el primer Listado de Medicamentos Esenciales de la OMS, que es el modelo con distintas variantes y estrategias de su armonización para todos los formularios terapéuticos que pueda haber en el mundo, o para las distintas variantes tales como las listas positivas, las negativas o con formularios de listado único, de columna múltiple, etc.

Sin lugar a dudas, esos expertos de la OMS tuvieron en consideración la oferta de medicamentos y la demanda.

La demanda está dada por la morbilidad, por todas las patologías que pueden afectar al ser humano y por las situaciones especiales que tienen que ver con las necesidades preventivas. Y en estas circunstancias no se está actuando bien en el mundo, porque muchas veces las necesidades preventivas no están puestas al servicio de evitar o disminuir la morbilidad. Esta es una situación que ha dado y da pie a discusiones entre todos quienes están es este tema, porque es muy difícil administrar los recursos para todo, y es necesario elegir u optar entre una u otra opción ante muchísimas situaciones concretas. Y cuando se adopta una decisión optando entre alternativas diversas, es factible que se cometan equivocaciones o no se dimensionen adecuadamente la necesidad del gasto en una u otra opción posible.

Evidentemente si hay una oferta de medicamentos y una demanda dada por la morbilidad, a la que se suman a veces situaciones especiales, entonces debe haber una política de selección basada en los pilares que mencionamos antes, que son la eficacia, la seguridad y el costo. Y este último tema del costo es muy necesario tenerlo en cuenta, pero desgraciadamente nadie lo tiene en cuenta. No obstante, cuando miramos revistas calificadas de medicamentos o de las distintas especialidades médicas extranjeras, en ninguna de ellas falta nunca la relación de costo entre usar una u otra molécula, o alternativas de primera o segunda línea.

Pero luego en la práctica aparentemente nada tiene importancia en cuanto al costo. Da lo mismo tratar una diabetes con una sulfonilurea que vale \$20 que darle otro que vale \$200. No se mide costo-eficacia y costo-beneficio que es lo que en realidad tendría que dar los números para darle a los pacientes la posibilidad de optar en medicamentos.

Selección de medicamentos

Luego está otro tema importante, que es la selección del medicamento, tratando de separar aquellos ineficaces y riesgosos. Es inaceptable que un producto sin beneficio evidente y con desventajas reales o potenciales esté en un listado, y esto pasa en muchos países, y no es menos real en nuestro país porque nuestro listado de medicinas es terriblemente grande. Hay moléculas y formas farmacéuticas que no resisten el menor análisis, y esto último aún cuando la molécula es a lo mejor útil. Es necesario entonces seleccionar y regular. Porque guste o no, el mercado del medicamento debe estar regulado. No hay posibilidad de manejar medicamentos si no es por medio de regulaciones, que incluso cada vez sean más importantes y más supervisadas, para que no se escape ningún detalle de todas las cosas de las que han estado hablando los expositores previos.

Y aún en la instancia en que ya quedan los útiles, aún allí se deben seleccionar también. Y cuando se trata de productos que involucran una nueva molécula, hay que determinar que no sea superflua porque no agrega nada a las posibilidades, ya que en la mayoría de los casos trata de un producto seudoinnovador. Todo esto forma parte de la discusión entre los estrategas que hacen formularios, si esto se incluye o no, pero que lo insertable no debe estar no cabe la menor duda.

Y en relación a todo esto siempre nos gusta citar lo siguiente respecto a la tan mentada "libertad de prescripción", que dice al respecto "no ha sido nunca tal, sino más bien una licencia para ignorar consideraciones de beneficio, riesgo, recursos y costos". Esa es la libertad de prescripción que la industria permanentemente dice que debemos tener los médicos, se preocupan muchísimo por nosotros y muchas sociedades científicas médicas también repiten esto de la libertad de prescripción.

Rubén Roa hablaba recién del caso de los interferones. No sabemos si dentro de 5 años se concluirá definitivamente si sirvieron o no para la esclerosis múltiple, pero si hay una realidad ahora es que cuando se leen los consensos de la Sociedad de Neurología, dicen que al paciente hay que ofrecerle las dos moléculas pese a que en general se coincide en las últimas

revisiones que al interferon Alfa1B sería mejor que el Alfa1A. No obstante hay que dar las dos porque los cautivos hay que seguir teniéndolos. Pero entre las dos marcas comerciales de los 1A hay \$4.000 de diferencia por mes de tratamiento. Entonces ¿cómo hacen en este tipo de situaciones para presionar al financiador, ya sea una obra social, el Estado o directamente el paciente, y hacerle gastar \$4000 más por la diferencia de una maca comercial? Allí empiezan los artilugios, y hasta tienen abogados para “prestarle” a los pacientes para que hagan recursos de amparo. Cuando vamos a hablar con la verdad en la mano con las sociedades científicas, nos encontramos con que no ofrecen la solución que tendrían que ofrecer. Porque tendrían que decirnos que tenemos razón, que esa marca comercial no la van a prescribir más porque son \$4000 de diferencia por mes en costo de tratamiento, que podrían utilizarse en beneficio de otros pacientes, hasta que veamos si los interferones sirven o no para esclerosis múltiple.

Eficacia y seguridad del medicamento.

Los obstáculos son la multiplicidad de fármacos y la aparición excesiva de nuevos medicamentos que conducen a una información parcial, no objetiva y con difícil actualización, y esto también tiene que ver con el hecho de la mala prescripción porque nadie tiene la posibilidad de conocer tantas novedades terapéuticas a la velocidad que van apareciendo incluso dentro de su misma especialidad. Entonces esto hace que estas novedades terapéuticas son tiradas a la mesa del profesional e impulsados a seguirlas, induciendo cambios y vuelcos terapéuticos, y de experiencias de ese tipo estamos llenos. Citaremos una o dos que hacen y demuestran la importancia que tiene la industria a través de los formadores de opinión para hacernos cambiar a los profesionales médicos, lo que pensamos acerca de una u otra cosa.

Por ejemplo con la aparición de los macrólidos nuevos hace alrededor de 10 años. recordamos que en una reunión de COMRA discutíamos si incorporábamos la claritromicina en el Formulario Terapéutico para el tratamiento del M. Avium en el HIV. Salió la claritromicina y nosotros nos resistimos a incorporarlo en el Formulario COMRA durante mucho tiempo, empezó a usarse y por supuesto que la claritromicina, como los otros macrólidos nuevos que salieron, hicieron un boom de ventas superando a los betalactámicos, pero toda la intencionalidad de los formadores de opinión fue hacernos creer que los gérmenes atípicos convivían con nosotros en todos lados, diríamos que estaban arriba de nuestra cabeza, y a partir de ese momento todos nos enfermábamos de chlamydia y micoplasma... entonces toda la prevalencia de tratamiento pasó a hacerse con macrólidos de nueva generación. Y si bien la claritromicina en el Reino Unido la usan para hacer tratamiento de la

neumonía adquirida en la comunidad con una dosis cada 12 horas, acá es dejada de lado porque nos vendieron el verso de los gérmenes atípicos y de que hay que usar los macrólidos nuevos por compliance del enfermo. La verdad es que la compliance es casi \$100 de tratamiento en una semana con una claritomicina de 500mg.

Diseminación de la información científica y farmacovigilancia

La premisa de la velocidad en la información científica posibilita las regulaciones oficiales que realiza la ANMAT y las que se realizan a través de la Superintendencia de Servicios de Salud. Y otro tema importante es que hay que impulsar la farmacovigilancia.

En nuestro país prácticamente no tenemos registros de farmacovigilancia. A nivel nacional casi todos los retiros de moléculas del mercado, o cambios en la prescripción o advertencias de uso, etc., responden a noticias de farmacovigilancia de otros países. No nos han enseñado la gimnasia de la farmacovigilancia, y realmente hay que impulsar su desarrollo porque tiene mucha utilidad. Creemos que cada país debe tener registros de farmacovigilancia. Mas allá que las bases de datos internacionales sirvan a todos, hay que tener en cuenta que hay países o regiones de cada país que pueden tener circunstancias particulares por hábitos alimenticios, climáticos, etc., que hacen que una situación de farmacovigilancia sea distinta en esa región o en ese país respecto al resto del mundo.

La utilización de un formulario terapéutico va a posibilitar cuando ya no estén todos los excesos de drogas inservibles, que se implementen y viabilicen normas de tratamiento, y esas normas son buenas prácticas prescriptivas. En general a los profesionales les aterra hablar de normas de tratamiento. Dicen "¿quién nos va a venir a normatizar si sabemos muchísimo?". Nadie dice que no sepan, pero lo que se pretende es que haya una línea pareja de tratamiento.

El año pasado, en el Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica se publicaron en el Boletín Oficial todos los protocolos oncológicos para Argentina, y se dio un plazo de 60 días para que las sociedades científicas expusieran, impugnaran, modificaran y mejoraran esos protocolos oncohematológicos. Pero los protocolos no llegaron a durar 60 días, porque las sociedades científicas los tumbaron a todos. Nosotros los revisamos con gente experta y muy idónea en oncohematología, y hubo coincidencia en que eran protocolos mejorables, pero buenos y aceptables. Ese grupo que tumbó esos protocolos lo hizo apenas reunidos en un café y jugando al

pool, y de no ser por eso toda la República Argentina hubiera tenido las mejores guías de tratamientos oncohematológicos para todo este tipo de patologías. Para ellos pareciera que lo mejor fue tumbarlas porque todas estas drogas que usan en fase 2 en investigación donde no demostraron eficacia, las usan luego en el consultorio privado con el paciente, las financia la obra social y nadie se entera que no sirven ni para la comunidad científica ni para nada. Obviamente, con los protocolos en vigencia hubieran tenido que dejar esas prácticas.

Acá realmente se necesita mucha fuerza, mucha situación de poder aparte de diálogo, para tratar de impulsar y lograr acuerdos y regulaciones que deban ser cumplimentadas de otra manera.

Lograr un adecuado conocimiento de los fármacos posibilita el mejor uso de los mismos. El empleo de medicamentos de eficacia probada, relativamente inocuos y suficientemente conocidos posibilita descartar la utilización de drogas análogas o similares sin ventaja definida y a mayor costo.

Tenemos también drogas subóptimas con relación beneficio-riesgo bajo. Pero además hay drogas que no tienen siquiera un lugar en la terapéutica porque no tienen ni eficacia comprobada, realmente la eficacia está relacionada a un hecho menor que no soluciona ningún problema de salud serio del paciente. Son drogas no útiles sin evidencia verdadera comprobada con acción terapéutica.

Los formularios no nacieron sólo bajo el signo "pesos". Y si bien ese signo le llamó la atención a quienes hicieron los listados de la OMS, fue porque no querían gastar plata en cosas inútiles, sino en cosas que solucionarían los problemas de los pacientes en las enfermedades que los afectaban. Entonces no compraban jarabe para la tos, pero sí compraban antiparasitarios serios. Cuando hablamos de listados responsables no hablamos en relación al tema de la economía, el tema de la economía es secundario porque primero está la racionalidad del uso del fármaco para encontrar la mayor eficacia y seguridad para el paciente.

Complementariamente a los listados responsables, la elaboración de normas de tratamiento posibilita desestimar la escasa sistematización de tratamientos, utilizar guías terapéuticas con opciones de tratamiento avaladas y evitar los vuelcos terapéuticos irracionales.

No daremos muchos ejemplos en mérito al tiempo, pero esto pasó

con la carbamazepina y oxycarbamazepina. Hay muchos ejemplos donde cuando sale una nueva molécula reemplaza a la anterior. Y esto mismo pasó con la teta de la mamá. En la década del '60 los formadores de opinión junto con la aparición de la fórmulas lácteas infantiles en Estados Unidos, modificaron la creencia y sabiduría biológica, sacaron a los chicos del lado de la madre y los metieron en la nursery y les dieron la mamadera con leche heteróloga. Y eso lo logró la industria dando ese mensaje, y resultó que aparentemente era mejor una enfermera dándole la mamadera que la madre dándole la teta. Y eso cambió la racionalidad.

Otro ejemplo podemos tomarlo de una actualización del 2000 de Micromedics, un sistema de base de datos, y es el tratamiento de la diabetes tipo II. Para un paciente con diabetes mellitus tipo II, recién diagnosticada, etc, empiezan con sulfonilurea o metformina. Estos agentes son igualmente efectivos y más potentes que otros agentes disponibles. Si el costo es una consideración importante, una sulfonilurea sería preferible, mientras que la metformina sería de elección en pacientes con sobrepeso ya que no produce aumento de peso. Pero cuando en un segundo paso, si los niveles aceptables de glucemia no son alcanzados con un solo agente, se inicia terapia combinada y una sulfonilurea y una metformina ya es el régimen más común y se usan las dos. Y el punto tres dice que cuando esto no da resultado se agrega insulina nocturna al acostarse. Esa es la última actualización de diabetes mellitus tipo II hecha y aceptada internacionalmente.

No decimos que todos los pacientes con esa enfermedad entren en esto, pero seguramente algún porcentaje mayoritario sí, y para evaluar las posibilidades de otros pacientes que tengan inconvenientes con alguna de estas drogas están las circunstancias que deben sopesarse clínicamente para definir qué tratamiento es el más adecuado al caso. Pero es sencillo y se está hablando de una sulfonilurea de vieja generación y de la metformina y la insulina como alternativas. Nada que ver con todas las drogas nuevas propuestas en diabetes mellitus, y esto es del 2000.

Los Formularios Terapéuticos

Reiteramos que los formularios terapéuticos son listados restringidos de fármacos. Son restringidos en base a que sean eficaces, seguros y de menor costo, o sea en base a hechos técnicos y científicos avalados que hacen a la mejoría del listado. Y resumiendo, creemos que con un Formulario Terapéutico Nacional, las consecuencias van a ser una mejor prescripción, una racionalización del presupuesto y una disminución de los costos, ade-

más de facilitar los procedimientos administrativos y mejorar la dispensa. Esos son los beneficios que otorga un formulario terapéutico.

El sistema de formulario tiene un mecanismo de armado, donde el objetivo es racionalizar y producir la adquisición, selección, almacenamiento y utilización de medicamentos útiles. Ésta es la restricción. En cuanto a su estructura técnica, hay muchas formas de armar un formulario terapéutico pero no hay forma de armarlo por nombres de fantasía, como en algunas obras sociales donde no se cita por el nombre de la droga. Tiene que existir el nombre de la droga, de la molécula.

Los formularios pueden ser de columna única como se lo llama al de la OMS, o pueden ser de columnas con alternativas como el Formulario Nacional Británico, etc.

En Argentina, cuando trabajábamos para la COMRA, hicimos siempre el listado de columna única, y ahora que estamos en CONAMED hicimos el formulario de columna única, básica, a la izquierda, como formulario de base, y alternativas terapéuticas que tienen que ver con las familias. No es que hayan drogas que no tienen que estar, pero vamos a suponer que si en el formulario de columna única está el enalapril, en la lista expositiva está el enalapril y todos los priles que hayan ameritado eficacia, seguridad y la misma circunstancia de igualdad para estar que el enalapril. Después el financiador establecerá precio de referencia, o elegirá financiar a uno u otro, pero son alternativas válidas en cuanto a elaborar formularios.

Los formularios dan la posibilidad de hacer Programas EUM, que son programas de estudio de utilización de medicamentos, para saber si los medicamentos se usan racionalmente pese al listado. De allí se sacan los acopios de información que luego pueden orientar las regulaciones y las campañas educativas. Además todo formulario debe tener una actualización anual, porque todo esto es un hecho dinámico.

En la temática del medicamento todo es dinámico: el control de la regulación de precios es dinámico, el control de regulación del ingreso de una molécula a un listado en un país es dinámico, como por ejemplo en el caso de los países escandinavos mediante una cláusula de inclusión, y de otra de permanencia por la cual a los cinco años esa molécula debe demostrar que sigue estando en el formulario porque es útil.

Comentarios finales

Así como habíamos hecho una cita respecto al tema de la libertad de prescripción, esta definición de Duke respecto a la racionalidad de la prescripción es muy importante: “La prescripción racional se consigue cuando un profesional bien informado haciendo uso de su mejor criterio prescribe al paciente un medicamento bien seleccionado, en la dosis adecuada, durante el período de tiempo apropiado y al menor costo posible.” Puede observarse que se repiten los temas de la racionalidad, el costo, la eficacia, la selección y la información del profesional que prescribe. El profesional prescriptor debe siempre conocer adecuadamente la droga que prescribe.

Y también vale la pena citar lo que dice Laporte, quien fue uno de los expertos que trabajaron en el listado de medicamentos esenciales de la OMS.: “La selección del fármaco no es un ejercicio de austeridad sino que es un acto de inteligencia”.

Hemos escuchado recién a Rubén Roa preguntarse por qué no tenemos un Formulario Terapéutico Nacional en nuestro país. Queremos recordar que en 1985 salió el Formulario Terapéutico Nacional que tiene como antecedente la Ley Oñativia desde el año '66, y pareciera que no obstante ello no podemos tener un Formulario Terapéutico Nacional Oficial. ¿Cómo es la historia? No podemos entenderla, pero sepan que existe, y hay también una resolución firmada por el Dr. Aldo Neri, donde constan todas las fundamentaciones de las leyes anteriores que dicen que en la República Argentina debe haber un Formulario Terapéutico Nacional.

Pese a ello estamos en el 2002 y no lo tenemos. Cada uno sabrá entonces por que no hay un Formulario Terapéutico Nacional, oficial y obligatorio para uso en todo el territorio de la Nación.

Panel IX

Innovación en la gestión de medicamentos

Coordinadora Farm. Myriam Sabio

El tema que convoca a esta mesa son las innovaciones emprendidas en un tema tan actual y crítico para las instituciones, como es la gestión del medicamento. Nos acompañan para compartir sus experiencias en este terreno el CPN Gabriel Espinaco, gerente del Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe I Circunscripción, el Sr. Héctor Paladini Director de la empresa Kasoft S.A , el Dr. Ricardo Ribeiro, médico especialista en medicina interna, Director del Hospital Protomédico Manuel Rodríguez y asesor del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe I Circunscripción y el Dr. Gonzalo Soria, médico especialista en medicina general y de familia, integrante de la Red ATEMPRI., perteneciente a la empresa GestMED.S.A.

Los cambios que se producen en este momento, en el sector de la salud, generan oportunidades para la innovación y exigen establecer estrategias de gestión. En este campo, GestMED S.A. desarrolla herramientas que permiten optimizar la gestión del medicamento y la atención médica de primer nivel. Estas son aplicadas entre otros, por la red de farmacias del Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe. Para explicar esta experiencia y sus beneficios se hace mención en primer término, a la exposición del Contador Gabriel Espinaco.

La experiencia del Colegio de Farm. de Santa Fe 1ªC.

C.PN. Gabriel Espinaco

Como bien se ha especificado en las diferentes mesas a lo largo de estas Jornadas, el mercado de medicamentos está sufriendo profundas transformaciones, las cuales se han visto aceleradas en los últimos meses. Todo esto lleva a la necesidad imperiosa de introducir modificaciones e innovaciones en las formas y modalidades de gestión para adaptarlas a esta nueva realidad. En nuestro caso vamos a hacer referencia a algunos aspectos prácticos y operativos puestos en funcionamiento en el Colegio en los últimos años.

Para decirlo de alguna manera en los años '80 y más concretamente a principios de los '90, a los farmacéuticos les alcanzaba con contar con una red de farmacias que tuviera una adecuada distribución geográfica para poder administrar contratos de servicios farmacéuticos y realizar gestión de medicamentos. Este era el punto fuerte que se requería en ese momento y con eso bastaba.

Transcurrido el tiempo, fundamentalmente a partir de la segunda mitad de la década del '90, comienza a verificarse la imperiosa necesidad de introducir cambios y de agregar valor a la gestión de esa red. De esta manera se cumpliría de una forma más adecuada y eficiente las necesidades de la población y posibilitaría la realización de un ejercicio más efectivo de la profesión farmacéutica.

Fue a partir de estas consideraciones y alrededor de esa fecha que la Dirección del Colegio establece una serie de pautas para viabilizar cambios estructurales en el funcionamiento del Colegio. Básicamente marcaríamos como un primer punto, un importante cambio conceptual en el modelo organizacional, ya que se comenzó a desarrollar una transición desde un modelo donde básicamente el paradigma de gestión era la logística y la administración, hacia un modelo donde se empezara a desarrollar la administración del conocimiento y del know how, que en este caso significaba un saber cómo hacer para llevar todas estas herramientas al mercado.

Se comienza entonces a trabajar en la simplificación de la logística operativa y administrativa a través de la introducción de tecnologías informáticas, con especial énfasis en la reconversión de la estructura de personal apuntando al fuerte desarrollo de la profesionalización de los servicios. Hoy en el Colegio trabajan una importante cantidad de farmacéuticos que coordinan su actividad específica con un desarrollo importante en el área profesional de sistemas, así como en el área comercial y en el de gestión administrativa y financiera. Todo esto se lleva a cabo dentro del marco de una fuerte preponderancia de trabajo en equipos interdisciplinarios. Y a partir de ello hay una fuerte introducción de herramientas que nos permiten mejorar la gestión de los servicios farmacéuticos.

El Colegio, a través de la S.A. de los farmacéuticos que es Gestmed S.A, se introduce en el mercado informático y comienza a ofrecer sistemas de administración de farmacias. Hoy más del 80% de las farmacias de nuestra red cuenta con alguna de las tres alternativas de software de farmacias que ofrece Gestmed. Se introduce el sistema de autorización on-line de recetas, sobre el que se explayará luego Héctor Paladini a lo largo de este panel. Y paralelamente se trabaja en el desarrollo de servicios de Internet y

en la mejora general de todos los aspectos de la comunicación dentro de la red de farmacias.

Hay un fuerte desarrollo en el ámbito profesional, donde se trabaja muy fuerte en el desarrollo de opciones ó menús prestacionales destinados a atender los nuevos requerimientos que se dan en el marco de la seguridad social. En el Colegio contamos con equipos técnicos farmacéuticos que trabajan permanentemente sobre la temática mencionada en la mesa anterior, adaptación a precios de referencia y sobre todo diseño de listados responsables de medicamentos y estrategias de financiación selectiva de medicamentos, tratando de adecuarnos a la compleja realidad de este mercado y a la también compleja realidad de necesidades que los financiadores del sector salud comienzan a tener. Es decir que cuando se menciona un “cambio conceptual”, se refiere a trabajar para interpretar y partir de las necesidades específicas de nuestros clientes y hacernos cargo de sus problemas.

Se ha llevado a cabo un fuerte trabajo de desarrollo de sistemas que permitan atender tratamientos de alta complejidad de manera óptima y a la vez atiendan aspectos relativos a la eficiencia del gasto. Algo de esto se ha mencionado en estas Jornadas cuando se describió el Centro de Autorizaciones para Tratamientos Oncológicos y de Alta Complejidad que se desarrolló en forma conjunta con el IAPOS, trabajando en un equipo interdisciplinario en el cual participan farmacéuticos, médicos oncólogos tratantes y médicos oncólogos asesores.

En lo que se refiere al aspecto “comercial”, el Colegio desarrolló para su red la tarjeta FARMAS, que es una innovación de importancia en el mercado de atención farmacéutica. Es una tarjeta que cuenta con más de 120.000 asociados a través de empresas, clubes y mutuales de la provincia de Santa Fe y ha permitido darle a todos estos grupos una mayor accesibilidad al medicamento, actuando en forma complementaria con prestaciones que se otorgan en el marco de la seguridad social.

Próximamente se implementará un sistema de coberturas complementarias y de financiamiento selectivo llamado “Plan 50”. Es un plan que básicamente apunta a garantizar que las presentaciones comerciales de menor costo estén disponibles efectivamente en las farmacias, como una opción a la cual la población de Santa Fe pueda acceder. Porque una crítica que generalmente escuchamos, es que los farmacéuticos hablan mucho de genéricos pero cuando uno va a la farmacia los medicamentos de menor costo no están disponibles. De hecho esto tiene que ver más con una cuestión externa a nosotros, del mercado de distribución de medicamentos y las políticas de la industria farmacéutica en ese sentido. Nosotros acá vamos

hacer un esfuerzo, pero esto no es un acuerdo comercial porque en nuestro caso se ha trabajado básicamente con un sistema de precios de referencia y con ofertas que nos ha acercado la droguería UNIFAR. Concretamente el objetivo central es que la población en el caso de optar por ello, pueda tener medicamentos de menor costo disponibles en las estanterías de las farmacias.

La idea para esta mesa era la de hacer una sencilla síntesis para transmitir esta experiencia que hemos llevado a cabo en el Colegio. Como conclusión podemos ver que hoy concretamente los farmacéuticos de Santa Fe componen una red de farmacias con un fuerte valor agregado, una red de farmacias con capacidad de gestionar y administrar contratos con importantes niveles de complejidad, complejidad que el mercado actual de medicamentos requiere. Esto implica que el Colegio en la actualidad gerencia más de 80 contratos capitados que involucran a casi 900 000 cápitás, tanto dentro de la provincia de Santa Fe como fuera de la misma, y que ha permitido que los farmacéuticos sigan teniendo una fuerte presencia estratégica en el mercado farmacéutico.

La experiencia de la Red ATEMPRI

Dr. Ricardo Ribeiro

Trataremos también de ser breves en nuestra exposición y explicar rápidamente de que se trata la Red ATEMPRI.

La Red ATEMPRI es una propuesta que pretende innovar el campo de la atención médica brindando un primer nivel de atención de calidad, con posibilidades de extenderse tanto en el aspecto geográfico como en la gama de servicios a ofrecer. En este sentido tiene la pretensión de jerarquizar el primer nivel de atención que aún está poco desarrollado en el ámbito privado de nuestro medio, donde sigue siendo muy común la consulta directa a los especialistas del Segundo Nivel de Atención.

La Red ATEMPRI aparece en un momento en el cual se da una **reforma silenciosa y espontánea en el sector de la salud**, que está protagonizada por el aspecto económico financiero, donde la calidad pasa ser un elemento secundario, y donde sintéticamente pueden mencionarse los siguientes aspectos:

- Estar protagonizada por el financiador y el pagador
- Con una impotencia cada vez mayor de la microgestión que sólo puede aspirar a subsistir y adaptarse
- Con la competencia centralizada en los precios
- Con pérdida del acceso a la atención médica
- Con la calidad desplazada a un plano secundario
- Signada por una creciente **inequidad**

Para la microgestión entonces, queda únicamente la posibilidad de adaptarse a las nuevas circunstancias y tratar de sobrevivir, y para eso debe recurrir a un instrumento muy rudimentario, como el de bajar los precios.

En esta situación, gran parte de la población que tenía su cobertura social, aún sin perderla pierde no obstante el acceso a la atención médica y pasa engrosar la demanda de atención a los hospitales. Estos ven, paralelamente al aumento de la demanda, un incremento en los precios de insumos en presentaciones hospitalarias mucho mayor que en las presentaciones comercializadas en farmacias.

En la Tabla 1 mostramos algunos ejemplos de los incrementos de los precios a nivel hospitalario de un hospital cercano a nuestra ciudad, pero no hay que olvidar que otros artículos tales como materiales descartables han sufrido incrementos superiores a éstos.

Tabla 1 Costo comparativo de precios obtenidos por concursos en un Hospital público

	Noviembre 2001	Agosto 2002	Incremento del precio
Enalapril 10mg	\$0.030	\$0.095	216%
Atenolol 100mg	\$0.013	\$0.024	85%
Ibuprofeno 400mg	\$0.020	\$0.089	345%
Cefalexina suspensión	\$1.66	\$6.63	299%

Red ATEMPRI - septiembre 2002 - Ricardo Riberó

Tabla 2 Costo comparativo de precios al público en mostrador de farmacias (marcas líderes)

Costo comparativo de precios al público en mostrador de farmacia (marcas líderes)			
	Noviembre 2001	Setiembre 2002	Incremento del precio
Enalapril 10mg	\$0.37	\$0.55	49%
Atenolol 100mg	\$0.36	\$0.51	44%
Ibuprofeno 400mg	\$0.41	\$0.61	51%
Cefalexina suspensión	\$15.75	\$27.18	73%

Red ATEMPRI - setiembre 2002 - Ricardo Ribeiro

En este contexto vemos que están cada vez más lejos de las posibilidades de los beneficiarios de una obra social hacer uso de la misma. La calidad se desplaza a un plano secundario, además la capacidad instalada es excesiva y los que aún no han cerrado sus puertas deben ofrecer y entregar sus servicios a aquel que los paga mejor.

Cada vez más la calidad pasa a ser dependiente de la capacidad de pago. Esto es lo que signa el año 2002 para nuestro país, una creciente inequidad.

En medio de este contexto, Red ATEMPRI ofrece dos elementos fundamentales para la atención del Primer Nivel, que son la atención médica en consultorios, donde se brinda una atención de calidad adecuada a las necesidades de este primer nivel de atención y una atención farmacéutica a través de una amplia red de farmacias, con un mecanismo que permite poner al alcance de los beneficiarios los medicamentos que están dentro del primer nivel de atención.

En el aspecto comercial Red Atempri tiene un diseño muy versátil que le permite adaptarse a todo tipo de contratos. En primer lugar puede funcionar como complemento de una obra social principal, pero también puede funcionar como un servicio independiente. A través de este servicio se puede hacer contratos con cooperativas u otras organizaciones que no

implica que los afiliados tengan una obra social. De esta forma la red puede funcionar como complemento en el caso de que los afiliados la tengan, o como servicio único en el caso de personas que no tienen otra cobertura social.

El éxito del servicio está en poner énfasis en la capacidad y calidad de los recursos humanos que incorpora, fundamentalmente los médicos que se incorporan a la red, que poseen formación en medicina general y familiar que tiene que estar garantizada, y que hace a su vez al compromiso con el paciente y con el sistema.

Sintéticamente, podemos señalar **las prioridades del sistema** como sigue:

- Prevención y control
- Calidad en la medicina curativa, rehabilitación y paliativa
- Uso racional de los recursos tecnológicos: métodos complementarios y medicamentos
- Documentación clínica adecuada
- Auditoría de la atención médica
- Auditoría del servicio de farmacia

El servicio implica volver al antiguo médico de familia, pero con algunas características que hacen a la calidad de la atención que se brinda. Es un servicio que está basado en primer lugar en las medidas de prevención y control, pero además en brindar una atención curativa de primer nivel, eso hace que los profesionales se mantengan constantemente actualizados y que el sistema brinde las herramientas terapéuticas adecuadas.

Otro elemento de importancia es el uso racional de los recursos tecnológicos, tanto en lo referente a medicamentos como a métodos complementarios porque hacen a un manejo efectivo de la salud de la población.

El sistema prevé la documentación clínica bajo forma de historias clínicas, que son historias clínicas que están preconizadas por OMS, OPS, y que hacen a un control de la atención, a una sistemática en el seguimiento de los pacientes, ya que estos formularios se adaptan a las distintas etapas de la vida y permiten una auditoría de la atención médica.

Y por último queda mencionar la auditoría de la atención farmacéutica, donde se cuenta con muchas herramientas para llevarla a cabo de un modo completo y flexible.

La **farmacia** es el otro elemento fundamental y confiamos en los siguientes aspectos:

- Compromiso con el SERVICIO
- Asesoramiento de los usuarios
- Capacitación de los Profesionales
- Incorporación a su stock de medicamentos de los productos incluidos en el formulario terapéutico

Básicamente confiamos en la calidad de recursos humanos farmacéuticos que además de comprometidos con el servicio, deben estar dispuestos a asesorar al paciente tanto en la parte comercial como farmacológica. Para esto existen diversas vías de capacitación, anteriormente se habló de las actividades que desarrolla el Colegio en esto, e incluso se hacen actividades en las que participa el médico de cabecera.

Por último es importante que en el stock de medicamentos de las farmacias se encuentren incorporados todos los que componen el Formulario Terapéutico, para tenerlos en el momento oportuno al alcance de los pacientes.

El Formulario Terapéutico es un formulario de primer nivel de atención bastante amplio, ya que comprende 87 principios activos y cubre más del 90% de las prescripciones. Lo hemos probado durante algunos meses, tiene medicamentos para todas las patologías habituales mas comunes y tiene medicamentos para las patologías crónicas incluyendo todos los grupos terapéuticos, incluidas las drogas que podrían no considerarse como del primer nivel de atención pero que se han incorporado por la importancia de las patologías a las cuales está destinadas. El formulario se actualiza de acuerdo a los criterios, tal como ya ha explicado muy bien el Dr. Oteo.

Otras actividades de la red, son destinadas a la difusión por medio de charlas al público en general, este año se ha hecho como experiencia piloto un conjunto de cuatro charlas en el ámbito del Colegio de Farmacéuticos y están programadas extenderlas a otros ámbitos en el corriente año dentro de la ciudad de Santa Fe, para tratar de extender luego la experiencia a otros lugares. Y en la misma línea de difusión, se hacen publicaciones, folletos y la revista del Colegio Farmacéutico.

La red comenzó a trabajar en los últimos meses del año pasado en los departamentos de la Capital y General Obligado con trece médicos, 5 en General Obligado y 8 en Santa Fe, tomando 7 localidades. En lo que va del

presente año se han incorporado 2 médicos en el Departamento de San Gerónimo, en San Cristóbal 1, en Castellanos 1, en Rosario 4 y 1 en San Justo. Tenemos proyectado incorporar otros departamentos, y ya en algunos de ellos hay que aumentar el número de médicos de cabecera.

Para terminar queremos volver a destacar que el éxito del sistema está en la calidad de su recurso humano.

La visión desde la medicina familiar

Dr. Gonzalo Soria

El equipo de atención primaria de la salud

A través de la Asociación Santafesina de Medicina General y Familiar que nuclea a todos los especialistas en medicina general y familiar de la provincia de Santa Fe, dimos comienzo a este proyecto de la. No sólo en el apoyo de la calidad y formación del recurso humano y de la garantía de calidad, sino también compartiendo el estudio y diseño del registro de historia clínica y la composición del Formulario Terapéutico que íbamos a utilizar.

Lo que se pretende explicar en este párrafo es la visión desde el ángulo del **médico generalista**, hacia qué apunta, para qué está formado, y por qué se habla de la calidad del recurso humano, y revisar algunos unos conceptos con respecto al primer nivel de atención, lo que es el médico generalista de familia, qué es el equipo de salud y qué es la consulta preventiva.

La atención primaria de la salud es una estrategia que se viene planeando desde 1978, donde se dieron unos cambios en los paradigmas del concepto de salud y se empezó a considerar el concepto como un equilibrio biopsicosocial del individuo y no solamente la falta de enfermedad. Este equilibrio que a veces parece tan lejano, es la forma que necesita la estrategia para funcionar, mediante una atención primaria o atención primordial, basada en métodos prácticos y científicamente fundados, socialmente afectados y al alcance de todos los individuos, la familia y la comunidad.

Dentro de los métodos prácticos y científicamente fundados se engloba el uso racional del recurso, donde el uso racional del medicamento no se da a través de un manejo del costo, sino a través de su utilidad.

Y dentro de la estrategia de atención primaria, el médico generalista se puede definir como el médico o profesional que responde a la atención primaria de salud, que utiliza los preceptos de la misma para ejercer su trabajo, capaz de brindar los cuidados primordiales a las personas en todas las etapas de su ciclo vital.

Nosotros consideramos a la persona como un todo, y dentro de ese ciclo vital también incluimos el ciclo individual, familiar y comunitario. La relación que tiene ese individuo, grupo o familia con su comunidad, tratando de abarcar todos los aspectos.

El **equipo de salud** es la estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales que incluye no sólo médicos sino enfermeros, psicólogos, psicopedagogos, farmacéuticos, y otros profesionales no sanitarios como los economistas, que desarrollan de forma continuada y compartida la función de la atención primaria en una comunidad determinada, ya que el proceso de salud no se limita a la sola instancia de la atención médica. Consideramos que es importante incluir al farmacéutico dentro del equipo de salud, ya que se ha diluido o perdido ese valor de profesional de la salud que tendría que tener, habida cuenta que no es un mero dispensador de medicamentos.

Promoción y prevención de la salud

Estamos acostumbrados a ver la atención médica centrada únicamente en la solución del problema, o sea un paciente que consulta frente a una enfermedad, donde hacemos un diagnóstico lo más aproximado posible, extendemos una receta y allí se termina la atención médica. Pero en nuestro caso el objetivo principal en el manejo de la red, es mediante la población captada y el conocimiento de la población a cargo poder implementar medidas preventivas, o sea empezar a trabajar en la prevención y no sólo limitar nuestra actuación a aquellos casos en que la gente consulta por una enfermedad.

Muchas veces la gente va llegando al sistema a través de la consulta puntual o por alguna patología, pero la estructura está armada de tal manera que ese paciente queda captado y se va trabajando no sólo por lo que consulta, sino por aquellos factores de riesgo que pueda llegar a tener.

Esto es lo que definimos como **consulta preventiva**, entendida como el ámbito principal de atención para desarrollar actividades preventivas y de promoción de la salud, así como para control de pacientes crónicos.

Son consultas que se programan conjuntamente con la persona, es decir que nosotros concordamos con el paciente cuándo va a venir, qué control se va hacer y cuáles son los problemas que tenemos que controlar, de modo que éste no concorra reactivamente y sólo cuando está enfermo.

Uno de los pilares fundamentales de la atención primaria de la salud es la **promoción de la salud**, que incluye todo aquello que podemos hacer dentro y fuera del consultorio, por eso es tan importante la experiencia que venimos haciendo con la red dando charlas en la comunidad y para la gente. Son charlas abiertas donde lo que intentamos con la promoción de la salud es modificar hábitos nocivos educando a la gente sobre los cambios de hábitos que pueden ser perjudiciales para su salud. La promoción de la salud consiste fundamentalmente en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Las **actividades preventivas** son aquellas que realizamos directamente en el consultorio, actuando en los distintos niveles de prevención. La prevención secundaria es lo que conocemos como consulta por enfermedad, donde lo que hacemos es sólo atender al paciente. Pero tenemos otras instancias de prevención y la fundamental es la primaria. Se ha demostrado que hay muchas actividades evitan la enfermedad, y que aplicadas a tiempo producen una reducción de incidencias de las mismas, que naturalmente van a redundar en muchas cosas positivas a nivel comunitario y sobre todo en la salud del paciente. A largo plazo influirán directamente sobre los costos en salud, porque frente a la consulta preventiva que podemos hacer mediante la educación o el uso de algún medicamento, vamos a evitar en instancias posteriores el uso de medicamentos más costosos y lo que tenga que ver con internaciones o complicaciones de las enfermedades. Y finalmente también trabajamos sobre la prevención terciaria, donde se hace la rehabilitación y la reeducación de un paciente con secuelas, para tratar de que no vuelva a aparecer el mismo problema.

Resumidamente, estas son las ideas centrales del trabajo que estamos haciendo. Hace ya seis meses que trabajamos en ello y estamos teniendo una experiencia muy positiva respecto de la respuesta y al cambio de mentalidad de la gente, que se va logrando a medida que transcurren las consultas.

Implementación del sistema on line de control de validación de recetas

Sr. Héctor Paladini

Para complementar, comentamos cómo fue el impacto de la implementación del sistema on-line de control de validación de recetas en el ámbito del Colegio de Farmacéuticos.

Esto ya está implementado en la provincia de Santa Fe desde el año 2000. Los problemas con que se encontraban las farmacias en el mostrador hablando del pago de prestaciones consumadas, era que el medicamento se entregaba en mostrador sin ningún tipo de validación, y a menudo aparecían los problemas relacionados al rechazo de recetas. Para quien administra los contratos hay una necesidad de tener información en el instante, disponible en el momento en que surge la necesidad. Hoy el ritmo de los negocios hace que el valor de la información en cuanto a productos consumidos y estados de los afiliados requiera como necesidad importante el tener resolución inmediata.

En la práctica y en relación a lo anterior, observábamos un problema de trámite burocrático en el momento del mostrador, como por ejemplo pedirle al paciente o usuario los recibos de su pago de cuota social o la necesidad de consultar vademécumes. Entonces lo que trazamos como objetivo fue trabajar para eliminar el trámite burocrático y hacer más simple la dispensa y la venta en el mostrador, disminuir las trabas administrativas para las farmacias y trabajar sobre "cero débito", es decir, sobre el núcleo de los problemas que tiene la farmacia en su mostrador. Esto pudo obtenerse a partir de la utilización del sistema on-line, donde se puede contar con todas las autorizaciones al momento de la dispensa como en el caso de IAPOS, y luego una prestación con la autorización hecha ya no genera débitos para la farmacia.

Mediante este sistema se coordina el circuito entre la dispensa y la prescripción en aquellos casos en que sean necesarias autorizaciones, ya que pueden consultarse on line las normativas, por ejemplo por los médicos, y el farmacéutico recibe en tiempo real la autorización. Esto simplifica las situaciones emergentes y lleva a que el farmacéutico no tenga que completar la receta a mano y que simplemente el paciente firme la autorización. Luego al fin de la quincena también le facilita al farmacéutico no tener que hacer toda la presentación manual que antes hacía.

En cuanto a la implementación específica que se hizo en el Colegio de Farmacéuticos, en este momento hay 4 servidores atendiendo a todas las farmacias de la provincia. Hay 2 servidores en la Ciudad de Santa Fe, uno atendiendo líneas telefónicas para todos los prestadores, y un vínculo permanente a Internet donde las farmacias que puedan tener un volumen mayor tienen conexiones de alta velocidad y pueden transaccionar a través de la red, bajándole el costo de comunicaciones a toda la prestación. Y también se implementó un servidor en la ciudad de Rosario donde las farmacias del sur de la provincia acceden directamente a este servidor. A través de una conexión punto a punto entre Rosario y Santa Fe hacen las transacciones del sistema.

Se hizo mucho hincapié en la creación de una herramienta de flexibilidad que le permita a quien administra los convenios la aplicación de normas de prestación, y que las mismas se apliquen en forma inmediata para cada una de las transacciones que se realizan en los mostradores. Para esto se desarrolló junto con la gente de GESTMED una aplicación que permite administrar todas las prestaciones farmacéuticas, con las complejidades que el mercado requiere hoy. Esto fue evolucionando y tuvo distintos tiempos de implementación.

El sistema se implementó el 16 de marzo del 2000, donde se comenzó con una instalación en farmacias por volumen y con el control de normativas tradicionales, vademécum, productos reconocidos y unidades. Se hicieron las instalaciones necesarias para atender a las farmacias que no estaban equipadas a nivel informático procediéndose en forma gradual, y se implementó todo esto sobre el convenio con el IAPOS y los contratos capitados que tenía el Colegio. Finalmente a partir de noviembre y con una gran parte de la red de farmacias instaladas, ya que estamos cerca del 50% de las farmacias de la provincia, se comenzó con la aplicación de controles sobre medicamentos de autorización previa.

C.P.N. Gabriel Espinaco

En esta segunda etapa de la implementación ya se introdujeron controles que permiten esquemas de seguimiento farmacológico.

El punto 1 permitió resolver un tema muy complejo: el IAPOS tenía un sistema de autorización de medicamentos de uso normatizado, centralizado en la ciudad de Santa Fe y en Rosario con un trámite que lo recepcionaba a

través de sus diferentes bocas de expendio y que, más allá de la buena voluntad interpuesta, le generaba al afiliado algunos días de demora para acceder a la prestación.

Con esta herramienta ahora el afiliado accede a la autorización del medicamento desde cualquier farmacia de la provincia en el mismo momento que está realizando la compra del medicamento, lo cual es importante porque se descentralizó esa gestión a más de 242 localidades en todo el ámbito provincial.

Se implementaron otros esquemas de seguimiento farmacológico, como controles de consumo a nivel de cada monodroga según prescripción, y se realizó la implementación de la tarjeta FARMAS que es una tarjeta con complejidad administrativa en su atención y de hecho la implementación en el sistema on-line le permitió modificarla.

El sistema permite manejar una variedad de información, llevar controles cualitativos, gasto por monodroga, ficha de consumo, cantidad de recetas, importe acumulado, esquema de seguimiento farmacológico y control de consumo según un protocolo de la monodroga en dosis habitual.

En cuanto a la evaluación del impacto que produjo la implementación, puede decirse que primero produjo un salto cualitativo en la administración y fortaleció la capacidad de gerenciamiento de contratos de servicios farmacéuticos. Permitió simplificar la aplicación de normas administrativas en la atención de farmacias, viabilizó la aplicación de esquemas de seguimiento farmacológicos en línea, y además generó un crecimiento cualitativo de nuestra red mejorando su posicionamiento competitivo al hacer que nuestra red sea más útil a la población a la cual queremos llegar, en este caso los afiliados de las obras sociales como futuras contrataciones que puedan realizarse.

Sr. Héctor Paladini

Una de las innovaciones que se implementaron el año pasado consistió en agregar algún control cualitativo. En el momento que un paciente consume determinada monodroga, si ésta se encuentra marcada para ser controlada, se le habilita al paciente una ficha de consumo en forma automática.

Supongamos que queremos controlar una ciprofloxacina. A cualquier paciente que consuma esta droga se le llena una ficha de consumo con un protocolo determinado, de manera que el sistema automáticamente a partir

de esa primer compra del paciente en cualquiera de las farmacias va a hacer un seguimiento, y va permitir que el consumo de este paciente no exceda el limite que está asignado desde la parte farmacéutica del Colegio para esta prescripción.

Del mismo modo se puede hacer un control sobre determinados afiliados o por un exceso de consumo, ya sea en cantidad de recetas o el importe consumido por el paciente. Esto sin tender a restringirle el acceso al medicamento sino orientado a tener información que nos permita hacer que la utilización del medicamento por el paciente sea la correcta.

Al día de hoy tenemos mas de 1.500 farmacias instaladas en toda la provincia procesando 180.000 transacciones mensuales y se administran 800.000 cápitass, o sea 800.000 afiliados. Esto está en funcionamiento con un control de normativas 7 días por 24 hs. los 365 días del año, y se avanzó ampliamente en esquemas de seguimiento farmacológico.

Junto a Microsoft Argentina estamos trabajando en el desarrollo e implementación de nuevas tecnologías, y para ello estamos utilizando todos los servicios de la red Internet para desarrollar herramientas y servicios que nos permitan bajar costos de comercialización del medicamento. En este momento en algunos casos como el Plan 50, se está trabajando en esto donde desde la autorización se genera una orden de reposición automática de determinadas unidades que entran en ese plan. Y por supuesto otra de nuestras expectativas es seguir dando apoyo de tecnologías a las necesidades propias de las farmacias y de la red del Colegio.

Palabras de cierre

Farm. Manuel Agotegaray

Muy sencillamente deseamos agradecer a todos quienes han compartido estas Jornadas y decirles que esto que en su inicio fue una convocatoria, finalmente logramos entre todos que fuese un verdadero encuentro para discutir todos los temas del medicamento. Tuvimos la oportunidad en estos días de escuchar las opiniones y propuestas de los diferentes estamentos que tienen que ver con el medicamento, y queremos remarcarlo con un énfasis especial, en un clima solidario y sincero. Este conjunto de voluntades y este clima tan propicio que en conjunto hemos generado, ha posibilitado discutir e intercambiar opiniones dejando de lado las posiciones o confrontaciones estériles y los lobbies que podamos tener cada uno en el sector. Creemos que es una demostración de que cuando se quiere se puede crear un espacio donde el diálogo y la discusión se orienten hacia la mejora y el aporte constructivo.

Y como conclusión de estas Jornadas, queríamos decir que en estas 48 horas no quisimos desde el Colegio emitir ninguna opinión con respecto al principal tema que tiene que ver con el medicamento hoy en Argentina, que es la ley de prescripción por nombre genérico, o más concretamente por la Denominación Común Internacional. Después de escuchar a todos los disertantes, sentimos reforzada la posición que teníamos hasta ayer. Es simplemente la medida del inicio de un camino que tiene que llevar a un marco regulatorio más estricto para el medicamento en Argentina. Después de las disertaciones y debates que enriquecieron estos dos días que hemos compartido, nos vamos convencidos de que también es insuficiente. La ley de medicamentos en Argentina no debe agotarse sólo en la prescripción de genéricos, sino que tiene que ir desde la importación hasta la producción del medicamento. Ésa es la posición del Colegio y para eso seguiremos trabajando.

Y lo último es decirles que ustedes lograron que naciera en nosotros la convicción de que en el mes de septiembre todos los años habrá un encuentro sobre medicamentos en Santa Fe. Todos los que estuvimos acá de alguna manera nos comprometemos a continuar creciendo en este sentido, y recrear este ámbito de discusión anualmente.

Nada más entonces, salvo agradecer nuevamente a todos ustedes, los farmacéuticos y todos los profesionales que nos han aportado y acompañado, a todos los que han colaborado para la realización de este evento, y convocarlos desde ahora mismo a seguir trabajando en conjunto, para que nuevamente podamos sentir esta satisfacción de haber cumplido con la meta propuesta el año próximo en una nueva edición de estas Jornadas.

