



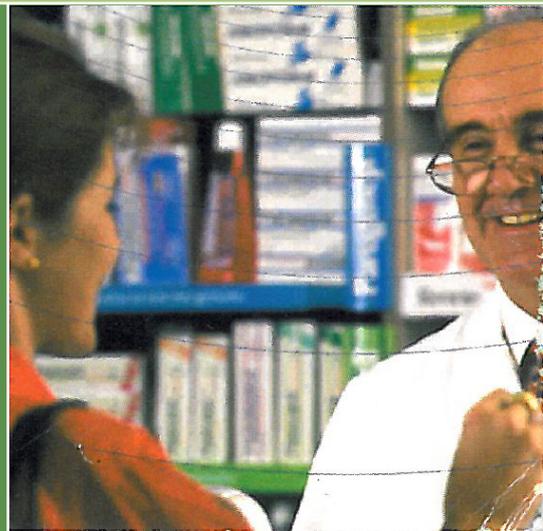
das.  
**2** Jornadas  
Santafesinas y  
1<sup>ra</sup> ras. Federales  
POLITICA, ECONOMIA Y GESTION de  
**MEDICAMENTOS**  
SEPTIEMBRE 2003



# **POLITICA economía y GESTION de MEDICAMENTOS**



COLEGIO DE FARMACEUTICOS  
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE  
1<sup>a</sup> circunscripción



ISBN: 950-99829-2-x

Primera Edición 2000 ejemplares, junio 2004  
Queda hecho el Depósito que marca la Ley Nº 11.723  
Editado e impreso en la República Argentina por

**Publicación**

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

**Producción Editorial**

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

**Edición Final**

Farm. Hugo Ignacio Robatta  
Nilda Segades  
Farm. Ana María González  
Matilde Sellanes

**Agradecimiento:** Al laboratorio Monserrat y Eclair S.A.  
por su colaboración en la edición de esta publicación

## **AUTORIDADES DEL COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE 1º 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 ROBATA

#### **1º Vocal Suplente:**

Farm. Oscar PERESÓN

### **TRIBUNAL DE ETICA**

#### **Titulares:**

Farm. Alicia MAGRA

Farm. José ESCOBAR

Farm. Javier SOLDANO

#### **Suplentes:**

Farm. Mónica SAMUDIO

Farm. Jorgelina YANNO

Farm. Alicia WEDER

### **CONSEJO ASESOR**

#### **DPTO. LA CAPITAL**

##### **Titulares**

Manuel Roberto AGOTEGARAY

Alicia Raquel CARABALLO

José ESCOBAR

Adriana Alicia CUELLO

Lydia María LONG

##### **SUPLENTE**

Hugo Rubén MORANTE

Ma. de las Mercedes CARDOSO

María Rosa SARTOR

### **DPTO. CASTELLANOS**

#### **Titulares**

Carlos Nerio ABOAL

Héctor MAINERO

Mónica SAMUDIO

Amilcar MONDINO

#### **Suplentes**

Reinaldo BECCARIA

Damián SUDANO

### **DPTO. LAS COLONIAS**

#### **Titulares**

Ana María DELBINO

Alicia WEDER

Alejandro CIGNETTI

#### **Suplentes**

Daniel COLLA

### **DPTO SAN JERONIMO**

#### **Titulares**

Hugo Ignacio ROBATA

Alicia Ester MAGRA

Claudia Analía GALLOTTO

#### **Suplentes**

Doris del Valle GAIDO

Gabriel GUAITA

### **DPTO. SAN MARTIN**

#### **Titulares**

Jorgelina Andrea YANNO

Carlos DIAZ DE AZEVEDO

Mirian del Pilar MONASTEROLO

#### **Suplentes**

Eduardo Ceferino GIMENEZ

María Fernanda ACTIS ALESINA

**DPTO SAN JUSTO**

**Titulares**

Raúl Fabián DEL GIUDICE  
Germán BOTTO

**Suplente**

Claudio BOTTA

**DPTO. 9 DE JULIO**

**Titular**

Hernán SILVA

**Suplente**

María del Carmen TANOYRA

**DPTO. GRAL. OBLIGADO**

**Titulares**

Oscar PERESON  
Carlos PEZZ  
Enrique LOUBIERE

**Suplentes**

Fabián PERESON  
Viviana VICENTIN

**DPTO. SAN CRISTOBAL**

**Titulares**

Roberto DIPIAZZA  
José OROZCO  
Javier SOLDANO

**Suplente**

Oscar MUSANTE  
Rubén BENELLI

**DPTO. SAN JAVIER**

**Titular**

Mario LOCKETT

**DPTO. GARAY**

**Titular**

Cristian REARTES

**Suplente**

María Haydeé GFELLER

**DPTO. VERA**

**Titular**

Marcelo RODRIGUEZ

**Suplente**

Jorgelina ALESSO

# Índice

<b>Prólogo</b> .....	8
<b>Apertura de las jornadas. Palabras de Bienvenida</b>	
<i>Farm. Manuel Agotegaray</i> / Presidente Colegio de Farm. de la Prov. de Santa Fe - 1º Circ.....	9
<i>Dr. Esteban Cámara</i> / Director Provincial de Bioquímica, Farmacia y Droguería .....	12
<i>Dr. Miguel Angel Capiello</i> / Secretario de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.....	13
<i>C.P.N. Carlos Vasallo</i> / Académico de las Jornadas .....	15
<b>Mesa I</b>	
<b>Tendencias de la producción, financiación y regulación de medicamentos</b>	
Coordinador: <i>Farm. Manuel Agotegaray</i> .....	17
<i>Farm. José Antonio Cid</i> / Ciencia, tecnología y sociedad.....	17
<i>Dr. Aldo Neri</i> / Escenario naciona y tendencias de la producción, financiación y regulación de medicamentos.....	25
<b>Mesa II</b>	
<b>Legislación y regulación de medicamentos. Presente y futuro</b>	
Coordinadora: <i>Farm. Cynthia Sevilla</i> .....	37
<i>Ing. Roberto Lugones</i> / Una visión de la normativa y la regulación sectorial.....	37
<i>Dr. Roberto Lerena</i> / La experiencia de Entre Ríos.....	49
<i>Farm. Hugo Robatta</i> / Reflexiones sobre el medicamento, las farmacias y los farmacéuticos .....	56
<b>Mesa III</b>	
<b>Prescripción y dispensa de medicamentos. Protocolos y gestión clínica. Nuevos roles e incentivos a los profesionales</b>	
Coordinadora: <i>Farm. Isabel Basurto</i> .....	65
<i>Dr. Hugo Oteo</i> / La prescripción médica.....	65
<i>Farm. Ana María González</i> / Dispensa de medicamentos. Nuevos roles e incentivos para los profesionales.....	76
<b>Mesa IV</b>	
<b>Inversiones e innovaciones en la industria y servicios del medicamento</b>	
Coordinador: <i>Farm. Carlos Aboal</i> .....	93
<i>C.P.N. Carlos Vasallo</i> .....	93
<b>Mesa V</b>	
<b>Farmacoeconomía y evaluación de medicamentos nuevos</b>	
Coordinadora: <i>Farm. Graciela Pensa</i> .....	114
<i>Dr. Flavio Devoto</i> / Farmacoeconomía y evaluación de medicamentos nuevos .....	114
<i>Ing. Alexander Lemgruber</i> / Evaluación económica y regulación de precios de los medicamentos nuevos. Desafíos y tendencias en la experiencia brasileña.....	133

## Mesa VI

### Construyendo un mercado de medicamentos genéricos

Coordinador: <i>Farm. Hugo I. Robatta</i> .....	146
<i>Dr. Pedro José Baptista Bernardo</i> / La experiencia brasileña .....	146
<i>Dr. Rodolfo Vincent</i> / Construyendo un mercado de medicamentos .....	162

## Mesa VII

### Características y evaluación de los contratos de cobertura de medicamentos

Coordinadora: <i>Farm. Alicia Caraballo</i> .....	176
<i>C.P.N. María Inés Insaurralde</i> / La experiencia desde el IAPOS .....	176
<i>Dr. Alberto Echazarreta</i> / La experiencia desde el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) .....	198

## Mesa VIII

### Pacientes crónicos y gestión de medicamentos de alto costo

Coordinadora: <i>Farm. Myriam Sabio</i> .....	208
<i>Dr. Osvaldo Tibaudin</i> / Pacientes crónicos y gestión de medicamentos. Gerenciamiento de enfermedades .....	208
<i>Dr. Jorge Tomás Insúa</i> / Modelos de gerenciamiento de enfermedad crónica y gestión de medicamentos .....	222
<i>C.P.N. Gabriel Espinaco</i> / Los modelos de contratos en el contexto institucional y de mercado .....	235

## Mesa IX

### Logística y gestión de los medicamentos

Coordinador: <i>Farm. Juan Carlos Rucci</i> .....	242
<i>C.P.N. Eduardo Sorlino</i> / Las distribuidoras en el segmento de distribución del medicamento .....	243
<i>C.P.N. Germán Heinken</i> / Una mirada a la actividad de las distribuidoras .....	248
<i>C.P.N. Jorge López</i> / Conclusiones .....	255

## Mesa X

### Los cambios en el consumo y gasto en medicamentos. Diferentes lecturas

Coordinadora: <i>Farm. Ana María González</i> .....	262
<i>Lic. Víctor Hugo Quiñónez</i> / Mercado Farmacéutico Argentino. Evolución y cambios en el consumo .....	263
<i>Lic. Mario Cerri</i> / Evaluación del Mercado Farmacéutico Argentino .....	281
<i>Lic. Mónica Levcovich</i> / El peso del gasto en medicamentos dentro del gasto en salud .....	305

## Mesa XI

### Buscando el equilibrio entre el acceso, calidad de los medicamentos y profesionalidad en la prescripción y dispensa

Coordinadora: <i>Farm. Silvina Serenelli</i> .....	313
<i>Farm. Manuel Agotegaray</i> / La visión y experiencia de los farmacéuticos .....	313
<i>C.P.N. Carlos Vassallo</i> / Acceso, calidad y profesionalidad en la gestión del medicamento. Un difícil equilibrio .....	327

## Mesa XII

### Sistemas de provisión de medicamentos para personas carenciadas

Coordinadora: <i>Farm. Nilda Yocco</i> .....	342
<i>Farm. Elsa Rodríguez</i> / La experiencia desde las farmacias de los hospitales municipales .....	343
<i>Farm. Fabián Flolasco</i> / Sistema de provisión de medicamentos y Seguro de Salud de Santa Fe .....	347
<i>Dra. Adriana Medina</i> / La provisión de medicación oncológica en el Programa Provincial del Cáncer .....	354
<i>Farm. Karina Botta</i> / Gestión económica en efectores de salud de Rosario. Propuestas de indicadores de calidad .....	359

## Mesa XIII

### Gestión económico financiera. Atención farmacéutica y *marketing* de la Red de Farmacias Profesionales

Coordinadora: <i>Farm. Adriana Cuello</i> .....	368
<i>Farm. Carlos Gurisatti</i> / Atención farmacéutica. La red y la empresa farmacéutica .....	368
<i>C.P.N. Claudia Cuomo</i> / Gestión económico financiera .....	382
<i>Lic. Carlos Ortego</i> / Marketing de redes farmacéuticas .....	388

### Clausura de las jornadas. Palabras de cierre

<i>Dr. Miguel Ángel Capiello</i> .....	397
<i>Farm. Manuel Agotegaray</i> .....	399
<i>C.P.N. Carlos Vassallo</i> .....	400

## PROLOGO

*Las II Jornadas Santafesinas y I Jornadas Federales de Política, Economía y Gestión del Medicamento se desarrollaron durante los días 25 y 26 de septiembre de 2003 en la ciudad de Rosario con una calificada presencia de disertantes y asistentes que encontraron un espacio en el tiempo y en las preocupaciones diarias, para profundizar y avanzar en el análisis interdisciplinario del medicamento.*

*La presencia de invitados de nuestro país hermano de Brasil, y las ponencias que realizaron los funcionarios de ANVISA permitieron tener una perspectiva del desarrollo de la política de medicamentos en ese país y poder realizar algunas comparaciones muy útiles con la situación en la Argentina.*

*Además desde la óptica económica se intentó avanzar en una lectura del gasto total en medicamentos, así como, desde un punto de vista ético y social, en un análisis serio del acceso a los mismos por parte de la población.*

*Luego, como es habitual en este encuentro, se comentaron los cambios en el mercado de medicamentos, en sus diferentes etapas desde la financiación, pasando por la investigación, producción, distribución y dispensa en las farmacias.*

*Esperamos que este libro, que refleja toda la riqueza de las exposiciones realizadas, sirva como un aporte más a la construcción de las soluciones que demandan los argentinos en relación a los medicamentos.*

*Una vez más nos queda agradecer a todos los que han colaborado para que este evento se pudiera realizar y convocarlos a participar activamente en la concreción de las III Jornadas que se realizarán durante el año 2004.*

**Manuel Agotegaray**

(Presidente del Colegio de Farmacéuticos de la Prov. de Santa Fe - 1<sup>a</sup> Circunscripción)

**Carlos Vassallo**

(Responsable Académico de las Jornadas)

## Palabras de bienvenida

*Farm. Manuel Agotegaray*

En primer lugar quiero darles la bienvenida a las Segundas Jornadas Santafesinas y Primeras Federales de "Política, Economía y Gestión de Medicamentos", organizadas este año por el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe en su Primera y Segunda Circunscripción, con la Colaboración del Departamento de Extensión Universitaria de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional de Rosario.

Nos satisface mucho poder decirles que estas Jornadas fueron declaradas de interés provincial por el Poder Ejecutivo Provincial, de interés legislativo por la Cámara de Diputados y Senadores de la Provincia de Santa Fe; de interés municipal por parte del Sr. Intendente Hermes Binner; y son auspiciadas por la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario y por el Decanato de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas de la Universidad Nacional de Rosario.

Deseo expresar nuestro agradecimiento en nombre de todos los organizadores, a las autoridades municipales y provinciales que nos acompañan en el día de hoy, ya que están presentes representantes del Ministerio de Salud de la Nación, del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en la persona del Dr. Esteban Cámara, Director Provincial de Bioquímica y Farmacia, de la Municipalidad de Rosario, a través de su Secretario de Salud Pública Dr. Miguel Ángel Capiello, y de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional de Rosario en las figuras de su Decana y Vicedecana. Este agradecimiento es desde ya extensivo a los calificados disertantes que nos honran con su presencia y le dan prestigio a estas Jornadas, a los legisladores, los representantes de la industria farmacéutica, a nuestros colegas y a los estudiantes presentes.

Además destacamos la recepción de numerosas adhesiones y deseos de éxito entre las que queremos mencionar las del Sr. Interventor de la ANMAT Dr. Manuel Limeres, del Colegio de Médicos de Santa Fe, Primera Circunscripción; del Cuerpo Intercolegial de los Profesionales del Arte de Curar y de la Sociedad Médica de Santa Fe.

Un apartado especial para agradecer al Dr. Norberto Quantin la misiva que nos ha hecho llegar y que queremos compartir con todos. Dice lo siguiente:

*"Quedo muy agradecido por la invitación cursada para participar de las Segundas Jornadas Santafesinas y Primeras Federales "Política, Economía y Gestión de Medicamentos", a llevarse a cabo en la Ciudad de Rosario durante los días 25 y 26 de septiembre. Al respecto les informo que actividades inherentes a mi función me imposibilitarán de concurrir a tan importante evento. Les deseo mucho éxito en estas jornadas que no dudo redundarán en beneficio de la transparencia del mercado de medicamentos que tanto ansiamos.*

*Los saludo muy atentamente*

Dr. Norberto Quantin".

El objetivo de estas Jornadas es crear un ámbito de debate y de reflexión, porque en un tema tan sensible como los medicamentos, así como en toda la cuestión social sabemos que los argentinos nos vamos con nuestras opiniones muy fácilmente de un extremo a otro.

Creemos como farmacéuticos que ni estábamos tan mal antes de las últimas medidas adoptadas en el país sobre este tema, ni hoy estamos tan bien. Creemos que para poder cristalizar una verdadera política de medicamentos hay una serie de medidas y leyes que se tienen que seguir trabajando, y en lo que los farmacéuticos creemos que podemos aportar bastante. Acaso la opinión pública tenga otra sensación, porque es uno de los temas que se ha impuesto en la sociedad y se ha llegado a discutir bastante, pero pensamos que faltan muchas cosas por hacer.

Queremos seguir trabajando, creando este tiempo de reflexión para que cada uno de los sectores del medicamento tenga la absoluta libertad en un marco de respeto a la pluralidad de aportar su punto de

vista, porque todos los disertantes que hemos invitado y cada sector que representan así lo merecen.

Pretendemos crear un debate fuerte, donde se promuevan polémicas, pero que finalmente se pueda concluir con un gran aporte de ideas, para poder luego cristalizarlas en la práctica y ser capaces de llevarlas a cabo de modo constructivo y armónico. Y la mejor manera de conservar y preservar estas Jornadas, es que el límite que los farmacéuticos santafecinos les queremos poner es simple y llanamente la responsabilidad de cada uno de los participantes de hacerse cargo de sus expresiones.

Estas Jornadas son posibles gracias al apoyo y colaboración de muchas empresas, pero no hay mayor esfuerzo en cuanto a los recursos humanos y económicos que el de los mismos farmacéuticos santafecinos. Pero todo este trabajo apunta a un objetivo fundamental: generar un debate sincero, donde se puedan exponer las posiciones de los representantes de los distintos sectores relacionados al medicamento.

Queremos poner énfasis en esto último porque pensamos que es importante, ya que como sector, todos quienes interactuamos en el ámbito del medicamento debemos crear un sinergismo de trabajo que sea independiente de la voluntad política de los funcionarios de turno. Muchas veces la gente llega a gozar de beneficios concretos, como producto de las acciones de gobierno. Pero creemos que se ha alcanzado un grado de madurez donde cada uno puede sin especulaciones, exponer sus necesidades y su proyecto comercial, y se puede lograr un ámbito de trabajo que va a dar un beneficio concreto a toda la población, en cuanto una mayor protección y mayor acceso al medicamento en forma inmediata. Hoy más que nunca creemos que en un país que está bastante fragmentado institucionalmente, y con un sistema de salud bastante en jaque, es la hora de crear este sinergismo y trabajar todos en conjunto.

Desde que nos reunimos en las primeras Jornadas, en el tema medicamentos a nivel país se han dado una serie de cambios que, estemos en el punto que estemos en cuanto a posiciones, entendemos que son indiscutibles. Hay un mayor acceso de la población al medicamento, y cuando uno chequea el tema de la calidad y la seguridad desde hace un año y medio no hay denuncias oficiales de ningún argentino por inconvenientes producidos al consumir el mismo medicamento.

Muchos de los que estamos aquí reunidos, cuando escuchamos y leemos que los chicos en Argentina no tienen para comer, por no ser espe-

cialistas en el tema no tenemos respuesta. Pero no tenemos dudas en afirmar que no podemos admitir que algún argentino se quede sin medicamentos con los volúmenes de dinero y recursos con que cuenta el sector, hacerlo sería inmoral. En tal sentido, el compromiso de todos nosotros tiene que ser definido y contundente.

Finalmente, reiteramos nuestro agradecimiento por la presencia y el apoyo, esperamos tener dos días muy intensos en estas Segundas Jornadas, compartir trabajo, conocimientos y opiniones, y ojalá al fin de las mismas todos hayamos encontrado muchas más respuestas que preguntas.

*Dr. Esteban Cámara*

Desde los inicios de nuestra cultura occidental hemos podido verificar un debate entre la naturaleza y la técnica. Esto a nuestro juicio representa una falsa oposición dado que la técnica en definitiva es un producto de la naturaleza humana, y por eso pareciera que la naturaleza ha generado su propio contrario.

En el inicio de la medicina hipocrática lo predominante eran las terapias naturales. Posteriormente, con la revolución industrial y los avances en el método científico, impulsados en parte en sus inicios por un químico como Lavoissier, aparece la intervención de la técnica farmacéutica en las terapias médicas. Este abordaje técnico de las terapias produce una multiplicidad de opciones abrumadoras, a tal punto que respecto de gran parte de los productos que están en circulación, existen muchas voces que hablan de dudosa eficacia y efectos indeseables, o contenidos no del todo éticos.

Además la inserción de esta industria farmacéutica tan dinámica en el marco de un mercado capitalista neoliberal produce una paradoja: por un lado tenemos esa gran variedad de opciones que se presentan, y por otro lado ese capitalismo neoliberal produce una exclusión salvaje de muchas personas en el acceso a los bienes. En razón de eso es que sobre todo los gobiernos hacen un abordaje del tema, y allí aparece una política de administración y abastecimiento de los medicamentos que va de la mano con otro aspecto, que es la economía de los medicamentos. Ambos son los ejes de estas Jornadas, y nos encantaría que este abordaje se extendiera a otras áreas de la salud y no se limitara a los medicamentos.

En estas Jornadas tendremos distintos puntos de vista, veremos cómo articular estrategias en las ofertas de medicamentos, análisis sobre las características de la demanda, y seguramente habrá apreciaciones sobre la capacidad productiva y diferenciadora de la industria. Veremos el abordaje desde las frías estadísticas que son tan útiles a la hora de abordar problemáticas complejas y multicausales como las que están relacionadas con las terapias en la salud, contrastaremos la oposición entre criterios empíricos y criterios creados en la tranquilidad de los gabinetes, escucharemos la exposición de experiencias concretas así como la especulación de modelos teóricos todavía no probados en el campo de la realidad.

Y también quisiéramos ver cuál es el resultado de intervenciones normativas sobre el mercado de la salud, como la Ley de Genéricos nacional y provincial. Oportunamente hablaremos de una experiencia que estamos llevando a cabo en Santa Fe, que es el seguro de salud provincial, donde se ejecuta una política de distribución de los medicamentos que es innovadora y articula sectores públicos y actores privados.

Pero no debemos olvidar que el objeto último de todas nuestras disposiciones es el hombre, el ser humano, y no el medicamento. El hombre como receptor del medicamento en su doble acepción, ya que según su etimología *pharmakon* significa al mismo tiempo veneno y cura, a partir de lo cual podemos llegar a filosofar un poco y concluir con base en esto que, como resultado de nuestro trabajo y de acuerdo a cómo lo abordemos, podemos ser los responsables de administrar veneno o salud y vida.

*Dr. Miguel Angel Capiello*

En primer lugar queremos agradecer a las autoridades de estas Segundas Jornadas Santafesinas y Primeras Federales la invitación que nos cursaran y nos hicieron llegar para estar en este importante acto.

Por otra parte, darle la bienvenida en nombre de todos los trabajadores de la salud pública municipal a aquellos participantes de otras provincias de nuestro país que se han llegado aquí para dialogar, acaso en algunos casos para disentir, pero siempre para impulsar propuestas que

permitan garantizar el medicamento seguro en el momento oportuno para todos los ciudadanos de nuestro país.

Decía el Sr. Presidente del Colegio de Farmacéuticos de la Primer Circunscripción, que es demasiado el gasto que tenemos en salud y que no le debe faltar el medicamento a nadie. Hoy hay políticas de salud que se vienen desarrollando desde los distintos niveles del Estado tendientes a garantizar el acceso al medicamento como bien social, pero ese acceso tiene que tener una pata fundamental que es en la entrega, dispensación y control del uso y de aquellos defectos que puedan causarse, y que debe hacerlo el profesional farmacéutico.

Desde que estamos gestionando la salud pública municipal, hace ya más de 14 años, el rol del profesional farmacéutico es una de las más importantes funciones que se cumplen en aras de garantizar el derecho a la salud. Y Rosario ha recorrido un largo camino en salud pública, con más de 100 años dedicando todo el esfuerzo a garantizar el derecho a la salud.

En nuestros efectores municipales de salud, sea en la estrategia de atención primaria o en los hospitales, el medicamento se distribuye en forma gratuita y por profesionales farmacéuticos. Tenemos un convenio con la Universidad Nacional de Rosario y con nuestra Facultad de Farmacia, cuya decana y vice-decana nos honran aquí con su presencia, donde los pasantes de los últimos años trabajan en nuestros centros de salud capacitándose, y muchos de ellos que han pasado por nuestros efectores han terminado de ganar un concurso que ha permitido prolongar los horarios de atención hasta las 0 horas en los hospitales, y mejorar la atención y dispensa del medicamento en los centros de salud.

El medicamento es un bien social. Hoy se invierte mucho dinero pero lo más importante de todo es que el medicamento le llegue a quien le tiene que llegar en el momento oportuno. Desde Rosario hemos implementado una política clara del medicamento: escucharán en estas Jornadas al actual presidente del Colegio de Médicos de la 2<sup>o</sup> Circunscripción, que a su vez es el coordinador de la Comisión de Medicamentos de la Secretaría, y sabrán también que la producción del medicamento por los laboratorios estatales está teniendo hoy un auge importante por el impulso que le está dando el Sr. Ministro de Salud de la Nación.

Un orgullo muy grande como trabajador de la salud es que la Administración Nacional del Medicamento, Alimentos y Tecnologías, ANMAT termina de habilitar como laboratorio productor de medicamentos al LPFM,

Laboratorio de Especialidades Medicinales Sociedad del Estado de la Secretaría de Salud Pública Municipal, que es un laboratorio que produce medicamentos seguros y que se entregan en todos los efectores para que la atención de la salud de nuestra población pueda tener este nivel de acceso.

Es por todo eso que venimos con mucho orgullo a estas Jornadas. Esperamos que tengan el desarrollo que el esfuerzo de los organizadores merece, que de las conclusiones que se realicen se puedan luego elaborar propuestas para un país que va cambiando y que tiene la posibilidad de cambiar, que de lo que se diga y escuche aquellos que tienen mejor experiencia que nosotros sean después el instrumento necesario para cambiar lo que haya que cambiar, y que de aquí salga que el profesional farmacéutico termine de ocupar su lugar en el equipo de salud.

### *C.P.N. Carlos Vassallo*

La idea de construir un espacio de reflexión sobre la política, economía y gestión del medicamento surgió el año pasado, y se generaron las Primeras Jornadas en la Ciudad de Santa Fe, y este año nuestras Segundas Jornadas tienen lugar aquí en Rosario, y si todo va bien el año que viene tendremos unas Terceras Jornadas en algún otro lugar. Tuvo por germen la intención de que se encontraran los diferentes sectores que participan de este sector en un ámbito abierto y frontal, y evitar que las discusiones se hagan de manera cerrada.

Las Jornadas intentan que estos sectores se junten y puedan discutir con argumentos técnicos, científicos y políticos, para construir no sólo a partir del pluralismo sino desde la integración del conocimiento. Nos enorgullece decir que este es un espacio sin sectarismos y abierto a escuchar las opiniones que puedan ser recepcionadas.

Desgraciadamente Argentina todavía padece de un problema serio desde el punto de vista institucional, y es que muchas veces los personalismos se imponen a cuestiones institucionales. Si un día logramos superar las cuestiones personales para poder proyectarnos a las cuestiones institucionales, vamos a tener más ámbitos como éste que intentan reunir y acercar los diferentes actores e incluso sectores. Desgraciadamente hay gente que todavía tiene demasiado compromiso con temas personales y

escaso compromiso con la información y con la población, que es la que tiene que ser la receptora y destinataria de las conclusiones a las que podamos llegar.

No quiero olvidar transmitir un saludo y una disculpa del Ministro de Salud, que llamó en dos oportunidades para disculparse de no poder estar con nosotros en la inauguración. En este momento está en Estados Unidos conjuntamente con el Superintendente de Servicios de Salud. El Ministro de Salud participó el año pasado en nuestras Jornadas inaugurales y seguramente le hubiese gustado estar aquí, pero un caso de fuerza mayor como acompañar al Presidente impidieron que esto se concretara. El resto de las Jornadas se desarrollará con normalidad en cuanto a la presencia mayoritaria de los disertantes propuestos.

Comenzaremos con una primer mesa sobre "*Tendencias de la producción, financiación y regulación del medicamento*", en donde los disertantes serán el farmacéutico José Cid de la Universidad Nacional de San Luis, y el Dr. Aldo Neri que nos honra con su presencia. Quedan así inauguradas las Jornadas.

## **Mesa 1 Tendencias de la producción, financiación y regulación de medicamentos.**

*Coordinador Farm. Manuel Agotegaray*

*Son disertantes en esta primera Mesa el farmacéutico José Antonio Cid, farmacéutico nacional egresado de la Universidad Nacional de Cuyo, autor del proyecto de ley sobre medicamentos genéricos el cual fuera aprobado por la Legislatura de San Luis en 1999. En 1992 se desempeñó como Vicedirector del Departamento de Farmacia del Ministerio de Salud de San Luis, en 1993 fue titular del Consejo del Área Farmacotecnia, Ética y Legislación Farmacéutica de la Universidad Nacional de San Luis, para mencionar sólo unos pocos antecedentes dentro de un frondoso y riquísimo currículum profesional. También diserta en esta mesa el Dr. Aldo Neri, ex Ministro de Salud de la Nación, diputado nacional y autor del proyecto de ley de genéricos actualmente en tratamiento en el Congreso de la Nación.*

*No queremos prolongar más esta fase introductoria, estamos ansiosos de comenzar a escuchar la primera disertación, de las que se irán sucediendo a lo largo de las Jornadas. Creemos que el tema de esta primera Mesa nos brindará un marco interesante para reflexionar sobre los otros aspectos que se abordarán en relación al medicamento. La dinámica de todas las mesas será similar, comenzaremos con las exposiciones y luego abriremos un espacio para interactuar y debatir las ponencias o temas relacionados directamente a ellas.*

### **Ciencia, Tecnología y Sociedad**

*Farm. José Antonio Cid*

#### **INTRODUCCIÓN**

Es para mí una alegría profunda estar en Santa Fe y quiero agradecer a los organizadores que hayan convocado a representantes de nuestra humilde Universidad Nacional de San Luis, y en especial al coordinador de esta mesa porque tuvimos la suerte de tenerlo como alumno en la época en que se soñaba, aunque por cierto ahora también se sueña. Como era un

conjunto de alumnos que venían de la provincia de Santa Fe tenían un fuego especial, parecía que los había tocado la varita del cuestionamiento del sistema, y hoy, luego de haber pasado tanto tiempo soñando y trabajando, es una satisfacción que estemos otra vez compartiendo un ámbito tan grato.

Y para comenzar, vamos a tomar unas palabras de Manuel Agotegaray cuando hablaba del sinergismo en calidad de construcción, que creemos que es el apotegma que debería sintetizar el motivo de estas Jornadas. No es casualidad que los caminos se encuentren porque existen aires de frescura en la Argentina, y creemos que hay una esperanza de que los argentinos podamos generar esa contracultura que se hace entre todos, y que por un motivo u otro nunca se generó en la Nación Argentina. Pensamos que es el momento de volver a los valores para que generen esa posibilidad de construirnos, de mirarnos como amigos, y que en definitiva nos lleven a encontrar en el espacio nacional el trabajo en paz que todos deberíamos tener.

Hemos pensado mucho en el motivo de lo que plantearíamos en estas Jornadas, y creemos ahora que detrás de algunas exposiciones previas al inicio del evento como la del Laboratorio Pfizer o de otras empresas de seguro, detrás del medicamento existe un mundo que en definitiva encierra cuáles van a ser los niveles de posibilidad de construcción de trabajo que tiene el siglo XXI.

Nos estamos refiriendo a que los paradigmas de construcción del siglo XXI van a estar alrededor de la bioingeniería, la biogenética, la generación de trabajo a través de conocimientos. Por eso no hay que tener temor cuando abordamos lo que hay detrás del medicamento, porque está inmerso en un conjunto de temas que van a tener que ver con la posibilidad de ampliar nuestro trabajo. Y esto es en esencia porque el conocimiento de cómo se conforma un medicamento lo podemos extrapolar a otras áreas de la ciencia, y si éstas se nos caen también se nos va a caer la posibilidad de colocarle valor agregado a las semillas, a los agroquímicos, a los fertilizantes, etc.

No es malo entonces hacer un esfuerzo cognitivo y decir qué hay detrás del medicamento. Y en esto existen países que tienen muy claro los objetivos estratégicos. Cuando uno analiza el tema en una escala de años, es posible ver que los países que hoy están imponiendo sus modelos culturales en el mundo, tienen el 38,8% de innovación de productos farmacéu-

ticos y el mercado mundial es de 280.000 millones de dólares. Y si se mira luego que por otro lado en el diseño de una política estratégica perfecta presionan a los demás países para que existan leyes de patentes rígidas, estaremos viendo que no hay alternativas si no se plantean modelos de unidad en el bloque de América Latina, dado que vamos a entrar en el ALCA en el 2005. Y esto debería darse con un marco de legislación que en definitiva cubriera todas las diferencias abismales que hay en las innovaciones con un marco jurídico de fondo, que no sólo va a abarcar a los medicamentos sino también a todas las innovaciones en otros terrenos, sobre todo en la agroindustria.

Es importante el abordaje en política de medicamentos cuando uno la analiza desde otras áreas, porque estas son las reglas de juego que nos plantea el sistema. Y en función de ese compromiso ideológico que supimos construir en la década del '70, nos pareció atinado en este lugar de debate, colocar un documento que es una postura epistemológica de cómo se debería tratar el futuro y cuál sería la acción a reflexionar con respecto a la ciencia.

### **CIENCIA, TECNOLOGÍA Y SOCIEDAD: UNA LECTURA CRÍTICA**

Marquemos primero algunos temas que son claves en el debate para dimensionar el abordaje de los contenidos de patentes y genéricos con compromiso académico.

La guerra o el conflicto deben ser medidos en cinco formas: el camino, el tiempo, el terreno, el liderazgo y la disciplina, esto lo decía hace 2.500 años Tsun Zu. En las sociedades actuales, sobre todo en la occidental, ser científico acredita la pertenencia a una elite social. Este rol dirigencial muchas veces excede el ámbito específico de la especialidad del conocimiento que posee, para transformarlo en integrante de una clase dirigente y en referente de la sociedad. El antiguo y tradicional concepto de científico se ve reformulado y reactualizado por el hecho de ser integrante de esa elite social, que posee la cualidad de conocer la realidad y poder actuar sobre ella. Dicha capacidad es fruto de poseer el único conocimiento, el conocimiento científico.

Más allá del cuestionamiento que se puede efectuar a este último concepto la realidad dice que, por lo menos en la sociedad occidental, el

científico ocupa o está en condiciones de ocupar un rol dirigenal, con la consiguiente responsabilidad social que ello implica.

Es casualmente esta responsabilidad la que debe llevar a replantear o repensar el concepto de ciencia, como capacidad transformadora y herramienta de progreso. Y el rol del científico como poseedor y recreador de dicha herramienta. Este replanteo debe hacerse a luz de la crisis que en los últimos tiempos golpea a la humanidad, y en particular a la conciencia científica contemporánea. No es una exageración afirmar que el mundo se encuentra ante la crisis más grave de su historia, lo que está en juego es la supervivencia.

El patentamiento sin límites, la modificación genética de la célula germinal, la eugenesia con imprevisibilidad, la permanente hipótesis de guerra, las secuelas de una guerra química y bacteriológica, el siempre latente peligro de una debacle atómica, la contaminación ambiental, la subordinación de la ciencia y tecnología a una carrera armamentística y las exigencias insaciables de la sociedad de consumo, la pobreza y la enfermedad, son un llamado de atención para los constructores de un modelo de sociedad cuyo sentido de progreso está totalmente cuestionado.

La ciencia actual y los científicos no han sido pasivos observadores de la construcción del mundo moderno, sino que la ciencia ha sido un instrumento esencial de tal construcción. Lo que cuestiona esta crisis es una interpretación de la ciencia y del conocimiento científico que, paradójicamente y por desgracia, sigue vigente en ciertos medios científicos y técnicos. Es aquella interpretación que entiende al conocimiento como universal, necesario, neutro, objetivo, valorativamente natural y totalmente independiente de toda influencia o regulación extra científica, política, social, ética o moral.

Esquemáticamente supone la existencia de datos empíricos independientes por un lado, y por el otro la actividad del científico que partiendo de esos datos en forma lógica, formula y pone a prueba hipótesis en forma totalmente independiente de toda influencia extracientífica.

Se supone al conocimiento científico como el modelo y el grado superior del saber. La ciencia así entendida es un producto autónomo de la razón del científico o de la comunidad científica, que sin influencias y en total libertad elige los asuntos a investigar, privilegia temas y decide la mejor forma de solucionarlos.

Este conocimiento progresa en forma lineal y acumulativa, de tal forma que cada científico y cada nueva generación continua el trabajo anterior, acumulando verdades y métodos definitivos que serán usados por los científicos y generaciones posteriores para continuar ese progreso. Más aún sostiene que todo otro tipo de conocimiento que no se configure como científico, no puede pretender poseer objetividad, necesidad, universalidad y verdad.

Y es esta visión del conocimiento científico que siente en sus mismos cimientos el cuestionamiento producto de la crisis actual. Su error proviene de no reconocer que su visión del quehacer científico es parcial o idealizada, porque no ubica al científico y al objeto que él estudia en el marco social, histórico, ideológico y político en que ambos existen y se relacionan. No podemos pensar el producto científico sin pensar en las características sociales que están en la base del conocimiento. La ciencia es ante todo una actividad social.

Si aceptamos que toda sociedad en un momento histórico de su desarrollo despliega un proyecto ideológico político fundamental, que define su concepción del hombre, de su organización social, sus fines, sus relaciones con otras sociedades y su relación con la naturaleza, aceptamos que define también su concepción del conocimiento y de la técnica.

El instituyente define el orden o el deber ser, y ejerce prácticas legales para validar ese orden. Es un particular hegemónico con ejercicio del poder que instala sanciones a cada uno de nosotros por desvíos. Verdades arbitrarias para nosotros quizás sean verdades no arbitrarias para posteriores generaciones. Instalan un pensamiento único, instalan culturas que son ideologías puras, en definitiva instalan los valores.

Desde estos puntos de vista, ya no es válido un conocimiento científico y una actividad científica ajenos a ese proyecto ideológico, sino que el mismo será el componente intrínseco de dicho conocimiento y actividad, como cualquier otra actividad producto de dicha sociedad.

Lo científico es una forma social, es una actividad que se desarrolla en un contexto histórico social, que hace posible ese desarrollo científico. Este desarrollo tiene que ver con las condiciones histórico sociales que hacen posible la aparición de nuevas teorías con el grado de avance científico tecnológico, y con luchas de poder que se dan en ese avance del conocimiento. La sociedad está en la base de la construcción científica, lo que estamos afirmando es que la relación entre la ciencia y el proyecto ideológi-

co político de la sociedad donde se produce, no alcanza sólo al nivel de la aplicación del conocimiento, o a la solución de ciertos y determinados problemas cual una herramienta ideológicamente ingenua.

Según Amelia Podetti (1974), el problema se plantea en el lugar de su articulación, entre la sociedad y la ciencia producida por esa sociedad para la mejor ejecución de su proyecto político ideológico. Vale decir que la ciencia es política no extrínseca y por el uso político que se hace de ella, sino que lo es ya que lo expresa y sirve en sus categorías, en su manera de cortar y categorizar su sujeto, en su contenido y en sus métodos, en el lugar que ocupa en el sistema cultural, en la interpretación que se elabora acerca de ella, en sus fines y en sus aplicaciones del proyecto político fundamental de una sociedad determinada. **Vale decir que la ciencia hoy vigente, en la medida que es un producto de la sociedad moderna, está determinada en sus contenidos, métodos y aplicaciones por los fines de esa sociedad.**

**Lo que estamos afirmando es que la ciencia es ideológica.** De allí el peligro de aquella concepción de la ciencia universal e independiente, pues no hay ideología más fuerte que aquella que no se reconoce a sí mismo como tal.

El peligro radica en que vista la ciencia desde su concepción positivista, se transforma en una poderosa arma ideológica, pues presenta como leyes científicas universalmente válidas los supuestos, las exigencias, el interés y los fines de la sociedad moderna que las produjo. Y como anticientífico, irracional y falso todo lo que cuestiona el proyecto de esa sociedad. Todo este edificio sólido y bien definido, espléndido y casi perfecto que se impone como una verdad científica, sacraliza el proyecto ideológico de la sociedad que lo construyó, y frente al cual otro proyecto aparece como irracional y bárbaro, o atrasado y destinado a ser civilizado y arrancado por su atraso por esta idea de progreso.

Es esta idea de progreso la que aparece hoy en día cuestionada, en tanto y en cuanto ese proyecto científico tecnológico está determinado por el proyecto ideológico de una sociedad que ha privilegiado el lucro sin límite y la competencia sin cuartel, reconvirtiendo permanentemente los planteos a través de ejecutores, como aquellos que plantean la base de una sociedad abierta global para que el capital financiero siga disfrutando de una posición privilegiada como el heraldo de la prosperidad, fomentando el saqueo y exterminio de la naturaleza, llevando a la humanidad a una situación de

deterioro biológico y social sin antecedentes, y que necesariamente conduce a la expansión y a la dominación de otras sociedades.

## REFLEXIONES FINALES

Para ir concluyendo, digamos que si bien son muchas las **críticas y cuestionamientos a esta concepción de la ciencia y del trabajo científico** podemos tipificar **dos grupos de críticas: las internas y las externas.**

**Las críticas internas** son cuestionamientos que provienen desde las mismas sociedades desarrolladas, ante la aparición de secuelas y contradicciones que el mismo progreso crea. Muchas de ellas son autocríticas del mismo sistema, que busca soslayar la crisis y salir fortalecido y otras, aunque bien intencionadas y con real voluntad de cambio, no escapan al marco ideológico que es el fondo de lo que se pretende criticar. Esta limitación las transforma en reformulación más o menos atractiva, y en una reactualización histórica de un sentido de progreso, ciencia y conocimiento científico que en esencia no logran alterar.

**Las críticas externas** provienen fundamentalmente de otras sociedades que ven en esta concepción de progreso científico un intento de penetración ideológica y un instrumento de dominación, de dependencia cultural y de colonización pedagógica por parte de las sociedades centrales y desarrolladas.

Los integrantes de la comunidad científica son más propensos a ir al primer grupo de críticas, quizás debido a que posee una línea argumental más racional y un planteo más estructurado que se ajusta más a su formación y a su práctica. Esto lleva al riesgo de soluciones parciales o falsas que no alteran una situación que exige un planteo de fondo. Y ello implica, y ahí se encuadra el desafío para el científico de las sociedades periféricas o subdesarrolladas, contribuir a no renegar de la ciencia, del conocimiento científico y del avance tecnológico, sino redimensionarlos, reencausarlos y transformarlos en el instrumento de construcción de un proyecto de sociedad con un fundamento edificable y edificante, como contrapartida al egoísmo destructivo que hoy está llevando a la decadencia y a una especie de suicidio colectivo.

Es necesario animarse a introducir en los curriculums tópicos generativos como patentes y genéricos, cuyo tratamiento, producción, comprensión y desempeño ayudarán a quebrar estructuras y a generar caminos de conocimiento y producción sustentable. Es necesario construir los valores esenciales de una nueva cultura integrados a un orden social con homogeneidad de los marcos de referencia, y que serán determinantes en la inclusión de todos los individuos.

## Escenario Nacional y Tendencias de la Producción, Financiación y Regulación De Medicamentos.

*Dr. Aldo Neri*

### **INTRODUCCIÓN**

Para comenzar queremos expresar que es un gusto estar en estas Jornadas, y nuestro reconocimiento a los organizadores por la invitación. Es bueno ver que la cantidad de gente que ha respondido a esta convocatoria está señalando un interés fuerte en el tema. Al mismo señalar que es muy grato que haya un público joven, algo no frecuente en estas reuniones con contenido profesional fuerte.

Nos propusieron un tema amplio, y entendemos que es un asunto que uno debería verlo en distintos marcos para poder llegar a alguna conclusión y definir algunas líneas de política. Y justamente la visión global de las cosas resulta de la superposición de esos marcos.

José Cid acaba de dar un buen marco del papel del conocimiento y de cómo el conocimiento no es neutral, y cómo las orientaciones de las investigaciones no son neutrales, y de cómo esto juega en el mundo moderno tanto central como periférico, para definir prioridades, facilitar o dificultar el acceso de la gente a las cosas que necesita. Y esto sucede en un nivel en que muchas veces todo está sumergido, no es visible si no hay un esfuerzo de entendimiento que supere lo anecdótico o los temas más puntuales.

Hay un marco grueso que es el de esta globalización desde el punto de vista de la producción, el desarrollo de conocimiento y en particular la producción de medicamentos. Está claro cómo se han delimitado los sectores de la humanidad y los países que son los que predominantemente generan nuevos conocimientos, y el avance de esta delimitación clara entre los que generan conocimiento y los que aspiran a utilizar los frutos de ese conocimiento que son, en términos demográficos, amplia mayoría. Todo esto ha llevado a que hoy la discusión sobre el tema de la propiedad del conocimiento se haya hecho intensa y dura.

Pero también la línea ya no es como la podíamos ver hace no tantos años, tan homogénea y tan clara, con la posición típica mostrando el Departamento de Estado de los Estados Unidos, y metida debajo de las alas de los Estados Unidos la Comunidad Europea, por lo menos en cuanto a los países con capacidad de científica en este campo. Esa era una posición bastante típica que indicaba que todo el terreno ya estaba ganado, y que eso era una inundación imparable y el monopolio estaba consagrado desde el punto de vista del conocimiento a través de la propiedad intelectual.

Esto no está tan claro hoy por hoy, hay discusión en el mundo. La ha habido en los países centrales hasta por fenómenos propios sucedidos a ellos mismos como el caso del Antrax en Estados Unidos, ni que decir en Sudáfrica o el caso brasileño en relación a la medicación para SIDA. Hay toda una discusión en ámbitos internacionales como la OMS o la Organización Mundial de Comercio (OMC), acerca de cuáles son los límites donde el inventor tiene derecho a pedir incondicionalidad y monopolio sobre su capacidad de generación de nuevos conocimientos.

## **EL ESCENARIO NACIONAL RECIENTE**

Esto está en un proceso turbulento de discusión que puede ser positivo para la humanidad, pero al mismo tiempo en nuestro campo está generando una delimitación de errores, y esto tiene que ver con nuestra experiencia argentina. Somos uno de los pocos países latinoamericanos con un desarrollo industrial, al menos para los estándares del mundo periférico, bastante alto y mixto, lo cual genera una característica de equilibrio en términos de que hay iniciativa de capital nacional y de capital foráneo.

Esto no fue gratis. A la Argentina le costó tener este desarrollo industrial, lo pagó la comunidad nacional con sobreconsumo de medicamentos, con un mercado claramente sobredimensionado, con precios relativos altos durante décadas, y como expresión sintetizadora, con el 30% del gasto nacional en salud destinado a medicamentos hasta que se produjo la crisis.

A partir de ahí hace crisis este modelo de desarrollo periférico en el que nos habíamos insertado en el mundo del medicamento internacional con un mercado chico, que por eso tuvo que hacer un aporte significativo

para sostener este desarrollo industrial durante muchos años, hasta que en los recientes la cosa viene incrementándose a partir de una pobre capacidad exportadora. Pero llega la crisis y se expresa en una caída fenomenal del consumo, impensada para un consumo que históricamente había sido clasificado por los economistas entre los *poco elásticos a las variaciones del ingreso de las personas*.

Pasamos a hablar entonces de casi un 40% de caída medido en unidades vendidas a principios del año pasado. Esto sacude hasta los cimientos, y lo que más sacude es el acceso de la gente, el costo social muy alto, y también un costo de todo el sistema productivo que siente que se resquebraja, que viene por otro lado y está siendo obligado a una readaptación a condiciones jurídicas diferentes, porque acá hay que recordar que es justamente en el 2000 que entra en vigencia en nuestro país el régimen de patentes. Pasado el shock, es el tiempo de la adaptación, y en esto está claro que el sector sabe, o al menos es conciente que poco a poco los plazos se le van a ir acortando si no encuentra modalidades de adaptaciones a los nuevos tiempos.

Como suele pasar al principio, las adaptaciones no son claras, en general se insiste sobre lo mismo, se trata de repetir los viejos reflejos. Eso fue lo que pasó acá en materia de precios: la forma de tratar de salvarse fue un incremento descabellado de precios que llevó a una reacción gubernamental y del Congreso, en el cual se toma una primera iniciativa innovadora que 4 años atrás hubiera suscitado resistencias mayores, y entramos en el tema de prescripción y dispensación por el nombre científico los que tenemos facultades para recetar.

Esto lleva a un replanteo hacia adelante en el que uno piensa cuáles pueden ser los perfiles o los modelos, manteniéndonos en este contexto de inserción de nuestro sistema productivo en el marco internacional de la globalización, donde las herramientas pesadas las tienen unos, y las más débiles nosotros. Y claramente esta oportunidad permite ir visualizando un desarrollo deseable en el que un país como Argentina, que empieza a tener comportamiento de integración regional, un país como el nuestro, puede ser un productor significativo de medicamentos genéricos, así como puede tener selectivamente de acuerdo a sus ventajas y desventajas comparativas en el mundo científico, inserción y desarrollo más francamente innovadores en algunos campos del nuevo crecimiento de la ciencia y su aplicación de tecnología.

Es un cambio cultural, es un cambio fuerte pensar en un mercado distinto que puede liberar al consumidor argentino de la esclavitud del sobreconsumo inducido para el crecimiento de un determinado sistema productivo. Lamentablemente el consumidor argentino se vio liberado por las peores razones, y fue simplemente porque buena parte de la población no pudo seguir consumiendo por falta de capacidad de pago. Hasta lo que se viene produciendo en el último año, donde aparecen determinadas políticas de gobierno que no sólo hacen al precio.

El gran domesticador del precio fue la violenta caída del consumo. Es una regla grosera de la economía que hasta los empresarios peor acostumbrados llegaron a entender, pero también es importante el inicio de este proceso de competencia interna inducido por la prescripción por nombre genérico. Se suman la recesión, que es la mala razón, con un avance en una mejor estrategia sanitaria como la prescripción y dispensación por nombre genérico, para inducir un cierto control de precios que mejora la accesibilidad a través de la recomposición de alguna de las cuentas de las obras sociales y presupuestos del Estado.

Pero el gasto en medicamentos ha sido directo, del bolsillo de las personas, mucho más que gasto institucional, aunque tenemos algunas vetas importantes que no es poca plata como el Programa REMEDIAR, pero cuando uno lo ve desde lo macro, el gasto de bolsillo sigue siendo un protagonista y de ahí que la moderación de los precios permite, así como la recomposición de la capacidad adquisitiva en algunos sectores medios argentinos, mejorar el acceso aún con plata de bolsillo. Esto se da porque por un lado las obras sociales parecieran estar respirando un poco mejor, por otro lado los presupuestos públicos no están tan ahogados como hace un año y medio, y algún sector de la población, no el más crítico por supuesto, cuenta de a poco con alguna posibilidad de pago mayor en su bolsillo. Todo esto mejora el acceso.

Uno a veces tiene la sospecha, que a partir del sobreconsumo histórico de medicamentos de marca y caros, estemos ahora reprogramando un sobreconsumo de medicamentos baratos, y es entonces cuando uno ve la proliferación de los *Doctores Ahorro* y algunas más de este tipo de redes de farmacias.

Hemos tenido una inducción clara por debilidades profesionales. Ahí la responsabilidad histórica es la de la profesión médica que se desentendió de este tema desde un punto de vista social, no del caso individual de

su paciente, hasta que empezó a darse cuenta que el costo de medicamentos competía con otros costos prestacionales en las estructuras presupuestarias del sistema de obras sociales y de los prepagos. Y los farmacéuticos también, porque fueron poco a poco dejando ser desplazados por un perfil de práctica comercial muy en la onda neoliberal de que todo es igual para el mercado, la educación también, el medicamento también y los bienes sanitarios también. Esto lo aceptamos colectivamente, la protesta individual no desvirtúa la realidad y una cierta pasividad que hubo en los '90. Y aquí hubo faltas por acción y por omisión. Por acción cuando algunos se subieron al carrito de la fantasía del 1 a 1 y creyeron que ya estábamos en el primer mundo, con ingenuidad algunos y malicia otros. O por omisión quienes quizás no estuvieron lo suficientemente claros y reivindicativos de que esa era una burbuja y era mentira.

## **EL PRESENTE NACIONAL: DIAGNÓSTICO, OPORTUNIDAD Y PAPEL DEL ESTADO**

Pero estamos en esta oportunidad con un **diagnóstico de situación** distinto: con un perfil productivo más orientado al desarrollo de una muy fuerte industria de genéricos en la Argentina, con fuerte capacidad exportadora, con potenciales alianzas con industrias de países hermanos, posicionados para competir en el mundo moderno en condiciones de ventaja como hacen en no pocos de los países del sudeste asiático. Esto es entonces así, y tiene sus implicancias en lo sanitario.

Y al hablar de las implicancias en lo sanitario, uno de los contextos en que hay que mirarlo, así como lo miramos en el contexto de la economía internacional y de los que pueden producir, en el contexto interno nuestro uno de los aspectos que hay que analizar es el tema del papel del Estado. Y ésta es una de las asignaturas pendientes y tiene que ver en el tema del rol regulatorio del Estado en un mercado que estamos convencidos que es un mercado que requiere una regulación muy ajustada, hay otros mercados que aceptan más flexibilidad que éste, e incluso hay mercados que pueden ser el típico libre mercado teórico que le hubiera gustado a los fundadores de la economía moderna.

Pero en este mercado real que es el mercado del medicamento el papel regulatorio es del Estado, y ahí todavía estamos en pañales.

Hemos avanzado en muchos terrenos, por ejemplo hay un avance significativo en la ANMAT, que ahora es mucho mejor de lo que era cuando

nos tocó tenerla en nuestra jurisdicción y era el Instituto de Farmacología. Pero no basta con tener un perfectible Instituto de administración de medicamentos en el país, lo necesitamos, esto es parte de una carta sanitaria que este país federal tiene que firmar, pero uno de los capítulos es qué tiene que hacer la Nación, qué tienen que hacer las provincias y eventualmente los municipios en este campo. Y en este sentido, y lo decimos en una de las grandes provincias argentinas que tiene todo el derecho de pararse firme en la baldosa de su federalismo, hay que delimitar muy claramente los roles, y el esquema que nos parece más claro en este mercado, es que así como tiene que haber una sola puerta de salida del medicamento que es la farmacia, tiene que haber una sola puerta de entrada y es la ANMAT. Los países civilizados del mundo tienen que tener una autoridad de aprobación y fiscalización de calidad, independientemente de los arreglos que se tengan para compartir y delegar las atribuciones, tienen que tener una sola boca de entrada al mercado y una sola boca de salida.

Esto no es lo que está pasando. Las provincias tienen una discusión institucional que podrían plantear, esa discusión hay que darla, y a esto se llega no tanto por reformas constitucionales sino por acuerdos que tienen que estar suscriptos por todas las jurisdicciones argentinas.

Y lo que nos pasa en medicamentos nos pasa en muchos otros terrenos, cuando hablamos de seguros públicos, ¿cómo los instrumentamos?, ¿cuál es el rol de la provincia y cuál el de la Nación, ¿se puede manejar todo desde Buenos Aires? No, todo al revés, hay que manejar el grueso desde las provincias, y Buenos Aires tiene en términos de seguros pocas y muy importantes funciones. Tanto que en el campo del medicamento, así como decimos ANMAT única puerta de entrada, la fiscalización de eso ¿quién la hace?, ¿lo va a hacer desde Buenos Aires la ANMAT? Es bastante impracticable. Ahí están los acuerdos con las provincias, que tienen su propia legislación en control de farmacias, en control del ejercicio profesional, que son claramente las que tienen que ser protagonistas en este campo del control.

No es todo centralismo o todo descentralización, depende qué cosas hay que conviene centralizar y qué cosas a las que conviene descentralizar. Y hay otras cosas más que también hacen a esta carta sanitaria que deberíamos suscribir las jurisdicciones del país, y que es el redimensionamiento del mercado socializado.

El mercado socializado es el mercado que pagan las obras sociales que es nuestra forma primitiva de seguro de salud, y es el mercado que pagan los presupuestos provinciales y municipales. Y ese mercado, que es socialmente muy importante y económicamente de mucho peso porque es el que define el comportamiento del recetario, ese mercado tiene que estar encuadrado en la aplicación del Formulario.

El Formulario tiene que pasar a ser no de tipo indicativo, sino obligatorio para el sistema de obras sociales y para las provincias que adhieran para su sector público y estatal a esto. Claramente tiene que pasar a ser obligatorio porque además esto no quiere decir que no pueda haber coberturas complementarias de lo que queda fuera del Formulario, pero con otro criterio, con otra proporción de pago, etc. Porque por otro lado alrededor del Formulario es donde tiene que darse la negociación de precios.

No creemos que sea razonable ni inteligente estar pensando con las modalidades de precios máximos o fijados por la autoridad económica o sanitaria, o las dos combinadas, propias de las épocas de inflación alta en Argentina y que fue un instrumento inevitable que a algunos nos tocó administrarlo con un resultado desparejo. Pero creemos que como sabemos que el precio es una variable absolutamente loca, en un mercado que tiene mucho componente de irracionalidad y magia, en parte la magia inducida por la publicidad, alrededor de los medicamentos incluidos en el Formulario es donde tenemos que dar la paritaria del medicamento. Es decir, la discusión de precios razonables que puedan contener y complementar lo que estamos induciendo a través de la posibilidad de sustitución de medicamentos, que hoy no son genéricos, lo serán algún día, el 92% son similares, pero lo estamos induciendo a través de la norma de prescripción y dispensación.

Reiteramos entonces: **dispensación y prescripción por el mecanismo de negociación de precios alrededor del Formulario, e incluso impositivamente algún alivio del IVA para esos medicamentos incluidos en el Formulario, como indicación y prioridad de política social**, como hacemos con algunos alimentos que tienen un rol social crítico. Estas son estrategias convergentes hacia una mejoría desde el acceso.

No le pidamos todo a la economía del medicamento, a la mejoría en la calidad de prescripción del profesional que deja mucho que desear, no le

pidamos todo a la reformulación progresiva del perfil de farmacia y a la reprofesionalización de la farmacia que necesitamos. No le pidamos todo a eso porque obviamente hay variables que hacen al acceso de la gente que están por fuera del sector medicamento, y que dependen del replanteo global del sistema de servicio de salud en Argentina. Cada área tiene que aportar algo en el camino a esta democratización.

## **REFLEXIONES FINALES**

Una reflexión sobre dónde estamos parados ahora. Lo que más nos preocupa de este tema del medicamento, donde arrancamos bien con la crisis, es decir, mal socialmente pero bien en términos de que se nos abrió la cabeza a algunas cosas que había que enfrentar, y estas cosas luego se legitimaron social y sectorialmente por la profundidad de la crisis. A lo que tenemos miedo es a esta propensión argentina a ser inteligentes sólo en los momentos de crisis y emergencia, y a bajar los brazos después.

Por eso es importante mantener un buen nivel de movilización de opinión. No esperemos que un ministro conciente de los temas, con un equipo que acompaña esto e incluso con la motivación que puede haber en algunos sectores profesionales que se movilaron mucho alrededor, vaya a bastar. Necesitamos un proceso de esclarecimiento público incluso para cosas puntuales. Discutiendo este tema de la salida del mercado a nivel de farmacias con algunos colegas de la Cámara de Diputados de la Comisión de Comercio, uno me decía en broma que quería comprar el Viagra en un kiosco, y otro le retrucaba que su mujer podría luego ir al supermercado y en el changuito cargar el antispasmódico y el polivitamínico más baratos que el original que pagábamos hace 25 años. Esta idea del sobreconsumo está culturalmente medio metida como un componente del progreso, y ni los médicos ni los farmacéuticos hemos hecho demasiado para ayudar a esta revisión cultural que es parte de lo que puede acompañar buenas políticas de gobierno. El camino pasa por ahí, el temor es irnos quedando.

En el Congreso no es tan fácil mover estas ideas en este momento, perdido el calor de la crisis no es fácil porque los sectores de interés son muy activos en cuanto a salvar lo que se pueda del status quo. Estamos trabajando el proyecto regulatorio para reemplazar al D.150 con al-

gunas modificaciones entendibles y aceptables, pero convencidos de que hay que reemplazar el instrumento que fue central del *viva la pepa* de los '90, en esta materia de permisividad institucional con respecto al medicamento. Pero en general, en el Congreso está difícil sacar proyectos que no sean los que envía el Ejecutivo, por la índole de la situación política y social que se vivió en estos años donde se trabajó siempre en caliente sobre la emergencia. Entonces algunos proyectos que requieren un poco más de reflexión y que exigen mejor asesoramiento profesional y científico, a veces son mas difíciles de movilizar.

Pero el temor más central es quedarnos cortos en hacer de esta oportunidad una continuidad en el desarrollo de una política necesaria, para que en 6 años no tengamos un mercado distinto, pero tan distorsionado, inequitativo y tan poco adecuado a muchas de las necesidades reales de la población como el que teníamos en años anteriores.

## Debate

**Pregunta de la audiencia:** A José Cid, ¿existe un proyecto científico tecnológico nacional para el área de medicamentos?

**Farm. José Cid:** Lo planteó el Dr. Aldo Neri perfectamente, es el momento de delinear funciones, existen proyectos, existe un nivel de coparticipación en algunos trabajos e investigaciones conjuntas, hay buenas señales con la nueva conducción, una de ellas es que en la ciencia y la técnica ha sido duplicado el presupuesto nacional.

Cuando comparamos hay algunos índices estadísticos de ciencia y tecnología que en Latinoamérica es importante tener. Argentina por ejemplo en la relación de investigadores por cada 1000 trabajadores activos tiene un coeficiente de 2.62 mientras que Brasil tiene 1.4 y Chile 1.2. Ha aumentado el nivel de patentes registradas, se miden cada 100.000 habitantes, y en la Argentina del '92 al 2001 del 1,5 al 3.

Por otro lado, si nos referimos a los niveles informativos, en el área de ciencia y técnica han aumentado las publicaciones, no quizás en forma significativa, y también la proporción de lo que debería destinar un país como porcentaje del producto bruto interno, porque estábamos muy abajo, en un 0.49, pensemos que un país desarrollado usa el 3% del PBI para esto.

Hay un intento de unir laboratorios de producción de medicamentos, ha habido una crisis extrema, hay intentos provinciales, se trata de coordinar, pero se tiene que abrir el debate nacional, el debate de los roles que tienen que corresponder al Estado, si eso sigue en manos privadas o si se va a ocupar de un determinado sector sobre todo aquellos sin posibilidad de acceso al medicamento.

No hay una implicación total de la política nacional. Es lo que planteó Carlos Vassallo, en un país que no ha generado la contracultura decide una persona como salvadora. Pero esto puede no ser así, y en la medida que se establezca el debate nacional se irán armonizando caminos donde cada uno tenga un rol dentro de una situación institucional. Pero estos años hemos asistido a lo que los sociólogos en educación superior llaman la *balcanización* de la sociedad, o sea una absoluta fragmentación, con cada uno defendiendo su sector, todos los sectores enfrentados unos con

otros, o cada uno defendiendo intereses parciales y achicándose cada vez mas, los universitarios por un lado, los educadores y la economía por el otro, lo privado versus lo público, etc.

**Pregunta de la audiencia:** Al Dr. Aldo Neri. Habló de la importancia del Formulario Terapéutico en la seguridad social, en ese sentido el Anexo 3 del Programa Médico Obligatorio de Emergencia sirve como orientador para obras sociales sindicales, pero ¿qué opina sobre el PAMI?, ¿no cree que habrá que reformular el Programa Remediar mientras vamos dejando atrás lo peor de la crisis? ¿Qué opina sobre el PMOE de las obras sociales y sobre la distribución de medicamentos del botiquín del plan Remediar?

**Dr. Aldo Neri:** El PAMI no sé hoy en que está, está en este momento con una intervención que el martes próximo viene a las comisiones para contarnos qué es lo que viene programando e implementando su actual interventor. No me animaría a evaluar decisiones que desconozco. Lo único favorable hasta ahora ha sido que por un tiempo ha dejado de aparecer en los diarios, señal de que algún nivel de protesta debe haber disminuido. El problema de la deuda a resolver era serio y esto lo absorbe el Estado, y estamos convencidos que el PAMI es una obra social mas y no un icono separado del contexto del sistema de salud argentino. No podemos entender que el PAMI no se maneje desde el Ministerio de Salud, que haya normas y criterios, por ejemplo para el tema del medicamento, diferentes en el PAMI del resto del sistema, porque el PAMI tiene un peso tan fuerte en el mercado que lo condiciona. Entonces el PAMI tiene que ser reintegrado a pleno a las reformas que se hagan dentro del sistema de servicios de salud y no manejado por razones de los múltiples intereses políticos, económicos, burocráticos, etc., que ha habido a lo largo de varias décadas, como una especie de isla separada de lo demás, esto será lo que más garantizará un servicio digno a nuestros jubilados.

Con respecto a lo puntual de qué está pensando hoy González Gaviola y su equipo en materia de renegociación de lo que hace a la provisión de medicamentos, lo ignoramos.

**Pregunta de la audiencia:** Al Dr. Aldo Neri. El proyecto de ley ¿establece cuáles son los medicamentos esenciales, o contiene algo respecto de los

productos sin acción farmacológica demostrada pero actualmente autorizados?

**Dr. Aldo Neri:** No, el proyecto de ley no entra en el detalle reglamentario; esto lo hace el Formulario. La incorporación al Formulario es por una categorización de medicamento probado en seguridad, eficacia y niveles de accesibilidad de costo. Este es el rol del Formulario y no quiere decir que no queden medicamentos por fuera del Formulario Terapéutico, pero estos son los medicamentos esenciales. Cuando la OMS habla de medicamentos esenciales para el África subsahariana está trabajando con una lista más restringida porque trabaja con 6 prioridades de patologías, entonces no se va a preocupar por los antidiabéticos al sur del Sahara, no lo pondría como prioridad. Cada uno le pone a esenciales un contenido distinto, para nosotros esenciales es mucho mas amplio.

## **Mesa 2 Legislación y regulación de medicamentos. Presente y Futuro**

*Coordinador Farm. Cynthia Sevilla*

*En la mesa que nos ocupa ahora, "Legislación y regulación de medicamentos" se abordarán dos temas que son pilares fundamentales del diseño de la política de salud. Es por ello que hacer una revisión de su presente y su futuro se impone a la hora de analizar seriamente los grandes lineamientos políticos.*

*Para comenzar con la mesa hará uso de la palabra Roberto Lugones, que es farmacéutico egresado de la Universidad Nacional de Buenos Aires, bioquímico egresado de la Universidad Nacional de Buenos Aires, ingeniero químico, Master en Ciencias, fundador y presidente de Fundación Comisión Nacional de Medicamentos CONAMED, además ha sido Director de la Administración Nacional de Medicamentos y Tecnología Médica ANMAT desde el 2000 hasta febrero del 2003, asesor de la Comisión de Ciencia y Tecnología del Senado de la Nación, asesor de la Comisión de Salud del Senado de la Nación, miembro de la Comisión Nacional de Farmacovigilancia de la Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología Médica, fundador del Programa Permanente de Tecnología Médica en Argentina PROTEMA, y autor de varios proyectos de ley, decretos y múltiples regulaciones sobre medicamentos y dispositivos de uso médico.*

*Seguirán luego con sus ponencias el Dr. Roberto Lerena, que es asesor jurídico del Colegio Farmacéutico de Entre Ríos y nuestro colega el Farm. Hugo Ignacio Robatta, del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe - 1<sup>a</sup> Circunscripción.*

### **Una visión de la normativa y la regulación sectorial**

*Ing. Roberto Lugones*

#### **INTRODUCCIÓN**

Agradezco a los organizadores en primera instancia haber organizado este evento. Es un desafío en tiempos de crisis el poder encontrarnos, discutir, establecer la polémica y recoger algún fruto.

El tema de regulación es un tema en el que hemos adquirido experiencia. Tenemos un grupo que se alberga en la Fundación CONAMED, la Comisión Nacional de Medicamentos, en el que trabajamos mas de 80 personas en distintos lugares del país, y conocemos bastante bien todo el tema de regulación, uso y distintos sistemas de financiación de medicamentos en Argentina y algo del extranjero.

Vemos con mucha preocupación el deterioro que se ha producido en los últimos años en todo este ámbito. Por eso tal vez algunas de las cosas que digamos puedan prestarse a la necesidad de aclararlas, porque tampoco queremos que se tomen en cuenta fuera de contexto.

Estamos en la Argentina 2003, hemos pasado un 2002 muy terrible, ha habido todo un principio de disociación social muy importante, que es un marco a tener en cuenta como un hecho significativo en lo que ha ocurrido en los últimos tiempos, lo que pasa es que nuestra visión es no quedarnos en la crisis. Las crisis son como esas olas que juntan fuerzas y estallan, y después vuelven y de a poco se tranquilizan las aguas, y de a poco se vuelven los cursos navegables. Y a eso es a lo que nuestra Fundación intenta llevar, nuevamente las aguas a su cauce para ser navegables. No creemos que la emergencia ni económica ni sanitaria pueda durar demasiado tiempo.

## **LA VIRTUALIDAD DE LA DÉCADA DE LOS '90**

Por eso es que la visualización que tenemos de toda la normativa y la regulación específica del sector medicamentos está en los '90. No hemos podido salir de los '90, seguimos allí mas allá que se cuestione la década de los '90 como terrible y negativa para el país. La realidad es que salvo la ley básica, la Ley Oñativia, y la Ley 16.463 que es anterior y marcó toda una etapa de regulación y funcionamiento con sus virtudes y defectos pero con todo un espacio de tiempo importante, el resto de las normas son todas del '90.

El Decreto 2284 de desregulación económica es el marco general que regula el funcionamiento de muchos aspectos de la economía, pero en medicamentos también hay aspectos muy importantes como la desregulación de los precios, o el primer llamado a una política de genéricos.

Discutí con el Dr. Domingo Cavallo en su momento que esto era un

error, que no se podía cambiar la competencia de mercado con desregulación de precios, y los 10 años que pasaron me dieron la razón. Pasamos de un mercado del orden de los U\$S 1.000 millones/año a un mercado que llegó casi a los U\$S 4.300 millones/año al año '98. Y lo más dramático es que ha habido una disminución en el consumo de un 40% de lo que era el '91 en unidades, con valores prácticamente iguales de mercado. Es decir que estamos consumiendo en moneda dura la misma plata que hace más de 10 años, pero sólo tenemos el 40% del abastecimiento.

Una norma importante fue el Decreto 150, que es la aplicación de la desregulación a los medicamentos. La Argentina con el Decreto 150, después ratificado por la ley de confidencialidad, lo que hizo fue poner el registro de los medicamentos fuera del país. Esto, independientemente de los defectos que tuviera el sistema de registro nacional que debería haber sido optimizado, hizo que se llevara al registro fuera del país a través de los tres artículos bien conocidos y sus anexos 1 y 2, donde se establece automaticidad en el registro y una delegación del control de calidad de los productos elaborados o comercializados en mercado extranjero.

Esto provocó una eclosión de registros de productos de empresas que no tenían asegurada su calidad, que ingresaron a través de estas normas automáticas. En principio los trámites de aprobación eran 40 días, luego se llevaron a 120 días, lo cual permitió en la lógica de la desregulación económica en los '90 que hubiera muchos productos en la oferta para competir entre sí. Y esta lógica llevada a que había libertad de importación, cosa que subsiste hoy en día, y que había obligatoriedad de prescribir por genéricos, que luego se transformó en voluntaria, se suponía que iba fomentar una competencia llevando a una sobreabundancia de farmacias a través de la desprofesionalización de la misma que fue lo se propendió, y a llevar medicamentos fuera de las farmacias, a supermercados y demás.

Es decir transformar un medicamento en un confite, suponiendo que por esa transformación iba a darse una competencia brutal entre los distintos componentes de la oferta y esto llevaría a una disminución de precios. A lo que llevó es a una consolidación de precios elevados, y a pesar de que la sobreoferta siempre estuvo presente, a una disminución marcada en el consumo y a un mantenimiento de los términos del mercado a valores de moneda constante estable o en crecimiento hasta el año '98. Con un creci-

miento ligero al principio y luego brutal, con la teoría de incremento de los precios.

Esta parte de la disminución abrupta a partir del 2002 en el consumo en términos históricos ya llega al 40% de lo que era el consumo original, y a un descenso en el último año del 40%, y esto es el moderador de precios más importante que tuvo el mercado.

Mediante la ley 24.766, que es la que se propició para que el secreto industrial estuviera resguardado, y a su vez se la aprovechó también para transformar en ley al decreto 150, que hasta ese momento era de necesidad y urgencia, se fortaleció esta doctrina de la libertad de mercado. Es parte también de esta virtualidad que caracterizó la década del '90, y hasta el día de hoy subsiste como un imaginario común, es como si se protegieran los secretos industriales.

Cuando tuve el ingreso a la ANMAT teníamos varias líneas para seguir, pero una de ellas era la confidencialidad, y sabíamos que existía, así como en los '80 con el Dr. Aldo Neri sabíamos lo que pasaba en la Dirección Nacional de Drogas, Medicamentos y Alimentos, sabíamos que había piratería industrial, y de hecho había todo un centro de cómputos estatal destinado a la piratería industrial. Mas allá de las regulaciones, la virtualidad en el funcionamiento de los sistemas hace que sea una constante que subsiste hasta el día de hoy.

## **EL PRESENTE**

Respecto de la ley de patentes, ya lo mencionó recién Aldo Neri, podemos decir que pasados los primeros 5 años de periodo transicional, aun hoy en día no son claramente visibles los efectos de esta ley, con las virtudes y defectos que tiene cualquier sistema de patentamiento.

Lo único que es visible y todavía es terreno de disputa, es cuánto más monopólica puede llegar a ser esta ley. Esta ley está acordada dentro de los términos del TRIPS, y está en algunos casos llegando cerca de los límites que permiten los acuerdos internacionales a los cuales Argentina debe honrar. En algunos casos podría haberse discutido un poco más, por ejemplo en términos de resguardar a su propia producción industrial interna, cosa que no formó parte en el momento decisivo de la discusión, y se privilegió un término de renta de 5 años plus para poder hacer una caja más duradera.

Independientemente de eso, los efectos del INPI en el contenido de registro de una patente y su reconocimiento práctico en el mercado sigue estando en la vía judicial, no hay ningún instrumento que diferencia lo que es el registro de un producto para su comercialización y el registro de un producto para protección de propiedad intelectual.

Esto tiene todo un terreno de discusión, depende desde qué punto se lo quiera observar, pero lo que queremos marcar es un concepto de limitación en los reconocimientos de patentes. No creemos que pueda ser un instrumento de monopolio, tiene que ser un instrumento que permita el desarrollo, pero la realidad es que también se mantiene esta virtualidad de los '90 en este punto.

Y también en la ley de prescripción por genéricos. Hemos llevado a esta sociedad, no sólo en el ámbito profesional sino también a la comunidad, la discusión de un tema por el cual los que conocen el Grupo, saben que lo venimos defendiendo desde hace más de 20 años. Venimos defendiendo prescripción por denominación genérica desde fines de los '70, y las primeras normas de uso obligatorio en rótulos y prospectos son de la primera gestión nuestra en el gobierno con el Dr. Menem, donde ya entonces fue motivo de discusión.

Sin embargo llegar a la obligatoriedad total de la prescripción por denominación genérica nos parece un error, pero independientemente de eso entramos en el campo de la virtualidad cuando obligamos a prescribir por algo que no existe. En Argentina hay medicamentos similares, todo aquel que sabe de medicamentos sabe que es así, que es necesario profundizar esta causa y llevar a que haya medicamentos genéricos reales, con normas de cumplimiento de calidad, con buenas prácticas de manufactura y control, con estudios que determinen equivalencia terapéutica, no necesariamente en todos los casos biodisponibilidad o bioequivalencia in vivo, depende de los productos.

Lo que nos parece que nuevamente entra en el marco de la virtualidad de los '90 y que esto es una continuidad de toda esa década, es el establecer una política o subprograma de prescripción por medicamentos genéricos sin medicamentos genéricos.

En cambio diferencio al programa Remediar, porque en el medio de la terrible crisis que se produjo, creo que fue suficientemente rápido como herramienta real y que sirve como un paliativo, porque si uno establece la proporción de presupuesto de unidades disponibles y las propias características del programa, sabemos que no es más que un paliativo.

El Programa tiene sus virtudes y defectos, no voy a entrar en el análisis del Remediar, nosotros estamos desarrollando con los centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, con los Centros de Salud Pública, una investigación que en realidad es una encuesta de funcionamiento del Programa, que estará disponible antes de fin de año o quizás en algunos de estos encuentros lo podamos presentar.

En definitiva, creo que dentro de todo el marco de los '90, esta situación de virtualidad se mantiene y para mí la única herramienta real que sale al cruce de esta situación es el Programa Remediar. Es cierto que el Programa Remediar se hace absolutamente necesario porque la característica de la ingerencia económica en las políticas sanitarias, que es también un fuerte acento de la década del 90, tanto en la ley 2284, como en el decreto 150 y como en casi todas las demás normas que establecieron el dominio económico sobre el sanitario, se ve presente en lo que pasó en la crisis. Porque cuando empezamos a pensar en la emergencia sanitaria pensamos en los términos tradicionales de reconocimiento de una emergencia. Cuando ocurre una emergencia lo que hace falta es financiación para resolverla y acá lo que hubo fue imaginación.

## EL FUTURO.

Nosotros coincidimos como la mayor parte de los especialistas de este tema en que el futuro sanitario es fuertemente dependiente de las herramientas de regulación. Proponemos diez herramientas concretas de regulación, admitiendo por supuesto que hay otras herramientas. En el campo de las tecnologías de uso y de aplicación de la medicina humana, estas son las principales pero seguramente hay otras que se podrían agregar y estas mismas serían tema de discusión.

El tema de **registro**, aquello que está disponible para que pueda ser un componente validado de la oferta es un tema central. No debería ser posible utilizar una herramienta, un medicamento o una tecnología en salud si esto no está suficientemente validado. Lamentablemente el arrastre que tiene el país es de haber cerrado los ojos, y aceptado cualquier herramienta y validado cualquier cosa, sin haber tenido un componente sensato o crítico para la incorporación de esa tecnología. Esto es una asignatura pendiente.

De los términos contemporáneos de **calidad**, tenemos necesaria-

mente que hablar de **nuevas prácticas, de nuevas normas de manufactura y control** en este caso que es la manera de construir calidad, que es distinto a controlarla. Cuando uno construye calidad, sabe que el resultado final, salvo algo rarísimo, es un producto, una práctica o un centro de calidad. No es discutible en el mundo, es aceptado por los países desarrollados y subdesarrollados. Pero en la Argentina todavía es una disputa, no está claro si es todo lo mismo, si hay excelencia y si hay otras formas de hacer las cosas. Y lo que sucede es que en el medio de una disputa económica, generalmente aquel que hace las cosas con validación de calidad queda fuera de competencia, cuando debería ser al revés.

Nosotros hemos hecho desde nuestra Fundación una **evaluación de cumplimiento de calidad con la industria farmacéutica**, ya que a través de las disposiciones y las normativas vigentes es exigible en el país el cumplimiento de las buenas prácticas de manufactura y control, que sigue el lineamiento de recomendación de la O.M.S del año 92. Estas normas suplieron a las que hasta ese momento estaban vigentes en el año 1999, que eran las recomendaciones del año 1975. Además hay nuevas normas de la OMS a partir del año 2001. Pero digamos que las que están exigibles y vigentes en la Argentina son las OMS de 1999, y la diferencia entre el '75 y el '99 no es una cuestión de cantidad sino que es una dimensión de calidad, que son dos cosas muy diferentes.

De las 250 empresas que forman parte del parque que ofrece medicamentos y conforman el grueso de la franja de medicamentos y que están reconocidas por el ANMAT, (hay algunas más reconocidas por el ANMAT, cerca de 300, pero casi no tienen significación económica en el mercado) estamos hablando aquí del 99,99% de la oferta. Entre estas 250 empresas que mencionábamos, solamente hay 47 que nosotros hemos podido detectar que cumplen la recomendación de la OMS del '92. Sabemos que hay otras empresas que están en progreso, pero entre las que pueden estar en esta etapa, el total seguramente no va a llegar a 70.

Las primeras 50 empresas en la Argentina son responsables del 93% del mercado, en tanto que el resto de las empresas tienen sólo una pequeña participación. Y dentro de las primeras 50 empresas casi todas están calificando dentro de los que son criterios OMS 92, o van a estar muy cerca. Este tema lo relacionaremos después con genéricos, porque en la Argentina hoy no sabemos cuántas empresas hay. En una estimación grosera puedo decir que son más de 400, pero muchas de ellas ni siquiera

tienen un reconocimiento oficial nacional y algunas tampoco tienen un reconocimiento oficial provincial.

## **PRECIOS.**

Desde nuestra óptica es indispensable regular precios. Coincidimos con Aldo Neri en que no es pensable volver al sistema inglés. La Argentina adoptó durante la gestión del Dr. Oñativia el sistema inglés de regulación de precios, maduro, burocrático, con análisis de rentabilidad y con componentes de costos. Hoy en día en Inglaterra sigue funcionando y muy bien, pero dadas las características de Argentina y considerando la terrible desregulación que ha ocurrido, el hábito de no controlar nada, o de aceptar las cosas como vienen porque así son, nos subimos o nos bajamos pero las aceptamos, considerando todos estos factores nos parece imposible volver a eso. Pero sí hay normas muy efectivas, en lo personal soy seguidor del modelo francés y de su forma de evaluación farmacoeconómica. Pero independientemente de que sea ese u otro modelo, es absolutamente indispensable para el funcionamiento del sistema.

Esto es muy urticante para el sector industrial porque la historia y el recuerdo del control de precios ha hecho diferencias enormes de acuerdo a las ventajas que se podían obtener en este aspecto, pero creemos que groseramente el 40% de la cobertura de medicamentos que exige el PMO, es parte de la virtualidad del sistema. Acá los financiadores hacen como si financiaran, cuando en realidad están recibiendo descuentos más que sustanciales. Lo terrible es que si los estudios coincidían en demostrar que en el '98 o '99 el gasto de bolsillo del usuario era del orden del 65% del pago de la factura, hoy en día es del 100 o el 98%, porque los otros son datos desdibujados, descuentos que están implícitos en el precio del producto Y entonces el único que no tiene la posibilidad, es el más necesitado. Ese que está en una zona más desfavorecida, que no tiene una asistencia directa porque no tiene obra social, y si no le tocó la gracia del Programa Remediar y tiene que ir a la farmacia, no solamente paga el 100% sino que además paga más, porque con lo que paga está cubriéndole la cuenta a algún sistema solidario que da descuentos a otros.

## **PRODUCCIÓN LOCAL Y OFERTA DE MEDICAMENTOS**

Hemos sostenido la necesidad de establecer estímulos a la producción local. Brasil lo hace, Uruguay lo ha hecho. Estamos hablando en térmi-

nos de reconocimiento de propiedad intelectual, en otros aspectos sabemos que los brasileños también lo hacen. No vamos a discutir las normas ahora, pero es necesario establecer si nosotros queremos que un sector que ha tenido por un lado una pujanza importante durante muchos años, y por otro lado un costo social también importante como lo ha expresado recién Aldo Neri, si realmente queremos que una inversión del común de la Argentina para el desarrollo de empresas hoy estamos dispuestos a que desaparezca.

Somos un país chico, tenemos sólo 37 millones de habitantes y tenemos más de 370 empresas, entonces cabe preguntarse qué volumen promedio de facturación puede tener una empresa cuando el volumen total del mercado está en el orden del 3.500 millones de dólares. Hay muchas empresas dentro de este paquete que no son económicamente sustentables y deberíamos tender a un modelo dentro del país de empresas sustentables y competitivas en el extranjero, para hacer la parte, por lo menos, de la defensa del producto bruto nacional.

El parque de la oferta de los medicamentos en la Argentina, no solamente en Argentina sino en toda la región, es sobreabundante en términos de diferentes marcas o calidades de oferta de lo mismo o de algo parecido. Y yendo más lejos, de productos que no tienen ninguna validez terapéutica, que no tienen elementos científicos como sustento. Esto es necesario reformularlo hacia adentro del sistema, más allá que podamos discutir el método, pero si no hay una vara de medida para poder establecer qué sirve o no, qué es lo aceptable y qué no lo es, va a ser muy difícil desarrollar un modelo.

Nosotros pensamos que una forma de superar esta situación es a través de la selección. Siguiendo los parámetros de la OMS, nosotros desde el año '78 venimos practicando el buen hábito de hacer propuestas de Formulario Terapéutico Nacional. Hemos hecho la propuesta del Formulario Terapéutico de la Confederación Médica durante muchos años, y a partir del año 2000 intentamos hacer la propuesta del FTN. No hubo tiempo de gestión para que fuera sancionado, las autoridades que siguieron después de la gestión en el año 2002 no aceptaron esta propuesta y quedó como una asignatura pendiente.

Nosotros reforzamos esta propuesta, creemos que es parte del futuro y tenemos el compromiso de nuestra gente a través de lo que se ha llamado Formulario Terapéutico Conamed 2002 y 2003.

## **FINANCIACIÓN**

Con respecto a la financiación es una herramienta perdida. Antes desde el monitoreo de un sistema uno sabía que pagando la factura, había una herramienta muy poderosa de orientación que podía conducir tanto a la oferta como a la demanda. Hoy en día la financiación está en los grandes sistemas, fuera del sistema global. Esto es una forma complicada del funcionamiento del conjunto que debe ser corregida. Esa corrección debiera intentarse por términos no sangrientos, tendría que formar parte de acuerdos, salir de la controversia y de la pelea, salir de las verdades absolutas y tratar de entender cómo funciona el sistema, cuáles son las necesidades de los distintos sectores y hacer un modelo. Discutir el modelo todo lo que haga falta, ponerlo a prueba, y después ir mejorándolo pero con este manto, con este conjunto de consensos y de acuerdos que lo hagan posible.

## **GENÉRICOS, PROMOCIÓN, INFORMACIÓN Y MARKETING**

Con respecto a genéricos es necesario construir una política sólida o un programa sólido. Para eso tenemos que ser inflexibles en calidad a través de buenas normas de fabricación y control. Tenemos que ser inflexibles en la exigencia del común de todos nosotros, en las equivalencias terapéuticas, con los métodos que correspondan ya sea in vitro o en vivo, hay muchísima información en el mundo con respecto a esto y paneles que se realizan de distintas maneras.

La forma de ganar la confiabilidad de parte del usuario, tanto sea del profesional al momento que haga sus actos, o del que recibe el beneficio del producto, llamémosle paciente, no hay diferencias de calidad entre uno y otro, a pesar de que hay tratados importantes en cuanto a las variaciones de aquellos productos que se denominan equivalentes terapéuticos, pero que están dentro de los parámetros de diferencias muy importantes.

La promoción y la publicidad es una asignatura pendiente. En lo que es publicidad directa de medicamentos de venta libre, a pesar que tiene normas específicas siempre hay desvíos importantes y también en lo que hace a la promoción que es donde los desvíos son mayores. Porque las prácticas desleales en promoción son moneda corriente y la crisis lo único que consiguió es acentuar la deslealtad de las prácticas de promoción.

Nos hemos propuesto y seguimos promoviendo un código de ética no voluntario, sino que sea un firme compromiso de consenso y de cumplimiento obligatorio, para que regule qué se puede hacer y qué es lo que no se debe hacer, y cuales son sus instrumentos punitivos para evitar que el más inconsciente o el más rápido gane terreno engañando a los demás, y obligando a los demás a engañar también para no perder mercado.

El suministro de información es otra de las cosas que nosotros proponemos como herramienta indispensable. Es imposible pensar que aquel que va a ofrecer un producto sea medicamento o tecnología, no tenga por lo menos un mínimo sesgo en la intencionalidad de que ese producto sea adquirido. Tiene que haber fuentes objetivas de información, para que tanto médicos, farmacéuticos u odontólogos, reciban información científica confiable, validada y no sesgada, para que en sus prácticas y su forma de expresarse con respecto a los sistemas organizados de salud y a los usuarios o pacientes que tiene a su cargo y bajo su responsabilidad, puedan hablar con fuentes de información real.

## **REFLEXIONES FINALES**

Queremos dejar marcado y este puede ser un tema más polémico para el auditorio, la necesidad de que haya una mayor regulación en lo que es marketing, probablemente una palabra muy englobadora, y en lo que es distribución y dispensación. Casi todos los países que tienen mercados mejor controlados es porque esto lo tienen mejor regulado. En la Argentina a pesar de que hay algunas normas de regulación, no se cumplen suficientemente. Esta es otra asignatura pendiente muy importante.

Cuando hablamos del rol regulador, todos pensamos en el "*Papá Estado*" y por supuesto tiene que estar presente, pero no es el único capaz de regular. Todos tenemos una cierta capacidad regulatoria en la medida que seamos concientes de lo que estamos haciendo, desde nuestra práctica cotidiana, en el lugar que tengamos acceso de algún tipo a los sistemas intermedios organizados de salud, a los grandes sistemas, y por último culminando con lo que debería ser la regulación nacional.

En este sentido, ya lo marcó Aldo Neri, nosotros tenemos una gran ventaja al ser un país federal pero también tenemos una enorme desventaja, porque hay parte de los acuerdos que van más allá del propio sector y requieren un acuerdo en términos de país federal. Hay atribuciones que no

están dadas al Estado Nacional y es correcto que haya un resguardo de las provincias de lo que es un poder de policía, pero hay principios básicos para poder definir qué modelo de país queremos, y en salud no debería haber 23 modelos diferentes. Dentro del marco general, desde el punto de vista de las tecnologías, debería haber por lo menos un ente regulador fuerte a nivel nacional que sea el fiel cumplidor de las políticas del Estado, y ese organismo debería ser el ANMAT.

Hoy en día a pesar que en un momento, pareció que podía ser, está absolutamente sin fuerzas y deberíamos apostar a darle más fuerzas al ANMAT, darle la suficiente ingerencia en la regulación nacional y federal, para poder ser orientador de un futuro con políticas ciertas, concretas y reales.

## La experiencia de Entre Ríos

*Dr. Roberto Lerena*

### INTRODUCCIÓN

El tema que nos convoca a esta mesa ha sido la Regulación del Medicamento su presente y futuro y sobre el tema particular del medicamento propiamente dicho, ya Roberto Lugones ha informado suficientemente. En nuestro caso particular, por ende, queríamos referirnos a otro aspecto de la desregulación, que ha sido su incidencia en lo que es la farmacia y más precisamente en el farmacéutico.

Por eso, no puedo menos que hacer un poco de historia y contar que provengo de una provincia que es Entre Ríos, una de las más afectadas por el fenómeno de la desregulación. Como decía hace unos minutos Roberto Lugones, no todas las provincias han sucumbido de igual forma a este fenómeno, porque en resguardo de su derecho constitucional, más precisamente del derecho de regular la salud, hay provincias que han adherido lisa y llanamente a lo que es la desregulación, como es el caso de Entre Ríos, y otras lo han hecho parcialmente, y algunas incluso se han negado a hacerlo.

En la provincia de Entre Ríos nos encontrábamos en la década del '80 con un sólo problema, era una provincia muy regulada pero que tenía el inconveniente de la lucha contra las falsas propiedades. Vale recordar que justamente un problema era una norma regulatoria que establecía que el farmacéutico era el único habilitado para ser propietario, entonces aparecían por todas partes capitalistas que amparándose en la figura de un profesional operaban desde lo oculto. Toda esa problemática con la desregulación quedo atrás, fue el campo propicio para que mucha gente pensando que había un abuso en ese tema y que se trataba de un mercado cautivo, postulara eliminar no sólo la propiedad, sino que avanzara sobre todo lo que sabemos con respecto a la desregulación.

Todo esto hizo que tengamos que aparecer en la década del '90 con una necesidad de la sociedad tendiente a desregular el mercado, y acá quiero hacer una digresión como abogado para ubicarnos en los términos de esto, que es fundamentalmente ahondar un poco en lo que significa regular.

Para nosotros **regular es establecer normas, barreras, vallas sobre las cuales no se puede pasar, y esta regulación tiene también dos visiones distintas, una estrictamente jurídica y otra económica.**

Desde el punto de vista jurídico nosotros los abogados queremos amparar a la regulación nada más y nada menos que en la Constitución Nacional al decir que no hay derechos absolutos, y que esto se aplica al derecho de negociar o de vender medicamentos que tienen igual o mayor valor que otros bienes al relacionarse como en este caso con la salud. Por eso cuando la Constitución dice que no hay derechos absolutos y que todos dependen de la regulación de su ejercicio, es nada más y nada menos que eso, es la regulación que todos estamos requiriendo, no una regulación salvaje que impida todo, pero sí algo que beneficie más que al mercado a la salud.

En este sentido podemos decir que desde el punto de vista económico a diferencia de lo jurídico la desregulación significa básicamente el libre mercado, significa como decía Roberto Lugones, el tratar fundamentalmente de bajar los precios, que haya una mayor oferta de bienes y servicios y una mayor competencia, y que esto en definitiva lleva a prescindir de la figura del Estado. De un Estado que no creemos que tenga que ser omnipotente ni estar en todas las partes del proceso, ni del ámbito farmacéutico, ni del medicamento, ni de la farmacia, pero tampoco puede llegar, como lo ha sido en esta última década por lo menos en mi provincia, a estar totalmente ausente.

## **LA EXPERIENCIA EN ENTRE RÍOS**

Habiendo hecho esta digresión les comento que en Entre Ríos en el año '92 surge una ley que adhiere sin ningún tipo de reservas, al decreto de desregulación económica de Domingo Cavallo. Esta norma en sí misma, cuando se la observa, y se ve que tiene tres postulados fundamentales sobre la farmacia y el farmacéutico que consisten en la libre propiedad, la venta libre del medicamento en cualquier lugar y en sacarle restricciones a la ubicación de la farmacia, quizás no llegue a preocupar tanto como lo que fue su resultado en la práctica.

Decimos esto porque la interpretación que hicieron de esta norma,

tanto las autoridades, el público, como los mismos farmacéuticos y reiteramos, por lo menos en nuestra provincia, fue francamente salvaje. Podemos de algún modo definirlo así porque en las normas de desregulación o los aires de desregulación, las interpretaciones fueron más allá de cualquier ley o de cualquier posibilidad que podía imaginarse.

Así tenemos que contar por ejemplo, que en nuestra provincia para controlar 400 farmacias y otros tantos farmacéuticos, existe una sola jefa del Área de Farmacia que tiene un sólo empleado administrativo, esto significa que el control estatal no existe y esto ha posibilitado un desborde increíble. Y por supuesto esto también fue avalado por funcionarios.

Como anécdota recordamos que en el año '94 el asesor jurídico de Salud Pública de la provincia de Entre Ríos emitió un dictamen en el cual decía que *"fundado en la desregulación no es necesario tener un farmacéutico por farmacia sino que bastaría que haya un farmacéutico para todas las farmacias de la provincia"*. Ante el infarto cerebral que sufrieron varios miembros del Colegio, ante lo que sería evidentemente la desaparición de la profesión y cuando creíamos que todo venía en decadencia, empezaron a surgir otros elementos que fueron a posibilitar el repunte de esta circunstancia, pero no queremos tampoco dejar de hacer un mea culpa a la actitud de los mismos farmacéuticos.

Es muy común en Entre Ríos que lo que más se haya afectado por la desregulación sea la propia dignidad del profesional. Un profesional que en lugar de rescatar su ámbito de trabajo y de querer estar presente en la farmacia, aprovechó en la mayoría de los casos y sobre todo en los primeros años de la década del '90, la excusa para irse del mostrador diciendo *"Me pagan un sueldo de \$300 y por ese honorario no quiero estar al frente de la farmacia, me quedo en mi casa y que me lleven las recetas para firmar y no aparezco por la farmacia"*.

Este ha sido uno de los principales factores negativos que se ha sumado a las ya objetivas normas desregulatorias y a la posición de un Estado totalmente ausente.

Esto parecía el final del Colegio, de los farmacéuticos y de las farmacias, consideradas como hoy las queremos, porque en Entre Ríos muchas se han transformado en pequeños boliches, que tienen desde relojes y peluches, hasta elementos de limpieza. Esta situación la teníamos en el año '94 o '95 hasta que luego y gracias a Dios, apareció el famoso problema de

los medicamentos truchos o adulterados, planteado esto entre comillas.

Esta situación fue mediáticamente importante, e hizo que las autoridades de Salud Pública debieran salir a ver cuáles eran los farmacéuticos que estaban en cada farmacia, cuáles eran las farmacias habilitadas y cómo podían hacer para distribuir la información con respecto a los lotes adulterados. Cuando el Secretario de Salud tuvo que hacer eso, alguien le informó que no existían tales registros, nadie sabía quién era el farmacéutico en cada farmacia, y ni siquiera estaban seguros si había un farmacéutico en cada farmacia.

Ahí surge algo de una importancia fundamental, cuando con una llamada telefónica mediante, las autoridades piden que por favor el Colegio se hiciera presente para dar esa información, y para postular algún tipo de salida elegante ante esa situación caótica en la cual las autoridades tenían que dar una respuesta. Esto nos llevó como Colegio, a poder dar el primer paso que revirtiera este proceso desregulatorio infame, que en Entre Ríos tuvo características realmente inapropiadas.

Así fue que el Colegio asumió una activa colaboración en esa emergencia y posibilitó no sólo acceder a la información, los registros y las direcciones de las farmacias, o a corroborar qué farmacéutico estaba en cada farmacia, sino que incluso se ocupó de distribuir la información acerca de los medicamentos adulterados.

Realizó toda la promoción a su costo para llevar a la población todas las advertencias necesarias, e incluso pagó de su propio bolsillo y puso a disposición de Salud Pública, farmacéuticos idóneos para que pudieran presentarse en la farmacia y hacer los controles respectivos, siempre de la mano de Salud Pública. Además actuó incluso llevando a la justicia en carácter de peritos a farmacéuticos que también fueron pagados por el Colegio, para que pudieran establecer las responsabilidades que le tocaba a cada profesional o a cada propietario de farmacia en cuanto a la adquisición de esos lotes que aparecían como adulterados.

Al haber asumido y desempeñado el Colegio este papel importante que vino a ser el salvavidas de Salud Pública, se nos dio la posibilidad, no de ir directamente contra las normas desregulatorias, sino de efectuar la humilde tarea de sistematizar y de poder decir qué era lo que significaba la desregulación económica dentro del área de la desregulación de la salud.

Fue así entonces, que le tocó también al Colegio hacer el proyecto

de redacción de una ley, que el único objetivo que tenía en ese momento era poder establecer la regulación de la desregulación. Porque la ley dice que el propietario puede ser cualquier persona, aunque nos duela que sea así, y que los medicamentos de venta libre pueden venderse fuera de la farmacia y que no hay restricciones en cuanto a la ubicación. Pero dejábamos a salvo el hecho de que tenía que haber un farmacéutico por farmacia, un farmacéutico cada 8 horas, y que el supermercado también tenía que tener un registro de los medicamentos que compraban, con un espacio acondicionado para funcionar como farmacia y por supuesto, tener un farmacéutico.

En fin, cuestiones que para muchos podrán parecer más que obvias, para nosotros se constituyeron en ese momento en una gran salida, un gran aporte, sobre todo para algo que teníamos como de fundamental importancia en ese momento, que era resguardar la profesión farmacéutica que realmente había sido amenazada.

## **EL PRESENTE DE ENTRE RÍOS**

Esto hace que nos lleve al presente que se está dando hoy en Entre Ríos, y a partir de la experiencia que narramos podemos hablar de la importancia que tienen las instituciones y el Colegio fundamentalmente, en tratar de reemplazar el Estado. No con el ánimo de quedarse con el poder de policía, nada más alejado de nuestra voluntad, sino a través de cubrir los déficits que tiene el Estado, que es como el Colegio va tomando importancia y va logrando poco a poco normas que no creemos que sean descolocadas, sino que lo único que están tratando es de restablecer un equilibrio entre lo que tiene que ser la economía por una parte, alejada de la salud, con respecto a lo que es la actividad profesional y la dignidad del farmacéutico.

El Colegio ante la carencia de leyes, lo que trata de hacer es de devolver al farmacéutico al ámbito de la farmacia. Como es de imaginar, esto no lo podíamos hacer en forma compulsiva porque teníamos un padrón de aproximadamente el 70% de los farmacéuticos que no asistían a su lugar de trabajo. Ninguna norma por más poder que nos diera podía hacer cumplir lo que la gente no estaba dispuesta a hacer.

Esto hizo que el Colegio comenzara estableciendo un esquema de trabajo que en una primera instancia fue el convencer al farmacéutico que era un profesional, que tenía dignidad y que lo primero que tenía que hacer no era cuestionar los \$300 que le tenía que pagar un propietario farmacéutico, sino que debía demostrar que su labor no era simplemente bajar cajitas de la estantería, sino brindar al paciente - no al cliente- un asesoramiento, indicarle o aconsejarle lo que tenía que hacer, y desempeñar en toda su extensión lo que es la profesión con la dignidad que eso supone.

Esta primera etapa nos trajo muy buenos resultados, porque pudimos revertir la tendencia del 70% al 30%, llevando a que los farmacéuticos volvieran voluntariamente y convencidos de la labor que tenían que realizar. Y vale destacar que esto se desarrolló a partir de los jóvenes profesionales que no eran propietarios de farmacia, sino que querían volver a una instancia de farmacia donde se superara la función del propietario, como para aparecer como directores técnicos, reales profesionales encargados de la farmacia, y a partir de eso vender su labor a los propietarios permitiendo con ello ir en aumento de su salario. El enemigo a vencer no era la desidia del propietario sino al idóneo de farmacia, aquel que por conocer bastante el tema, el propietario le pagaba más, y aparte del cual tenía que pagar una regencia de \$300. Cuando los farmacéuticos que podían desempeñar esa labor fueron desplazando al idóneo de farmacia para quedarse con la regencia, no formal sino real, de la oficina farmacéutica, es allí que se produce el gran cambio.

Con respecto al otro 30% que ya no quería volver a la farmacia, bien porque no quería trabajar o porque no sentía la profesión farmacéutica como lo estamos indicando, hubo que canalizar otro tipo de elemento, como fue ante la ausencia de normas, el Código de Ética del mismo Colegio. Recurrimos a sus normas que son habitualmente muy generales y que rescatan la idiosincrasia del profesional, para poder de esa forma sancionar, y así con un poco de miedo de por medio, lograr que volvieran a la oficina farmacéutica.

Cuando no pudimos lograr con otra fracción de la población de profesionales que volvieran a la farmacia, recurrimos al último paso que es denunciar en Salud Pública a aquellos establecimientos farmacéuticos que directamente no poseían farmacéuticos, o donde el farmacéutico no concurría como tal, que es en la instancia donde hoy está actuando el Colegio.

## **REFLEXIONES MIRANDO AL FUTURO**

Hemos mostrado algo del pasado, y fundamentalmente lo que es el presente en nuestra provincia. Y con respecto al futuro lo que estamos haciendo y pretendiendo ahora sí, es volver a cambiar la ley, no digamos volver a la década del '80 para no ser tan esquemáticos y restringidos, pero para poder llegar a unas pautas básicas, que como le comentábamos a Roberto Lugones, deberían ser unificadas como mínimos básicos en todas las provincias, y que deberían ser algunas restricciones en la localización de la farmacia.

En Entre Ríos hemos tenido una enorme e incorrecta distribución geográfica, ya que la mayoría de las farmacias se han ubicado en centros poblacionales importantes, como la capital Paraná, donde en un radio de tres cuadras en la zona céntrica hay siete farmacias. A partir de eso se dan las condiciones para que la competencia económica haga que caiga el nivel del servicio y la calidad profesional, que a mí en particular me interesa muchísimo.

Finalizando ya con esta humilde exposición, esperamos que les sirva esta experiencia que hemos tenido, y nuestra conclusión es que a partir de ella rescatamos la capacidad de la gente y de los farmacéuticos que están a cargo de los colegios profesionales, porque han sido un elemento clave para revertir una situación muy crítica y muy real, donde la extinción de la profesión llegó a estar directamente a un paso de concretarse

Quedamos a disposición de cualquier colega abogado de otro Colegio o de los mismos farmacéuticos para orientarlos, y sobre todo para decirles nuestra reflexión final, que es lo mismo que decimos a los farmacéuticos de la provincia de Entre Ríos, por favor dignifiquen la profesión en el mostrador y desempeñándose como profesionales, porque de ese modo fundamentalmente pueden elevar la categoría para no ser simples sucedáneos de los médicos y desempeñarse con total hidalguía, saber que son importantes para el paciente, orientarlos y defender de esa forma lo mejor que tienen que es su título.

## Reflexiones sobre el medicamento, las farmacias y los farmacéuticos

*Farm. Hugo Robatta*

### INTRODUCCIÓN

Como dirigente de las instituciones farmacéuticas, simplemente voy a aportar algunas opiniones más que informaciones, acerca de lo que hicimos desde nuestras organizaciones profesionales los colegas de todo el país frente a la cuestión legislativa, muy bien abordada por quienes me precedieron en el panel.

### REFLEXIONES SOBRE EL MEDICAMENTO Y LA FARMACIA

Los farmacéuticos desde que ingresamos a la Universidad, y ésta es una alusión que a mí me resulta imposible dejar de lado porque hay muchos estudiantes de farmacia aquí presentes, además de formarnos como especialistas del medicamento vamos formándonos en una concepción acerca de lo que son la farmacia y el medicamento. Abrazamos una vocación y nos vamos formando y reafirmando en esa concepción. Por lo tanto todo lo que podamos decir acerca del tema legislativo, del medicamento o de la farmacia estará siempre teñido de esa forma de entender al medicamento y a nuestra profesión.

En la apertura de estas Jornadas, el Dr. Cámara hacía alusión a algo que escuché en una cátedra de la carrera de farmacia hace ya algunos años aquí en Rosario, que la raíz griega de la palabra farmacia era *pharmakon*, y se utilizaba en esos remotos tiempos no sólo para definir a la medicina que curaba sino también al veneno que podía matar.

Esta doble condición del medicamento llegó hasta nuestros días. Esto es así porque a pesar de todos los esfuerzos realizados en investigación y desarrollo, tratando de buscar lo que alguien denominó una vez la bala mágica, esa sustancia, ese medicamento capaz de actuar selectiva y

exclusivamente en la raíz molecular de la enfermedad sin afectar en absoluto al organismo que la contiene, a pesar de todos los avances y de que contamos con muchos y mejores medicamentos, todavía entre ese arsenal terapéutico tan moderno, no tenemos un sólo medicamento que exhiba como propiedad: la inocuidad.

No existe por lo tanto todavía, un medicamento que se pueda utilizar de cualquier manera, sin ningún tipo de cuidados, sin estar en riesgo de generar algún efecto adverso o indeseable por el mal uso del mismo. No existen medicamentos inocuos, esta es una definición fundamental que defendemos los farmacéuticos y por ello, para nosotros, sigue más vigente que nunca esa tratinada y repetida definición "*los medicamentos son venenos que administrados en dosis terapéuticas pueden llegar a curar*".

Pero por otra parte, a pesar de esta doble condición de veneno y sustancia curativa, es indudable que los medicamentos se han transformado a través del último siglo en la herramienta más utilizada por la medicina para la prevención, la atención o la curación de enfermedades. Detrás de ellos y de su tremenda utilidad se ha desarrollado una notable estructura de investigación y producción industrial, muy poderosa económicamente.

Paralelamente a ese desarrollo industrial, comenzó a generarse la discusión entre los que creemos que el medicamento es esto que comentábamos, que tiene que manejarse con cuidado profesional, que es de una tremenda utilidad sanitaria y que debiera ser un bien social, y quienes simplemente lo consideran una mercancía. Esta discusión que viene de hace rato, va a seguir y se va a traducir en normas y leyes que expresen el equilibrio o la prevalencia de una sobre otra entre estas dos concepciones que siempre están en pugna como telón de fondo en todo debate legislativo.

Que un medicamento sea considerado un bien social, significa nada más y nada menos que el Estado deba garantizarle su acceso a todos quienes lo necesitan en la cantidad suficiente, con la calidad adecuada y en el momento oportuno. Para ello deberá fijar normas y regulaciones en todas las etapas del medicamento. Si por el contrario, como algunos iluminados economistas de la Argentina de la década de los '90, se considera que el medicamento es una mercancía, al Estado se le hace mucho más fácil. Simplemente con hacerse a un costado se terminó el problema, se le deja al rey mercado que fije las normas, las pautas, de producción, de investigación, etc.

En este último caso, tendremos lo que hizo Domingo Cavallo y que aquí ha sido planteado claramente, con economistas que trasladaron irresponsablemente a la cuestión sanitaria teorías económicas, desconociendo que todo lo que se legislara o lo que se fijara como normas, y hasta todo aquello que se opine y lo que se deje de decir sobre medicamentos y farmacia siempre tiene una implicancia directa en la sanidad.

En síntesis, si el Estado nos representa a todos los ciudadanos, se elaboran legislaciones que garantizan la seguridad y accesibilidad de los medicamentos. En cambio si el Estado se transforma en un instrumento de los dueños del mercado el resultado es que se elaborarán marcos legales que van a responder a esos intereses, y sabemos que el mercado tiene muchas virtudes pero también una falla fundamental: no sabe distribuir equitativamente lo que produce. El mercado sabe investigar, desarrollar sus capacidades productivas pero tiene siempre grandes inconvenientes con el tema de la equidad.

Esta tensión es la que creemos que explica todos los vaivenes legislativos, todo lo que planteaba recién Roberto Lugones. Y al respecto veamos algo de información histórica acerca del ataque que hemos sufrido en la Argentina contra un principio fundamental que hace al ejercicio profesional farmacéutico, que es el principio de la indivisibilidad entre farmacia y farmacéutico. Todos sabemos que la farmacia existe porque existe el farmacéutico, sino la farmacia no existe. Una farmacia sin farmacéutico entra dentro de lo virtual.

En 1905 se sancionó por primera vez en el Congreso de la Nación, una ley que establecía en su artículo primero que únicamente podían establecer nuevas farmacias los farmacéuticos que poseyeran diploma otorgado o revalidado por la Universidad Nacional, quienes tendrían la dirección personal del despacho.

Pero durante el siglo XX se produce en el mercado farmacéutico y en el ejercicio de la farmacia una modificación fundamental: la industria reemplaza como productora de medicamentos a la farmacia, a la preparación magistral en la farmacia de esos medicamentos. Surgen entonces algunas voces equivocadas e interesadas que empiezan a tratar de influir sobre quienes debían legislar para restarle protagonismo al farmacéutico en la farmacia.

Por ello no es extraño que finalmente en 1967, durante el gobierno de facto del General Onganía, se sancione la ley 17.565 que abre la propiedad de la farmacia por primera vez a capitales no farmacéuticos. Revirtiendo así lo que se había sancionado a principios del siglo pasado y permitiendo la propiedad de la farmacia a sociedades en comandita. Visto a la distancia coincidimos con el Dr. Lugones que esos cuerpos legales constituidos por las leyes 17.565 y 16.463, contrastados con todo lo que pasó después nos hacen desear que ojalá estuvieran hoy en plena vigencia tal como estaban planteadas, y que solamente hubiésemos perdido aquella fracción inicial referida a la propiedad.

Los farmacéuticos desde nuestras instituciones siempre dimos pelea, y en esa ocasión también y tan importantes que a muchos estudiantes de farmacia de ese tiempo nos sumaron a la defensa profesional y los estudiantes y los farmacéuticos nos encontramos aquí en el Colegio de Farmacéuticos, y fuimos luego a la Confederación Farmacéutica Argentina para resistir a esa pérdida de la propiedad de la farmacia. Efectivamente, se llevaron adelante grandes luchas, pero fuimos una vez más exitosamente derrotados, como le gusta decir a un amigo.

Después viene en la década del 90 el economicismo total, lo que se manifestara tan dramáticamente en la provincia de Entre Ríos y que nos contara Roberto Lerena. Viene Domingo Cavallo, y el nuevo escenario nos muestra a los medicamentos de venta libre fuera de la farmacia, la ampliación de la propiedad de la farmacia a cualquier sector o empresa, la desregulación de la distancia, y los precios libres que luego se fueron donde se fueron, porque los tuvimos a niveles de los más caros del mundo. Consecuentemente, vastos sectores de la población argentina se quedaron por un lado con medicamentos fuera de su alcance, y por otra parte en lo sanitario con la duda de si los medicamentos eran o no legítimos.

Efectivamente, no sabíamos si lo que vendían las farmacias había estado fabricado en un laboratorio trucho de Quilmes, o con todas las normas de calidad en un laboratorio serio, porque ahí se generó ese Mercado Negro de los Medicamentos al cual investigó y combatió de modo ejemplar el Fiscal Nacional Dr. Norberto Quantín, Al frente de una Comisión de Fiscales que desarrolló una tarea extraordinaria y valiente para reprimir ese terrible atentado a la salud. Decía entonces el Dr. Quantín en la Cámara de Diputados, que estos medicamentos ilegítimos, se producían y vendían justa-

mente porque después de la Desregulación los medicamentos podían circular fuera de las farmacias. En una discusión en la Comisión Penal tratando de modificar el Código para tipificar nuevos delitos en relación a los medicamentos ilegítimos, decía *"además de aumentar las penas o tipificar estos delitos sería mucho más sencillo que todos los medicamentos vuelvan a las farmacias porque esa es la medida más barata que tenemos, y la más inmediata porque esta es la única red pasible de ser controlada en todo el país"*.

En la medida de lo posible y además de resistirnos una vez más, siempre a través de las instituciones farmacéuticas, con el apoyo de un gran número de colegas de todo el país, también hicimos campañas de concientización como aquella que muchos recordarán de las dos manos que costó mucho dinero, sacrificio y esfuerzo, para intentar recuperar los medicamentos de venta libre para las farmacias.

También presentamos proyectos de ley en el Congreso de la Nación y en las provincias para recuperar estos medicamentos de venta libre para las farmacias. Y pasaron distintas administraciones y Cámaras de Diputados y Senadores, y hace ya 7 años que fuimos por primera vez al Congreso de la Nación con el apoyo de algunos legisladores a presentar aquellos proyectos, que estaban muy bien argumentados y apoyados por más de 250.000 firmas, y que lamentablemente todavía siguen viajando de comisión en comisión, y no son aprobados.

Recientemente el Dr. Ginés González García recibió desde el primer día de su gestión el reclamo de las instituciones farmacéuticas para revertir este punto en particular, y ha generado en ámbitos del Ministerio un proyecto que ha sido presentado a una comisión consultiva donde participan todas las entidades representativas de la salud. Actualmente se está tratando de pelear por el consenso necesario para que se impulse como ley o como decreto y para ello todos los Colegios de Farmacéuticos del país hemos adherido a este reclamo que se está dando en el seno de dicho Comité.

Además, en este momento, en lo que hace a todo el ejercicio profesional farmacéutico, está presentada en el Congreso de la Nación un nuevo proyecto de ley de ejercicio profesional que ha sido el producto de un trabajo realizado en la Confederación Farmacéutica Argentina en su Comisión Legislativa

¿Qué tiene de novedoso? Casi nada. Básicamente, contiene la tra-

ducción en un cuerpo legal de las incumbencias del título de farmacéutico que están plasmadas en resoluciones del Ministerio de Educación de la Nación, más precisamente en la número 1382 del año '83. Por lo tanto simplemente poniendo en vigencia esas incumbencias aprobadas en todas las áreas en la que nos podemos desempeñar, se revertiría y reordenaría la situación y se volvería a regular. Y no bajaremos estas banderas jamás, porque sabemos que no se trata, como nos dijeron algunos irresponsables legisladores en discusiones en Cámaras de Diputados, de "*querer recuperar algo para la corporación*", sino como contestamos entonces, de recuperar nuestra profesión y el medicamento para la gente.

Este proyecto estará a disposición de todos los colegas del país y lo reproduciremos en todas las provincias de Argentina. Lo vamos a adecuar parcialmente en cada provincia y será una vez más un movimiento nacional de los farmacéuticos. Esto quiere decir que lo presentaremos también en Santa Fe, donde el avance de la Desregulación no ha sido tan terrible como en Entre Ríos, pero donde hay cosas que modernizar, incumbencias que definir, y hay que garantizar, sea cual sea la ley que el Estado ejerza el rol de control para hacerla cumplir efectivamente.

Para terminar, me gustaría repasar algunos fundamentos de nuestra propuesta de ley de Ejercicio Profesional que son textualmente las incumbencias profesionales farmacéuticas aprobadas por el Ministerio de Educación de la Nación.

«El título de farmacéutico, como todo título universitario confiere incumbencias profesionales a quien lo posee, esto significa que en determinadas áreas sanitarias será su atribución el ejercicio de prácticas definidas, por ejemplo la responsabilidad sobre varios tipos de establecimientos tales como la farmacia oficinal, la hospitalaria, los establecimientos asistenciales y el área de esterilización de los mismos, los laboratorios industriales de los mismos, la droguería, la herboristería, sobre productos tales como medicamentos, cosméticos, productos dietéticos y material biomédico entre otros. Y en relación a los mismos todo lo que se refiere a su elaboración, fraccionamiento, importación, exportación, comercialización y dispensa. Tiene incumbencia además sobre la farmacia legal a través de peritaje y laudos, la investigación científica en el ámbito de su competencia, la atención primaria de la salud desde la promoción y la educación hasta la propuesta de normas y políticas que conciernen a la profesión, sin que esta enunciación sea exhaustiva.»

Hacia eso vamos, a redoblar nuestro compromiso con la Salud de la población, ese es el futuro, vamos por la regulación y por el respeto a nuestra profesión, que está en condiciones de enfrentar ese desafío y de ser muy útil en la salud pública del siglo XXI. Hacia allá vamos, sintiendo el calor de tantos colegas estudiantes de farmacia que hoy nos acompañan, y que encarnan ese futuro de nuestra profesión y a quienes les queremos dejar una frase como regalo a esa presencia de un tal Woody Allen, *“te ocuparás del futuro porque en él pasarás el resto de tus días”*.

## Debate

**Pregunta de la audiencia:** Para el Dr. Lugones. ¿Por qué la ANMAT está sin fuerzas? ¿quiénes o qué organizaciones se la pueden o deben dar?

**Dr. R. Lugones:** Cuando se concibió en la década del '80 un organismo regulatorio para Argentina, superador de la Dirección de Drogas, Medicamentos y Alimentos y del Instituto Nacional de Farmacología y Bromatología, que habían tenido el defecto de estar sometidos al poder político, imaginamos un organismo técnico dentro de la esfera política del Ministerio de Salud pero alejado de las políticas coyunturales para hacer política duraderas y estables. La creación de la ANMAT en el '92 por circunstancias dramáticas del momento, ya que de alguna manera el propoleo fue la thalidomida de la Argentina, derivó en que hubiera un criterio de construcción técnica del organismo mas allá de sus debilidades políticas. Profundizando esas raíces técnicas se construyeron normas, que en algunos casos fueron demoradas en su aplicación y cumplimiento en la búsqueda de tiempos posibles para que esto fuera ejecutable.

En la crisis fenomenal que se desata a partir de la salida de la paridad 1 a 1 y el deterioro económico en el que entra el país, el poder político determinó que había que acortar los tiempos, y que para que esto fuera posible en la ejecución de un programa determinado los controles debían ser reducidos, limitados o no hechos. Desde el conjunto social y sobre todo desde los sectores profesionales que tenemos que ver con este tema, debemos ponernos como críticos demandantes de una mayor profesionalización de la ANMAT y de un rol en la ejecución de la fiscalización y del cumplimiento efectivo.

**Pregunta de la audiencia:** Para el Dr. Lugones, si puede explicar brevemente el plan REMEDIAR al que hizo alusión en su ponencia.

**Dr. R. Lugones:** Para el plan REMEDIAR habrá un panel específico mañana. Básicamente es una canasta reducida de medicamentos de atención primaria que se utiliza en los centros de salud.

**Pregunta de la audiencia:** Para Hugo Robatta. Dentro del programa de regulación ¿está previsto regular los honorarios farmacéuticos?

**Farm. H. Robatta:** No está previsto en el proyecto de ley de ejercicio profesional farmacéutico. Lo que está previsto es la rejerarquización de los colegios profesionales. Esa es una norma complementaria donde debemos rejerarquizar el rol de los colegios profesionales, y ahí cabría toda esa tarea.

**Pregunta:** Para el Dr. Roberto Lerena. La función de los colegios ¿es regular lo tocante a la deslealtad en la práctica comercial, o deben sólo hacerse cargo de la ética profesional?

**Dr. R. Lerena:** Cada colegio tiene su propia norma que lo rige, pero el colegio tiene una función institucional que si bien no tiene que ver específicamente con lo comercial, puede incluirlo en la medida que lo comercial afecte la dignidad del profesional y afecte el ejercicio de la profesión farmacéutica; en ese sentido no es por acción sino por reacción ante el ataque de la economía.

### **Mesa 3 Prescripción y dispensa de medicamentos. Protocolos y gestión clínica. Nuevos roles e incentivos a los profesionales.**

*Coordinador Farm. Isabel Basurto*

*Son disertantes en esta tercera Mesa Ana María González y Hugo Oteo. El Dr. Hugo Oteo, quien disertará en primer término es 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 año 2000. Es además coordinador de la Comisión Municipal de Medicamentos de la Secretaría de Salud Pública de Rosario, asesor externo de medicamentos en IAPOS y asesor de medicamentos del Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe 2da Circunscripción.*

*Ana María González es farmacéutica y bioquímica, Directora del Departamento de Actualización Profesional del Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe 1ra Circunscripción, docente e investigadora de la Universidad Nacional del Litoral e integrante del Comité Nacional de Certificación y Recertificación Profesional de la Confederación Farmacéutica Argentina. Ha publicado libros y numerosos trabajos científicos relacionados con la ciencia de la salud y ha realizado una maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social.*

*Dado que bajo el título de esta mesa, "Prescripción y dispensa de medicamentos. Protocolos y Gestión clínica. Nuevos roles e incentivos a los profesionales", hemos englobado una serie de temas importantes para abordar en el apretado espacio que disponemos, cedemos ya la palabra al primero de los disertantes, el Dr. Hugo Oteo.*

### **La Prescripción Médica.**

*Dr. Hugo Oteo*

#### **INTRODUCCIÓN**

Antes que nada agradecemos a los organizadores la invitación para participar de este evento, donde trataremos de abordar la prescripción,

como tema central de esta mesa y de por sí bastante amplio y complejo. Sería ocioso extendernos sobre la importancia que tiene el medicamento en el ejercicio de la práctica de la medicina, todos lo sabemos y es muy frecuente decir y escuchar que de 10 consultas que se hacen a un profesional médico, casi 8 o 9 terminan en el expendio de una receta. Las implicancias que tiene el uso del medicamento desde el punto de vista de mejorar la salud de la población, de tender a que cada día el hombre viva mejor y tratar de modificar circunstancias patológicas son también por todos conocidas.

El problema del uso del medicamento tiene asimismo una íntima relación con el hecho de la accesibilidad para el paciente. Es decir desde el punto de vista personal y de muchas personas en nuestra situación desde un grupo de trabajo sobre uso racional del medicamento, no concebimos el medicamento como un hecho de investigación, desarrollo y avance tecnológico, si no puede estar al alcance de la población. Todo medicamento que no llegue oportunamente a un paciente que lo necesita realmente constituye un grave problema, que es progresivamente más difícil de solucionar porque el gasto que insume la prescripción de medicamentos en el mundo es cada día más incontrolable.

Y hablar de hechos conocidos por todos, que están en la prensa masiva, en los boletines médicos, etc. sobre los grandes problemas que millones de personas tienen para acceder a medicamentos para tratar enfermedades posibles de curar, o que directamente no tienen acceso al medicamento, es también cosa de todos los días.

## **INFLUENCIAS SOBRE LA PRESCRIPCIÓN**

¿Cómo arranca el uso del medicamento? En la **prescripción** que es realizada por el médico, que aunque parezca un acto automático no tiene nada de eso. Cuando uno como paciente se pone en frente de un profesional médico, éste termina de examinarlo y le va a extender la receta, y lo hace con tanta naturalidad que uno piensa que es un acto automático, y no es así. La prescripción de la receta debe responder a diversos factores de estudio, de conocimiento, de experiencia e intuición que trataremos de ver ahora.

Hay muchas **influencias en las prácticas prescriptivas**, y tenemos las que podemos considerar como propias del prescriptor, basadas en

los conocimientos que ese prescriptor tiene de los fármacos, en los valores que maneja en la relación médico/paciente, al considerar el contexto de que ese paciente que va a la consulta médica necesita llevar el medicamento para poder tratar su patología, y también de las experiencias vividas en el desarrollo de su profesión. Esas son **influencias propias**, pero la prescripción de una receta en ese mismo profesional está influenciada por muchos otros factores que son a veces muy distorsivos. En otros casos no son distorsivos sino que, al contrario, influyen positivamente en una buena prescripción, en una buena receta médica, pero como vamos a ver es muy factible que se produzcan severas distorsiones de la prescripción.

#### ¿Cuáles son las **influencias ajenas**?

Tenemos a las **influencias que ejerce el mismo paciente**. Hoy el paciente cada día está más informado, los medios de comunicación, radio, televisión, revistas, etc. incluso Internet, están llenos de anuncios de fármacos nuevos, de fármacos esperanzadores que otorgan seguridad en cuanto a que habrá curación de una determinada patología. Muchas veces los mensajes de este tipo son subliminales, y el epílogo o la explicación que dan es que debe comunicarse con un centro médico, etc. Y en este nuevo entorno, el paciente está mucho más informado que 20 años atrás, comienza a exigir cosas que, por efecto de la información algunas veces acertada y muchas veces tendenciosa, cree que serán necesarias para su tratamiento.

¿Quién influye también en el colega?. El colega a su vez también es influido a través de la **información**. Esto puede darse en el contacto diario con el otro profesional en un servicio de un sanatorio, de una institución, de un consultorio donde se conversa sobre tal o cual medicamento, sobre su acción beneficiosa, sus efectos indeseables, etc., o sobre la conveniencia de prescribir tal o cual fármaco para la misma patología con las ventajas de uno y desventajas del otro. Otra influencia a destacar es la de las sociedades científicas en cuanto al hecho educativo de formar a los profesionales que agrupan en la educación médica continua, que es bienvenida mientras no tenga sesgo. Eso es una cosa importante en la educación médica continua en el uso de fármacos, la información debe ser totalmente objetiva, no tiene que tener el sesgo de los formadores de opinión, que tienen una tendencia a trabajar favorablemente hacia la industria. Entonces la información tiene que ser muy analizada, absolutamente creíble y certera para que uno pueda usar un medicamento con la seguridad que estará usándolo adecuadamente.

¿Quién más influye en el prescriptor?.

Por supuesto, la **industria farmacéutica**. E influye de dos maneras: dando **información** que habitualmente es sesgada o tendenciosa, con mayor o menos cuantía, pero habitualmente sesgada, y la otra forma es con los **incentivos**. Los incentivos tienen varias formas, y algunos son más aceptables que otros.

El **gobierno** también influye, con restricción y reglamentos. Quizás en nuestro país no lo veamos tanto, pero hay otros países que tienen muy buena salud y muy buen ejercicio de la medicina, donde el gobierno ejerce una autoridad regulatoria fuerte, y no sólo se queda en una acción regulatoria en cuanto al ingreso del medicamento al mercado, sino que interviene con el hecho de impulsar que esos medicamentos que ingresan al mercado y que son inscriptos para su uso y comercialización, sean bien usados con una educación médica forzada, importante, continua, de avanzada, y monitoreada por grupos de expertos consolidados con un accionar que busca lo mejor para el prescriptor.

**Todas estas influencias determinan las estrategias de adopción de decisiones del prescriptor.** Y de acuerdo a ello, luego la prescripción puede tener distintas características: puede ser racional, adecuada y basada en el conocimiento de todo el hecho científico respecto al fármaco, del hecho de la posibilidad de acceso que pueda tener el paciente considerando el valor de ese medicamento, es decir si estará al alcance de ese paciente que viene y al que se lo prescribimos, y del lugar que ocupa el medicamento en sí mismo en el contexto social donde se desarrollan las acciones de salud.

Cuando decimos entonces que una prescripción es **racional**, es porque estamos tratando de creer que el profesional abarcó todo en su intelecto, y determinó una receta que es la mejor posible para ese caso.

Pero hay otra forma de hacer prescripciones: la **pragmática**. Es frecuente y tiene que ver con hábitos prescriptivos, y quizás hay profesionales que la arrastran desde más de 20 años de ejercicio de la profesión, la usan, creen que les ha ido bien con esa prescripción, quizás por una ecuación personal que no tiene nada que ver con la real eficacia del fármaco y la efectividad.

Hay otra forma de hacer prescripciones y tiene que ver con la forma en que el profesional se siente cuando hace la receta, y a esa podemos

denominarla la receta **emocional**. Uno le llama emocional por el hecho que en ese momento el profesional está teniendo en cuenta varias circunstancias, entre ellas los valores de la receta que prescribe para que el paciente pueda sentirse complacido, y las actitudes que genera en el médico el paciente en cuanto a la solicitud de los mismos.

Y la otra forma es aquella **dictada por la experiencia**, que no tiene nada que ver con la pragmático, sino con el hecho de una experiencia recogida durante mucho tiempo, que le indica que está eligiendo fármacos adecuados y éstos le aseguran un tratamiento eficaz para el paciente.

**Estamos ante una gama de circunstancias que muestran que la receta no tiene nada de hecho automático, sino mucho de pensamiento, formación e intelectualidad.** Es lo mismo que cuando se elige un antibiótico para una patología dada: hay que conocer un montón de cosas, hay muchas familias de antibióticos y no todas sirven para todas las patologías porque las patologías tienen distintas etiologías, entonces hay que conocer la posible etiología de esa enfermedad, el lugar donde habitualmente asienta, la posibilidad de resistencia del fármaco, etc. Es necesario todo ese discurrir y ese desarrollo racional para prescribir un antibiótico adecuadamente. Desde ya en cualquier otra receta pasa exactamente lo mismo.

## **FORMAS DE MODIFICAR EL COMPORTAMIENTO PRESCRIPTIVO**

Veamos ahora la forma de modificar el comportamiento prescriptivo. Estas formas pueden ser adjudicadas a muchos.

### Coerción

Puede haberla de dos tipos: bien intencionada y mal intencionada. Una bien intencionada es definir un listado responsable de medicamentos e imponer a los profesionales que su prescripción sea hecha dentro de ese listado responsable de medicamentos, como por ejemplo el Formulario de la COMRA, el Formulario Terapéutico Nacional.

Hay otras coerciones que no son bien intencionadas, por ejemplo una de tipo puramente economicista que se da en algunos sistemas de salud donde se le dice al profesional que prescriba lo menos posible porque hay que ahorrar.

Todos estos son hechos que modifican la prescripción de la receta por parte del profesional.

¿Qué otra cosa hay para modificar el comportamiento prescriptivo? La recompensa.

Esta recompensa tiene formas buenas y malas. Las buenas son recompensar de alguna forma a un médico de familia en un sistema de salud serio, diciéndole que cuando alcance un buen grado de inmunización en su grupo de pacientes a cargo, o sea la población sobre la que tiene responsabilidad y que debe atender, será recompensado con algún tipo de incentivo dentro del sistema. El otro tipo tan común de recompensa, la que ofrecen en un escritorio por prescribir un medicamento, es un hecho distorsivo de la prescripción.

Y la otra cosa importante es aquella que tiene que ver con la persuasión que debe estar guiada por una formación continua, de conversación, de explicar los motivos por el cual se hacen regulaciones en medicamentos, por qué se deben hacer campañas de farmacovigilancia, protocolos de tratamiento, por qué se deben establecer guías directrices para tratar las mismas patologías en distintas instituciones con un común denominador de la organización, etc. La persuasión es el método real, correcto, probablemente el más importante para modificar el comportamiento prescriptivo llevando esta persuasión al hecho de que la prescripción ideal es aquella que es la mejor para los pacientes, que tiene que ver con lo que se determina a nivel internacional y que habitualmente es referida en una terminología común, como **buenas prácticas prescriptivas**.

## **LAS BUENAS PRÁCTICAS PRESCRIPTIVAS**

Y acá entran los **criterios de buenas prácticas prescriptivas**, pero ya éstos no están enfocados a todos los aspectos de orden general que hemos visto, sino al aspecto de una buena práctica prescriptiva relacionada íntimamente con el fármaco y el cuadro clínico que estamos tratando para cada al paciente.

Entonces es necesario siempre **primero un correcto diagnóstico** de la enfermedad que aqueja al paciente. El algoritmo decisorio para la prescripción sería toda la elaboración de la que hablamos anteriormente, más el conocimiento de la farmacología clínica básica de los medicamentos

utilizados. En este punto se consideran la acción farmacológica, las reacciones adversas, la dosis, etc, y esto tiene mucha importancia por el hecho que sabemos decir que aquellos listados extensos de medicamentos que pretenden usar determinados profesionales no tienen razón de ser, porque no hay profesional que pueda conocer acabadamente muchos más de 20, 25, a lo máximo 30 medicamentos en profundidad para proceder a su correcta prescripción.

Esos números más bien se refieren a los medicamentos que corresponden a las especialidades, y en aquellos médicos generalistas, clínicos y pediatras, esos son también los números de medicamentos que deben manejar para su práctica habitual, y con este recaudo les va a ir bien porque tendrán un conocimiento acabado de un surtido suficiente.

Luego habrá que conocer las relaciones de fisiopatología y farmacología, y posteriormente hacer una prescripción y una indicación legible y clara, con términos lo suficientemente claros como para poder estar seguros que el paciente entiende. Porque muchas veces el paciente se va del consultorio y no ha entendido nada. Hay que hablar en un lenguaje llano, sencillo, darles todas las explicaciones que cada caso requiera. Y una tarea indelegable del farmacéutico es ayudar y aconsejar al paciente respecto de las indicaciones correctas para administrar un medicamento.

## **LA PRESCRIPCIÓN POR NOMBRE GENÉRICO**

Y en toda esta historia de la prescripción hay algo que ha cambiado mucho en el año 2002, por lo menos en un aspecto, no tanto en la elección de la droga pero sí en cuanto a la elección de la marca. Tuvimos antes el tan mencionado Decreto 150 del '92, porque dentro de la última década es el primer anuncio de una posibilidad de implementar una política de medicamentos genéricos, pero fue una mentira total. Para esa época era ministro el Dr. Domingo Cavallo, y como los índices inflacionarios se le iban para arriba impulsó una política teórica de medicamentos genéricos para asustar a la industria, pero para nada este Ministro y quienes lo acompañaban pensaron en una política seria de medicamentos genéricos. La salud de la población es una cuestión de Estado, por lo tanto la política de medicamentos debe ser también una política de Estado. La historia de los medicamentos genéricos de los noventa que contábamos terminó en unos pocos meses, y estuvieron también en los '90 dos leyes relacionadas y que hay que recor-

dar: la Ley de la Provincia de Buenos Aires y luego la Ley de la Provincia de Santa Fe en 1992, que tuvieron también ambas poca aplicación.

Y finalmente en el 2002 aparece un impulso fuerte del Ministerio de Salud de la Nación con la Ley 25.649, y a nivel de la provincia de Santa Fe, con la modificación de la ley del '92, con la Ley Nº 12.043, que son leyes que apuntan a la prescripción de medicamentos por el nombre genérico, que es distinto a la prescripción de medicamentos genéricos, o a tener un programa de ellos. Porque claramente lo ideal es que de aquí en más tratemos de llegar a tener un programa de medicamentos genéricos, y no nos quedemos en una prescripción por denominación genérica.

La prescripción por denominación genérica desde el punto de vista principista es la correcta, no cuestionamos esto sino que lo apoyamos, pero lo que queremos es que esto avance para que nadie tenga ninguna duda cuando está prescribiendo un medicamento por nombre genérico pensando que luego las opciones se las tiene que entregar al paciente el farmacéutico, y allí comiencen las dudas.

Lo ideal es un programa de medicamentos genéricos como se ha implementado en muchos países, tomemos por caso España, México o Brasil, donde los medicamentos sean intercambiables. En este caso, aquel medicamento autorizado como genérico no genera efectos negativos sobre la confianza por parte del paciente o del médico prescriptor.

Y acá se darán cuenta que algo ha cambiado en el tema con la prescripción por denominación genérica, porque comienza a darse un nuevo patrón de influencias, quizá ya no tan relacionadas a la selección o elección de la droga sino con otros factores de competencia como los precios de medicamentos similares. Y aparece con mucho mayor relieve el poder de decisión del ciudadano, que antes no lo tenía. Esta decisión del ciudadano creemos que en última instancia sería mucho más positiva si se encuadrara en un programa de medicamentos genéricos, allí el potencial beneficio sería mucho mayor, porque ya no tendríamos que delegarle la responsabilidad al ciudadano de que lleve un medicamento al que no le tenga adecuada confianza, porque parece que la responsabilidad es del él que firma el consentimiento de una prescripción por genéricos y lleva otra marca no sugerida o explicitada por el profesional. Pero la influencia de decisión del ciudadano que antes no la tenía, sino que hasta ahora comprobaba lo que se le recetaba, es algo que está presente en el nuevo escenario prescriptivo.

Y otra influencia a evitar es el engaño por marketing, porque lo que cura no es una marca sino una droga, el principio activo y en ese sentido como se sabe todos los medicamentos tienen nombre genérico, y desde siempre la prescripción adecuada desde el punto de vista científico ha sido por denominación genérica.

Entonces aparecen los nuevos roles y los cambios culturales. El médico se tiene que adecuar a un nuevo tipo de prescripción. En realidad no se tendría que haber hecho nunca el otro tipo de prescripción o sea por nombre comercial o marca. En la universidad, en la cátedra de farmacología, nos enseñaron a usar los medicamentos por su denominación genérica, pero apenas pusimos los pies en la calle de la facultad, ya nos impusieron la marca. Y ahora y a la larga, esa tergiversación tiene que ser modificada a través de la imposición de una ley. Pero en todo caso, eso es atendible y bueno.

El médico tiene que tener otro rol, tiene que comprender que el paciente que tiene adelante puede ser que se beneficie con un medicamento igual pero de menor precio, y esa diferencia puede en algunos casos significar el acceso de esa persona al medicamento que el mismo médico ha indicado como necesario.

¿Y qué ha pasado con el farmacéutico en esta nueva situación que le ha sido impuesta? Hasta ahora tenía que dispensar simplemente el envase de un determinado medicamento de marca tal como había sido prescrito, pero ahora tiene hasta que ofrecer una u otra marca de la misma droga que antes vendía como un envase ya definido en la receta. Es un rol distinto, pero no obstante no es el rol más importante del farmacéutico, el rol más importante es ser un auxiliar indispensable en el seguimiento de la prescripción médica, de la utilización del medicamento por parte del paciente, y de ver si hay alguna circunstancia en que ese medicamento no está actuando correctamente. Y tendría que ser el receptor junto con el médico de las primeras advertencias que el paciente le puede hacer en cuanto a no encontrar el efecto buscado, a acciones adversas, etc.

El nuevo rol del paciente es que ahora se ve en la disyuntiva de tener que participar en la compra de su medicamento, y de actuar decisivamente.

Y el rol del Estado es implementar seriamente un programa de medicamentos genéricos, de clarificar y llevar a la población la seguridad de que todo lo que se está ofreciendo en la oficina de farmacia es de la calidad adecuada.

## LA SISTEMATIZACIÓN DE LAS CONDUCTAS PRESCRIPTIVAS

Esa prescripción adecuada que hemos estado discutiendo, tiende a elaborar normas de tratamiento que van a posibilitar desestimar la escasa sistematización del tratamiento, lo cual es algo más que común en nuestro medio. Cuando uno a veces entra en un hospital y hay varios servicios, lo habitual es encontrar que una neumonía en un servicio se trata de una forma y en otro se trata de otra, y es posible contrastar las cosas dispares que se dan en ámbitos comunes, donde para una misma patología unos usan una quinolona de última generación, y otros un antibiótico mucho más sencillo y económico, etc.

Todo esto obviamente no debería suceder y hay que desestimar la escasa sistematización de tratamiento y tender a lo contrario, porque eso apunta a un mejor control del tratamiento de las patologías, a un aseguramiento en la eficacia de la droga que se está utilizando, y a un mejor costo de tratamiento. Si tomamos un tratamiento con una efectividad igual a la de otro cuyo costo es 4 veces mayor, la ecuación es simple: en el segundo caso son 4 pacientes menos que lo pueden recibir. Tenemos un país con el 50% de la población debajo de los límites de pobreza, y todos los antecedentes del mundo dicen que hay que ser cuidadoso en el gasto en medicamentos, porque ser prudentes en este sentido significa darle mayores posibilidades al resto de la gente que también está enferma y necesita de esos medicamentos.

Todo este enfoque permite utilizar **guías terapéuticas con opciones de tratamiento avaladas**, es decir que el profesional que las está usando sabe que tiene detrás todo un conocimiento y una experiencia volcada en mucha bibliografía, fundada en la experiencia de múltiples actores, etc., que esos tratamientos son los correctos y los que harán bien al paciente al que se le están administrando, y que claramente evitarán los vuelcos terapéuticos irracionales. En estos casos el camino siempre pasa por buscar a nivel profesional el consenso, e insistir en la persuasión.

Nuestra experiencia en cuanto a guías terapéuticas, a su diseño y a su implementación es muy positiva, y la estrategia ha sido siempre la participación, el consenso y la persuasión en un diálogo abierto. Como ejemplos podemos citar la que realizamos en la Municipalidad de Rosario para los servicios de los pacientes que se atienden en la Municipalidad, y que tenía como referencia esa publicación del año '99/2000. En los consensos normativo terapéuticos en los que participamos, el elemento clave ha sido como

comentábamos la persuasión y el trabajo en equipo, y lograr que se entendiera que este tipo de cosas eran instrumentos verdaderamente útiles para que todos los prescriptores médicos que atiendan a sus pacientes en el sistema de salud, lo hicieran convencidos de la eficacia y efectividad de los tratamientos propuestos, y todos nos sintiéramos bien.

En el Consenso a que hacíamos mención, digamos para ejemplificar que los objetivos estaban orientados en primer lugar a contribuir a la capacitación del médico para implementar metodologías diagnósticas, e iniciar terapéuticas específicas sobre la diabetes en el 1º nivel de atención. Y en segundo lugar a promover la articulación entre los equipos de salud para facilitar y consensuar criterios de referencia y contrarreferencia en los pacientes en la red.

¿Qué hicimos con esto? Las guías del uso de insulina en la diabetes. Entonces definimos con los endocrinólogos del sistema de salud municipal cómo se debía usar la insulina, qué tipo de insulina usar, y todos siguen hoy esa norma de tratamiento.

Hemos logrado tratar bien a los pacientes diabéticos, y dentro de lo posible estar atentos a algún tipo de modificación para pacientes que tienen que pasar de un grupo a otro. Y finalmente queremos decir que esto optimizó el tratamiento, redujo los costos y logramos un trabajo en armonía en el equipo de salud.

Como corolario de esta experiencia y que dejamos como una frase de cierre de esta charla: **la persuasión es la metodología más apta para lograr una buena prescripción.**

## DISPENSA DE MEDICAMENTOS

### Nuevos roles e incentivos para los profesionales

*Farm. Ana María González*

#### **INTRODUCCIÓN**

Como integrante del Departamento de Actualización Profesional del Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe quisiera aportar en estas Jornadas algunos elementos para reflexionar sobre el rol del farmacéutico y los incentivos para construir una nueva Farmacia.

Esta mañana cuando escuchábamos al Farm. José Cid decir que el siglo XXI va a ser un siglo de cambios de paradigmas y del conocimiento, pensábamos que esta nueva Farmacia se inscribe en estos cambios. Hace unos años era el sueño y la utopía de unos pocos. Cada vez más es un sueño colectivo, y cuando los sueños colectivos comienzan a crecer es cuando se producen los cambios de paradigmas.

#### **LA EVOLUCIÓN DE LA FARMACIA Y LA PROFESIÓN FARMACÉUTICA**

**La profesión farmacéutica fue evolucionando** de la misma manera que lo hizo el medicamento. Antes de la revolución industrial, el farmacéutico en su oficina de Farmacia elaboraba el medicamento magistralmente, para cada paciente en particular. Luego, a medida que el conocimiento científico fue creciendo, los farmacéuticos se fueron especializando, algunos se dedicaron a la investigación y desarrollo, otros a la producción en el área de la industria farmacéutica y, la mayoría, a la oficina de Farmacia con una función diferente a la que tenían en la "antigua botica". En esa Farmacia las actividades son de distribución y de información, es decir el farmacéutico se aleja un poco del paciente y centra más su actividad en el medicamento.

**Cuadro 1 Evolución de la profesión farmacéutica**



Fuente: González Ana María, Col. Farm. Sta. Fe 1<sup>a</sup> Circ, 2003

**Si focalizamos la mirada en la oficina de Farmacia**, observamos que hay distintos actores que van determinando su función, entre ellos uno de los principales es **el Estado**. En el caso de nuestra provincia, establece regulaciones de distancia entre oficinas de Farmacia, sistemas de turnos, exige la presencia del farmacéutico y la aplicación de la Ley de Prescripción por Nombre Genérico. Como decía el Dr. Hugo Oteo, algunas personas opinan que la prescripción por nombre genérico le cambió el rol al farmacéutico y lo revalorizó. En cambio, muchos farmacéuticos esperamos que la revalorización del rol sea algo más trascendente que la simple sustitución.

El otro actor es **el farmacéutico**. Afirmamos que estamos hablando en este caso de oficina de Farmacia porque existe un farmacéutico y que la ética es ejercer la profesión.

El tercer actor son **las instituciones que gerencian contratos** de la seguridad social y del sector privado, cuyos medicamentos se proveen a través de la oficina de Farmacia.

La oficina de Farmacia es así un **canal de provisión de medicamentos**. En el caso de Santa Fe, es el único canal legítimo de provisión de medicamentos aunque sabemos que existen canales ilegítimos, y algunos otros que el Estado poco a poco va legitimando como algunos programas de distribución de medicamentos donde el farmacéutico está ausente, o el propio Programa Médico Obligatorio donde algunos medicamentos de alto costo tampoco están bajo la custodia del farmacéutico.

Todos estos actores determinan la **función principal que tiene la oficina de Farmacia: contribuir al acceso y calidad del medicamento**. Esto es prioritario y necesario, pero cabe preguntarse si es suficiente para dar respuesta a las necesidades de la gente en relación con los medicamentos, y si es suficiente para dar contenido a una profesión.

Consideramos que no es suficiente, es necesario dirigir los esfuerzos hacia el bienestar social de los pacientes. Es importante que farmacéutico oriente sus actividades hacia el paciente, que retome el rol social que tuvo en otra época. Se debe dar respuesta a una necesidad social que es la de reducir la morbimortalidad relacionada con los medicamentos y contribuir a reducir el gasto sanitario sin alterar la calidad de la prestación.

**Cuadro 2 La oficina de farmacia hoy**



Fuente: González Ana María, Col. Farm. Sta. Fe 1<sup>a</sup> Circ., 2003

## LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS Y LA ACCIÓN DE LOS FARMACÉUTICOS

Algunos estudios muestran la proporción de problemas relacionados con medicamentos como causa de los ingresos hospitalarios. Son estudios que fueron realizados en distintos lugares del mundo. También hay trabajos que demuestran el porcentaje de consultas al servicio de urgencia por problemas relacionados con medicamentos. **(Cuadro 3)**

**Cuadro 3 Ingresos hospitalarios y consultas al servicio de urgencias por problemas relacionados con los medicamentos**

INGRESOS HOSPITALARIOS (IH) DEBIDOS A PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS	
Ingresos hospitalarios (IH)	Autores
<b>0,2- 21,7</b>	Einarson TR (1993)
<b>4,1- 14,2</b>	Nelson KM et al. (1996) ; Hallas J et al. (1990) Dartnele JGA et al, (1996); Stanton LA et al (1994)
<b>1,1- 11,9</b>	Armadans L y col (1998); Garijo B y col (1991) Ibañez L et al (1991); Planells C y col (1993) Martin MT y col (2002)
Consultas al Serv. Urgencia	Autores
<b>0,86 - 28,1</b>	Denneky CE et al. (1996); Tafreshi MJ et al. (1999) Schneltman MO et al (1996); Stoukides CA et al (1993) Price BS et al. (1992)
<b>1,03 - 19</b>	Tuven L (1996); Güemes M y col. (1999) San Miguel MT y col. (1992); Muñoz MJ y col. (1998) Mundet X y col. (1998); De Abajo EJ y col (1989)
<b>PROBLEMAS RELACIONADOS AL MEDICAMENTO POTENCIALMENTE EVITABLES</b> <b>19 - 70,4%</b> <small>Nelson KM (1996); Martin MT (2002); Denneky CE (1996); Otero MJ (1999); Pearson TR (1994); Coetzer M (1997); Seeger JD (1998)</small>	

Fuente: González Ana María, Col. Farm. Sta. Fe 1ª Circ, 2003

Todos sabemos que aunque el medicamento haya sido elaborado según normas de calidad, el médico haya realizado el diagnóstico correcto, el medicamento haya sido prescripto adecuadamente y la dispensación haya sido exacta, muchas veces no se cumplen los objetivos terapéuticos, fundamentalmente porque el medicamento no se utilizó bien. Es allí donde existe un vacío y donde el farmacéutico tiene la obligación de participar para contribuir a resolver el problema.

No obstante, los **problemas relacionados con medicamentos** no son todos por mala utilización, también existen aquéllos debido a la propia idiosincrasia del paciente. Pero lo más importante es que muchos de éstos son prevenibles, algunos estudios han determinado que entre el 19% y el 70,4% son potencialmente evitables.

Los datos que exhibimos en el **Cuadro 3** muestran la magnitud del problema y los beneficios que podrían obtenerse incidiendo adecuadamente. El farmacéutico, por su proximidad con el paciente y por ser el último profesional que toma contacto con él antes de usar el medicamento, es quien tienen la responsabilidad de tratar de minimizar este problema.

¿Qué servicios farmacéuticos pueden ser útiles para esto? Independientemente de otros servicios que se puedan brindar en la oficina de Farmacia, existen tres que son esenciales y orientados al paciente:

- la dispensación,
- la atención de la consulta farmacéutica y
- el seguimiento fármaco-terapéutico.

Quando hablamos de **dispensación** tenemos que diferenciar la Farmacia tradicional de la nueva Farmacia. En la tradicional el usuario consulta y el farmacéutico aconseja. En la nueva Farmacia se espera que el farmacéutico tome la iniciativa, tenga una participación más activa y no responda con el consejo sólo cuando el paciente recurre a la consulta. El año pasado hicimos un trabajo con los farmacéuticos de nuestro Colegio en el que se demostró que la mayoría de la información brindada por los profesionales respondía a la demanda del paciente.

#### ¿Cómo sería la **dispensación en la nueva Farmacia**?

El farmacéutico debería asegurarse que el paciente conoce el objetivo del tratamiento y la forma de administración correcta del medicamento. Es decir, en esta etapa el paciente se nutre información.

El farmacéutico también debería recoger datos del paciente tales como cuál es la medicación que se está administrando concomitantemente, qué otra patología añadida tiene además de la que está siendo tratada, si es una mujer embarazada, si está en período de lactancia, etc.

Con toda la información el farmacéutico puede evaluar si el medi-

camento es adecuado para el paciente y actuar colaborando con el médico. También puede valorar durante la dispensación la posibilidad de brindar otros servicios como Farmacovigilancia, educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico.

La **atención de la consulta farmacéutica** tiene como objetivo indicar al paciente la actitud más adecuada frente al problema de salud por el que consulta.

En el caso de un síntoma menor, cuando el farmacéutico decide darle un medicamento de venta libre, tendrá que resolver las dudas del paciente, brindarle toda la información necesaria para que utilice correctamente el medicamento y, además, proteger al paciente frente a posibles problemas relacionados con medicamentos.

Tendrá que asegurarse que el problema de salud por el cual le viene a consultar no se trata de un problema relacionado con medicamentos. En el caso que lo considere necesario tendrá que remitirlo al médico.

También podrá ofrecerle otros servicios como Farmacovigilancia, educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico. Con relación a este servicio, de la consulta farmacéutica, sería conveniente la elaboración de protocolos para trabajar lo más estandarizadamente posible.

En cuanto al **seguimiento farmacoterapéutico**, es el servicio que más conocimientos y comunicación requiere por parte del farmacéutico. Debe ser documentado, sistemático y continuado. Es importante en la atención de las patologías crónicas, donde aproximadamente el 50% de los pacientes no cumplen los tratamientos.

Hace unos años hicimos un trabajo con un grupo de farmacéuticos hospitalarios y estudiamos la incidencia de la falta de cumplimiento de los tratamientos farmacoterapéuticos en los reingresos hospitalarios de pacientes con patologías crónicas. Encontramos que el 13% de los reingresos era por incumplimiento del tratamiento. También analizamos los conocimientos que tenían de su patología y del tratamiento. Coincidentemente, todos los pacientes que tenían un buen nivel de conocimiento del tratamiento lo habían cumplido, por lo que es fundamental trabajar en este sentido.

El seguimiento farmacoterapéutico comprende una entrevista inicial con el paciente y una evaluación de su situación. En base a ello, el

farmacéutico puede realizar alguna intervención farmacéutica, la que no necesariamente tiene que estar relacionada con medicamentos. Y también puede surgir como necesidad la comunicación con otros profesionales de la salud.

El seguimiento farmacoterapéutico exige registro de la historia farmacoterapéutica del paciente y de las actuaciones del paciente.

---

**El modelo de la nueva Farmacia requiere que los procedimientos se cumplan según normas y que exista una evaluación periódica externa e interna. Esto es fundamental porque hace a la gestión de calidad en la oficina de Farmacia.**

---

## **INCENTIVOS Y VISIÓN DE LOS FARMACÉUTICOS**

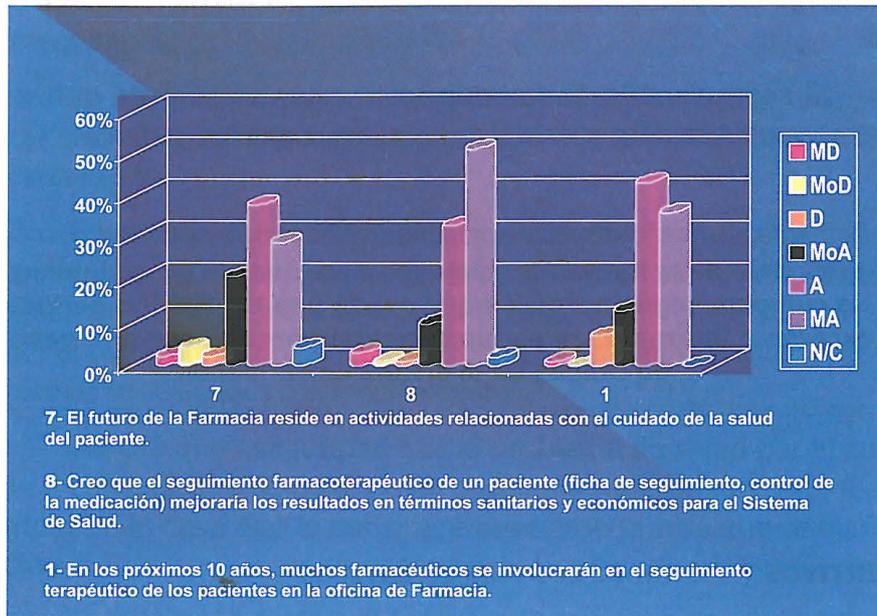
Para analizar los incentivos y la visión que tienen los farmacéuticos de la nueva Farmacia, hicimos una encuesta a los profesionales de la Provincia de Santa Fe, 1<sup>a</sup>Circ..

**La encuesta consistió en lo siguiente:** Presentamos determinadas afirmaciones o consignas a los farmacéuticos quienes tenían que indicar su conformidad o no con cada una de ellas. Lo debían hacer señalando si estaban *de acuerdo, moderadamente de acuerdo o muy de acuerdo, en desacuerdo, moderadamente en desacuerdo o muy en desacuerdo*. **Los resultados de las 120 encuestas respondidas se presentan en los cuadros 4 al 10 y, según el contenido de las afirmaciones, se analizan bajo tres aspectos: el futuro de la Farmacia, la satisfacción del farmacéutico con la profesión y las necesidades que ve el farmacéutico para el cambio.**

## **EL FUTURO DE LA FARMACIA**

Las opiniones vertidas por los farmacéuticos frente a las *consignas* 7, 8 y 1 (**Cuadro 4**) anticipan su visión de una nueva Farmacia y la mayoría piensa que ésta es posible.

### Cuadro 4 El Futuro de la Farmacia - Resultados de la Encuesta -



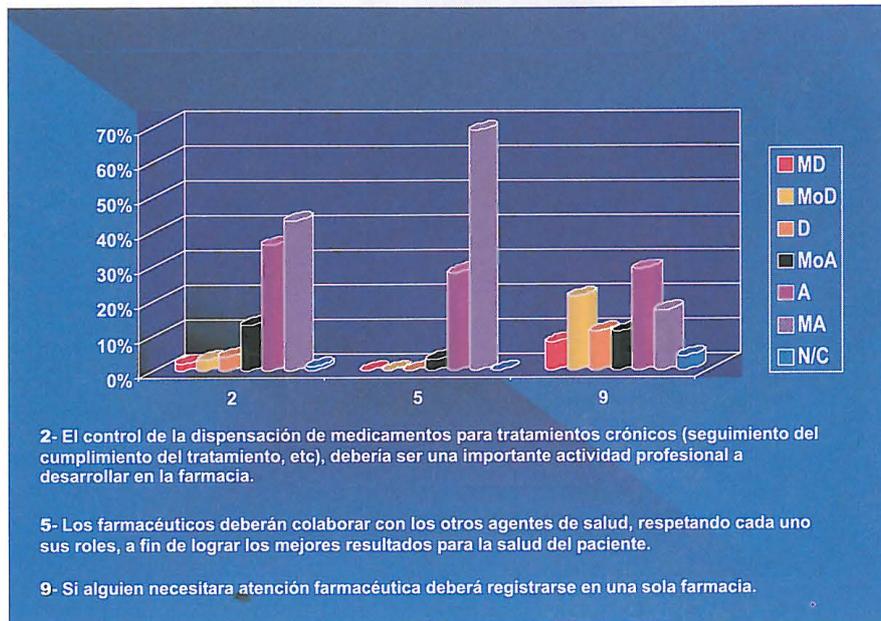
**MD:** muy en desacuerdo; **MoD:** moderadamente en desacuerdo;  
**D:** en desacuerdo; **MoA:** moderadamente de acuerdo; **A:** de acuerdo;  
**MA:** muy de acuerdo; **N/C:** no contesta

Fuente: Col. Farm. Sta. Fe 1<sup>a</sup> Circ, 2003

Los resultados obtenidos teniendo en cuenta las *consignas 2 y 5* (**Cuadro 5**) ponen en evidencia que la mayoría está dispuesto a colaborar con otros profesionales de la salud en la atención de los pacientes y a involucrarse en tareas relacionadas con el apoyo que debe brindarse al paciente para conseguir su adhesión al tratamiento.

Con respecto a la *consigna 9*, las opiniones estuvieron más divididas. Esto se puede explicar, tal vez, debido a que no disponemos en nuestro país de ciertas herramientas, por ejemplo, una tarjeta electrónica con la historia farmacoterapéutica del paciente que le permita concurrir a distintas farmacias sin que se dificulte el seguimiento farmacoterapéutico por falta de información. Además, es importante tener en cuenta que este seguimiento es una herramienta valiosa que fideliza el paciente a la farmacia.

### Cuadro 5 El Futuro de la Farmacia - Resultados de la Encuesta -

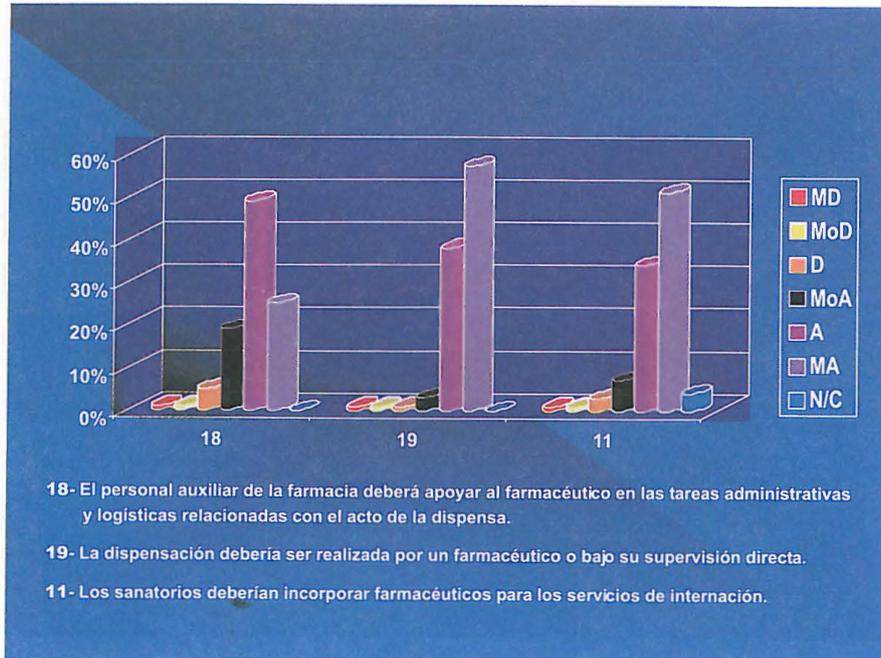


**MD:** muy en desacuerdo; **MoD:** moderadamente en desacuerdo;  
**D:** en desacuerdo; **MoA:** moderadamente de acuerdo; **A:** de acuerdo;  
**MA:** muy de acuerdo; **N/C:** no contesta

Fuente: Col. Farm. Sta. Fe 1<sup>a</sup> Circ, 2003

Según las respuestas obtenidas en las *consignas 18, 19 y 11* (**Cuadro 6**) se destaca la disponibilidad de los farmacéuticos para orientar su actividad hacia el paciente tomando éste un rol protagónico en la dispensación.

**Cuadro 6 El Futuro de la Farmacia  
- Resultados de la Encuesta -**



**MD:** muy en desacuerdo; **MoD:** moderadamente en desacuerdo; **D:** en desacuerdo; **MoA:** moderadamente de acuerdo; **A:** de acuerdo; **MA:** muy de acuerdo; **N/C:** no contesta

Fuente: Col. Farm. Sta. Fe 1<sup>a</sup> Circ, 2003

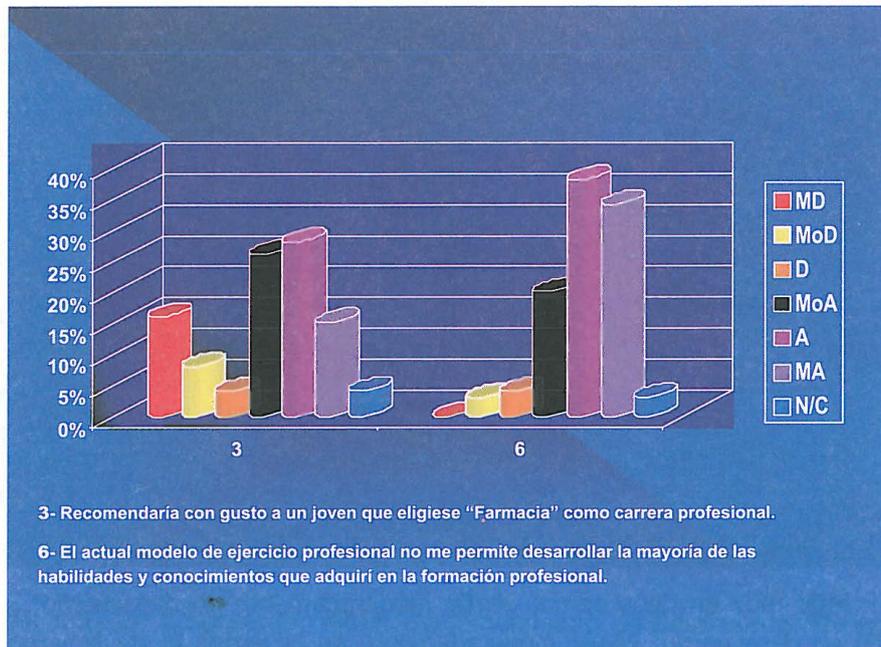
### SATISFACCIÓN CON LA PROFESIÓN

Este aspecto se indagó en base a las *consignas 3 y 6 (Cuadro 7)*.

La variabilidad en las respuestas observada en relación a la *consigna 3*, hace necesario indagar más en las causas de ella. Algunos de los farmacéuticos que se manifestaron en desacuerdo, acotaron que elegir una profesión es una cuestión de vocación... otros en cambio comunicaron cierta insatisfacción con ella.

Lo contrario sucedió frente a la *consigna 6*. En este caso, la mayoría de los farmacéuticos adhirió a la premisa que decía que el actual modelo de ejercicio profesional no permite desarrollar la mayoría de las habilidades y conocimientos adquiridos en la formación profesional.

**Cuadro 7 Satisfacción con la profesión  
- Resultados de la Encuesta -**



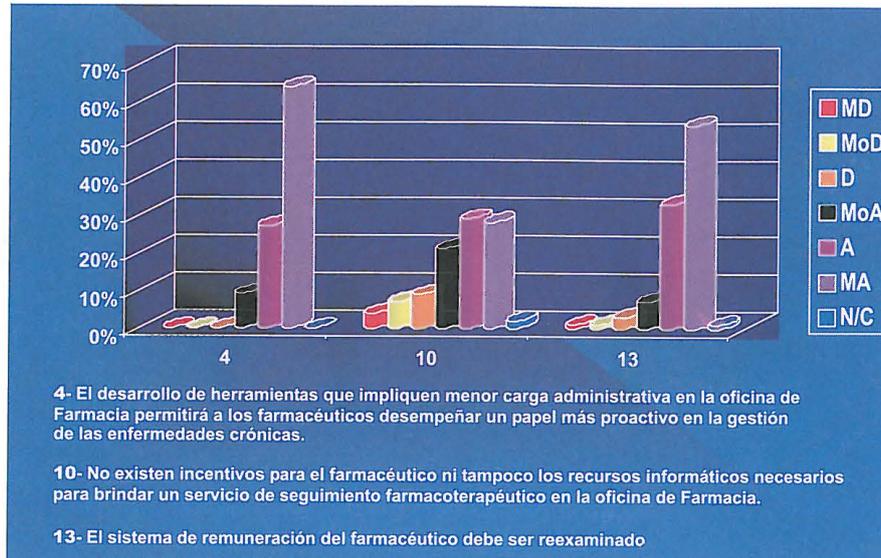
**MD:** muy en desacuerdo; **MoD:** moderadamente en desacuerdo; **D:** en desacuerdo; **MoA:** moderadamente de acuerdo; **A:** de acuerdo; **MA:** muy de acuerdo; **N/C:** no contesta

Fuente: Col. Farm. Sta. Fe 1<sup>a</sup> Circ, 2003

## NECESIDADES PARA EL CAMBIO

La mayoría de los farmacéuticos manifestaron conformidad con las consignas señaladas en el **Cuadro 8**. No obstante, algunos de ellos consideraron que aún sin los incentivos y herramientas propuestas, están dispuestos al cambio.

**Cuadro 8 Necesidades para el cambio  
- Resultados de la encuesta -**



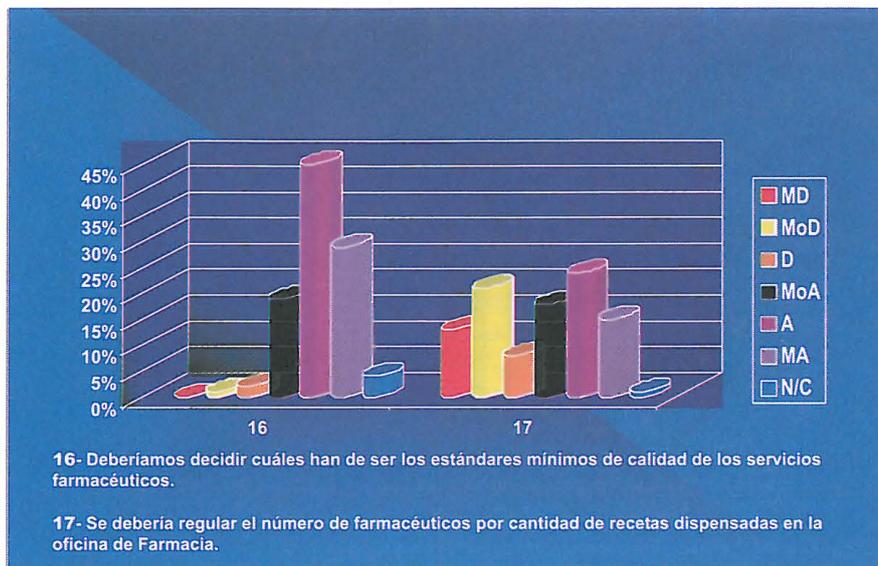
**MD:** muy en desacuerdo; **MoD:** moderadamente en desacuerdo;  
**D:** en desacuerdo; **MoA:** moderadamente de acuerdo; **A:** de acuerdo;  
**MA:** muy de acuerdo; **N/C:** no contesta

Fuente: Col. Farm. Sta. Fe 1<sup>a</sup> Circ, 2003

La *consigna 16*, "Deberíamos decidir cuáles deben ser los estándares mínimos de calidad de los servicios farmacéuticos", se relaciona con la visión compartida que tienen los farmacéuticos de la oficina de Farmacia como centro de salud. (**Cuadro 9**)

En cambio, la diversidad de opiniones acerca de si "Se debería regular el número de farmacéuticos por cantidad de recetas dispensadas en la oficina de farmacia", merece un comentario aparte. Aparentemente existiría una incongruencia en aquéllos que opinan que habría que hacer seguimiento farmacoterapéutico, lo que requiere más tiempo del farmacéutico dedicado al paciente, y a la vez no están de acuerdo con la *consigna 17*. Para dar una explicación a esto, se podrían plantear distintas hipótesis, pero antes sería interesante profundizar en el conocimiento de este aspecto. Cabe destacar, además, que esta encuesta se hizo a directores técnicos de oficinas de Farmacia que, en general, son pequeñas y, tal vez por ello, el farmacéutico opinó que no necesita de la colaboración de otro profesional. (**Cuadro 9**)

### Cuadro 9 Necesidades para el cambio - Resultados de la encuesta -

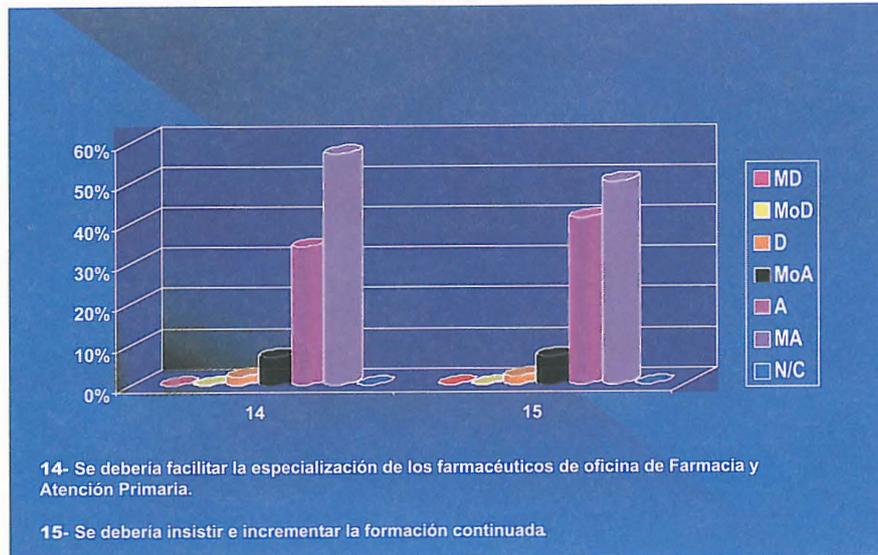


**MD:** muy en desacuerdo; **MoD:** moderadamente en desacuerdo; **D:** en desacuerdo; **MoA:** moderadamente de acuerdo; **A:** de acuerdo; **MA:** muy de acuerdo; **N/C:** no contesta

Fuente: Col. Farm. Sta. Fe 1<sup>a</sup> Circ, 2003

Los resultados de las encuestas frente a las consignas del **Cuadro 10**, eran previsible dado el apoyo de gran parte de los profesionales a las actividades de actualización profesional mediante su participación masiva en ellas.

### Cuadro 10 Necesidades para el cambio - Resultados de la encuesta -



**MD:** muy en desacuerdo; **MoD:** moderadamente en desacuerdo; **D:** en desacuerdo; **MoA:** moderadamente de acuerdo; **A:** de acuerdo; **MA:** muy de acuerdo; **N/C:** no contesta

Fuente: Col. Farm. Sta. Fe 1<sup>a</sup> Circ, 2003

Las barreras para la nueva Farmacia que fuimos comentando, a propósito de los resultados obtenidos de las encuestas, explican en parte la dificultad que tienen los farmacéuticos para llevar a cabo de modo sistemático, continuo y documentado, el seguimiento farmacoterapéutico. Prueba de ello es que sólo el 1% manifestó realizarlo, de ese modo, en su oficina de Farmacia.

### CONCLUSIONES

La concreción de la nueva Farmacia, como cambio de paradigma, necesita de la tarea de todos, del farmacéutico que está en contacto con el paciente, de la dirigencia farmacéutica acompañando el cambio, y del Estado, propiciándolo. Formar un farmacéutico tiene un costo de oportunidad, y no es positivo que, luego, el profesional esté desaprovechado para la sociedad.

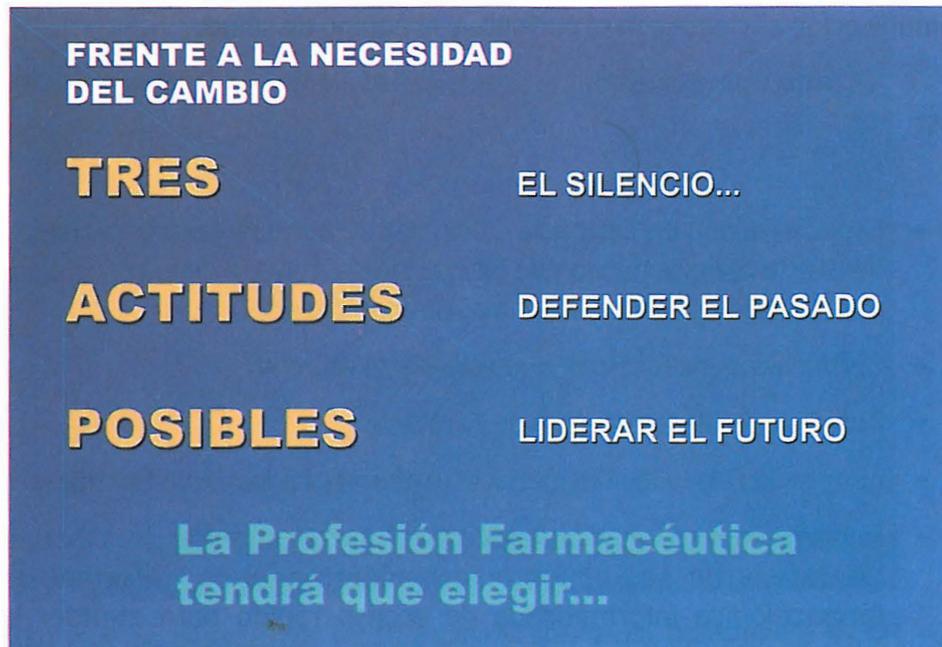
Se requiere del farmacéutico actitudes de servicio al paciente, voluntad de practicarlo en la labor cotidiana, actualización permanente y una comunicación eficiente con el paciente y el equipo de salud.

**Como agenda**, trabajar, estudiar, discutir algunas cuestiones básicas:

- Especialización en Farmacia Oficial, que aunque ya la Universidad tiene esta carrera, habría que facilitar que la mayoría de farmacéuticos que quieran acceder a la misma, puedan hacerlo.
- Certificación profesional, que está en un marcha.
- Acreditación de las oficinas de Farmacia.
- Adaptación de la ley del ejercicio profesional a la nueva Farmacia.
- Herramientas informáticas tales como fichas electrónicas para facilitar las tareas de seguimiento farmacoterapéutico, información farmacológica informatizada de acceso rápido para atender la consulta, etc.
- Sistema retributivo del farmacéutico, como incentivo, acorde a las actividades de la nueva Farmacia.
- Investigaciones locales que se ocupen de validar las propuestas para la nueva Farmacia, porque tenemos datos de investigaciones en otros países pero nuestra realidad es diferente.

**Para finalizar, una reflexión:** *Frente a la necesidad del cambio, hay 3 actitudes posibles: el silencio de quienes piensan que nada va a cambiar, defender el pasado o liderar el futuro. Los farmacéuticos tendremos que elegir y de ello dependerá el futuro de la Farmacia. Somos optimistas, estamos convencidos que la sociedad nos necesita y le vamos a dar la respuesta adecuada.*

### Cuadro 11 Reflexiones Finales



Fuente: González Ana María, Col. Farm. Sta. Fe 1<sup>a</sup> Circ, 2003

*Coordinadora Farm. Isabel Basurto*

Me gustaría comentar algo acerca del trabajo que presentó Ana María. Todos sabemos que nuestra provincia está dividida en 2 circunscripciones: la 1<sup>o</sup> y la 2<sup>o</sup>. Este trabajo fue realizado en la 1<sup>o</sup>; muy probablemente en la 2<sup>o</sup> circunscripción se nos presenta otra situación distinta en cuando al seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes en la oficina de farmacia, de hecho nuestro Colegio hace años está trabajando en atención farmacéutica y ya hay muchos colegas que han adherido a esto y están trabajando. Y comentaba con el Dr. Hugo Oteo que quizás es una utopía, Ana María González nos comentaba recién de una tarjeta magnética donde uno pudiera acceder a través de ella a hacer el segui-

miento farmacoterapéutico en cualquier farmacia, y por qué no pensar que el médico pudiese acceder de la misma manera y saber todo el arsenal de medicamentos que el paciente está tomando independientemente de cual sea la especialidad del profesional que lo esté tratando. Trabajar en equipo es algo que nos fortalece a todos.

## Mesa 4 Inversiones e Innovaciones en la Industria y Servicios del Medicamento

*Coordinador Farm. Carlos Aboal*

*Esta mesa tratará un tema amplio y que suscita siempre un renovado interés, como son las Inversiones e innovaciones en la industria y servicios del medicamento.*

*Los medicamentos configuran uno de los principales mercados del sector de la salud, por esta razón es que a diario nos sorprenden los avances que se producen en el campo de la biotecnología, en la investigación y en el desarrollo de las nuevas moléculas. Esta dinámica hace necesario que se estudien y analicen el destino de las inversiones, así como la creación y desarrollo de nuevos servicios, buscando brindar aportes para que esto posibilite un mejor acceso de la población al medicamento. El tema será abordado por el CPN Carlos Vassallo, quien es Contador Público egresado de la Universidad Nacional del Litoral, posee estudios de postgrado en Organización y Gestión de la Salud de la Universidad Bocconi de Milán; es profesor de Economía de la Salud y Economía de la Empresa en el Instituto Universitario ISALUD e Instituto Lazarte y Vicepresidente de la Asociación de Economía de la Salud.*

*CPN Carlos A. Vassallo*

### **INTRODUCCIÓN**

En primer lugar, cambiando la óptica del análisis con el cual veníamos mirando el tema del medicamento hasta ahora, hablaremos desde la economía del desarrollo y desde la economía del medicamento. Y así como hoy Hugo Robatta hacía mención a que desde el punto de vista sanitario hay dos miradas del medicamento: una mirada que lo considera como un veneno y otra como un remedio que soluciona un problema de salud, el resorte que media entre ambas es la manera como el profesional gestiona ese proceso, equilibrando ambas acciones potenciales para evitar el mal uso.

Para los economistas el medicamento es por un lado un bien público, social, que tendría que ser accesible a todos porque es un medio que permite el mayor desarrollo de la sociedad y el que potencia elementos de desarrollo. Pero por otro lado es un bien de alto valor agregado en donde los principales países del mundo industrializado se disputan el desarrollo.

Es claro entonces que no es un bien cualquiera, no es como producir cualquier otra cosa, es un bien que tiene asociado un valor agregado, que genera una redistribución del ingreso importante en relación a todo lo que vive en torno al medicamento.

Desde este enfoque, iremos analizando cuáles son los desarrollos, por dónde está caminando la industria farmacéutica mundial, y trataremos de reflexionar sobre lo que pasó en Argentina con la industria farmacéutica durante los años '70, '80 y '90, y cuáles son las perspectivas futuras de este sector mirado desde la organización industrial, y más específicamente desde la economía del desarrollo.

## **DESAFÍOS Y NUEVAS RESPUESTAS DEL SECTOR**

La industria farmacéutica mundial se plantea algunos desafíos a nivel de corto y largo plazo. En el corto plazo, desde el punto de vista financiero, algunas restricciones importantes, y desde el punto de vista estructural en el largo plazo realizar transformaciones en cuanto a su forma de funcionamiento y estructura, necesidad de lanzar productos y de realizar alianzas para investigar.

Los costos de investigación y desarrollo se han ido incrementando, la salida de monodrogas en los últimos años no ha sido tan constante y permanente como fue el bombardeo que tuvimos después de la posguerra y durante los años '60 y '70. Estamos viviendo una instancia en la que una importante cantidad de patentes empiezan a vencer en todas partes del mundo, y ahí también se abren algunas oportunidades desde el punto de vista estratégico y económico para los países en desarrollo que tienen un atraso relativo. Argentina en este sentido no está entre la saga de los países que no tiene industria del medicamento, tampoco está en el nivel de avanzada que uno quisiera, es un país intermedio con cierta capacidad de innovación y está ante un desafío importante que es definir hacia dónde va.

La mayoría de los países del mundo definen el marco regulatorio del medicamento y su política de medicamentos equilibrando dos elementos claves que siempre están en juego: por un lado un elemento que se dará en todos los casos es qué sistema de salud tienen, si es un sistema de salud equitativo, amplio, que permite y facilita el acceso de la población a los bienes y servicios médicos, acorde a los objetivos y metas de salud nacionales.

Pero la mayoría también evalúa qué tipo de industria posee en relación al medicamento. Entonces uno tiene países como Alemania en donde se busca un equilibrio en cuanto a una política de medicamentos que permita una cierta compensación entre la necesidad de sostener una industria que es una locomotora para el desarrollo económico, como sucede también en el caso de Suiza y Estados Unidos, versus otros países en donde no existe una industria del medicamento. Y en este último caso países como Suecia pueden darse el lujo de tener un formulario terapéutico muy acotado y restringido porque su economía está sustentada sobre otros sectores.

Las compañías farmacéuticas están bajo la necesidad de producir importantes transformaciones y cambios en cuanto a la calidad y cantidad de las drogas que producen. Hay un estudio de Pricewaterhouse Coopers que estima que aproximadamente de lo que hoy son los 20 consorcios farmacéuticos internacionales más importantes del mundo, en el 2005 nos encontraremos con 13. Y en este sentido todos hemos visto que el proceso de fusiones que parecía haber terminado ha comenzado de nuevo a moverse, impulsado por la importancia de los costos de investigación y la necesidad de generar sinergias entre una y otra compañía. Pfizer Inc acaba de comprar Pharmacia Corporation por unos U\$s 60 billones, consolidando su posición como la compañía farmacéutica más grande del mundo, que de detentar el 8%, pasa a controlar como resultado de esta fusión el 11% del mercado farmacéutico mundial, con un aumento de sus ganancias estimada de 32 a 46 billones anuales. Y para tener una idea de la magnitud de esta fusión, vale pensar que luego de ella Pfizer controlará un 50% más de mercado que su rival más próximo. Pero una de las razones es que además Pfizer en realidad está comprando un activo importante, Pharmacia tiene productos que van a vencer dentro de 14 años y Pfizer se estaba quedando sin la exclusividad de explotación de una cantidad importante de productos cuyas patentes estaban venciendo.

La industria farmacéutica estima un incremento de ingresos de un 7% anual, y esto implicaba para el periodo un incremento de la facturación necesaria de 28.900 millones de dólares, lo cual se puede de algún modo traducir en que cada uno de los 13 laboratorios más importantes debía facturar entre U\$s1.000 y U\$s1.500 millones extras, cosa que resulta imposible de alcanzar por el actual modelo de negocios y la forma en la cual el mercado está articulado.

Es por ello que la mayoría de los laboratorios están reestructurando su esquema de investigación y desarrollo, tratando de disminuir costos y gerenciando el conocimiento. Veremos luego algunas de las tendencias, pero muchos están trabajando en moléculas de manera conjunta hasta un cierto nivel que no es competitivo, y luego cada uno toma el camino más conveniente para alcanzar el producto final.

Para tener una idea de lo que estos consorcios farmacéuticos internacionales mueven y facturan en el mundo basta pensar que en este momento Pfizer Farmacia que es el número 1, está facturando U\$s46.100 millones con un gasto en investigación y desarrollo de U\$s7.000 millones. O el caso de Johnson&Johnson que tiene poca presencia en Argentina en el área de medicamento, pero factura U\$s33.000 millones con U\$s3.500 millones de inversión en investigación y desarrollo. Otros ejemplos son Glaxo Smith Kline con ventas por U\$s 30.000 y MSD con U\$s 21.000, hay aquí una carrera constante por el liderazgo, luego veremos algunas cuestiones de por qué se producen estas olas de acuerdos y fusiones.

Los productos exitosos generan ingresos del orden de los U\$s265 millones, y son aquellos que logran superar el costo de desarrollo que ha tenido. En consecuencia para poder generar un mayor beneficio y mayor ganancia estos laboratorios deberían tener permanentemente productos más innovadores y económicos en cuanto a su desarrollo, es decir que hay un proceso interesante que bien vale para reflexionar sobre Argentina, en cuanto a cómo se está reposicionando la investigación y desarrollo dentro de las empresas multinacionales.

La inversión y desarrollo necesita para una nueva monodroga entre U\$s350 millones y U\$s500 millones, en algunos casos incluso se ha estimado que la inversión llega hasta U\$s700 millones. Sobre este tema hay toda una discusión para hacer este cálculo, respecto de si considerar el costo de oportunidad de los recursos desde el punto de vista financiero entre invertir en ciencia y técnica o ponerlos en una cuenta financiera que dé intereses, y

en consecuencia si ese costo por no utilizar el dinero de una manera más rentable tendría que ser o no utilizado en las estimaciones de los costos del desarrollo de nuevas entidades químicas (NEQ).

Es cierto también que en este marco, respecto al componente de investigación de cada uno de los laboratorios y de los países, los laboratorios son empresas en donde la investigación y desarrollo de los nuevos productos se juega en función de la posibilidad de rentabilidad que el producto pueda tener. En consecuencia hay enfermedades sobre las cuales no se investiga: todo el tema de las enfermedades tropicales es un área en el que aparecen las enfermedades huérfanas y es por eso que algunas organizaciones como la Organización Mundial de la Salud intentan armar fondos de financiamiento a través de donaciones, como la donación del dueño de Microsoft, para poder incentivar que los laboratorios comiencen a investigar en estas áreas.

Hay algunas propuestas interesantes que pasan por establecer un proceso de negociación con los laboratorios a nivel internacional, donde se ofrece prorrogarles las patentes de algunos productos a cambio de que inviertan determinada cantidad de millones de dólares en investigación y desarrollo, específicamente para enfermedades que hoy no tienen productos o desarrollos importantes.

La venta promedio es de U\$s265, el 90% de los productos genera menos de U\$s180 millones por lo que el retorno aparece como insuficiente para sostener el desarrollo de nuevos productos.

## **ALGUNOS FACTORES COMPETITIVOS DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA INTERNACIONAL.**

Veamos brevemente cuáles son algunos de los factores competitivos que aparecen dentro de la industria farmacéutica internacional.

- Por un lado aparecen productos con ciclos de vida cortos, y también hay un proceso por el que se van superando unos con otros y hay una carrera importante.
- Empiezan a aparecer mercados exclusivos en los cuales uno tiene determinadas vinculaciones que permiten capturar ese mercado de manera importante.

- Hay un proceso de mayor tercerización de las investigaciones biotecnológicas, y este es quizás uno de los procesos mas importantes que se está dando.

Los laboratorios en los primeros años tienen una cantidad importante de innovaciones en monodrogas, cuando va pasando el tiempo se van consolidando económicamente, empieza a disminuir la investigación en I&D y aumenta el gasto en publicidad.

Estados Unidos estableció en el '97 la veda para hacer publicidad directa de los medicamentos en Estados Unidos. Estados Unidos es el mercado mas importante de medicamentos a nivel internacional, el 40% de las ventas se hacen en los Estados Unidos, y el 60% de las ganancias que tiene la industria farmacéutica se concentra en los Estados Unidos.

Pfizer y Pharmacia invirtieron U\$s7.000 millones en investigación y desarrollo, sin embargo en publicidad las compañías farmacéuticas gastaron U\$s4.500 millones en anuncios a los consumidores, pero además gastaron U\$s6.200 millones en actividad comercial directa con los médicos, U\$s1.900 millones en conferencias y U\$s527 millones en anuncios a revistas médicas. Un dato para pensar y que no pasó inadvertido, es que el aumento del precio de los medicamentos en estados Unidos en ese período fue del 18%.

Esto tiene que ver con lo que decíamos antes de que los laboratorios se orientan a tener una fuerte capacidad de innovación los primeros años, pero luego tienden a bajar su capacidad de innovación y a reemplazarla por la consolidación en la relación con la marca. Por eso es que las biotecnológicas, que son las empresas estrella, empiezan a hacer alianzas importantes. Se está pasando del 20% al 50% de estos acuerdos y en el 2005 se espera que lleguen al 50%, y hay en las bolsas internacionales una cotización muy importante de las biotecnológicas que son las más avanzadas en términos de nuevos y potenciales productos.

Compartir cierta información entre las empresas evita duplicar actividades, empieza a ser mas común el trabajo en conjunto sobre todo en el caso de la relación genética/afecciones; o la tendencia a abandonar productos no prometedores en esta etapa preclínica porque se saben que no van a dar una rentabilidad suficiente, o aumentar su licencia de servicio post-tratamiento, diagnóstico y prevención que es la tendencia de avanzar desde el producto al tema específico del servicio.

En cuanto a las **fusiones**, podemos identificar tres olas<sup>1</sup>:

- **La ola de los ochenta** (entre SKB y BMS) se basó en la facturación y tenía por finalidad una mayor cobertura médica y geográfica
- La de mediados de **los noventa** (GW, Hoechst Marion Roussel y Pharmacia UpJohn) estuvo basada en costos y reducir productos, staff de ventas y gastos.
- **La de inicios del 2000**(Aventis y Astra Zeneca) está motivada en la necesidad de crecer y alcanzar posiciones líderes en áreas terapéuticas específicas, fortaleciendo la base de descubrimientos tecnológicos de nuevas sustancias activas y asegurar el flujo de lanzamiento de nuevos productos.

## EL ESCENARIO NACIONAL

### Modelo de organización industrial del sector farmacéutico en los años '60 y '70

Mientras esto sucede a nivel internacional, hagamos un repaso histórico de lo que pasó en Argentina con la industria del medicamento, comenzando desde los '70, donde lo que uno podía ver eran dos estrategias bien diferenciadas. Veamos los puntos centrales de la primera, que tiene que ver con la **copia temprana del producto**:

- Por un lado empresas de capital nacional que basaban su estrategia en la copia del producto, no existía ley de patentes, lanzaban sus productos al nuevo mercado, dedicaban atención a la combinación de drogas conocidas y empleando un gasto unitario en comercialización muy importante se imponían por la capacidad de lobby que tuvo siempre la industria nacional para poder llegar mas rápido a sacar el certificado, y por las inversiones importantes que se hicieron para fidelizar al médico respecto a la marca, y de imponer la marca en la cabeza del consumidor. Se importaban principios activos de terceros países a costos bajos, en ese momento Hungría e Italia eran países donde se podían conseguir principios activos a precios baratos.

<sup>1</sup> Malcon Schofield. Grupo británico de estrategia competitiva del Ashridge Management College.

- Por otro lado teníamos las subsidiarias de las firmas transnacionales que centraban su estrategia en el lanzamiento de una mayor proporción de monodrogas dado que en muchos casos eran los laboratorios innovadores, efectuando de esa manera anualmente un lanzamiento mayor de nuevos productos con menores gastos unitarios de comercialización e importando materias primas activas.
- Todo esto sucedía teniendo como marco un mecanismo escasamente transparente y viciado de corrupción en el otorgamiento de certificados, cosa que se empieza a superar en los '90 cuando aparece una exigencia del Ministerio de Salud de que el primero que certifique sea el laboratorio innovador, y luego venga el resto. Si bien esto fue un avance, no alcanza para superar lo que significa poner un montón de recursos en propaganda, posicionar a la marca mucho antes que el laboratorio innovador extranjero. Por ejemplo, a nivel local muy pocos saben que Pfizer es el innovador en materia del tema del Viagra, porque muchos otros productos salieron y se posicionaron mucho mas rápidamente.
- Además otro factor de importancia fue el no reconocimiento de patentes de productos en el campo farmacéutico, y un alto nivel de protección arancelaria que hacía escasamente competitiva la posibilidad de importar. Había un mercado cautivo, Argentina es una especialista en esto en regalar mercado a determinados sectores sin exigirle nada. En la mayoría de los países cuando se entrega un mercado nacional se lo negocia a partir de algo que se considera de valor o importancia para el país, como puede ser la necesidad que haya inversión en investigación y desarrollo. Un país no entrega simplemente un mercado, donde deja cautivos a los consumidores lo cual no es algo menor, sin que reciba nada a cambio en este proceso. Por ejemplo, permitiendo que productos similares tengan durante periodos importantes precios muy altos, con una renta alta sobre la cual no hubo inversión en investigación y desarrollo que haya podido sustentar el momento en el cual se abren las fronteras, o se hace una economía mas competitiva. Es mala la apertura irrestricta y cerrar y regalar mercado sin generar un proceso de negociación.

Los tres rasgos mencionados conforman un modelo de organización industrial en el que las firmas encontraron viable y rentable copiar

tempranamente el ciclo del producto de moléculas recientemente descubiertas en los países innovadores, y no cabe duda que en eso somos hábiles.

### Los años '80

En los años '80 teníamos aproximadamente 300 laboratorios productores que hoy siguen estando. A pesar de la crisis es la paradoja que tiene el sector salud, que nunca nadie se va; todo el mundo está ahogado, hay clínicas que uno no sabe cómo subsisten, pero siguen estando, hay profesionales que siguen ejerciendo, y es un sistema en donde la oferta creció y nunca se produjo un ajuste entre oferta y demanda. Esos 300 laboratorios de los años '80 permanecen, sin embargo la mayoría comercializa unos pocos productos, de tal manera que aproximadamente 100 laboratorios cubren el 90% de las ventas totales.

Otra estrategia tuvo que ver con el **abastecimiento local de medicamentos**. A diferencia de muchos países en vía de desarrollo, Argentina desarrolló con falencias una industria en etapa de formulación de medicamentos bastante importante que le dio cierta autonomía. Además con un grado de concentración que aparecía como no muy alto, si se lo mira a nivel agregado y se lo compara con otros sectores de la economía argentina que tienen un nivel de concentración económica importante.

En los años '80 las primeras 4 firmas daban cuenta del 20% de las ventas y las 8 primeras de la firmas llegaban al concentrar el 30%. En el '91 las 4 firmas de capital nacional pasaron de controlar del 13% al 18%, y las de capital extranjero bajaron del 13% al 11%. Y la participación del mercado entre el '83 y el '91, que fue el momento en el cual se produjo cierta racionalización, las nacionales pasaron del 42 al 58 y las firmas extranjeras redujeron su participación de manera importante.

A diferencia de esta situación que se da en Argentina, en Brasil la presencia de empresas de capital nacional era muy pequeña, más pequeña que este porcentaje y este avance que se produce aquí. Es cierto que Brasil tampoco subsidió durante muchos años los precios de productos similares y copias a los altos precios con los cuales Argentina vivió durante mucho tiempo.

Durante este período el dato más importante desde el punto de vista de la morfología del mercado fue la pérdida de presencia del sector de

capital extranjero en el conjunto de la oferta de medicamentos, con la salida de empresas multinacionales de origen estadounidense como Squibb, Upjohn, Lilly, Smith Kline and French, Searle, Mead Johnson y Merck Sharp & Dohme. O sea que se produjo una salida importante de laboratorios, en algunos casos tenía que ver con laboratorios de producción, como el caso de Merck que le vendió su industria a Sidus, y se dio una salida de empresas multinacionales de origen estadounidense bastante importante. A diferencia de ello algunas empresas europeas como Novartis o Roche, decidieron en este proceso quedarse y jugarse dentro de un sistema sobreviviendo para poder ver cómo era la perspectiva futura, situación que después rindió sus frutos porque con excepción de Merck, ninguno de estos productos que volvieron a entrar tienen una posición relativa tan importante dentro del mercado de ventas argentinas.

Ninguna de las dos estrategias, tanto en el caso argentino como en el de las multinacionales que hacen su investigación y desarrollo en otros países, que son los países desde donde hay quizás mayoría de capital, se sustenta en inversiones de investigación y desarrollo para producir innovaciones, para invertir, para generar de alguna manera una dinámica del sector diferente. En ambos casos se orientan fundamentalmente al mercado interno: en un caso trayendo los productos de afuera y en otro caso copiando pero también trabajando fundamentalmente desde el punto de vista comercial.

El modelo sustitutivo no generó presiones e incentivos como para que exista reposición tecnológica y que esta reposición ocurriera a nivel internacional. Para darles un ejemplo de un sector en cuanto a su evolución tomemos el caso de la fermentación antibiótica:

- La primera planta de fermentación se instaló en 1949 (Squibb). El gobierno otorgó en ese momento condiciones monopólicas cerrando la importación de penicilinas.
- Entre 1952-1960 se radicaron tres plantas de fermentación: Lepetit, Pfizer y American Cyanamid, y en 1960 se sumó Bagó.
- Argentina ingresa en este campo con un rezago de 10 años de la frontera tecnológica internacional, ya que las primeras plantas productoras de penicilina en el mundo datan de 1940.

Después hay algunas cuestiones técnicas vinculadas al tamaño de los fermentadores, que oscilaba entre 20m<sup>3</sup> y 60 m<sup>3</sup>. Sólo pocos años más

tarde Gist Brocades operaba en Holanda con fermentadores mucho mayores (150m<sup>3</sup>) y la media europea era de 80m<sup>3</sup>. Pero lo que nos interesa destacar son las deseconomías estáticas de escala, que se acumulan a raíz del bajo ritmo de reposición de los equipos locales, que sólo tenían por función abastecer el mercado doméstico bajo fuertes barreras arancelarias. Y esto significa que hay una importante diferencia que se produce entre un sector y otro de la economía, que de alguna manera marca una diferenciación porque si no hay una recuperación en términos de inversiones y de renovación tecnológica, es muy difícil después cubrir esta brecha de deseconomía importante que hay entre uno y otro país.

Ese retardo relativo en cuanto al cambio tecnológico se debió fundamentalmente a algunos factores que todavía están presentes en la Argentina. Primero, la masa crítica de profesionales de diversas disciplinas que debe actuar para alcanzar mejoras en la productividad no alcanzó en el nivel local el nivel adecuado, es decir que dentro de estos laboratorios no logró juntarse una masa crítica como para producir un salto. No se logró un clima de interacción entre el aparato productivo y el sistema científico tecnológico, un problema que seguimos viviendo actualmente. Por un lado están las universidades, por otro lado está el Conicet investigando sobre problemáticas que muy pocas veces tienen que ver con las necesidades sociales y con las oportunidades que se podrían llegar a generar para producir saltos tecnológicos o de producción a nivel local.

Es decir Argentina tiene en materia biomédica algunas ventajas relativas importantes, no sólo porque sus tres Nóbeles los ganó en esa área, sino porque hay grupos de investigación básica que podrían estar vinculados mucho más fuertemente de lo que están con el aparato productivo y generar ventajas y tener mayor competitividad. Simplemente vamos a mencionar dos casos, uno es el de Sidus o Biosidus, que tiene ventajas a partir de esto que puede ser considerado una ventaja nacional, y el otro el Laboratorio Craveri, que trabaja sobre piel sintética y que también ha hecho avances importantes vinculando el aparato productivo con el sector de ciencia y tecnología.

Existen algunas otras causas que no son menos importantes y que son no específicas del sector sino macroeconómicas, y acá hay que mencionar por supuesto la incertidumbre de la economía argentina durante los años '80. La política cambiaria que se siguió desde el '78 y en la historia más reciente de la convertibilidad. Venimos de lejos repitiendo algunos errores

en cuanto a anclar y después entrar a un sistema y no estar lo suficientemente avisados para ver el momento en el que hay que salir, y no poder luego evitar salir generando los costos que se terminaron generando.

Esto deterioró la posición competitiva de las plantas locales, se afectó el ritmo de innovación, y en consecuencia a principios de los '80 todas las plantas de fermentación antibiótica terminaron cerrando.

## **Los años '90**

Durante los '90, dentro de lo que podríamos identificar como mercado farmacéutico, por un lado se eliminó el control de precios en el campo de los medicamentos, y se produjo una desregulación que tiró los precios o que elevó los precios de manera importante, por eso fue lo del decreto 150. Coincidimos con lo que se dijo anteriormente en que este decreto surgió del Ministerio de Economía como una especie de represalia hacia los laboratorios que habían tirado la canasta de precios hacia arriba, pero sin que hubiera una estrategia de desarrollo del mercado de genéricos, ni intención de desarrollarla. Pensemos que ese gobierno era el mismo en el que su canciller Di Tella decía que en la Argentina estábamos orgullosos de no tener política industrial... ¿Cómo se puede entonces conciliar esto del Ministerio de Economía lanzando un programa para armar un mercado de medicamentos genéricos, con otro Ministro que dice que no se va a incentivar, no se va a promover, no se va a generar ningún tipo de estímulo para generar una política económica?

Las industrias en un país no crecen de la nada, de generación espontánea. Sin duda el elemento empresarial es importante pero hay también algunas políticas que uno tiene que tratar de hacer con equilibrio fiscal, no generando endeudamiento, pero definitivamente hay políticas que permiten incentivar la creación de determinados productos. Como ejemplo puntual, Estados Unidos que es un país desregulado, con libertad de precios, etc., cuando en el sistema de salud tiene que hacer surgir un modelo que sea mucho más efectivo desde el punto de vista de la atención de los pacientes y de la administración de los recursos, crea una ley para dinamizar la creación de la HMOs, y les otorga créditos para que se armen las HMOs. Hay entonces una política explícita hacia el desarrollo del sector.

En los años '90 se simplifica el mecanismo de nuevos certificados de producto, se asimilan a los productos que estaban aprobados en otras partes del mundo tomados como referencia y automáticamente son aceptados por ANMAT, se empieza a discutir y se termina aprobando en el año '95/96 la ley de Patentes, y hay un proceso de reducción a la protección arancelaria.

Pero como todos sabemos, en este marco la mayoría de los países que aprueba Ley de Patentes, de manera casi paralela desarrolla mercados de genéricos. Y también todos sabemos que la patente puede tener un impacto importante en términos de recolocación de las inversiones y puede impactar en los precios. Con un nivel de precios altos como el que teníamos lo lógico era que cuando se aprobara patentes iba a tener que existir un desarrollo del mercado de genéricos que no se hizo y que sigue pendiente. Como bien dijo Aldo Neri, hemos dado un avance importante en el 2002, pero solamente sobre la forma de prescripción del medicamento y no sobre el medicamento genérico, del cual mañana vamos a hablar en abundancia.

## **NUEVAS ESTRATEGIAS**

Hay algo que queremos decir y es que metodológicamente necesitamos ubicar el análisis como si el comportamiento de las empresas multinacionales y las nacionales fuera similar en un caso y otro. Hoy por hoy es muy diferente una empresa de la otra porque cada una tiene una cartera armada de diferente manera, tiene ventajas relativas posicionadas en uno y otro sector, pero este supuesto que estamos planteando es necesario a los fines de modelizar comportamientos, aunque desde ya resulta difícil poder asimilar una estrategia de un laboratorio a otro.

De hecho lo estamos viendo hoy cuando encontramos alianzas de laboratorios, que nos parece increíble que estén sucediendo. En el caso de las firmas trasnacionales, luego de la pérdida de interés que habían tenido algunos laboratorios, como en los casos de la salida de Eli Lilly o el de MSD que al reestructurarse a nivel internacional desembocó en el cierre de sus fábricas en México y Grecia y la venta de la planta local a Sidus. Lo cierto es que muchas firmas perdieron en los '80 el interés en el ámbito local. Luego en los '90 cuando empiezan a cambiar los aires, se revalorizan algunos aspectos vinculados a cambios y se produce un rescate de viejos planes de mejora-

miento de plantas y de inversión, en medio de una agresiva competencia planteada por una veintena de firmas de capital nacional que hallaron propicio el "clima institucional" para lograr una rápida expansión.

Durante los '90 hay en materia de plantas y de reformulación algunas inversiones importantes. Se encargan fundamentalmente de síntesis química, pero no son plantas para expandir la capacidad de producción de principios activos, y se empiezan a realizar trabajos o tareas de farmacología clínica en fase 3, porque a nivel local se tienen recursos muy calificados para ello y es una de las áreas donde potencialmente podemos llegar a tener mayores ventajas de desarrollo, y un potencial de atracción de inversiones de parte de la industria multinacional para hacer estudios en fase 3. Fuera de eso las firmas extranjeras no ofrecen voluntad de realizar investigaciones en la fase 1 y en la fase 2, y en este sector hay un atraso relativo importante.

Como comentario vale la pena recordar que Clinton tenía un gabinete interesante en cuanto a gente dentro de su línea de pensamiento, y había entre ellos dos ministros, uno era Robert Reich, ministro de trabajo y la economista Laura D'Andrea Tyson una californiana que trabajó en el área de comercio, y en determinado momento se les planteó a estas personas qué tipo de empresas había que favorecer, promocionar, subsidiar y apoyar. El planteo de Reich, era que si una empresa creaba empleos, le importaba poco su nacionalidad y por lo tanto merecían su ayuda tanto las empresas locales como las extranjeras. Reich escribió un libro que se llama *El Trabajo de las Naciones*, un libro muy interesante que les recomendamos, donde se plantea que el centro de la competitividad ya no es el capital sino fundamentalmente el trabajo, y lo interesante es que Reich agregaba que era imposible determinar la nacionalidad de una empresa cuyas acciones se cotizaban en bolsa. Pero obviamente esto tenía sus bemoles, porque en un momento dado valía pensar que IBM podía ser entonces una empresa austríaca porque sus acciones podían ser compradas por las personas de ese país. Por su lado Tyson aseguraba que para conocer la nacionalidad de una empresa alcanzaba con saber dónde realizaba sus inversiones de investigación y desarrollo y en ese sentido le dijo a Reich que se quedara tranquilo, porque en el caso de IBM el 92% de las inversiones se hacían en territorio de los Estados Unidos, en consecuencia podía ser considerada una empresa americana. Es para pensar entonces qué rol importante tiene el área geográfica en donde cada uno de estos países hace la investigación y el desarrollo.

### **Veamos qué otra cosa hizo la industria multinacional durante los '90.**

- Acuerdos de comarketing con algunas empresas de capital nacional, fundamentalmente aprovechando sus fortalezas en comercialización y canales de distribución.
- Las empresas nacionales que nunca tuvieron vocación por trabajar en investigación y desarrollo, se fortalecieron en el área de los canales de distribución a través de las distribuidoras y de las mandatarias, y en consecuencia ese es su punto de negociación más importante para con los laboratorios multinacionales, tanto en Argentina como en América Latina.
- Durante el periodo 1991 - 2001 hubo una especie de euforia porque los precios se fueron disparando de manera importante, por otro lado el marco regulatorio institucional fue mejorando las expectativas de estas empresas que tenían mayores garantías, y en consecuencia se dieron algunos planes de inversión, tareas de farmacología, otorgamiento de licencias, etc.

### **Y veamos qué hicieron en los '90 las firmas de capital nacional.**

- Tendieron a reducir la proporción de materia prima fabricada localmente y la sustituyeron por principios activos importados.
- Como los principios activos se habían reducido de valor en todo el mundo, era un negocio redondo tener un precio alto importando productos y principios activos.
- Reducción del valor agregado al optar las empresas por la importación de intermediarios de síntesis de pasos más tempranos para las cadenas de sus procesos y concentración de tramo final.
- Caída del precio internacional de materia prima. Aquí las empresas fueron muy activas cerrando convenios y licencias. Roemmers con Glaxo, Bagó con Pfizer, o Bagó y Gañor que en algún momento firmaron un convenio para una Cefalosporina de origen japonés.
- Aparece en los '90 como área de desarrollo de medicamentos una innovación importante en materia de comercialización.

Aparecen nuevos actores, el proceso de mantener la estructura de oferta intacta hizo que medicamentos avanzara sobre otros submercados dentro del sector salud. Sobre todo lo que tiene que ver con ambulatorios, en menor grado con internación.

## **Diciembre del 2001 y después**

Todo lo anterior llega hasta diciembre del 2001. Luego y muy resumidamente, sobrevino la caída de precios, la devaluación, la caída de ventas, se introdujo la prescripción por nombre genérico, se reforzaron las garantías institucionales con la modificación de ley de patentes, se firmó el acuerdo con el Fondo Monetario Internacional. Hay de alguna manera una perspectiva de crecimiento. No obstante sigue existiendo una ausencia de un programa sectorial para el área de medicamentos que implique priorizar sectores, y fundamentalmente comenzar a articular intereses de ciencia y tecnología con producción.

Argentina cae como mercado, abandonando estrepitosamente su puesto número 11 del ranking internacional.

### **Algunas de las estrategias de las firmas trasnacionales que se están planteando en este momento son:**

- Por un lado están explorando el mercado de genéricos, porque hay algunas industrias multinacionales que conviven en otros mercados y en otros sistemas de salud con mercado de genéricos maduros.
- En consecuencia si se generan incentivos como se pudieron haber generado en Brasil, podrían avanzar más en este campo. En tanto que a la industria nacional, que podría tener posibilidades, se la ve muy cerrada en cuanto a seguir defendiendo el mercado de marcas, copias o similares.
- En Brasil la reconversión muchas veces significó que hoy por hoy, según nos decía Pedro Bernardo, en el mercado de genéricos el 75% sean industrias nacionales y el 25% son multinacionales. En Argentina hay otro nivel de desarrollo, es muy cerrada la cuestión pero hay multinacionales que están explorando este tema.
- Hay un giro de exportaciones bastante importante, hay algunas empresas como Schering Plough de Alemania que exporta el 80% de

la producción, Boheringer exporta el 70% a América Latina y Gador el 15%.

- Se analiza ahora la posibilidad de aprovechar los bajos costos locales. Hay algunas inversiones anunciadas de los laboratorios para la fase 3 de investigación.
- También hay una tendencia a promover el pasaje a venta libre de algunos medicamentos, considerando que en Argentina a diferencia de Europa el 80% del gasto de medicamentos es gasto privado y el 20% es capacidad de compra pública, con lo cual se reduce muchísimo la capacidad de llevar adelante una política pública desde el Estado.

#### **Y ahora veamos cuáles son algunas estrategias de las firmas nacionales:**

- Por un lado defensa del mercado de marcas, rechazo del genérico, creemos que son las que más reacción están generando ante esto.
- Armado de esquemas tendientes a sacar el medicamento de la influencia pública, básicamente a través de esquemas que sacan a la gente de la seguridad social.
- Compra de empresas de genéricos para reconvertirlos en genéricos de marca, o bien fijar un precio menor que la marca pero mayor que el genérico puro. En Brasil cuando sacaron los productos genéricos del mercado y pusieron las exigencias de bioequivalencia y bioseguridad, el precio de los genéricos que entraba al mercado tenía que ser un 35% menos que el líder dentro del sector. Seguramente el precio de algunos laboratorios reconvertidos está muy por encima de esta diferencia.

#### **LECCIONES MACROECONÓMICAS**

Mirando el tema desde el punto de vista macroeconómico, diríamos que en la experiencia argentina a diferencia de lo que sucede con la teoría, que dice que cuando uno tiene mayor capacidad de atracción de capitales eso fomenta el crecimiento, en Argentina lo que fomentó la atracción de capitales es sostener esquemas sobre la base de ilusiones. Y esto ya lo hemos pasado con la salida del '82 con el Plan Brady donde se dio un endeu-

damiento, mantuvimos la tablita durante muchos años y ahora también repetimos un proceso similar. La experiencia argentina es contraria a una idea dominante en el saber convencional sobre flujo de capitales (reducción de los flujos tiene efectos negativos sobre el crecimiento). En el CP puede ser así, pero desde un concepto más amplio del desarrollo, la conclusión puede ser inversa.

Durante los años que suelen tener característica de burbuja en el sentido que vienen muchos recursos financieros, es cuando se cometen los mayores errores desde el punto de vista de política económica.

### **¿Cómo hacer sustentable un programa económico?**

- Dar menor importancia a los flujos financieros externos.
- Dar mayor importancia al financiamiento local
- Dar mayor importancia a la inversión extranjera directa.
- Rechazar políticas de endeudamiento constante
- Dar un papel central al equilibrio fiscal permanente y al efecto del mismo sobre el endeudamiento permanente

El nuevo escenario dentro del área de la industria del medicamento requiere un replanteo de la estrategia de los laboratorios, que nos da la impresión que primero están analizando cómo decanta el gobierno la situación, están expectantes de lo que hace la política pública en esta materia.

Creemos que desde el punto de vista de la competitividad es una oportunidad importante para que Argentina comience a investigar, a producir y a vender medicamentos en el mercado interno, pero fundamentalmente en el mercado externo para poder generar un salto que otras veces no dimos. Existen sin embargo, todavía serios problemas de empresarios y políticos para comprender la necesidad y la importancia de agregar valor.

**En definitiva un nuevo modelo de desarrollo económico necesita investigación y desarrollo.** Argentina invierte muy poco todavía, y la inversión debería incrementarse en este y otros sectores intensivos.

Se puede negociar en la política pública mayor inversión en investigación y desarrollo a cambio de negociación en el mercado, y la industria competitiva debería ser capaz de desarrollar empresas innovadoras, mejorar sus contribuciones en investigación y desarrollo, incrementar los solicitantes de patentes y un mayor peso relativo de la investigación y desarrollo sobre la innovación.

En el sector financiero cuando uno va a pedir un crédito, lo primero que le preguntan es qué garantías tiene. Y en realidad este nuevo modelo tendría que tratar de bucear qué posibilidades de inserción tiene ese producto en el mercado, qué desarrollo tecnológico y qué viabilidad.

**¿Cómo lograrlo?** Creemos que hay posibilidades de firmar algún acuerdo que genere un marco de estabilidad necesario para lograr mayores inversiones en investigación y desarrollo, conservando el equilibrio presupuestario necesario. La industria innovadora es uno de los sectores más importantes para innovar, existe bastante intensidad competitiva. Hay costos de investigación y desarrollo crecientes, y de alguna manera aparece un riesgo de competencia y dificultades para el proceso.

Dado que la industria farmacéutica tiene un perfil bastante similar al de capitales de riesgo, al igual que en estos sectores económicos hay muy pocas operaciones que son rentables y esas operaciones deben servir para cubrir al resto de las otras operaciones que son fallidas. O sea que hay que seleccionar un grupo de productos exitosos que deben generar retornos suficientes.

**Un entorno posible para generar un proceso de innovación puede ser entonces el siguiente:**

- Marco regulatorio estable, mercado con crecimiento sostenible de la economía, clima propicio para la innovación.

**Y un ejemplo de cómo se podrían hacer las cosas:**

El FONTAR (Fondo Tecnológico Argentino) es un programa de la Secretaría de Ciencia y Técnica que se aplicó en el período 1997 – 2001. Le dieron entre 7 y 8 millones de dólares, pesos/dólares en ese momento, repartidos entre empresas seleccionadas que incorporaban elementos de tecnología. Se apoyaron cien empresas que, en ese período que como se

sabe fue un período de mucha recesión, generaron 800 nuevos puestos de trabajo. Entre ellas, 15 de las 65 compañías que recibieron préstamos de baja tasa y de evolución obligatorio aumentaron un 20% su facturación y pagaron 12 millones de pesos/dólares de IVA, amortizando el 60% de los créditos.

Nueve sobre veintiséis compañías recibieron créditos de evolución contingente para proyectos de alto riesgo. Aumentaron su facturación un 45% y la recaudación del IVA aumentó 13 millones, con lo cual se pagó la inversión total que se había hecho por este programa.

Estos son resultados increíbles que son de la Argentina, con una política como esta que se instauró exitosamente y puede marcar un camino posible.

Finalmente, unas palabras sobre **la salida de la exportación**.

La inclinación que están tomando muchas de las empresas ante la caída del mercado interno pasa por el reposicionamiento de la industria hacia mercados externos importantes, y respecto a la **exportación de medicamentos** podemos señalar:

- Argentina esta entre los primeros 20 exportadores mundiales y primero en AL
- Durante el 2002 exportó a 82 destinos (AL, Caribe, Asia, Europa, Africa y Oceanía)
- Las exportaciones antes de la devaluación eran de 300 millones de pesos dólares
- Schering AG exporta el 80% de su producción, Boheringer Ingelheim 70%
- Novartis facturó 8,1% de exportaciones, Aventis vendió por 11 millones de dólares, Gador exporta 15%

Y antes de finalizar veamos algunos ejemplos de empresas que de alguna manera encuentran un mix de lo que estamos planteando: Por ejemplo Sidus, que nació en 1938, y en 1999 exportó 19 millones de dólares a América Latina, Asia y Oriente, y en 1980 había creado Biosidus para desarrollar materias primas biotecnológicas , eritropoyetina, interferón y factor

estimulante de colonias. Otro caso notable es el de Craveri, un laboratorio que está experimentando en la fabricación de tejidos humanos para comercializar piel artificial, epitelio anterior de la córnea y cartilagos. Sus investigadores junto con los del Instituto Leloir ya desarrollaron piel artificial a partir de células cutáneas humanas modificadas genéticamente, que una vez implantadas podrían producir y liberar proteínas terapéuticas para tratar males como la psoriasis o el melanoma. El proyecto comenzó hace 5 años e involucra una inversión de 4 millones de dólares, pero sobre todo marca la posibilidad exitosa de hacer las cosas de otra manera, acercando a nuestros científicos universitarios a la industria privada con I&D.

Queremos concluir esta charla con la frase de un dirigente indio que ustedes deberán conocer, Jawaharlal Nehru, que decía que somos demasiado pobres para darnos el lujo de no invertir en ciencia y tecnología. Ellos lo hicieron. India lidera hoy el desarrollo del área de software que es un insumo básico de las modernas sociedades de información, y hay toda una lista de otros países que apostaron a un modelo de agregar valor a la producción.

## Mesa 5 Farmacoeconomía y Evaluación de Medicamentos Nuevos.

*Coordinador Farm. Graciela Pensa*

*Nos acompañan en esta Quinta Mesa de las Jornadas el Dr. Flavio M. Devoto, quien es Médico Farmacólogo (UBA), MBA, cumple además tareas docentes en la 1ra. Cátedra de Farmacología, Fac. de Medicina, UBA y actualmente es Gerente de Farmacoeconomía, de Pfizer Argentina, y será quien comience con la primera disertación sobre este tema de la farmacoeconomía y evaluación de los medicamentos nuevos, que concita cada vez más interés por parte de todos los actores del sector de la salud. Seguidamente el Ingeniero Alexandre Lemgruber, quien se desempeña en la Gerencia General de Evaluación Económica y Monitoreo de Mercado de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, ANVISA, de Brasil, podrá contarnos su experiencia en este tema en su país, donde sabemos que la Agencia en la que el trabaja está cumpliendo un papel muy dinámico y renovado en referencia al tema que nos convoca.*

### Farmacoeconomía y Evaluación de Medicamentos Nuevos

*Dr. Flavio Devoto*

#### **INTRODUCCIÓN**

Queremos primeramente agradecer a las autoridades del Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe y al contador Carlos Vassallo, quienes nos han brindado la posibilidad de compartir estas Jornadas y de disertar en esta mesa sobre un tema que realmente concita últimamente un creciente interés en diversos sectores de la salud. Trataremos de ser breves porque muchas de las cosas que teníamos pensado abordar, de algún modo ya han sido tratadas, si bien acaso en algunas haya una visión y datos diferentes. Y sobre todo, trataremos de hacerlo en un clima distendido.

Queremos comenzar citando dos frases. Una primera que le pertenece a Alfred Goodman Gilman, premio Nobel de Medicina y editor del libro Goodman & Gilman (2001), que nos ha dado grandes enseñanzas en la materia, quien en el prólogo de la última edición del libro de Farmacología de Goodman & Gilman (2001), nos dice lo siguiente:

*"Debemos esperar con alegría una era donde el costo del tratamiento farmacológico, incluida la terapia génica, constituya la fracción principal del presupuesto en salud, en la que los hospitales existan solamente como centros de trauma y en la que la vida no esté comprometida por una incapacidad permanente y/o muerte prematura"*

Esto nos lleva a reflexionar que, indudablemente, con el avance de la ciencia el gasto o la inversión en salud estará representada en el futuro por una mayor proporción del rubro medicamentos. Y esto tiene que ver con que los medicamentos hoy en día tratan muchas condiciones que antes se trataban con cirugías, cuidados paliativos o generaban internaciones.

Y para entender el concepto de la mesa nos parece interesante la visión de nuestro actual Ministro de Salud, Ginés González García, porque justamente en un artículo que apareció en el diario La Nación del 26 de agosto del 2003 él hablaba de los objetivos de la farmacoeconomía, y el concepto está expresado en una frase que pronuncia al hablar sobre el tabaquismo:

*"De igual modo, las sociedades que se desentienden del tabaco hacen un pésimo negocio, porque el precio se paga -¡y cómo!- en calidad de vida, en muertes prematuras, en menor productividad empresarial por ausencias y enfermedades, y en una tremenda carga de enfermedad que soportamos y pagamos todos "*

Esto quiere decir que cuando hablamos de medicamentos no hay que enfocar sólo el precio, el precio es una variable más dentro de las muchas variables que nos enfrentamos en el problema de medicamento. Hablar del cigarrillo y solamente tomar el precio del atado, como hace el Estado por un tema recaudatorio, excluye costos y consideraciones que se tienen que tener en cuenta cuando uno analiza el tema del tabaco. Lo mismo pasa con los medicamentos, por eso tener una visión exclusivamente del

precio es sumamente simplista y deja de lado un montón de cosas que tenemos que evaluar si queremos hacer una verdadera política de medicamentos.

## **UNA MIRADA LOCAL**

En Argentina se gasta mucho en salud. Si vemos la tendencia del año '70 hasta el 2002 vemos un decrecimiento de estos últimos años del gasto en salud como porcentaje de PBI como consecuencia de la recesión, pero en términos generales la Argentina gasta mucho en salud como porcentaje de su PBI. (Gráfico 1)

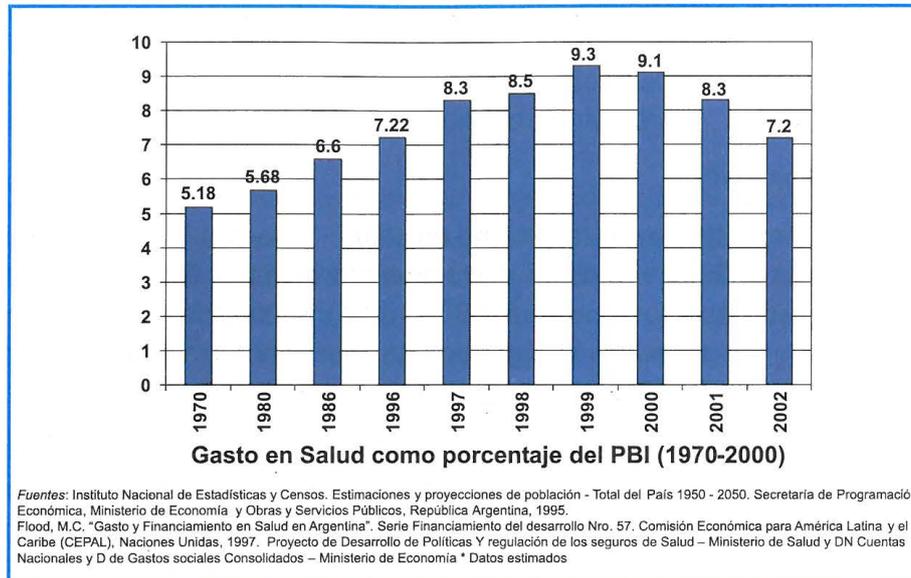
Sin embargo los resultados esperados de acuerdo a ese gasto son inferiores de acuerdo a los observados con otros países. Los recursos están, se gastan, pero los resultados no son los esperables para esos recursos.

### **¿Por qué hay un aumento persistente del gasto en salud?**

Enumeremos brevemente los principales factores identificados

- Tenemos un aumento de carga de enfermedades en una población mas añosa. Argentina sigue la tendencia mundial de tener cada una vez una proporción mayor de población de tercera edad.
- Nuevas enfermedades que no recibían cobertura, como por ejemplo la esclerosis múltiple o el SIDA, ahora la reciben. Tenemos el programa del SIDA y leyes especiales para patologías como la esclerosis múltiple o la epilepsia.
- Y otras condiciones médicas con tratamiento profiláctico, como la hipercolesterolemia.
- Cada vez más la gente necesita o reclama tratamiento para determinadas condiciones que luego van a prevenir un daño futuro, o sea tratamientos para mejorar la calidad de vida.
- Y otro factor es la utilización de tratamientos inefectivos, o dicho de otra manera, falta de uso de tratamientos costo efectivos. En este punto creemos que cuando se hace el registro y aprobación de un medicamento, ese medicamento debe probar efectividad y seguridad, y recién cuando cumple esto frente a la autoridad regulatoria está listo para ser usado.

**Gráfico 1 Gasto en salud como % del PBI Argentina, 1970 - 2000**



**¿Qué pasa con los costos en salud en relación a la edad de las personas?**

**Cuadro 1 Incremento del costo médico según la edad**

Edad	Incremento del Costo Médico
Entre 45 y 49 años	Base = 100
Entre 60 y 64 años	118%
Entre 65 y 69 años	185%
Entre 70 y 74 años	374%
Mayores de 74 años	444%

Fuente: Consultora Towers, Perrin, Marcú & Asociados. Diario La Nación, Septiembre 2003

**Los costos en salud se incrementan con la edad.** Si tomamos una población adulta de mediana edad, entre 45 y 49 años, a medida que aumenta la edad se incrementa en forma significativa el gasto en salud, como se muestra en el Cuadro 1. Por eso el tema del PAMI es un tema importante, los costos del PAMI no son los mismos que los de una prepaga porque tiene población más añosa que consume cada vez más recursos. Esto quiere decir que el incremento en el gasto será persistente, y que es el momento de tratar de producir mayor eficiencia respecto a lo que se invierte en salud.

## ¿Cómo es hoy la cobertura de salud en Argentina?

Hay casi 14 millones de personas que están fuera de la cobertura social; la gran mayoría de la gente que tiene cobertura social tiene obra social, la minoría tiene prepaga; y hay un porcentaje importante de gente que tiene obra social y prepaga, personas que tienen una obra social pero que debido al nivel de calidad de la atención o del resultado recurren a su bolsillo y pagan una prepaga.

**Tabla 1 Tipo de cobertura de salud en Argentina**

Condición	Millones de habitantes	Porcentaje
Con cobertura de seguro de salud (O. Social o Prepaga)	22,8	62,3
Con cobertura de Hospital Público	13,8	37,6
<b>Total</b>	<b>36,6</b>	<b>100</b>
Obra Social	18,4	50,2
Mutual o Prepaga	2,9	7,9
O. Social y Prepaga	1,5	4,2
Sólo Hospital Público	13,8	37,6

Fuente: Devoto Flavio, Banco Mundial 2002 y elaboración propia.

Las obras sociales sindicales son las que se llevan la mayor cantidad de gente en cuanto a cobertura; indudablemente esto tiene que ver con la estructura o seguro de salud que se ha generado en Argentina y es interesante de estudiar desde el punto de vista político y cronológico.

Cuando uno analiza la cobertura de salud ve que las obras sociales sindicales se llevan la mayor parte. Y analizando los números de la Superintendencia, puede observarse que como consecuencia de la desregulación y posibilidad de traspaso de obra social hubo una importante disminución de las entidades entre los años '94 y '99 (Tabla 2).

**Tabla 2 Cobertura de salud según subsector, Argentina, 2000 - 2001**

Tipo de cobertura	Beneficiarios en Millones	% del total de poblac. C/ cobertura de salud
O. Sociales Sindicales	11,5	50,4
O. Sociales Nacionales y/o provinciales	3,4	14,9
INSSJyP (Pami)	3,5	15,6
Prepagas	2,9	12,7
O. Sociales y Prepagas	1,5	6,4
<b>TOTAL</b>	<b>22,8</b>	<b>100</b>

Fuente: Devoto Flavio, Superintendencia de Serv. Salud Datos años 2000 y 2001 y elaboración propia.

Sin embargo hoy en día existen una gran cantidad de obras sociales que tienen muy pocos afiliados, lo cual quiere decir que no llegan con su cápita a cubrir los riesgos o las coberturas necesarias para aquellas personas que en algún momento se enfermen.

- El 57% de las entidades de naturaleza sindical cuenta con una cantidad de afiliados inferior a los 10.000.
- El 44% con una cantidad inferior a los 5.000 afiliados.

Nos parece un tema importante en abordar porque esto genera un costo administrativo y de estructura que no se corresponde con una calidad o un resultado en salud que lo justifiquen..

**Tabla 3 Subsistema de Obras Sociales Sindicales**

O. SOCIALES INSCRIPTAS EN 1994	361
Altas de O. Sociales posteriores a 1994	26
Bajas de O. Sociales posteriores a 1994	97
O. Sociales inscriptas en 1999	290

Fuente: Superintendencia de Serv. Salud

**Frente a este estado de situación cabe hacerse algunas preguntas:**

- Frente a este nivel de inversión en salud ¿han sido satisfactorios los resultados (por ej., indicadores en salud) desde la perspectiva societaria?
- ¿Debe priorizarse el ser social (sano) ó el ser individual (enfermo) en las políticas de salud? Y aquí se abren interrogantes difíciles: ¿La Argentina debe gastar por ejemplo en dializar pacientes de mucha edad, debe gastar en la hormona de crecimiento, en trasplantes?. Si uno lo ve desde una perspectiva societaria uno dirá que es mejor usar ese recurso para paliar el hambre o sus consecuencias, o pagar el tratamiento para la hipertensión para la mayoría de los pacientes. Pero si uno lo ve desde la perspectiva individual, si mi hija tiene un déficit de crecimiento, o mi hija necesita un trasplante, entonces lucharé por todos los medios para que esa persona reciba el trasplante. Esta lucha que se da permanentemente, en algún momento hay que

darle una respuesta y no tiene que ser desde el gobierno ni desde la industria farmacéutica, debe ser societaria, por eso es interesante esa perspectiva del ser social sano y del ser individual enfermo.

- ¿Es posible la planificación en salud y el desarrollo de estrategias comunes frente a la fragmentación del sistema? En este sentido algo se está haciendo con el plan nacional de salud.
- ¿Cómo compatibilizar los distintos intereses para tener objetivos comunes en salud?
- ¿Cuál es el costo de la actual ineficiencia administrativa? ¿Se pueden sostener tantas entidades?
- ¿Cuál es el costo de la "no calidad" en salud considerando la doble cobertura? Porque mucha gente tiene que pagar dos o tres sistemas de salud para obtener una cobertura eficiente.

Todos estos planteos nos parecen importantes porque centran la farmacoeconomía en un contexto especial como el de la Argentina.

## LA INNOVACIÓN

La inversión en investigación es grande, indudablemente no la puede hacer una sola entidad, probablemente no la puede hacer tampoco el propio el gobierno. Se ha incrementado en forma importante en los últimos años. Por ejemplo, mirando la inversión en investigación en laboratorios innovadores de origen norteamericano en los últimos años, en la Tabla 4 puede observarse la escalada en los costos.

**Tabla 4 Inversión en investigación en laboratorios innovadores de origen norteamericano (en millones de US\$ respecto al año anterior)**

AÑO	1960	1985	1990	1995	1998	1999	2000	2001
Inversión	1.976,7	4.077,6	8.420,3	15.207	21.061	22.719	26.031	30.343
Variación						7,29%	12,72%	14,21%

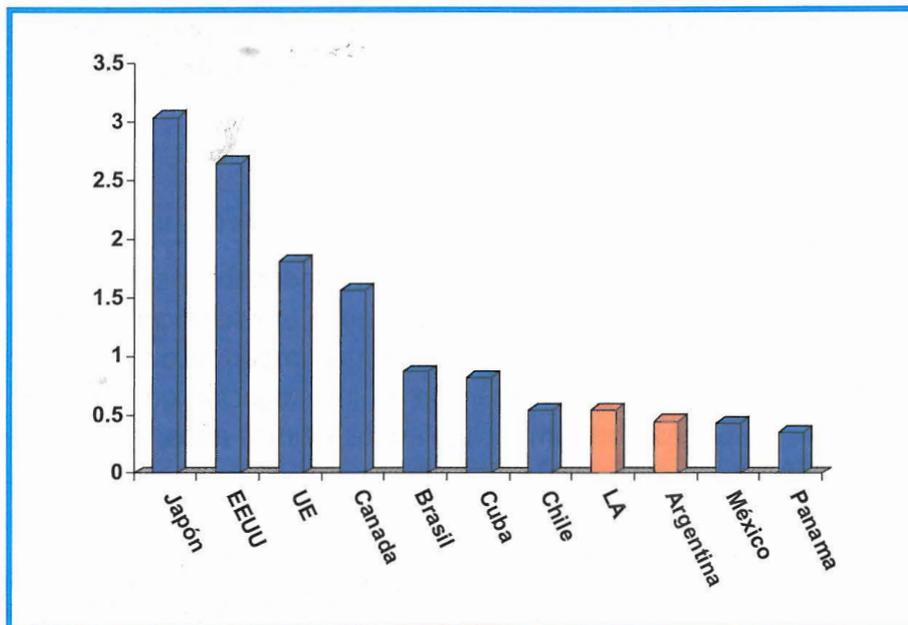
Fuente: Pharmaceutical Research and Manufacturers of America PhRMA Annual Membership Survey as reported in Pharmaceutical Industry Profile (Washington, DC, PhRMA 2002. -

Por otro lado, el costo de un nuevo medicamento cada vez es mayor, hoy hablamos de unos US\$ 802 millones de acuerdo a estudios universitarios en los Estados Unidos (A. DiMasi. Tufts Center for the Study of Drugs Development, Nov. De 2001) Son inversiones de alto riesgo que requieren estrategias definidas.

Veamos brevemente el tema del posicionamiento estratégico en Argentina en la industria del conocimiento. Esto es algo importante porque va a generar empleo y entre otras cosas hará que un farmacéutico no gane solamente \$300 por mes.

Primero vamos a citar los datos del Dr. Mario Albornoz, del Centro de Estudios sobre Ciencia, Desarrollo y Educación Superior, que es una persona que ha trabajado muchísimo en ciencia e investigación en Argentina, y que pueden observarse en el siguiente gráfico:

**Gráfico 1 Inversión en I&D como % del PBI, Argentina, 2000.**



Fuente: Datos de Dr. Mario Albornoz - Centro de Estudios sobre Ciencia, Desarrollo y Educación Superior

Hay que observar que el nivel de inversión en investigación y desarrollo en Argentina comparado con el resto de los países desarrollados es muy inferior. Hay un dato positivo, y es que recientemente el Presidente

Kirchner anunció que para el año 2006/2007 Argentina invertirá por lo menos el 1% de su PBI en I&D.

### ¿Cómo articular esto para generar empleo?

Hemos analizado un caso paradigmático que es Irlanda. Irlanda es un país que tenía un flujo emigratorio porque era pobre y sin posibilidades. Gracias a un plan estratégico bien pensado, bien planificado pudo salir de esto y hoy transformarse en un país donde la gente quiere ir, con un flujo migratorio de tipo inmigratorio neto.

### Cuadro 2 El caso de Irlanda

Crecimiento económico (aumento del PBI interno)		Principales plantas instaladas en Irlanda (a partir de 1990)	
1996	7,4%	Apple	Novell
1997	9,4%	GSK	Abbot
1998	7,9%	Dell	Coca Cola
1999	8,2%	Pfizer	Boston Scientific
2000	10,4%	Hewlett Packard	Becton Dickinson
2001	5,0%	Sandoz	Tyco
2002	2,5%	IBM	Wyeth
Resultado: 50% de aumento en el empleo (tasa de desocupación del 4%)		Schering Plough	Microsoft
		Intel	

Factores Críticos de Éxito
Manejo realista y prolijo de la economía
Acuerdos del Gobierno con distintos sectores y otros países (UE)
Fuerte inversión en educación desde la década del 60
Política industrial para fomento de inversiones extranjeras
Corriente favorable para el desarrollo de la industria del conocimiento (farmacéutica e informática que requieren de mano de obra calificada)

Fuente: Paula Slatery, embajadora de la República de Irlanda. Revista IDEA junio-julio 2003, pág. 36

Mirando el Cuadro 2, se puede observar el crecimiento económico, el aumento del PBI anual con números que sorprenden en la década de los '90, superiores al 8%. Respecto de las fábricas o plantas instaladas en Irlanda muchas de ellas son farmacéuticas o de industrias tecnológicas.

Y si uno se pregunta ¿qué hizo Irlanda para producir ese crecimiento?. Primero un manejo realista y prolijo de la economía; acuerdos del gobierno con los distintos sectores y países. Hay que ponerse de acuerdo entre todos para saber qué país se quiere realmente. Una fuerte inversión en educación; una política industrial para el fomento de inversiones extranjeras y una corriente favorable para el desarrollo de la industria del conocimiento, farmacéutica e informática. Esto quiere decir que no solamente se tendrá una política industrial en producir commodities sino productos de alto valor agregado.

**Y nuevamente vamos a plantearnos algunas preguntas respecto a la Argentina en este punto:**

- ¿Cómo estimular la innovación y desarrollo de nuevas tecnologías dado que Argentina posee el principal recurso (científicos y técnicos)? Y agregaríamos algo que Carlos Vassallo esbozó y nos parece sumamente importante como factor crítico de éxito: en el caso argentino es importante el tener un recurso humano altamente calificado y barato en términos mundiales. Es decir hoy en día que tenemos un dólar caro, el recurso humano en Argentina es barato, hay muchos estudiante de farmacia y ciencias biomédicas y ¿por qué no aprovechar eso?, ¿por qué no fomentar una política de investigación y desarrollo aprovechando las fortalezas que tenemos desde el punto de vista macroeconómico y educativo? Esto tiene que ver con cómo estimular la investigación y desarrollo de nuevas tecnologías dado que la Argentina posee el principal recurso. Una de las muchas actividades de mi vida fue pasar 4 años en el Instituto Leloir con varios de los grupos de investigación básica, y donde uno se sentía muy frustrado porque ganaba solamente \$600 por mes y dependía de subsidios extranjeros. Creemos que esa situación se puede revertir.
- ¿Cuál debe ser el nivel de complemento entre inversión privada y pública?
- ¿Cómo adecuar la innovación y desarrollo hacia las necesidades de nuestro país? Por ejemplo epidemiológicas en el caso de medicamentos, donde cabría no solamente pensar en un fin comercial sino pensar en un fin epidemiológico.

- ¿Podría pensarse en un modelo de país basado en el desarrollo del conocimiento en áreas estratégicas, no sólo salud y farmacéutica, sino informática o agro?

## LAS EVALUACIONES ECONÓMICAS

### **Empecemos preguntándonos el por qué de las evaluaciones económicas.**

En primer lugar porque como sabemos, las necesidades son infinitas y los recursos limitados. Esto implica elecciones y definición de prioridades. Sin evaluaciones económicas es muy difícil tener análisis sistemáticos e identificar con claridad las alternativas más relevantes, y en buena parte éstos brindan mucha transparencia a las decisiones.

Lo interesante de esto que la farmacoeconomía con la economía de la salud tampoco resuelve el debate de la perspectiva societaria, no resuelve el debate frente a los aspectos de equidad, distribución de riqueza, qué enfermedades cubrir, como el ejemplo que dábamos de acuerdo a hormonas de crecimiento. Simplemente la economía de la salud en el caso particular de la farmacoeconomía es una herramienta, pero no brinda soluciones netas frente a estas decisiones que son políticas.

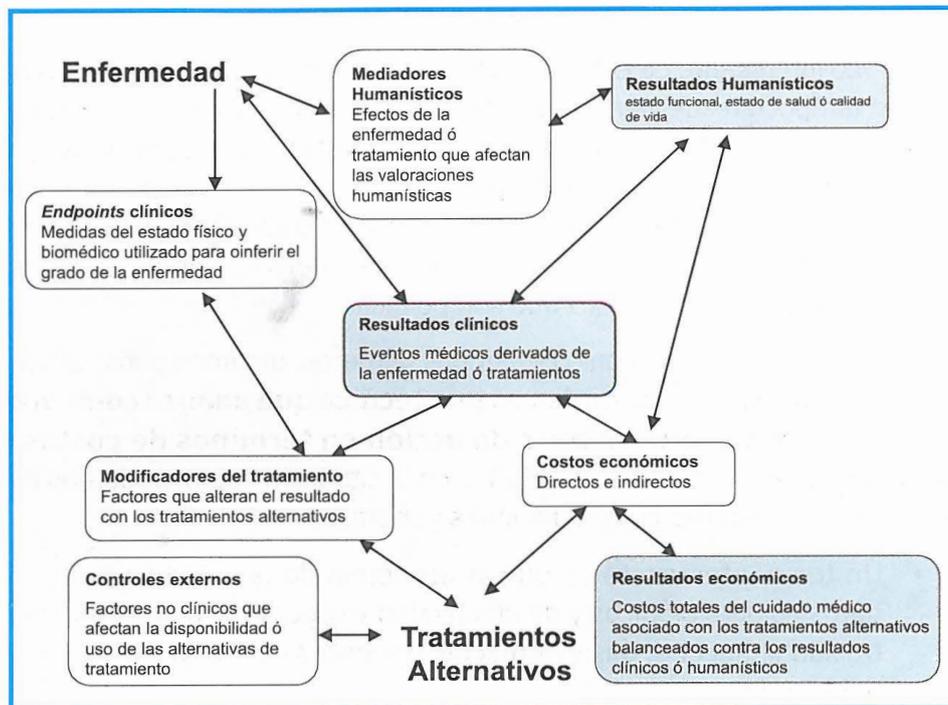
Para ver el tema técnico y algunos números, digamos primeramente que la **evaluación económica es una técnica que analiza comparativamente cursos alternativos de acción en términos de costos y consecuencias** (Drummond, 1997). Y en la situación actual podemos hacer al respecto algunas consideraciones generales:

- Un tema interesante es que la economía de la salud se nutre de datos epidemiológicos y de efectividad y seguridad locales, es difícil trasladar, hacer análisis farmacoeconómicos con datos importados del exterior.
- El modelo conceptual que utiliza la economía de la salud es el modelo conceptual ECHO donde los resultados se evalúan desde 3 perspectivas: desde el punto de vista económico, clínico y humanístico, y estos tres aspectos están íntimamente relacionados. La evaluación económica en farmacoeconomía es entonces una herramienta de decisión junto con factores éticos, sociales y políticos
- El análisis farmacoeconómico tiene sentido en un marco de

efectividad y seguridad comprobados, es decir que la efectividad y seguridad son condiciones sinequanon para empezar a hablar de análisis económicos.

- Y otro aspecto interesante es que los resultados no solamente los medimos desde el punto de vista clínico como años de vida ganados, sino que también los podemos medir desde el punto de vista económico como dólares ahorrados, o desde el punto de vista humanístico tomando calidad de vida.

**Gráfico 3 Modelo Conceptual ECHO: resultados económicos, clínicos y humanísticos**



Fuente: Kozma CM y col., 1993.

**Hay diferentes formas de hacer análisis económicos**, esto escapa a los objetivos de esta presentación, pero cuando evaluamos tanto costos como consecuencias y cuando existen por lo menos dos o más alternativas, tenemos los 4 tipos de análisis económicos que están resaltados en oscuro en el casillero inferior externo del Cuadro 3, es decir minimización de costos, costo-efectividad, costo-utilidad y costo-beneficio.

### Cuadro 3 Análisis Económico

		¿ Se evalúan los costos y las consecuencias ?	
		NO	SI
¿ Hay 2 o más alternativas ?	NO	Evaluaciones descriptivas parciales	
		Solo consecuencias	Solo costos
		Costos / consecuencias	
		Evaluaciones comparativas	
		Evaluación económica completa	
SI	Análisis de eficacia o efectividad	Análisis de costos	<b>Minimización de costos</b> <b>Costo- efectividad</b> <b>Costo - utilidad</b> <b>Costo - beneficio</b>

Fuente: Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programs M. F. Drummond, (Editor), Bernard O'Brien, Stoddart, O'Brien Drummond, George W. Torrance, Greg L. Stoddard. 2nd edition. January 15, 1997

Fuente: Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programs M. F. Drummond, (Editor), Bernard O'Brien, Stoddart, O'Brien Drummond, George W. Torrance, Greg L. Stoddard. 2nd edition. January 15, 1997

El resultado farmacoeconómico analiza **costos que pueden ser diferentes tipos:**

- Los **costos directos**, que incluyen los costos médicos o no médicos. Por ejemplo en los costos directos está el precio del medicamento y todas aquellas erogaciones que se hacen como consecuencia del tratamiento médico de una enfermedad. Y además están aquellos costos que siendo directos no son médicos, como los costos de traslados del paciente o del personal a cargo en un hospital.
- Los **costos indirectos**, aquellos derivados de la pérdida de productividad que puede producir una enfermedad, es decir que todo lo relacionado la pérdida de productividad es lo que se mide desde el punto de vista de costo indirecto.
- Los **costos intangibles**, aquellos relacionados con el sufrimiento que trae aparejado la enfermedad.

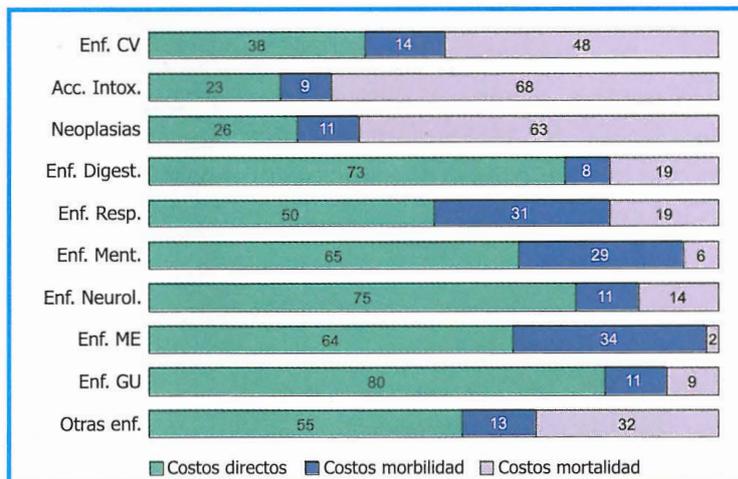
#### Cuadro 4 Factores influyentes en un estudio farmacoeconómico



Fuente: R, Devoto F. Principios y metodología de la farmacoeconomía: su aplicación en la evaluación de nuevos medicamentos. Rev Arg Farmacol Clin 2000;7:17-29

Para cada tipo de pregunta tenemos un análisis determinado que responde a hipótesis diferentes, y la perspectiva del resultado se puede ver desde el punto de vista del paciente, del pagador, del proveedor o de la sociedad. Si analizamos la perspectiva del costo del medicamento desde el punto de vista del paciente, probablemente tomemos un costo del 60% del precio total del medicamento ya que el paciente eroga de su bolsillo un 60%. En cambio, si tomamos la perspectiva del financiador usamos la perspectiva del 40%, y si tomamos la perspectiva societaria tomaremos el 100%.

#### Gráfico 4 Distribución porcentual del tipo de costos por enfermedad



Fuente: Adaptado de Rice DP et al. Health Care Finan Rev 1985;7:61-80

¿Qué consecuencias tiene esto? Que con los números y las perspectivas uno puede manipular los resultados, por eso es importante siempre en un estudio farmacoeconómico analizar la perspectiva, o ver desde qué perspectiva está realizado.

Entonces recordemos que en cada enfermedad hay costos directos y hay costos indirectos relacionados con la morbilidad y mortalidad. Por supuesto, esto se debería hacer también de acuerdo a las necesidades epidemiológicas locales.

Los 4 tipos de análisis los enumeramos rápido simplemente para que se vea qué resultados se pueden tener cuando hablamos de economía de la salud. **Hay cuatro tipos de Estudios Farmacoeconómicos**

1. Análisis de Minimización de Costos (AMC)
2. Análisis de Costo Efectividad (ACE)
3. Análisis de Costo Beneficio (ACB)
4. Análisis de Costo Utilidad (ACU)

Una de las cosas que uno puede hallar son **ratios o razones de costo-efectividad**. Por ejemplo cuando uno realiza estudios de costo-efectividad uno puede medir los resultados de acuerdo al cociente costo-efectividad o costo-efectividad incremental, que es lo que uno debería mirar.

**Cuadro 5 Ratios de Costo-efectividad**

	Tratamientos	
	A	B
Costo	1000	600
Efectividad (casos curados)	15	12
Cociente costo/efectividad	66.7	50.0
Costo/Efectividad incremental	133.3	
<b>Conclusión:</b> se deben invertir 133,3 pesos por caso adicional curado usando el tratamiento A		

Si se comparan dos alternativas, como se puede ver en el Cuadro 5, hay que fijarse que el costo de ambas alternativas son diferentes, pero los resultados también son diferentes. En base a costos y consecuencias podemos construir diferentes índices, y la costo - efectividad

incremental nos está diciendo que si utilizamos el tratamiento A debemos invertir por lo menos \$133,3 por caso adicional curado utilizando el tratamiento A versus el tratamiento B. El punto está en decidir hasta cuánto estamos dispuestos a invertir para mejorar la efectividad de un tratamiento.

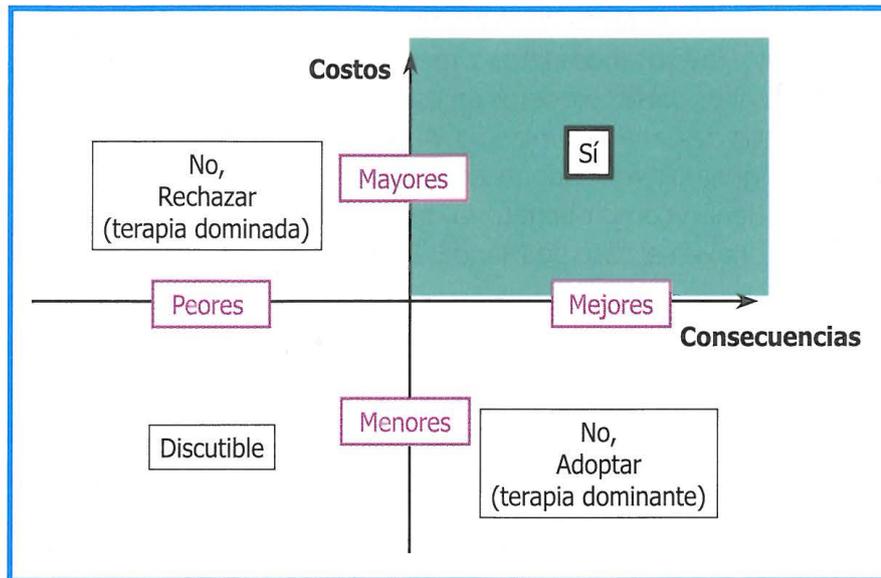
Los **análisis de costo-utilidad** incorporan el concepto de calidad de vida, que mide no sólo los años que el paciente vive sino cómo los vive. La naturaleza subjetiva de esta metodología limita el valor de este análisis. Por otro lado sigue habiendo falta de consenso en las escalas para medir la calidad de vida (QoL)

- Vida de años ajustados a la calidad de vida (*Quality-adjusted life years* QALYs)
- 3 años en perfecta salud = 3 QALYs
- 4 años de vida con 75% del estado de salud = 3 QALYs

### ¿Cuándo está indicada una evaluación económica?

Lo que veíamos antes del ratio costo-efectividad incremental ayuda a contestar la pregunta del cuadrante sombreado superior externo del Cuadro 6. Porque la gran mayoría de las innovaciones y la gran mayoría de los nuevos procedimientos caen sobre ese cuadrante, es decir, producen mejores resultados pero a un costo más elevado. ¿Hasta cuánto está dispuesto a pagar un sistema de salud, hasta cuánto una sociedad, hasta cuánto un financiador por ese tratamiento? Para contestar esa pregunta se realizan los estudios de costo-efectividad y se calculan las razones de costo-efectividad incremental. En algunos países, incluso en los Estados Unidos, existen valores aceptados por los cuales uno de acuerdo a la inversión que tenga que realizar, puede aceptar o no un tratamiento.

**Cuadro 6: ¿Está indicada una evaluación farmacoeconómica?**



Fuente: Adaptado de Schulman KA, Linas BP. Ann Rev Public Health 1997;18:529

Dentro de este cuadro hay otras situaciones posibles:

- Supongamos que tenemos un tratamiento con un costo mayor pero con una consecuencia menos favorable o peor, en ese caso el tratamiento tiene que ser rechazado y no haremos ningún tipo de análisis.
- Si tenemos un tratamiento con mejor consecuencia y a menor costo, entonces se entiende que es una terapia dominante y debe ser aceptada.
- Y en el caso donde tengamos una alternativa donde gastemos menos y tengamos un peor resultado, eso es discutible. Pero existen casos así en la vida real. Un caso interesante es el tema de la leche. En determinado momento recordemos que se planteó el tema de si pasteurizar o no la leche. Si no realizamos el control de calidad y no realizamos la pasteurización tendremos un peor resultado en cuanto a consecuencias, tendremos mayor cantidad de pacientes con brucelosis, mayor cantidad de población con tuberculosis transmitida

por la leche, etc., aunque inicialmente indudablemente el costo será menor.

La evaluación farmacoeconómica se utiliza para el reembolso del medicamento. Hay criterios claros y metodologías universalmente aceptadas. Y hay muchos países pioneros en esto: algunos la consideran necesaria como en el caso de Canadá, Finlandia, Australia, Holanda, Portugal, el Reino Unido, más algunas gerenciadoras de salud de Estados Unidos. Otros países si bien no la tienen como obligatoria, también recomiendan la evaluación económica, como en el caso de Irlanda, Dinamarca, Nueva Zelanda, Noruega y Suiza.

En Argentina hay varias disposiciones de la Superintendencia donde se exigen este tipo de estudios para incorporar productos dentro de los formularios terapéuticos nacionales.

**Y en relación a la evaluación económica podemos hacer algunas consideraciones interesantes:**

- Modelos de progresión de enfermedad vs. estudios clínicos puntuales. Con respecto a los formularios terapéuticos una de las cosas interesantes es siempre tratar de ver modelos de progresión de enfermedad, no sólo hacer una evaluación económica al precio del medicamento sino ligar costos con consecuencias y tener un análisis mas holístico
- Evaluación económica conjuntamente con consecuencias (clínicas, humanísticas, económicas) Tipos de costos utilizados y perspectiva considerada
- Justificación del análisis empleado (debe responder a la hipótesis planteada)
- Evaluación consecuente al target de posibles pacientes de la intervención (OS, sistema privado, PAMI, etc)

Es decir que todo esto implica obviamente considerar la perspectiva económica y las evaluaciones consecuentes al *target* de posibles pacientes de la intervención, porque no es lo mismo hacer un análisis económico para el PAMI que para el IAPOS, o que para una prepaga donde el *target* o el tipo de pacientes es diferente.

## **CONCLUSIONES**

El objetivo último de la farmacoeconomía es proveer una herramienta para una mejor asignación de los recursos disponibles, preservando el objetivo de alcanzar el máximo beneficio posible en términos de la salud pública y salud individual de las personas. Es interesante plantear esto dentro del contexto que vive la Argentina.

El segundo punto es que hoy en día no basta con demostrar la efectividad y seguridad de un medicamento, sino que también este nuevo tratamiento o esta nueva tecnología tiene que ser costo-efectiva para ser adoptada por el sistema de salud, es decir la economía de la salud ocupa un papel importante siempre y cuando haya efectividad y seguridad demostrada.

Para concluir digamos que nos parece que una gestión en salud más eficiente permitirá mediante la participación de todos los actores, la construcción de una comunidad próspera e inclusiva, con oportunidad y esperanza para todos.

## Evaluación Económica y Regulación de precios de los medicamentos nuevos

### Desafíos y tendencias en la experiencia brasileña

*Ing. Alexandre Lemgruber*

#### **EL GASTO EN MEDICAMENTOS EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL**

Primeramente hablaremos del contexto actual de la salud, donde algunos de los principales factores a tener en cuenta son el aumento creciente de los gastos en salud, la introducción de nuevas tecnologías que son cada vez más caras, a lo que se suma una presión creciente de la sociedad civil para la incorporación de nuevas tecnologías, tanto a través de ONGs, de los médicos y de las demandas judiciales.

El tema de las demandas judiciales es un asunto muy brasileño, es una realidad que en Brasil la vivimos porque nuestra Constitución garantiza a la población un derecho de "salud universal". Entonces si un portador de una enfermedad va al Poder Judicial y demanda un medicamento, el 99% de las veces el juez concede el medicamento, que por supuesto muchas veces carísimo.

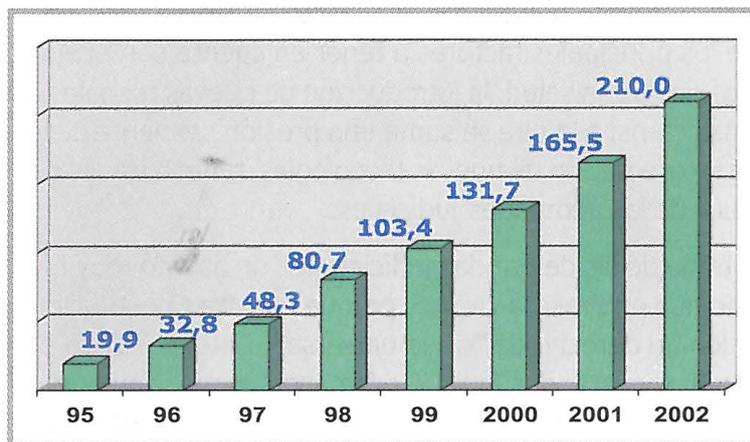
Veamos algunos ejemplos de otros países:

- En EE UU los gastos relativos a los medicamentos de prescripción subieron el 200% entre 1990 y 2001.
- Otro dato interesante es que Estados Unidos el costo promedio de la prescripción subió de US\$ 22,06 en 1990, hasta alcanzar los US\$ 45,79 en el 2000, lo cual representa un aumento del 108%. Y el principal motivo de este alza es el surgimiento de medicamentos más nuevos y más caros.
- Y se estima que el Medicare en los próximos diez años va a gastar 400 billones de dólares con estos medicamentos nuevos.

- También en otros países, como en el caso de Italia, en el periodo 1995-2001, el gasto público en medicamentos subió un 99%.
- En Canadá para ese mismo periodo 1995/2001, si se mira por ejemplo la provincia de Ontario, el gasto en medicamentos intravenosos para cáncer subió un 900%.

O sea que el mundo entero tiene la certeza, también aquí en la Argentina, que se viene dando una situación global de gasto farmacéutico creciente, a un ritmo realmente preocupante, no sólo para los gobiernos sino para toda la sociedad.

**Gráfico 1 Gasto del Estado de San Pablo en medicamentos de alto costo (en millones de reales)**



Fuente: Lemgruber A., Gcia. Gral. De Evaluación Económica y Monitoreo de Mercado, ANVISA, Brasil, 2003

Como ejemplo local de Brasil, tomemos el estado de San Pablo, que es un estado de los más significativos, y veamos en el Gráfico 1 qué está pasando con el gasto en medicamentos de alto costo del gobierno de ese estado, y cuál ha sido su evolución. Las cifras hablan solas: menos de 20 millones de reales en el '95 que pasaron a ser 210 millones de reales en el 2002.

En Brasil, para los gastos del Ministerio de Salud con los medicamentos excepcionales tenemos un programa llamado Programa de Medicamentos Excepcionales, que son medicamentos utilizados para enfermedades crónicas como hepatitis C por ejemplo, es decir todos son en general

medicamentos de alto costo. El gasto de ese programa creció más del 500% entre 1995/2002. Y la introducción de nuevos medicamentos de alto costo es la principal causa del crecimiento de los gastos.

Mirando más en detalle este ejemplo, podemos decir que entre los 226 medicamentos que son parte del programa, el 14% son responsables de más del 60% del gasto total del programa en cuestión. Lo que muestra muy claramente cómo los medicamentos de alto costo impactan en las finanzas públicas.

La Tabla 1 muestra cuatro ejemplos dentro de este programa de medicamentos de alto costo, que sería interesante mirar un poco más en detalle para que pudieran conocerlo.

**Tabla1 Medicamentos de alto costo en Brasil**

	Gasto (en M. U\$s)	PACIENTES	Costo anual por paciente (U\$s)
<b>Imiglucerase</b>	60,7	240	253.000
<b>Eritropoyetina recombinante humana</b>	16,2	188	86.221
<b>Interferon pegilado</b>	35,8	804	44.490
<b>Interferon 1 a y 1b</b>	51,2	2.121	24.126

Fuente: Lemgruber A., Gcia. Gral. De Evaluación Económica y Monitoreo de Mercado, ANVISA, Brasil, 2003, en base a datos del Min Sal Brasil 2003

En el caso del imiglucerase, se gastan algo más de 60 millones de dólares americanos para 240 pacientes, y el costo anual del tratamiento por paciente es de más 250.000 dólares, lo que realmente hace que sea el tratamiento más caro en el país.

Otro ejemplo es el de la eritropoyetina recombinante humana, cuyo principio activo tiene en Brasil un productor monopolista, y que aparte de ser un medicamento necesario e irremplazable para determinada patología, significa un costo de más de US\$ 86.000 por paciente y por año, que si lo calculamos para los 188 pacientes que figuran en este grupo, nos da un gasto de más de 16 millones de dólares por año.

El tercer ejemplo tiene que ver con el interferon pegilado, indicado para hepatitis C en conjunto con la ribavirina, que es una clara alternativa terapéutica para los pacientes con hepatitis crónica por virus en lugar de la terapéutica tradicional. Es un tratamiento nuevo diez veces más caro que un tratamiento convencional, y no obstante existen todavía serias dudas científicas sobre la eficacia del

tratamiento. Destaquemos además que la Hepatitis C viene creciendo en forma preocupante, y va rumbo a ser uno de los principales gastos del Ministerio de Salud de Brasil, y en este grupo tenemos ya 804 pacientes a un costo anual de tratamiento de cerca de US\$ 45.000.

Finalmente está el interferon 1<sup>a</sup> y 1b indicados para la esclerosis múltiple que también es una fuente importante de gasto en cuanto a medicamentos de alto costo. Es el grupo más numeroso de los cuatro que hemos visto, con 2.121 pacientes.

## LOS MEDICAMENTOS INNOVADORES

Y a esta altura de nuestra exposición es hora de hacernos una pregunta importante, que tendría que abrir un debate muy importante para nosotros: **¿los medicamentos nuevos representan innovaciones para el tratamiento con importantes beneficios clínicos?**

Una posible respuesta para esa pregunta la dan Garattini y Bertele en el *British Medical Journal* N° 325 del 2002, y si bien habría también otras consideraciones y factores tratarlos excedería esta charla. En concreto, ellos afirman que el número de productos realmente innovador es pequeño, y que la manipulación molecular origina productos con ganancias marginales de efectividad a precios mucho mayores.

Y otro número que confirma esta afirmación de Garattini y Bertele, es que de los 117 medicamentos con moléculas nuevas analizados entre 1998 y 2002 en Canadá por la *Patented Medicine Prices Review Board (PMPRB)*, que es un organismo oficial que efectúa la revisión y regulación de los precios de los medicamentos de prescripción en ese país, apenas 15 de los 117, o sea menos del 13%, fueron considerados innovadores y portadores de ventajas clínicas sustanciales para el tratamiento.

Lo que nosotros tenemos es una situación con medicamentos nuevos de alto costo en un contexto de presupuestos limitados, ya que ningún presupuesto es obviamente infinito. La pregunta entonces es qué hacer.

Diríamos que hay tres cosas que podemos explorar:

- La primera es la disseminación de la información científica, que nosotros llamamos medicina basada en evidencias y análisis críticos de la evidencia científica existente disponible.

- En segundo lugar, la regulación de precios.
- Y finalmente la evaluación económica de medicamentos propiamente dicha.

Respecto a la diseminación de informaciones, queremos citar un comentario de Nancy Johnson, que es una diputada republicana de Connecticut, quien declaró en el New York Times este año 2003: *“Hay muchos productos caros en el mercado que no son mejores que la aspirina. Necesitamos ser capaces de demostrar eso y proveer a nuestros ciudadanos mayores y a todos los estadounidenses ese tipo de información, para que ellos puedan elegir los medicamentos más costo – efectivos y médicamente más efectivos para sus necesidades particulares”*. Y esto lo dijo en un contexto donde los republicanos, habitualmente bastante conservadores, acababan de liberar fondos para que se aplicaran a investigaciones sobre costo efectividad de los medicamentos. Otra cosa a tener en cuenta, es que en Estados Unidos precisan habitualmente incorporar la cultura para las decisiones gubernamentales y para informar a la población.

Otra experiencia interesante proviene de Canadá y es bastante reciente, de enero de este año, y es un entrenamiento o una experiencia nueva llamada *Academic Detailing*, y que consiste en llevar a cada uno de los médicos la información científica. Es una copia de la experiencia de la industria farmacéutica que sabe hacer eso muy bien, y habitualmente es la que le lleva la información a cada médico a través de su representante. El gobierno provincial lleva a los médicos durante 15 a 20 minutos las evidencias científicas más recientes sobre determinado medicamento, y eso tiene resultados impresionantes con relación a la disminución de los gastos en los medicamentos. Porque muchas veces los médicos no saben respecto a un medicamento y sus alternativas, si esa opción es más barata y cuál es la eficacia.

Con relación a la regulación de precios podemos ver ejemplos en todo el mundo. Ella por sí sola no resuelve todo problema pero es necesaria como parte de la solución. La han adoptado Canadá y Australia, donde por cierto es ya una tendencia irreversible.

En Canadá como dijéramos la *Patented Medicine Prices Review Board (PMPRB)* es la Junta oficial que regula los precios de los medicamentos bajo patente, basándose en los beneficios clínicos y en una canasta de precios de

esos medicamentos de determinados países que están especificados en las normas regulatorias.

Y en Francia, para dar otro ejemplo, es el *Comité Économique des Produits de Santé (CEPS)*, el que evalúa los precios de los nuevos medicamentos basándose en los siguientes factores: nivel de beneficio clínico, precios de los medicamentos existentes para la misma indicación terapéutica y previsión del consumo de ese medicamento. Francia clasifica a los medicamentos en seis categorías considerando sus beneficios clínicos (de 1 a 6).

Otros países adoptan criterios diferentes pero en general puede observarse una tendencia coincidente.

## **LA REGULACIÓN DE LOS PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS EN BRASIL**

### **¿Como enfrenta Brasil esta cuestión?**

Antes de responder esta pregunta, es necesario hablar del modelo de regulación adoptado en Brasil y de la **ANVISA** en particular. ANVISA es una agencia reguladora estrictamente técnica y autónoma, que implementa las políticas decididas a nivel del Ministerio de Salud en forma autónoma e independiente. Los directores de ANVISA son cinco que deben ser aprobados por el Senado Federal. Dentro de estas cinco Direcciones, la más importante es la Dirección de Medicamentos y podríamos decir sin ninguna duda, que la mayoría de los funcionarios allí son farmacéuticos. En nuestra gerencia, el 60% de los técnicos son farmacéuticos, es un buen mercado de trabajo. En Brasilia no hay desempleo para farmacéuticos, al contrario, tenemos mucha dificultad para encontrar nuevos farmacéuticos.

### **Básicamente ANVISA responde a las siguientes características:**

- Es una agencia creada en 1999.
- Responsable de la regulación técnica de medicamentos, cosméticos, alimentos, sangre y hemoderivados, dispositivos e insumos médicos, servicios de salud, y productos derivados del tabaco.
- Es también responsable de la regulación económica del mercado de

medicamentos y del monitoreo del mercado de productos de salud en general.

- Es muy interesante hablar del cambio de la **misión** en ANVISA, que originalmente era proteger y promover la salud de la población garantizando la seguridad sanitaria de productos y servicios. Hará un año atrás hubo un cambio en la misión, que está orientada ahora a **proteger y promover la salud de la población garantizando la seguridad sanitaria de productos y de servicios y participando en la construcción de su acceso**. Este es un cambio fundamental muy importante, que muestra la preocupación de ANVISA en el acceso como un área temática nueva.

La regulación económica implica acciones con el objetivo de atenuar el poder de mercado de la industria farmacéutica, y ampliar el acceso de la población a los medicamentos. Un ejemplo es la propia regulación de sus precios.

Pedro Bernardo que es gerente general de regulación económica de ANVISA, va a hablar más tarde en estas Jornadas de la política de genéricos, que es también una estrategia muy importante en el contexto de la regulación económica.

Tenemos además la **Cámara de Medicamentos**, que está formada por cuatro ministerios: Salud, Justicia, Economía y Casa Civil. Casa Civil es una Secretaría General de la Presidencia, que políticamente es el Ministerio más importante y que hace la coordinación política de todos los ministerios y de todos los congresos. La Cámara de Medicamentos entonces, es quien define las directrices de la regulación económica del mercado de medicamentos, que en última instancia es interministerial. Por su lado, la ANVISA ejerce la Secretaría Ejecutiva de la Cámara, siendo responsable e la implementación de las políticas regulatorias, en un papel clave dentro del contexto de la Cámara.

## ¿Cómo es la regulación de los precios de los medicamentos nuevos?

En Brasil el precio de un medicamento nuevo es definido basándose en los precios de los medicamentos alternativos, o sea los existentes para la

misma indicación terapéutica, y no pueden exceder el promedio de los precios de Australia, Italia, España, Portugal y Canadá.

**Gráfico 2 Proceso de regulación de precios**



En el Gráfico 2 intentamos simplificar el proceso para explicar que la regulación arranca de una pregunta fundamental: si ese nuevo medicamento aporta una ganancia sustancial para el tratamiento con relación a los medicamentos existentes para la misma indicación terapéutica.

Si la respuesta es afirmativa, el precio no puede superar el promedio de los precios del mismo en un grupo de países industrializados, que en nuestro caso son Italia, España, Portugal, Canadá y Australia. Si es negativa, entonces no puede ser mayor que los precios de los medicamentos ya existentes para la misma indicación terapéutica.

Obviamente que esta explicación recurre a una simplificación muy grande porque no disponemos de tiempo para explicar todo el proceso, pero desde ya incluye toda la evaluación de la evidencia científica disponible, con estudios clínicos para demostrar si hay o no superioridad de eficacia o disminución de efectos adversos en relación a esas alternativas terapéuticas.

Veamos qué sucede con relación a los precios diferenciados y a los precios globalizados. Llamamos precios globalizados a la tendencia de las empresas farmacéuticas de intentar lanzar los nuevos productos al mismo precio en todo el mundo. No obstante, existen siempre precios diferenciados, éstos existen hasta en los Estados Unidos, donde por ejemplo el Departamento de Asuntos para Veteranos (*Department of Veterans Affairs –DVA-*) por ley tiene un descuento mínimo del 24% que puede llegar a ser del 50% según los casos. Como ejemplo, el imiglucerase cuesta US\$ 740 en gran

parte de los países y el precio para el DVA es de US\$ 546. Y algo similar pasa en muchos casos con el Medicare, donde sin estar tan estipulado como en el DVA, acontece con varios productos y es un indicio muy importante porque muestra que Estados Unidos están preocupados por mejorar y ampliar el acceso a los medicamentos.

Pedro Bernardo va a hablar más tarde sobre este tema, pero queremos decir que la realidad va en contra de esa tentativa de precios iguales en todos los países. El precio medio por unidad tiene un comportamiento de disminución en relación directa al PBI per capita, y ese PBI per capita está ajustado por dólares constantes y a paridad de poder compra. En la Tabla 2 pueden verse datos del año 2001, cuya fuente es la ONU, es decir son las cifras más recientes de la ONU. Obviamente que los datos de Argentina son diferentes ahora porque han cambiado, pero esto es válido para comparar que en el 2001, a menor PBI per capita se corresponde un menor precio por unidad. Brasil tiene un precio medio por unidad de US\$ 3,95 en 2001, Canadá 13,82 Estados Unidos 37,92, etc. O sea que si bien no es directamente proporcional, muestra que existe una correspondencia entre el PBI per cápita del país y el precio medio por unidad.

**Tabla 2 Precio Medio de los Medicamentos por PBI por cápita, 2001**

	Precio medio por unidad (US\$)	PBI PER CÁPITA US\$ (PPC)
<b>Estados Unidos</b>	37,92	34.142
<b>Canadá</b>	13,82	27.840
<b>Alemania</b>	11,30	25.103
<b>Reino Unido</b>	9,50	23.509
<b>España</b>	5,93	19.472
<b>Argentina</b>	10,51	11.320
<b>Brasil</b>	3,95	7.625

Fuente: Lemgruber A., Gcia. Gral. De Evaluación Económica y Monitoreo de Mercado, ANVISA, Brasil, 2003, en base a datos del ONU 2001

## **LA EVALUACIÓN ECONÓMICA Y LOS MEDICAMENTOS EN BRASIL**

Para concluir veamos brevemente la evaluación económica de los medicamentos y la experiencia que Brasil tiene en este campo.

Los estudios de evaluación económica están creciendo mucho en los últimos años, tanto en el caso de los gobiernos que están adoptando cada vez más herramientas de este tipo, como por parte de la industria, Flavio Devoto acaba de comentarlo en su disertación, y en ANVISA lo vivimos cada día más, percibiendo que las empresas en general cada vez más adoptan áreas de farmacoeconomía, tema con una presencia ya importante en los cursos y congresos y que configura una tendencia muy clara y consolidada.

Los tipos de evaluación económica más usados son: costo- efectividad, costo- beneficio, minimización de costos y análisis de impacto presupuestario.

A nivel internacional, el primer gobierno en adoptar este tipo de herramientas en las decisiones de salud fue el de Australia, a partir de 1993, y fue seguido luego por Canadá y el Reino Unido. Y estas herramientas han probado desde entonces ser muy útiles para adoptar decisiones al momento de incorporar tecnologías en el sistema público de salud.

En el caso brasileño, a partir de junio de 2003 se da un cambio importante, y la presentación de información económica pasa a ser obligatoria para el registro de medicamentos y productos para la salud. Los informes que deben presentarse obligatoriamente incluyen por ejemplo: el precio del producto en otros países, el costo del tratamiento tipo, el número potencial de pacientes a ser tratados, el precio que la empresa que solicita el registro pretende aplicar en el mercado interno, y la comparación con los productos ya existentes en el mercado local.

En este contexto, veamos cuáles son las **funciones de la ANVISA en el campo de la evaluación económica:**

- Evaluar desde el punto de vista económico el lanzamiento de nuevos productos.
- Evaluar el impacto económico derivado de la introducción de nuevos productos en el mercado, inclusive los que se reflejen en el acceso de la población a los productos.
- Realizar estudios farmacoeconómicos para la definición de los precios de referencia.

**A partir de estos cambios en el 2003, la ANVISA se ha trazado una nueva agenda, cuyos puntos principales incluyen:**

- Organización del seminario "Experiencias Internacionales en Farmacoeconomía" en el 2002.
- Creación de la Gerencia de Evaluación Económica de Nuevos Productos.
- Inicio del proceso de capacitación de sus cuerpo técnico en el área de la evaluación económica de medicamentos y tecnologías de salud.
- Apoyo a centros de referencia en evaluación económica de medicamentos. En estos momentos estamos con un proyecto de financiamiento de centros de referencia en evaluación económica en universidades brasileñas, a comenzar en octubre de 2003. La primera será la Universidad de Río Grande Do Sul, que es una universidad federal, y éstos serán los primeros centros de evaluación económica que trabajarán para ANVISA.
- Cooperación internacional con el Canadá.
- Entrenamiento en la Oficina Canadiense para Evaluación de Tecnologías Sanitarias (*Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment –CCOHTA-*).
- Proyecto conjunto de evaluación de costo- efectividad de los tratamientos para la Hepatitis C.

Y ahora sí, para finalizar veamos cuáles son los **desafíos** que la ANVISA avizora a futuro:

- **En diversos casos, el Brasil ha sido uno de los primeros países en los que un nuevo medicamento es lanzado a mercado.** Esto no pasaba en el pasado y nos parece una reacción natural de las empresas farmacéuticas, una tendencia de lanzar antes en el Brasil para que no haya oportunidad de comparación con otros países. Pero no obstante lo asumimos como un problema y hemos buscado alternativas para enfrentarlo
- **Los medicamentos para las enfermedades huérfanas y para el cáncer.** Digamos de paso que es extremadamente muy difícil trabajar con la evaluación de un medicamento para una enfermedad donde

no hay tratamiento disponible, y sabiendo que a la vez hay personas que lo necesitan para vivir. Es un dilema ético y tiene que ser enfrentado. La farmacoeconomía no es útil para esto porque es una gestión de la supervivencia de las personas, pero en esos casos la gestión de los precios es fundamental para el acceso del medicamento. Hemos buscado con mucha energía negociación de precios, hemos logrado éxitos en la disminución de precios para que podamos ampliar el acceso de la población a los medicamentos. Otro tema muy difícil son los medicamentos para el cáncer. Qué hacer cuando un medicamento para cáncer de pulmón, que es muy letal y donde no hay cura, con un medicamento para el que hay una prueba de sobrevivencia de dos meses. Para esa persona dos meses más de vida con su familia es mucho. Hay toda un área de estudios de calidad de vida. Es un desafío muy importante y hay varios estudios abordando este problema,

- **La carencia de datos epidemiológicos y sobre costos.** En Argentina probablemente se dé el mismo problema. Si hablamos de hacer estudios de evaluación económica, necesitamos de datos epidemiológicos y de costo del tratamiento confiables, y necesitamos construir una base de datos confiable. Es un desafío para ser enfrentado por los países, porque todos los países tiene problemas de sistematización de datos
- **La ausencia de estudios *head-to-head*,** porque en casi todos los países la exigencia es de trabajos versus placebos. Cuando tenemos que comparar dos medicamentos para Hepatitis C, si no tenemos un estudio *head to head* entre las dos alternativas, tienen que hacerse comparaciones indirectas, lo cual es una dificultad metodológica ya que son metaanálisis, Exigir estudios *head to head* en el proceso de registro de medicamentos es un desafío que tenemos que enfrentar con urgencia. Es muy importante que comencemos a hacer eso.
- **La adaptación de evaluaciones económicas hechas en otros países.** Es algo que tenemos que hacer, si no tenemos datos en el primer momento tenemos que adaptar estudios hechos en otros países. Es un área de mucho debate en las que están las metodologías, la gestión de datos económicos y costos, e implica adaptar costos enteramente diferentes

**El tema de la equidad.** Es fundamental que la sociedad moderna lo discuta con mucha urgencia, porque aunque un medicamento demuestre ser costo-efectivo esto no quiere decir que ese medicamento será de acceso a toda la población, y el Estado debe estudiar cómo garantizar el acceso de una parte de la población que no puede pagar ese medicamento. Entonces, cómo trabajar con la cuestión de equidad, tan ligada a la ética, es un dilema que tenemos que saber cómo enfrentar.

## Mesa 6 Construyendo un mercado de medicamentos genéricos

*Coordinador Farm. Hugo Robatta*

*Comenzamos este segundo día de las Jornadas tocando un tema, que creemos no escapa a nadie, es de los más interesantes y trascendentes en cuanto al futuro del medicamento en Argentina. Por lo tanto estamos muy contentos de contar con dos expositores que pueden hacer un gran aporte para esclarecer este interrogante tan actual, que es cómo conformamos el futuro mercado de genéricos en nuestro país. El Dr. Pedro Bernardo es economista, especialista en regulación económica y derecho antitrust, y actualmente se desempeña como Gerente General de Regulación Económica y Monitoreo de Mercado en ANVISA en Brasil. El Dr. Rodolfo Vincent es médico, especialista en neurología y en administración de servicios de salud, asesor y consultor de la industria farmacéutica, y se desempeña además como coordinador del equipo de Políticas de Salud de CAEME. Creemos que la trayectoria de cada uno de ellos y su capacidad nos exige de realizar más comentarios, simplemente decirles que es un honor para nosotros contarlos en estas Jornadas y nos disponemos a escucharlos.*

### La experiencia brasileña

*Dr. Pedro José Baptista Bernardo*

#### **MERCADO FARMACÉUTICO MUNDIAL**

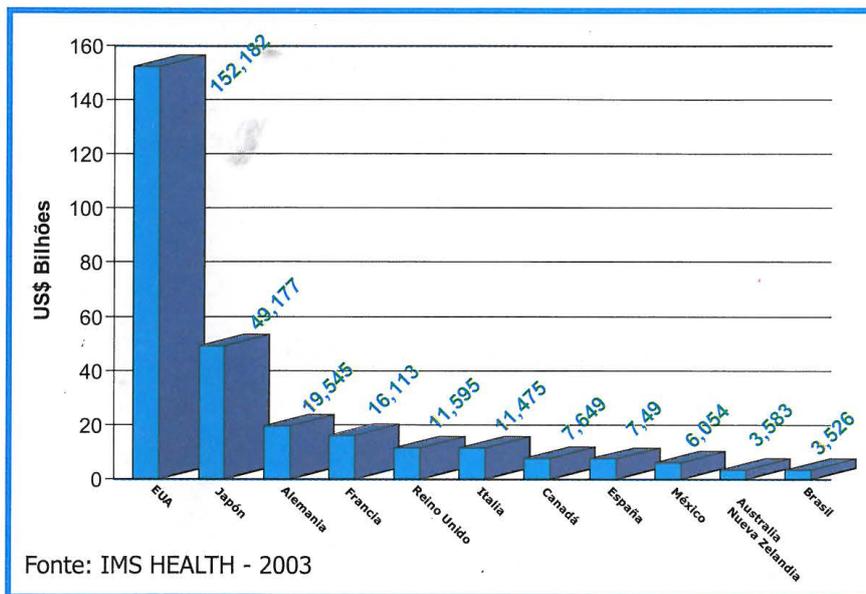
Quisiera comentar antes de comenzar la disertación que he quedado gratamente impresionado por el excelente nivel de las exposiciones de estas Jornadas, y desde ya agradecer al Observatorio de Salud y al Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe por la oportunidad de estar acá, porque tenemos la certeza que vamos a aprender bastante en este encuentro.

Antes de entrar concretamente en el tema de los genéricos, nos

gustaría hacer algunas consideraciones preliminares y un breve análisis comparativo del mercado mundial de medicamentos y el mercado de Brasil en particular.

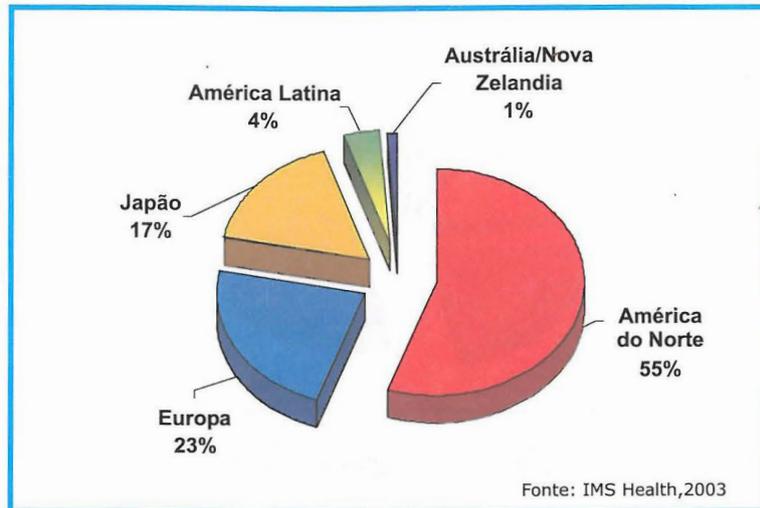
Si miramos el Gráfico 1, donde hemos tomado 12 países entre los que no está Argentina, (aunque tenemos los datos de Argentina), vemos la magnitud de los mercados nacionales, donde los Estados Unidos aparecen como el mayor mercado del mundo con 152,182 billones de dólares, segundo Japón con 49,177 billones, y luego cinco países de Europa: Alemania, Francia, Reino Unido, Italia y España, con Canadá antes de este último país. Y después los dos países de América Latina: México y Brasil con Australia/Nueva Zelanda intercaladas entre ambos.

**Gráfico 1 Mercado Farmacéutico Mundial, 2003 (U\$s)**

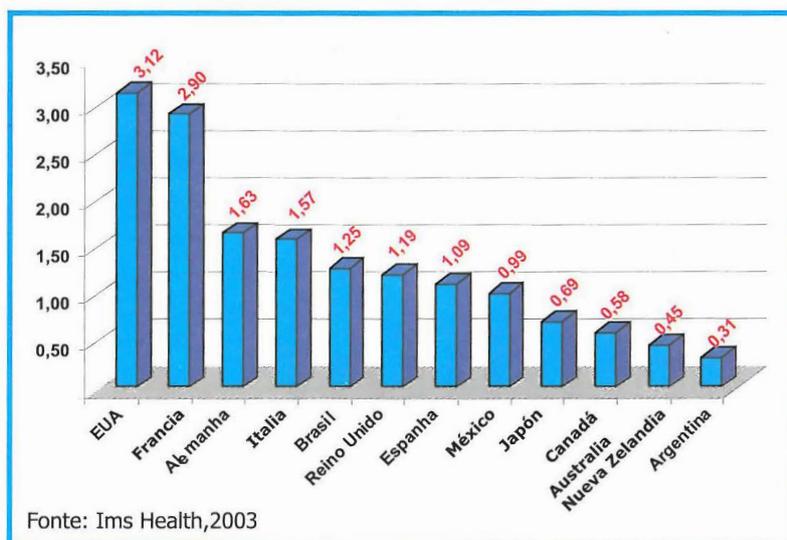


En el Gráfico 2, se muestra la participación de los países líderes en el mercado farmacéutico mundial según valores de ventas en dólares. Y ahí tenemos que el 55% se gasta en América del Norte (Estados Unidos y Canadá) y un 23% en Europa tomando cinco países Japón 17%, en América Latina un 4% y en Australia 1%.

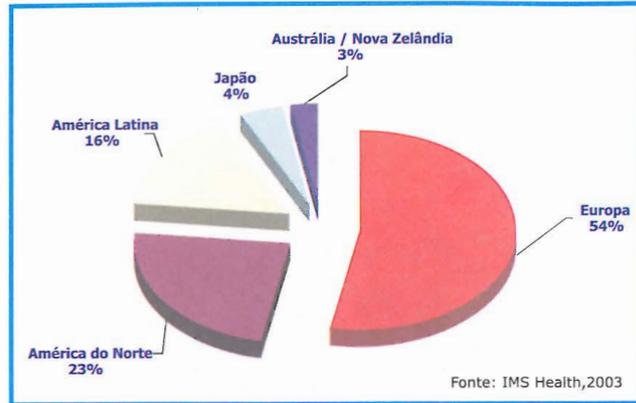
**Gráfico 2 Participación en el mercado farmacéutico mundial  
Últimos 12 meses a mayo del 2003 (U\$s)**



Si cambiamos ahora la óptica y miramos lo mismo pero atendiendo al número de unidades vendidas, que es lo que se muestra en los Gráficos 3 y 4, tenemos nuevamente en primer lugar a Estados Unidos con 3,12 billones de unidades, seguido por Francia con algo más de 2 billones, Alemania e Italia y Brasil en quinto lugar como el quinto mercado interno en volumen de venta con 1,25 billones de unidades vendidas, si bien en cuanto a valores de venta estamos en duodécimo lugar. Argentina aparece en el Gráfico 3 con unos 300 millones de unidades.



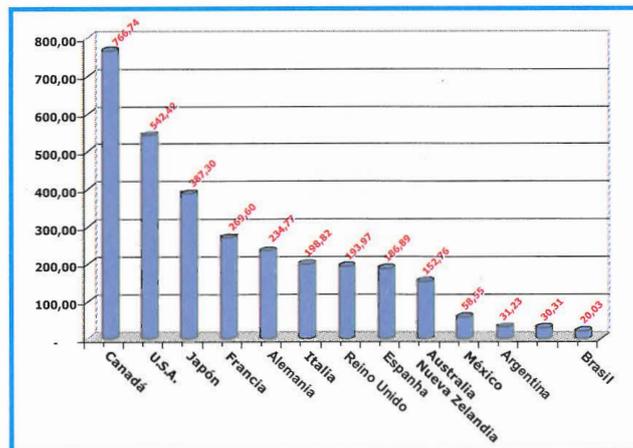
**Gráfico 4 Participación en el mercado farmacéutico mundial  
Últimos 12 meses a mayo del 2003 (unidades)**



En el Gráfico 4 se ve la participación de los países líderes del mercado en cuanto a unidades vendidas. Y acá queremos señalar que cuando se trata de unidades consumidas Europa aparece en primera posición con un 54%, Estados Unidos a pesar de todo el volumen de ventas en dinero aparece con un 23%. Hay una inversión de posiciones, América Latina asume la tercera posición, después Japón y por último Australia.

Si hiciéramos un cálculo per cápita sobre el valor gasto, tenemos a Canadá con 766 dólares per cápita, Estados Unidos con 542 y después Japón, y luego los países de Europa, Australia, México, Argentina y por último Brasil con 20 dólares per capita, un gasto muy bajo para un país como Brasil.

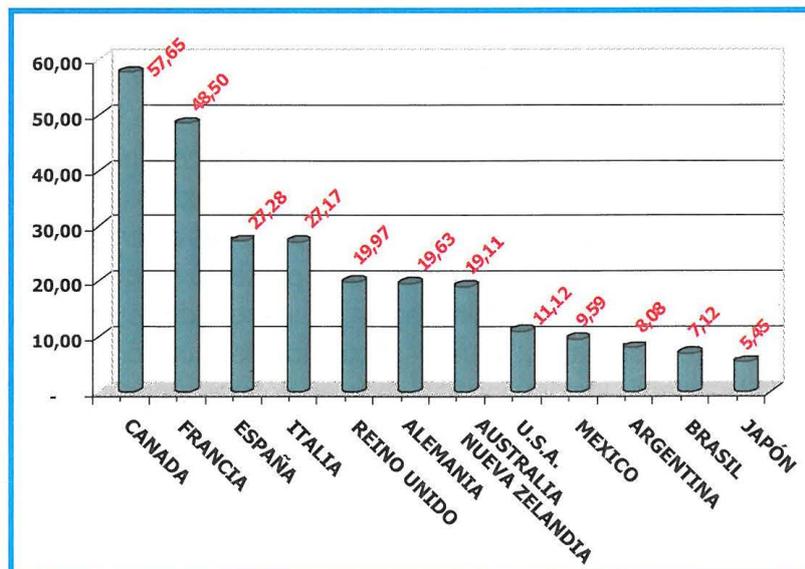
**Gráfico 5 Gasto per cápita en medicamentos Últimos 12 meses a mayo del 2003 (U\$s)**



Y siguiendo con el mismo esquema de análisis, si hiciéramos el mismo cálculo por unidades aquí hay una sorpresa: vemos que Canadá es donde se consumen más medicamentos por persona, seguido por Francia, Italia, Reino Unido y Alemania, y sólo luego aparece Estados Unidos. O sea que el país que más gasta en el mundo con medicamentos, cuando lo miramos atendiendo a las unidades consumidas se aproxima a las unidades consumidas en los países de América Latina. (Gráfico 6)

Entonces aquí ya podemos hacer algunas reflexiones en cuanto a las equidades, y comentar que los países de Europa y también Canadá que tienen una preocupación muy fuerte por la equidad, tienen realmente una asistencia más justa y más uniforme, y países con otro tipo de mercado funcionan de una forma menos ajustada socialmente, existe una media baja y es obvio que como no existe equidad, la distorsión aquí es mucho más grande. Existen muchas personas que no tienen acceso a medicamentos, tanto en los Estados Unidos como en países de América Latina, y en Brasil calculamos que alrededor de 50 millones de personas hoy no tienen acceso a los medicamentos.

**Gráfico 6 Consumo per cápita Últimos 12 meses a mayo del 2003 (unidades)**



Fuente: IMS Health

## MERCADO FARMACÉUTICO MUNDIAL: PRECIOS

**Tabla 1 Precio Medio en los Principales Mercados**

	1999	2000	2001	2003
Japão	44,44	48,34	44,57	51,36
U.S.A.	28,28	32,7	37,92	48,76
Canadá	12,63	13,45	13,82	13,3
Alemanha	11,69	10,74	11,3	11,96
Reino Unido	10,9	9,9	9,5	9,71
Italia	6,79	6,4	6,79	7,32
Espanha	6,06	5,59	5,93	6,85
America Latina	5,07	5,43	5,44	ND
França	5,39	4,95	5,07	5,56

Fonte: IMSHealth, 2002

En relación a los precios tenemos aquí a Japón con el precio más caro del mundo: en el 2003 ya está con U\$s 51 por unidad, Estados Unidos con su precio siempre creciendo, en U\$s 48 por unidad, Canadá 13 dólares, precio estable, y Alemania, Reino Unido, Italia y España con un pequeño crecimiento porque es

en dólares, y además Francia tradicionalmente es el país con los precios más bajos de Europa.

En el caso de América Latina, tenemos que Argentina siempre tiene un precio muy alto, pero en el 2003 aparece la devaluación de su moneda y el precio tiene una caída muy grande, México que todos dicen que es un país de gran crecimiento en unidades vendidas no presentó ningún crecimiento, se dio apenas en valor, o sea valorización de la moneda mexicana y crecimiento de precios correlativo. Y en Brasil con una devaluación muy fuerte de la moneda brasileña, los precios hablando en dólares a partir del '99 cayeron bastante.

**Tabla 2 Evolución del Precio Medio de los Medicamentos por Envase en América Latina**

	1999	2000	2001	2003
<b>TOTAL</b>	<b>5,04</b>	<b>5,25</b>	<b>5,07</b>	-
<b>Argentina</b>	10,14	10,40	10,51	3,86
República Dominicana	6,18	6,95	7,64	-
México	5,01	5,87	6,84	6,10
América Central	5,26	5,77	6,11	-
Peru	4,98	5,41	5,68	-
Venezuela	4,15	4,61	5,28	-
Uruguay	5,46	5,82	5,14	-
<b>Brasil</b>	<b>4,53</b>	<b>4,76</b>	<b>3,95</b>	<b>2,81</b>
Ecuador	2,82	2,70	3,67	-
Chile	3,28	3,34	3,02	-
Colombia	3,36	3,23	3,00	-

Fuente: IMS Health

En el mercado de genéricos mostramos la tasa de crecimiento del mercado, los Estados Unidos 17% del crecimiento, Japón 10%, Europa 14%, el resto del mundo 12%, y una media de crecimiento de 14%, que es una media bien alta de crecimiento.

**Tabla 3 Mercado de Genéricos en el mundo**

AÑO	EE UU (US\$ Mill)	Japón (US\$ Mill)	Europa (US\$ Mill)	Resto del Mundo (US\$ Mill)	Factur. Global	Crec. Global Anual
1996	9.294	4.216	6.195	11.379	31.084	
1997	9.795	4.350	6.498	11.891	32.534	4,7%
1998	10.716	4.575	7.025	12.675	34.991	7,6%
1999	12.070	4.895	7.795	13.925	38.685	10,6%
2000	14.888	5.510	9.300	15.950	45.648	18%
2001	18.602	6.350	11.200	18.500	54.652	19,7%
2002	21.568	7.050	12.775	21.200	62.593	14,5%
<b>Tasa de crecim .en el periodo</b>	<b>17,1%</b>	<b>10,1%</b>	<b>14,5%</b>	<b>12,3%</b>		<b>14%</b>

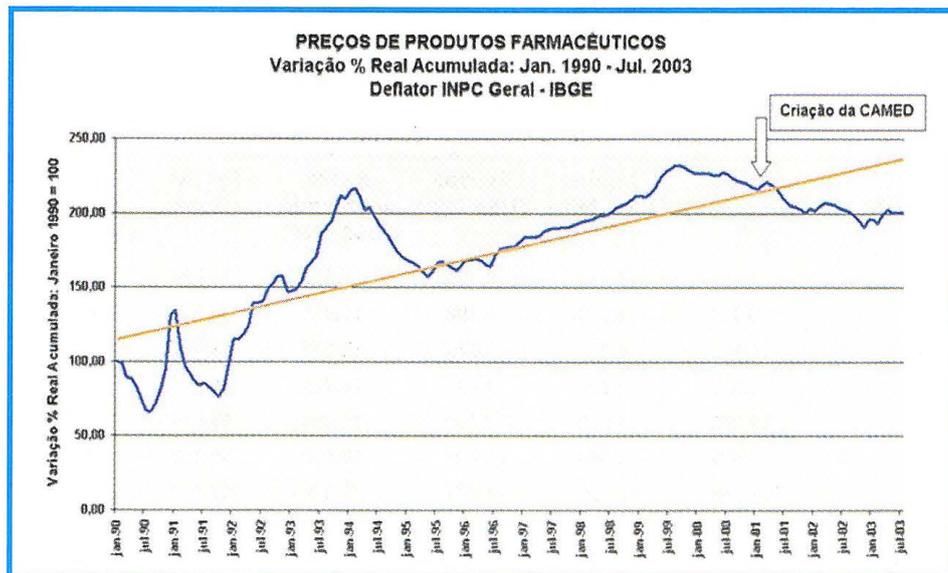
Fuente: IMS Health

## Brasil. La evolución del precio de los medicamentos en la década de los '90

En Brasil y en diversos países de América Latina, a partir del '90/'91 hubo una reglamentación muy fuerte en la economía respecto de los medicamentos, sin embargo esto se dio con muy poco criterio en la regulación en todos los aspectos. Y con referencia al tema precios hubo un crecimiento muy elevado.

En el Gráfico 7, esa curva es calculada con el Instituto Brasileño de Geografía Estadística (IBGE). Está mostrando el precio de los medicamentos, con la variación porcentual real acumulada en ese periodo, o sea la variación del precio real descontando la inflación. Hubo un crecimiento muy fuerte y los precios antes de la devaluación habían llegado a 5 dólares, el problema es que la población brasileña no presentó un crecimiento paralelo, sino un ligero crecimiento y después un estancamiento. Y en cuanto a las unidades consumidas, comenzamos en la década del '90 con 1.600.000 unidades consumidas y acabamos con poco menos. O sea la población brasileña en esa década creció 14% y hubo menos unidades consumidas en el año 2001 que de las que teníamos en 1990.

**Gráfico 7 Precios de Productos Farmacéuticos**  
Variación % real acumulada: En-1990 a Jul-2003



Fuente: IBGE. Elaboración Secretaría Ejecutiva del CMED.

## **LA INTRODUCCIÓN DE LA POLÍTICA DE GENÉRICOS EN BRASIL**

Nosotros adoptamos una serie de políticas conjuntas en relación al tema medicamentos, que trataremos de resumir brevemente aquí:

- En el área de asistencia, tenemos un programa importante para el SIDA, que atiende a todos los pacientes de SIDA, hace un acompañamiento y distribuye los medicamentos. Existen además otros productos de altísimo costo donde el gobierno tomó para sí la responsabilidad de asistir, relacionados con diversas enfermedades como por ejemplo el cáncer.
- También adoptamos la política de genéricos que es una tendencia que viene ocurriendo en el mundo entero. En 1999 fue sancionada la ley 9.787, después de mucho tiempo de discusión en el Congreso Brasileño porque no fue fácil aprobarla. Fue aprobada el 10/02/99 y básicamente estableció las bases legales y los criterios para la institución de los medicamentos genéricos, en concordancia con las normas internacionales adoptadas por países de la Comunidad Europea, Estados Unidos, Canadá y la OMS.
- En concordancia con el marco regulatorio internacional entonces, la ley 9.787 creó la obligación de hacer tests de bioequivalencias y biodisponibilidades, a la vez que pautaba la prescripción para los programas de gobierno y las obras sociales, que debían ser todas por denominación genérica, así como también las licitaciones deberían desde entonces ser por denominación genérica. La prescripción privada puede ser por marca, pero el farmacéutico puede cambiarla para un genérico.

Lo más importante que tiene la Ley es que ANVISA, quedó encargada de hacer la regulación de toda la parte técnica. Como es de suponer, no bastó la ley para que se desarrollase un mercado, y a partir de la ley comenzó una gran dificultad porque los agentes que participaban parecían que estaban todos en contra: los laboratorios de marcas estaban bien porque no les interesaban los genéricos, los laboratorios que hacían similares en principio no tenían por qué cambiar para genéricos, los distribuidores pensaban que vender un producto más barato no les resultaría de una rentabilidad atractiva, las farmacias seguían el mismo razonamiento que los distribuidores, y los médicos se preocupaban acerca de si esos productos serían de buena calidad y tenían dudas, en tanto que los consumidores no entendían

bien qué pasaba. En definitiva, el gobierno era el único interesado en que las cosas avanzaran.

Y para avanzar efectivamente, fueron necesarias una serie de medidas e instrumentos dirigidos a la industria, los farmacéuticos, los médicos y los usuarios:

### **Instrumentos dirigidos a la industria:**

- **En primer lugar ANVISA, reglamentó los criterios de producción, de control de calidad, los ensayos y tests de bioequivalencia y biodisponibilidad a través de resoluciones.** También implementó un registro y una lista de productos de referencia (Res. Nº 391). Pero había quienes no tenían laboratorio para hacer los análisis, o éstos no eran hechos en el país, entonces se planteó el problema de quién haría los análisis. Y aquí el gobierno tuvo que invertir mucho en los laboratorios de las universidades, invertimos para equiparlos y capacitarlos para hacer los análisis, lo cual por supuesto llevó un tiempo importante, pero fue un beneficio muy grande para todos, y en particular para los farmacéuticos y las personas que trabajan en el área de análisis, para los que significó un gran desarrollo para aprender.
- **Agilizar el proceso de registro.** Tratamos de buscar un proceso de registro ágil. Era necesario que ANVISA mantuviera un incentivo interesante, lo cual se contraponía con la realidad si el registro demoraba mucho tiempo para ser aprobado, pero estaba claro que ello debía hacerse manteniendo todas las garantías y cualidades y dando el tiempo necesario para los ensayos. Entonces se trabajó fundamentalmente en la parte procesal, y la agilizamos lo máximo posible para que los registros fuesen aprobados en plazos razonables.
- **Retirar del mercado los similares sin marca.** Esto se refería a un producto que llamábamos "*similar sin marca*", que había sido aprobado por la ley anterior en la década del '70, con la idea que en aquella época pudiese ser un genérico, pero que finalmente no progresó y no se confirmó porque no existían estas exigencias en relación a calidad y ese tipo de productos no consiguieron tener una participación de mercado significativa. Una muestra es que después de 25 años apenas

alcanzaba un 3% del mercado interno. Entonces tratamos de sacar estos productos del mercado, los prohibimos y decíamos que había dos alternativas: o cumplían y hacían todos los ensayos y en caso de aprobarlos comenzaban a llamarse genéricos, o tenían que tener una marca de fantasía y no serían tratados como genéricos. Eso tuvo una reacción muy fuerte y tuvimos que prorrogar el plazo por seis meses, y en el final de segundo plazo sacamos los productos del mercado. Agreguemos que no fue fácil porque es muy duro incinerar productos, pero consideramos que fue una medida necesaria.

- **Creación de un envase especial para ayudar a identificar los genéricos.** Creamos concretamente un envase con una franja amarilla y una letra G grande en color azul.
- **Monitoreo de la propaganda explícita e implícita que atentara contra la reputación de los genéricos.** Todavía hoy hay problemas con relación a eso, es muy común en programas de televisión hacerlo de modo indirecto, como por ejemplo algún actor que se refiere en un diálogo de forma peyorativa a un medicamento genérico, como si fuese algo inocente, pero que en el fondo es negativo, ANVISA tuvo problemas con eso, porque enfrenta intereses muy fuertes, en este caso con la red de televisión y es una disputa jurídica complicada.
- **Adopción obligatoria de la Denominación Común Brasileña (DCB), exigible en los avisos, rótulos, envases y materiales de promoción.** Es decir que todo requiere tener la DCB o en su ausencia la DCI (Denominación Común Internacional).

#### **Instrumentos dirigidos a los médicos:**

**Reglamentación de las prescripciones:** en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), todas las prescripciones deben obligatoriamente llevar la DCB, o en su defecto la DCI.

**Distribución a los médicos de manuales con indicaciones en relación a los productos disponibles en el mercado.** Estos eran de tamaño pequeño, de hecho cabían en el bolsillo del chaleco, con todos los genéricos disponibles, los nombres de las marcas, y el Ministerio lo envió por carta uno por uno absolutamente a todos los médicos para que lo tuviesen en el momento de la prescripción.

**Incentivo del uso de la DCB en todas las publicaciones.** Esto se hizo en los manuales clínicos, los boletines médicos, las publicaciones usadas en los cursos de grado y de postgrado.

#### **Instrumentos dirigidos a los farmacéuticos:**

- **Reglamentación de la sustitución.** Es decir que permitimos que el farmacéutico pudiese sugerir al paciente la sustitución del medicamento de referencia prescripto, por el medicamento genérico adecuado. Un problema en relación a este tema fue que al igual de los que parece que sucede en Argentina, en Brasil hay farmacias sin farmacéuticos. En Brasil la legislación dice que no es necesario ser farmacéutico para ser dueño de una farmacia, y que el dueño debe contratar un farmacéutico que esté presente todo el tiempo, pero desde ya que no siempre es así. Hemos procurado monitorear al máximo esta situación, porque el farmacéutico pasó a ser una persona muy importante para poder cambiar los productos y para que sean sustituidos con toda responsabilidad de modo que no haya ningún riesgo.
- **No permitir la sustitución de medicamentos prescriptos por los "similares".** Solamente está permitido cambiar por genéricos, si no hay genéricos se debe dispensar el de marca.
- **Implementación de la disponibilidad de listados de genéricos por orden alfabético para consulta de los usuarios,** que debían exhibirse en un lugar visible de las farmacias donde los usuarios pudieran verificar los productos o las sustituciones, incluyendo lista de genéricos y lista de marcas

#### **Instrumentos dirigidos a los usuarios:**

- **Campaña en los medios para el esclarecimiento de la población.**
- Instalación de una línea telefónica gratuita de consulta. Esto es un 0-800 donde se contestan y aclaran dudas sobre precios, comercialización e intercambiabilidad.
- Creación de la obligatoriedad en el punto de venta de exhibir en un lugar visible del local la lista de genéricos actualizada.

## PRINCIPALES RESULTADOS DE LA INTRODUCCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS EN BRASIL

Aproximadamente un año después, en febrero del 2000, que fue digamos la primera etapa de la introducción de los genéricos, apenas cuatro empresas y once fármacos habían sido registrados. El gobierno hizo un esfuerzo muy grande para incentivarlas a ingresar en este mercado, y a partir de ahí, hubo un crecimiento muy grande, en julio 2003 el número había ascendido a unos 45 laboratorios y el número de fármacos a 263, con un número de presentaciones superior a 2000. (Tabla 4)

**Tabla 4 Evolución del Número de Registros de Genéricos**

AÑO	Feb-00	Jul-00	Feb-01	Jun-01	Feb-02	Feb-03	Jul-03	Var%
Laboratorios	4	9	16	25	30	39	45	1025%
Fármacos	11	45	87	115	184	245	263	2291%

Fuente: GGREM/ANVISA

Las ventas en valores y en unidades crecieron mucho, en julio más de 9 millones de reales y en julio del 2003 76 millones y dos millones de unidades para 13 millones de unidades por mes. (Tabla 5)

**Tabla 4 Evolución del Número de Registros de Genéricos**

AÑO	Jul-00	Jul-01	Jul-02	Jul-03	Var%
Ventas* (R\$)	9,8	38,7	59,5	76,0	675,5%
Unidades vendidas*	2,3	7,2	11,3	13,4	482,6%

Fuente: GGREM/ANVISA NOTA: \* JUN/2000 – JUL/2003 (En millones)

En cuanto a la evolución de la participación de los genéricos en el mercado vista en número de unidades vendidas, creció en los primeros 12 meses, o sea agosto del 2000 a julio del 2001 a un 3,1%. En el segundo año la participación era del 6,8% y el tercer año del 8,5%. Esto es un crecimiento muy grande porque se trata de un mercado muy difícil.

En relación a diferencia de precios, creamos una regla, si bien no fue por ley ni por resolución sino que se trató de una regla negociada con los productores de medicamentos genéricos, por la cual no podían entrar en el mercado los productos que no tuvieran un precio como mínimo un 35% abajo del precio de referencia. En el comienzo existieron productos con el mismo precio, en un momento la televisión con la propaganda comenzó a

decir que el programa del gobierno no servía, y allí inmediatamente llamamos a los laboratorios y les dijimos que había que hacer algo urgente o bien todo el programa estaría perdido. Entonces por negociación llegamos, a ese 35% más barato como mínimo exigible, y a partir de ahí la Agencia no aprobó más ningún registro si no cumplía esta condición.

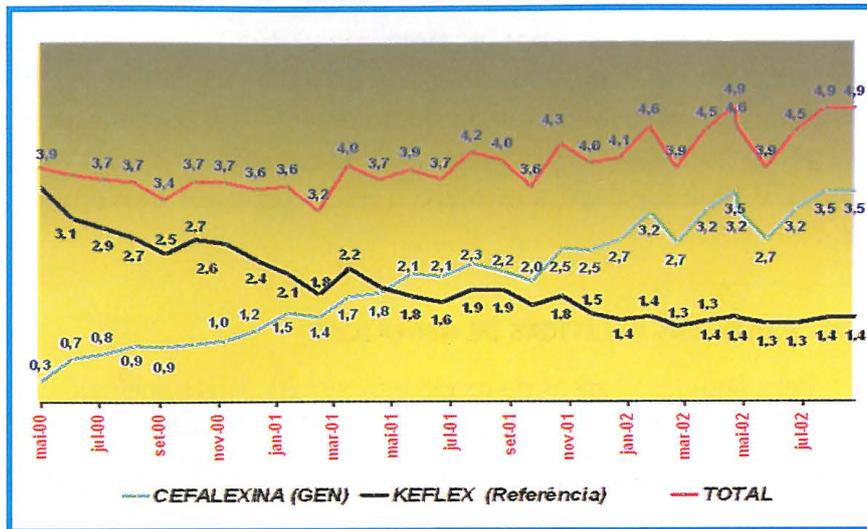
**Tabla 5 Demostración de la Diferencia de Precio entre Medicamentos Genéricos y Medicamentos de Referencia**

Medicamento de Referencia	Genérico	Presentación	PMC(AGO03) R\$		Margen de descuento % Genérico x Referencia
			Referencia	Genérico	
<b>ATENOL</b>	ATENOLOL (Hexal)	25 mg c/30 cpr	14,41	6,87	-52,3%
<b>NORVASC</b>	BESILATO DE ANLODIPINO (Ranbaxy)	5 mg c/30cpr	58,79	22,51	-61,7%
<b>RENITEC</b>	MALEATO DE ENALAPRIL (Hexal)	5mg c/30cpr	19,6	9,63	-50,9%
<b>CIPRO</b>	CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO(Hexal)	250mg c/14 cpr	84,86	35,69	-57,9%
<b>CEFAMOX</b>	CEFADROXIL (EMS)	500mg c/ 8 cpr	44,78	19,53	-56,4%
<b>KEFLEX</b>	CEFALEXINA (Eurofarma)	250mg/5ml fr 100ml susp. Oral	41,44	19,06	-54,0%

Fuente: GGREM/ANVISA, con base en ABCFARMA/AGO03

En las Tablas 5 y 6 pueden verse algunos ejemplos de lo que comentábamos. Precios con diferencias mayores del 35%, de 56%, 59% etc. Hay un producto muy conocido, Keflex, una cefalexina líder de ventas en Brasil que luego del inicio de la comercialización del genérico tuvo una importante caída en las cantidades de unidades vendidas, y esto luego de los 6 meses de competir con el genérico correspondiente. El genérico continuó con algún crecimiento, sumatorio de los dos, esa curva que muestra un aumento en las cantidades o presuponen que hubo algún ingreso de nuevos pacientes o usuarios al consumo. (Gráfico 8) No obstante, en algún momento los precios de los de marca se estabilizan.

**Gráfico 8 Evolución de las ventas de la cefalexina en millares de unidades**



Algunos tratamientos para la hipertensión, la gota o la diabetes muestran diferencias grandes, costando un 54% menos. (Tabla 6)

DOENÇA	PRINCÍPIO ATIVO	MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	PMC(17%) JUN2003	CUSTO ANUAL	REDUÇÃO DO CUSTO DE TRATAMENTO ANU	
						EM R\$	Em %
HIPERTENSÃO	Atenolol	ATENOL	50 mg cx c/28 comp	21,85	561,86		
		GENÉRICO	50mg c/30 cpr HEXAL	10,60	254,40	-307,46	-54,7%
	Maleato de Enalapril	RENITEC	10mg com ct str c/30	37,97	911,28		
		GENÉRICO	10mg cpr c/30 HEXAL	16,67	400,08	-511,20	-56,1%
	Captopril+Hidroclorotiazida	LOPRIL D	50/25mg comp ct c/3bl al/al x10	56,24	674,88		
GENÉRICO		50/25mg cx c/30 cpr HEXAL	26,66	319,92	-354,96	-52,6%	
GOTA	Alopurinol	ZYLORIC	300 mg cx c/30 comp	20,77	498,48		
		GENÉRICO	300mg cx c/30 cpr HEXAL	12,49	299,76	-198,72	-39,9%
DIABETE	Glibencamida	DAONIL	5mg com ct 2 bl al plas inc x 15	7,20	172,80		
		GENÉRICO	5mg estojo, blister c/3 x 10 comp RANBAXY	4,94	118,56	-54,24	-31,4%
	Cloridrato de Metformina	GLIFAGE	850mg com rev est 3 bl al plas inc x 10	12,49	299,76		
		GENÉRICO	850mg com rev ct 3 bl al plas inc x 10 MERCK	7,93	190,32	-109,44	-36,5%

También se verificaron efectos de las políticas sobre el precio del medicamento de referencia. Aquí se dio algo que no pensábamos que iba a suceder, y fue que en algunas marcas importantes al presentársele una

relación de precios desfavorable, la empresa productora del medicamento de marca comenzó a perder mercado y entró en una guerra de precios, bajándolos notablemente para garantizar una participación mejor del mercado. Esto pasó por ejemplo con el Renitec, donde la reducción del precio fue del 46%, el Losec con un 55% y el Sandimun que se redujo en un 53,4%. Este último producto era una ciclosporina comprada para el gobierno brasileño y muy vendido a los estados, a las provincias, costaba 627 reales y cayó a primero a 342 y después hasta unos 290 reales.

### **EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE GENÉRICOS**

Para finalizar veamos de modo muy sintético los principales puntos que surgieron de la evaluación de las políticas de genéricos:

- **Mayor énfasis en el proceso de formulación.** Junto a esto se dio un aumento de la investigación de este proceso por parte de las empresas, que en ese momento precisaban hacer las pruebas de bioequivalencia, medir la cantidad y la velocidad del principio activo en la corriente sanguínea. En consecuencia fue necesario que investigaran mucho para llegar a dominar los procesos, para que el producto estuviese disponible en aquel tiempo necesario o para que el tratamiento hiciera su mejor efecto. Esto redundó entonces en importantes mejoras para las empresas.
- Aumento de la inversión
- Aumento del consumo de medicamentos genéricos a precios inferiores.
- Disminución del costo medio de los tratamientos.

Para concluir, digamos que de las cuatro empresas que entraron primero son empresas nacionales, y estas empresas brasileñas hoy tienen el 75% del mercado de genéricos. En el Brasil la industria nacional tenía en el '99 el 27% de participación del mercado y en el 2003 pasó a tener el 33%. Es la primera vez que la industria nacional crece en participación de este mercado. La industria extranjera que detentaba el 73% cayó al 66%. Con este esfuerzo de investigación en los procesos las empresas nacionales tuvieron un gran avance, aunque al principio parecía que no sería muy importante.

Hubo un aumento de inversiones para genéricos, empresas nacionales y extranjeras como las alemanas y canadienses, invirtieron para producir genéricos en Brasil.

Hubo un aumento de consumo de medicamentos genéricos con precios inferiores y una disminución en el costo medio de tratamiento.

Todo esto de alguna forma contribuyó para la ampliación del acceso al medicamento en Brasil. Sabemos que todas las medidas que fueron tomadas en Brasil son muy importantes, pero consideramos que aún son pocas frente a la cantidad de cosas en las que todavía precisamos avanzar. Tenemos un déficit muy grande de asistencia, y una población de 176 millones de personas, pero algo avanzamos y pensamos que vamos a avanzar más.

Para cerrar, dejamos una frase de nuestro presidente, quien dice que:

***"El verdadero nombre de la paz es la justicia social".***

## **Construyendo un mercado de medicamentos**

*Dr. Rodolfo Vincent*

### **INTRODUCCIÓN**

Estoy impresionado, he recorrido muchísimos congresos y lugares de exposición, nunca he visto lo que se da en estas Jornadas Santafesinas: la inteligencia de tener alumnos en formación avanzada de la carrera en esta situación de aprendizaje, porque están percibiendo la realidad más concreta. Como docente tengo la obligación de dar testimonio, como creyente tengo la obligación de dar testimonio, fe es testimonio, celebración y doctrina, pero sin el testimonio ninguna de las otras dos cosas sirven.

Como hizo Alexandre Lemgruber anteriormente, voy a optar por sacarme el reloj y no dejarme llevar demasiado por él. Aunque en mi caso

hay que aclarar que en el equipo que me ha tocado coordinar y dada la situación en que está Argentina, en lugar de reloj en la muñeca ya usamos brújula...

Pero ahora hablando seriamente, la situación no es solamente local sino que es mundial, porque hay una inversión diversificada en todo el mundo y por supuesto se invierte más en aquello que puede tener mayor rentabilidad. En los últimos tiempos nuestra información indica que se ha invertido mucho más en prótesis estéticas femeninas y en productos para mejorar la potencia masculina que en investigación de la Enfermedad de Alzheimer, por lo cual si esto sigue así vamos a tener unos cuerpos fantásticos y unas erecciones descomunales pero nadie va a saber para qué sirven.

Dicho esto debo aclarar que a mí me tocó hacer la conscripción por segunda vez durante un año en el Pami, porque un amigo personal el Dr. Maldonado fue designado para arreglar durante un año algunos líos que había ahí, y en esa oportunidad me pidió que lo acompañara, y evidentemente no podía hacer otra cosa que acompañarlo. Y hoy puedo decir que ciertamente ví las cosas del otro lado, y también he visto cómo se puede trabajar bien. Tengo una cantidad de diferencias intelectuales con las actuales autoridades, pero las diferencias son en el hacer y no en el ser, y lo quiero dejar claro en esta charla desde el principio. Porque cuando estamos viendo lo que falta hacer, hay que pensar de dónde venimos. Venimos de una situación de disolución absoluta, donde estas autoridades se hicieron cargo de un desastre descomunal que era muy difícil de manejar, y esto en un país que en sí mismo es difícil de manejar, con sectores que son muy difíciles de manejar, e implementó las políticas inmediatas que eran imprescindibles. Estábamos por perder el Ministerio de Salud, porque en aquella época lo pensaban transformar en Secretaría y hacer un Ministerio de Bienestar Social. Era una barbaridad porque entonces hoy no podría estar normatizando nada.

De lo que dijeron Alexandre Lemgruber y Pedro Bernardo, rescato por sobre todas las cosas que han dicho la verdad. Porque nosotros hemos seguido el proceso brasileño con mucha atención y ellos han dicho absolutamente la verdad de lo que está ocurriendo. A nivel nacional, nosotros estamos diciendo que nuestro mercado de genéricos ha llegado ya al 57% de la prescripción, al 35% del mercado y que hemos ahorrado 1.800 millones de pesos, lo cual sería más o menos como decir que hemos ahorrado la mitad

del valor del mercado farmacéutico anual, o medio punto del P.B.I, cosa que es absolutamente imposible porque si se hubiera volcado esa masa de dinero al consumo interno estaríamos en una situación de despegue económico aproximadamente del 15%.

Es necesario decir la verdad, tomo la frase final de Pedro Bernardo, nuestras presentaciones han resultado casualmente complementarias, me adhiero a que no es posible la paz sin la justicia, porque esto lo dice el Antiguo Testamento, pero necesita un requisito previo: el Antiguo Testamento dice que no hay paz sin justicia y no hay justicia sin verdad. Cada vez que alguien mienta, cada vez que alguien deforme la verdad o altere una cifra, está atentando contra la paz y la justicia, porque está atentando contra la claridad, y esto es parte del testimonio.

Hemos titulado esta charla, atendiendo a la situación en la que nosotros estamos, "*Construyendo un mercado de medicamentos*", no hablamos en nuestro caso de genéricos porque en Argentina lo que hace falta es construir todo el mercado de medicamentos, y por supuesto también el de genéricos. Para los laboratorios de investigación, sean nacionales o internacionales, el genérico es una realidad necesaria porque forma parte del proceso de patente. Allí donde hay patentes, terminada la cobertura de la patente inevitablemente aparece el genérico. Es una necesidad que haya genéricos y de hecho los hay en todos los países centrales, en algunos casos como en Estados Unidos con 40% de mercado, o con un 35% en algunos países europeos y 40 o más en otros, pero fundamentalmente todos tienen procesos racionales de instalación.

## **LA IMPORTANCIA DE UNA POLÍTICA GUBERNAMENTAL DE SALUD**

Nosotros no concebimos que pueda haber una política de medicamentos que no sea secundaria a la política de salud. Brasil hizo una reforma constitucional en 1984 y dijo que todo era federal, y en consecuencia la salud se manejaba desde el gobierno federal. Eso que hicieron en 1984 permitió que pudieran trabajar como nosotros en nuestro país no podemos trabajar, porque si el Consejo Federal de Salud no se pone de acuerdo todos los ministros provinciales tienen el derecho de manejar la salud tal como crean deban hacerlo, y eso es constitucional y no está mal. Pero es claro que nosotros necesitamos un acuerdo que podrá ser tal vez parlamentario pero tiene que haber definiciones gubernamentales de salud, sobre todo tiene que haber una política de salud y no de enfermedad.

Nosotros necesitamos que los centros de reparación de salud, se integren a un sistema, pero también necesitamos prevención: cada paciente que se infecta con sida es un fracaso. Cada paciente que se infecta con una infectocontagiosa de tipo tropical, es un fracaso. Y cada enfermedad cardiovascular de alto costo de tratamiento a la que hemos llegado es un fracaso.

Brasil tiene el sistema único de salud, el SUS, y respecto al mismo destaquemos que lo primero que hizo fue diseñarlo, luego plantear el financiamiento, y en las últimas evaluaciones tienen cifras estremecedoras, que muestran un nivel de cambio brutal al año '94 o '95. Recordemos que comenzaron en el año '88 muy duramente a hacer prevención de cáncer tocoginecológico mediante Papanicolau, de odontología, de inmunización en niños, etc, y recién luego arman seriamente una política de medicamentos.

Nosotros tenemos que armar el sistema de salud, integrarlo, lograr que no se superpongan los recursos. Una ambulancia que sale de un hospital para llevar a un paciente y comienza a dar vueltas porque no consigue internarlo porque lo rechazan en otros hospitales, lo devuelven en peores condiciones y estuvo toda la mañana constituyendo un gasto seco, habla de un no sistema deliberado, y eso implica la inexistencia de justicia, para el trasladado y para el sistema, porque la sociedad no tiene porque pagar ineficiencias.

El cálculo de ineficiencia sobre nuestro sistema es de aproximadamente el 30% del gasto, y el gasto está en 24.000 millones de pesos anuales, o sea que estamos gastando 8.000 millones de pesos por año en ineficiencias.

Luego de atender esos temas, corresponde entonces sí establecer una política de medicamentos, y esa política de medicamentos tiene que contener genéricos.

**¿Cuáles son en este campo las definiciones que hacen falta?  
Patentes, derechos comerciales y resguardo de información.**

Esto es esencial, incluso para los laboratorios de investigación de capital estrictamente local. Están haciendo excelentes desarrollos. Además hay que armar una estrategia para Argentina, porque sino la deuda externa no la vamos a pagar nunca. Hay que trabajar con exportaciones no tradicionales de alto valor agregado, y medicamentos tiene que ser una de ellas. Y si es por laboratorios internacionales que exportan desde el país o es por

laboratorios de capital nacional, no tiene la menor importancia. Y ojalá sea mitad y mitad, o los de capital nacional entren en esta situación. Porque para entrar en esta situación van a tener que respetar todas las normas internacionales, entre ellas las de genéricos. Porque un genérico no es un medicamento que se llame igual al otro. Esto es un sofisma. Y si bien un sofisma no es necesariamente una mentira, decir que un Sr. que se llame Juan Pérez es igual a otro que se llame Juan Pérez es un poco duro de aceptar. Es lo mismo que decir que porque la harina es la misma en dos panaderías, dos panaderos distintos van a hacer el mismo pan. Personalmente me siento tomado un poco por el pelo.

**Técnicas y normativas para TODOS los medicamentos: control de fábricas y BPM, lotes , cambios y modificaciones. Incluidos genéricos.**

Es necesario desarrollar las técnicas y normativas para todos los medicamentos, tener las amígdalas necesarias para hacer lo que hicieron en Brasil: si hay que sacar medicamentos del mercado decidirlo y sacarlos. Y lo digo claramente, yo soy el coordinador de políticas farmacéuticas de CAEME, trabajo para una Cámara de Especialidades Medicinales, pero si hay que sacar medicamentos del mercado, hay que sacarlos. No puede volver a haber una contradicción como la que ocurrió con el tema del SIDA en Sudáfrica y cubrió de vergüenza a todo el mundo. Están las leyes de patentes y ese es un derecho noblemente adquirido y con costo duro, pero del otro lado están los derechos humanos que también son prioritarios, y requieren de soluciones porque son cuestiones que no admiten convertirse en dilemáticas. Esto nos lleva al ejemplo de Freud con los erizos en el bosque para darse calor: los erizos tienen espinas, entonces se acercarán lo suficiente para no pincharse y se mantendrán alejados lo menos posible para poder darse calor. Digamos que, minimamente, no podemos ser menos inteligentes que los erizos.

Estas técnicas y normativas influyen en los controles de fábrica, las buenas prácticas de manufactura y el control de producción en todos los lotes, no sólo en el lote que se envió a controlar. Y también en las bocas de expendio, porque los farmacéuticos necesitan ese control para estar seguros de lo que están recibiendo y aparece formalmente bien en todos los estuches, porque no le pueden hacer análisis químicos a todas las cosas que dispensan en la farmacia, esto viene a estar controlado por las autoridades del Estado.

### **Esencialmente CALIDAD y ACCESO. (OMS).**

Cuando hablaban ayer del trabajo del Dr. Norberto Quantin coincidimos que es fantástico, pero aclaramos que la industria ha financiado la formación de los fiscales, porque necesita que se trabaje contra el contrabando y que se trabaje contra la falsificación. No puede el 10% del mercado estar compuesto por productos que están falsificados y contrabandeados. Eso incluso es un problema impositivo para el Estado.

Creemos que lo esencial es mantener las normas de la OMS referidas a calidad y acceso. Calidad, para entenderlo claramente, ustedes pueden tener agua al fuego a 99 grados, se va a evaporar toda pero no va hervir nunca ese grado diferencial son las pruebas de bioequivalencia, de biodisponibilidad o de equivalencia terapéutica o ninguna, no lo necesita.

Todo esto está escrito en la OMS, es el Manual 863 de Trabajo Técnico de la OMS: ahí están todas las definiciones que se necesitan para la política. Porque la OMS se reúne cada seis meses en una mesa de trabajo con la industria farmacéutica internacional, donde no hace otra cosa que nutrirse de información, gestionar acuerdos y tratar de resolver los problemas con que se enfrenta, porque además habla con los gobiernos. La OMS es una organización que asiste a los gobiernos y a los gobiernos les ha dado las pautas de acceso.

Cuando uno habla del acceso el único medio por el que la industria puede facilitar el acceso es por el precio y manteniendo la calidad, sin lo cual no podríamos ni empezar a hablar. Pero el que se compromete a dar acceso a toda la población es el Estado, porque hay diferentes formas de financiamiento, pero alguna tiene que alcanzar a toda la población. Y nosotros hoy tenemos que resolver la situación de 17 millones de personas en nuestro país. Vale aclarar que esas personas no están en condiciones marginales, porque marginal es aquel que estando dentro del sistema tarde, mal y nunca, algo recibe del sistema. Estas personas están dentro de la definición de refugiados de las Naciones Unidas, que establece que un refugiado es aquel que fue obligado a pasar la frontera de su país contra su voluntad, y las fronteras no sólo son geográficas, son políticas, económicas, sociales, religiosas, culturales y educativas.

Hay 17 millones de personas del otro lado de nuestras fronteras sociales, que generan contraculturas. En una casa del conurbano con el padre albañil desocupado, el héroe es el hermano ladrón que pone el dinero sobre la mesa. Si esto no lo paramos rápido, y no nos damos cuenta que

tiene que ser un esfuerzo de todos, nos va a costar más tiempo y más esfuerzo. Y no por esto preveo más crisis, porque además estoy harto de las crisis, durante toda mi vida he vivido en crisis desde la época en que nací, no conozco una época en que no haya habido crisis. Se discontinúan las series estadísticas, no hay cifras contra las que comparar. Los charlatanes de feria dicen lo que se les ocurre en cualquier lado, fundamentan proyectos de leyes, sacan leyes tapón y tenemos que vivir una parafernalia de cosas que nos va destruyendo y desagregando valor en vez de agregarlo, en vez de contribuir como la hormiga a llevar la hojita al hormiguero, que es lo que vienen haciendo los brasileños o lo que hicieron los mexicanos.

Los mexicanos se le han plantado a Estados Unidos. Les dijeron claramente: *No vamos a hablar de homologación, vamos a hablar de compatibilidad de normas, mis normas van a ser compatibles con la de ustedes, pero no van a ser iguales porque mi población no es igual a la de ustedes*", y Estados Unidos lo aceptó.

### **Buena Práctica Regulatoria.(OMS).**

Si respetamos calidad y acceso se requiere también que se cumpla el Manual de Buena Práctica Regulatoria de la OMS, que lo estableció para los gobiernos y donde les aconseja por ejemplo cómo hacer licitaciones transparentes. Porque si introducimos genéricos en el mercado hay que licitar, y la reducción de precios en el mercado se puede lograr muy bien con licitaciones, sin necesidad de controles de precios, porque se produce la competencia al competir por un mercado anual, es decir por un monto de producción anualizado aunque sea de entrega diaria, y una vez que se ganó la licitación está estipulado cómo se entrega. Entonces un laboratorio puede programar su producción al saber que va a producir todo ese monto de unidades, y por supuesto van a caer mucho los precios en los costos de producción y pueden beneficiarse sobre todo los programas para estos 17 millones de personas.

### **Sistema de Aprobaciones y Registro. BIOEQUIVALENCIA, BIODISPONIBILIDAD y EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA**

### **PRECISIÓN, RIGUROSIDAD y EQUIDAD en la LEGISLACIÓN y NORMALIZACIÓN.**

Lo ideal sería que el medicamento tuviera costo cero, pero no lo tiene, tiene costos, al igual que todas las otras tecnologías médicas. Y en

cuanto a si estas son o no "caras", muchas veces esto termina siendo otro sofisma, porque hay cosas que cuestan lo que corresponde que cuesten. Por ejemplo, una tomografía computada si está bien indicada será o no será cara pero es costo efectiva porque termina con la internación de un paciente y con toda la cascada de gasto diagnóstico y terapéutico que indudablemente sufriría ese paciente si no hubiera tenido esa tomografía. Y en este contexto, el paciente tiene que poder acceder así sea un pobre desgraciado de la villa emergencia del cinturón del conurbano.

Creemos que la legislación y la normatización son funciones sagradas del ser humano. Nos dieron tres reinos el animal, el mineral y el vegetal, pero existen dos reinos que son estrictamente humanos y son los que andan mal y son el de las máquinas y el de las leyes. No podemos pensar en avanzar sin leyes justas y tampoco instalando el principio de la obediencia debida.

**Además de estas definiciones a las que hemos hecho referencia, hacen falta acuerdos de metodologías para algunos temas y aspectos puntuales:**

- Acuerdos metodológicos para las elaboraciones muestrales, la OMS pide desesperadamente que las cifras sean comparables y ciertas, les pide a los gobiernos que sean de verdad cifras ciertas. Si hay cifras ciertas, el mercado se va a adaptar, la industria está en todo el mundo y a todas las condiciones mundiales se ha adaptado por las buenas y por las malas. Si las autoridades hacen lo que deben, regulan como deben y están manejando los procesos dentro la ley y la constitución, quién les puede decir nada. En esa situación alguien puede optar por irse, por quedarse o por delegar sus productos, pero lo que no puede es oponerse al proceso.
- **Selecciones muestrales**, porque tomamos muestras menores de 30, mayores de 45 y les aplicamos métodos estadísticos... Respeto las cifras y me parece que toda la legislación debiera estar basada en cifras. Porque no hay una buena decisión política sin una buena decisión técnica.
- **Análisis estadísticos y econométricos**. No podemos jugar con

fantasías, ayer Alexandre Lemgruber decía que subió 900 % tal cosa, y yo no le pregunté porque le creo, le creo a él y a Pedro Bernardo, pero 900% puede significar que ayer nadie recibía ese medicamento y hoy lo reciben 9 personas. En concreto a lo que nos referimos, sin relación por supuesto a lo expuesto por los colegas brasileños, es que las cifras de las curvas, los histogramas, las barras o las tortas tienen que ser verdad, y esto hay que exigirlo permanentemente y desde cada lugar.

- **Elaboración de series comparativas, proyecciones o estimaciones.** Porque muchas veces se toman refritos del año '85 con metodologías que vienen del '70, o toman los estudios de Isabel P. de Molinero en el Ministerio de Salud que fueron excelentes, pero se refrién en el '85 y sacan una realidad proyectada. Las legislaciones entonces son para la realidad proyectada y las decisiones presupuestarias son para la realidad proyectada, pero una de las cosas que nunca hacemos es preguntarle a la población qué quiere, y de hacerlo nos llevaríamos muchas sorpresas. Yo trabajo en servicios sociales desde hace 45 años con organizaciones no gubernamentales, y hoy en las villas de emergencia lo que estamos viendo es que las familias que están correctamente constituidas, en términos prácticos se asocian a empresas de ambulancias de emergencia porque esas empresas por \$5 por cabeza le cubren todas las emergencias que necesitan y la consulta pediátrica, y para todos los integrantes de la familia con \$20 ó 30 resolvieron el problema de salud. La gente está reaccionando por medios que nosotros podríamos darles con el sistema si tuviésemos sistema, y si estuviéramos pensando y no estuviéramos golpeados por la crisis, porque el Ministerio está pensando y tomando las medidas.
- **Respeto de las recomendaciones de la OMS**, que para algo están y sino discutámoslas en la asamblea de la OMS, para eso nuestro gobierno tiene presencia.

## PRECIOS Y MERCADOS

Si miramos los **componentes de precios**, en primer lugar son un componente del **acceso**, pero también digámosle la verdad a la gente, que hay **costos de producción** que se dan dentro del proceso de fabricación, y que hay **costos de comercialización**. En nuestro país el precio de venta

al público está compuesto en un 50% por los costos de la cadena de comercialización y ese es un tema a discutir con los farmacéuticos, porque queremos tener 12.000 farmacias y porque este país no mide 20 cms, como tampoco Brasil, entonces queremos tener una farmacia cada tantos lugares porque realmente las necesitamos. Está bien que ocurran las cosas que se denunciaban ayer, de una farmacia cada 20 cms. en un determinado lugar en una ciudad, puede ser, pero sino vamos a obligar a que compren medicamentos los comisionistas, como sucede y de hecho es una de las actividades que ocurren en el interior, de entregarle a alguien una receta para que vaya con el ómnibus hasta la localidad más cercana y compre el medicamento allí. Y si vamos a tener una red de farmacias amplia, esa red de farmacias con una venta relativa de pocas unidades va a necesitar de ciertos márgenes para poder sostenerse con ese volumen de ventas. Definitivamente, esta es una discusión que falta hacerla con los principales involucrados.

**Finalmente entre los componentes del precio están los costos estatales: tasas, aranceles e impuestos.** Esto comprende cualquier cosa que se traiga del exterior que no sea un producto terminado, el producto terminado no tiene tasas, si traen el producto terminado no tiene tasas aduaneras, pero todos los insumos para la producción si las tienen, y empiezan pagando tasas aduaneras ni bien el barco entró en el puerto o el avión aterrizó, porque sino les dejan el container del supositorios al sol, como ha ocurrido.

Hay aranceles de importación y anticipos de ganancias dentro de Aduana, y en todos los casos las materias suelen ser necesarias, porque en nuestro país se ha perdido hasta la producción del vidrio para las ampollas, hay que traerlo de afuera y esto no es una cosa menor, porque la población no lo sabe pero la industria peleó junto con el gobierno duramente para resolver el tema de las cápsulas de envase de los productos encapsulados porque se producen con extractos bovinos, sobre todo de médula ósea bovina, y venían de Europa donde estaba la enfermedad de la vaca loca. Hubo que sustituirlas y reemplazarlas en el país pese a que son de muy difícil fabricación, hay pocas fábricas mundiales. Como por ejemplo de hecho hay 5 fábricas mundiales que manejan celulosa base para la producción de placas radiográficas, y no se le puede decir a la población que vamos a hacer las placas radiográficas acá; acá podemos hacer la cobertura de plata de la placa. Luego, a la salida del laboratorio le ponemos 19,5% de IVA, es decir que el Estado en la mayoría de los productos está incidiendo con una carga impositiva y arancelaria que está entre el 15% y 36% del valor del producto.

Nadie está diciendo que los levanten, porque en un país donde se mueren los chicos de hambre si es necesario recaudar tendrán que mantenerse los impuestos, pero hay que saber sobre qué mantener los impuestos y sobre qué no y qué importaciones vamos a facilitar.

Finalmente hay que tener en cuenta que hablamos de un mercado y de una industria. Pero toda la industria no es igual, tampoco son iguales todas las farmacias, todos los colegios farmacéuticos o todos los funcionarios. Las generalizaciones nos han puesto bastantes obstáculos en este proceso de pensar una política de salud, y es necesario señalar que **hay diferentes franjas de mercado:**

- Institucional de Prestación.
- Institucional de Financiación.
- Comercial de venta Pública, éticos.
- Comercial de venta Pública, venta libre.
- Comercial de venta Pública con descuentos directos.
- Contratos de Industria, Mandatarias y otras, con y sin Vademecum de referencia.
- PROVISION ESTATAL DE MEDICAMENTOS.

Hay una franja de mercado institucional de prestación que son los hospitales y sanatorios, una institucional de financiación. A los financiadores no les importa el costo del medicamento, y si la gente tiene coberturas diferenciales, como el caso de IOMA, por montos fijos, algunos medicamentos les resultan sumamente baratos y otros carísimos, entonces se manejan con el VALESALUD o el RECETARIO SOLIDARIO.

Existe una franja comercial de venta pública de éticos y una franja comercial de venta pública o de venta libre. Una con descuentos directos a farmacias, droguerías y contratos de la industria por ejemplo con las provincias, las obras sociales provinciales o con mandatarias y otras, con o sin vademécums de referencias. Y existe la provisión estatal de medicamentos. En Santa Fe tienen un laboratorio de productos de medicamentos que estaba lanzando hace poco una nueva ala y la producción de betalactámicos, que es un logro importante y está llegando a una población que no puede recibir otro medicamento y teóricamente entonces no estaría recibiendo ninguno. Esto a la industria no le afecta, que haya equidad no le afecta

porque no está afectando el mercado en el que la industria vende e incorpora al consumo a toda la población que necesita consumir.

Todo esto está puesto para decirles que cuando alguien dice "*hemos encontrado diferencias del 700% entre el valor de tal medicamento en tal ocasión y tal otra*", si lo está tomando de la franja de venta institucional de prestación por licitación anual, con provisión mensual y a granel, y lo está comparando con el precio de la franja de venta pública comercial, está comparando lo que no es comparable, y está planteando dilemas que son absurdos.

## **REFLEXIONES FINALES**

Si estas cosas se pensarán la industria tendría un mercado previsible, equitativo y jurídicamente seguro.

Los cálculos de producción, de ventas y de rentabilidad serían factibles independientemente de los golpes devaluatorios.

Las normativas científicas y técnicas serían rigurosas. Y luego de establecerlas recién empezaría a operar el mercado. Es cierto que hay que establecer las regulaciones y la industria no tiene el menor problema en que las regulaciones que haya que establecer se establezcan porque además separa la nata de la leche, y esto es necesario.

Finalmente, mirando la Tabla 1, aunque sinceramente esto nos duele, así es como califica nuestra legislación actual de prescripción por genéricos (al menos tenemos esto), contra las legislaciones de Estados Unidos, México, España y Brasil.

**Tabla 1 ¿Cómo califica la legislación argentina sobre medicamentos?**

	USA	MEXICO	ESPAÑA	BRASIL	ARGENTINA
<b>Definición</b>	SI	SI	SI	SI	
<b>Requisitos</b>	SI	SI	SI	SI	
<b>Guías Técnicas</b>	SI	SI	SI	SI	
<b>Productos de referencia</b>	SI	SI	SI	SI	
<b>DCI</b>	SI	SI	SI	SI	SI
<b>Equivalencia terapéutica</b>	SI	SI	SI	SI	
<b>Identificación en el estuche</b>	SI	SI	SI	SI	
<b>Listado MGI</b>	SI	SI	SI	SI	
<b>Forma de Rx</b>	SI	SI	SI	SI	SI
<b>Sustitución</b>	SI	SI	SI	SI	SI

Fuente: Rodolfo Vincent (CAEME)

La **definición de genérico** está claramente establecida en esas legislaciones y es idéntica a la de la Organización Mundial de la Salud. Nosotros no lo tenemos definido y nos dicen que genéricos son iguales a similares porque el principio activo es el mismo.

Los **requisitos** para que un genérico sea genérico, entre en un listado de genéricos y éste sea un listado de genéricos intercambiables, porque no todos los genéricos se podrán cambiar si no se ha demostrado intercambiabilidad. En todos esos países esos requisitos están establecidos y esto lleva muchos meses de trabajo técnico.

Luego está la elaboración de **guías técnicas** que son necesarias, no hablamos de vademécum restrictivos, precios de efectivos y no costo-efectivos porque si uno reduce el precio de los medicamentos eso rebota en el presupuesto general de salud porque se aumentan las internaciones, las consultas, las emergencias, las cirugías y se termina consumiendo mucho más en el presupuesto global por haber bajado indebidamente medicamentos. Lo importante es que la prescripción sea la correcta para el paciente correcto, para la situación correcta, y que la dispensación sea la correcta. Luego viene el "cuco" y dice "*medicamentos esenciales*" y temblamos todos. Nos preguntamos si no se entiende lo que quiere decir esenciales. O si no se entiende que para que haya un medicamento esencial tiene que haber una política de salud, que haya definido que tal afección se trata de tal manera con tal medicamento, y entonces ese medicamento es esencial, y el

gobierno se compromete a que esté disponible para toda la población todo el tiempo. Nos vienen a hablar de vademécum de genéricos con guías terapéuticas y nos parece perfecto, siempre y cuando no sean restrictivos, y no se siga el principio de la obediencia debida y del punto final jurídico. Y lo decimos en serio desde las normas de Nüremberg que figuran en libro el Dr. Litter, porque él puso las 10 reglas de Nüremberg y nos educó a todos en cuanto a que los derechos humanos estaban también antes que la farmacología. Desde esa época todo formulario que establezca normas en términos éticos y técnicos implica mínimos normativos y no relevan a nadie de la responsabilidad ni ética ni técnica ni jurídica, y no puede pretenderse que quien haya hecho algo administrativamente bien hecho esté cubierto respecto a si además debía hacer otra cosa. Tengo 4 hijos, he estado en situación de enfermedad y he tenido que ser atendido y quiero ser atendido bajo estos principios y que ellos lo sean también, y que lo mismo pase con todos los habitantes que este suelo.

Luego hay otros puntos importantes que pueden verse en la tabla: **establecer los productos de referencia, trabajar por la denominación común internacional (DCI); la equivalencia terapéutica** la tienen normatizada y nosotros no; el **listado de medicamentos genéricos intercambiables** ellos lo tienen y nosotros no; y las **formas de prescripción y la sustitución** si las tenemos pero deberían ser bastante mejor aclaradas para evitar las interpretaciones jurídicas que compliquen la vida del farmacéutico y del médico.

## **Mesa 7 Características y evaluación de los contratos de cobertura de medicamentos.**

*Coordinador Farm. Alicia Caraballo*

*Hablar de medicamentos en Argentina tiene que ver con la Seguridad Social para una vasta cantidad de población de nuestro país. Administrar eficientemente los recursos sin dejar de lado la calidad de esta prestación implica un delicado equilibrio que todos los financiadores tienen en cuenta y trabajan para lograr, y en este contexto los contratos de cobertura de medicamentos adquieren un valor central.*

*Para desarrollar estos temas tenemos a dos disertantes de amplia trayectoria. María Inés Insaurrealde es contadora pública nacional, magister en sistemas de salud y seguridad social; ha hecho un postgrado de dirección de salud de la Universidad Nacional de Córdoba. Desde 1999 a la fecha se desempeña como directora provincial del Instituto Autárquico Provincial de Obra Social IAPOS, ha sido gerente de la empresa de medicina prepaga gremial Somedic Salud; Directora General de Planificación y Control de gestión del Instituto Autárquico Provincial de Obra Social, Directora provincial de Planificación, control de gestión y estadística del Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Santa Fe y también Directora Provincial de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y Acción Social de Santa fe.*

*El Dr. Alberto Echazarreta es Subgerente de Medicamentos del PAMI y consultor de la Comisión Nacional y Provincial de Salud del Congreso de la Nación.*

### **La experiencia desde el IAPOS**

*C.P.N. María Inés Insaurrealde*

#### **INTRODUCCIÓN**

Queremos agradecer la oportunidad de estar nuevamente en estas Jornadas a los Colegios Farmacéuticos de la 1° y 2° Circunscripción porque este tipo de encuentros contribuyen a instalar en la agenda social, política y

ciudadana el tema salud, y dentro de él uno de los temas más trascendentes, como es el de los medicamentos. Y decimos trascendente porque si uno repasa las noticias de ayer de la OMS, donde declara un estado de emergencia en los medicamentos del SIDA para África con 29,4 millones de adultos infectados, vemos que el tema del medicamento es trascendente no sólo por la accesibilidad sino como herramienta terapéutica para la solución de todas las enfermedades.

Nos toca hablar de las características y evaluación de los convenios o contratos de cobertura de medicamentos, y en la seguridad social este tipo de contratos deben atender a que los afiliados tengan acceso garantizado en el tiempo y en forma oportuna a los medicamentos. La seguridad social y concretamente las obras sociales no podemos interrumpir la provisión de los medicamentos, porque como dijimos ésta es una de las herramientas más utilizadas para la resolución de las patologías.

## **ASPECTOS CENTRALES DE LOS MEDICAMENTOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL**

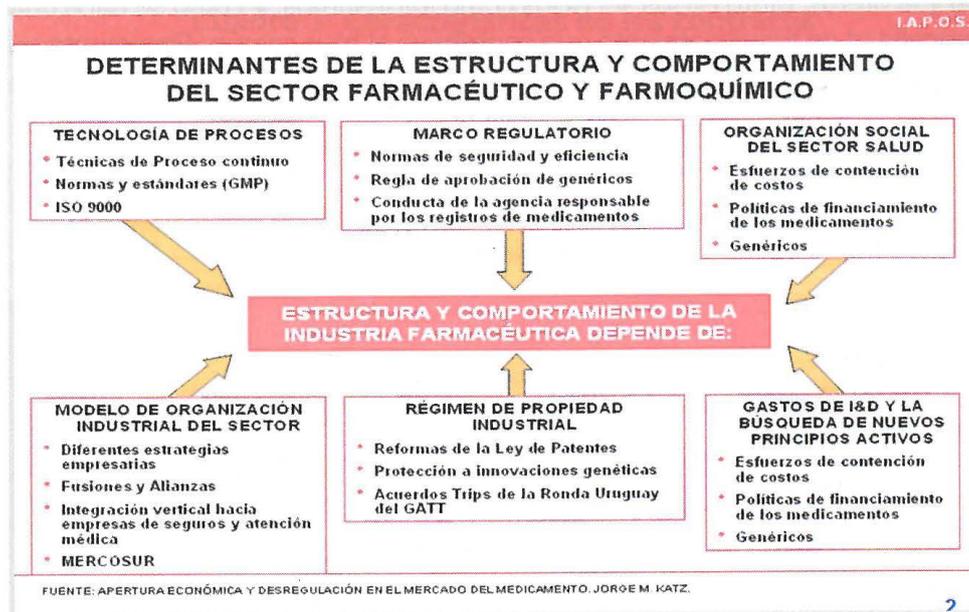
### **Determinantes de la estructura y comportamiento del sector farmacéutico y farmacológico**

Atento a esto y a las cuestiones epidemiológicas de seguridad y eficacia, y también a la restricción financiera que existe en salud, **los aspectos que entendemos debemos cuidar en la seguridad social son el uso racional, la calidad y la presencia de un precio razonable.**

No hay una medicina eficaz sin una gestión eficiente del medicamento. Esto que parece tan lógico sin embargo no lo es, porque la primera verificación es que la oferta y demanda de medicamentos es asimétrica, y esto es así porque la investigación, la oferta y el mercado real no tienen nada que ver con la salud ni las necesidades epidemiológicas de la población.

Nos gustaría analizar la estructura y comportamiento de la industria farmacéutica y de qué dependen, y lo hemos esquematizado en el Cuadro 1.

**Cuadro 1 Determinantes de la estructura y comportamiento del sector farmacéutico y farmoquímico**



Fuente: Insaurralde María Inés, IAPOS, 2003

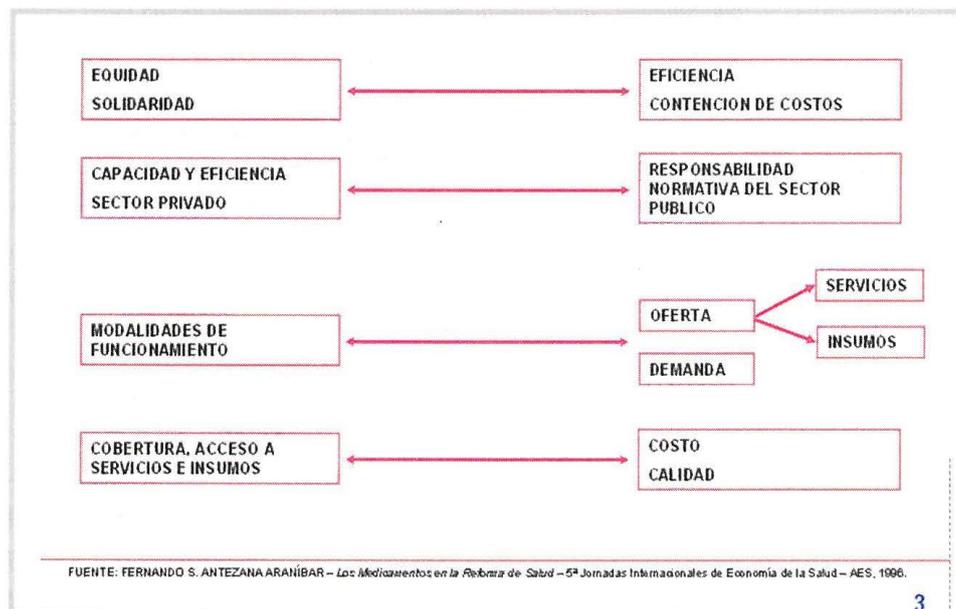
Dependen de seis factores determinantes: la tecnología de procesos, del marco regulatorio, de la organización social del sector salud, del gasto de investigación y desarrollo y de la búsqueda de nuevos principios activos, de régimen de propiedad intelectual o industrial y del modelo de organización industrial del sector. Mirando entonces todos estos factores determinantes, convengamos que en los últimos años se han ido modificando muchas de estas condiciones, y ello en cierto modo impide a una industria programar a largo plazo su gestión.

### Desafíos en las reformas de los sistemas farmacéuticos

Luego de analizar los determinantes de la estructura y comportamiento del sector farmacéutico nos gustaría dar una mirada a los **desafíos que requiere la reforma de todo sistema farmacéutico**. Y uno de los más importantes es plantear a la equidad y a la solidaridad como ecuaciones, porque si uno quiere obtener un sistema farmacéutico equitativo y solidario esto tiene que ver con la eficiencia y la contención de costos. Si uno quiere que el sector privado trabaje con capacidad y eficiencia, indudablemente

hay una responsabilidad normativa del sector público, y en cuanto a la modalidad de funcionamiento hay que ver el juego que se da entre la demanda y la oferta, tanto en los servicios como los insumos, y cómo se hace una modalidad de funcionamiento que contribuya al bien común. Finalmente en cuanto a la cobertura y el acceso a servicios e insumos, tiene que ver con los costos y la calidad.

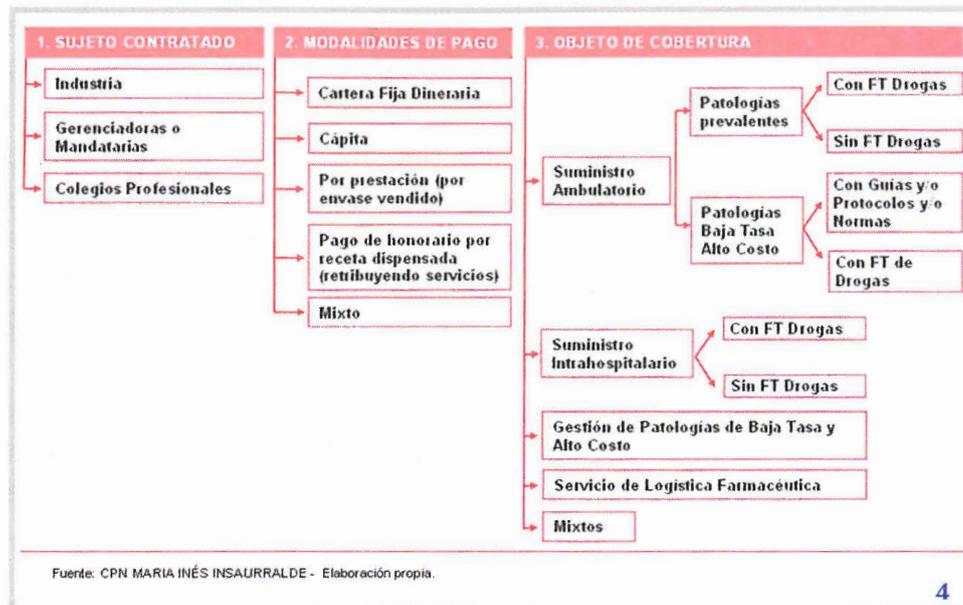
**Cuadro 2 Desafíos en las reformas de los sistemas farmacéuticos**



Fuente: Insaurralde María Inés, IAPOS, 2003

## Características de los contratos de cobertura de medicamentos

**Cuadro 3 Características de los contratos de cobertura de medicamentos**



Fuente: Insaurralde María Inés, IAPOS, 2003

¿Cuáles son las características de los contratos de cobertura de medicamentos?

- Si respondemos a lo que identificamos como las cuatro o cinco preguntas básicas nos vamos a dar cuenta de las características:
- Si uno pregunta **a quién se contrata**, acá estamos hablando del sujeto contratado y puede ser la industria, las gerenciadoras o las mandatarias, los colegios profesionales o instituciones.
- Si hablamos de **cómo se paga** podemos decir, cartera fija dineraria, por cápita o por prestaciones por envase vendido, por pago de honorarios por receta dispensada o una tasa fija retribuyendo servicios, como se usa en otros países. O una mixtura de todo eso.
- Si decimos **qué contratamos** estaremos entonces hablando del objeto de la cobertura. Y esta puede ser suministro de medicamentos ambulatorios y dentro de esto de patologías prevalentes, con

formularios terapéuticos de drogas o sin él, por nombres comerciales, todos o no. De patologías de baja tasa y alto costo (oncológicos, hemofílicos, SIDA), en este caso con guías, protocolos, normas de tratamiento y prescripción, o bien plantearnos un formulario terapéutico de drogas. En cuanto al suministro interhospitalario puede ser con o sin formulario. Luego tenemos también la posibilidad de contratar por ejemplo gestión de patologías o gestión de enfermedades, logística farmacéutica o una mixtura de todo esto.

- Si respondemos al **cuánto**, nos referimos a tipo de cobertura y podemos allí plantearnos porcentaje de precios en medicamento por banda terapéutica, o monto fijo por banda terapéutica. Desde ya todo esto puede variar y puede haber otras formas como precio de referencia, cobertura porcentual, o por monto fijo o banda terapéutica.

En resumen, en un contrato debemos responder a las preguntas con quién y a quién contratamos, qué contratamos, cómo pagamos, cuánto contratamos y con qué, que es obviamente nuestra respuesta particular de la limitante financiera.

### **Participación de los usuarios en el costo de los medicamentos en países industrializados de Europa Occidental**

Resulta ilustrativo mirar cuál es la participación de los usuarios en el resto del mundo, cómo está dada en otros países este tipo de cobertura. (Cuadro 4)

**Cuadro 4 Medicamentos**  
**Participación de los usuarios en el coste en los sistemas**  
**sanitarios de los países de Europa Occidental**

PAISES	TIPOS DE COBERTURA
ALEMANIA	Copago variable. Sistema de precios de referencia. Listas negativas.
AUSTRIA	Copago para los medicamentos de prescripción farmacéutica por profesionales sanitarios, caso contrario quedan excluidos.
BÉLGICA	Copago y tasas porcentuales de participación en los costes que van desde un 0 a un 85% según el tipo de medicamento consumido. Aquellos productos farmacéuticos fuera de la lista positiva de financiación del sistema no se cubre en modo alguno.
DINAMARCA	Tasa porcentual de participación variable (0-50 %) aplicada en base a precios de referencia de los medicamentos. Aquellos medicamentos fuera del formulario MOH se excluyen de la cobertura del sistema.
ESPAÑA	Tasas porcentuales de participación en el coste del consumo farmacéutico. Lista positiva de medicamentos de cobertura pública.
FINLANDIA	Tasas porcentuales de participación del usuario en el coste de los medicamentos
FRANCIA	Mayoritariamente sujeto a tasas porcentuales de participación. Existe una lista positiva de medicamentos de cobertura pública.
GRECIA	Tasas porcentuales de participación del usuario en el coste de los medicamentos.
HOLANDA	Sistema de precios de referencia, con exclusión de algunos medicamentos.
IRLANDA	Ninguno para la categoría poblacional 1. Al resto de la población se le aplican deducibles, que actúan a su vez como niveles máximos de participación mensuales. Aquellos medicamentos incluidos en la lista negativa de financiación pública no son cubiertos.

FUENTE: JAIME PUIG – JUNIO “ANÁLISIS ECONÓMICO DE LA FINANCIACIÓN PÚBLICA DE MEDICAMENTOS – VICENTE ORTÚN ECONOMÍA DE LA SALUD Y GESTIÓN SANITARIA.

6

- En Alemania hay un copago variable, sistema de precio de referencia y lista negativa.
- En el caso de Dinamarca hay tasas porcentuales de participación variable, aplicadas en base a precios de referencia de los medicamentos. Aquellos medicamentos fuera del formulario de la organización de mantenimiento de la salud se excluyen de la cobertura de sistema, y quizás no tengan en la justicia los problemas que tenemos en nuestro país cuando queremos excluir medicamentos y la justicia nos obliga a proveerlos.
- En España hay tasas porcentuales de participación en el costo del consumo farmacéutico y lista positiva de medicamentos de cobertura pública.
- En Noruega, sistema de precios de referencia para aquellos medicamentos considerados esenciales.
- O sea que mirando los cuadros 4 y 5 podremos ver qué se aplica en los

países de Europa occidental y en Turquía, que en especial los primeros son países que tomamos usualmente como referencia o ejemplo. Y vemos que todos los esquemas de seguro sanitario social aplican tasas porcentuales o de otro tipo pero implican siempre una participación del usuario en el costo del medicamento ambulatorio.

**Cuadro 5 Medicamentos**  
**Participación de los usuarios en el coste en los sistemas**  
**sanitarios de los países de Europa Occidental**

PAISES	TIPOS DE COBERTURA
ISLANDIA	Combinación de deducibles diarios por prescripción, junto con tasas porcentuales de participación hasta un nivel máximo en la misma. Algunos medicamentos son completamente gratuitos, mientras que otros quedan excluidos de la cobertura pública.
ITALIA	Se aplican deducibles tan solo en caso de medicamentos considerados esenciales. La mayoría del resto se financia a través de la combinación de deducibles y tasas porcentuales de participación del usuario. Algunos productos farmacéuticos quedan excluidos de la cobertura pública.
LUXEMBURGO	Tasas porcentuales de participación, excepto en aquellas enfermedades especiales. Los medicamentos en las internaciones son gratuitos.
NORUEGA	Sistema de precios de referencia para aquellos medicamentos considerados esenciales.
PORTUGAL	Dos tasas porcentuales de participación en función del tipo de medicamento implicado en el consumo. Adicionalmente, algunos productos farmacéuticos son gratuitos, aunque otros son excluidos de la cobertura pública.
REINO UNIDO	Copagos pese a que el 83% de las prescripciones están exentas. Listas negativas de medicamentos que excluyen la cobertura del NHS.
SUECIA	Copago para el primer producto farmacéutico prescrito, con copagos significativamente menores para sucesivas prescripciones. Sistema de precios de referencia para medicamentos con equivalentes genéricos.
SUIZA	Coparticipación del usuario en los costes del consumo farmacéutico que varía entre esquemas de seguro sanitario. Listas negativas de medicamentos que excluyen el consumo de la cobertura pública.
TURQUÍA	Todos los esquemas de seguro sanitario social aplican tasas porcentuales de participación del usuario para los medicamentos en ambulatorios.

FUENTE: JAIME PUIG – JUNCO. "ANÁLISIS ECONÓMICO DE LA FINANCIACIÓN PÚBLICA DE MEDICAMENTOS – VICENTE ORTÚN ECONOMÍA DE LA SALUD Y GESTIÓN SANITARIA." 7

### ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DEL MERCADO DE MEDICAMENTOS

En definitiva en los cuadros anteriores, observamos que todos los países en mayor o menor medida, absolutamente todos, están preocupados por el uso racional por la calidad y por los precios. ¿Por qué está preocupación de todos los países? Evidentemente está relacionado no sólo con el gasto creciente sino con algunas características del mercado. **Entendemos que hay una distorsión prescriptiva y económica, sabemos que hay falsificación y contrabando de medicamentos, hay un exceso en la cantidad de especialidades médicas, hay precios altos y variables, veremos luego por qué.**

Respecto a la **distorsión prescriptiva y económica**, puede de-

cirse que "el beneficio terapéutico de un medicamento representa el 30% de su utilización, o sea que el 70% restante no sólo no cubre las expectativas, sino que produce algún tipo de acción adversa o colateral, y a su vez genera un mayor gasto para los tratamientos que se deben realizar para solucionar los problemas producidos por esos medicamentos. Ese costo representa en nuestro país aproximadamente un 2,7% (u\$s 202.500.000) del gasto en esta área." <sup>1</sup>

En el tema de **variación de precios y cantidad de especialidades**, el Cuadro 6 muestra los años 2000, 2001 y 2002 y el total de productos promedio por año del Manual Farmacéutico. En el año 2000 variaron 953 productos y el porcentaje de variación en el precio fue un -4,69%. Y lo mismo puede verse con sus respectivas cifras y porcentajes de variación hasta el primer cuatrimestre del 2003.

**Cuadro 6 Medicamentos. Cantidad de especialidades  
- Variación de precios años 2000 – 2001 – 2002 – 2003 -**

ANO	TOTAL DE PRODUCTOS DE MANUAL FARMACEUTICO	PRODUCTOS CON VARIACION	% PROMEDIO DE VARIACION
2000	21.144	953	- 4,69 %
2001	23.175	1.626	0,16 %
2002	24.643	12.649	30,50 %
2003 *	23.996	11.880	- 3,12 %

\* PERIODO 01.01.03 - 31.04.03

Fuente: Colegio de Farmacéuticos de la 1<sup>a</sup> Circunscripción de Santa Fé

Veamos qué nos pasó dentro del vademécum de la obra social. Esto está tomado sobre la base de productos de diciembre del 2001 comparando esos productos de diciembre del 2001 con los precios que registraron en mayo 2002.

<sup>1</sup>Fuente: Médicos Hoy, Revista de la Confederación Médica de la Republica Argentina – Año IV – N° 36 –pag. 8 Setiembre de 2001

- De un total de 4528 productos, se tuvo una variación con un incremento promedio del casi el 47%, con un incremento máximo 581%.
- En cuanto al tema de oncológicos y tratamientos especiales, también del IAPOS, los 1176 productos incrementaron su precio el 46,79% en promedio, pero el incremento máximo fue del 268%.
- Y en general con 24.729 productos el incremento promedio fue del 30,51% y el incremento máximo del 928%, siempre a mayo del 2002.

Otro ejemplo más reciente lo tenemos si miramos septiembre del 2002 contra marzo del 2003:

- En el vademécum de IAPOS, sobre un total de 4331 productos se registró en ese periodo un incremento promedio del 1,67%; el incremento máximo fue de un 261% y la disminución máxima de 69%.
- En oncológicos con 1254 productos el incremento promedio fue de 2,21%, el máximo de 398 % y la disminución máxima del 70%.
- Y en general con 25.938 productos, el aumento promedio registrado fue del 3,62%, con un incremento máximo de 861% y una disminución máxima de 74%,

Es interesante señalar que a partir de las medidas macroeconómicas de diciembre del 2001, se nos muestra una de las distorsiones que tiene el mercado, que es justamente lo que comentábamos cuando hablábamos de la distorsión prescriptiva y económica, el exceso en la cantidad de especialidades médicas y los precios altos y variables.

Otro punto importante es **el papel de los actores en el mercado de medicamentos**. En virtud de todas estas distorsiones del mercado entendemos que cada uno de los actores tenemos un papel que desempeñar para dar una respuesta positiva a estos desafíos que planteábamos respecto del acceso al medicamento, de modo que el medicamento pueda realmente ser entendido como un bien social. Humildemente pensamos que a cada uno de los principales actores le corresponden los siguientes roles:

- **Al Estado** las funciones de control de calidad y legitimidad, de garante de reglas de juego claras que impidan competencias desleales entre productores, de informador y educador hacia profesionales y ciudadanos en general.

- **A los profesionales médicos**, contribuir mediante la prescripción por droga activa y en su justa medida.
- **A los farmacéuticos** informar al consumidor y contribuir en este momento tan especial con la economía de sus conciudadanos aconsejándolos sobre las distintas alternativas de precio y calidad, única forma de poder ejercer en el futuro la tan mentada soberanía del consumidor.

Es por todo lo expuesto que la obra social ha decidido divulgar entre sus afiliados la vigencia de la ley provincial, y exhortar a sus prestadores médicos y farmacéuticos ser gestores de esa política.

## **POLÍTICA DE MEDICAMENTOS DE LA OBRA SOCIAL (IAPOS)**

**La política de medicamentos de la obra social incluye los siguientes elementos claves:**

- Cumplimiento de ley provincial de prescripción por Denominación Común Internacional.
- Listado de medicamentos o Formulario Terapéutico.
- Productos aprobados por la ANMAT
- Cobertura por tipo de droga y por monto fijo.

Nosotros, de la mano del Colegio Farmacéutico y desde el primer momento **entregamos un vademécum a nuestros afiliados**, porque lo que pasaba era que cuando se lo dábamos al médico, nunca tenía el vademécum en su consultorio o a mano, durante años imprimíamos unos vademecums muy bonitos, pero lamentablemente cuando nuestros afiliados llegaban a los consultorios, los médicos en una amplia proporción no sabían qué medicamentos les reconocía la obra social. Cambiamos entonces el objetivo y tomamos como destinatario al propio afiliado, y en el año 2000 comenzamos con la primera entrega de un vademécum a los beneficiarios. Estos vademécums le brindan entonces al afiliado tres beneficios centrales:

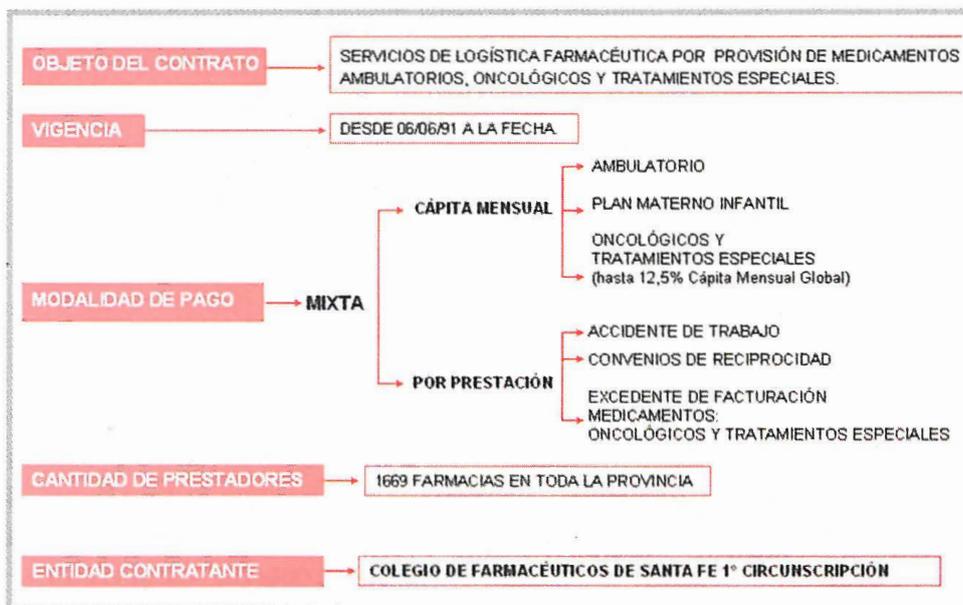
- Poder solicitar al médico tratante la prescripción de medicamentos con cobertura de la Obra Social

- Constatar antes de ir a la farmacia, que los recetado esté incluido, cuál es el costo total y la parte que le corresponde pagar.
- Evaluar el costo del medicamento prescripto.

### Modalidad contractual

Respecto a nuestra modalidad contractual, el objeto de nuestro contrato es el servicio de logística farmacéutica por provisión de medicamentos ambulatorios, oncológicos y tratamientos especiales. La vigencia de este convenio es del 6/6/91 a la fecha.

**Cuadro 7 Modalidad Contractual**



Fuente: Insaurralde M. I, Elaboración propia, IAPOS, 2003

Queremos resaltar este tema: es un contrato con los profesionales farmacéuticos que con un esfuerzo conjunto venimos sosteniendo desde el año '91. Llevamos doce años de continuidad contractual y prestacional, por lo que hacemos hincapié en la seguridad jurídica, porque creemos que debe

haber muy pocos ejemplos en nuestro país de casos con doce años con un mismo contrato. Y repetimos que el hecho de que dure tanto tiempo en medio de todos los avatares de los últimos 12 años, da una cabal muestra del esfuerzo volcado en este emprendimiento por los profesionales farmacéuticos, por los afiliados y por la misma obra social provincial.

### **Nuestra modalidad de pago es mixta:**

- Tenemos una cápita mensual para medicamentos ambulatorios, que es un reconocimiento con monto fijo y con un vademécum, medicamentos del Plan Materno Infantil, con un 100% a cargo de la obra social o de la cápita, al afiliado no le cuesta nada, y para oncológicos y tratamientos especiales, la cápita mensual global cubre hasta el 12,5%.
- Hay además una modalidad de pago por prestación en los siguientes casos: accidentes de trabajo, convenios de reciprocidad con otras obras sociales provinciales, el excedente de facturación de medicamentos oncológicos y tratamientos especiales.

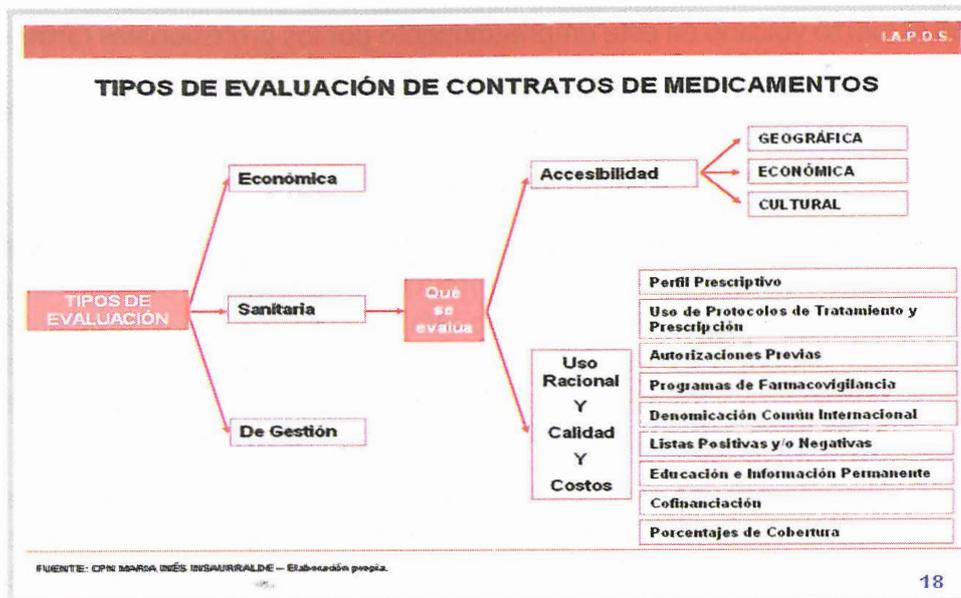
Finalmente, la **cantidad de prestadores** serán aproximadamente 1669 farmacias en toda la provincia, donde la **entidad contratante** es el Colegio Farmacéutico de la 1<sup>a</sup> Circunscripción.

### **Tipos de evaluación de los contratos de medicamentos**

La evaluación de los convenios o contratos de cobertura de medicamentos es mirar en forma sistemática qué es lo que tenemos que evaluar.

- Tenemos que hacer una evaluación económica, una sanitaria y una de gestión.
- ¿Qué evaluamos? Accesibilidad geográfica, económica y cultural y también el uso racional, la calidad y costos.

**Cuadro 8 Tipos de Evaluación de Contratos de Medicamentos**



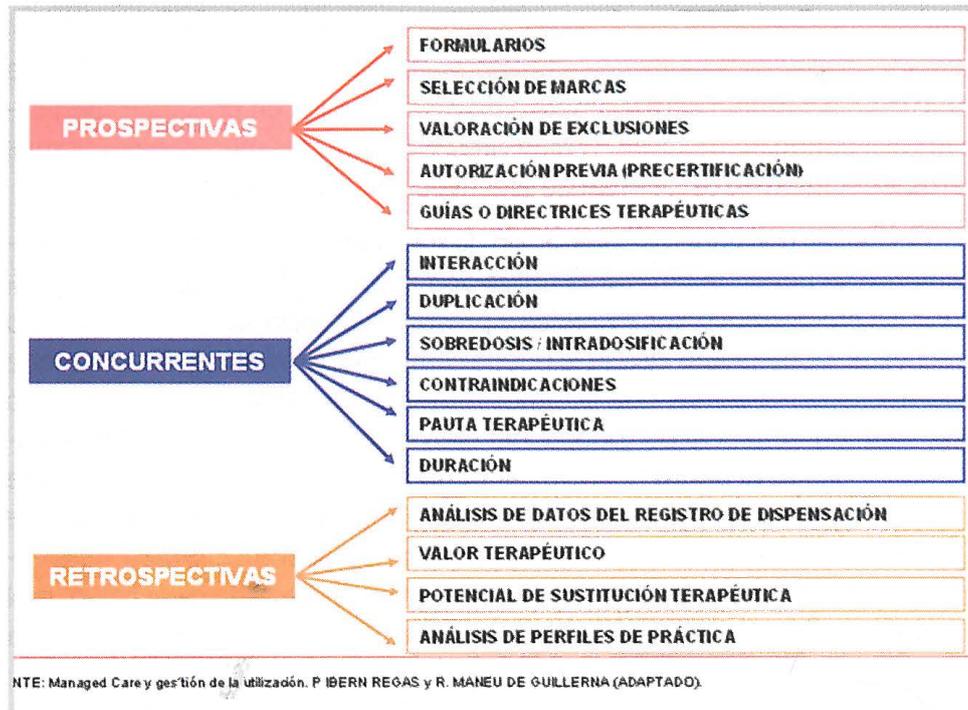
Fuente: Insaurralde M. I, Elaboración propia, IAPOS, 2003

Respecto al uso racional, calidad y costos señalamos algunas variables, pero puede haber otras más, y porque todo está relacionado pusimos el perfil prescriptivo del profesional, el uso de protocolos de tratamiento y prescripción, las autorizaciones previas, los programas de farmacovigilancia, la Denominación Común Internacional, las listas positivas y/o negativas, la educación e información permanente, la cofinanciación y los porcentajes de cobertura. Esto es independientemente de muchas otras que luego trataremos de ver.

### Gestión de utilización de medicamentos

En el Cuadro 9 mostramos algunas **técnicas empleadas en la gestión de la utilización de medicamentos** utilizadas en otros países. Y vemos que hay técnicas de utilización prospectivas, concurrentes y retrospectivas. Las variantes prospectivas, concurrentes o retrospectivas se refieren o indican los puntos de actuación.

**Cuadro 9 Técnicas empleadas en la gestión de la utilización de medicamentos**



- Las **prospectivas** son más utilizadas institucionalmente, o sea en las obras sociales o financiadores y son los formularios terapéuticos, la selección de marcas a incluir en esos formularios, la valoración de exclusiones en medicamentos, la autorización previa o precertificación y las guías o directrices terapéuticas.
- Por ejemplo en las **concurrentes** el punto de actuación es en el momento de la dispensación, y en ellas las técnicas más empleadas la revisión de la interacción, la duplicación, la sobredosis, la intradosificación, la contraindicación, las pautas terapéuticas y la duración.
- Entre las **retrospectivas** citamos el análisis de datos del registro de dispensación, el valor terapéutico, el potencial de sustitución terapéutica y los análisis de perfiles de prácticas. Las retrospectivas son más utilizadas por los médicos y farmacéuticos interesados en la investigación.

Nos gustaría detenernos aquí, porque la revisión de la prescripción de la utilización de medicamentos apunta a la identificación y a subsanar los problemas de prescripción, particularmente ambulatorios como son la dosificación equivocada, la duplicación terapéutica, la pauta terapéutica o duración inapropiada, las interacciones potenciales peligrosas, la ausencia de indicación aceptable para un medicamento, los fallos en prescribir medicamentos cuando se precisan, o bien prescribir algunos medicamentos más caros existiendo otros de igual de efectivos y más baratos.

Si las revisiones de utilización de medicamentos funcionan adecuadamente se puede minimizar la utilización impropia de medicamentos, reducir los efectos adversos evitables y prestar asistencia sanitaria más costo efectiva. Esto en última instancia puede convertirse en una intervención que ahorre costos. Creemos que estamos muy lejos de poder aplicar todo esto que sería en beneficio de todos y del bien común y del acceso al medicamento, y desde el punto de vista sanitario y epidemiológico tenemos que superar la gran crisis moral y ética individual que vivimos como país. Si no la superamos con los incentivos que tiene el mercado no sólo para medicamentos, sino todos los incentivos que existen en el mercado de la salud, mal vamos a poder avanzar en este tipo de controles que es un beneficio para todos.

### **Medidas de contención del gasto en el sector farmacéutico.**

Las estrategias pueden estar orientadas sobre la oferta, sobre la demanda o sobre el mercado en su conjunto, y son diversas medidas que en distintas combinaciones de acuerdo a los países se utilizan en el mundo. Lo esquematizamos en el Cuadro 10.

**Cuadro 10 Estrategias de contención del gasto farmacéutico**

ESTRATEGIAS		
OFERTA	DEMANDA S/ PACIENTE	DIRIGIDAS AL MERCADO EN SU CONJUNTO
Presupuestos fijos para los médicos generales.	Cofinanciación	Control de precios.
Presupuestos indicativos para los médicos generales.	Programas de educación sanitaria	Control sobre el beneficio.
Protocolos de prescripción		Precios de referencia.
Protocolos de coste-efectividad		Contribución de la industria cuando el presupuesto se exceda.
Listas positivas y/o negativas.		Presupuesto global del gasto farmacéutico.
Control del número de productos.		Impuestos sobre el gasto de promoción.
Auditorías en las prescripciones.		Desarrollo de un mercado de importaciones paralelas.
Pago capitario o salario para los médicos generales.		Desarrollo de un mercado de genéricos.
Techo límite sobre el gasto en promoción		
Gestión de enfermedades		
Pago al farmacéutico sobre una tasa fija, u no basada en un porcentaje		

REFERENTE: "El mercado farmacéutico español: Una panorámica" — J. LOPEZ-BASTIÑA (ADAPTADO)

20

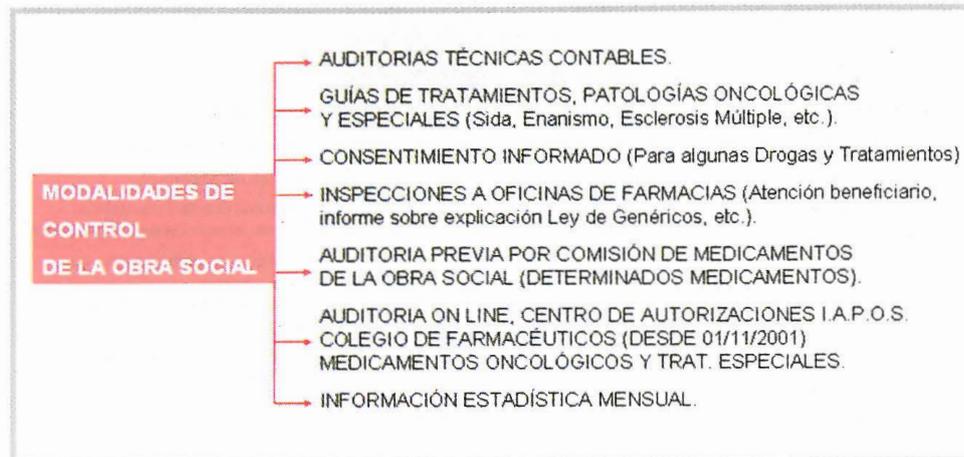
Entre las orientadas a la oferta contamos con presupuestos fijos para los médicos generales, presupuestos indicativos para los médicos generales, protocolos de prescripción, protocolos de costo-efectividad, listas positivas y/o negativas, control del número de productos, auditorías de las prescripciones, pago capitario o salario para los los médicos generales, techo límite sobre el gasto en promoción, gestión de enfermedades, pago al farmacéutico en tasa fija, o sea no basada en porcentajes.

También están las estrategias sobre la demanda, o sea sobre el paciente: la cofinanciación y los programas de educación sanitaria.

Y finalmente las estrategias dirigidas al mercado en su conjunto: control de precios, control sobre el beneficio, precios de referencia, contribución de la industria cuando el presupuesto se exceda, presupuesto global del gasto farmacéutico, impuestos sobre el gasto de promoción, desarrollo de un mercado de importaciones paralelas y de un mercado de genéricos.

**¿Qué hace la obra social, qué controla la obra social, qué hacemos solos y qué con el Colegio Farmacéutico?**

### Cuadro 11 Evaluación de los contratos de cobertura de medicamentos



Fuente: Insaurralde , MI, elaboración propia, 2003

Hacemos auditorias técnicas contables, seguimiento de la ecuación económica del convenio, vemos cuánto paga la obra social y cuál es el gasto. Tenemos implementadas guías de tratamiento para patologías oncológicas y especiales, guías de tratamiento y prescripción; tenemos implementados consentimientos informados para algunas drogas y tratamientos; realizamos algunas inspecciones a oficinas de farmacia para ver cómo se atiende a nuestros beneficiarios y sobre la aplicación de la ley de genéricos, en especial mirando cómo la explican. Hacemos auditoría previa porque tenemos comisiones de medicamentos, una en el área norte y otra en el área sur donde se hacen auditorias previas a determinados medicamentos, mirando aspectos como sobredosis, cantidad, etc. Hay autorización *on-line*: el centro de autorizaciones del IAPOS y Colegios Farmacéuticos funciona desde el 2001 sobre medicamentos oncológicos y tratamientos especiales. De modo que la obra social cuenta con información estadística mensual sobre cantidad de recetas por planes, farmacias que expenden, el gasto a cargo del afiliado, el gasto según precio de venta al público y toda la información estadística que nos permite un seguimiento. Comparado con lo visto antes hacemos poco, pero hacemos.

#### Nuestro gasto en prestaciones farmacéuticas.

Dividimos el gasto en prestaciones médicas, bioquímicas, odontológicas y farmacéuticas y mediante el Cuadro 12 podemos tener

primero una visión panorámica de la morfología o composición del gasto farmacéutico de nuestra institución, a partir del precio de venta al público y según planes.

Acá está dividido por planes de la obra social y está a precio de venta al público. Entonces desde el año '99 entre lo que la obra social cubría y lo que estaba a cargo del afiliado teníamos un costo por beneficiario anual del \$87, en el 2000 de casi \$92, en el 2001 se fue a \$100, 2002 a \$134 y en el 2003 a \$143. Podría estar faltando aplicar la inflación.

**Cuadro 12 Gasto en Medicamentos por Planes  
(según precio de venta al público)**

<b>Precio de Venta al Público</b>						
<b>(A cargo de la Obra Social + Diferencia a cargo del Afiliado)</b>						
AÑO	PLAN AMBULATORIO	PLAN MATERNO	PLAN INFANTIL	PLAN ONCOLÓGICO Y TRATAMIENTOS ESPECIALES E INSULINAS (*)	TOTAL	COSTO POR BENEFICIARIO
1999	28.133.993,16	306.622,94	1.300.266,84	9.530.093,39	39.270.976,33	\$ 87,00
2000	28.425.883,12	358.021,92	1.387.296,86	11.436.366,63	41.607.568,53	\$ 91,85
2001	30.744.326,05	378.913,24	1.518.401,66	13.152.578,24	45.794.219,19	\$ 100,00
2002	37.846.833,02	551.479,28	2.505.878,73	20.860.490,64	61.764.681,67	\$134,00
2003	35.561.428,99	619.154,54	3.338.768,66	26.138.491,24	65.657.843,43	\$ 143,00

(1) Para los meses de Julio/03 a Diciembre/03 se consideró el promedio de los 6 primeros meses.  
 (\*) Incluye las siguientes Patologías: COADYUVANTES AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO, ENANISMO HIPOFISIARIO, HEMOFILIA, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, ONCOLÓGICOS, POST TRASPLANTES, SIDA y OTROS.

FUENTE: CONVENIO I.A.P.O.S. – COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE LA 1ª Circunscripción.

24

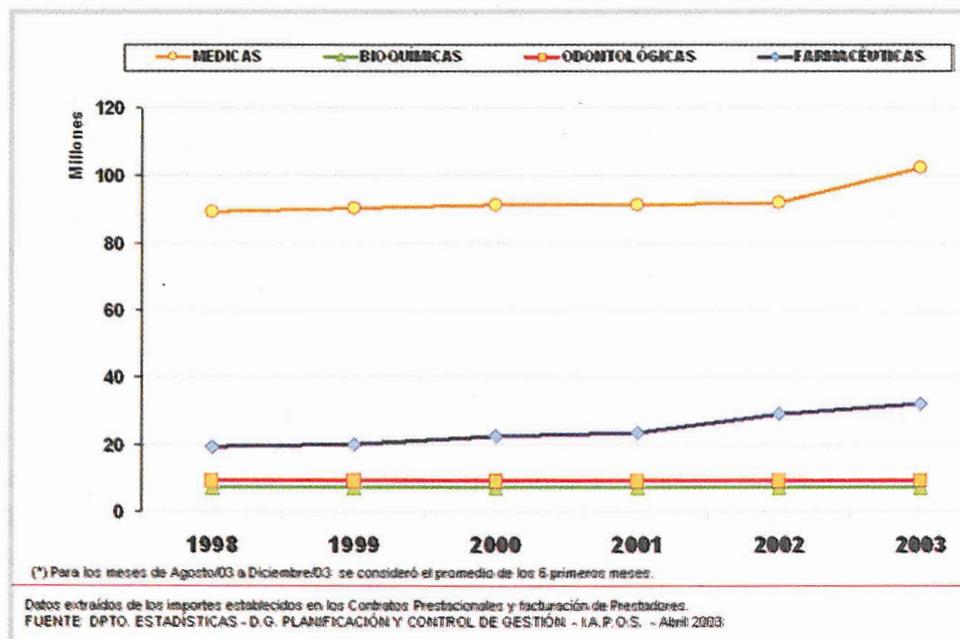
Fuente: Insaurralde , MI, elaboración propia, 2003

Veamos cómo fue evolucionando como porcentaje el gasto farmacéutico en los últimos años dentro del gasto prestacional total de la obra social. Y en el Gráfico 1 vemos que fue progresivamente en aumento: del 16.8% se fue al 17%, 20%. Esto está proyectado para el 2003 y tenemos proyectado un incremento del 30% por algunas medidas que hemos tomado. A partir de la devaluación, como la cobertura ambulatoria era por monto

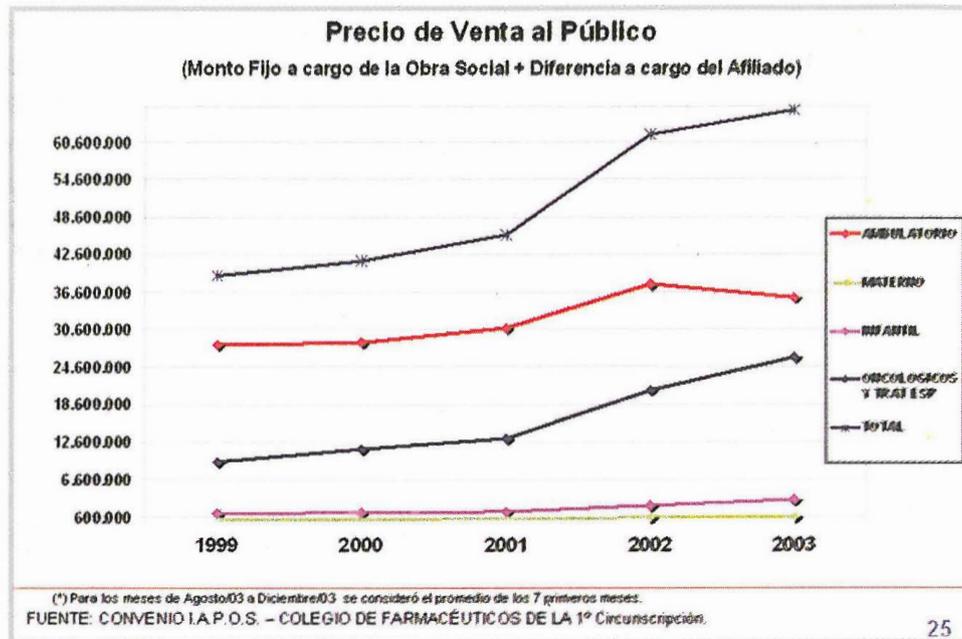
fijo inicialmente lo que hizo la devaluación fue bajar el nivel de cobertura en nuestros afiliados, ya en enero del 2002 teníamos escasez y carencia de algunos medicamentos esenciales para la subsistencia de los beneficiarios. En ese caso y como se habían disparado los precios corríamos riesgo de no poder continuar brindándoles esa cobertura de oncológicos, medicamentos para transplantados, hemofílicos y SIDA. En un momento dado todos somos indigentes para la salud; los costos en salud y el avance de la tecnología y descubrimientos de las ciencias médicas y los valores que tienen, hace que en un momento dado todos seamos indigentes en salud.

Las prestaciones médicas cada vez van tomando un porcentaje mayor del total de los costos en todos los rubros, obviamente en buena parte por el avance de la tecnología, en tanto que las prestaciones bioquímicas y odontológicas permanecen iguales, y luego le siguen los medicamentos. Calculamos que hemos tenido un incremento del 10% por esta cobertura de monto fijo, pero con la devaluación nuestros afiliados tuvieron bajo el porcentaje de cobertura promedio.

**Gráfico 1 Gasto Prestacional Pcia de Santa Fe Comparativo 1.998-2.003**



**Gráfico 2 Gasto en Medicamentos por Planes (a precio de venta al público)**



25

A pesar de haber estado en estabilidad siguió aumentando el tema de medicamentos, luego del gran salto del '92; entonces del 99/2000 el incremento es del 5,7%, del 2001 al 2002 de 8,6%; del 2002 al 2003 del 34%; y proyectado para el 2003 del 6% sobre el 2002.

Finalmente hay otros datos estadísticos de nuestra obra social que podrían ampliar el tema que nos ha convocado a esta mesa, pero que en razón a las limitaciones de tiempo disponible, hemos agregado al final como Anexo.

## REFLEXIONES FINALES

Creemos que como financiadores lo que tenemos que hacer es lograr asegurar nuestra existencia y subsistencia a lo largo del tiempo, y para esto es indispensable un saneamiento financiero y un adecuado equilibrio porque sino se rompen los sistemas. Pero también somos conscientes que, indudablemente, nada de lo que hemos hecho en la obra social ni nada de lo que se seguirá haciendo fue, es o sería posible sin la colaboración de sus prestadores.

Siempre hemos pensado que la relación entre un financiador y los prestadores, sean estos médicos sanatoriales, bioquímicos, odontológicos o farmacéuticos, no es de enfrentamiento sino de cooperación mutua cada uno defendiendo sus intereses lógicos y naturales. El financiador tiene que defender los intereses de sus afiliados que es a quienes representan, y los prestadores de sus asociados, pero todos tenemos algo en común, y es buscando esos puntos en común donde se puede continuar una relación fructífera, donde prime el bien común en la medida que las reglas de juego sean claras, que las gestiones sean transparentes y que todavía exista el respeto por la palabra.

## La experiencia desde el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP)

*Dr. Alberto Echazarreta*

### **INTRODUCCIÓN**

Primero queremos agradecer la invitación a esta reunión, para luego comentar que cuando se hacen relaciones entre procesos médicos y procesos cuantitativos hay otros factores que uno debe considerar, esos factores son políticos, económicos y sociales, y debe además ubicarse en el contexto y en la época en que fueron conformados. El tema de hoy es concretamente convenios o contratos de cobertura de medicamentos, pero igualmente están atados a estas tres posibilidades.

El marco ideológico es el primer concepto que uno debe tener cuando hace un convenio, debe pensar en la gente primero, luego pensar en la posibilidad de ser efectivo y por último en los números. Para algunos el medicamento es una mercancía más de la cual hay que sacar el mayor provecho posible, nosotros pretendemos estar ubicados en el otro punto.

Podemos definir el medicamento como el producto elaborado que recorre el camino de la prescripción, dispensación, comercialización y uso del mismo, dentro de sociedades con peculiaridades y costumbres disímiles que necesariamente ejercen un impacto con consecuencias médicas, sociales y económicas. Y si lo ubicamos en nuestro país tenemos que pensar que tenemos el 57% de la población por debajo de la línea de pobreza, porque si queremos poner un número y un costo al medicamento tenemos que pensar en estas realidades. Y un 27% está además por debajo de la línea de indigencia, si bien esto en el conurbano alcanza el 64%. Es decir que tenemos 21 de los 38 millones de habitantes que están por debajo de la línea de pobreza. Pero además del total de la masa laboral que es de 14.300.000 trabaja sólo el 62%, eso representa 8.300.000 habitantes que pueden trabajar, pero de esos 8.300.000 el 50% gana menos de \$400.

Este tipo de cosas son las que deberían también tenerse presentes

cuando vemos un paciente. Por ejemplo si le tenemos que recetar a un asmático un aerosol podríamos estar pensando que entre el broncodilatador y el corticoide de superficie le estamos haciendo pagar \$150.

## **LOS CONVENIOS DEL PAMI**

Veamos muy sucintamente algo de la historia de los convenios de medicamentos en el PAMI.

- Si partimos del año '97, el 20/5/97 se hace el convenio con la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales, CAEME, el Centro Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos, CILFA, y la Cooperativa de Laboratorios Argentinos de Especialidades Medicinales, COOPERALA.
- El Instituto, cuando llega la Alianza al gobierno anula este contrato, lo rescinde. Unos días antes hay una propuesta de la industria de dar una rebaja de 5 millones en el convenio, es decir que sobre el convenio que era de \$27.500.000 se rebajan \$5.000.000.
- El 26/07/2000 se acepta la propuesta de la industria y se conforma una Comisión de Solución de Controversias, con 4 integrantes de la misma por el Instituto y 3 por la industria. Además se nombra una Comisión de Seguimiento del Convenio integrada por 4 personas en representación del Instituto.
- Esta Comisión comienza su labor efectiva en los primeros meses del 2001 y funciona desde marzo del 2001 a septiembre del 2001. Entre algunos de sus resultados se incluye una evaluación de las bandas de cobertura: las bandas de cobertura son del 30, 50, 80 y 100%, y haciendo la evaluación de las mismas (que no habían sido realizadas previamente) vemos que el 61% pasa por la banda del 30%, es decir que el afiliado tiene que pagar el 70%. Y por la banda, del otro extremo, o sea del 100%, pasa al 2,4% de la gama de medicamentos incluidos, por lo que el afiliado en términos globales tiene alrededor de un 50% de cobertura.
- Esto muestra la necesidad de analizar además qué tipo de medicamentos según su uso prevalente y su valor intrínseco están en cada banda, y en definitiva en la banda del 30% están los medicamentos que más se usan entre la población beneficiaria.

Cabe a esta altura preguntarse cuáles fueron las repercusiones de este ahorro de \$5.000.000 y de las acciones efectuadas en el PAMI sobre los afiliados. Las repercusiones fueron totalmente negativas. Los \$5.000.000 que se ahorró PAMI fueron trasladados como gasto al bolsillo de los afiliados, porque aumentaron sus gastos directos dado que los medicamentos aumentaron. Entre 1993 y 1994 aumentaron un 60%, y entre el '94 y '95 un 22%, y puede decirse que en total aumentaron un 82% en alrededor de un año y medio.

En el Instituto hemos podido aplicar una clasificación de los medicamentos según el uso racional de los mismos. Hay 4 grupos: los esenciales, y tres grupos más de los cuales hay que utilizar algunos del segundo y algunos otros muy puntuales y normatizados del tercero, en tanto que los de la cuarta categoría los países racionales no los usan. Esto lo hemos podido hacer.

También hicimos una evaluación de las bajas y cambios de banda entre el '97 y el 2001: verificamos que se habían producido 800 bajas entre 1997 y el 2001, bajas inconsultas porque PAMI jamás firmó absolutamente nada a partir de que esto constaba en el contrato. Y 400 cambios hacia coberturas inferiores.

En el mes de septiembre hacemos ya una convocatoria a la industria, y luego dos, tres, cuatro, cinco convocatorias más. Pero a pesar de haber tenido reuniones, a pesar de haber conformado actas en cada reunión firmadas por las dos partes, la industria no concurre. ¿Y que ocurrió luego? También por nota somos desafectados de la Comisión de Seguimiento.

Hacemos entonces una presentación ante la Oficina Anticorrupción, quien les habla y Ricardo Segura, que está en vigencia y en este momento está en la justicia común. Porque las anomalías que habíamos detectado, las dijimos, las avisamos y no tuvimos respuesta. Se nombra luego otra Comisión de Seguimiento del convenio, pero no existen actas de esta Comisión y el interventor de ese momento renuncia, acá estamos hablando de finales de diciembre del 2002. ¿Y dónde está trabajando ahora? Trabaja en la industria, con pocos días de diferencia respecto a su ida pasa a la industria. Estas son entonces las realidades de todos los días que también las tenemos que conversar: concretamente trabaja en Farmalink.

En el mes de mayo del 2002 se firma un nuevo convenio bajo la intervención del Dr. Corchuelo Blasco, se nombra otra Comisión de Segu-

miento, pero tampoco hemos encontrado actas de esa Comisión, se designa la UBA como Comisión Técnica de Consolidación de la Deuda, se modifican las bandas de 30, 50, 80 y 100% y se agregan las de 40, 60, 65 y 70% que se suman a las ya existentes. Y todo esto resulta nuevamente en detrimento del afiliado: otra vez el afiliado vuelve a perder porque se bajan las coberturas, y ya no estamos en el 50% sino que creemos estar en el 47 o 48%.

Se incorpora entonces un listado a ser discutido por la Comisión de Seguimiento y el 1 de septiembre, siempre en la gestión de Corchuelo Blasco, el Instituto rescinde el contrato por la Ley de genéricos N° 25.649 del 19-09-02, pero luego se hace un acta modificatoria y se deja sin efecto la rescisión. Se fija el convenio en 23 millones de pesos. Pero éste no es el costo total de medicamentos que paga PAMI, porque obviamente hay otros costos como el de la urgencia, el de las cápitras de los internados y como veremos más adelante, el que se lleva la vía de excepción que fue creciendo en forma constante.

## **LA GESTIÓN ACTUAL**

El 23 de julio somos convocados por el Dr. Gonzalez Gaviola, los mismos que habíamos sido despedidos anteriormente, y personalmente he visto una gran decisión del Dr. González Gaviola y por eso estoy tratando de contribuir, porque me parece que la suya es una posición muy seria que conlleva un cambio fundamental en las relaciones, no sólo con la industria, sino con la sociedad y con lo que se debe hacer.

En primer lugar prorrogamos el convenio, que ya había expirado pocos días antes, hasta el 30 de septiembre de 2003, pero con algunas modificaciones:

- La industria se obliga a instalar en diez días una terminal punto a punto, para saber cuáles son nuestros números, cuál es nuestra farmacoepidemiología, cuántos pacientes tenemos y cuáles son las patologías prevalentes. La información es nuestra sin ninguna duda, no hacemos nada más que requerirla, y hoy esto ya está instalado.
- Se plantea un nuevo modelo de receta donde el médico tenga la obligación de prescribir por ley de genéricos.

- En un plazo de 30 días se debe confeccionar un régimen de penalidades, porque hasta ahora en ningún convenio figura ningún tipo de penalidad, y eso es terrible.
- La industria se compromete a entregarle al Instituto un informe detallando la cantidad de pacientes por fármaco, y según la Denominación Común Internacional (DCI). Porque de alguna manera tenemos que empezar a conformar, aunque sea de manera muy aproximada, la lista de patologías prevalentes, ya que para poder planificar es necesario saber cuántas patologías tenemos o cuántos afiliados con cada patología.
- Otro punto en lo que hace a la distribución de los medicamentos es el referente al CAMOITE. El CAMOITE se maneja de esta manera: un médico produce una receta, el paciente va a la farmacia, la farmacia faxea el pedido, lo envía al Centro donde un grupo técnico evalúa los casos de tratamientos especiales. Primero hay una evaluación administrativa y luego pasa a la parte médica a ver si llena los protocolos que están preestablecidos. Y si está autorizado se le da la autorización a la droguería y de la droguería a la farmacia y al paciente. ¿Qué ocurría? Nosotros no teníamos representantes en el CAMOITE o teníamos representantes sin ninguna posibilidad de autoridad. Hemos puesto ahora en el convenio que tienen la misma autoridad que el representante de la industria para autorizar o denegar. Pero en esta vuelta las farmacias tienen que faxear en 12 horas, y luego el CAMOITE tiene 72 horas para poder autorizar o denegar el medicamento.
- Esto tampoco funcionó porque las detenciones y demoras se seguían produciendo de la misma manera, entonces el viernes último hemos sacado una disposición que consta de lo siguiente: le vamos a enviar los fondos a las Unidades de Gestión Local (UGLs) para que los medicamentos autorizados puedan comprarlos las UGLs con débito posterior a la industria, más el débito que corresponde al costo administrativo y financiero. Porque no podemos tener pacientes que tengan que recibir ciclos terapéuticos para cáncer o enfermedades terminales o no terminales esperando dos meses. Recuerdo una señora de Tucumán que pidió el medicamento el 30/7, se lo autorizaron el 1/8, y finalmente lo recibió el 28/8 ... cuando ya no estaba más.

## LOS ACTORES Y EL SISTEMA

Creemos que la cadena que recorre el medicamento en PAMI está constituida por la oferta. En algún momento tuvimos más de 6 medicamentos nuevos por día, y cerca de 2000 por año. Obviamente no eran moléculas novedosas. El PAMI aceptaba, todos son positivos. ¿Quién integra el KAIROS? La industria, y el PAMI no participa a pesar de que representa el 30% del mercado de este país.

En cuanto a los prescriptores, en particular los médicos de cabecera, digo personalmente que los hemos llamado: es la primera vez en la historia que los llaman, y no obstante son los que manejan la lapicera, son la atención primaria de la salud, son los que tienen que mandar la información y tener referencia y contrarreferencia, sino toda labor sería en este tema resulta imposible. PAMI no tenía y no tiene ningún contacto con el primer nivel de atención.

Y respecto a los dispensadores pensamos que legítimamente son los farmacéuticos en farmacias profesionales, como representantes sanitarios o agentes sanitarios del sistema en íntima relación con nosotros. Fui Director de medicina sanitaria en la provincia de Buenos Aires cuando no estaba la cadena de frío, y con Castelli pudimos recorrer los 2.400 puestos de vacunación y se estableció la cadena de frío.

Y si hablamos de los financiadores o pagadores, podemos decir que PAMI es un pagador encubierto: paga pero se esconde y no construye precios, lo cual es absurdo.

Y finalmente veamos qué pasa con los reguladores. En el caso de PAMI, no regula, no controla y no normatiza. Si tenemos que atender una tuberculosis decimos que se atiende en 6 meses con 4 drogas, 2 meses con tales otras y después 4 meses con tal o cual esquema. Si alguien quiere hacer algo distinto lo tiene que fundamentar y esto es lo que dice la Comisión Nacional. Claramente, la normatización achica gastos.

Cuando se tiene a disposición todo el cúmulo de medicamentos esto no es necesariamente bueno, la mayoría de los casos son incluso situaciones perjudiciales. Es decir que el hecho que alguien tenga a disposición todos los medicamentos no quiere decir que vaya a curar la enfermedad. La enfermedad se cura con la preservación previa, con promoción de la salud y educación para la salud, y luego viene el medicamento. AL que es hipertenso tenemos que decirle que no coma con sal,

que la sal también está en el queso, etc. O sea toda una serie de consideraciones que tienen que ver con el tratamiento, y recién al final vamos a dar el medicamento.

En la época de Matilde Menéndez, alrededor de 1995, el presupuesto de PAMI era de \$3.700.000 millones, y tenía un déficit de \$30 millones por mes, mensurado por 5 consultoras distintas y al mismo tiempo, o sea que tampoco es problema de dinero.

No podemos dejar de mencionar algunos datos referentes a los medicamentos que son objeto de vías de excepción, y que PAMI paga al 100%.

- En Córdoba, en el año 1997 se gastaba \$695.000 en este rubro. En el 2001 el gasto subió a \$3.311.000.
- En el caso de la Capital Federal, se comenzó con u\$s 465.000 y se terminó pagando en el 2002 \$14 millones.
- El crecimiento global del gasto puede verse por el hecho que en el '97 se gastaban \$2 millones y en el 2002 terminó gastando \$60 millones. El aumento es de 1.812% en muy poco tiempo.

### **¿Cuáles son las falencias del sistema?**

- La principal: desecha el Primer Nivel de Atención, los médicos de cabecera, que claramente es fundamental para hacer cualquier programa.
- No hace farmacoepidemiología, no sabe cuáles son las patologías prevalentes,
- No anota, carece de docencia, no explica ni a los afiliados ni la automedicación;
- No es formador de precios, casi llega al 30% del mercado y ni siquiera maneja el convenio.
- Va a los tumbos, no hace educación y promoción para la salud.

## **REFLEXIONES FINALES**

Creemos a partir de esta visión crítica que hemos esbozado muy brevemente, que son necesarios nuevos modelos y tipos de convenios de medicamentos del PAMI con todos sus actores: con los farmacéuticos en relación con el PAMI y en relación con programas de salud, como agentes sanitarios con farmacias profesionalizadas. También con la industria pero con reglas muy claras de una y otra parte. Fundamentalmente con los médicos de cabecera que son la cara del PAMI para la sociedad. Y también de modo extensivo creemos que los trabajadores sanitarios en su conjunto tienen que conocer estas realidades: las universidades con todo lo que podemos reclamar de ellas las estamos usando ya muchísimo, y tenemos el apoyo también de organizaciones profesionales y de otro tipo no gubernamentales.

Es necesario actualizar y renovar las relaciones interprovinciales e intermunicipales, para que podamos tener un amplio consenso como marco de un nuevo convenio. Y esto incluye también las relaciones internacionales, porque hemos tenido contacto con la OMS y con la OPS y otras entidades internacionales. Las vamos a tener con el Brasil porque nos parece que son los vecinos, los amigos más cercanos con los que tenemos que trabajar en conjunto y creemos que la fortaleza surge de la unión: si nos desparramos evidentemente no vamos a poder funcionar y este es uno de los criterios que tenemos en este momento un grupo muy grande y cada vez mayor de argentinos.

Todo lo anterior tiene una sola finalidad: equidad y mayor accesibilidad y uso racional del medicamento, esto es para los adultos y mayores y su grupo familiar, pero recordemos antes de terminar que no son todos viejos: el 32% tiene menos de 60 años, y el 22% de ese 32% tiene menos de 14 años, o sea que el INSSJyP con el PAMI es el lugar donde se cobijan más chicos de entre todas las mutuales del país.

## Debate

**Pregunta de la audiencia:** Para el Dr. Alberto Echazarreta, ¿podría explicar la logística de entrega de medicamentos oncológicos?

**Dr. A. Echazarreta:** De la logística se ocupa la industria con distintos distribuidores. No es en este momento de nuestra incumbencia, existen siete u ocho distribuidores muy eficientes que están trabajando para la distribución, eventualmente pueden trabajar para nosotros.

**Pregunta de la Coord. Farm. A. Caraballo:** Dr. Echazarreta, usted planteaba que el problema es el tema del trabajo del CAMOITE como nudo central, ¿hay alguna aclaración más sobre esto?.

**Dr. A. Echazarreta:** Nosotros hemos hablado con algunos laboratorios que no entregan medicamentos durante mucho tiempo y nos han dicho que tienen tope. Sino venimos a dar una reunión y a escuchar una cosa formal y no la realidad: esta es la realidad. No se entregan medicamentos, hay problemas internos, a nosotros no nos interesan los problemas internos que pueda tener la cadena. Nos interesa una sola cosa, el medicamento que prescribe el médico y la recepción por el afiliado en el menor tiempo posible, esta es la única realidad de acuerdo a este convenio que tenemos en este momento.

**Pregunta de la audiencia:** ¿Qué plazos se fijaron para el nuevo convenio?

**Dr. A. Echazarreta:** No tenemos un plazo inmediato, tenemos modificaciones del convenio, se puede prolongar o no, puede mejorarse, los criterios son de apertura total a todas las opciones.

**Pregunta de la audiencia:** Esta es una pregunta creo que para ambos expositores. Intentaron preguntar si no son farmacias profesionalizadas las que están en los colegios de farmacéuticos.

**Dr. A. Echazarreta:** Cuando el farmacéutico no está deja de ser

profesional y creo que este es el quid de la cuestión. Y siempre les digo, que en la medida que el farmacéutico no está, otros grupos van a avanzar porque se puede atender sin el farmacéutico, y sobran ejemplos. Entonces, profesionalizar implica que realice una serie de acciones de tipo sanitario y de integración que no puede realizar alguien que no pasó por la Facultad y tiene el título. Ahora si yo tengo cinco farmacias y tengo quien me las atiende que no es farmacéutico, voy a tener problemas seguro.

**Pregunta de la Coord. Farm. A. Caraballo:** Una sola pregunta más y dejamos las otras para que los disertantes las contesten en el intervalo o en un aparte para no extender tanto la mesa. ¿Cómo piensa el PAMI compatibilizar el sistema de cobertura entre la ley de genéricos y el convenio con la industria? Y otra pregunta complementaria a la anterior es si piensa que puede ser posible sostener el sistema sin el aporte de la industria.

**Dr. A. Echazarreta:** Participando en forma abierta los genéricos con los medicamentos tradicionales y con precios que sean reales y concretos. Las Cámaras de Genéricos al principio comenzaron con medicamentos a precios muy bajos, después tuvieron precios muy altos, y escuchaba recién que nuestros colegas de Brasil comentaron situaciones similares que se dieron en algún momento en ese país. No es que nosotros lo vayamos a adoptar ni tengo la decisión para poder hacerlo, pero son opciones que uno tiene que tomar porque alguien que quiere entrar al mercado tiene que tener primero la posibilidad del precio ostensiblemente menor, y en segundo lugar el control de calidad es fundamental. En esto nosotros somos inflexibles, porque tenemos muchísimos productores en el país de medicamentos, pero no todos pueden entrar a nuestro mercado por ejemplo, ya que el control de calidad es fundamental para nosotros y creemos que para cualquier tipo de convenio. Finalmente con respecto a la segunda parte de la pregunta, sin ninguna duda creemos que es posible sostener el sistema sin el aporte de la industria. Simplemente es cuestión de ver cuántos han hecho listados terapéuticos, vademécums y siguen viviendo. Creemos que sí, pero también debemos aclarar que no pensamos que la industria tampoco tenga una actitud desestabilizante, francamente pensamos que no la tiene.

## **Mesa 8 Pacientes crónicos y gestión de medicamentos de alto costo.**

*Coordinador Farm. Myriam Sabio*

*El tema de esta mesa, permite exponer distintas aristas que afectan la atención a pacientes crónicos, que como bien destaca la OMS es un problema universal que se agrava debido a factores demográficos y epidemiológicos. Otro agravante es el alto costo de muchos de los medicamentos necesarios para el tratamiento de las patologías que padecen estos pacientes. Es por lo tanto de fundamental importancia una eficiente gestión de parte de todos los actores para lograr la equidad en el acceso a estos medicamentos.*

*Para tratar estos temas nos acompañan el Dr. Osvaldo Tibaudin, que es ingeniero, médico y master en administración de salud, y se desempeña como gerente de prestaciones de salud en MSD, quien expondrá sobre el gerenciamiento de enfermedades crónica. También ha sido convocado el Dr. Jorge Tomás Insúa, quien es médico clínico, especialista en medicina interna, especialista en medicina preventiva general con orientación a enfermedades crónicas, master en medicina comunitaria, profesor de Administración y Gestión de Entidades de Salud en el DIRES, Programa de Dirección de Empresas de Salud de la Universidad Austral, docente del Instituto Lazarte de la Universidad Nacional de Rosario, profesor de Evaluaciones Económicas de Salud en el PEC, Programa de Efectividad Clínica de la Universidad de la Ciudad de Buenos Aires, quien desarrollará la importancia de los modelos de atención a pacientes crónicos y novedades de gestión clínica. Finalmente para cerrar la mesa tendremos una visión desde un ámbito institucional local a cargo de Gabriel Espinaco, que es contador público nacional y tiene una vasta trayectoria como Gerente del Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe I° Circunscripción.*

### **Pacientes crónicos y gestión de medicamentos Gerenciamiento de Enfermedades**

*Dr. Osvaldo Tibaudin*

#### **INTRODUCCIÓN**

En primer término quiero agradecer a las autoridades de esta Segundas Jornadas Santafesinas del Medicamento por esta nueva invitación.

Queríamos comentar inicialmente que esta presentación constará de dos partes: en la primera de tipo introductorio trataremos de ver cómo se llegó a esta nueva herramienta que cada vez se usa más en el mundo que es el gerenciamiento de enfermedades crónicas, *disease management* y *case management* o administración de enfermedades, que son básicamente herramientas de gestión en patologías. Y en la segunda parte veremos cuál es nuestra experiencia en el mundo en esto y exclusivamente en el caso de Argentina desde el año 1996.

## **BREVES ANTECEDENTES DEL DISEASE MANAGEMENT A NIVEL INTERNACIONAL**

### **¿Cuál es la historia del *disease management* en el mundo?**

Como siempre mirando al norte, que es donde se empezó todo esto, podemos encontrar lo que serían algunos hitos de su desarrollo:

- A partir de **la reforma de Hillary Clinton**, una de las tantas cosas que se reformaron en el sistema de salud en Estados Unidos fueron las herramientas con las que se hacía gestión en salud. Y una de las herramientas que se introdujeron **en el '92** fue el *disease management*: el gerenciamiento de enfermedades crónicas. Es una herramienta más, importante pero no la única ni la principal. El que quiere hacer gestión en salud hoy tiene que manejar una serie de herramientas, entre ellas el gerenciamiento de enfermedades crónicas.
- **Por el año '93, una importante consultora de Estados Unidos, el Boston Consulting Group**, empezó a esbozar que el tema de medicamentos podía ser importante en terapias de alto costo o terapias de enfermedades crónicas. Y así mostró inicialmente en sus conclusiones dos temas que en ese momento podían ser aún vistos como interrogantes o posibilidades, ya que recién se introducían: los medicamentos como terapias costo-efectivas, y también la posibilidad de que esto y el gerenciamiento de enfermedades crónicas podía ser causas de un costo ahorro si uno manejaba correctamente la medicina. Y siempre decimos que uno al final termina en un punto que nunca se debería haber dejado: hacer buena medicina que es lo que en general más barato sale.

- Luego, **en el año '95 y hasta el '97**, empezó la gran explosión de este tema en Estados Unidos y por ende empezaron a mirarlo todos los países de otros continentes. Primero Europa y Oceanía y más tardíamente también América Latina. Pero para esta época ya empezaron a trabajar otras entidades en gerenciamiento de enfermedades crónicas y la **industria farmacéutica** fue una de las que tomó la punta en esto. Algunos de los pioneros en ese momento en el año '95 fueron distintas empresas multinacionales de investigación que empezaron a trabajar en temas de gerenciamiento de enfermedades crónicas, como Glaxo, BMS, Lilly y subsidiarias de Zeneca. También aparecieron **empresas que se dedicaron específicamente a hacer *disease management***, empresas que lo único que desarrollaban eran programas para tratar distintas patologías de alto costo y baja frecuencia (DTCA, Soluciones Cardíacas). Estas empresas empezaron a trabajar muy fuertemente en esto y empezaron a brindar servicios a financiadores y entidades de salud, inclusive al gobierno, para tratar estas patologías con una sistemática.
- Y más cerca nuestro, **en el año '97**, estos programas empezaron a ser desarrollados por otros actores, y aparece un tema bastante conocido como el caso de las PBM's (*Pharmaceutical Benefits Management*), que vendría a ser algo similar a nuestras mandatarias en Argentina, donde se manejan todos estos programas en forma importante y variada. Estos programas no solamente se los puede contratar, comprar o tener alguien que los traiga de afuera, sino que se pueden desarrollar modelos propios. Si una entidad reúne todas las condiciones o tienen toda la capacidad para hacerlo también lo puede desarrollar. Una entidad financiadora, un empleador o un prestador de salud pueden desarrollarlos, no necesitan de un tercero y pueden tranquilamente ponerlos en práctica con sus pacientes.

La importancia que ha mostrado tener este tema se refleja en un trabajo que se hizo en el año '99 en una de las consultoras más importantes de Estados Unidos, que publicó una encuesta que mostraba exclusivamente los *top ten* en *disease management*, o sea las 10 empresas líderes del rubro en el mercado local. Para el otoño/invierno de 1999 esas empresas eran según HIRC:

- 1. Integrated Therapeutics Group**
- 2. Diabetes Treatment Centers of America**
- 3. Cardiac (Cor) Solutions**
- 4. Merck Sharp & Dohme**
- 5. Glaxo Wellcome**
- 6. Pfizer**
- 7. Novartis**
- 8. Schering**
- 9. Bristol-Myers Squibb**
- 10. Control Diabetes**

Como podemos ver, del cuarto al décimo lugar son empresas de investigación farmacéutica, y esto no es casualidad. ¿Por qué habrá tantas empresas farmacéuticas?, Porque tienen mucho interés en hacer esto, y también nadie más beneficiadas que las empresas farmacéuticas de que se haga una buena medicina y que se normatice y se ponga el foco en el paciente, mediante el gerenciamiento de una enfermedad con un seguimiento y una estandarización.

Las empresas de innovación tienen el *expertise* que requiere un recurso humano calificado, muchos años en investigación y el desarrollo de moléculas que en su gran mayoría han demostrado costo-efectividad, que es otra cosa relevante para poder utilizar programas de enfermedad crónica y que tengan éxito: utilizar dentro del tratamiento medicamentos costo-efectivos.

Y lo otro que está atado a esto son las guías de práctica clínica, un tema que es muy familiar para la industria farmacéutica, sobre todo en otras partes del mundo, no tanto en Argentina porque no sabemos trabajar en equipo, y en esto como en tantas otras cosas, sino trabajamos en equipo fracasamos. Uno de los problemas de Argentina y Latinoamérica es el enfrentamiento de los subsectores o la fragmentación del sistema de salud y sus distintos segmentos, y acá no puede haber fragmentación. Si uno quiere tener éxito en beneficio del paciente que es el foco de la cuestión, hay que trabajar en equipo. Esto se ha demostrado porque hay traba-

jos donde se ve que universidades, entidades financiadoras, prestadoras y la industria farmacéutica, trabajan en forma mancomunada en el desarrollo de estos programas con gran éxito, y cada uno tiene su parte importante en ello.

Mirando nuevamente el ranking, puede observarse que las primeras tres empresas (*Integrated Therapeutics Group, Diabetes Treatment Centers of America y Cardiac (Cor) Solutions*), son empresas específicamente dedicadas a esto, especializadas en distintas patologías y que en algunos casos quizás incluso abarcan sólo una patología, pero que se dedican a ofrecer su servicio a un financiador y decirles "señores, yo les soluciono el tema de la insuficiencia cardiaca con este programa, o HIV u oncológicos". Están desarrolladas nada más que para eso, pero con una alta especificidad, eficiencia y calidad en los servicios que ofrecen. Algunas ya están en Argentina de forma muy rudimentaria, todavía hay que ver cómo se desarrollan en nuestro sector salud, pero de hecho ya están instaladas.

## LA EXPERIENCIA NACIONAL

¿Cómo estamos viendo nosotros desde el año '92 para acá el gerenciamiento de enfermedades crónicas? Hay distintas definiciones o puntos de vista.

El **concepto de *disease management*** lo entendemos básicamente como un proceso para mejorar la calidad. Para nosotros éste es el fin que perseguimos cuando implementamos estos programas en todo el mundo, y con esta misma forma de trabajar hemos seguido desde el '96 tratando de implementar o hacer cosas en este área:

- **Proceso para mejorar la calidad y costo-efectividad del cuidado de una población de pacientes con una enfermedad específica, a través de la aplicación de los principios de mejoras continuas de calidad, incluyendo la documentación de resultados.**

## ¿Cuál es la misión de los servicios de gerenciamiento de la salud?

Estamos tratando de darle un servicio agregado a nuestras drogas

y nuestros productos que facilite la gestión clínica y el manejo de la salud, porque si el presupuesto de salud está bien administrado nos vamos a beneficiar todos los que trabajamos en el sector.

- **Aparte de investigar y desarrollar nuevas moléculas innovadoras y costo-efectivas tratamos de brindar apoyo a entidades financiadoras y/o prestadores de salud, nutriendo y mejorando la salud y calidad de vida de sus pacientes a través de estos programas de gerenciamiento de enfermedades. Y con continuas mejoras de la calidad que puedan desarrollar nuevas técnicas que se utilicen en el día a día en la toma de decisiones.**

### **¿Cuáles son las razones para ofrecer servicios de DM?**

Hay razones para ofrecer estos servicios. ¿Por qué a un financiador, un prestador o un gobierno le interesa trabajar en enfermedades crónicas y en el manejo, administración o gerenciamiento de enfermedades crónicas?

Básicamente porque **para el cliente** hay una serie de razones de peso:

- Marketing
- Mejoramiento de la calidad
- Conservación de Miembros
- Satisfacción de pacientes y proveedores
- Acreditación ( HEDIS)
- Estandarización : Costo/efectividad
- Control de costos
- Mejorar resultados

Es decir que primero tienen un componente importante en marketing. En un momento que es tan difícil tener fidelización o adherencia o mantener los afiliados, sobre todo en medio de una competencia importante entre distintos financiadores, prepagos, mutuales, reaseguradoras o seguros de salud, es muy importante fidelizar y conservar a nuestros

clientes en todas las áreas de la salud. Y una de las herramientas con la que podemos mantener a nuestros clientes es el gerenciamiento de enfermedades crónicas porque brindamos un servicio extra, un valor agregado a nuestra gente.

El otro punto importantes es el mejoramiento de la calidad. Cuanto mejor calidad médica se le ofrezca al paciente, mejor reconocimiento tendrá esa institución y debería tener un ahorro de recursos importantes por hacer un mejoramiento constante de la calidad de sus prestaciones médicas.

Y con respecto a la satisfacción de pacientes y proveedores, esto es básico.

Quizás en nuestro país no tanto, pero en otros países del mundo es importante para la acreditación, entonces es una herramienta que utiliza cualquier entidad, un sanatorio, una clínica o un prepago que quiera acreditarse ante una agencia de evaluación o acreditación, y que quiere tener las ISO, acá se acredita por medio de otras instituciones. Estos programas ayudan mucho a lograr la acreditación de esa institución. Si esa institución tienen programas de gerenciamiento de enfermedades y mejoras continuas de la calidad que demuestran resultados y el estándar de atención del paciente que se hace, es mucho más fácil obtener la acreditación de esa institución y figurar en un registro como distintos a los demás.

Otro motivo importante y no menor que los anteriores es la estandarización y la costo efectividad de la institución en la elección de las tecnologías de las terapias y tratamientos que se hacen en la misma. Esto le permite realizar un control de costos y mejorar los resultados.

### **¿Cuál es el propósito del *disease management*?**

- **Identificar aquellos pacientes con diagnóstico y/o riesgo de tener una enfermedad y que no están siendo tratados, o de estarlo, no son correctamente manejados.** Es decir los que no están siendo tratados en la mejor forma, o en la que ha demostrado, de acuerdo a la medicina basada en evidencia y de acuerdo a la experiencia del día a día, que constituye el mejor tratamiento.
- **Eliminar la utilización de recursos innecesarios y maximizar la efectividad de las intervenciones.** Una de las características

de nuestro país y de los países latinoamericanos es la diversificación de tratamientos, cada maestro con su librito. Estas herramientas nos permiten maximizar la efectividad de cada cosa que hacemos, no sólo en medicamentos sino todas las decisiones que tomamos en salud, y eliminar la utilización de recursos innecesarios.

- **Emplear más diagnósticos e intervenciones terapéuticas costo-efectivas.** Tenemos que acostumbrarnos a pensar no en precio, no en más eficacia y seguridad, hoy hay que pensar en eficacia, seguridad y efectividad, o sea qué pasa en la vida diaria con las decisiones que tomamos
- **Iniciar y mantener mejoras continuas de la calidad en salud.** Cuanto mejor calidad tengamos en lo que hacemos en el sistema de salud, es evidente que mejor estarán no sólo el paciente sino también el sistema de salud, y más nos rendirá el presupuesto.

### ¿Cuál es el *target*, a quiénes involucra el gerenciamiento de enfermedades crónicas?

- En general involucra a enfermedades de **alta frecuencia**, prevalentes y que tienen mucho peso de carga de enfermedad en un país o en un sistema de salud.
- También a otras enfermedades que si bien no son de alta frecuencia tienen asociado un **alto costo**, como por ejemplo el HIV o las oncológicas.
- Enfermedades con **gran variabilidad** en su tratamiento, donde éste no está muy claro y no hay normas consensuadas de tratamiento, algo que resulta hoy común en Argentina.
- Enfermedades de **alto riesgo**.
- Y también para gobiernos o entidades con presupuestos finitos en salud, las **áreas de performance financiera negativa**. O sea que muchas instituciones o gobiernos encaran estos programas cuando se dan cuenta que no les alcanza el presupuesto, que lo están asignando mal o que están dando mala calidad de salud al paciente.



### **La estructura del gerenciamiento de enfermedades.**

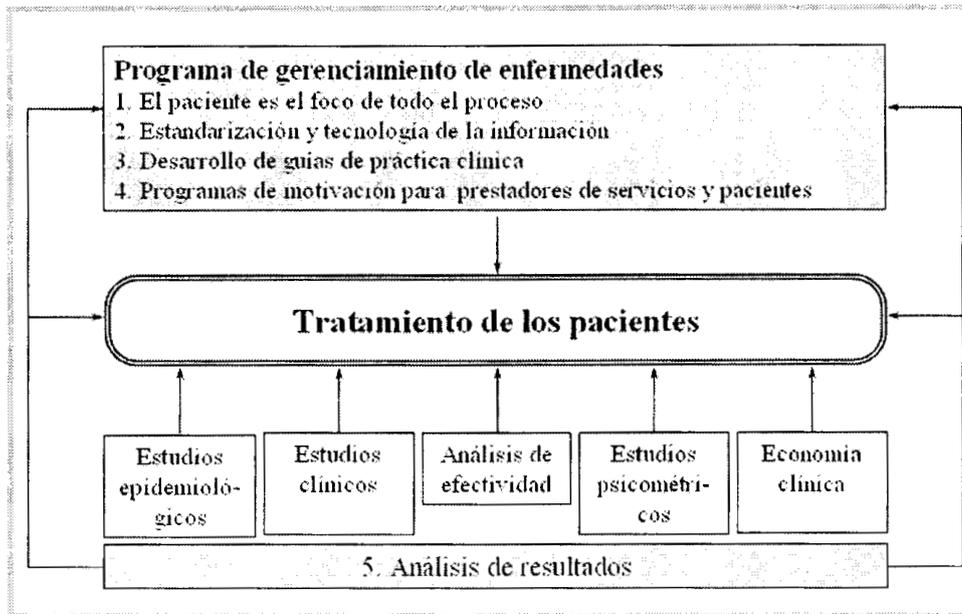
La esquematizamos de modo sencillo y utilizando un orden o jerarquización descendente:

- Modelo de resultados del tratamiento
- Determinación del tratamiento óptimo
- Evaluación del tratamiento óptimo en las diferentes etapas del mismo, con la ayuda de los prestadores de servicios. Esto permite identificar las necesidades de información (interfases y estandarización de la información)
- Resumir las etapas terapéuticas identificadas y las interfases de información en las pautas de práctica clínica
- Motivar a los participantes a quienes va dirigido
- Usar el análisis de resultados para medir y evaluar sistemáticamente los resultados del tratamiento
- Monitorizar y elaborar guías de práctica clínica adicionales sobre la base de los resultados del tratamiento

**Pero lo que nos tienen que quedar grabado es que el objetivo principal del gerenciamiento de enfermedades es el paciente.**

El foco de esto es el tratamiento de los pacientes, es lo primero que debemos buscar, y luego, alrededor del tratamiento de los pacientes, tenemos 5 áreas a manejar y tener en mente siempre que queremos desarrollar *disease management*.

**Cuadro 1 Objetivos del gerenciamiento de enfermedades:  
optimizar la calidad del tratamiento médico**



Fuente: Tibaudin O, 2003.

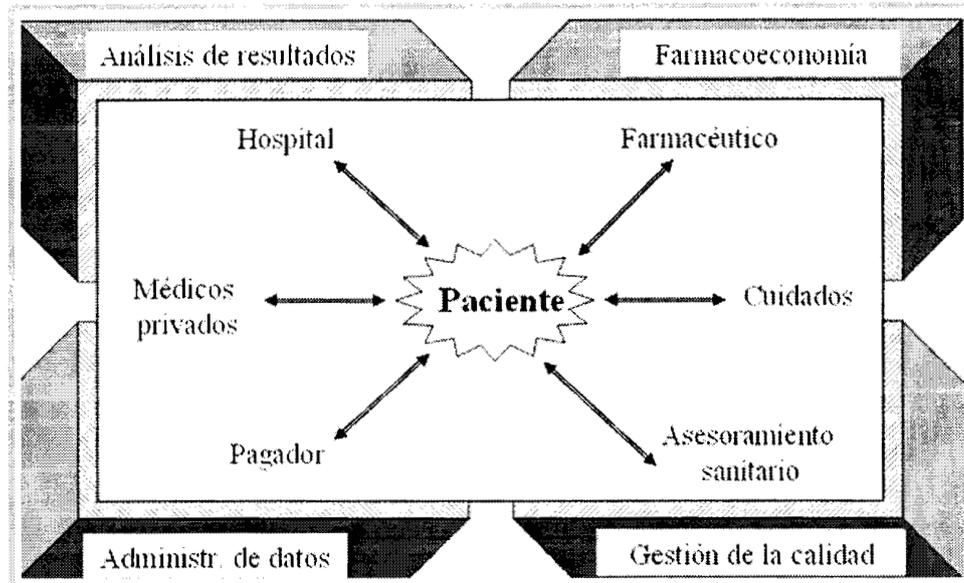
- Primero: **el foco es siempre el paciente.**
- Segundo, **la estandarización y tecnología de la información.** En países del primer mundo esto es más fácil, porque están más adelantados en el tema de estandarización de la información y de la confección de base de datos estando *on line* de punto a punto. Muchos de estos programas requieren tener conectados a la farmacia, a los consultorios médicos y a los sanatorios en todos los lugares donde trabaja el equipo de salud, de modo que al estar todos interconectados para cuando hacemos el manejo de la enfermedad no tengamos ningún error ya sea en el diagnóstico o el tratamiento. Es maravilloso ver en países como Estados Unidos o países de Europa cuando un paciente va a la farmacia con la indicación de un médico y el farmacéutico ingresa el producto indicado, como a veces se le enciende un alerta, y ese alerta es que es un paciente polimedocado y le esta diciendo que ese paciente no puede ingerir ese producto. Automáticamente se corrige esa prescripción porque están

interconectados con la historia clínica del paciente tanto el médico, el farmacéutico y su centro de atención, y esto permite que haya alteraciones en el tratamiento o interacciones de los medicamentos.

- Tercero: el **desarrollo de guías de práctica clínica** es algo básico para que estos programas funcionen, ya que estandarizan la información, utilizan drogas costo efectivas y métodos de diagnósticos costo efectivos basados en la evidencia que ayudan a mejorar la calidad de estos programas.
- En cuarto lugar, otro punto para trabajar fuertemente son los **programas de motivación para prestadores de servicios y pacientes**. Hay que trabajar en la fidelización de los pacientes, cuesta tener adherencia en estos programas. Tenemos la experiencia de haber desarrollado algunos de estos programas en Argentina en centros de primer nivel, y por falta de adherencia ya sea del equipo de salud, médicos o paramédicos, del farmacéutico o de la institución, sobre todo a veces falta de decisión política de institución, estos programas fracasan y hay que retirarlos porque el paciente tampoco los compra.
- Y el quinto punto es el **análisis de resultados**.

Hay varias herramientas que uno puede y debe utilizar para analizar qué pasa con estos programas y mejorarlos, pero siempre en torno al paciente. Queremos dejar en claro que el paciente está en el centro de todo este proceso y así debe ser. En un segundo plano está el equipo de salud. Si no se trabaja en equipo es imposible tener éxito en estos programas. Es importante el papel del farmacéutico en estos programas, tanto como el del médico tratante o como el del director de la institución, porque si no hay decisión política estos programas fracasan, lo hemos vivido. Todos tienen la misma responsabilidad. Si se logra eso se pueden hacer análisis de resultados, farmacoeconomía o gestión de la calidad de administración de datos, pero si no hay trabajo en equipo y está todo puesto en el paciente es imposible llevar esto adelante.

### Cuadro 2 El Paciente es el Foco de todo el Proceso

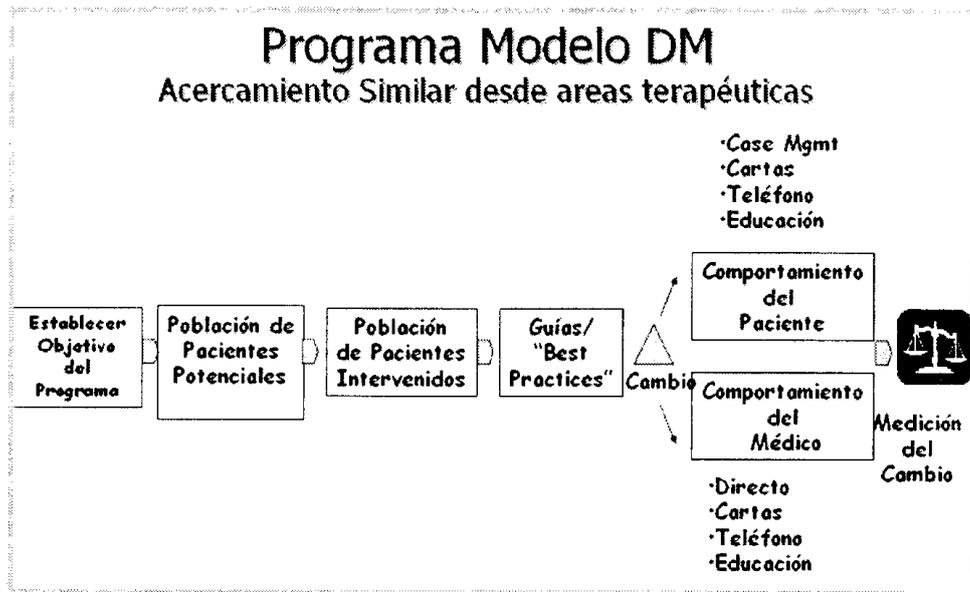


Fuente: Tibaudin O, 2003.

En el Cuadro 3 mostramos el flujograma básico que utilizamos generalmente, que puede entenderse como un programa modelo de DM.

Primero hay que establecer el objetivo del programa, luego buscar la población de pacientes potenciales para ese objetivo, evaluar qué población de esos pacientes serán intervenidos, cuáles serán los protocolos o guías para el programa. Y luego viene lo mas difícil que es el cambio de actitudes, que tiene que ver directamente con el comportamiento del paciente y del médico, porque en estos programas hay que hacerle entender al paciente muchas cosas nuevas para que a veces cambie algunas, y lo mismo al médico o equipo de salud. Hay métodos distintos, herramientas para concienciar al cambio de comportamiento tanto del médico como del paciente.

### Cuadro 3 Programa Modelo de Disease Management (DM)



Fuente: Tibaudin, O, 2003.

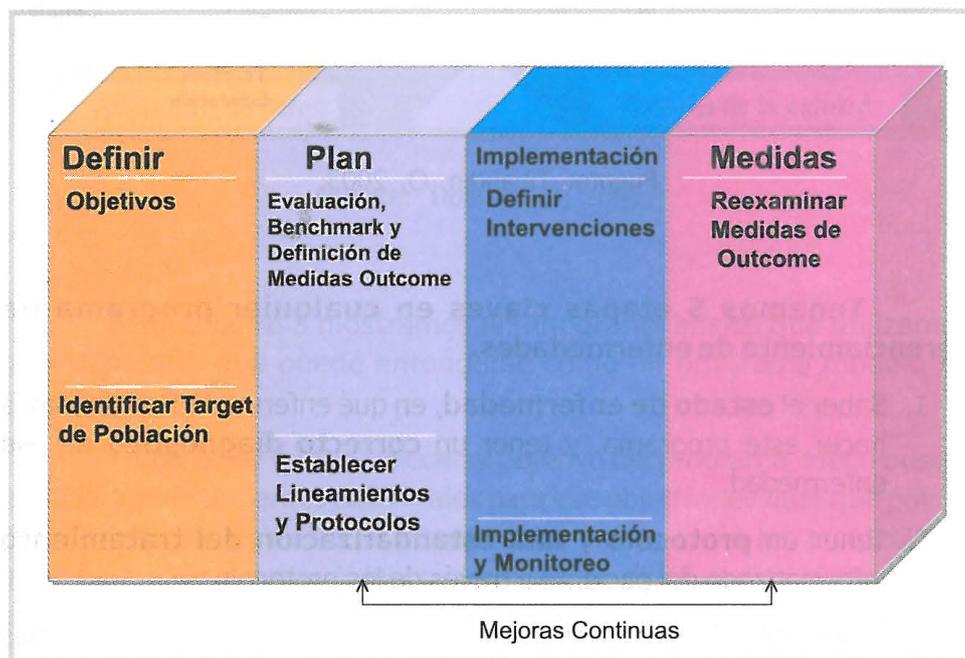
#### Tenemos 5 etapas claves en cualquier programa de gerenciamiento de enfermedades.

1. Saber el **estado de enfermedad**, en qué enfermedad necesitamos hacer este programa, y tener un **correcto diagnóstico** de esa enfermedad.
2. Tener un **protocolo y una estandarización del tratamiento** informatizado del paciente a través de los protocolos.
3. Tener una **administración de intervenciones** y poder evaluar las que estamos haciendo.
4. Hacer una **evaluación, medición, monitorización y análisis de ese programa**.
5. Y a raíz de los resultados **darle *feed back* al programa** y reverlo. Si estos programas no se revén constantemente a la larga tampoco sirven.

Algunos de los programas que trabajamos a nivel mundial son el *Air Care Navigator*, que está desarrollado para el asma bronquial, y otros similares que están orientado al DM de otras enfermedades como la enfermedad coronaria, la osteoporosis o la migraña, algunos de ellos implementados en instituciones en Argentina, y nos cuesta desarrollar estos programas.

Y en el Cuadro 4 mostramos qué es lo que utilizamos para todos los programas en desarrollo, que es el **management map**, vale decir definir qué es lo que vamos a hacer y cuál es nuestra misión en estos programas.

**Cuadro 4 Osteoporosis.  
Management Process Map**



Fuente: Tibaudin O, 2003

**El *management map* comprende entonces los siguientes puntos:**

1. Primero definir los objetivos e identificar el *target* de la población y en quiénes lo vamos a hacer.
2. Luego pasamos al plan con la evaluación, comparación y definición

- de medidas y resultados, y establecer qué lineamientos vamos a seguir y qué protocolos.
3. Luego corresponde implementar el programa y definir las intervenciones que se harán, y también implementar y monitorear el programa.
  4. Y por último medir los resultados, reexaminar lo que hicimos y avanzar en la mejora continua del programa.

Cerramos esta charla reiterando dos aspectos claves: Esto se debe hacer en equipo y no es tarea de una sola persona o una sola entidad. Es importante tener una decisión política en quien quiera implementar estos programas. Con que un grupo de médicos o del equipo de salud quiera hacerlo en una institución no basta si no está el compromiso político de la institución, del financiador o del gobierno.

## **Modelos de Gerenciamiento de Enfermedad Crónica y Gestión de Medicamentos**

*Dr. Jorge Tomás Insúa*

### **INTRODUCCIÓN**

Para seguir hilvanando el tema de esta mesa, y habiendo ya escuchado una exposición muy interesante sobre las características de los modelos de gerenciamiento de enfermedad, sobre todo con la perspectiva de la industria, y una breve descripción de los modelos que se estaban desarrollando, queríamos enfatizar un sólo problema, que es la importancia de la segmentación o integración de los programas. Se habló del tema del trabajo en equipo y de tareas conjuntas, pero todo eso requiere definiciones organizativas que a su vez necesitan modelos organizativos de provisión de servicios, y esos modelos deben tener en claro qué se va a hacer, por qué se va a hacer y cuáles son las implicancias que eso tiene.

La idea es que el tema del modelo y de la forma organizativa que adoptaron los determina los resultados de lo que hacen. Entonces la gran pregunta es **¿cómo se debe realizar el manejo de enfermedades cró-**

nicas?, y dentro de eso ver los modelos de gestión, para luego ver en forma particular los modelos de fármacos.

**Vamos a hacer un análisis de las fuerzas determinantes de los programas de enfermedad crónica.** Hablaremos de 3 partes:

Básicamente una que es el concepto de los modelos separados, o como lo expresan en inglés *carve out*, que es la tendencia a separar y financiar programas independientes.

- Una segunda parte que se refiere a los programas integrados (*carve in*).
- Y dentro de los programas, tanto separados o integrados, hay a su vez varios tipos de modelos adecuados: los dos grandes de los que habló Osvaldo Tibaudin, que son gerenciamiento de enfermedades y gestión de cuidados, y también hay otros muchos como *case management*. Y hay que desarrollar modelos adecuados en Argentina. Estamos mirando con preocupación lo que está pasando en Argentina.

EL argumento central de esta charla sería entonces que los **programas integrados** con la medicina general, medicina de familia, etc., montados sobre modelos de atención primaria sería la mejor opción posible.

## LA ENFERMEDAD CRÓNICA

Obviamente la enfermedad crónica es muy importante porque el estudio del *Global Burden of Disease*, que es un estudio sobre la carga global de enfermedades ha mostrado que el predominio de la enfermedad crónica es muy importante, inclusive en países transicionales como el nuestro.

El 88% de las personas de más de 65 años tienen al menos una enfermedad crónica, y el 25% de ellas tienen 4 o más enfermedades crónicas concurrentes, o sea que la carga global de la enfermedad crónica en términos poblacionales es muy importante.

Una cosa para tener en cuenta es que los conceptos clásicos de la salud pública hacen bastante agua cuando uno se pone a trabajar sobre enfermedad crónica. Hay cierta ambigüedad de la terminología preventiva

(prevención primaria, secundaria y terciaria) y de taxonomía (ej. hipertensión arterial: ¿ enfermedad o factor de riesgo?).

Y finalmente recordemos que hay unas pocas condiciones crónicas que concentran un volumen grande de la patología, pero es importante marcar que muchas de ellas se concentran operativamente en la atención primaria, por ejemplo en la diabetes el 68% de los pacientes están en atención primaria, en la hipertensión el 82%, en las enfermedades coronarias el 58% y en el asma el 56%. Eso quiere decir que si se desarticula un programa de su base operativa se tienen serios problemas para hacerlo operar y que funcione.

En la Tabla 1, con datos tomados de los EE UU porque no hay datos argentinos sobre este tema, vemos que si estratificamos la población por la condición crónica la podemos dividir de acuerdo a su volumen en tres grandes grupos: ninguna enfermedad crónica está en 140 millones de personas, una enfermedad crónica concentra en ese país alrededor de 87 millones y 3 ó mas 22 millones.

**Tabla 1 Carga de Enfermedad Crónica en USA**

<b>Condición Crónica</b>	<b>Costo medio por año (U\$)</b>	<b>% de hospitalización anual</b>	<b>Media de visitas al medico por año</b>	<b>Media del numero de drogas por año</b>	<b>% trabajando o en educación full time</b>
<b>Ninguna (141 Millones)</b>	1102	3,4	1,7	2,2	81,2
<b>Una (87,8 Millones)</b>	4107	7,6	4,6	11	74,7
<b>Tres o más (22,2 millones)</b>	7195	17,3	7,4	28,3	47,9

Fuente: Rundall et al., 2002

Cuando uno mira el costo de cada uno de estos subgrupos, el costo promedio anual es U\$s1.1000, U\$s 4.000 y U\$s 7.000, lo cual quiere decir que el número de enfermedades crónicas es un determinante mayor para que estos números se muevan así, con base poblacional, es una enorme cantidad de plata.

Cuando a esto que es el costo agregado se lo mira o se lo abre por utilización de servicios, y tomamos dos grandes indicadores de utilización de servicios que son las hospitalizaciones y las consultas médicas anuales, se ve que cuando hay poca enfermedad crónica se tienen tasas bajas de hospitalización, de alrededor del 3.4%, y promedios bajos de visitas médicas anuales; cuando se van a 3 o más aumentan significativamente tanto las tasas de hospitalizaciones como las visitas medias el médico por año. El número global para promedio de consultas es aproximadamente 4.5 consultas al año. La tasa global de hospitalizaciones es de alrededor 8% para la población general.

Obviamente esta correlación de utilización de servicios y costo medio se correlaciona a su vez con el número de drogas que las personas usan por año, pero el salto que se pega desde los que están estratificados como con una patología a los que están de 3 o más es obviamente muy importante: pasa de 2.2 a 28,3 drogas por año. Esto quiere decir que se concentra el consumo en enfermos muy severos.

Y cuando se hace la inversa de la incapacidad se ve que estos pacientes son más incapacitados y hay en el grupo menos pacientes activos.

### ¿Cuáles son las tendencias?

#### **Cuadro 1 Tendencias hacia separación**

- *Interés económico:* Venta fácil entre contadores y financiadores, farmacéuticas, capitalistas, y especialistas
- *La Especialización es un bien.* Incluso económico: JS Mill.
- *Costos:* Evidencia de conveniencia por costos de programas separados
- *Cambios organizativos* en la estructura de provisión de servicios: subcontratos, carve outs
- *Calidad:* Evidencia de superioridad de atención por especialistas (IAM, HIV, Cancer, ICC): ↑ conocimientos, ↑ adecuados, ↑ uso de GPC, ↑ de innovación.
- *Gestión clínica:* Nuevos Modelos, gerenc.de enfermedad.
- *Entre nosotros:* \$\$\$ ↓→↑, improvisación, corrupción política, deseos de éxito fácil

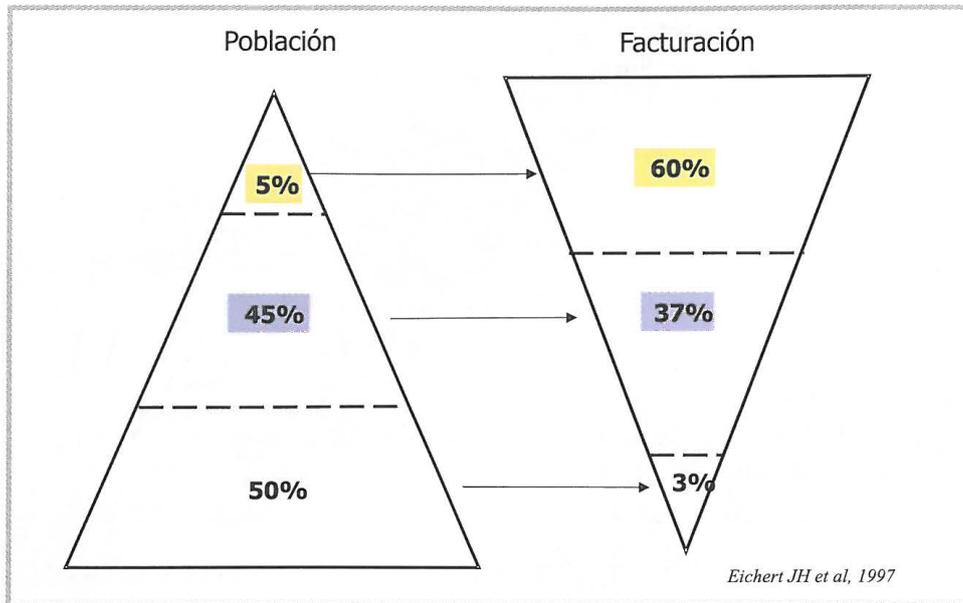
Fuente: Bodenheimer T 2002, Rothman 2003

- En Argentina hay una tendencia a la separación, a pensar que la mejor solución es cortar en pedacitos la población, dividirla y tratarla en forma separada, y esto obedece a muchas razones, y entre ellas una no menor son los intereses económicos: es fácil vender esta idea entre contadores, financiadores, farmacéuticos, capitalistas y especialistas, ya que todos compran porque todos ganan.
- Luego está el argumento que la especialización es un bien, entonces es difícil que se compre la idea que integrar es un bien.
- Hay evidencia de conveniencia de costos en el caso de programas separados.
- Luego hay fuertes cambios organizativos en la estructura de provisión de servicios donde particularmente importan los subcontratos y *carve outs*. Es tentador cuando uno hace un subcontrato cortar la torta y sentarse sobre pedazos de la torta.
- Hay evidencia internacional de que hay superioridad de atención por los especialistas, hay varios trabajos en distintas patologías, como por ejemplo infarto de miocardio, HIV, cáncer, etc.
- También están los modelos de gestión clínica que se están introduciendo en el país que son tentadores.
- Y finalmente, a nivel local o sea entre nosotros, el problema de los costos y todo lo que pasó en la crisis también está induciendo a un incentivo muy fuerte a la segmentación. Hay bastante improvisación, fuerte tendencia a la corrupción, a separar cajas contables, y es fácil que en un sistema no transparente haya corrupción.

Otro factor que hace que se tienda a la segmentación es el tipo de actores interesados o beneficiados, a los que podríamos entender como *sponsors*. Siempre en estos programas es importante definir quién gana. Si uno no lo define y no arma bien la ganancia del programa, el programa fracasa.

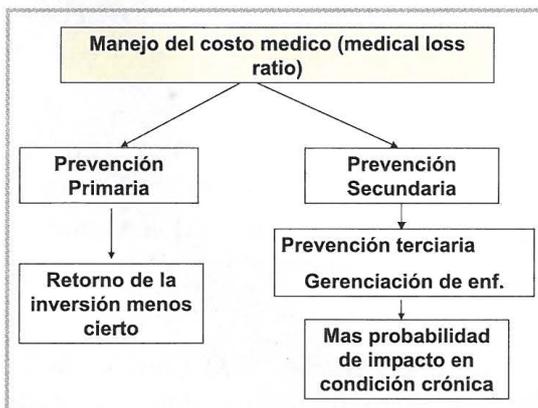
Claramente hay argumentos para que los pacientes ganen. Puede haber otros actores interesados por razones distintas: sociedades profesionales, servicios de hospitales, hospitales, financiadores o industria farmacéutica. En cada uno de esos hay un largo análisis que se puede hacer, pero cada uno tienen una tendencia y esa tendencia si se vuelve predominante hace fracasar el programa.

**Cuadro 2 Población vs. Costos de la Enfermedad Crónica**



Fuente: Eichert JH et al, 1997

**Cuadro 3  
Manejo del Costo Médico**



Otro argumento central es que un grupo chico de la población representa una fracción importante de la facturación total, ya que un 5% de una población puede por ejemplo representar el 60% o 50% de la facturación, o proporciones similares como se grafica en el Cuadro 2. Este argumento hace que todos se tiren a este segmento y entonces se diga "yo trabajo sobre este grupo y ahorro sobre el 60 % de la facturación".

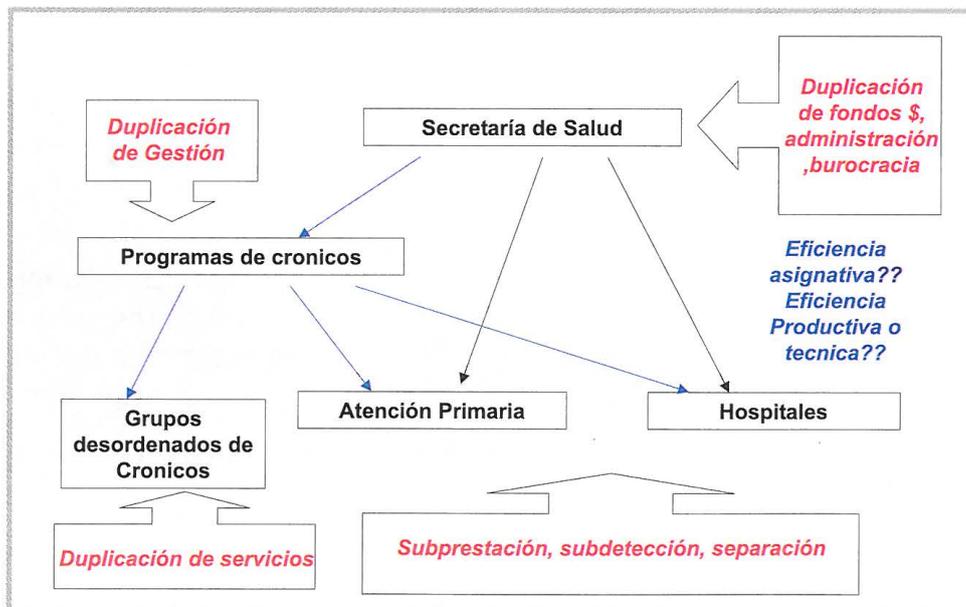
Otro argumento fuerte es que el **manejo del costo médico** (*medical loss ratio*) puede ser realizado bajo dos esquemas: de prevención primaria o de prevención secundaria. De lo que decimos, el retorno de la inversión de

la prevención primaria es menos cierto, en cambio trabajar sobre prevención secundaria asegura sentarse sobre una masa de dinero importante.

### ¿QUÉ PASA ENTRE NOSOTROS?

Una de las cosas que uno está viendo que pasan, que es uno de los problemas a encarar ahora antes de que sea peor, pasa en el sector público pero también está pasando dentro de los planes y sistemas integrados del sector privado o de obras sociales, y básicamente es la idea que un grupo financiador hace un programa de crónicos separado y lo desarticula de la atención primaria y de los hospitales. Pero con esto resulta que se duplica la gestión y se producen grupos desordenados de pacientes crónicos sin criterios de inclusión, entonces hay duplicación de servicios, y del lado donde tendrían que estar los servicios hay subprestación, subdetección y subseparación de los programas. Además acá se genera un doble mecanismo de control y hay un costo general incrementado. El resultado es que la eficiencia asignativa o productiva técnica de este tipo de modelo es muy mala. Este es el modelo estándar de las Secretarías de Salud de las provincias argentinas y el modelo estándar en muchas municipalidades, o de muchos programas de obras sociales. Definitivamente, esto es malo.

**Cuadro 4 ¿Qué pasa entre nosotros?**



Fuente: JT Insua, 2003

### Creemos que hay argumentos para integrar:

- La mayor parte de los problemas de enfermedad crónica ocurren dentro de la atención primaria.
- Uno es el modelo biopsicosocial, con toda la atención centrada en los pacientes y que requiere integrar la prestación del servicio en un buen nivel de atención e incluir la salud mental.
- El otro es el desarrollo de sistemas integrados de atención (SIAs). Los sistemas integrados de atención implican fuertes cambios en los incentivos y forma de operar:
  - Cambio de la práctica de los clínicos.
  - Modificaciones organizativas.
  - Sistemas de información
  - Modelo de SIA centrado en soporte a los pacientes (↑↑)
- Después hay que hacer la crítica y la redefinición de la atención primaria. superar la tiranía de lo urgente (USA) y la banalización de la A. Primaria (Argentina). La atención primaria tiene problemas para manejar este tipo de situaciones y si uno no lo encara adecuadamente hay que cambiar el modelo, y si no se cambia no andan bien estas cosas.
  - En la literatura inglesa y americana esto aparece con fuerza en los últimos 3 años, por ejemplo en el caso de la atención aguda, lo que se llama el *síndrome del hamster*, donde al médico cada vez se le piden más cosas y le dan menos tiempo.
  - Y en la atención de la enfermedad crónica es imposible hacer un adecuado manejo con un incentivo estructural mal hecho, una mala incentivación o un entrenamiento inadecuado.
  - Otro factor de importancia es el tiempo y tipo de las consultas ambulatorias.
- Hay evidencia de beneficio de los programas de gerenciamiento clínico de casos en enfermedad crónica.
- Los principios de manejo de todas las E. Crónicas son similares y en

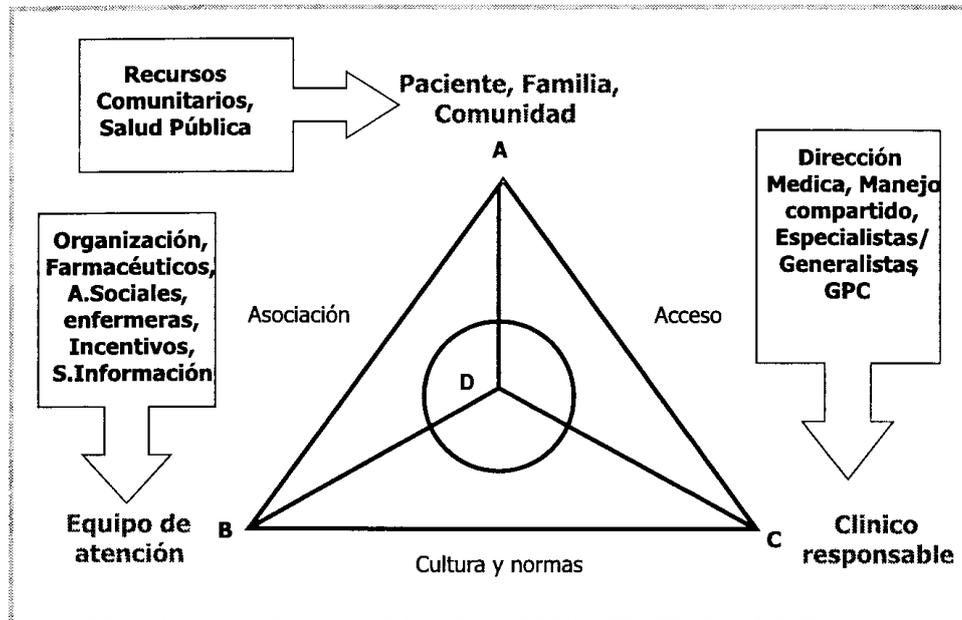
varios casos son comunes a diversas entidades de E. Crónicas. Por lo tanto si integramos bien el manejo de una enfermedad crónica podemos manejar varias. Por ejemplo, en la insuficiencia cardiaca y la diabetes los principios de manejo son comunes, como la acción de la enfermera, del farmacéutico o cómo se regula la medicación.

- *Costo* de error del generalista y de diversificación / duplicación horizontal y vertical. Porque no está bien estudiado sobre todo el costo de la duplicación o el costo del error del especialista. Por ejemplo, todo el mundo habla del error del generalista si deja de tratar bien un HIV o un infarto, pero no se tiene en igual cuenta que cuando uno está trabajando sobre 4 enfermedades si se es especialista en diabetes se suele tratar mal la depresión, salvo que se lo vaya a controlar o se lo esté evaluando en forma permanente e integral.

El Cuadro 5 muestra un modelo interesante de lo que es la eficiencia en el manejo de enfermedades crónicas. Esto está modificado, pero básicamente indica cómo se debe proceder para hacer estos trabajos en forma adecuada. Primero hay que balancear por lo menos tres grandes grupos de actores, que son paciente, familia y comunidad, y en la enfermedad crónica los actores principales son el paciente y la familia, el equipo de atención y el clínico responsable. Hay que lograr un balance de las tres cosas. En este modelo en el diámetro del círculo está representado el indicador que uno tiene. Cuanto más exacto es el balance más preciso es el círculo que uno puede utilizar para medir.

Si no tenemos indicadores no podemos entonces medir el resultado de los programas. Entre los pacientes, familia y comunidad y el equipo de atención hay que lograr una buena asociación. Entre el paciente, familia y comunidad y los clínicos debemos lograr acceso; y entre los clínicos y los equipos que están participando deben mediar una cultura y normas comunes de trabajo.

**Cuadro 5 Modelo de eficiencia en Gerenciamiento de Enfermedades Crónicas**



Fuente: Scheffler RM, 1996 (Modificado)

En cuanto a los recursos comunitarios y la salud pública, que son tomados en cuenta, podríamos considerar hasta cierto punto las redes de farmacias como recursos comunitarios.

Y del lado de los clínicos responsables, está el diseño del modelo médico que se hace, particularmente la dirección médica, las normas de manejo compartido y las normas de trabajo y relación entre especialistas y generalistas y el uso de guías de práctica clínica. El punto es que si que si no balanceamos todos estos elementos, y estas cosas se corren o focalizan en algunos de los puntos, el programa fracasa.

**En los últimos 2 años se ha insistido mucho en el cambio del modelo de atención primaria, si no se cambia este modelo simplemente no se puede manejar la enfermedad crónica.** Y los cambios incluyen varias cosas, pero como estamos faltos de tiempo vamos a tratar de esquematizarlo en un cuadro y comentarlo muy brevemente.

**Tabla 2 Comparación del Modelo Tradicional y el Colaborativo de Manejo de Enfermedad Crónica**

Tema	Cuidado Tradicional	Cuidado Colaborativo
<b>Cual es la relación Pac-Profesional?</b>	Prof. Expertos dicen lo que hay que hacer. Pacientes pasivos.	<i>Expertise</i> compartido. Profes. Son expertos en enfermedades. Pacientes expertos en sus vidas.
<b>Quién es responsable de los resultados? Quién es el cuidador principal?</b>	Profesional	Pacientes
<b>Cual es el objetivo?</b>	Adherencia a instrucciones. No-adherencia es un problema del paciente.	Paciente define objetivos ayudados por los profesionales. Paciente hace decisiones informadas. No cumplir es un problema de modificar estrategias.
<b>Como se modifica la conducta?</b>	Motivación externa	Motivación Interna. Paciente gana confianza y dominio de nuevas conductas.
<b>Como se identifican los problemas?</b>	Profesional: Cambio de conductas inadecuadas.	Paciente: Dolor o función alterada. Y por profesional (Dx, Tx, Prev)
<b>Como se resuelven los problemas?</b>	Profesionales por pacientes.	Profes. Enseñan resolución de problemas a los pacientes y ayudan a propia resolución.

Fuente: Bodenheimer T, 2002, Wagner 2002

Básicamente podríamos entonces decir que hay dos formas de cuidado, un cuidado tradicional y uno colaborativo. El tradicional es paternalista y autoritario, entonces los pacientes y la comunidad no adhieren, en cambio en el colaborativo se arman equipos y se trasladan responsabilidades a los pacientes, y se adecuan con modelos que se llaman *modelos de automanejo por paciente*, pero lamentablemente no podremos profundizar en ello por falta de tiempo.

Hacer estas tareas lleva a veces años, no son cosas que se hacen de un día para otro. Trabajos publicados sobre causas de fracaso, o sea barreras al desarrollo de estos programas y sobre facilitadores muestran los siguientes datos según un trabajo de Rundall y colaboradores del 2002:

**Barreras**

- Ausencia de recursos financieros y de personal (15/41)
- Ausencia de sistema de información clínica SIC (14/41)
- Médicos muy ocupados (9/41)
- Prestadores no pagados para calidad de atención (7/41)
- Los médicos resisten el cambio (7/41)

**Facilitadores**

- La cultura organizativa sostiene incremento de calidad (16/41)
- Hay registro clínico electrónico o SIC (16/41)
- Soporte gerencial y de liderazgo médico (16/41)
- Soporte externo (como planes de salud) (9/41)
- Plan estratégico de la organización (9/41)

En cuanto a las barreras, cualquiera de estas cosas que hemos señalado se han observado en el sistema de implementación en la Argentina y en lo que respecta a los facilitadores es fuerte la influencia de la cultura organizativa para sostener el incremento de calidad, si no ocurre eso en general no anda, y en lo que hace a los registros clínicos electrónicos o sistemas de información clínica, en general no hay. Hay soporte gerencial y liderazgo médico claramente incluidos y hay soporte externo como los planes de salud. A veces pasa que los grupos operan en la medida que tienen un incentivo externo, si por ejemplo un grupo de policonsultorios sabe que le van a pagar esto y luego efectivamente se lo pagan, el incentivo funciona. Finalmente, tiene que haber un plan estratégico de la organización. Si esto no ocurre estas cosas fracasan.

**¿Cómo deberíamos hacerlo nosotros?**

- Creemos que deberíamos hacer lo siguiente:
- Primero hacer una fuerte autocrítica de la atención primaria, por varias razones.

- Evaluar la balcanización de la enfermedad, porque eso tiene costos ocultos.
- Trabajar con una lógica de sistemas integrados de atención, ya sea de dominio público o de obras sociales o privadas.
- La fórmula debería ser el desarrollo de modelos *on top* de la atención primaria, o sea si tenemos un sistema integrado que funciona, sobre eso le ponemos el programa de diabéticos o de insuficiencia cardiaca, evitando hacer un programa como un edificio separado porque va a fracasar. Tenemos tres variantes:
  - Modelos apropiados de organización y cuidados
  - Modelos basados en evaluación de resultados
  - Modelos basados en gestión de cuidados crónicos

Programas de entrenamiento y selección de personal con adecuaciones por calidad.

Sistemas de información.

Como hemos visto, el panorama es interesante y da para profundizarlo más, pero simplemente hemos tratado de traer algunas cosas prácticas, que han funcionado en otros lugares del mundo y han sido recogidas por la literatura especializada, para hacer una resolución de este problema, tratando de ver qué opciones se presentan con un mayor potencial para aplicar en nuestro medio.

## Los modelos de contratos en el contexto institucional y de mercado

*CPN Gabriel Espinaco*

### INTRODUCCIÓN

Nos toca cerrar esta mesa, que ha sido muy extensa y fructífera, con exposiciones que creemos han aportado mucho material interesante a este tema que nos convoca. Pero una de las consecuencias es que la tiranía del tiempo disponible se ha impuesto una vez más, por lo que trataremos de ser breves y trasladarles la experiencia que hemos tenido desde la gerencia del Colegio Farmacéutico de Santa Fe de la 1<sup>a</sup> Circunscripción.

Puntualmente, nuestra idea es analizar el contexto institucional y de mercado en el cual este tipo de modelos que recién veíamos se van a desarrollar, y fundamentalmente analizar alguna preocupación institucional en relación a las distorsiones que esta propia situación de mercado y este contexto pueden llevar en la aplicación de este tipo de modelos.

### EL CONTEXTO

Comencemos entonces intentando un pequeño repaso de lo que ya vimos, puntualmente una conceptualización de la problemática. Y hablaríamos entonces del **diseño de un conjunto de procedimientos que se apoyan en dos puntos claves:**

- Una acción direccionada sobre una población determinada y previamente identificada.
- Mejorar los indicadores generales de gestión, tanto en lo que se refiere a la mejora en la gestión clínica como en la relación costo beneficio en la aplicación de los recursos.

Hay algunos aspectos básicos de la gestión dirigida a una población determinada, se concentran los esfuerzos en patologías de alto costo y baja frecuencia y ocurrencia. Concretamente entonces y en relación a la acción expresada en el primer punto, podríamos decir que alrededor de un 5 a un 7% de la población puede concentrar alrededor del 50 o 60% del

gasto en el tema medicamentos. Es entonces absolutamente racional y un criterio básico de administración por un lado concentrar los esfuerzos de gestión sobre ese segmento de la población, pero por otro lado esto implica la importancia y el impacto de mercado que puede llegar a tener la aplicación de estas políticas.

Hay una baja frecuencia en patologías de alto costo y baja incidencia u ocurrencia, se trataría de una tarea integrada o interdisciplinaria como ya se mencionó, que apunta básicamente a mejorar la calidad de atención y la calidad de vida del paciente crónico como concepto central. Se habló ya extensamente sobre los beneficios de esta gestión que son muy amplios en términos de gestión de salud.

Nosotros vemos que en el ámbito del mercado de medicamentos hay una descripción de los actores y de la problemática que enfrenta cada uno. La descripción es ya conocida por ustedes y conversada en otras charlas, pero es importante refrescarla a fin de que podamos entender que en este contexto es donde se va a aplicar este tipo de modelo. Además de los pacientes tenemos entonces a los financiadores públicos y privados, los prestadores, los médicos y farmacéuticos, los productores o la industria farmacéutica y la estructura de distribución y droguerías.

### **El paciente crónico está en el centro de la gestión de medicamentos para patologías crónicas.**

- Los **financiadores** tienen dificultades especialmente en la ejecución del presupuesto, y una fuerte necesidad de contener a sus afiliados con políticas sólidas de servicios, tienen en muchos casos conflictividad en su relación con los prestadores y una muy fuerte necesidad de articular intereses. Desde ya necesitan mejorar sus aspectos básicos de gerenciamiento.
- En el ámbito de los **profesionales** hay una importante sobreoferta en la prestación de servicios profesionales, que junto con otros factores genera dificultades para mantener el ingreso profesional promedio.
- En términos de las **organizaciones profesionales** hay una tendencia hacia una falta de valoración de la gestión y de la innovación como solución a esta problemática, y una fuerte necesidad de introducir valor agregado a la gestión profesional.

- En el ámbito de la **industria farmacéutica**, esta es una opinión personal, tenemos una dificultad de adaptación a las nuevas características del mercado para establecer acciones institucionales de consenso y regulación, y vemos además una dificultad para manejarse en escenarios abarcativos de los intereses del conjunto.
- En el área de **distribución** hay una transformación concreta en el ámbito de la logística y los servicios de medicamentos.

Este es a nuestro entender el contexto en el cual se está empezando a intentar aplicar este tipo de modelos de gestión, ya que como dijimos, son absolutamente racionales y convenientes para el sistema de salud. Hay diversos actores cada uno con sus propios intereses, y esos intereses son bastante complejos.

## EL CONTEXTO Y LOS MODELOS

Para analizar la problemática planteada respecto de cada uno de los actores del sistema, debemos considerar los intereses y riesgos potenciales que enfrenta cada sector, y esto es básico para poder analizar la viabilidad o no de la aplicación de estos nuevos esquemas. Los intereses específicos institucionales, empresariales o profesionales de los diferentes actores, tienen y tendrán una preponderancia central en el armado y desarrollo de la política de gestión que se establezca. De alguna manera quienes logren liderar el proceso definirán las características básicas de lo que se puede llegar a llamar un nuevo modelo de gestión.

No existen sistemas abstractos a los intereses corporativos y necesidades específicas de cada sector. El conflicto puede ser un motor básico de cambio, siempre que exista la posibilidad de articular y regular esta conflictividad en forma positiva y poder establecer soluciones amplias y abarcativas de los intereses del conjunto.

Esto nos lleva a mirar las dos visiones que hay de la problemática, y podemos definir una como orientada a la problemática de cada sector, y a la segunda que debería ser a la que todos aspiramos, que es la que coloca al paciente como centro del análisis.

**En la primera de las orientaciones que se da, la vinculada a los intereses de cada sector, podemos hablar de algunas características básicas.**

- Hay una búsqueda de resolución de objetivos de corto plazo, esto puede ser llegar al cumplimiento de metas de ventas o lograr equilibrio en los presupuestos de corto plazo.
- Hay una acción de gestión orientada a la población más concentrada, con mayor impacto sobre los objetivos de corto plazo, es decir operar únicamente sobre lo que es más rentable.
- Puede haber una fuerte tendencia a actuar únicamente sobre la población actual determinada, eliminando cualquier acción de prevención y de información sobre el paciente, existen estadísticas respecto a que hay una amplia cantidad de la población que desconoce tener la patología, entonces la información y la prevención se constituyen en elementos básicos. Generalmente cuando la orientación de la solución es hacia la problemática de un sector, puede obviar este punto que es importantísimo.
- Se pueden llegar a dar acciones negativas sobre los pacientes, como consumo de medicamentos versus realización de dietas, o una distorsión hacia el uso de medicamentos de baja relación de costo beneficio para el paciente.
- Puede haber una tendencia hacia la apropiación de la información o de las bases de datos del sistema, pudiendo derivarse la misma para otros usos o hacia terceros. Uno de los problemas básicos en el desarrollo de estos nuevos modelos de gestión es que no existen bases de datos o modelos de información sólidos para la gestión. En el modelo que llamamos de orientación para los intereses de cada sector se puede dar que la construcción de esta base de datos esté relacionada con los intereses del sector específico que esté liderando este proceso, y en consecuencia haber apropiación de la información y un uso inadecuado de la misma.
- Hay una mayor orientación hacia la gestión individual de los actores evitando una gestión social institucional, modelos muy reducidos sobre una determinada población específica con participación de algunos médicos, instituciones y farmacias y generalmente hay una falta de participación de otros actores del mercado. Como ejemplos de esto se pueden citar la no participación de la red de farmacias, la limitación al uso de determinadas marcas de medicamentos, el armado de vademécums de gestión de crónicos relacionados con determinados objetivos de ventas, alguna distorsión en la política de precios, etc.

- Como ejemplo hoy hay modelos de gestión logísticos de entrega de medicamentos como el caso de las patologías oncológicas y para tratamientos especiales, en los cuales sería interesante tratar de recabar qué mejoras han generado en la gestión clínica del paciente. Generalmente son modelos corporativos donde se decide eliminar algunos de los participantes para mejorar la rentabilidad global. Participan en la gestión algunas obras sociales muy puntuales con unas pocas farmacias.

El otro modelo es aquel que trata de colocar al paciente como centro del mismo y donde se dan una serie de elementos distintivos:

- Búsqueda de resolución de objetivos de mediano plazo.
- Mayor evaluación de la relación costo beneficio.
- Determinación de trabajar sobre acciones de prevención.
- Discusión sobre las patologías.
- Inversión en la detección precoz de las patologías.
- Inversión en sistemas de información que permitan el seguimiento de los tratamientos, siendo estos sistemas horizontales, con posibilidades de ser utilizados por todos los sectores participantes y orientados a lograr beneficios para el modelo de gestión y tendiendo a la regulación y al consenso entre los actores.

## **LA ACCIÓN INSTITUCIONAL**

Como último punto trataremos de marcar la importancia de la acción institucional. El contexto describe con absoluta claridad la importancia que tendrá la implementación de los sistemas de gestión de medicamentos crónicos y el alto impacto que esto puede tener sobre el mercado.

El conflicto entre el desarrollo de estas dos visiones descritas de la problemática no es un problema corporativo o de intereses de sectores. Se enmarca en un criterio de inteligencia y de responsabilidad social con que las instituciones y empresas del sector deben actuar, ya que de las visiones que triunfen dependerá el impacto, positivo o no, sobre la gestión del sistema de salud en el mediano plazo.

Quienes optemos por actuar con responsabilidad en la gestión institucional, deberemos generar estrategias que mejoren nuestro posicionamiento en la negociación para la regulación de los conflictos de intereses.

**Podemos plantear entonces distintos tipos de acciones institucionales** o políticas relacionales, o sea tratar de crear instancias para profundizar el diálogo con los sectores que posean una actitud más racional, crear y utilizar espacios de reflexión y debate sobre esta problemática. Dentro de todos los sectores están quienes tienen una actitud más racional y están más orientados hacia la resolución del modelo de mediano plazo, y otros que ven exclusivamente sus problemas de corto plazo. Esto nos parece un punto importante y que necesariamente hay que explotar.

#### **Finalmente vemos las acciones posibles hacia el propio sector:**

- Afrontar la problemática interna sin trasladarla al contexto, desde el punto de vista de los farmacéuticos específicamente. Con esto estamos hablando de afrontar la problemática de la sobreoferta de servicios, que es algo que implica no esconder nuestros problemas debajo de la alfombra.
- Trabajar mucho en lo que se refiere a todo lo que es atención farmacéutica.
- Orientar y profundizar la acción profesional de la farmacia y el farmacéutico. El Colegio cuenta con un departamento profesional que viene desarrollando acciones en ese sentido y esperamos esto de cada uno de los actores, también respecto de la industria farmacéutica esperamos no encontrarnos con modelos como citaba anteriormente en el ámbito de las prestaciones oncológicas y de tratamientos especiales, en donde entendemos que la industria farmacéutica no ha dado una señal positiva. Observamos esto con preocupación por los problemas que vemos en ese sector, esperando que muestren cuál es la actitud y la acción que van a tener hacia el futuro.
- Operativas y de gestión: es decir, entendemos que las instituciones tienen que trabajar muy fuertemente en la innovación permanente, y contar con herramientas de gestión que mejoren el posicionamiento institucional en la negociación de los conflictos. Ejemplos: trabajar en

todo lo que es atención farmacéutica, como mencionábamos hoy, en el desarrollo de redes informáticas y sistemas de autorización en línea que permitan por ejemplo administrar normativas de gestión en forma simultánea en toda la red, eso sería un punto de avance interesante.

- Mejorar en la gestión y análisis de información sobre medicamentos crónicos.
- Trabajar para el perfeccionamiento de los sistemas y la reducción de costos en el área de distribución.
- Trabajar en el desarrollo de información y en acciones específicas en la prevención de patologías crónicas, etc. En general son muchas las acciones que se pueden desarrollar en este sentido.

Esto es todo, simplemente nos parecía importante remarcar el contexto en el cual deben aplicarse los modelos. Recalamos la importancia que tiene la forma en que las instituciones enfrenten esta realidad, deseando que haya muchas implementaciones con una visión integradora que ubiquen al paciente como centro de la gestión, y no nos enfrentemos permanentemente a problemas surgidos de modelos orientados únicamente a resolver la problemática de un sector, que finalmente serán negativos para todo el sistema de salud.

## Mesa 9 Logística y Gestión de los medicamentos.

*Coordinador Farm. Juan Carlos Rucci*

*En esta mesa vamos a tener una visión de la logística y gestión de los medicamentos desarrollada por gente que trabaja en tres de las cuatro distribuidoras líderes del mercado. Eduardo Sorlino es Licenciado en Administración de Empresas y Contador Público Nacional por la Universidad Católica Argentina, en el ámbito académico es además profesor titular de Costos Industriales en la Facultad de Ingeniería de la UCA y autor de numerosos trabajos técnicos en áreas afines. Actualmente se desempeña como gerente general de Disprofarma SA. Jorge López, quien es Contador Público Nacional está vinculado a la industria farmacéutica desde 1975 y ha ocupado importantes cargos ejecutivos en distintas compañías, entre ellas Ciba-Geigy, Pharma y luego Novartis Argentina. Tiene además una amplia trayectoria en capacitación y farmapolítica en la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME) como Director y como miembro de su Mesa Ejecutiva. Desde 1998 es Gerente General en Farmanet SA. Finalmente Germán Heinken es Ingeniero Químico por la Universidad de Buenos Aires y Master en Economía y Administración de Empresas en ESEADE. Cuenta a la fecha con 27 años de experiencia en Marketing y Control de Calidad en diversas compañías del área farmacéutica, desempeñándose en la actualidad como Gerente de planeamiento de Rofina.*

*Los expositores han armado una presentación conjunta, en la que cada uno de ellos abordará distintos aspectos de la temática. Comenzará entonces Eduardo Sorlino, de Disprofarma, en segundo lugar tendremos a Germán Heinken de Rofina, y en el cierre Jorge López de Farmanet delineará unas breves conclusiones. Dejaremos abierto un espacio al final de las disertaciones para un intercambio de preguntas y respuestas.*

## Las distribuidoras en el segmento de distribución del medicamentos

*C.P.N. Eduardo Sorlino*

### INTRODUCCIÓN

Queremos agradecer a los organizadores de estas Jornadas la posibilidad de estar aquí y haber sido invitados a participar en un evento que por lo que hemos visto y oído hasta ahora, es ya muy interesante y creemos que productivo para la construcción en común.

Haremos una presentación conjunta siguiendo el hilo conductor de explicar las distintas facetas de la logística y la gestión de medicamentos desde el punto de vista de las distribuidoras. En una primera parte veremos un poco los aspectos estructurales del segmento de distribución mayorista en la cadena del medicamento, mirando los agentes que actúan a ese nivel y deteniéndonos en el rol de las distribuidoras, tratando de mostrar de qué manera la misma agrega valor a la cadena farmacéutica. Luego en una segunda parte abordaremos los aspectos más técnicos de la actividad que desarrollan las distribuidoras, y finalmente trataremos de esbozar algunas conclusiones.

### LA DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN ARGENTINA

Para posicionarnos en el tema de esta mesa, empezamos por ver cuál es en la actualidad el mapa del segmento de la distribución de medicamentos. En el siguiente gráfico, podemos ver la cadena habitual o el camino que sigue el medicamento, que parte del polo de producción, que son los laboratorios, pasa por las distribuidoras y luego clásicamente están las droguerías como distribuidores mayoristas, hasta llegar a las farmacias minoristas, que son quienes tienen el contacto con los pacientes al dispensarles los medicamentos.

Mirando luego la participación de mercado vemos que las **cuatro grandes distribuidoras** (Disprofarma, Farmanet, Rofina y Globalfarm) concentran el 78% del mismo, lo que equivale a alrededor de \$3.671 millones en valores y 219 millones de unidades. En tanto que el resto de los agentes de distribución participan con un 22% del total, que equivale aproximadamente a unos \$1.033 millones y 93 millones de unidades. Todo esto en términos anuales.

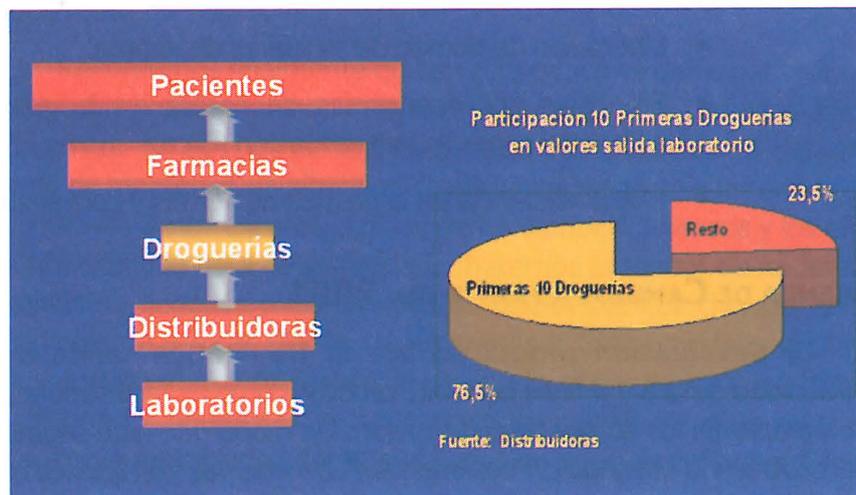
**Gráfico 1 Mapa actual del segmento de la distribución de medicamentos - Distribuidoras -**



Fuente: IMS, julio de 2003

Ahora en el Gráfico 2 nos detenemos en el eslabón de las droguerías, y en cuanto a grado de concentración y participación de mercado, en este caso 10 droguerías detentan el 76,5% del mercado y el resto el 23,5%

**Gráfico 2 Mapa actual del segmento de la distribución de medicamentos - Droguerías -**



Si bien tanto las distribuidoras como las droguerías comparten el mismo nivel en la cadena, constituyendo el segmento de distribución mayorista, **el rol de la Distribuidora se diferencia de la Droguería en los siguientes aspectos:**

- Actúa bajo la figura del mandato y la consignación para los laboratorios comitentes.
- Como consignataria mantiene en depósito y custodia los productos de los laboratorios y los representa en la comercialización.
- Las distribuidoras operan por cuenta y orden de los laboratorios: cada laboratorio fija sus precios, sus descuentos, sus plazos de comercialización y su presupuesto de ventas, dando instrucciones a su Distribuidora para desarrollar la gestión comercial.
- No posee stock propio: no compra ni revende productos, sólo presta servicios.

El último punto es esencial, ya que en el caso de la distribuidora sus servicios agregan valor a la cadena y cumple un rol de importancia fundamental respecto a los laboratorios productores, porque su objetivo es brindarles una logística adecuada para la comercialización de los medicamentos. En base a esto, al tercerizar en la Distribuidora la administración de stocks, la venta y facturación, la entrega y la cobranza, el laboratorio puede focalizarse en lo central de su negocio: producir y promover sus productos, obteniendo:

- Liberación de tiempo de su fuerza de ventas.
- Sinergias por economías de escala en la gestión comercial como en la distribución física.
- Mayor eficiencia en la gestión de ventas y cobranzas.

## **LA AGENDA DE CAMBIOS A PARTIR DEL 2001**

La devaluación producida por la traumática salida de la convertibilidad del 1 a 1 a fines del 2001 produjo como es fácil suponer, un fuerte impacto en los costos de distribución. De modo que este segmento del mercado se vio obligado primeramente a absorber las variaciones hasta

donde era posible, para no afectar la rentabilidad del canal, ni el precio al que el medicamento llegaba finalmente al paciente en momentos de una gran debacle y sensibilidad social.

Otro tema importante en este periodo tuvo que ver por supuesto con la seguridad. Si bien el tema será tratado más detenidamente luego en esta mesa, digamos ahora que un imperativo del momento fue bajar la siniestralidad a pesar del crecimiento general de los índices de delincuencia, del que el sector no fue la excepción. Esto fue algo muy complejo y violento, nada fácil y nos llevó no sólo hasta el punto de tener que poner elementos de seguridad satelitales, sino que en estos nuevos tiempos y escenarios estamos obligados a acompañar a cada camión con uno o dos autos de custodia armados a cualquier destino, para poder seguir prestando servicios. Eso comenzó en el 2001 y todavía hoy los mantenemos.

Apareció un nuevo cliente que fue la seguridad social, porque este cambio de mecanismos donde los laboratorios se involucran en la financiación, lo que nos parece muy sano y positivo, obligó a administrar convenios, no sólo a preocuparse por las buenas prácticas de almacenamiento y distribución como es habitual, sino a trabajar con nuevos planes sociales. Actualmente, son operados en el país más de 70 convenios que incluyen volúmenes diversos, o sea desde el PAMI hasta una pequeña mutual. Esto se hace bajo el sistema de notas de créditos. Llegan a la farmacia, se originan en cada institución o en cada laboratorio y deben ser liquidadas y administradas por las distribuidoras. El hecho de concentrar el trabajo en estas cuatro empresas permite que administrativamente se simplifique mucho la recepción de los créditos, y que tengamos tantos convenios resueltos en tiempos convenientes.

Recordemos finalmente que en esta época se debió convivir con la incertidumbre, con los nuevos y viejos problemas y con las inéditas dificultades de costo. En este contexto, nos focalizamos en la calidad del servicio tratando de mantener un alto nivel de eficiencia respecto a las necesidades y expectativas de los clientes, a pesar de los cambios adversos y los efectos de la inflación y la falta de seguridad. Tratamos entonces de no alterar la frecuencia de llegadas o los tiempos de respuesta. Los clientes tuvieron necesidades de achicar stocks, de jugar más al límite por falta de capital, por la incertidumbre y tuvimos que estar a la altura de las circunstancias para mejorar los tiempos de entrega y para prestar los servicios sin preocuparnos por la rentabilidad durante el año, sino por ser confiables. Creemos

que en este sentido, actuamos en paralelo con lo que los farmacéuticos hicieron cada uno en sus farmacias para enfrentar airoosamente la situación.

Estamos convencidos que las distribuidoras hacen su gestión tratando de ser un valor agregado en la cadena. No aparecen como un factor de costos de las droguerías y farmacias sino como una empresa de servicios, generando mayor seguridad por estas inversiones que se pueden hacer en conjunto, repartiendo los costos entre varios laboratorios, desde custodiar un camión hasta su destino para mejorar condiciones en el manejo de los medicamentos, optimizar la rapidez en las entregas y permitir que el canal tenga menores inversiones en stocks. Sabemos que es esencial colaborar para que la inversión completa del sector en stocks improductivos, que están quietos, sea la menor posible.

Junto a todo lo anterior, también agregamos valor en la simplicidad al unificar en una sola operación la venta de varios laboratorios y de muchos productos a una droguería. Las entregas que realizamos las cuatro compañías resuelven el 80% de las compras de la droguería en unas pocas operaciones comerciales y logísticas, lo que permite mucho más agilidad y mejor funcionamiento.

## Una mirada a la actividad de las distribuidoras

*Ing. Germán Heinken*

### **SEGURIDAD**

Siguiendo con el orden de esta presentación conjunta, veremos ahora una parte más técnica, que tiene que ver con un trabajo de trastienda que hacemos en las distribuidoras.

En la primera parte Eduardo Sorlino anticipó algo de nuestra preocupación por la seguridad. En primer lugar y con referencia a la **seguridad contra los robos**, digamos entonces que hoy tenemos una gran satisfacción porque en una Argentina donde lamentablemente el tema de la seguridad cada vez nos preocupa más a todos, no sólo por el negocio sino por la vida privada, hemos conseguido disminuir los índices de siniestralidad. Tenemos menor cantidad de robos y tenemos robos más pequeños. Para eso hemos trabajado completando la sinergia que ya de por sí existe en una distribuidora donde muchos laboratorios se agrupan, agrupando a su vez a las distribuidoras. Trabajamos en conjunto para ponerles pautas y exigencias a los operadores logísticos y esto ha funcionado como el concepto de la calidad. La calidad no se controla sino que se construye, y en el caso de la seguridad se construye previniendo.

Esto lo hicimos actuando sobre dos ejes principales: almacenamiento y transporte, actuando en ambos a nivel de distintos puntos, algunos de los cuales ya han sido mencionados por Eduardo Sorlino, pero que podemos sintetizar del siguiente modo:

- **Almacenamiento:**
  - Servicio de Custodia Privada las 24 hs.
  - Cámaras de video – Monitoreo a distancia
  - Alarmas con control satelital
  - Conexión con Policía y empresas de seguridad

- **Transporte:**

- Seguimiento Satelital
- Sistemas de traba de puertas a distancia
- Acoples de semiremolques con traba a distancia
- Camiones blindados en rutas troncales
- Custodias en cabina o móviles de custodia para grandes volúmenes

La seguridad no tiene que ver solamente con los robos, sino que abarca también el punto de la **seguridad física**. En este sentido hemos actuado en primer lugar a nivel de la seguridad contra incendios en el almacenamiento, aumentando nuestras provisiones, equipamiento y exigencias:

- Rociadores de agua de accionamiento automático
- Almacenamiento de grandes volúmenes de agua para circuito contra incendio
- Detectores de humo
- Muros cortafuego
- Puertas cortafuego de accionamiento automático
- Brigada contra incendios con entrenamiento permanente

Complementariamente en cuanto a otros aspectos que hacen a la seguridad, hemos reforzado las negociaciones con los seguros con el asesoramiento de los principales brokers, estableciendo contratos con las compañías internacionales de mayor respaldo donde uno puede poner requerimientos acordes a las necesidades, y también recurrimos al fraccionamiento del riesgo.

## **MEJORES CONDICIONES EN EL MANEJO DE MEDICAMENTOS**

### **Devolución de medicamentos vencidos**

El tema de las devoluciones es un tema que nosotros tenemos siempre en mente. Trabajamos de acuerdo a un convenio que se firmó entre los

distintos actores de la industria en el año 2000, por el cual hay plazos de devolución entre la droguería y la farmacia. Estos plazos son de 30 días después de producida la fecha de vencimiento, si bien de la droguería a la distribuidora hay más tiempo porque son 90 días, en todos los casos hay que acreditar la documentación específica o en caso contrario no habrá restitución alguna. Otro punto es que están comprendidas todas las especialidades con excepción de los psicotrópicos lista III y estupefacientes. Por su lado, los productos de cadena de frío y hemoderivados tienen como requerimiento que no se pueden devolver antes de la fecha de vencimiento.

En general y en la práctica, estos requerimientos del acuerdo terminan flexibilizándose, pero brindan un marco que ha podido organizar un tema al que si no le ponemos un poco de atención representa al final del día muchísimo dinero perdido.

### **Buenas prácticas de almacenamiento, transporte y distribución**

Volvemos al tema de la calidad. Los laboratorios se preocupan mucho por la construcción de la calidad del medicamento, pero lo importante es que ese medicamento llegue con la misma calidad hasta el paciente, por lo tanto los requisitos de calidad también valen para toda la etapa de la distribución. Esto en la elaboración se llama buena práctica de manufactura, en la distribución se llama buenas prácticas de almacenamiento, transporte y distribución. Esto es similar a lo se conoce como normas ISO, en la industria farmacéutica tenemos las buenas prácticas.

Existen disposiciones de las autoridades que exigen esto, en los casos de nuestros laboratorios tenemos además requerimientos particulares que nos hacen cumplir más allá de las disposiciones de las autoridades, y que como decíamos antes apuntan a construir calidad. Entre ellas tenemos la habilitación según condiciones establecidas por Disposición 7439/99 que permitan asegurar:

- Procedimientos claramente especificados por escrito y capacitación del personal interviniente en todas las operaciones, para asegurar que todos los procesos se hacen de una manera que se ha demostrado que sirve para la calidad, y que siempre se hagan igual
- Manipulación correcta de los productos según especificaciones del fabricante

- Seguimiento de la trayectoria del medicamento para su eventual localización (trazabilidad y registros de distribución) Tenemos que poder identificar donde está una mercadería porque en el caso que haya algún problema de calidad, hay que proceder al retiro o advertencias según de lo que se trate y todo esto se logra con un trabajo previamente coordinado y planificado para ese tipo de eventualidades
- Auditorías internas de calidad que validen regularmente el sistema, que apunten no a detectar problemas sino a prevenirlos. Estas auditorías internas se hacen de manera regular y también existen auditorías de las autoridades
- Cumplimiento de condiciones de almacenamiento para productos con cadena de frío (de 2°C a 8°C para cámara fría), precámaras, grupo eléctrico, sistema de alarma, control de temperatura, freezers para refrigerantes congelados
- Cumplimiento de condiciones de almacenamiento para psicotrópicos: deben estar en un área separada con acceso restringido
- Realización de tareas de limpieza y control de plagas
- Transporte de productos por empresas habilitadas específicamente para transportar este tipo de productos y vehículos en condiciones apropiadas de seguridad e higiene
- Prohibición de transportar productos con otros elementos contaminantes
- Entrega de productos en los plazos acordados

### **Cadena de frío**

La cadena de frío es un ejemplo de cómo a veces cuando es necesario nos unimos y podemos hacer las cosas más sencillas, especialmente cuando existen de parte de las autoridades normas que cumplir. A partir de la Disposición 105/2000 las Distribuidoras acordaron con el INAME realizar la validación del sistema de embalaje para productos que requieren cadena de frío.

La validación implica construir un proceso, probarlo y asegurar que ese proceso responda a lo que uno quiere. Lo que se hizo fue tratar de

estimar, probar, calcular en qué condiciones los productos debían ser transportados a distintas partes del país para que se cumpliera el requerimiento de cadena de frío. Llevando adelante todo ese proceso se determinó qué cajas térmicas había que usar y cómo había que envolver los productos. En todos los casos se busca asegurar que la mercadería tenga 24 horas de frío asegurado y los envíos se calculan para que la mercadería llegue en ese término a destino. Básicamente el procedimiento es el siguiente:

- Los productos van rodeados por una sola capa de cartón corrugado y éste a su vez por polietileno
- Se utilizan cajas térmicas de variados tamaños
- Se colocan geles refrigerantes de hasta 800 g de peso
- La cantidad de gel se establece de acuerdo al tamaño de la caja y el destino de la mercadería (aprox. 10-12 % del volumen de la caja)

### **Verificación del mantenimiento de la cadena de frío**

Mensualmente en las áreas de Distribución se realizan verificaciones selectivas colocando en las cajas conservadoras sensores de temperatura y tiempo, tipo "Monitor Mark 3M" modelo "10-L", para ir probando que el sistema está funcionando bien o hay que realizar ajustes.

- La coloración del sensor se controla en el punto de destino del pedido y el resultado se informa al área de Distribución
- Periódicamente se analizan las planillas de seguimiento de pedidos con cadena de frío y se evalúa la conveniencia de efectuar ajustes en la cantidad de refrigerantes, tipo de envase, etc.

### **Confiabledad de la distribución: Trazabilidad**

Esto permite recuperar un producto en caso de haber algún problema, arranca desde el momento que la mercadería llega al depósito de la distribuidora, donde el producto debe estar bien identificado por su número de lote y su ubicación, porque esto permite asegurar que cuando uno vaya a buscarlo pueda identificar la mercadería con seguridad. Hay que tener en cuenta que, a trazo grueso, entre las cuatro distribuidoras estamos mane-

jando aproximadamente 25 millones de cajitas por mes. Concretamente entonces el procedimiento se puede resumir como sigue:

- En la recepción del producto del laboratorio se identifica el producto y su lote, el pallet y su domicilio donde se almacena, todo a través de código de barras por radio frecuencia (scanners)
- En la preparación de pedidos se capta el lote, se clasifica, controla, embala, carga y despacha el pedido para su transporte y entrega al cliente registrándose cada etapa para su posterior seguimiento y eventual recupero

### **Servicios de entrega**

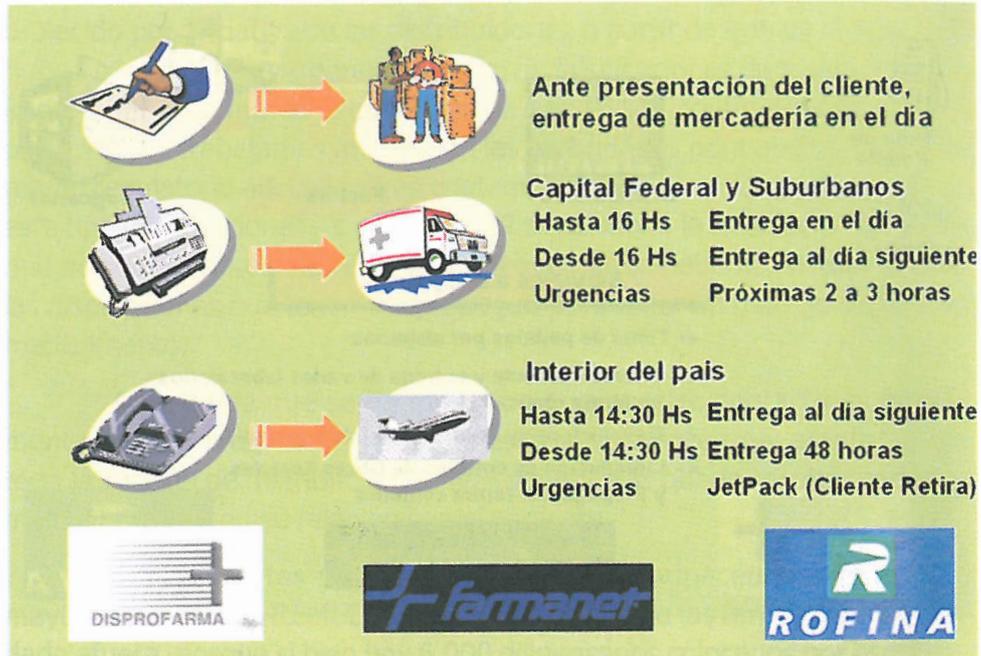
Los **plazos de entrega** varían, no son exactamente iguales en todos los casos pero hay plazos más o menos estándar a los cuales nosotros estamos tendiendo:

- Para locales en capital y suburbanos y cabeceras del interior, y alrededores: el plazo está entre 24 a 48 hs.
- Para el resto de las localidades del interior depende de la frecuencia de transporte que haya disponible, en general están en 48 horas, pero para algunas localidades llegan a 96 hs.
- Los productos de cadena de frío, cuando el tiempo no da, hay que mandarlos en avión y llegan antes de 24 hs.

### **Servicio de atención de urgencias**

El servicio de atención de urgencias varía, acá hay dos tipos de urgencias, la urgencia del cliente que hizo el pedido y luego advirtió que le faltaba un ítem y quiere que se le entregue lo antes posible, esa urgencia la tratamos y la despachamos lo antes posible. Pero por otro lado están las urgencias determinadas por la situación terapéutica cuando es el paciente quien está necesitando algo realmente con urgencia. Los sistemas de las distribuidoras varían de acuerdo a los productos que manejamos, pero llegamos a tener productos donde durante los 365 del año, a toda hora, el producto se entrega antes de 12 horas en cualquier parte del país.

### Gráfico 3 Distribución y Servicio de Atención de Urgencias



### Facturación y entrega unificada a droguerías

Para finalizar veamos este último aspecto muy brevemente mediante el Gráfico 4, que detalla todas las transacciones que nosotros efectuamos en la distribuidora. Empieza con la toma de pedidos, sigue con la entrega y el manejo de la cuenta corriente en forma unificada, el tratamiento del recupero y las devoluciones y lo que mencionó Eduardo Sorlino, que es la liquidación de obras sociales y de convenios en forma conjunta.

Gráfico 4 Facturación y entrega unificada a droguerías



## Conclusiones

*C.P.N. Jorge López*

La idea es hacer un resumen antes de pasar a la ronda de preguntas, tratando de esbozar una conclusión de lo que mis colegas acaban de exponer. Creemos que esto es importante para nosotros, porque como distribuidoras tenemos un rol que no es muy conocido, y en estas Jornadas y por la gentileza de las autoridades del Colegio que nos han invitado a exponer tenemos una buena oportunidad para que nos conozcan más, y para contestar todas las preguntas y escuchar todos los comentarios que quieran hacernos.

Pensamos que con todo lo visto y compartido hasta ahora, ha quedado demostrado que tenemos un rol bastante importante en la cadena de distribución y que es nuestra preocupación permanente agregar valor a esa cadena.

Así como hemos participado activamente en algo que para los far-

macéuticos fue muy importante, como es la renegociación del convenio PAMI, también queríamos mencionar que todo este marco regulatorio ha sido establecido por iniciativa de las distribuidoras, a partir de que en el año 1997 hubo en la República Argentina un pico de falsificaciones de productos muy importante, que marcó el comienzo de una acción continuada de nuestra parte, donde trabajamos mucho con las autoridades para que se hiciera un marco regulatorio adecuado que contemplara la prevención y corrección de este tipo de situaciones. Y en el año '99 se sancionó la Resolución N° 7439, que nos pone límites, nos establece en qué marco debemos actuar y todas las disposiciones que tenemos que seguir para tener un manejo seguro del medicamento.

A pesar de que se ha mostrado que nuestro contacto es básicamente con las droguerías, nosotros estamos siempre muy atentos a que toda la cadena de distribución genere valor y que pueda resultar cada vez más importante en su relación con el paciente.

Somos fuertes propulsores de que los farmacéuticos tengan un mayor rol en el plan REMEDIAR, que es algo donde las farmacias han quedado afuera, porque si bien hay 6.000 dispensarios colocados por el gobierno para este fin, no es menos cierto que es la mitad frente a una cantidad de 12.000 farmacias en todos los puntos del país, claramente está en el 50% del número de farmacias del país. Es una oportunidad que está pasando, donde creemos que los farmacéuticos, con su actuación profesional tienen que manejar la dispensación de estos productos por más que sea en forma gratuita. El costo de esta dispensación se puede manejar como otros convenios que es a través de las notas de crédito. Los productos farmacéuticos se deben dispensar en la farmacia y no por gente que no tienen el menor conocimiento de lo que hace. Damos por terminada la charla y pasamos a una ronda de preguntas

## Debate

**Pregunta:** Al Dr. Heinken ¿Qué pasa con la reposición de los medicamentos vencidos, ya que el correspondiente contrato no funciona como lo ha planteado en su exposición?

**Respuesta:** Respecto de que no funciona el convenio, el convenio debería estar funcionando. La manera de ponerlo en órbita si están teniendo problemas es hacer llegar el reclamo sobre la situación del caso que corresponda, y el órgano más adecuado en este caso sería el Colegio, porque el convenio fue firmado por las distribuidoras, las droguerías y las entidades colegiadas.

**Pregunta:** ¿Qué es lo que se está haciendo con el medicamento vencido una vez que se retorna a la distribuidora?

**Respuesta:** Respecto a qué se hace con los medicamentos vencidos, se destruyen. La única cuestión razonable, que es la que se trató de volcar en este convenio, es que el envase no esté dañado fundamentalmente en el troquel. La idea es que la devolución se haga con troquel entero; todas las demás cuestiones no deben ser tomadas en cuenta, pero el troquel si. El convenio firmado dice que uno no puede devolver cajas que están deterioradas o manchadas, pero aclara bien que el sello de la farmacia no se considera una marca, por lo tanto si una droguería no acepta una cajita porque tiene el sello de la farmacia, no está cumpliendo con el convenio

**Pregunta:** La pregunta es si este modelo de distribución que tenemos actualmente en el país es semejante al de otros países.

**Respuesta:** En el actual modelo algo importante es que, como dijimos, toda nuestra operatoria dentro del sistema de distribución no agrega ningún costo sino que los ahorra. Otro hecho importante es que una droguería pueda negociar de una sola vez o los convenios se puedan liquidar de una sola vez, o los pagos se puedan hacer con un solo cheque. Todo eso hace a un buen ordenamiento, mayor agilidad y ahorro de costos operativos. Con respecto a si existen modelos semejantes en otros

países, no sabríamos decirles. Sabemos que existen alianzas transitorias de laboratorios en algunos países grandes para intervenir en negociaciones de compras grandes, como en Estados Unidos, donde los sindicatos negocian directamente con empresas y se hacen convenios de suministro de medicamentos por un año o dos con determinada empresa, e intervienen varios laboratorios. También hay un antecedente en Sudáfrica parecido al nuestro, donde funciona muy bien el mercado, y es similar al nuestro.

En general este modelo es considerado valioso en la experiencia argentina, porque permite un mejor nivel de servicio, y también posibilita un menor nivel de stock que pueden tener con alta seguridad las droguerías. Al tener una concentración en la gestión permite una frecuencia de visita y una calidad de relación entre la droguería y el laboratorio mucho mayor. Al agrupar una cantidad de laboratorios se puede invertir no sólo en logística para hacer más rápidos y frecuentes envíos, sino también en sistemas de comunicación: hoy las distribuidoras se comunican con las droguerías on-line, comparten toda la información, se evitan negociaciones complejas y se basan en la calidad y rapidez del servicio. La droguería puede trabajar con menos stocks. Stocks que están parados significan mucho dinero invertido inútilmente, y el dinero invertido genera costos que a nadie benefician.

Del mismo modo en la droguería se están recibiendo más de 200 laboratorios; si todos tienen que entregar por separado la recepción se complica enormemente,. La calidad de relación comercial en cuanto a conectividad que se puede tener con 200 interlocutores, a la vez algunos de ellos de muchos productos; también se complica. Entonces nosotros mejoramos la calidad de relación entre los laboratorios y droguerías, al atender de forma más concentrada esa negociación y permitir inversiones que mejoran la conectividad y la logística, y eso permite ahorrar mucho dinero.

**Pregunta:** ¿Cómo hacen recupero si las droguerías no describen el lote o partida de los medicamentos en la factura que dan a las farmacias, perdiendo así la trazabilidad del mismo?

**Respuesta:** las regulaciones no requieren que las droguerías pongan el número de lote en la factura y el sistema de distribución actual en las droguerías y farmacias que es muy ágil, no podría ser tan ágil si tuviera

que tener ese requisito. Lo cierto es que la trazabilidad se interrumpe en el eslabón entre la droguería y la farmacia, por lo tanto a partir de ese eslabón se apela a la droguería y a su conocimiento de a quién le está vendiendo para tratar de recoger lo que todavía pueda quedar del lote en cuestión en la farmacia. También es cierto que hoy con ese mismo sistema y esa misma agilidad de distribución por parte de la droguería hacia la farmacia, esta en general trabaja con un stock chico lo que ayuda a la recolección del producto cuando es necesario, pero concretamente se interrumpe la trazabilidad.

**Pregunta:** Al Sr. Jorge López, cuando habla de propiciar la participación de la farmacia en el Plan Remediar ¿a qué acciones se refiere y qué acciones se están promoviendo?

**Respuesta:** Lo único que hubo hasta ahora presentado a las autoridades ha sido una presentación de COFA, pero no fue una propuesta sino una queja por el hecho de que la dispensación no se estaba haciendo en las farmacias. Lo que debemos presentar es una propuesta formada, y esto no es difícil de realizar, tienen que intervenir activamente los colegios en cómo se debería hacer, pero dado que son medicamentos de dispensación gratuita habría que reconocer a las farmacias el costo de esta distribución. Y además se distribuirían medicamentos conocidos y fabricados en el país. Esto puede ser solucionado y permitir que puedan tener un rol profesional que sólo les compete a ustedes, y no a los que hoy se hacen cargo de un botiquín que les llega con 30 o 40 productos que no satisfacen todas las necesidades que el paciente tiene, y que no sabemos cómo son entregados.

Hay que destacar que estos productos, si bien no los paga el paciente no son gratuitos. El Estado paga al importarlos o comprarlos en el país a precio de licitación, pero sobre todo paga una costosa logística que se la podemos prestar como conjunto gratuitamente, porque está instalada en la farmacia, están instalados los productos y tenemos sistemas por los que sabemos relacionarnos entre nosotros, y un farmacéutico que dispensa un producto que debe llevar un descuento lo puede hacer y luego recuperar el dinero con una nota de crédito. El dinero que hoy se gasta en comprar los medicamentos más la logística especial que hay que montar para ponerlo en 6.000 centros es el mismo dinero con que podríamos solucionar el problema con una mayor y mejor gama de

productos y con el servicio profesional de la farmacia. Con un esfuerzo económico de los laboratorios y de las farmacias podríamos operar en la farmacia con el stock existente, y reponiendo la diferencia de dinero a través de notas de crédito. Sería la manera de atender a 15 millones de argentinos.

El mejor cliente que tienen los laboratorios hoy son las farmacias. Creemos en la no sustitución de farmacias y productos. Que se respete el derecho a trabajar, y si el médico puso una marca que se respete.

**Pregunta:** ¿Por qué le hacen llegar al producto directamente al paciente?

**Respuesta:** No somos partidarios de estas prácticas. Esto obedece al caos y las cosas que pasan en el resto del mercado, pero de esto se habla en otra mesa.

**Pregunta:** Como distribuidoras ¿qué opinión tienen de la ley de genéricos?

**Respuesta:** En relación con el trabajo específico nuestro, nos gustaría ver el mismo nivel de exigencia en cuanto a buenas prácticas de almacenamiento y distribución para todos los productos del mercado, así como nos gustaría ver exigencias de biodisponibilidad para que los farmacéuticos sepan qué pasa con ese requisito cuando eligen entre un producto u otro, o que las alternativas entre las cuales están eligiendo les dan tranquilidad.

**Pregunta:** ¿Cómo ven el futuro en el convenio PAMI?

**Respuesta:** Esto es difícil de decir. El PAMI está teniendo su intervención N° 18 en sus 32 años de existencia, entonces uno puede pensar que por la intervención en sí misma puede no pasar absolutamente nada. En lo que podemos contribuir es en decir que el convenio de productos farmacéuticos firmado con el PAMI es el más transparente que ha tenido el PAMI en su historia. Esto las autoridades lo saben, como siempre tienen un montón de cosas a arreglar: de clínicas, de geriátricos, de prestación de servicios médicos, de estudios especiales, y que están consumiendo más recursos que los que consumen los medicamentos.

El convenio PAMI es el único lugar donde de manera estable, tanto los laboratorios, como las droguerías y farmacias en su conjunto se han respetado, encontrado y trabajado en equipo. Hoy participan las farmacias que lo desean, los laboratorios con los productos que desean, y las droguerías también son parte activa. Como sector debemos aprender a sentirnos parte de una cadena en donde todos nos necesitamos defendernos entre sí para enfrentar adultamente al mercado, y a ocupar el rol que nos corresponde.

## Mesa 10 Los cambios en el consumo y gasto en medicamentos. Diferentes lecturas

*Coordinadora Farm. Ana María González*

*El mercado de medicamentos en cada país depende del tamaño de la población, de la proporción de la misma que pueda acceder a este bien, de los hábitos de utilización de medicamentos y de los precios de los mismos. En esta mesa abordaremos el tema de los cambios más recientes en los perfiles del consumo y el gasto de medicamentos desde diferentes ópticas. En primer lugar disertará el licenciado Víctor Hugo Quiñones, quien es Bachiller en Economía en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima, Perú; posee estudios de Maestría de Planificación Económica del Desarrollo Nacional de la Universidad Nacional de Ingeniería, Economía y Ciencias Sociales de Lima, y desde 1993 a la fecha es miembro del staff de la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales CAEME. Analizará los efectos del nuevo contexto macroeconómico en la dinámica del mercado farmacéutico, las perspectivas y las tendencias.*

*A continuación el licenciado Mario Cerri, quien es Licenciado en Estadística por la Universidad Nacional de Rosario se referirá a la evolución del mercado farmacéutico argentino desde 1991 profundizando en diferentes aspectos relacionados con los medicamentos de venta libre y bajo receta, hábitos de consumo y análisis de precios. Mario Cerri cuenta con una interesante trayectoria docente que incluye la titularidad de las cátedras de Matemáticas y Estadística I en la Universidad de Belgrano y de Metodología y Planteo de la Investigación en la UCA hasta 1987. Se ha desempeñado en diversos puestos y consultorías privadas y públicas en temas afines a esta mesa, y desde el 2001 trabaja en la consultora internacional IMS como Gerente de Estadística y Control de Calidad para Argentina, Bolivia, Paraguay y Uruguay.*

*Finalmente la licenciada Mónica Levcovich abordará el gasto en medicamentos desde la perspectiva de la demanda a partir de la estimación del gasto y del financiamiento en salud durante 1999, con énfasis en el gasto de los hogares y su impacto sobre la equidad. Mónica Levcovich es licenciada en economía egresada de la Universidad de Buenos Aires; desde 1985 se desempeñó como consultora en programas y proyectos relacionados con el sector salud en áreas de gobierno y consultoras privadas. Entre 1991 y 1994*

*coordinó el componente de la Secretaría de Salud del PRONATAS; entre 1994 y 2000 fue sectoralista de salud en la Dirección de Evaluación Presupuestaria del Ministerio de Economía; en 2000 y 2001 fue coordinadora técnica del proyecto de desarrollo de políticas y regulación de los seguros de salud del Ministerio de Salud; actualmente es consultora en Evaluación y Monitoreo del SIEMPRO, Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales y preside la Asociación de Economía de la Salud. de Argentina.*

## **Mercado Farmacéutico Argentino Evolución y Cambios en el Consumo**

*Lic. Victor Hugo Quiñones*

### **INTRODUCCIÓN**

Antes de comenzar deseo agradecer la invitación para estas Jornadas a los organizadores del Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe, y en particular al Licenciado Carlos Vassallo. Debo ahora aclarar que soy economista y quizás para algunos sea mala palabra luego de la experiencia del año '92 que hirió a toda la economía, porque los economistas quedamos mal parados. Pero la economía no tiene la culpa, hay doctrinas, tendencias de pensamientos, se nos critica el lenguaje en buena parte porque usamos variables y modelos matemáticos, entonces pareciera que se alejara de la realidad. Pero lo que utilizamos son datos de la realidad, los analizamos y los convertimos en información. Desde el punto de vista técnico, hacemos la conversión del dato en información para que luego se realice la toma de decisiones, lo cual sí tiene un contenido político.

A continuación, utilizando variables de la macroeconomía, intentaremos dar una visión de la evolución de nuestra economía en esta última década haciendo hincapié en el 2002, presentando todo el shock que vivió la economía, cómo influyó esto en el mercado de la salud, al cual pertenece este mercado de medicamentos, y sobre todo cómo recibió todo este impacto.

## **EL NUEVO CONTEXTO ECONÓMICO**

El contexto económico a finales del año 2002 mostraba una serie de elementos característicos y peculiares:

- Persistente recesión del aparato productivo.
- Altas tasas de desempleo y subempleo.
- Tipo de cambio libre.
- Retorno de la inflación.
- Demanda interna comprimida con reducción del poder de compra de las remuneraciones.
- Incremento de la población en estado de pobreza e indigencia.
- Financiamiento interno y externo restringido.

En este contexto entonces, hay una persistente recesión del aparato productivo y una contracción de la producción de riquezas del país. El año 2002 es el punto más neurálgico, que se complementa con altas tasas de desempleo y subempleo. Como sabemos, al inicio del período hay un quiebre con el tipo de cambio que fue la característica de todo el modelo de la Convertibilidad: la estabilidad cambiaria del 1 a 1.

Al romperse ese esquema aparece de nuevo la inflación, hay un efecto de especulación a través del tipo de cambio y la proyección del dólar a futuro, y esto revierte la formación de precios de todos los agentes de la economía. Hay una demanda interna comprimida por efectos de la inflación y salarios fijos.

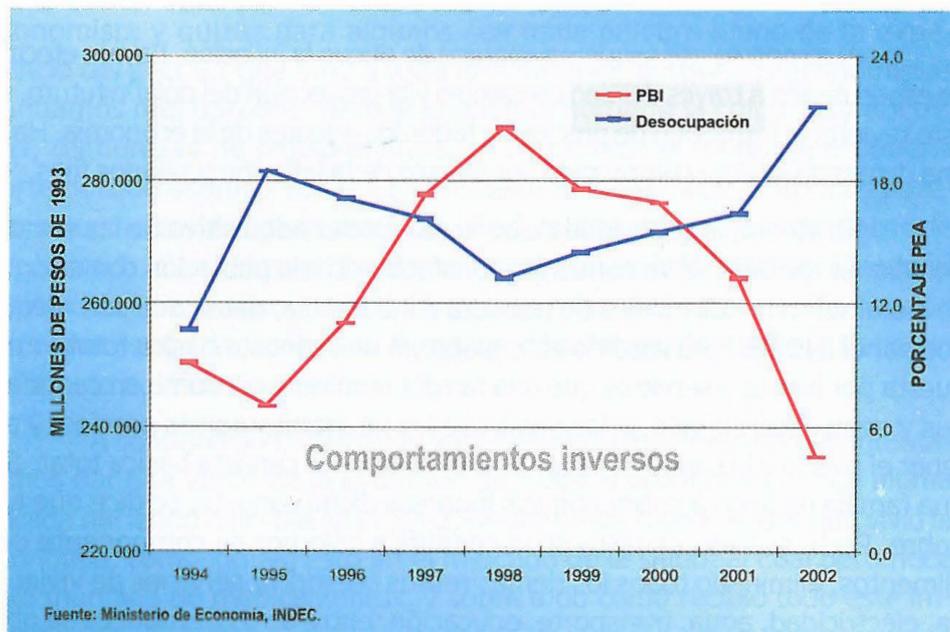
En efecto, la capacidad de compra o poder adquisitivo de las remuneraciones también se va contrayendo, afectando a la población con el lógico incremento de los niveles de pobreza e indigencia, datos que son medidos por el INDEC. Para medirlo ellos elaboran una canasta básica total compuesta por bienes y servicios que una familia promedio consume en cantidades y peso determinado, a los cuales se les va monitoreando precios, y al tener el precio y la cantidad se obtiene el valor de la canasta básica total. Si una familia no llega a cubrir con sus ingresos dicha canasta, se dice que es pobre. Pero, si a esa canasta se la cuantifica sólo por su componente de alimentos, eliminado todos los demás rubros (vestido y servicios de vivienda, electricidad, agua, transporte, educación, entre otros), entonces se ob-

tiene un valor mucho menor y si una familia no llega a cubrir con sus ingresos dicho valor, entonces se dice que está en estado de indigencia. Esta es una metodología que se usa a nivel mundial para medir esta situación.

Nosotros estamos hablando del peor momento de la crisis, con una población de alrededor del 54% en estado de pobreza y un 26% en estado de indigencia. Como si fuera poco, no tuvimos durante todo el 2002 acceso al financiamiento externo ya que habíamos declarado el *default* o incapacidad de pago a nivel país, y tampoco al financiamiento interno mediante la banca local, que también era inexistente para entonces porque los bancos no prestaban y nadie quería pedir créditos.

El Gráfico 1 nos permite ver la relación entre la evolución del PBI y la tasa de desempleo. Son comportamientos inversos: si la producción sube genera empleos y si la producción empieza a descender va generando un incremento en la tasa de desempleo. La línea roja es la que mide el PBI, entendida como la producción de riqueza en bienes y servicios que un país produce, en consecuencia si el país produce menos riqueza va a absorber menos mano de obra, entonces se va a generar esta relación entre caída del nivel de producción y aumento del desempleo.

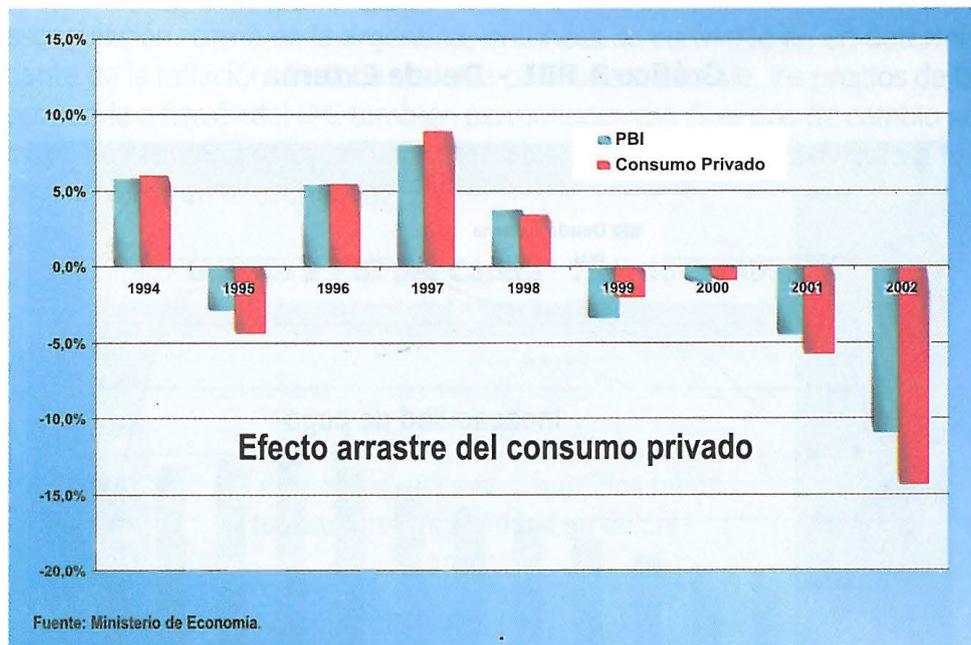
**Gráfico 1 Evolución PBI  
Desocupación**



A esta producción de riqueza uno la puede ver por el lado de la oferta o por el lado de la demanda. Si se la ve por el lado de la demanda se puede encontrar a los tres principales agentes que forman la demanda efectiva de la economía: las familias a través del consumo privado, el gobierno a través del gasto fiscal y las empresas que también consumen, pero en forma de inversión.

Lo que presentamos en el Gráfico 2 es la relación entre el comportamiento del consumo privado y el PBI. Aquí hay un efecto arrastre, dado que las 2/3 partes de la producción lo representa el consumo de familias. Entonces, como el consumo de las familias disminuye ello va a afectar el nivel de producción del país, ya que no hay demanda interna. Asimismo, al observar la evolución de dicha variable se destaca el 2002 como el año de mayor impacto.

**Gráfico 1 Variación PBI  
Consumo Privado**



Cabe recordar, que a finales del 2000 había un cierto optimismo porque se estaba desacelerando el ritmo de caída de la producción. Se habló entonces del blindaje financiero y se dijo que podíamos recuperar la

senda de la reactivación, pero se aplicaron medidas que contrajeron la capacidad de consumo de las familias, como el aumento de la tasa del impuesto a la ganancia y la reducción de los salarios del sector público. Inevitablemente, el impacto de todas estas medidas hizo que la economía que había empezado a reactivarse levemente volviera a caer.

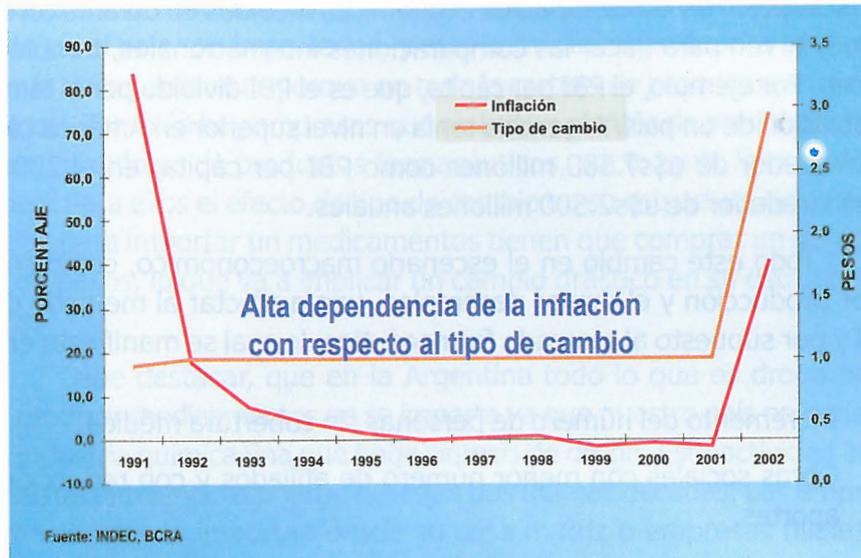
El Gráfico 3 nos permite ver el impacto en el PBI al modificarse el tipo de cambio. El tipo de cambio tiene que ver con los precios de la economía. En economía hay distintos mercados, cada uno tiene una oferta, una demanda y un precio. El precio del mercado cambiario es el tipo de cambio. Al modificarse dicho precio en el año 2002, el PBI medido en dólares corrientes disminuyó de 300.000 millones, que era el nivel de PBI argentino al 2001, a casi 100.000 millones. Si uno compara este dato con el nivel de endeudamiento que tenía la economía llegamos a un punto en que la deuda es mayor que lo que se produce, es decir, que si destináramos toda la producción de un año a pagar la deuda no nos alcanzaría, y estamos viendo sólo la deuda externa.

**Gráfico 3 PBI - Deuda Externa**



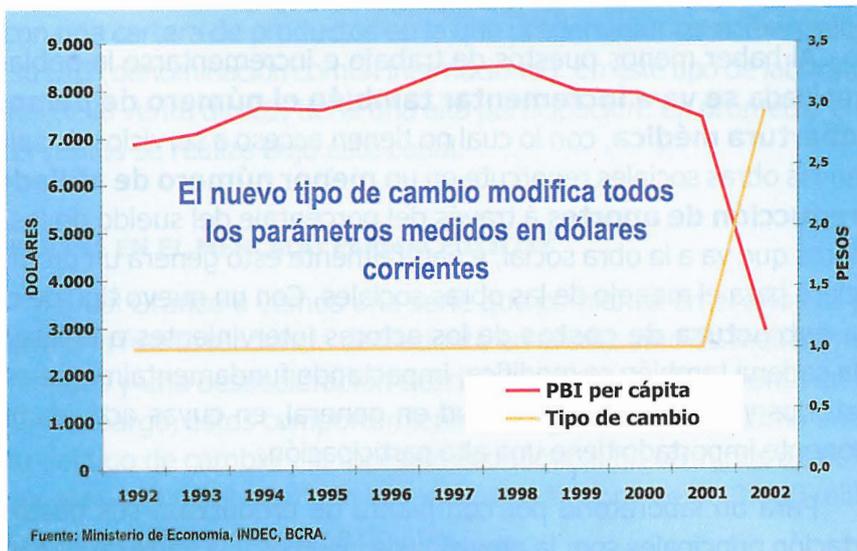
En el Gráfico 4 podemos ver inflación y tipo de cambio.

**Gráfico 4 Inflación - Tipo de Cambio**



Por otro lado, si el tipo de cambio en una economía con alto nivel de especulación, como es la argentina, entonces se convierte en un determinante de la inflación. Si dicha variable permanece estable, los precios de la economía a través del IPC también permanecen así. Si el tipo de cambio se modifica bruscamente y se hace inestable, esto termina arrastrando a los otros precios en la economía.

**Gráfico 5 PBI per Cápita - Tipo de Cambio**



Con el nuevo tipo de cambio el valor del PBI en dólares corrientes se achica, pero hay otras variables económicas medidas en dólares corrientes que, sirven para hacer las comparaciones internacionales, también se reducen. Por ejemplo, el PBI per cápita, que es el PBI dividido por el tamaño de población de un país. Argentina tenía un nivel superior en América Latina con alrededor de u\$s7.500 millones como PBI per cápita; en el 2002 se redujo alrededor de u\$s2.500 millones anuales.

Todo este cambio en el escenario macroeconómico, como son la menor producción y el mayor desempleo, van a afectar al mercado de la salud y por supuesto al mercado farmacéutico, lo cual se manifiesta en:

- Incremento del número de personas sin cobertura médica.
- Obras sociales con menor número de afiliados y con reducción de aportes.
- Nueva estructura de costos para laboratorios, dispensadores, efectores, etc.
- Fuerte reducción de las ventas del mercado farmacéutico y pérdida de importancia regional.
- Ley de prescripción por nombre genérico.
- Nuevas prácticas comerciales y nuevos actores.
- Crecimiento de las ventas directas.

Al haber menos puestos de trabajo e incrementarse la población desempleada **se va a incrementar también el número de personas sin cobertura médica**, con lo cual no tienen acceso a servicios de salud y esto en las obras sociales repercute en un **menor número de afiliados y una reducción de aportes** a través del porcentaje del sueldo de los trabajadores que va a la obra social, y naturalmente esto genera un problema financiero para el manejo de las obras sociales. Con un nuevo tipo de cambio, la **estructura de costos** de los actores intervinientes a lo largo de toda la cadena también se modifica, impactando fundamentalmente en los laboratorios y los efectores de salud en general, en cuyas actividades el componente importado tiene una alta participación.

Para un laboratorio por con planta de producción sus gastos de importación principales son: la provisión de insumos y la parte de su cartera

de productos compuestas por fármacos importados, principalmente de última generación. Aproximadamente el 30% de los medicamentos que se consumen en el país son importados, y esta actividad importadora se da en la mayoría de las empresas porque no toda la cartera de productos es producción local. También hay empresas que no tienen plantas de producción y son comercializadores de productos farmacéuticos, por lo tanto importan toda su línea. Para ellos el efecto de tipo de cambio en su estructura de costos es directo: para importar un medicamento tienen que comprar un dólar más caro en pesos, lo que va a implicar un cambio drástico en su estructura de costos.

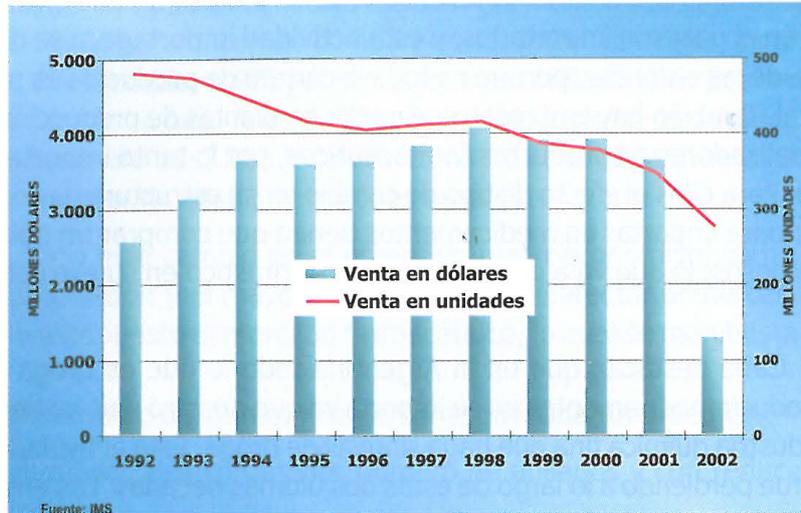
Cabe destacar, que en la Argentina todo lo que es droga básica para producir medicamentos se importa ya que nuestro país no tiene una gran industria química fina que haga síntesis de droga. Esta actividad industrial se fue perdiendo a lo largo de estas dos últimas décadas. Las empresas internacionales lo importan desde su casa matriz o empresas filiales, los laboratorios locales lo hacen a través otros diversos proveedores internacionales.

Por otro lado en este contexto aparece la **ley de prescripción por nombre genérico** que introduce cambios en el mercado de la salud y en el funcionamiento del mercado farmacéutico, como es el **crecimiento del canal de las ventas directas**. En efecto, los laboratorios comienzan a darle mayor importancia a la venta directa, es decir a la venta que excluye al mayorista, evitando el margen de comercialización que le otorgan a las droguerías. Esto lo hacen todos los laboratorios, y en mayor medida los laboratorios con una cartera de productos en la que predominan los comercializados bajo su DCI (denominación común internacional). En este tipo de laboratorios, el canal de la venta directa tiene una alta participación: en promedio el 80% de sus ventas se realiza bajo este canal.

## ¿QUÉ PASA EN EL MERCADO FARMACÉUTICO?

En el Gráfico 6 vemos una serie que comienza en el año '92 y que muestra una fuerte tendencia decreciente en el consumo de medicamentos en unidades y una desaceleración del ritmo expansivo de la venta en dólares. Sin embargo, estos comportamientos se agudizan en el último año, por efecto del tipo de cambio y la recesión económica. En términos de dólares, sólo en el año 2002 el mercado farmacéutico se contrae de 3.600 millones de dólares a 1.300 millones de dólares.

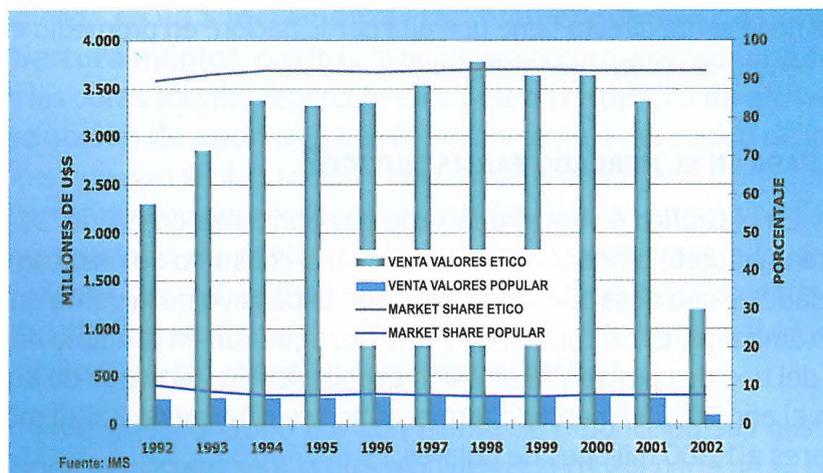
**Gráfico 6 Mercado Farmacéutico Argentino**



**En un sólo año el mercado farmacéutico argentino se redujo en U\$S 2.348 millones (64%) y en 70 millones de unidades (20%)**

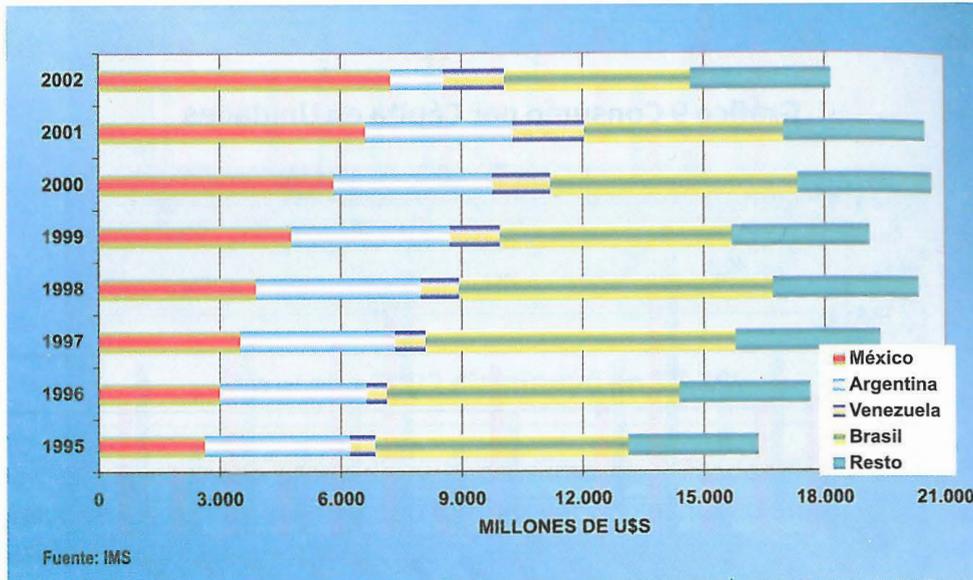
Si uno ve la estructura de consumo de medicamentos en valores, el 82% son medicamentos que se venden bajo prescripción médica y un 8% es el mercado de venta libre. En valores absolutos, ambos mercados se reducen, pero su participación relativa se mantiene constante al menos en el año 2002 (Gráfico 7).

**Gráfico 7 Estructura del Consumo**



El Gráfico 8 nos permite comparar el mercado farmacéutico argentino con respecto al resto de los mercados en América Latina.

**Gráfico 8 Principales Mercados Regionales**



**Entre 1995-2002, el mercado farmacéutico argentino redujo su *share* regional del 22% al 7%, pasando del segundo al cuarto puesto del ranking regional**

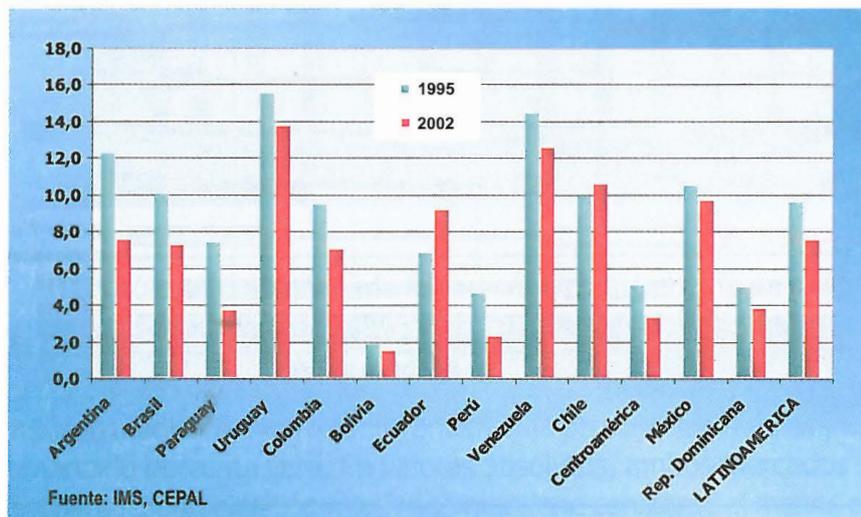
Entre el año '95 y el '98 Argentina era el segundo mercado más importante de América Latina por debajo de Brasil. En los últimos años luego del *Efecto Tequila* en México, el mercado mexicano se fue reactivando y creciendo y actualmente es el más importante de América Latina por encima de Brasil.

En el año 2002, producto de un nuevo escenario macroeconómico la participación de Argentina se redujo al 7%, habiendo llegado en el año '95 al 22%. En la actualidad, ocupa el cuarto puesto del ranking regional, por debajo del mercado venezolano.

Analizado el mercado farmacéutico argentino por consumo de unidades, observamos que en el año '95 éramos el tercer mercado más im-

portante por tamaño de consumo y estábamos por encima del promedio de América Latina. En el año 2002 Argentina el nivel de consumo en unidades se reduce y se posiciona al mismo nivel que el promedio de América Latina, esto es lo que se llama latinoamericanización de la economía argentina. Actualmente nuestro nivel de consumo de fármacos en unidades es similar a Brasil, pero por debajo de Ecuador, de Chile o México.

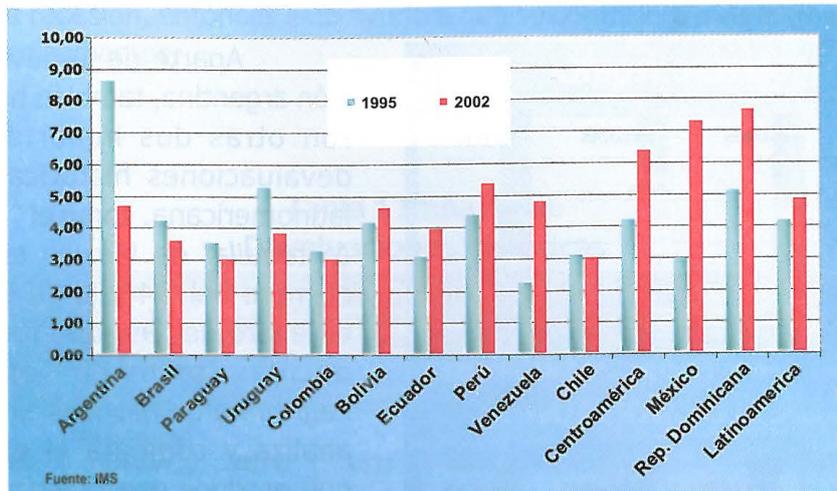
**Gráfico 9 Consumo per Cápita en Unidades**



**En el último año se redujo en 38,2%**

A nivel de **precio promedio**, en el Gráfico 10 observamos el precio promedio en dólares, tomando en cuenta lo el precio de compra de la farmacia que es el utilizado por IMS y su comparativo con los demás mercados. Durante toda la década del '90 el precio promedio en dólares de la Argentina era el más elevado de América Latina, situándose en 1995 en los u\$s11 por unidad en promedio. Con la devaluación el precio promedio se redujo a u\$s4,6 y se situó a similar nivel del promedio regional, por debajo inclusive de mercados como el de la República Dominicana, México o el de Centroamérica, que es un bloque formado por 5 países: Salvador, Costa Rica, Nicaragua, Guatemala y Honduras.

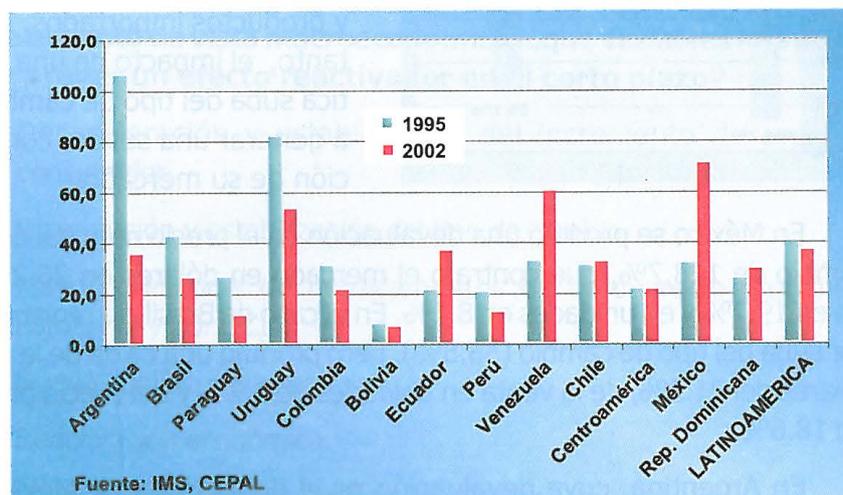
**Gráfico 10 Precio Promedio en Dólares**



**En el año 2002 disminuyó en 55,1%**

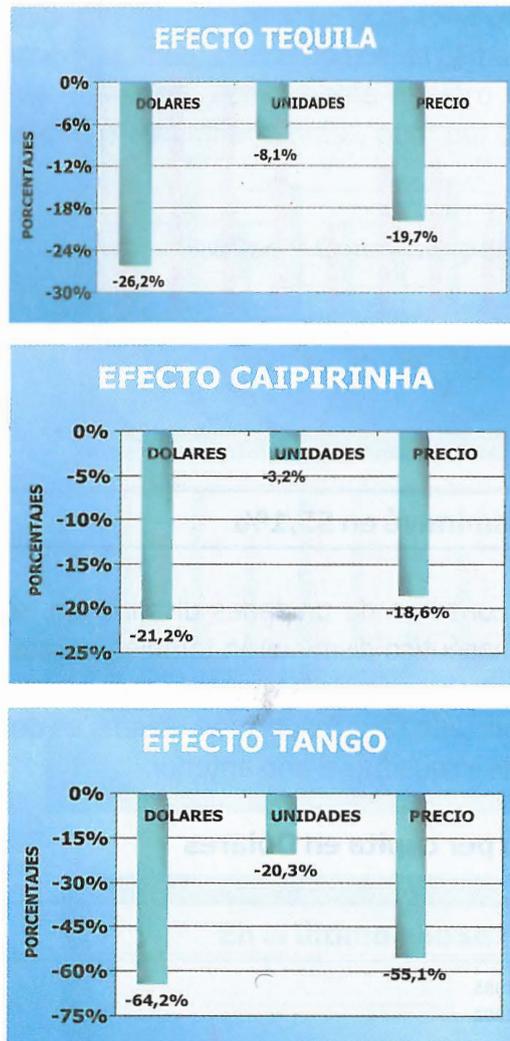
Si el precio promedio y el consumo de unidades disminuyen, el valor de las ventas del mercado farmacéutico disminuirán también porque están cuantificadas a través de la multiplicación de las unidades por el precio. En el último año, la caída del mercado farmacéutico en dólares es del 67.5%, representando una tercera de lo que fue el año anterior.

**Gráfico 11 Consumo per cápita en Dólares**



**En el último año 2002 se contrajo 67,5%**

**Gráfico 12 Efectos de Devaluaciones**



Aparte de la devaluación argentina, también hubieron otras dos importantes devaluaciones históricas en latinamericana, como el "efecto tequila" de México en diciembre del '94 y la de Brasil en enero del '99, que fue conocida como el "efecto caipirinha". Entonces si uno analiza y compara el efecto que produce una drástica devaluación del tipo de cambio en el mercado farmacéutico, ello nos permite aproximarnos a una cuantificación de la dependencia que tiene dicho mercado frente al sector externo. Un mercado farmacéutico con una alta dependencia hacia el sector externo indica una importante participación de insumos y productos importados. Por lo tanto, el impacto de una drástica suba del tipo de cambio va a generar una severa contracción de su mercado.

En México se produjo una devaluación en el precio nominal de tipo de cambio de 118,7%, que contrajo el mercado en dólares en 26.2%, el precio en 19.7% y en unidades en 8.1%. En el caso de Brasil, se registró una menor suba del tipo de cambio (56.5%), pero produjo una caída de la venta en dólares del 21.2%, de la venta en unidades de 3.2% y del precio promedio en 18.6%.

En Argentina, cuya devaluación es el doble de la de México, el mercado no se redujo el doble que México, sino que cayó casi el triple, 64.2% en dólares, 20,3% en unidades y 55.1% en el precio. Es decir, que

disminuyó mucho más en unidades porque se venía de un mercado con fuerte recesión, entonces esto ayudó a que se contrajera más la demanda de medicamentos.

**Tabla 1 Impacto de Devaluaciones Históricas**

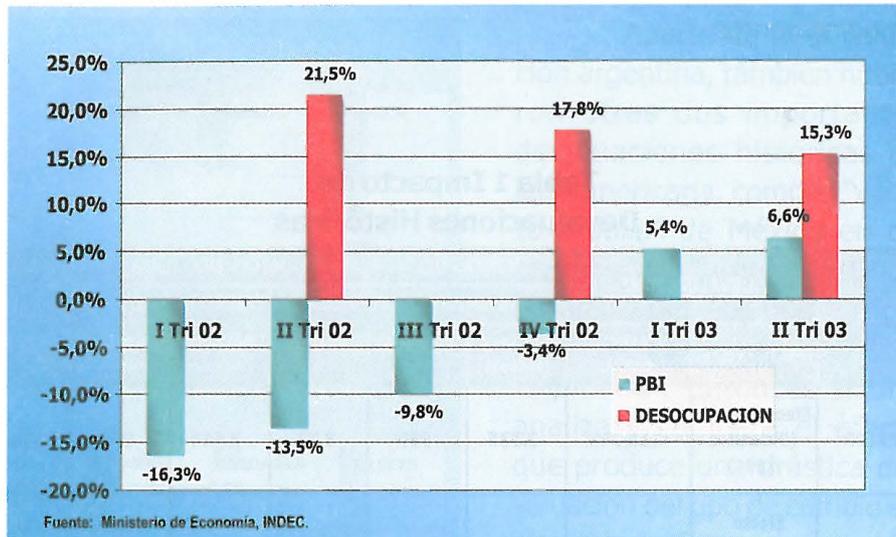
PAIS	DEVALUACION*		VENTAS DEL MERCADO FARMACEUTICO (CANAL FARMACIAS)					
	EFFECTO PISER	INCREMENTO ANUAL	TAM MES ANTERIOR A LA DEVALUACION			TAMARO DESPUES DE LA DEVALUACION		
			DOLARES (Millones)	UNIDADES (Millones)	PRECIO (US)	DOLARES (Millones)	UNIDADES (Millones)	PRECIO (US)
MEXICO	Efecto Tequila (Diciembre 1994)	118,7%	3.535	950	3,72	2.610	873	2,99
BRASIL	Efecto Caipirinha (Enero 1999)	56,5%	7.781	1.333	5,84	6.135	1.290	4,76
ARGENTINA	Efecto Tango (Enero 2002)	237,0%	3.656	347	10,52	1.308	277	4,72

Fuente: Quiñones V, 2003

**Desde el punto de vista macroeconómico, ¿qué variables nos pueden hacer prever un efecto reactivador en el corto plazo?**

- Desaceleración y estabilización del incremento de precios al consumidor.
- Disminución y estabilización del tipo de cambio.
- Mayor presencia de medicamentos de bajo precio (con marca comercial y por DCI).
- Nuevas políticas comerciales.
- Reactivación económica.
- Lenta reducción de la tasa de desempleo.

**Gráfico 13 Tendencias PBI - Desocupación**

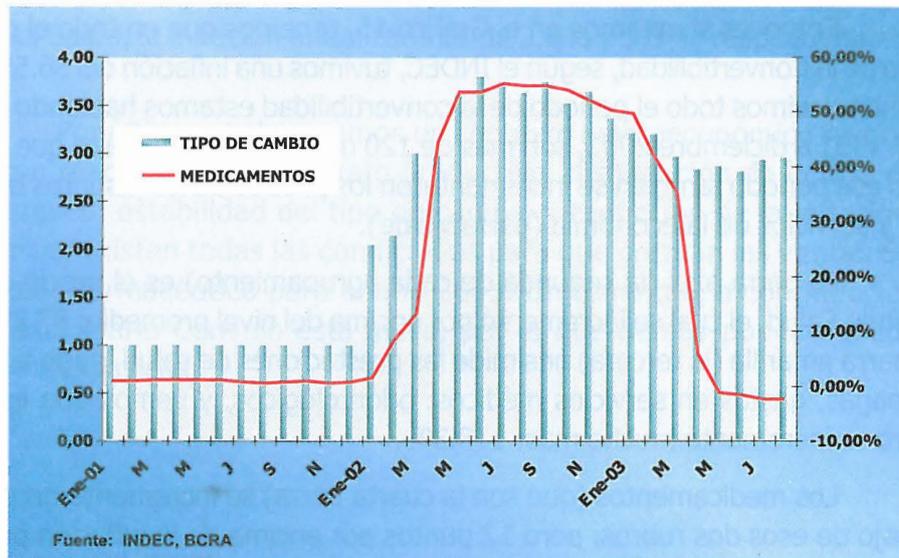


Por un lado la variación del PBI a nivel trimestral muestra un crecimiento del 5,4% y 6,6% en el primer y segundo trimestre del año 2003. Una reactivación que se manifiesta en el desempleo que empieza a disminuir, según el INDEC. En el gráfico adjunto, el desempleo esta representado por las barras rojas y corresponden a las ondas de mayo, la última es la del 2003. Aquí se evidencia una relación inversa entre la reactivación de la economía y una disminución de la tasa de desempleo. Quizás algunos cuestionen el dato oficial, por el hecho que está incorporando los Planes Jefes y Jefas de Hogar, pero la tendencia sigue siendo a la disminución del desempleo.

Habíamos visto la alta dependencia del tipo de cambio hacia la estructura de costos de los laboratorios. Esta dependencia se ratifica en el Gráfico 14 donde se observa en las barras la evolución del tipo de cambio promedio de fin de periodo de cada mes, según el Banco Central de Reservas. La línea roja nos mide la tendencia del precio del medicamento, visto a través de la variación de los últimos 12 meses, según datos del INDEC. La relación muestra cuan determinante es el tipo de cambio en el precio de los medicamentos. El tipo de cambio se incrementa en el año 2002, teniendo como el punto mas crítico los meses de abril/mayo cuando se estimaba que un dólar podría terminar el año en \$9 o \$10, en tanto, que los precios también se fueron incrementando previniendo un tipo de cambio mayor.

Conforme el tipo de cambio empezó a descender y estabilizarse, también el precio del medicamento comienza a descender y estabilizarse.

**Gráfico 14 Precio Medicamento - Tipo de Cambio**



Un dato importante es que la inflación de medicamentos medida por el INDEC no es la revisión del precio de lista del KAIROS, sino que el INDEC actúa como si estuviera comprando, incluyendo los descuentos al momento de adquirir un medicamento. Si el medicamento costaba \$10 enero y en abril \$13, según el listado, no es que se incrementó el 30%, porque reiteramos que el INDEC va a medir la suba de precios actuando como comprador, o sea cuanto realmente pago el consumidor, ya que pudo ser adquirido utilizando los descuentos existentes en el mercado como ValeSalud o Receta Solidaria. A agosto 2003, la evolución anualizada del precio del medicamento registra una deflación de -2.3%.

## PARA FINALIZAR

Por último queremos ahondar en el tema de precios. Escuchamos mucho en diversos eventos del exorbitante crecimiento del precio de los medicamentos.

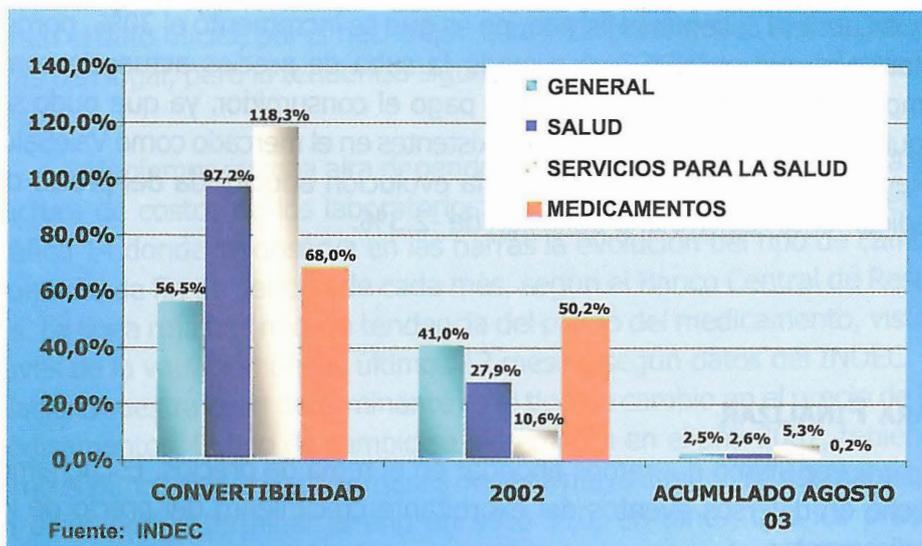
El único ente oficial que mide incremento de precios es el INDEC, que tiene un indicador llamado Índice de Precios al Consumidor, que a su vez tiene un capítulo que llama Salud que incluye un subcapítulo que se llama productos farmacéuticos, donde uno puede analizar la evolución del precio del medicamento.

Entonces si miramos en el Gráfico 15, tenemos que en todo el período de la Convertibilidad, según el INDEC, tuvimos una inflación del 56.5%. Cuando decimos todo el período de la convertibilidad estamos hablando de abril 1991 a diciembre 2001, son más de 120 meses y por supuesto que en todo ese período también se incrementaron los precios de los distintos bienes y servicios de la economía (barra verde).

La barra azul (la segunda de cada agrupamiento) es el precio del capítulo Salud, el cual se incrementó por encima del nivel promedio: 97,2%. La barra amarilla (la tercera) nos mide las prestaciones de salud, pago a las prepagas, gastos en servicios médicos, odontológicos, y vemos que este rubro se incrementó mucho más: 118,3%.

Los medicamentos (que son la cuarta barra) se incrementaron por debajo de esos dos rubros, pero 12 puntos por encima de la inflación promedio del país. La inflación en el rubro medicamentos fue del 68% en todo el período de la Convertibilidad.

**Gráfico 15 Inflación Sector Salud**



Si miramos solamente el año 2002, tenemos una inflación de 41% y una inflación en el caso de medicamentos de 50,2%, una diferencia de casi diez puntos.

A agosto del año 2003 existe una inflación acumulada de 2,5% y de 0,2% en el caso de medicamentos. En los rubros de Salud y Servicios para la Salud, la inflación anualizada es de 2,6% y 5,3%, respectivamente.

Por último, si observamos un contexto macroeconómico favorable con reactivación del aparato productivo, disminución de la tasa de desempleo, estabilidad del tipo de cambio y reducción de la inflación, entonces existen todas las condiciones para que crezcan las ventas del mercado farmacéutico para el año 2003. Un tema que a continuación abordará Mario Cerri en esta mesa, por lo que damos por terminada nuestra exposición.

## Evolución del Mercado Farmacéutico Argentino

*Lic. Mario Cerri*

### INTRODUCCIÓN

Antes de comenzar con esta exposición, reitero mi agradecimiento personal a los organizadores por haberme permitido compartir con todos otra visión, como dice parte del título de la mesa, otra lectura de cómo ha evolucionado el mercado farmacéutico.

Hemos escuchado a lo largo de estas Jornadas diferentes temas pero siempre de un modo u otro se ha hablado de cómo se ha comportado el mercado farmacéutico. Hemos tenido así una descripción de todos los fenómenos o todas las variables externas que afectaron el comportamiento de la economía en general, de la industria farmacéutica en particular y del consumo de medicamentos. Lo que vamos a tratar de ver ahora son cifras, números concretos de una medición que nosotros hacemos en la consultora IMS en forma sistemática y a lo largo de más de 30 años con la misma metodología, lo cual permite comparar en el tiempo cómo fue evolucionando este mercado de acuerdo a estas cuestiones que fueron sucediendo.

Lo primero que vamos a hacer es mirar datos anuales para ver la caída del 2002, pero también trataremos de ver cuál fue el comportamiento previo y puntualizar algunas definiciones metodológicas que IMS tiene como parámetros internacionales.

- Por un lado llamamos un **mercado ético** a aquel que incluye todo producto de venta bajo receta, independientemente que se pueda comprar con o sin receta, pero que en la caja, el prospecto o la literatura dice "venta bajo receta".
- Consideramos **mercado popular o mercado OTC** a aquel que comprende todo lo que se dice producto de venta libre.
- Para nosotros, **genéricos** son todos aquellos productos cuyo nombre comercial se corresponde exactamente con el nombre de la droga y tienen indicado además el laboratorio productor. Sabemos que hay

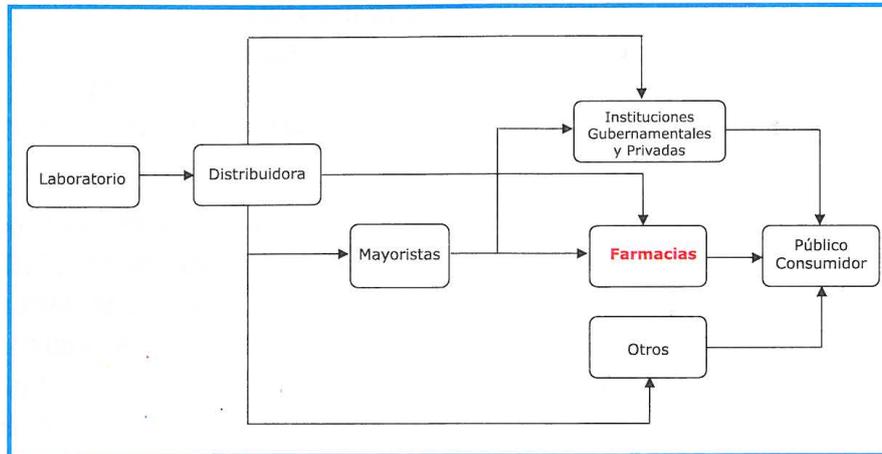
en el mercado distintas definiciones y que al tema se lo puede abordar desde distintas ópticas y por lo tanto hay distintos parámetros para establecer, pero esta es la definición que nosotros estamos tomando. Para dar un ejemplo: si en nuestro caso decimos AMOXIMAR, no es un genérico para nosotros, y si decimos AMOXICILINA AGRANT lo clasificamos como genérico.

- Y por último, se ha hablado mucho del tema precios, entonces aclaremos que todo lo que presentaremos en **valores** son las unidades calculadas al precio de compra de farmacia. Es decir que partimos del precio de venta al público, el cual figura en las listas emitidas por laboratorios, entregadas por KAIROS, a ello le vamos a estar restando, lo hacemos automáticamente, el IVA, en este momento el 21% pero hicimos el 19% los dos meses de verano, y luego el margen de la farmacia que hemos tomado en base a una referencia de unos cuantos años como del 25%, o sea que absolutamente todos los productos que se mueven a través del canal farmacia están medidos de la misma manera: Calculados a Precio de Compra de Farmacia = PVP (Lista) – IVA (21%) – Margen Farmacia (25%).

## MIRANDO EL MERCADO FARMACÉUTICO ARGENTINO

Es interesante ver que en nuestro caso estamos midiendo exclusivamente el canal farmacias. Sabemos que la distribución tiene tres grandes destinatarios desde la salida del laboratorio o de la distribuidora, que sería la parte institucional, las droguerías, las farmacias, y un canal remanente que podríamos llamar "otro", que tiene un peso generalmente insignificante. Las droguerías derivan una parte cada vez menor a las instituciones, por lo tanto tampoco están consideradas en nuestras auditorías, lo que tomamos es lo que llega a las farmacias en forma directa desde los laboratorios y en forma indirecta a través de droguerías.

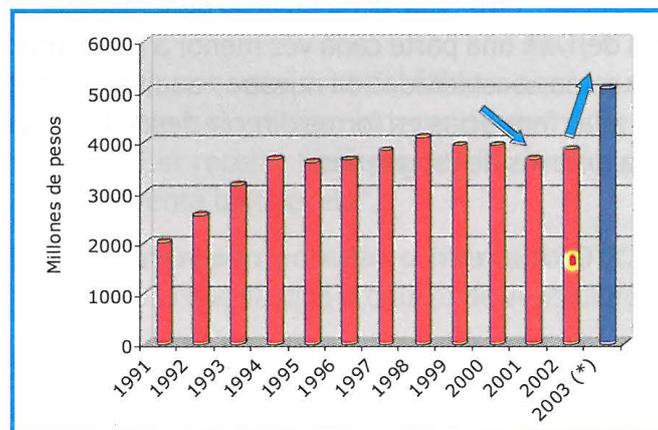
**Gráfico 1 Distribución del Mercado Farmacéutico**



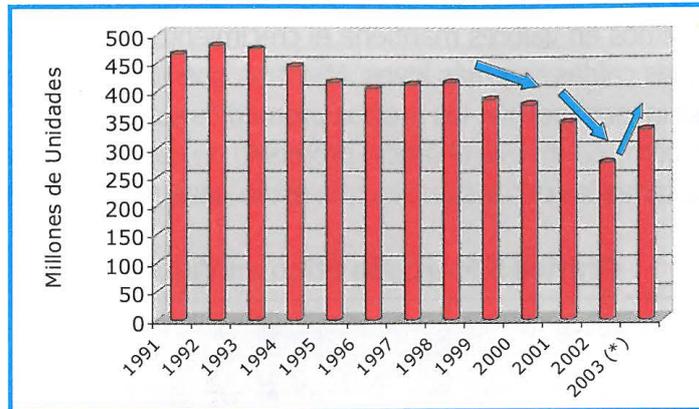
Fuente: IMS,2003

Si nosotros vemos el **mercado total** en valores, si bien mostráramos una década de estacionalidad, vemos como a partir del año '91 empieza a crecer, va manteniendo una cierta estabilidad y andamos siempre en el orden de los 4.000 millones de dólares o pesos. Todo esto está hecho en pesos, pero en aquel momento eran equivalentes. Puede entonces verse la caída del año 2001, luego como en el 2002 empieza a repuntar con respecto a lo que fue el 2001 en pesos, y estamos estimando que para el cierre del año 2003 y siempre con la información que tenemos hasta mediados de septiembre, va a haber una recuperación en valores, fundamentalmente dada por una recuperación en unidades. (Gráficos 2 y 3)

**Gráfico 2 Mercado Total en Valores**



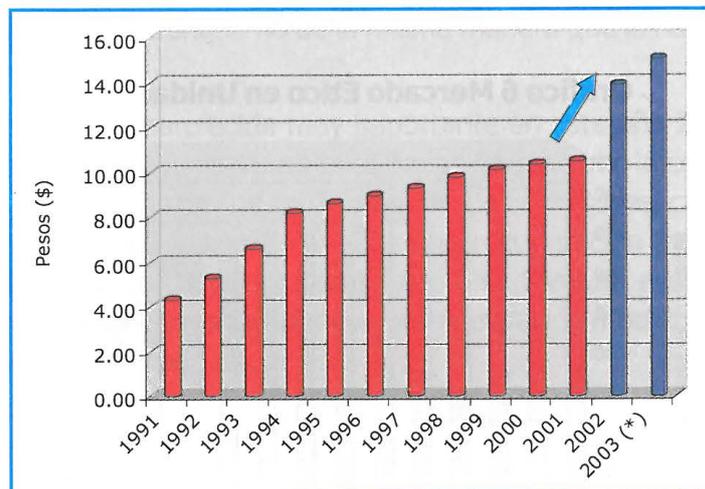
**Gráfico 3 Mercado Total en Unidades**



Fuente: IMS, 2003

Porque aclaremos que el mercado viene cayendo en unidades pero no venía cayendo en valores, lo cual trae explícitamente como lo vemos en el siguiente Gráfico, que los precios promedio fueron aumentando. El precio promedio que nosotros medimos nos refleja un panorama de una situación como se venía dando.

**Gráfico 4 Mercado Total - Precio Promedio –**

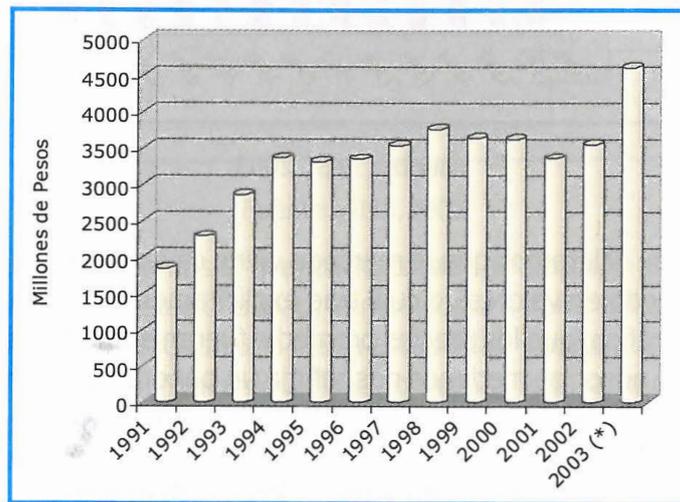


Fuente: IMS, 2003

Si miramos el **mercado ético** vemos que tiene un comportamiento diferenciado. respecto del mercado popular, y algo que vamos a ver más

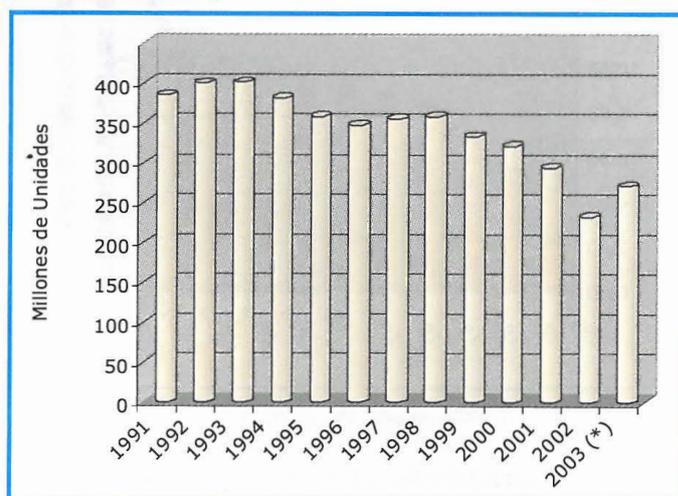
adelante es cómo se profundiza este tipo de diferencial a partir de todos estos cambios que ocurren en el nuevo escenario por el cual estamos atravesando. Si lo vemos en valores mantiene el crecimiento, las subidas son más importantes, las caídas son más leves. Mientras que en el caso de unidades se da un caso inverso porque los precios promedio suben más. Y en el Gráfico 7 vemos cómo se mueve el precio promedio de este submercado, como resultante de todas las circunstancias que están pasando en el mercado.

**Gráfico 5 Mercado Ético en Valores**



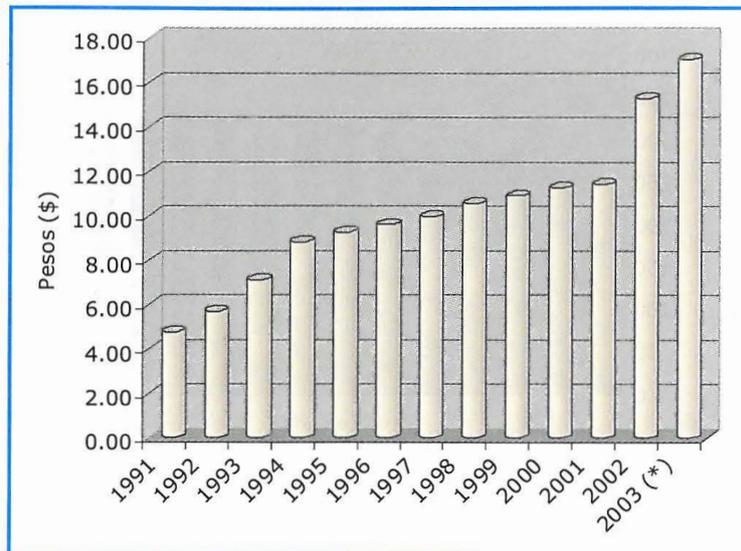
Fuente: IMS, 2003

**Gráfico 6 Mercado Ético en Unidades**



Fuente: IMS, 2003

**Gráfico 7 Mercado Ético  
- Precio Promedio -**

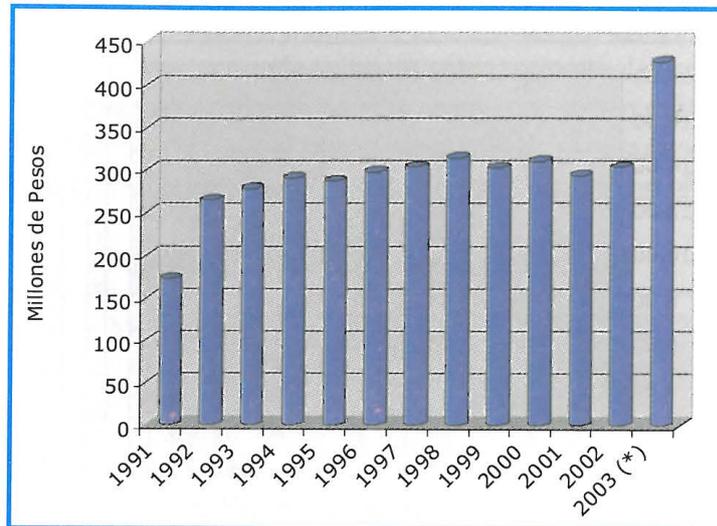


Fuente: IMS, 2003

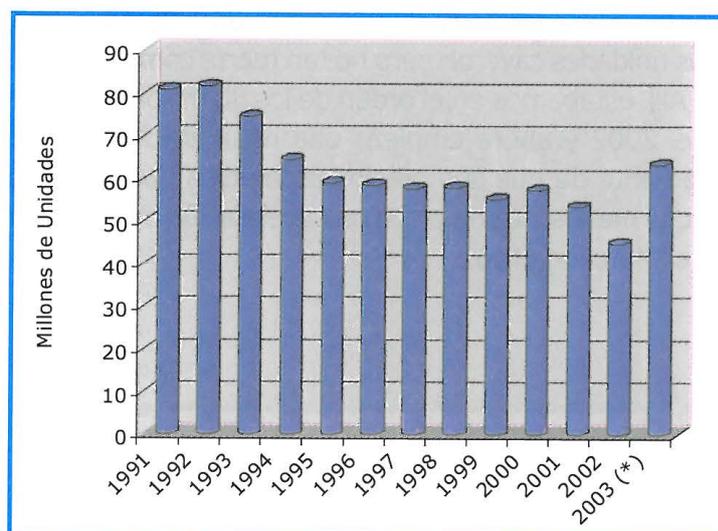
Veamos a continuación qué sucede con el **mercado de OTC o venta libre**. Cuando vemos el mercado en valores vemos que venía manteniéndose bastante estable, aunque no de la misma manera que lo hacía el mercado ético y sí va a

presentar una crecida muy importante en este año 2003, porque justamente sus unidades cayeron pero no tan fuerte como sucedió al principio de los '90. Allí estábamos en el orden de los 80 millones, cayeron casi a la mitad en el 2002 y ahora empieza una recuperación importante, en función básicamente de que sus precios promedios han evolucionado de una forma mucho menos intensa o con una aceleración mucho menor que la que presentó el mercado ético.

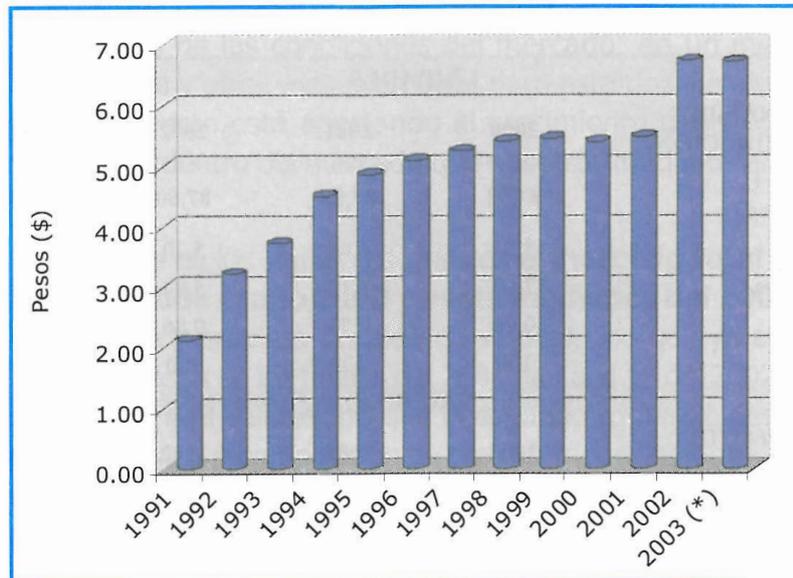
**Gráfico 8 Mercado OTC en Valores**



**Gráfico 9 Mercado OTC en Unidades**



**Gráfico 10 Mercado OTC - Precio Promedio –**



### **NUEVO ESCENARIO DEL MERCADO FARMACÉUTICO 2000- 2003**

Recién Victor Hugo Quiñones hacía una reseña de todo lo que nos ha sucedido desde el 2001, 2002 y lo que va del 2003, y evidentemente esto define un nuevo escenario. Vamos entonces a mirarlo un poco a partir del 2000 y en períodos más cortos, en forma trimestral, porque hacerlo en forma mensual iba a ser un poco engorroso, para ver cómo se fueron dando los mismos comportamientos que veíamos a nivel anualizado y algo en particular, que es cómo ha ido cambiando este esquema de distribución que mostrábamos antes. (Tabla 1)

**Tabla 1 Distribución Porcentual por Canales de Distribución  
– Unidades y Valores –**

CANAL DE DISTRIBUCIÓN	UNIDADES			
	2000	2001	2002	2003
<b>Droguerías + Cooperativas</b>	87,02	87,98	87,60	85,02
<b>Farmacias</b>	5,02	4,08	5,70	7,69
<b>Instituciones</b>	7,00	7,19	5,84	6,30
<b>Otros</b>	0,96	0,75	0,86	0,99
<b>Total</b>	100	100	100	100
CANAL DE DISTRIBUCIÓN	VALORES			
	2000	2001	2002	2003
<b>Droguerías + Cooperativas</b>	86,63	86,39	84,67	83,33
<b>Farmacias</b>	5,33	4,04	6,67	8,01
<b>Instituciones</b>	6,95	8,14	7,62	7,45
<b>Otros</b>	1,09	1,43	1,04	1,21
<b>Total</b>	100	100	100	100

Vemos que en el año 2001 el peso que la industria le asignaba al canal venta directa en farmacia llegaba a un 4%, uno de los pisos de los últimos años, previo a este nuevo escenario.

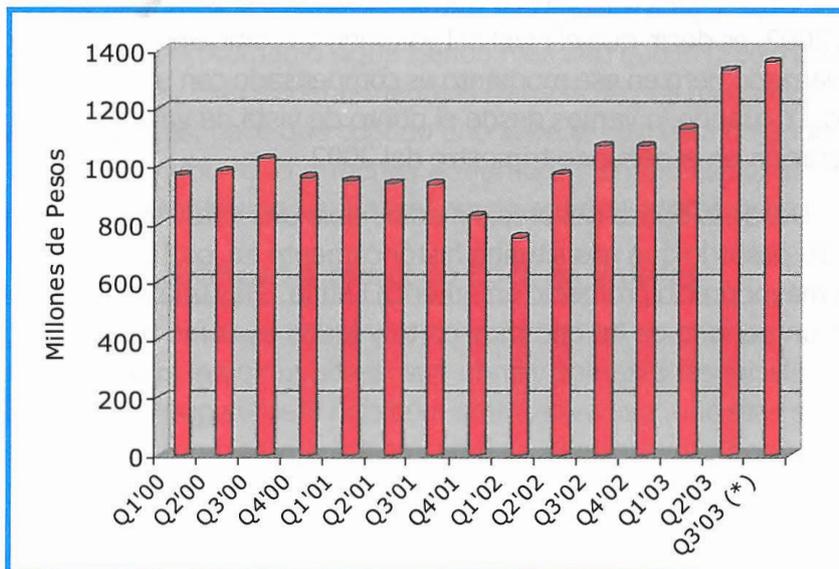
Nosotros hacemos una encuesta anual con buen porcentaje de la industria aproximadamente el 80%, donde tomamos todos los primeros semestres de cada año para evaluar la importancia que tiene cada uno de los canales. Luego sobre la importancia que le asignan cada una de las compañías ponderamos esa información, y lo que vimos es que prácticamente hay una duplicación entre el 2003 y el 2001 en este canal directo, y que es levemente más pronunciada en unidades o sea que acompaña con un mismo mix.

Antes normalmente tenía un peso acaso no muy significativo porque eran más que nada productos de oferta, productos más puntuales, era una cuestión mucho más heterogénea. Lo que estamos notando ahora es que desde mediados del año pasado se da un crecimiento sostenido, hasta llegar a los niveles que estamos viviendo ahora y que es

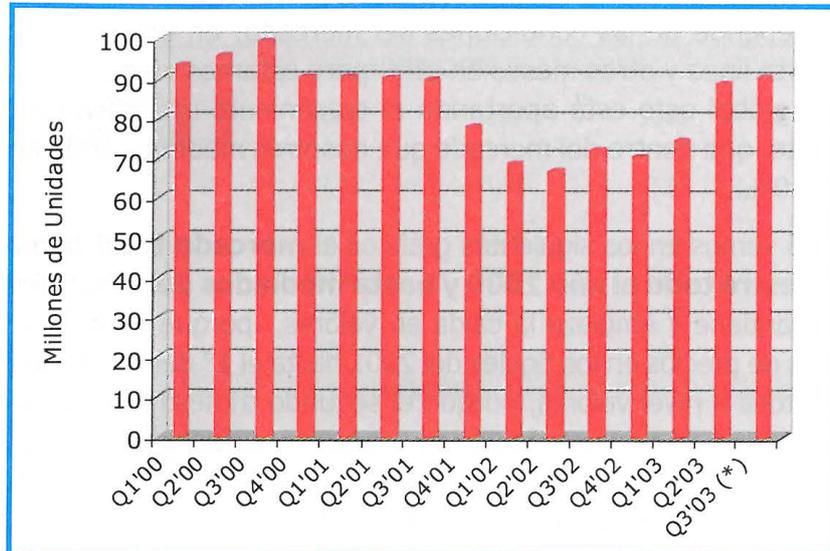
bastante parejo, prácticamente todas las compañías en mayor o menor medida lo están haciendo con todas sus líneas de productos. Obviamente esto depende de las condiciones del mercado: en un mes trabajan sobre cierta línea y otros meses en otra, pero estamos viendo que como volumen global esto está aportando al crecimiento una cifra bastante importante, que dentro del mercado que nosotros medimos anda alrededor del 10%.

Si vemos en los siguientes gráficos el **mercado total trimestre por trimestre todo el año 2000 y hasta mediados del 2001** diríamos que se mantiene y empieza la caída en valores, porque ya ahí no hubo aumentos de precios en los finales del 2001 hasta el 1° del 2002 que fue el piso que toca a nivel valores, porque el segundo trimestre después de la devaluación hay una recomposición de precios importante, que genera que en valores y trimestralmente siempre siga creciendo, y estimamos que su crecimiento va a seguir hasta el final del 2003.

**Gráfico 11 Mercado Total en Valores**



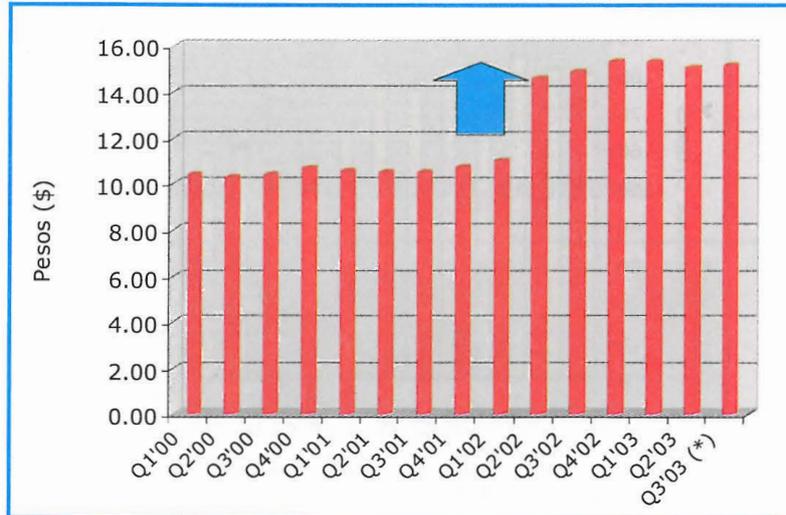
**Gráfico12 Mercado Total en Unidades**



Cuando lo vemos desde el punto de vista de unidades, los primeros trimestres del 2001 todavía éstas seguían aumentando, luego se mantiene y después empieza la caída brusca que se prolonga hasta el segundo trimestre del 2002, es decir que el nivel del volumen va como un trimestre todavía más avanzado pero en ese momento es compensado con un incremento de precios. Y cuando lo vemos desde el punto de vista de valores ya hay una recuperación en el segundo trimestre del 2002.

Desde la óptica del precio medio había una estabilidad en el orden de los 10 pesos lo que nos situaba históricamente en los 10 dólares, y éramos el mayor precio promedio en América Latina. Hay una subida instantánea en un período de tiempo muy corto y luego es como que se paró con leves oscilaciones. Estamos viendo que desde junio del año pasado hasta agosto de este año, que es la última medición efectiva que tenemos porque las demás son proyecciones, prácticamente el precio promedio ha tenido unas variaciones muy leves en torno de los 14, 15 pesos.

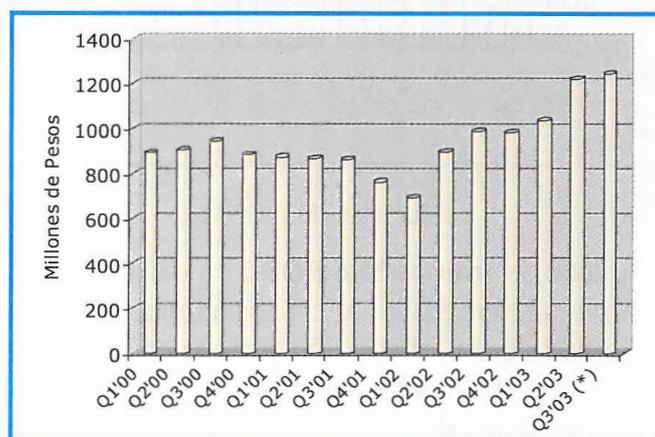
**Gráfico 13 Mercado total Precio Promedio**



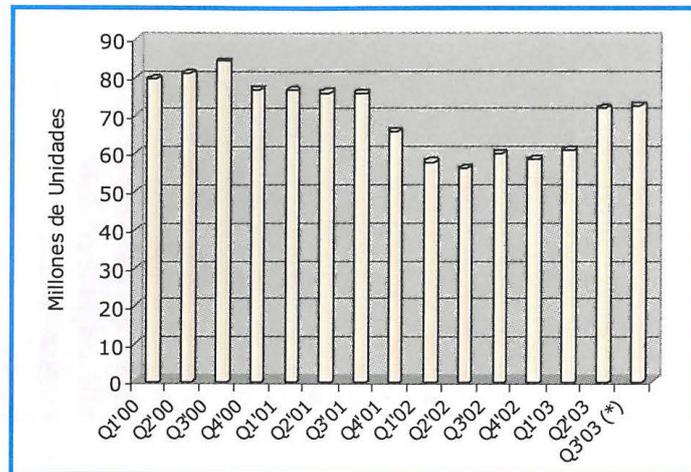
Fuente: IMS, 2003

¿Qué pasa cuando lo vemos en el **mercado ético**? Como puede verse en los siguientes gráficos, se va profundizando mucho más la diferencia y cuando lo vemos trimestralmente las caídas no son tan abruptas y no crece tanto como crecía el mercado total, porque las unidades no se recuperaron y el precio promedio sigue siendo más alto que el precio promedio del mercado total. Esto evidentemente al tratarse de dos mercados mutuamente excluyentes, hace que cuando uno sube el otro está bajando o está creciendo a un ritmo mucho menos acelerado, y entonces como tiene un peso mucho menor tira hacia abajo el precio promedio total, pero no tanto.

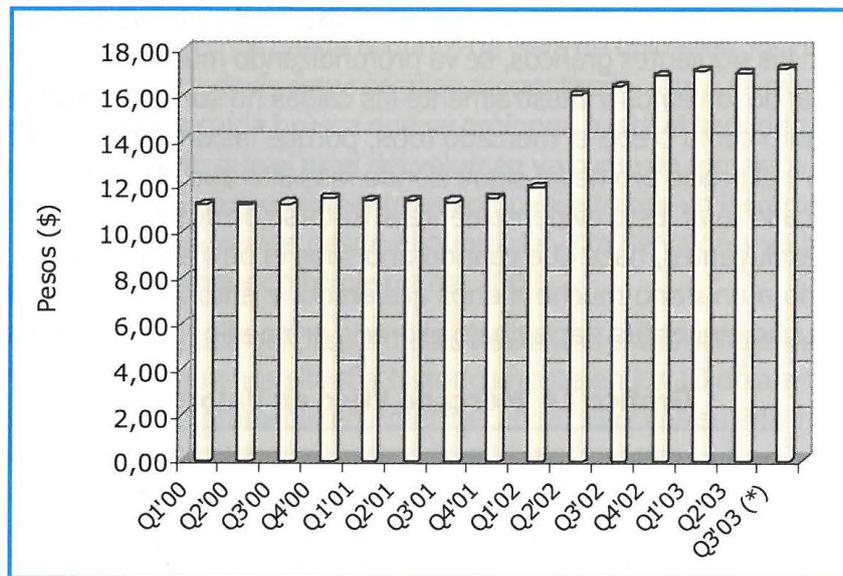
**Gráfico 14 Mercado Ético en Valores**



**Gráfico 15 Mercado Ético en Unidades**



**Gráfico 16 Mercado Ético - Precio Promedio -**

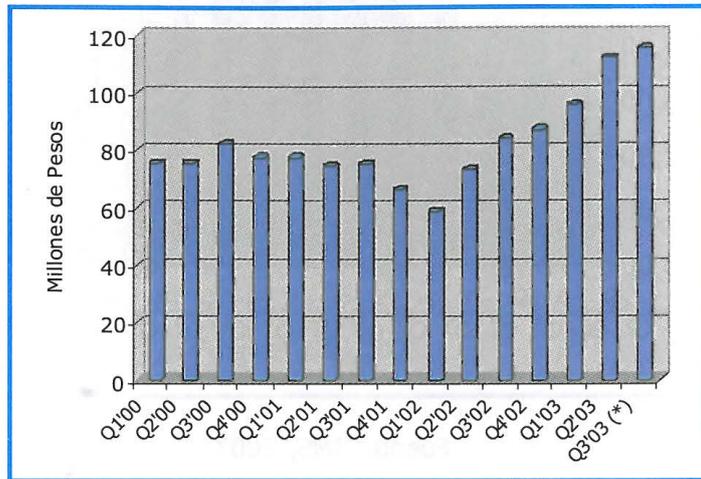


Fuente: IMS, 2003

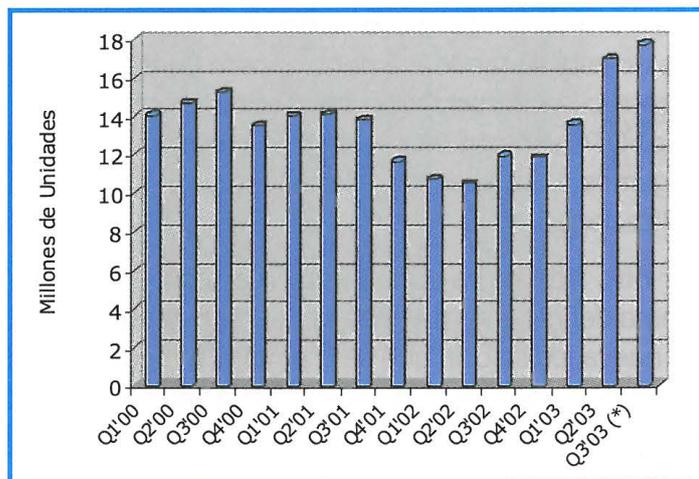
Por su lado, el **mercado de OTC** en valores sí está creciendo y lo hace fundamentalmente porque crece en unidades, y va modificando trimestre a trimestre esa participación que ya nos habíamos acostumbrado por unos cuantos años a verla en el 18%, pero su precio medio decae en los últimos trimestres. Prácticamente alcanzó un pico en el primer tri-

mestre de este año, y después paulatinamente y uno lo nota, todos los meses es lo único que empieza a dar en rojo con variaciones pequeñas pero siempre hacia abajo.

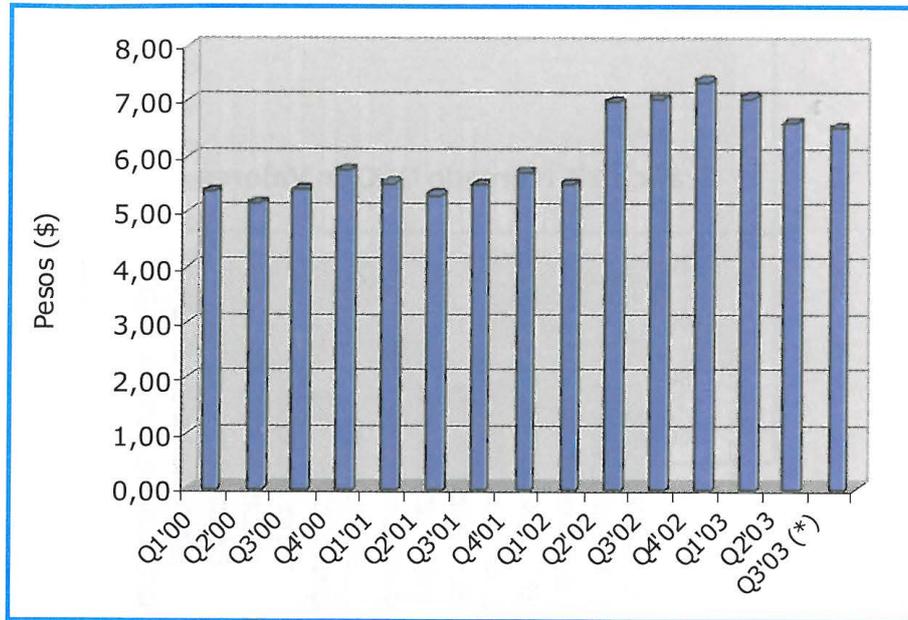
**Gráfico 17 Mercado OTC en Valores**



**Gráfico 18 Mercado OTC en Unidades**



**Gráfico 19 Mercado OTC - Precio Promedio -**



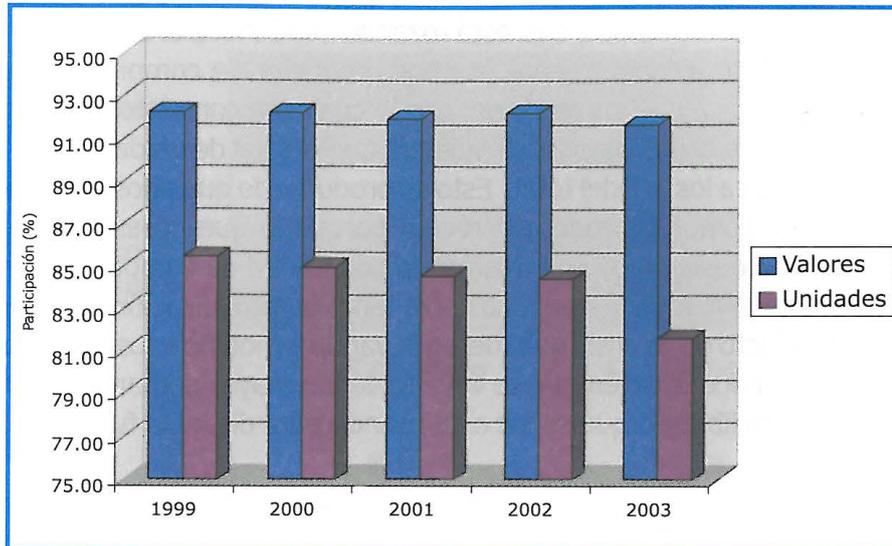
Fuente: IMS, 2003

Veamos muy brevemente ahora, sobre todo en base a una serie de gráficos que son bastante explícitos por sí mismos, qué pasó con la **participación de mercado de los diferentes segmentos** sobre los que hemos estado hablando.

El mercado OTC desde el punto de vista de unidades también tuvo un pequeño crecimiento. Si uno lo ve desde el punto de vista absoluto ese crecimiento no está llegando a 5 puntos, pero pensémoslo en un mercado en crecimiento cuya participación ha crecido en más de un 20%. Puede verse que los OTC van con una aceleración un poco mayor que los demás pero no llegamos a detectar los valores que uno suele escuchar o leer en ciertas publicaciones.

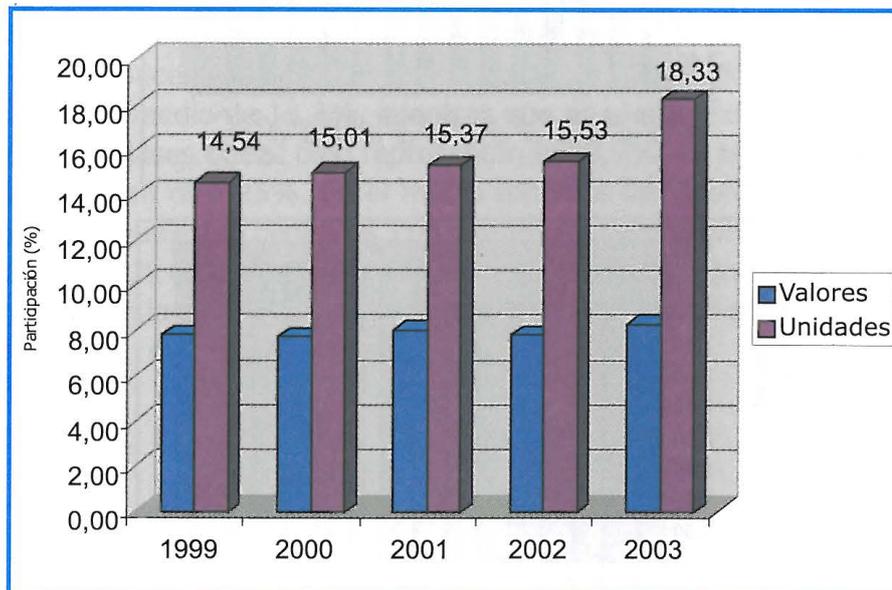
Por otro lado se ha dado también el ingreso de genéricos. Si bien nosotros como definición lo tuvimos siempre presente, de alguna manera a partir de la nueva legislación que se promulga a mediados del año pasado, estamos viendo que desde el punto de vista de valores y dentro del mercado que estamos midiendo, se llega a alcanzar un punto máximo de 3.15 no llegando ni siquiera a 3.20% de *share*.

**Gráfico 20 Participación Mercado Ético**



Fuente: IMS,2003

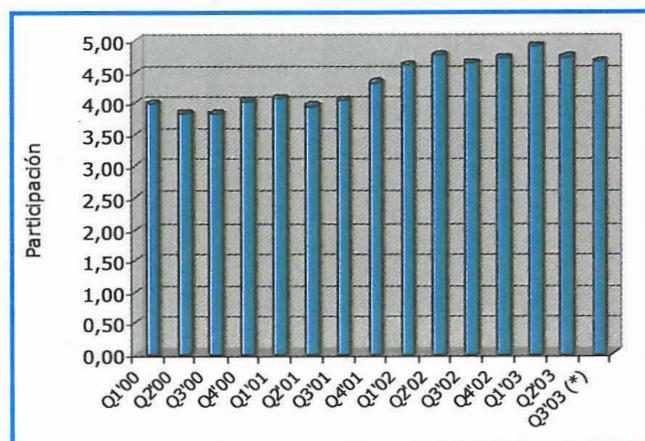
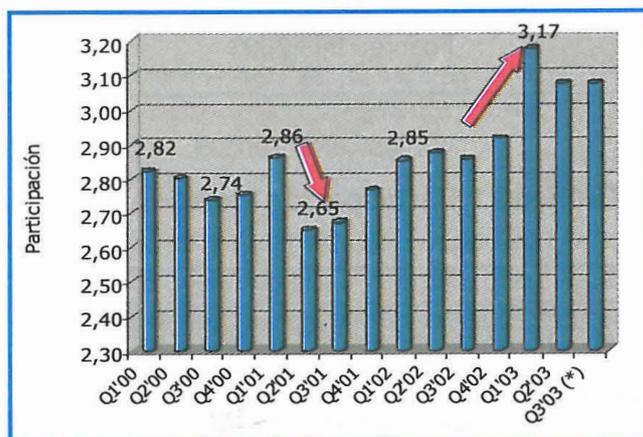
**Gráfico 21 Participación Mercado OTC**



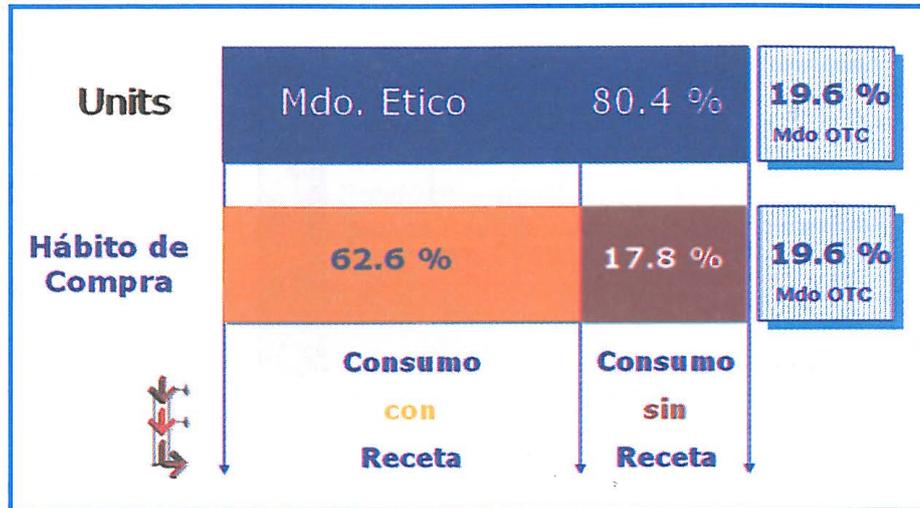
Fuente: IMS,2003

Si nosotros miramos un poco **cómo son los hábitos de consumo** en la última medición que estamos teniendo, el mercado de OTC tiene un peso del 19,6% en unidades, casi está rozando ese 20%. Del 80% restante del mercado ético evidentemente muchos productos se compran sin una prescripción médica que los respalde, con lo cual este consumo de recetas si se lo mira sobre el mercado total, muestra que el total de unidades que se mueven no llega a los 2/3 del total. Esto es producto de que años atrás, uno prácticamente compraba todo con receta porque lo que no estaba en la receta no tenía descuento, no teníamos la posibilidad de comprar los productos en cualquier lugar y tampoco había tanta automedicación, una serie de cosas producto de la crisis que fueron llevando a modificar los hábitos de consumo. Eso hace también que se vaya teniendo mayor demanda de productos de venta libre porque se los está usando para distintas funciones.

**Gráfico 22 Participación Genéricos En Valores En Unidades**



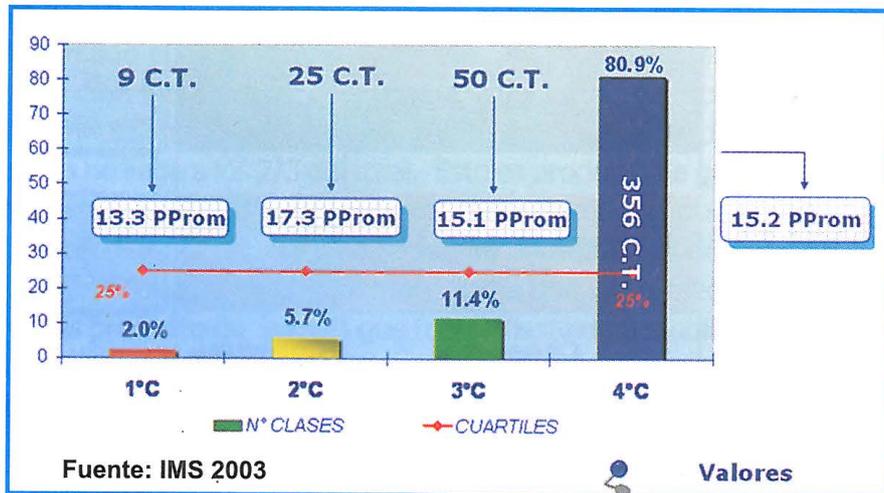
**Gráfico 23 Hábitos de Consumo**



Fuente: INTE Argentina, Datos de prescripciones

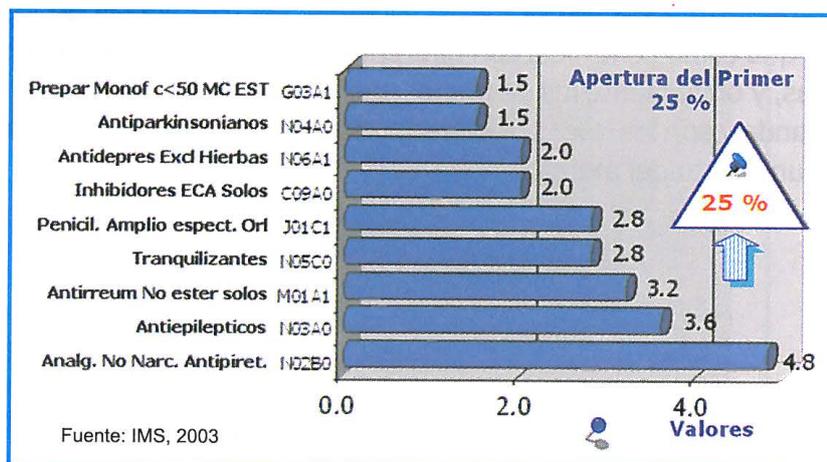
Si vemos cómo está hoy concentrado este mercado a nivel de grupos terapéuticos, que IMS maneja de acuerdo a la acción terapéutica para la cual un producto está fabricado y que tiene 440 grupos a cuarto nivel, que son grandes grupos y subgrupos, vemos que un 25% del mercado está concentrado en apenas nueve clases terapéuticas que tienen un precio promedio de 13,3%, mientras que en el otro extremo vemos que hay 365 clases que si bien representan el 80,9%, en término de valores representan otro 25%. En el medio tenemos las diferencias de los dos cuartiles que están centrales, con diferencias de precios un poco más significativas, y obviamente los de menor precio son los que concentran mayor demanda y son los que concentran menor cantidad de clases terapéuticas en un cuarto del mercado.

**Gráfico 24 Concentración de Grupos Terapéuticos (IV nivel) MAT Agosto-03**



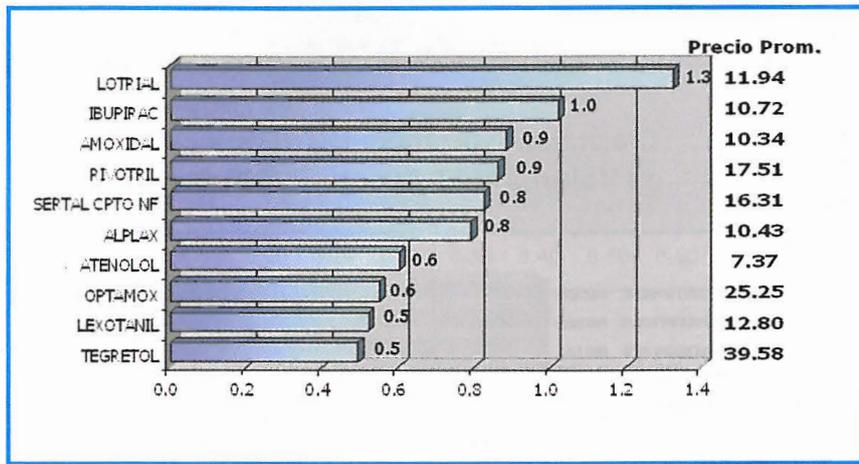
Cuando vemos cuáles son los **principales grupos** obviamente el primero que aparece es todo lo que sea analgésico no narcótico donde están todos los que normalmente conocemos, siguen los antipiréticos, los antirreumáticos, los tranquilizantes y así sucesivamente hasta encontrar los que hacen a estos nueve grupos que conforman el primer 25% del valor. Hay una clase terapéutica que hace al 5% del mercado, que sobre 440 grupos es bastante significativo, esto permite hacer bastantes análisis y ver lo que está pasando con todos los productos que están incluidos en este grupo.

**Gráfico 25 Principales Grupos Terapéuticos, (IV nivel) MAT Agosto-03**



Cuando vemos cuáles son los **principales productos del mercado ético visto en valores** estamos viendo que no son productos nuevos en general, son productos maduros y tienen distinto precio promedio, y un sólo producto (Lotrial) tiene un poco más del 1% del mercado, todo lo cual habla de ciertas características del mercado ético.

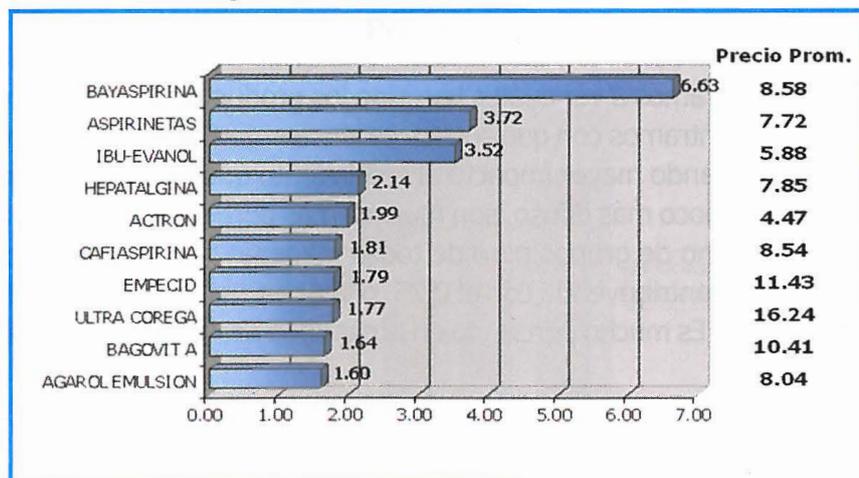
**Gráfico 27 Principales Productos en el Mercado Ético - Valores -**



Fuente: IMS, 2003

Desde el punto de vista del **mercado de OTC**, evidentemente todos los que son analgésicos comunes por llamarlos de alguna manera histórica, salvo el ACTRON que es un producto nuevo del año pasado, los demás son los que siguen generando mayor concentración dentro de este mercado.

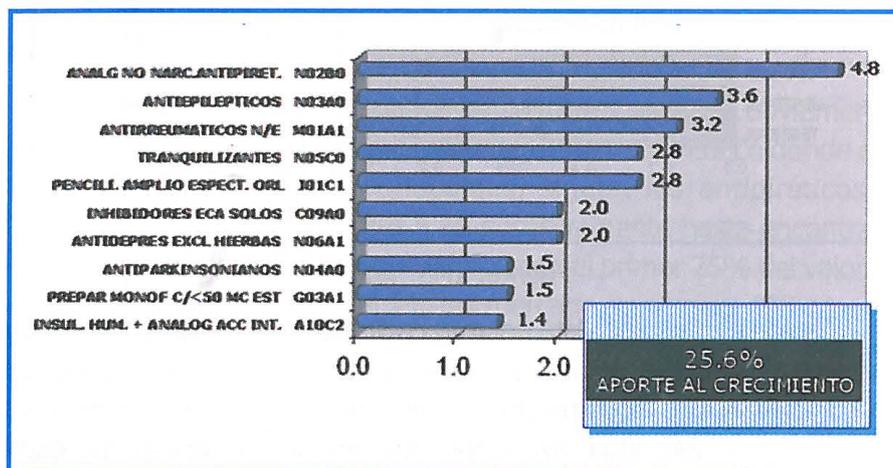
**Gráfico 28 Principales Productos en el Mercado OTC - Valores -**



Si analizamos el **mercado total** a lo que tenemos acumulado los últimos 12 meses a agosto de este año versus el año pasado, hay un crecimiento neto del 34%. ¿Cuáles son los diez principales grupos terapéuticos que contribuyen a este crecimiento? Vemos en el Gráfico 29 que vuelven a aparecer los analgésicos no narcóticos y antipiréticos que se llevan el 5% de todo ese 34% de crecimiento, es decir una séptima parte del crecimiento se lo lleva un sólo grupo terapéutico.

**Gráfico 29 Grupos Terapéuticos de Mayor aporte al Crecimiento**

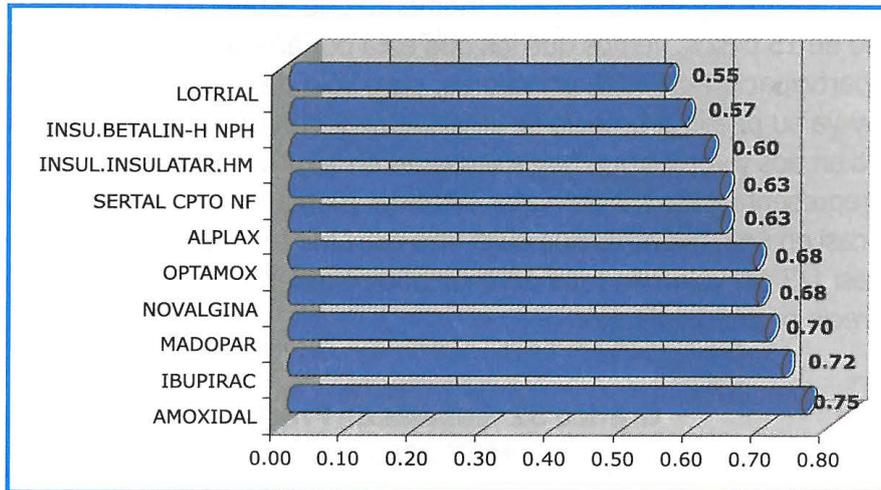
**Crecimiento promedio 34.0%  
en Valores MAT Agosto 2003**



Fuente: IMS, 2003

Cuando vamos a ver cuáles han sido los productos de mayor crecimiento, nos encontramos con que son los productos tradicionales, maduros, que siguen aportando mayor impacto al crecimiento que registra el mercado. Aquí está un poco más difuso, son muchos más porque estamos hablando de productos no de grupos pero de todas maneras hay uno de los productos que está contribuyendo con el 0,75, o sea casi un 1% de ese 34% de crecimiento total. Es mucho pensando en la cantidad de productos que tenemos.

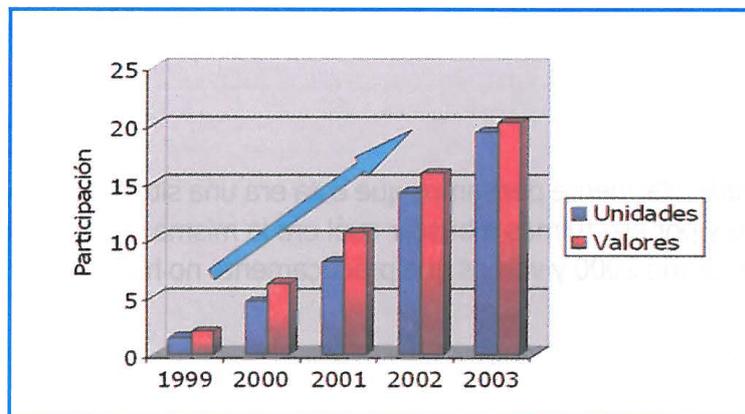
**Gráfico 30 Productos de Mayor Crecimiento en Valores MAT Agosto-03**



Fuente: IMS,2003

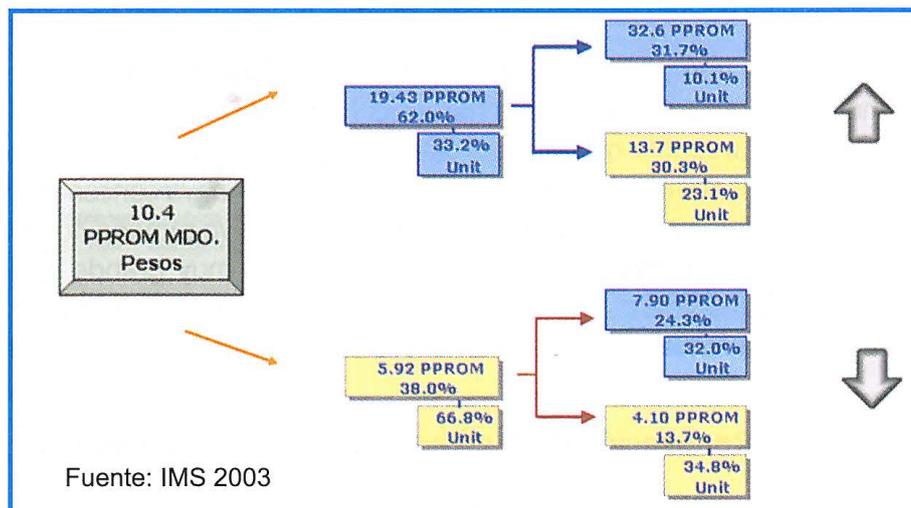
Veamos qué pasa en cuanto a la **renovación del mercado**. Si tomamos los últimos cinco años y miramos hasta la primer quincena de septiembre, es probable que tengamos nuevos lanzamientos si incluimos nuevos productos como tal con un nombre nuevo o una nueva concentración o forma de administración, ya que para nosotros un nuevo tamaño no es un nuevo producto. Vemos que no tiene un crecimiento muy grande en los primeros años, ahora se está notando un poco más, pero de todas maneras el mercado se ha renovado escasamente un 20% en cinco años.(Gráfico 31)

**Gráfico 31 Renovación del Mercado Participación de Nuevos Productos**



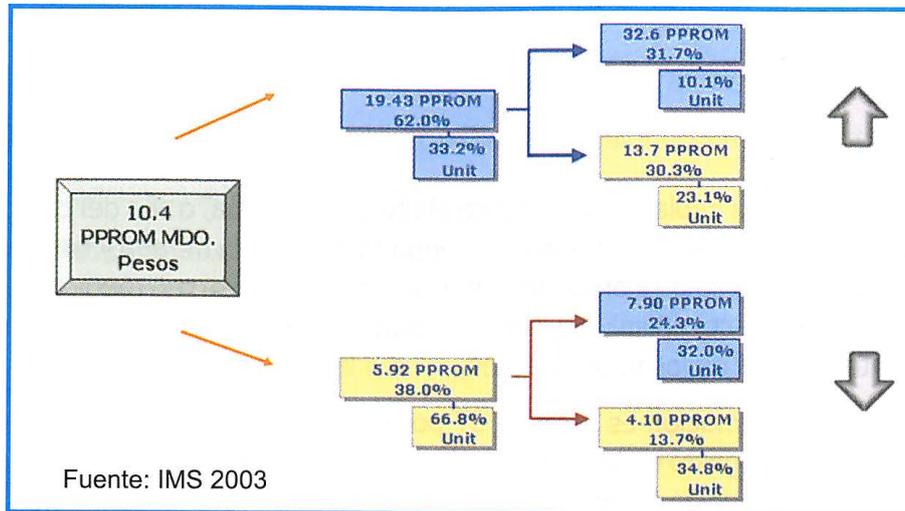
Antes de finalizar queríamos presentar la **concentración** y ver cómo está la curva de distribución de los productos haciendo una comparación. Si nosotros partimos en este momento que estamos en un precio promedio de 15 pesos, vemos que los que está por arriba del promedio tienen una participación del 61% en valores, pero sólo de casi un 35% en unidades, y ya su precio promedio se va a \$26.7. A su vez volvimos a abrir este grupo en dos y vemos que hay solamente un 10,7% del volumen físico que nos representa casi 1/3 del valor total del mercado y el precio promedio está casi en \$43, mientras que en el otro extremo tenemos la relación inversa, casi 1/3 del volumen total del mercado solamente hacen un 12.4% con un precio promedio de \$ 6.

**Gráfico 32 Análisis de Precios  
- MAT 2003 -**



Particularmente pensamos que esta era una situación que se había acentuado y por eso fuimos a buscar cuál era la misma situación, el mismo análisis en el año 2000 y vemos que prácticamente no hay diferencia. (Gráfico 33)

**Gráfico 33 Análisis de Precios  
- MAT 2000 -**



Esto nos tiene que llamar a la reflexión. Con todas las cuestiones que fueron pasando, que fuimos escuchando en las distintas presentaciones, con las caídas del mercado, con las variaciones de precios, con la diferente participación que van teniendo el mercado ético y el mercado popular, esa concentración no tiene cambios del 2000 a la actualidad. Es un punto interesante para dejar abierta la discusión y ver la presentación que sigue con los temas del consumo propiamente dicho.

## El Peso del Gasto en Medicamentos dentro del Gasto en Salud

*Lic. Mónica Levcovich*

### INTRODUCCIÓN

No voy a hablar de lo que dice el título de la mesa, o sea del cambio de consumo y el gasto, sino que me propongo cambiar la mirada y tratar de mostrarles cómo se descompone y qué peso tiene el gasto en medicamentos dentro del gasto en salud, y también cómo se compone ese gasto desde el punto de vista de los financiadores.

La información es del año '97 porque es el año en que se hizo un estudio sobre el gasto en salud entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía a partir de la información que tenía el Ministerio de Economía para elaborar la matriz insumo producto, que es la que permite conocer el valor del producto bruto del país.

Aprovechamos esa información y agregando otras, pudimos armar una matriz de gasto y financiamiento, donde se han agrupado los datos del siguiente modo:

En las columnas se armaron tres grandes agrupamientos:

- Los financiadores directos o sea los hogares, las empresas del resto de los sectores productivos, los gobiernos y las instituciones sin fines de lucro.
- Los financiadores intermedios o sea las obras sociales (Nacionales, Provinciales y el INSSJyP y los seguros voluntarios o prepagos.
- Todos los prestadores públicos y privados, individuales (profesionales) e institucionales de todos los rubros que componen la atención de la salud.

En las filas están los distintos bienes y servicios referentes al total de las prestaciones de salud:

- Todos los bienes que componen la atención de la salud, como por ejemplo primeros auxilios, total de aparatología, medicamentos de uso humano y compuestos químicos.

- Luego están el total de los servicios de salud humana, tanto los establecimientos públicos como los privados, como por ejemplo clínicas, médicos y odontólogos, servicios de diagnóstico y servicios de emergencia.

Seguros de afiliación voluntaria y aquellos de afiliación obligatoria.

Y además hemos agrupado en cuatro filas los siguientes cuatro rubros:

- Consumos intermedios varios.
- Residencias con servicios de enfermería.
- Retribución al trabajo.
- Otros componentes del V.A.

## LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO

Lo que nos permitió conocer este estudio es un nivel de gasto sanitario total de 23.642 millones de pesos o dólares en ese momento que significaban el 8% del producto bruto, un nivel bastante similar al de los países desarrollados con sistemas de salud relativamente estables en cuanto a costos.

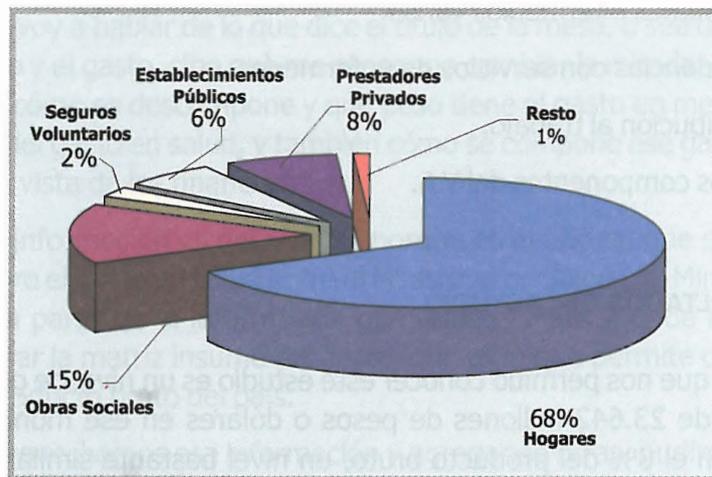
**Cuadro 1 Gasto en salud. Argentina, 1997**

	Monto	% s/Gasto Total	% s/PBI
<b>GASTO PRIVADO</b>	<b>10.598</b>	<b>45%</b>	<b>3,7%</b>
Gasto de bolsillo de los Hogares	6.699	28%	2,3%
Seguros voluntarios	3.537	15%	1,2%
Empresas	146	1%	0,1%
ISFLH	216	1%	0,1%
<b>GASTO PUBLICO</b>	<b>13.044</b>	<b>55%</b>	<b>4,4%</b>
Gobiernos	5.078	21%	1,7%
Seguridad Social	7.966	34%	2,7%
<b>TOTAL</b>	<b>23.642</b>	<b>100%</b>	<b>8,1%</b>

Si queremos saber cuánto se gasta en medicamentos tenemos que sumar la fila correspondiente de la matriz que explicamos antes, que es el gasto en medicamentos de los hogares, de las empresas, de los gobiernos, obras sociales y prestadores. Y entonces lo que tenemos es que los hogares

contribuyen con un 67% del gasto en medicamentos. O dicho de otra manera, que el 67% del gasto total de medicamento lo financian los hogares, el 15% las obras sociales, 2% los seguros voluntarios, un 6% los establecimientos públicos, 8% los prestadores privados y 1% el resto.

**Gráfico 1 ¿Cómo se financia el gasto en medicamentos?**



Fuente: Levcovich Mónica, 2003 en base a Estimaciones del gasto en Salud Argentina. Año 1997 y proyecciones Ministerio de Salud y Ministerio de Economía

Esto nos lleva a pensar que hay que mirar con mayor detalle qué pasa con los hogares y en qué gastan los hogares. Gastaron en 1997 en bienes y servicios de salud un total de 9.660 millones de pesos, de los cuales casi el 48% se destinaba a medicamentos, el segundo rubro en importancia son los seguros voluntarios.

Nosotros hicimos el cálculo del gasto en medicamento por un lado a partir de la oferta, siguiendo la información de la producción y comercialización que se relevó para hacer la matriz de insumo producto, y por otro lado hicimos el cálculo de la demanda. Esto significa que teníamos la información del gasto de los hogares a través de la encuesta nacional que se había hecho en el '96/97, y en esa misma encuesta se preguntaba a las personas que habían comprado medicamentos, si lo habían pagado en su totalidad o habían tenido alguna cofinanciación.

A partir de esta información lo que hicimos fue reconstruir el gasto de los financiadores intermedios, o sea obras sociales y seguros voluntarios, a partir de lo que las personas manifestaban que creían que había sido el descuento recibido. La pregunta de la encuesta era si habían tenido un descuento menor al 25%, de entre 25 y 50%, del 50 al 75% o del 75 al 100%. En función de esto reconstruimos el gasto de los seguros voluntarios y de las obras sociales, pero para llegar al valor que teníamos por otro lado, del lado de la matriz insumo producto, nos dimos cuenta de que consideramos que la gente, acaso todos nosotros, creemos que nos descuentan más de lo que en realidad nos descuentan.

Hicimos la prueba para garantizar que los valores que estábamos tomando se correspondían con la realidad, y la verdad es que en este punto nos sorprendió el valor de los montos totales de gasto en medicamentos y del gasto particular de los hogares.

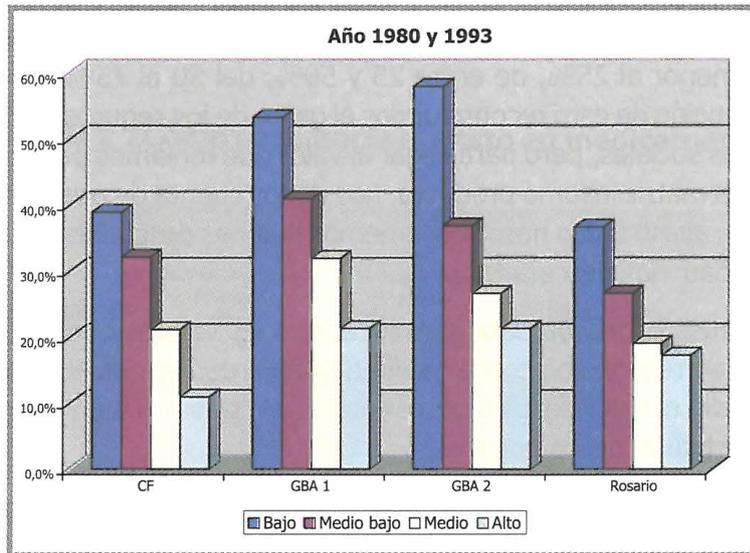
¿Por qué es importante dar una mirada más fina sobre el gasto de los hogares?

Porque el gasto en salud se modifica muchísimo entre los hogares de distinto nivel socioeconómico.

Aquí tenemos la relación del gasto en medicamentos como porcentaje del gasto en salud de los hogares según estrato socioeconómico. Los estratos están considerados de modo tal que los dos primeros cubren cada uno un 30% de población, y los estratos medio y alto un 20% cada uno.

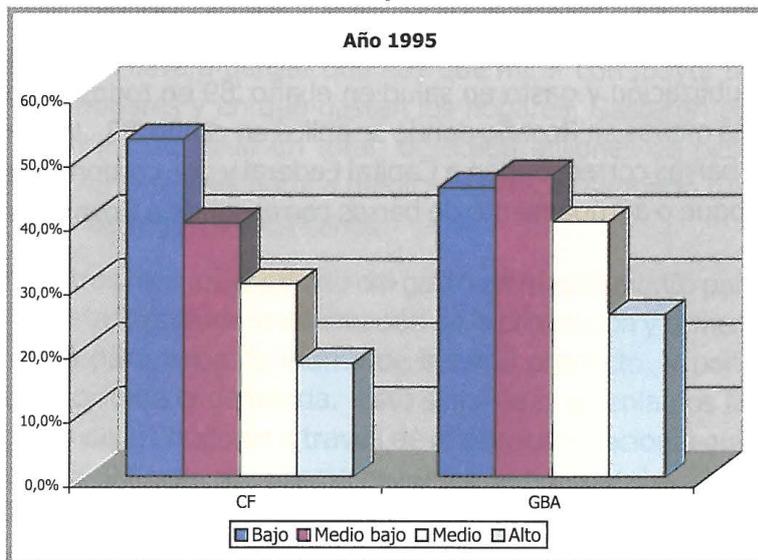
Lo que vemos en el Gráfico 2 es el resultado de la encuesta que se hizo sobre utilización y gasto en salud en el año '89 en todos los grandes aglomerados menos en Rosario donde se aplicó en el año '93. Los primeros bloques de barras corresponden a Capital Federal y dos cordones de GBA y el último bloque o agrupamiento de barras corresponde a Rosario en el año '93.

**Gráfico 2 Gasto en medicamentos como porcentaje del gasto en salud de los hogares Por nivel socioeconómico**



El Gráfico 3 corresponde también a una encuesta de utilización y gasto en salud pero del año 1995 en Capital Federal y Gran Buenos Aires. Estos son estudios que hizo la Dirección de Estadísticas de salud.

**Gráfico 3 Gasto en medicamentos como porcentaje del gasto en salud de los hogares Por nivel socioeconómico Capital Federal y GBA, 1995**



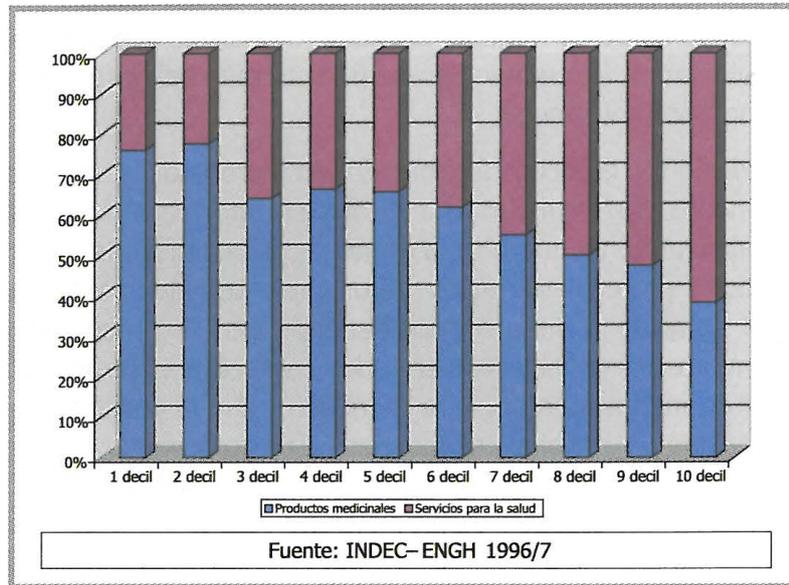
El porcentaje de participación del gasto en medicamentos respecto del gasto en salud total es mucho más alto en los hogares de menor nivel de ingreso. Esto se debe a que en principio lo primero que desaparece en la cartera de consumo de los hogares de menor ingreso es el pago de cuotas a seguros voluntarios, lo cual hace que la participación del gasto en medicamentos automáticamente suba.

En el año '89, la encuesta se hizo en pleno proceso hiperinflacionario, lamentablemente eso le quitó mucha validez a la información por lo menos en valores absolutos. Lo que hizo la gente de estadísticas de salud es un cuadro donde se veía cuáles eran los rubros que entraban en el gasto de los hogares de acuerdo a su nivel socioeconómico. El único rubro que sistemáticamente era considerado en todos los sectores socioeconómicos era el gasto en medicamentos. Esto demuestra que la gente tenía algún acceso a servicios y al hospital público, pero el único desembolso que tenía que hacer era el gasto en medicamentos. Y por otro lado demostraba que a veces la única puerta de acceso al sistema era a través de la farmacia, lo cual señala la importancia de esta vía de contacto entre la población y el sector salud.

No sólo la participación del gasto en medicamentos sobre el gasto total en salud es más alta en los niveles socioeconómicos más bajos, sino también lo es el peso que tiene el gasto en medicamentos en relación a los ingresos.

Mostramos en el Gráfico 4 el resultado de la Encuesta Nacional de Gasto en los Hogares. En el mismo puede verse para cada decil cuál es la participación de los productos medicinales y de los servicios de salud sobre el consumo de salud. A medida que va aumentando el nivel de ingresos va decayendo la importancia que tiene el gasto en medicamentos en relación al gasto en salud.

**Gráfico 4 Porcentaje de gasto en productos medicinales y en servicios de salud por decil de ingreso**



Y finalmente en este cuadro hay algún dato proveniente de una encuesta que se hizo en 2001, en el Área Metropolitana por la Dirección de Estadísticas de Salud de Nación, donde se muestra el índice de diferenciación, que es el cociente entre lo que gastaron los que están por arriba de la mediana de ingreso respecto a los que están por debajo de la mediana de ingresos. Cuanto más alto es el índice de diferenciación mayor diferencia hay entre el gasto de los hogares de mayor nivel ingreso respecto de los de menor nivel de ingreso. Cuanto menor es el índice de diferenciación, que como se puede ver en el caso de medicamentos es de los más bajos, esto significa que no hay diferencia entre el gasto per capita de un hogar de alto nivel de ingreso, respecto del gasto de un hogar de bajo nivel de ingreso. Es un rubro de gasto que no se diferencia entre los distintos estratos socioeconómicos.

**Cuadro 1 Índice de Diferenciación**

Tipo de Gasto	Índice	Gasto promedio entre los que están, respecto de la mediana de ingresos ... :		
		Arriba	Debajo	Total
<b>Total Gasto en Salud</b>	1,70	60,30	35,41	49,57
Gasto en Afiliación	2,56	33,29	12,98	28,32
Consulta al Médico	1,61	24,02	14,89	19,88
Consulta al Dentista	2,44	98,27	40,25	70,21
Consulta al Psicólogo	1,38	70,70	51,17	67,42
<b>Gasto en Medicamentos</b>	<b>1,20</b>	25,68	21,41	23,72
Gasto en Estudios, tratamientos e internación	1,67	30,88	18,47	24,85
Gasto en Otros Items	1,19	56,55	47,48	52,77

**El "Índice de diferenciación" es el cociente de lo que gastaron los que están arriba de la mediana de ingresos, respecto de los que están por debajo de la mediana de ingresos. Los cálculos están hechos para aquellos que gastaron en cada rubro. Cuanto más alto es el valor del Índice., mayor la diferencia del gasto a favor de los sectores de ingresos más altos.**

Y para terminar queríamos señalar que esto muestra la importancia de la intervención del Estado, ya sea mediante políticas regulatorias del mercado, mediante la promoción del uso racional del medicamento o mediante la financiación directa, de manera de garantizar el acceso a los medicamentos a la población de menores recursos.

## **Mesa 11 Buscando el equilibrio entre el acceso, calidad de los medicamentos y profesionalidad en la prescripción y dispensa**

*Coordinador Farm. Silvina Serenelli*

*Continuando con estas Jornadas, nos toca ahora coordinar esta mesa que es "Buscando el equilibrio entre el acceso, calidad de los medicamentos y profesionalidad en la prescripción y dispensa", título que ya de por sí es muy elocuente de modo que huelgan mayores comentarios. Fundamentalmente en esta mesa lo que se pretende es abordar los aspectos esenciales que involucra una eficiente prestación farmacéutica. Y con el fin de enfocar el tema desde distintos ángulos, nos acompañan hoy Manuel Agotegaray y Carlos Vassallo. Si bien ambos creemos que son sobradamente conocidos por la mayoría de los presentes, vamos igualmente a presentarlos de modo formal. Manuel Agotegaray es farmacéutico y presidente del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe 1ra Circunscripción, Carlos Vassallo es contador público egresado de la Universidad Nacional del Litoral, cursó estudios de postgrado sobre Organización y Gestión de la Salud en la Universidad Bocconi de Milán, es profesor de Economía de la Salud y Economía de la Empresa en el Instituto Universitario ISALUD e Instituto Lazarte de la Universidad Nacional de Rosario, Director Académico del Observatorio, Salud, Medicamentos y Sociedad, y Vicepresidente de la Asociación de Economía de la Salud. Vamos a dar comienzo con la disertación de Manuel Agotegaray, luego seguirá el Dr. Carlos Vassallo y al final esperamos tener tiempo y espacio para un intercambio con la audiencia.*

### **La visión y experiencia de los farmacéuticos**

*Farm. Manuel Agotegaray*

#### **INTRODUCCIÓN**

Vamos a limitar nuestro enfoque a analizar y comentar lo que los farmacéuticos creemos que es nuestra función y nuestro rol, porque cree-

mos que luego Carlos Vassallo nos puede hablar mucho mejor del mercado de medicamentos.

Para empezar nos pareció interesante recordar que la Carta de Estocolmo de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) destaca el rol que los farmacéuticos deberíamos tener dentro del sistema de salud, y como partícipes claves de toda política farmacéutica.

---

**El Farmacéutico como profesional de la salud debe ejercer un liderazgo en el campo de los medicamentos, tanto en su manejo científico como en su empleo racional, de esta manera otorga calidad, seguridad, eficacia y dispensación informada y responsable de los medicamentos. (FIP)**

---

### **VISIÓN DE LOS FARMACÉUTICOS FRENTE A LOS DINÁMICOS CAMBIOS DEL MERCADO DE MEDICAMENTOS**

Para hablar de la visión de los farmacéuticos, lo cual es bastante útil antes de definir una política de acción, hay que analizar primero la política de medicamentos. Por eso muy brevemente vamos a hacer un repaso de la actuación del Estado en los últimos años.

Si empezamos describiendo muy sucintamente el **rol del Estado**, tenemos que hablar sobre dos hitos importantes: **la política de la última década y la promulgación de la ley de Prescripción por Denominación Común Internacional**. Al respecto, creemos que ni en la famosa década de los '90, ni lamentablemente en la actualidad contamos con una política integral del medicamento determinada a través del Estado. Indudablemente, una serie de medidas se van tomando y muchas veces nos van marcando un camino, pero todavía los farmacéuticos no podemos estar conformes con estas respuestas parciales porque aspiramos a que se vayan poniendo pilares firmes de un proyecto serio y perdurable más allá del color político de los sucesivos gobiernos.

### **LA POLÍTICA FARMACÉUTICA EN LOS '90**

Describiendo **la política de los '90**, lo primero que surge es que primó un criterio del medicamento mucho más comercial que sanitarista.

Acaso hubo buena fe por parte de quienes estaban encargados de manejar esto, que lamentablemente no eran las secretarías o los ministerios de salud, sino el ministerio de economía. Pensamos que respecto a los '90 se produce una confusión cuando se dice que el Estado estuvo ausente en este tiempo y no teníamos una política de medicamentos. Lo que vimos fue una actitud pasiva del Estado pero perfectamente pensada y ejecutada, basada tal vez en premisas erróneas, pero acordes al concepto que se aplicó al medicamento.

Y vemos que entonces se llegó a pensar que con una Desregulación tal como se aplicaba a cualquier otro bien de mercado, en el caso de los medicamentos iba a generar una mayor competencia y ésta redundar en una baja del precio. Al resultado de esto todos los argentinos lo conocemos: fue un fracaso total, fundamentalmente porque éste es un mercado donde no existe la competencia en los términos que se da en otros sectores de la economía, ni con los parámetros que se aplicaron.

El resultado final de este proceso está de más comentarlo in extenso. A pesar de que se puede admitir que en los primeros años fue positivo para algunos actores, luego se volvió en contra por que se ignoró en general a la demanda, y al estar el fiel de esta balanza solamente sobre la oferta, el mercado se fue saturando de productos. Al no intervenir el Estado fueron apareciendo mecanismos como los de remplazar la caída de ventas en cantidad de unidades por los cambios de presentaciones a diferentes precios, los "novos", los NF, etc. Este descontrol y sus consecuencias nadie lo conoce mejor que los farmacéuticos, porque empezamos a tirar medicamentos vencidos como nunca en la vida. Hemos llegado al punto de tener en el mercado más de 23.000 productos a un precio promedio de 28 a 30 pesos, cuando normalmente el movimiento de nuestras farmacias alcanza a un 15 o 18 % de esa cantidad de productos.

Reiteramos entonces que no estamos de acuerdo cuando se dice que hubo una ausencia del Estado, creemos que hubo una presencia bien pensada para dejar que de alguna manera algunos tomaran las medidas que creían convenientes. En esta década el fiel de la balanza estuvo puesto sobre la oferta y a lo mejor fue uno de los sectores en donde más regulación hubo, pero regulación para los más poderosos.

A partir de los '90 los farmacéuticos fuimos entendiendo que, si bien no debemos sentirnos víctimas, lo cierto es que todos los coletazos de lo que pasa en lo macro terminan afectándonos. Sin embargo, a partir del

'95 ni siquiera a los que impulsaron las normas les convenía este tipo de cosas. Esto fue quedando claro cuando comenzaron a disminuir las ventas de unidades de medicamentos en el país, pese a que algunos trataron de salvarse modificando las presentaciones, lo que permitió que se recuperara parcialmente el volumen en dinero recaudado. Finalmente, la situación se salió de cauce y no resultaba conveniente para ninguno de los actores. Los farmacéuticos fuimos acompañando, en la medida de nuestras posibilidades, pero para entonces se nos hacía muy difícil seguir ejerciendo nuestra profesión en forma independiente con un nivel de rentabilidad suficiente a través de nuestras oficinas de farmacia.

**Como primera conclusión y en forma de interrogante: ¿podemos los farmacéuticos sostener sin sufrir un desfinanciamiento importante este volumen de mercado, o nos conviene algún tipo de regulación donde el capital que invertimos sea acorde a la renta?** Es importante tener esto presente porque si bien entendemos que hay que trabajar muy consensuadamente y coordinados con el mercado, no podemos poner a las farmacias al borde del desfinanciamiento total porque ello implica un gran deterioro en la calidad del servicio farmacéutico.

## **LA LEY DE PRESCRIPCIÓN POR LA DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL**

El segundo punto es la **promulgación de la ley de Prescripción por la Denominación Común Internacional**. No nos gusta usar ni la palabra genérico ni sustitución, palabras ambas vapuleadas y mal usadas hoy en el mercado del medicamento. Pero debemos hacer referencia a esta ley porque creemos que constituye otro hito importante en la política. De algún modo pareciera que el Estado "*patea el tablero*" e interviene después de muchos años, simplemente llamando a los medicamentos por su nombre, pero sin abordar todavía una política que se ocupe de ordenar a la cadena en forma integral desde la importación hasta el consumo o destrucción de los medicamentos.

Mientras tanto, frente a estas medidas gubernamentales, los farmacéuticos por ser el eslabón más débil de la cadena nos encontramos con nuevos frentes abiertos. Por un lado, apenas sancionada la norma, los mismos productores salieron a agitar fantasmas sobre la calidad de los medicamentos, pero sin aclarar cuáles eran de primera y cuáles los de segunda calidad. Fue inevitable entonces que la gente empezara a dudar de la cali-

dad de toos los medicamentos. Frente a ello, desde nuestro Colegio resolvimos enviar cartas documento a las tres cámaras de laboratorios, pidiendo que nos dijeran cuáles eran los medicamentos que podíamos vender con tranquilidad y cuáles no. Recordemos que para entonces esas cámaras publicaron solicitadas con la leyenda "No se deje confundir", pero parecía que nadie sabía lo suficiente para evitar esa confusión y aquélla era entonces una advertencia vacía. Solamente de una Cámara obtuvimos respuesta, y en reuniones posteriores con representantes de la industria comprobamos que probablemente no había por su parte una doble intención, sino una simple reacción para salir del paso, sin saber cómo avanzar después.

Nuestra conclusión fue que no debíamos sumarnos al debate entre "marquistas" y "generistas" sino trabajar para reforzar nuestro rol profesional a partir de la ley de D.C.I., que nos permite una interacción con el paciente, y manejar una cantidad de productos que satisfaga desde el punto de vista sanitario todas las necesidades de la población.

Simultáneamente, los farmacéuticos tuvimos que enfrentar y de alguna manera manejar la aparición de la oferta de medicamentos fraccionados cuando los medicamentos hospitalarios se llevaron a las oficinas de farmacia y se confundían con los genéricos, etc.

En medio de todo esto, cuando uno analizaba a fondo el tema de genéricos, se daba cuenta que no existen en Argentina y que se debería generar una política integral de estos medicamentos. Y el otro término abundante e incorrectamente utilizado es la "sustitución", porque con él se califica a lo que hace el farmacéutico cuando, avalado por su formación, entrega exactamente la droga prescripta, seleccionándola entre distintas marcas comerciales autorizadas, lo que esencialmente constituye un verdadero acto profesional.

**Como segunda conclusión planteamos otro interrogante: ¿Podemos los farmacéuticos ejercer nuestra profesión de forma independiente con unidades de negocio rentables con este nivel de sospecha y desorden en el mercado?** Lógicamente no podemos ejercer correctamente nuestra profesión en este escenario, por eso venía bien recordar el tema del liderazgo que define la FIP y que comentamos al comienzo, porque los farmacéuticos somos los que mejor podemos representar los intereses de la población frente al medicamento. Ese liderazgo lo debemos ejercer para lograr un ordenamiento en el mercado que nos permita desempeñar nuestra profesión con un alto contenido social y tener, a la vez, una renta empresaria que nos permita vivir dignamente.

## EL ACCESO AL MEDICAMENTO

Hablando de las medidas gubernamentales que se han ido tomando en los últimos años en materia de medicamentos, queremos resaltar que pareciera que toda la política estuvo sólo orientada al acceso. Pero éste es sólo un aspecto, ya que una política integral debe incluir un formulario de medicamentos esenciales definido, un régimen de precios que aunque no implique una regulación muy profunda, mínimamente tendrá que establecer alguna referencia importante en los mismos, así como una legislación de prescripción y de medicamentos genéricos.



Es muy importante que los farmacéuticos vayamos dejando en claro, que no es lo mismo un buen acceso al medicamento por parte de la gente que simplemente un precio económico, porque el resultado final de esto puede estar ligado a un mayor costo sanitario. Y esto lo destacamos porque realmente vemos que hemos entrado en un festival de descuentos, donde muchas veces a la gente le sale más caro el medicamento de lo que aparentemente está pagando.

Creemos que en el tema del acceso los farmacéuticos debemos asumir un compromiso muy fuerte. Tenemos que aportar toda la información necesaria a la población para encauzar esto, y no seguir esta alocada carrera en que se ha sumido el sector buscando esconder el verdadero precio del medicamento. Tenemos que encontrar entre todos los sectores de la cadena la verdadera forma en que los medicamentos tengan un precio razonable, y de esa manera se logre un mejor acceso para toda la población.

También hemos empezado una campaña importante de concientización hacia la sociedad, sobre cuál es nuestra obligación y compromiso en cuanto a la calidad y seguridad de los medicamentos. Aquí queremos ser muy claros, porque cuando uno plantea que la ley D.C.I nos da otro rol a los farmacéuticos también es cierto que debemos estar a la altura de las circunstancias para asumir plenamente esa responsabilidad. No debe existir mayor aporte de los farmacéuticos a la

población que el de corregir la asimetría de información que existe entre ella y el sistema, para facilitarle su acceso a medicamentos de óptima calidad.

## **ACCIONES DEL MERCADO**

Como decía el Dr. Aldo Neri, a este país en diciembre de 2001 se le movieron hasta los cimientos. Por supuesto esto repercutió en el mercado de los medicamentos, y las respuestas de los distintos actores ha sido salir cada uno disparado, tratando de buscar soluciones individuales. En plena crisis algunas medidas sirvieron y en adelante comenzó a encauzarse la situación, pero el futuro depende de que los actores sectoriales adopten una conducta racional, y comprendan que la misión común no sólo significa tener una renta empresarial alta, sino asumir la importante obligación de dar respuestas a las demandas sanitarias de la gente. Creemos que los actores del sector que sea, que piensen que pueden sobrevivir en un mercado tratando de obtener muchas ganancias en poco tiempo, se están equivocando y no van a tener suerte en ese derrotero.

## **DIAGNÓSTICO DEL SECTOR FARMACÉUTICO**

### ***Acciones individuales***

**Desde que se desató la crisis, reinaron en el mercado la incertidumbre y la confusión.** Muchísimos colegas empezaron a tomar un camino individual creyendo que podían encontrar una salvación para ellos solos, y en algunos casos trataron de diferenciarse a toda costa del colega más cercano. Otros fueron por un objetivo un poco más ambicioso, intentando confundir a la gente, con grandes descuentos y un festival de carteles con cifras cada vez más grandes, y ocultándole lo que efectivamente gasta. Resulta claro que, más allá de alguna piratería del asfalto, nadie puede hacer milagros, y quien trabaja honestamente no puede inventar descuentos y márgenes que no existen en el mercado.

Lamentablemente, en algunos casos estos descuentos están apoyados por algún eslabón ubicado más arriba de la cadena, ya sean laborato-

rios o droguerías, y son estrategias que uno no las entiende, porque terminan afectando negativamente a la mayoría.

Creemos que esto va a quedar cada día más evidenciado, porque podrá ser rentable en los grandes centros urbanos para uno o dos colegas o dos empresas que se dediquen a organizar estos festivales del descuento, pero no puede constituir ésta una respuesta colectiva y sustentable de todo el sector. Entonces, será cuestión de estar atentos y de seguir trabajando y consensuando para revertir esta nefasta realidad.

**Otra respuesta a nivel individual está relacionada con la competencia compulsiva.** El concepto de competencia compulsiva no sabemos si técnicamente es el correcto, pero tiene que ver con el efecto arrastre y la excusa que se esgrime normalmente entre los farmacéuticos para explicar esas situaciones: *"si el colega lo hace a mí no me queda otra, después veo cuanto tendría que incrementar las ventas para que se justifique ese 10 o 15% de descuento"*. O sea que simplemente se hace algo porque otro lo empezó a hacer, de modo compulsivo y no racional, y de esa manera seguimos escondiendo la tierra debajo de la alfombra.

Nos interesaba plantear esto, porque ese camino es otro error comercial, que tal vez tenga que ver con que los farmacéuticos no tuvimos mucha formación en administración y economía. Vale la pena preguntarnos cuál es el sentido de poner en riesgo nuestro mercado, para debilitarnos entre nosotros y crear las condiciones propicias para que desembarquen otros competidores y se queden con todo. Queremos reiterar que este tipo de competencia compulsiva y a ciegas no es gratuito ni inocuo, porque en general lo que ponemos en riesgo es nuestros clientes, nuestra relación de toda la vida con la gente que nos conoce, a cambio de nada. Hay que ser muy ingenuo para pensar que todo ese mercado desordenado va a ser para los mismos colegas que han vivido toda la vida en una localidad, y no para intereses mayores a los de los farmacéuticos, que, con otro potencial económico y con otra información, indefectiblemente se apoderarán de todo el mercado, más allá de las jurisdicciones políticas.

No podemos seguir alentando esta carrera alocada de esconder el verdadero precio de los medicamentos, porque esto no le sirve a nadie. ¿O alguien se cree que cuando nos ganen los "cadeneros" no van a imponer sus condiciones a las dos puntas de la cadena, tanto a los farmacéuticos como a los productores?

**Otras consecuencias posibles de esta dispersión:**

- **Distribución a distancia.** La venta por correo o por internet que últimamente se ve en varios países y no sólo como era clásico en los Estados Unidos, y es una amenaza concreta
- **Venta de especialidades farmacéuticas en cualquier negocio.** Otra consecuencia es la venta de especialidades farmacéuticas en cualquier negocio con la confusión que se provoca siempre con el tema de venta libre, como si fuera para cualquier kiosco y no dentro de la farmacia
- **Venta de especialidades farmacéuticas a través de proveedores.** Esto se generó a nivel nacional, ya que en un momento hubo sectores y sobre todo productores que pretendieron actuar en la cadena de comercialización para ir recuperando la rentabilidad que fueron perdiendo en su sector. El resultado final, de continuar esta tendencia, podría ser el manejo total de la dispensación por parte de sectores no farmacéuticos. Creemos que hubo una reacción y la parte racional triunfó, porque esto no le conviene a nadie. Cada vez esto se escucha menos, y por suerte está mucho más claro que los farmacéuticos con un poder económico bastante limitado y atomizado, todavía servimos eficientemente tanto a la población como al desarrollo del mercado.
- **Constitución de cadenas.**

Esto de la constitución de cadenas nos parece importante discutirlo con los sectores de la industria, porque creemos que ni a los laboratorios productores les conviene que esta batalla la gane este tipo de intermediarios. Porque así como después contratarán farmacéuticos pagándole \$300 por mes a quienes no dejarán ir al baño y les colocarán pañales como pasó en los supermercados de Mendoza, también fijarán el precio de los medicamentos a los laboratorios, tal cual sucedió en Chile. Creemos que de ahí viene la razonabilidad de buscar el sinergismo de trabajar en conjunto, con el convencimiento de que el respeto a cada eslabón de la cadena nos conviene a todos

Siempre trazamos la similitud entre lo que nos pasa a los farmacéuticos con lo sucedido entre los almacenes y los supermercados. Hemos leído muchos artículos donde se plantea que el viejo almacén de la

esquina fue en algún momento reemplazado por supermercados de capital local, y tras un enfrentamiento entre ellos llegaron los hipermercados de capitales extranjeros que invierten muchísimo dinero y le devuelven muy poco al país y a la localidad, y generalmente se quedan con el mercado.

Además, este tema de las cadenas tiene que ver con los ataques a muchas leyes provinciales, como el que estamos sufriendo en Santa Fe en el tema de la propiedad de la farmacia.

Todo lo planteado hasta aquí tiene que ver con lo que ya adelantáramos, los farmacéuticos no debemos ser ingenuos y pensar que todo el desorden del mercado no va a afectar a los colegas que hoy están instalados, independientemente de su ubicación geográfica

- **Prescripción electrónica.** Lo de la prescripción electrónica nos pareció interesante traerlo a colación porque hemos leído cómo se está desarrollando en tres o cuatro países. Lo vimos en persona en el año 96/97 en Buenos Aires, en una empresa de informática, y todo ese proyecto estaba pensado desde el médico en adelante y por supuesto cuando nosotros decidimos interesarnos en ese tema fue para ver la función de la farmacia. Es un proyecto que ofrece grandes ventajas, concentra mucho la información, pero para nosotros solamente podrá tener un buen horizonte si lo desarrollamos a través de las instituciones farmacéuticas.

### ***Acciones colectivas***

Las podemos agrupar en tres variantes: las institucionales, la respuesta comercial y el valor agregado que incorporamos los farmacéuticos a este proceso para que se nos considere de otra manera.

**Desde lo institucional** las acciones colectivas tienen que ver con adoptar otro tipo de actitud, de participación y compromiso con todo lo que se refiere al país y la sociedad. Es lo que nosotros creemos y proponemos, por supuesto sin garantizar resultados, pero convencidos que por el camino anterior, de cerrarnos en nuestra propia realidad, seguro no nos va a ir bien.

De algún modo esto supone actuar al revés de lo que se decía de la política con el "*que se vayan todos*", porque nosotros deberíamos impulsar

que se sumen todos los farmacéuticos a las instituciones de la sociedad. Por suerte varios colegas han iniciado este camino, y no dudamos del aporte que pueden realizar. Ojalá a la política vayan muchísimos farmacéuticos para aportar conocimientos profesionales sobre la farmacia y el medicamento. Porque cuando uno se sienta frente a muchos funcionarios a hablar de estos temas, se da cuenta que no alcanzan a comprender todos los intereses que se mueven detrás del medicamento. Y toman decisiones creyendo estar haciéndole un bien a la población, y a la larga el resultado es mucho más perjudicial que si no hubieran actuado.

**Respecto a la parte comercial**, aparte de los diagnósticos tenemos que asumir que no nos queda otra alternativa que competir. Para ello es necesario ponerse a trabajar y a crear las herramientas necesarias para que el colega lo pueda realizar.

La realidad no es como la queremos o imaginamos. Al igual que en el ajedrez, del otro lado las negras también juegan y crean herramientas para suplantarnos. No hay que tener cargo de conciencia cuando uno crea herramientas que pueden tocar intereses y generar reacciones, porque más allá de éstas deberemos seguir tratando de recuperar posiciones perdidas o prevenir algún nuevo ataque en perjuicio de los farmacéuticos.

Me parece importante como Presidente de un Colegio, destacar que tanto en la faz comercial como profesional, nadie mejor que las instituciones farmacéuticas para ser intermediarias de los colegas con el resto de la cadena, los financiadores y la población. En la firma de contratos con las obras sociales, creemos que ha habido un rotundo fracaso de todo lo que otros crearon para reemplazar a nuestras instituciones. Al margen del rótulo, sean mandatarias, administradoras u otras figuras, todas han demostrado que la tan mentada agilidad en la toma de decisiones se anclaba en cuestiones que no tenían que ver con la eficiencia y la ética comercial, sino con otros intereses. Y por otra parte, creemos que cuando no hay una fuerte decisión y convicción política en la conducción de nuestras instituciones nos transformamos en reemplazables, esto es para tenerlo en cuenta y hacer una autocrítica acerca de cosas que nos sucedieron y suceden y que más que casualidades son causalidades.

**Y finalmente en cuanto al valor agregado que incorpora el farmacéutico**, la Farm. Ana González explicó anteriormente mucho mejor la posición de nuestro Colegio. Sin embargo queremos decir que sea cual fuere el sector donde ejerzamos la profesión y esté donde esté el medica-

mento, siempre tiene que haber un farmacéutico presente. Esto tiene que ser un desafío en todos los ámbitos de ejercicio de nuestra profesión. Particularmente lo resaltamos en la farmacia hospitalaria, donde muchas veces no se cubre ese rol. Porque generalmente cuando se crea el puesto en un hospital y se nombra a un colega, pasado el tiempo, a la hora del balance, el Director de turno comprende que el sueldo de ese farmacéutico no fue un gasto sino una inversión muy rentable para su institución.

---

**La comunidad necesita permanentemente que los farmacéuticos también evolucionemos para acompañar sus necesidades, tanto individual como colectivamente. Esto es posible si trabajamos, actuamos y gestionamos. Mas allá del lugar de trabajo que cada farmacéutico ocupe, nuestra misión es estar siempre presente junto al medicamento cuando el paciente lo necesite.**

---

## LOS DESAFÍOS PENDIENTES

Este es el desafío que deberíamos tener y para el cual creemos que hay que seguir trabajando. Los tres primeros, tanto la **titularidad de la farmacia y la actuación profesional**, como el **criterio de radicación** y el **monopolio de dispensación** es lo que se ha venido escuchando.

Y cuando se tiene un criterio sanitarista del medicamento esto cae por propia maduración, ya que no existen muchas opciones. La consecuencia de eso no puede ser una farmacia simplemente como canal de distribución de medicamentos sino como un centro de salud donde el farmacéutico es un agente sanitarista, y en base a eso tendría que fijarse la retribución profesional.

### EL DESAFIO ES ESTE...

- **Titularidad de la farmacia y actuación profesional.**
- **Criterios de radicación para las farmacias**
- **Monopolio de dispensación.**
- **Convenios directos con la seguridad social y el sistema público.**
- **Sistema de retribución para el profesional**

El cuarto punto son los **convenios directos con la seguridad social y el sistema público**. Esto tiene que ver con el desafío institucional que tenemos a través de los colegios u otras instituciones, respecto a que si bien puede ser necesaria la intermediación, por supuesto que no debe ser parásita. Debemos gestionar contratos y relaciones que sean útiles con todos los sectores, y con herramientas bien desarrolladas. Un ejemplo de ello lo constituye la implementación en forma conjunta con el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe del Seguro Provincial de Salud, el cual actualmente se está desarrollando sin problemas en varios departamentos de la provincia. Ni lo merece el farmacéutico ni hace falta tener intermediarios parásitos, así sea la propia institución que los representa, por ello la eficiencia debe ser nuestro principal desafío institucional.

Y en lo que hace a **convenios con el sistema público de Seguridad Social**, debemos actuar bajo la premisa de tener una intermediación y un gerenciamiento capaz de administrar los negocios de los farmacéuticos en relación a las diversas instituciones que representan desde el indigente hasta la prepaga. Dentro de ese espectro hemos tratado de desarrollar tantas herramientas como pudimos para satisfacer la demanda que se nos plantea. Y dentro del sistema público nos referíamos recién a un convenio con el seguro provincial de salud, que significó la utilización de la red de farmacias privadas por parte del Estado para que los indigentes o beneficiarios de los planes sociales tengan acceso a la farmacia, y retiren el medicamento de ahí y no del centro médico de la localidad.

En el mismo sentido, cuando se lanzó el Plan Remediar los dos Colegios fuimos a conversar con las autoridades provinciales para evitar que colisionara con el Seguro Provincial de Salud, porque coincidíamos más con un seguro provincial donde se estudia la demanda, se identifica la persona y se le da el medicamento de acuerdo a la necesidad que ella tenga, que con un modelo que se dedica a abastecer en forma no muy diferenciada a 7.000 centros de atención primaria de todo el país. No obstante, en el marco de extrema necesidad que había y hay en el país, todas estas discusiones deben ser relegadas ante la dramática necesidad de tantos argentinos que no acceden al medicamento.

Es como la ley de Prescripción por la Denominación Común Internacional: si sirvió para que haya una cierta competencia mínima y para que el precio de los medicamentos sea más razonable y para que la gente tenga más acceso, bienvenida sea. Si es insuficiente como política global también

se tiene que poder decir en este país cómo hay que colaborar para hacer algo más integral y profundo, pero no entremos a destruir antes de comenzar a construir. Esto lo decimos con libertad porque hay un mérito que le reconocemos al Ministro de Salud todos los que estamos en el área de salud y medicamentos: evitar lo que en octubre de 2001 era un hecho, que el Ministerio se transformara simplemente en una secretaría. Su accionar hizo que no sólo tuviéramos un Ministerio, sino además que los temas salud y medicamentos ingresaran en la agenda de los políticos, y que dicho Ministerio hoy cuente con uno de los presupuestos más grandes de los últimos tiempos.

Y el último punto, que es el del **sistema de retribución para el profesional** lo dejamos planteado y entendemos que es un punto que no debe demorar en debatirse ya que el avance científico nos indica que es importante que haya un especialista en cada tipo de tratamiento, y qué mejor que un profesional farmacéutico que es experto en este tema. Debemos tomar conciencia ya que actualmente en algunas obras sociales ya se han comenzado a implementar nuevas formas de retribución del acto farmacéutico.

Por ejemplo, en la atención de planes de tratamientos especiales y sabemos que la retribución que tenemos es baja en relación a la obtenida en cualquier otro plan. Sin embargo, sería importante que de una vez por todas entendamos que si no tenemos un cambio de actitud al respecto, en un futuro no muy lejano nos vamos a quedar afuera de dicho circuito, ya que como dijimos anteriormente, serán las propias obras sociales las que se encarguen del tema.

En estas Jornadas ha quedado claro que a la totalidad de los disertantes les parece impensable que no exista un cierto nivel de regulación en el tema de medicamentos, pero al respecto creemos que ni en la hegemonía que tenga un Estado que todo lo regule, ni en el fundamentalismo del mercado, van a estar las mejores condiciones para una política de medicamentos que nos permita a los farmacéuticos ejercer dignamente nuestra profesión. Por

**TANTO MERCADO  
COMO SEA POSIBLE  
Y  
TANTO ESTADO COMO  
SEA NECESARIO**

eso dejamos para el final a modo de reflexión, que "en tanto mercado como sea posible y en tanto Estado como sea necesario" podemos encontrar las respuestas que se necesitan, para un desarrollo sanitario, económico y social que contenga a todos los argentinos.

## Acceso, Calidad y Profesionalidad en la Gestión del Medicamento. Un difícil equilibrio

CPN Carlos A. Vassallo

### INTRODUCCIÓN

En realidad quiero comenzar con una confesión: soy doble culpable de esta mesa porque fui uno de los responsables de poner un título tan largo. El año pasado en las anteriores Jornadas en Santa Fe tuvimos una mesa donde comenzamos a hablar y a discutir qué estaba pasando dentro del mercado de medicamentos, y tratando de analizar cuál era la dinámica que estaba asumiendo para entonces. Eso fue en septiembre del 2002, hacía muy poco tiempo que había salido la ley de Prescripción por Nombre Genérico, era más difícil prever o visualizar escenarios posibles y en la práctica uno tenía que manejarse con brújula tratando de tomar decisiones no demasiados tajantes y que después no pudiera revertir. Ahora ha pasado un tiempo, y lo que observamos durante el transcurso del año es que a nivel de precios hay un verdadero festival, hay precios para todos los gustos y colores. Hay un precio para cada uno de los habitantes en función de criterios no fácilmente discernibles.

El título de nuestra mesa dice "un difícil equilibrio", y apunta a tratar de definir si existe un cierto equilibrio en términos de precios que permita pagar adecuadamente y lograr que el medicamento sea producido con cierto nivel de calidad, de tal modo que ese precio permita que el medicamento sea accesible y al mismo tiempo que remunere la prescripción y la dispensa de manera adecuada.

Cuando hace un tiempo le sugerimos a Joan Rovira revisar o mirar el tema de la dispersión de precios de los medicamentos para prologar un libro, una de las primeras observaciones que hizo es que en el precio del medicamento existe una variación importante y un rango muy grande y que esto no es problema sólo de Argentina, sino que es un tema que está impactando a nivel internacional. Joan Rovira, que es un economista de amplia trayectoria en salud, al que le pedimos que nos hiciera el prólogo del libro sobre el caso del Ántrax y el Cipro<sup>1</sup> que hemos escrito junto a Matilde Sellanes, y queríamos

<sup>1</sup> Vassallo C y Sellanes M, *Demanda y Acceso a los Medicamentos. El Caso Ántrax-Cipro como disparador del debate internacional*, Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad, Buenos Aires, 2002.

leer ahora muy brevemente algunos acotaciones que hace al prologarlo y que van a dar introducción al tema de la dispersión de precios.

*“Vuelo DT 754 Londres-New York, vuelo transatlántico corriente, el pasajero del asiento 10C ha pagado 800 dólares por un billete ida y vuelta para pasar una semana de vacaciones en los Estados Unidos. La joven estudiante sentada a su izquierda ha pagado 355 dólares, el ejecutivo que teclea ultraligero como poseído desde que alcanzamos la altura de crucero ha pagado 1800 dólares por el mismo trayecto en un solo sentido, después de Nueva York viajará a México y luego a Japón, según dicen las necesidades del departamento de marketing de la empresa de software en que trabaja. De entrada no resulta claro qué puede justificar la diferencia de precios por un servicio aparentemente igual para todos estos consumidores. La familia de Arabia Saudita sentada en la fila 1 del avión, está dando la vuelta al mundo y por el trayecto a pagado 3.000 dólares, ciertamente tienen asientos más confortables y han cenado en el plan sibarita. Hubiesen podido ponerse ciegos de whisky de malta 100 % si su religión se lo hubiese permitido. ¿pero justifica la diferencia de precio que han pagado respecto a los demás viajeros?”*

Y la pregunta que queda picando es ¿qué se ha hecho del precioso modelo de mercado en competencia perfecta en el cual las curvas de oferta y demanda se cortaban nítidamente en un punto que señalaba el precio y la cantidad de equilibrio del mercado?

La respuesta a este interrogante está en el hecho de que el empresario, por lo general dentro de estas circunstancias, tiene un razonable e importante control sobre los costos que introduce dentro del proceso, es decir sobre los costos en que ha incurrido esa empresa en el momento final.

Nosotros tenemos en nuestro mercado de medicamentos un sector acostumbrado a convivir con precios altos. En su disertación en estas Jornadas Pedro Bernardo mostró esa caída estruendosa de un promedio, nosotros llegamos a tener 13 dólares como precio promedio en medicamentos, fue bajando a 10 dólares y ahora estamos en 3,85 aproximadamente, por debajo de algunos países como Uruguay y un poco por encima de Brasil pero con otras circunstancias

El sector está muy acostumbrado a trabajar con precios altos y también lo está a soportar y manejar fuertes presiones para evitar el control de precios. El control de precios es algo que está presente en muchos países de Europa, el proceso de regulación de precios es importante y

pueden observarse diferencias de precios importantes entre países que no regulan precios versus países que sí lo hacen, entre Estados Unidos y Alemania por ejemplo hay diferencias importantes en cuanto al nivel de precios

Incluso un país como Estados Unidos, único país donde existe algo parecido a un libre mercado y que a nivel mundial participa con el 40% de las ventas totales y el 60% de las ganancias mundiales, también el escenario está empezando a cambiar. Ayer leíamos un artículo que marcaba que el incremento de precios de medicamentos durante el 2000 había sido el 108%, como para poder absorber la cantidad importante de gastos en publicidad y propaganda que como ustedes saben está liberalizado y genera ingentes costos. Los republicanos, y recordemos que siempre el partido republicano fue un aliado importante de los laboratorios, están por primera vez planteando esquemas de mayor regulación y control que eviten la descompensación que existe y el extraordinario crecimiento del precio de medicamentos, tema que tiene trascendencia pública en ese país.

## VARIABILIDAD DEL PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS

El tema de la diferencia de precios y de la posibilidad de acceso de la población puede tratarse desde diversos ángulos. Como ejemplo podemos tomar el caso del Glivec, de Novartis en Estados Unidos, donde este medicamento se introduce y se comercializa en una escala de precios decrecientes según la capacidad de pago del paciente.

Esto puede verse como un inicio, donde un frente muy cerrado que era el frente de los laboratorios comienza a verificar algún impacto respecto del acceso y empieza a introducir algún elemento de diferenciación respecto del precio. Muchos laboratorios dijeron que esto era una política muy comercial, pero cuando uno mira que el medicamento puede ser pagado de diferentes maneras según el nivel de ingresos que tenga la población, entonces es algo más que una política comercial.

El segundo es el tema de los **precios diferenciales**, ya que el precio es el resultado de un conjunto de variables que muchas veces superan el costo y los impuestos e incluyen una ganancia variable según los márgenes que se pueden conseguir. En consecuencia los precios diferenciales uno puede encontrarlos en los mismos medicamentos de un país a otro, inclusive con rangos muy importantes.

Actualmente a nivel internacional se está hablando de plantear precios diferenciales en términos del nivel de ingresos por países, con un precio determinado para los países de altos ingresos, un precio menor para los países de bajos ingresos o subdesarrollados para que puedan acceder, y después un promedio de eso para armar el precio de los países en vías de desarrollo de manera que se pueda asegurar el nivel de acceso. Esto está en un proceso de negociación respecto de quién paga la investigación y el desarrollo en cada uno de los laboratorios, cuán importante es la investigación y desarrollo en la determinación de los precios de los medicamentos, y una discusión respecto a que muchas veces cuando uno encuentra investigación y desarrollo en áreas básicas esto es un bien público. Entonces la discusión gira en torno de definir hasta qué punto el Estado se podría involucrar en financiar investigación y desarrollo y que luego las empresas, los laboratorios puedan encargarse de vender, comercializar y producir, pero de modo tal que lo que puede ser considerado como un bien público sea mucho más socializado, y donde la inversión esté mucho más diluida y no esté apropiada.

**El caso de Estados Unidos es muy paradigmático:**

- Es un país que no tiene controles de precios.
- Existe un fuerte incentivo al consumo
- Los precios del mismo medicamento. son superiores en una ciudad de EEUU que en una de Alemania.
- Los laboratorios dicen que se debe a que el consumidor de EEUU paga la I+D que no es pagada por otros países .
- Algunos errores cometidos por la representación de la industria han generado ciertas diferencias con los políticos republicanos que históricamente sostuvieron al sector.
- Existe un fuerte incentivo al consumo de medicamentos. Los precios suelen ser superiores a otros países que tienen un mayor control, como Alemania y otros países europeos.

Pedro Bernardo había mostrado algunas comparaciones interesantes entre las naciones y bloques de países. Los laboratorios dicen que el consumidor de Estados Unidos paga la investigación y desarrollo que no es pagado por otros países. Por eso característicamente este país juega tan fuerte con este tema de los derechos de propiedad y de patentes, y en

realidad si miramos los niveles de precios de los medicamentos en los Estados Unidos sobre los niveles de precios de los medicamentos en Japón, uno se da cuenta que hay un doble componente. Por un lado le pagan a estos laboratorios parte de la investigación y desarrollo, después se vende el precio del medicamento a precios más bajos, y por otro lado es un mercado acostumbrado a consumir mucho más.

Últimamente se han dado algunos errores cometidos básicamente por la representación política de la industria farmacéutica, que en Estados Unidos tiene una agrupación de laboratorios que se llama PhRMA (*Pharmaceutical Research and Manufacturers of America*), respecto de algunas presentaciones y algunas acusaciones que hicieron y que la han puesto en una situación comprometida o al menos en el foco de la atención del gobierno y sociedad estadounidense.

Desgraciadamente nuestra historia en materia de regulación y control de precios es de lo más negativa. Es como hablar de la promoción industrial en la Argentina, porque muchas veces como dijo Manuel Agotegaray, uno mira y a pesar de todo lo que pasó en la Argentina, se pregunta quién querría volver a un esquema en donde el Estado haga algunas cosas que tradicionalmente hacía muy mal. Se metía en inversiones que nunca podía llegar a hacer, o tenía un management muy cooptado por intereses, y en definitiva después terminábamos todos perjudicados. Porque como es sabido, cada vez que alguien decide sacar 100 millones de pesos del presupuesto para financiar por ejemplo una compañía aérea como acaba de suceder hace poco, todos terminamos pagando ese recurso. Ahora volvemos a tener compañías estatales que van a impactar sobre el presupuesto y sobre las cuales creemos que hay que tratar de evaluar los niveles de financiación necesarios para tomar decisiones como esta. Muchas veces la variable de la regulación es mucho más eficiente que la de entrar nuevamente a producir, con todas las deficiencias que puede tener el mercado en el sector público o el Estado dentro de este tema.

## **MEDICAMENTOS, PRECIOS Y PATENTES**

Los laboratorios innovadores suelen pertenecer a un grupo muy pequeño de países más desarrollados, entre los cuales apenas unos cinco o seis países son los que capitalizan esta renta.

En la medida que requieren más recursos para investigar y reciben más presiones internas, comienzan a influenciar fuertemente a los gobier-

nos para que se respeten los derechos de propiedad de los laboratorios locales y que se termine pagando la licencia. Por eso la aprobación de la ley de patentes es comprensible en función de los que pasó en la Argentina durante los '90, pero como bien se dijo la ley de patentes debería haber ido acompañada oportunamente de la construcción de un mercado de genéricos.

Si uno respeta la ley de patentes, también sabe que hay un vencimiento de la patente y hay una posibilidad de desarrollo de un sector importante de la industria en el área de medicamentos. Hay una cantidad importante de drogas que van a vencer y ante las cuales hay posibilidades de poder producir con costos menores y bajo las normas de exigencia impuestas a nivel internacional.

### **¿Qué pasó en la Argentina en los 90?**

La aprobación de las patentes en el '95/96 se dio en el marco de una euforia desregulatoria y un importante crecimiento de los precios. Como todos en general saben, la aprobación y vigencia de una ley de patentes era casi inexorable. Argentina era uno de los pocos países donde todavía no se había aprobado este tipo de legislación y había presiones muy fuertes de los Estados Unidos, pero al final terminó saliendo una ley vetada por el Poder Ejecutivo en algunos artículos, donde se intentaba acercarse al modelo de ley de patentes que tiene Brasil, básicamente con el tema de la exigencia de inversiones locales de los laboratorios, para poder plantear un marco de negociación.

El gobierno que estaba en ese momento tuvo un acuerdo implícito con los sectores de la industria local, a la cual no se quería seguir perjudicando más de lo que significaba ya haber "entregado" entre comillas, la aprobación de la ley de patentes. Pero a la larga los perdedores por no haberse sentado las bases para construir un mercado de genéricos no son otros que los que ocupan el segmento de la industria local (copiadora), a la cual no se quería seguir "perjudicando". Es por ello que durante los '90, el Ministerio de Salud se hizo el distraído, y tuvimos un desarrollo del mercado de medicamentos que creció hasta alcanzar una dimensión que rondaba los 6.000 millones de dólares/pesos y que lo convirtió en el 11º mercado de medicamentos en el ranking mundial. El gasto farmacéutico llegó a ser para entonces un 25 a un 30% del gasto sanitario total, y luego vamos a ver qué implica este tema de cuánto se gasta en medicamentos dentro del gasto en salud en general, qué importancia tiene eso y cómo mirarlo.

## De un mercado de marcas a un mercado mixto: competencia y calidad

De acuerdo a la teoría económica la competencia entre proveedores tiende a reducir el precio de producto y a la vez a incrementar la utilidad social al facilitar el acceso de los mismos. Si generamos competencia permitimos que los precios bajen y que el bien en cuestión se haga más accesible. En este sentido las drogas genéricas constituyen la principal fuente de competencia dentro del mercado farmacéutico.

El desarrollo de un mercado competitivo en drogas genéricas sirve a dos objetivos, el primero de los cuales es que por un lado reduce costos sin que esto signifique disminuir la calidad de los medicamentos. Vamos a ver qué intentamos decir cuando hablamos de medicamentos genéricos, término que a veces se utiliza en la Argentina de manera distorsionada y sobre lo cual tendría que existir algo más que esa publicación que sacó el ANMAT, que habla casi exclusivamente de la bioequivalencia y la biodisponibilidad y que además es para circulación restringida, y poder plantear una difusión mucho más amplia.

No hay que olvidar que éste es un sector que se maneja de manera muy poco transparente en el sentido de la información, y que necesita y requiere más información de parte de los actores y de los pacientes. Pero en el mercado de medicamentos la forma que tenemos de señalar la calidad es más clara que en otros sectores de la salud. Si pensamos por ejemplo en la competencia entre hospitales o sanatorios, lo cierto es que tenemos más dificultades para señalar los niveles de calidad en un servicio hospitalario porque se nos da la posibilidad que el servicio en cuestión introduzca *amenities* u otros servicios complementarios que no hacen al núcleo de la prestación y que distorsionan la verdadera competencia. En cambio el medicamento con la certificación, las autorizaciones de registro y la comercialización que dan las autoridades luego de haber superado algunos estudios específicos, plantea un escenario potencialmente más claro y sencillo.

En este sentido es preocupante lo que dijo el actual interventor del ANMAT, Ftco. Limeres, "en la Argentina aprobamos los medicamentos por similaridad" ... "A los similares no se les exige bioequivalencia". Los estudios de bioequivalencia no son requisitos para que una droga sea vendida en la Argentina, es decir según el mismo Limeres "no hay medicamentos genéricos en nuestro país". Claramente, los medicamentos en la Argentina son todos similares y ninguno es medicamento genérico porque ninguno está testeado por bioequivalencia.

A partir del año 1999 (disposición 3185/99), la Anmat está haciendo un cronograma para la evaluación de bioequivalencia en drogas de "alto riesgo sanitario". Hasta agosto de 2002 y luego de 10 años de trayectoria de la institución, sólo 3 (tres) medicamentos habían sido evaluados en su bioequivalencia (promedio 10 años en certificar 3 productos entre los miles que integran la oferta).

Lo único que tiende a exigir la ANMAT dentro de este esquema son los tests de resolución in vitro, es decir probar que los medicamentos contengan la misma cantidad de droga o principio activo, pero tiende a no controlar si esa cantidad de principio activo se absorbe en tiempo y forma adecuado según fue aprobado en el medicamento original. Como expresa el Dr. Pedro Politti, docente de la Facultad de Medicina de Buenos Aires en la II Cátedra de Farmacología, "dos medicamentos son bioequivalentes si conteniendo ambos la misma cantidad de principios activos generan similares curvas plasmáticas de concentración en función del tiempo". Concretamente entonces, en Argentina no hay genéricos sino sólo copias no testeadas, y hay muchas veces originales que tampoco fueron testeados.

### **¿Por qué los genéricos tienden a tener un menor precio?**

Hay un componente que es que no hay gastos de publicidad para diferenciar el producto, dado que los mismos son básicamente homogéneos entre sí, compiten por la misma droga. Existe un sólo precio en el mercado y las empresas en vez de ser fijadoras de precios son tomadoras de precio dentro de ese mercado.

El mercado de marcas tiende en cambio a destinar miles de millones de dólares para publicidad, y esto incrementa el precio de manera importante, impacta sobre el valor e incide sobre la accesibilidad.

Pero para que pueda existir y consolidarse un mercado de medicamentos genérico, tanto la homogeneidad como la sustituibilidad deben ser aseguradas.

### **Las novedades desde el 2002**

En el año 2002 se aprobó la ley de Prescripción por Nombre Genérico, que generó importantes debates durante el año pasado, con posicio-

nes encontradas entre el gobierno que contó con el importante apoyo de la mayoría de las entidades profesionales, y por el otro lado los laboratorios que tuvieron una postura crítica y rechazaron la misma.

Sin embargo una vez que el nuevo presidente ganó las elecciones y la política oficial fue ratificada se observaron en el mercado diferentes posturas respecto de construir o no un mercado de genéricos, que podrían reducirse a dos: un grupo de laboratorios que todavía sigue trabajando activamente para evitar que un día llegue un mercado de medicamentos genéricos, y otro grupo de laboratorios que empieza a mirar el escenario con alguna posibilidad de tener una estrategia de producción y venta en el mercado de genéricos.

Todavía las empresas que dicen producir genéricos en la Argentina tienen una ausencia de antecedentes y no se nota en ellas una vocación fuerte para poder avanzar. El mismo Joan Rovira Fornes, el economista a que hicieramos alusión al principio de esta charla y que es ahora funcionario del Banco Mundial, contaba que en una reunión que tuvo el Banco Mundial en Buenos Aires con motivo de una visita suya, que no había encontrado en las empresas de genéricos que se habían acercado mucha vocación respecto de lo que significaba comenzar a producir, ni una especial responsabilidad. Porque en realidad, si alguien dice que quiere producir genéricos, lo primero que tendría que estar haciendo es algún tipo de lobby para que el ANMAT comience a exigir, por ejemplo como sucedió en Brasil, y llegado al caso comenzar a sacar a los "similares" del mercado para poder fijar otras reglas de juego.

Sería importante pensar en que la política de desarrollo industrial (llamada promoción industrial), a la cual se destinan 1.400 millones de pesos anualmente pueda servir para financiar emprendimientos de solvencia técnica y posibilidades de exportación como puede ser todo aquello vinculado a genéricos, biotecnología o ciencias médicas. Puede así pensarse que producir, comerciar y exportar valor debería ser la consigna de un nuevo modelo desarrollo productivo

Es cierto que en este esquema se da una fuerte **fragmentación de intereses**, por eso dijimos "grupos de laboratorios" sin especificar si son multinacionales o nacionales, ya que el comportamiento de los laboratorios está muy fragmentado al igual que lo que sucede a su vez con las entidades, o las droguerías y distribuidoras. Existe una variedad de estrategias que puede ser seguida por cada uno de estos actores y que no depen-

den de manera directa del origen del capital. Hay alianzas que son impensables en los tiempos que corren, y muchas veces se dan entre gente que por un lado levanta las banderas de los genéricos y por otro termina arreglando por abajo en otras condiciones y al mismo tiempo a la inversa, gente que es del segmento de marcas y termina haciendo más por el mercado de genéricos que otros claramente enrolados en ese segmento... En definitiva, existen otros factores que inciden en las posiciones de los mismos, que muchas veces resultan difíciles de comprender desde el punto de vista de los intereses que se representan

### **Podríamos entonces visualizar dos estrategias:**

**Sacar gente de la seguridad social y venderles directamente.** Por un lado hay un grupo de laboratorios que ha construido sus posiciones respecto a la publicidad y a su relación básicamente con el médico, y a este grupo le resulta bastante difícil la existencia de un mercado de genéricos.

La respuesta que parecen haber encontrado es tratar de hacer frente a la prescripción del nombre genérico con la ayuda de algunos financiadores, es decir a través de mecanismos que comienzan a sacar gente de la seguridad social, como por ejemplo cuando una persona va a un mostrador de una farmacia y le hacen un descuento a través de un esquema que está por afuera de la seguridad social y que es mayor que el que le ofrece la seguridad social. Este es un mecanismo que tiende a eludir de manera importante la posibilidad de que Estado pueda condicionar a través de esa compra o de ese porcentaje que financia socialmente, por ejemplo con instrumentos como un vademécum o formulario terapéutico u otro tipo de estrategias o políticas.

Es decir, Argentina tiene un mercado de medicamentos que no debemos olvidar nunca, donde sólo socialmente o a través del Estado se financia el 20%, el resto del 80% es gasto privado, gasto de bolsillo. Bajo estas condiciones existen fuertes limitaciones para poder hacer una política pública de medicamentos, a diferencia de la situación prevalente en los países europeos donde la relación es inversa ya que el 80% de la financiación es pública y el 20% es participación de los consumidores a través de copagos, y en consecuencia los estados tienen mayor capacidad regulatoria. Esto no quiere decir que porque esta situación es así, uno tiene que dejar a la deriva

a la gente y que accedan aquellos que puedan y los que no pueden no que no accedan, pero es también un importante elemento para pensar en la sofisticación que muchas veces deben tener las políticas dentro de un mercado con estas características, y en la probabilidad de que su impacto sea mucho más diluido.

Estamos presenciando una huida en la cobertura de medicamentos de la seguridad social, lo cual hace el mercado más privado y más sujeto a la oferta y la demanda y más prescindente de la política pública.

Los mecanismos hoy en vigencia permiten captar a la población que accede a la droga de marca por un precio más barato que el que le ofrece la seguridad social. Por supuesto que esto se refiere a aquella fracción de mercado que todavía tiene alguna cobertura de salud, no para el resto de la población que siempre estuvo afuera del mercado y que hoy recibe medicamentos gracias al programa REMEDIAR, que ha permitido que el medicamento llegue a muchos connacionales que no habían visto un medicamento o lo veían escasamente a través de los hospitales.

En ese sentido el programa REMEDIAR, que es un programa de financiación externa porque no lo financia el Estado Nacional sino que está financiado por el BID, tiene además un valor agregado por el hecho de haberse canalizado a través de los centros de salud, lo cual permitió empezar a posicionar a estos centros de salud por este sólo recurso. Está pendiente para una segunda etapa algo que creemos que es importante para reajustar su funcionamiento, y es que los farmacéuticos puedan participar como profesionales expertos en medicamentos.

**Y otra estrategia tiene que ver con el precio de los medicamentos**, que se ha convertido como decía recién Manuel Agotegaray en un festival de descuentos con carteles a cual más grande y llamativo anunciando precios y ofertas de todo tipo y color. Cosa que además es facilitada por la ausencia, o al menos la debilidad informativa fundamental, que tenemos en materia de formación de precios a la salida de fábrica. Hay serias dificultades para conocer los precios de transferencia de las multinacionales, y muchas veces los márgenes se vuelven muy variables y hay mucha capacidad de fijación de precios. Sino uno no se explica porque alguien puede trabajar tranquilamente con un margen de un 10 o 15%, y sin embargo seguir sobreviviendo y vendiendo medicamentos y seguir manteniendo una farmacia abierta o seguir teniendo un laboratorio en pie. Porque tenemos una cantidad de laboratorios que uno no se explica cómo subsisten.

Ante una estrategia determinada las farmacias y los laboratorios tienden a entregar un porcentaje de sus márgenes, y en definitiva esta política horada muchas veces la posibilidad de construir un verdadero mercado de medicamentos genéricos mediante vademecums comunes o de un accionar organizado y mancomunado con el PAMI. Celebramos que el INSSJyP con el PAMI haya afirmado algunas de estas cuestiones, y creemos que no hay posibilidades individuales. El PAMI tiene que integrarse dentro de una política nacional, porque es imposible seguir ignorando el potencial y fuerte efecto disciplinador dentro del mercado que generarían sus 3 millones y medio de beneficiarios. Sin embargo para poder generar incentivos y alinear a la oferta detrás de un modelo diferente es necesario integrar, algo que es difícil hacer porque cada presidente de obra social y cada Ministro de Salud es un caudillo sanitario que quiere seguir conservando su espacio de poder haciendo uso de instrumentos como la fijación de medicamentos y descuentos en los vademécums, o en la cobertura de medicamentos de la población bajo su influencia.

Los descuentos permiten seguir eludiendo una evaluación de la eficiencia productiva y de los márgenes de la cadena de distribución, en consecuencia hoy el precio del medicamento se corresponde con la fuerza de negociación de los laboratorios nacionales o extranjeros que les permite cobrar lo que cada comprador puede pagar, y así termina surgiendo el precio.

## **BUSCANDO EL EQUILIBRIO**

Evitando realizar apriorismos sobre la dimensión y el significado del gasto farmacéutico, cabe preguntarse hacia dónde buscar el equilibrio y cuál es la mejor forma de alcanzar el equilibrio de precios.

En primer lugar, si aceptamos que el valor neto de un medicamento viene establecido por la diferencia entre su aporte específico a la recuperación o mantenimiento de la salud y a la reducción de los costos de la asistencia sanitaria y su propio costo, entonces debemos reconsiderar que el objetivo hegemónico de la política sanitaria sea la contención del gasto.

Muchas veces hemos escuchado que la política sanitaria en los países pasa por contener el gasto y es importante tratar de traer certidumbre respecto de lo que es el gasto, el costo y el precio.

En primer lugar, el crecimiento del gasto sanitario y farmacéutico debe ser referenciado fundamentalmente a la diferencia neta que surge entre el aporte de valor de los medicamentos y el costo que esos medicamentos tienen desde el punto de vista social. Esto supone no confundir gasto con costo ni con precio. En definitiva, se gasta el precio por la cantidad que corresponda.

Hoy el gasto farmacéutico de la Argentina ha caído de manera importante al igual que el gasto en salud. En el 2001 nos vanagloriábamos de tener un gasto en salud de u\$s24.000 millones. Hoy estamos en 8.000 millones de pesos/dólares y en consecuencia también ambos gastos han caído. No obstante el porcentaje del gasto en medicamentos o salud sólo indica que existe una pluralidad de maneras de combinar los recursos de salud. Tenemos las combinaciones del gasto en salud de muy diferente manera: hay países que gastan proporcionalmente mucho más en atención primaria, países en donde el gasto en medicamentos es mas relevante, pero a priori esto no dice nada.

### **¿Qué consecuencias tenemos?**

- Lo que deja de hacerse gastando en fármacos en vez de visitas completas o cuidados intensivos o aplicación, relajando por ejemplo la legislación antitabaco, debe valorarse en términos de los beneficios aportados y de los problemas relacionados con los tratamientos farmacológicos (como errores de prescripción y de medicación, de incumplimiento del tratamiento, reacciones adversas, resistencia a los antibióticos, etc.)
- En definitiva la consideración sobre contención de costos farmacéuticos a ultranza, puede constituir una amenaza para la eficiencia y equidad del sistema en la medida que encubra deficiencias significativas en la gestión farmacéutica, y en especial en la gestión de la prescripción

### **¿Qué deberían entonces evitar las políticas específicas y relacionadas?**

- Confundir gasto con precio y con costo del medicamento
- Intervenir exclusivamente sobre uno de los sectores
- Actuar de manera cortoplacista, más próxima a los ciclos electorales

que a la necesaria responsabilidad en el comportamiento de los actores implicados. Esto debería ser una política que se sigue a través del tiempo con independencia del color político de los gobiernos. En Brasil se ha producido un cambio político importante con la salida del anterior gobierno y la entrada de Lula, y sin embargo en materia de política de medicamentos hay una clara continuidad en la materia.

Siendo las fármacos recetados y el uso sustitutivo del fármaco en relación a otros recursos asistenciales las dos causas más relevantes de consumo, y siendo ambas posibles de gerenciar, parece evidente concluir que la gestión de la prescripción y uso racional de medicamentos deberían jugar un papel decisivo en cualquier intento de equilibrar el gasto farmacéutico, de manera compatible con el uso costo-efectivo de los medicamentos. Optimizar la utilización de los medicamentos es uno de los mayores desafíos que plantea la modernización y mejora de la calidad del sistema.

### **Una llave mágica llamada prescripción**

La prescripción es un proceso complejo donde intervienen:

- La investigación
- La evaluación
- El análisis de opciones farmacoterapéuticas
- La personalización del tratamiento
- La comunicación
- La conclusión de un acuerdo con el paciente
- El registro de la decisión
- El seguimiento del cumplimiento de la prescripción
- La valoración de sus efectos para mantenerla, modificarla o suprimirla

La prescripción es una de las partes más frecuentes o de los procesos más frecuentes de la actividad clínica del médico, y en este sentido existe una deformación profunda en Argentina en donde la formación la termina haciendo el productor del medicamento y no se produce en los

ámbitos legítimos donde el médico debería formarse sino por fuera de ellos, porque desde hace varias décadas que la prescripción fue moldeada para servir al mercado de marcas.

Finalmente queremos enumerar brevemente **qué instrumentos visualizamos para lograr un cierto equilibrio** dentro de este sector:

- Programas de uso racional de medicamentos
- Prescripción responsable
- Atención farmacéutica
- Financiación selectiva
- Estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad
- Farmacoeconomía

## Mesa 12 Sistemas de provisión de medicamentos para personas carenciadas

Coordinadora Farm. Nilda Yocco

*Ya avanzando sobre el tramo final de estas Jornadas, nos toca coordinar esta mesa sobre Sistemas de provisión de medicamentos para personas carenciadas, según reza el título. Pero la palabra "carenciadas" no nos gusta porque es un término que ha cambiado y se ha desdibujado con el tiempo. Ya desde hace unos años no concurren a los efectores públicos solamente o principalmente las personas que no tienen cobertura o accesibilidad, hoy lo hacen además aquellas personas que han perdido su capacidad productiva porque ya no están en el sistema de trabajo formal, y que entonces por defecto concurren al hospital. Hoy tenemos una invasión de la que clásicamente se llamaba "clase media" a nuestro sistema público, lo cual nos hace necesario buscar una apertura o agudizar el ingenio sobre cómo sostener o mantener la accesibilidad a la salud, sobre todo un rubro tan caro como el medicamento.*

*La gente que nos acompaña en esta mesa es gente valiosa porque de una u otra manera son compañeros de trabajo, a quienes conocemos y sabemos cómo tratan de garantizar esta cobertura, y cómo se la ingenian para armar procedimientos y establecer una calidad prestacional. La farmacéutica Elsa Rodríguez, que disertará en primer lugar nos dará la visión y experiencia del sector municipal. Es auditora de farmacia a cargo del Departamento de Gestión de Medicamentos y Materiales Biomédicos de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, desempeñándose además como presidenta de la Comisión de Atención Farmacéutica del Colegio de Farmacéuticos de la 2º Circunscripción. Luego Fabián Flolasco, que es farmacéutico, Subdirector de Farmacia, Bioquímica y Droguería Central de la Provincia de Santa Fe nos hablará sobre el sistema provincial de provisión de medicamentos. Y finalmente expondrá la Dra. Adriana Medina, quien es médica anatomopatóloga con especialización en distintas áreas de la salud pública, epidemiología y gestión. Además, fue secretaria técnica de la VIII Zona de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia y actualmente es Jefa del Programa Provincial de Cáncer. Con ella obtuvimos muchos logros, hemos permitido que estos medicamentos tan costosos sean accesibles a la gente, y que se haya implementado el primer registro de todos los pacientes que padecen esta patología.*

*Luego de concluida esta mesa, los expositores de la Universidad Nacional de Rosario en forma conjunta con la Comisión de Farmacéuticos Hospitalarios del Colegio de Farmacéuticos Santa Fe 2° Circunscripción, van a presentar el trabajo "Gestión económica en efectores de salud de Rosario. Propuestas de indicadores de calidad". La encargada de la exposición será la farmacéutica Karina Botta que es responsable de un servicio de farmacia hospitalaria de dependencia municipal y docente de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas de la Universidad Nacional de Rosario.*

## **La experiencia desde las farmacias de los hospitales municipales**

*Farm. Elsa Rodríguez*

### **INTRODUCCIÓN**

En nombre de la Secretaría de Salud Pública y los farmacéuticos hospitalarios municipales queremos agradecer el espacio que nos han brindado para poder demostrar que, con esfuerzo y capacidad, se pueden lograr muchas cosas. El tema a exponer es explicarles el trabajo que diariamente se hace en los hospitales municipales.

Una de las políticas que tiene el Gobierno de la Municipalidad de Rosario es considerar a la salud pública como uno de los ejes fundamentales de las mismas, donde pretende lograr al hombre pleno con una vida armoniosa, porque queremos que el ciudadano de Rosario pueda llevar una vida sana, saludable y que sea un hombre productivo para toda la región.

### **EL ROL DEL FARMACÉUTICO DENTRO DE LA SALUD PÚBLICA.**

En el ámbito de la salud pública actualmente el farmacéutico ha ganado en Rosario un espacio importante, tan importante que se desempeña en los 6 hospitales municipales, en auditoria de farmacia, en la Comisión Municipal del Medicamento y en el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias que es el CEMAR. Afortunadamente, hoy en este lugar los

ciudadanos de Rosario tienen un nivel más para conseguir respuestas a sus problemas de salud. También contamos con 48 Centros de Salud que se encuentran dispersos dentro de los 6 distritos, tenemos internación domiciliaria, programas sanitarios municipales como el de HIV/SIDA y el de TBC y el laboratorio de especialidades medicinales que ya ha conseguido ser habilitado.

### **Desarrollo de los servicios dentro de los hospitales**

La red municipal cuenta con la farmacia del Hospital Alberdi, la del Hospital Intendente Carrasco, la del Hospital de Emergencia Dr. Clemente Álvarez, de la Maternidad Martí, del Roque Sáenz Peña y la farmacia del Hospital de Niños.

Hablar de cada uno de ellos sería largo porque la historia que tienen nuestras farmacias ha cambiado mucho en el tiempo. Cada uno de los integrantes del equipo de salud elaboró proyectos que fueron aprobados y hoy las antiguas farmacias ya no existen, contamos en su lugar con servicios modernizados y que están al nivel de cualquier hospital que no fuera municipal o provincial.

### **Desarrollo de los servicios en atención primaria de la salud**

Contamos con una droguería que tiene la responsabilidad de brindar y dispensar medicamentos a los 48 centros de salud que se encuentran distribuidos en los 6 distritos municipales. Además, a través del convenio marco entre la Municipalidad y la Universidad Nacional de Rosario tenemos la presencia de 51 pasantes de la carrera, los cuales aportan una actividad y un trabajo muy importante. Allí terminarán de formarse y crecer, y tenemos el orgullo de decir que muchos de los que hicieron pasantías ya hoy pertenecen a la planta municipal.

Dentro del CEMAR también existen otros servicios. Tenemos la Comisión Municipal del Medicamento, que es una comisión que ayuda e informa a los farmacéuticos de todas las novedades y de toda la información que llegue de ANMAT, y que es la responsable de adjudicar nuestras compras como luego explicaremos. También está la droguería de atención primaria de la salud.

Y hemos tenido la suerte de poder inaugurar la farmacia CEMAR, que fue concebida para poder implementar la Unidad de Mezclas Intravenosas. Hace unos años tuvimos la oportunidad de que un profesional de nuestra planta se capacitara en el Hospital Garrahan y hoy es el director técnico de esta farmacia.

Otra inauguración reciente que ya está en pleno funcionamiento es la cirugía ambulatoria, y otro servicio innovador como la internación domiciliaria con un profesional al frente. Actuamos también relacionados al Sistema Integrado de Emergencia, el SIES, al que proveemos de todos los insumos y medicamentos necesarios para sus actividades.

El Departamento de Gestión de Medicamentos y Materiales Biomédicos también tiene su propio desarrollo. Funcionan allí la Auditoría de Farmacia, el Programa de Procreación Responsable, el Programa Municipal de HIV/ SIDA, el Programa de TBC, otro programa muy interesante que es el de Hospitalización Abreviada para el Síndrome de Bronquitis Obstructivo-Respiratoria, y también el programa REMEDIAR.

Dicho así parecería muy simple todo, pero nuestra dispensa de estos programas y el seguimiento que tenemos es exhaustivo. Todo se produce a través de fichas, con todos los controles pertinente que permiten saber los datos sobre cada insumo, y además pensando que el paciente tiene que recibir la medicación en tiempo y forma. Frente a cada uno de estos programas está también la presencia de un farmacéutico.

### **Gestión, control y adquisición de medicamentos**

Si bien es cierto que la Municipalidad de Rosario tiene un laboratorio que fabrica los productos también tenemos que realizar la provisión a través de compras, y lo hacemos por licitaciones públicas, privadas, concursos de precios o compras directas de acuerdo a los montos que implique.

El trabajo es bastante diversificado y debe tener la necesaria agilidad, y de hecho son bastantes los actores involucrados. Sintéticamente, el circuito es el siguiente: los pedidos los generan los jefes de farmacia remitiéndolos al nivel de Auditoría de Farmacia donde son controlados y autorizados, luego pasan tanto a los niveles contables de los hospitales como al nivel central, y también en su momento participan la Comisión Municipal de Medicamentos y el Comité de Tribunal de Cuentas Externas de la Municipa-

lidad, donde trabajan personas que no pertenecen a la Municipalidad sino que hacen las auditorias por fuera de ella.

### **Gestión de dispensación para pacientes ambulatorios.**

La atención a pacientes ambulatorios se hace con recetas personalizadas. Se dispensa según el formulario terapéutico municipal. Este formulario es una de las herramientas más importantes con que cuenta la Secretaría para poder optimizar la dispensa y para poder conseguir lo que el paciente realmente necesita. Está avalado por la Ordenanza N° 4.077, que en su artículo 4º dice claramente que este formulario no tiene restricción. Si hay un paciente que necesita una droga que esté fuera del mismo, ésta una vez autorizada puede ser adquirida a través de las vías de excepción.

Por otro lado también hacemos el seguimiento farmacoterapéutico sobre los tratamientos crónicos o los prolongados en las enfermedades prevalentes.

### **Gestión de dispensación en pacientes internados.**

Hace mucho tiempo que empezamos con la dosis diaria individualizada por paciente. Hoy en todos nuestros servicios los farmacéuticos a través de nuestra presencia y realizando farmacia clínica estamos preparando la dispensación de las recetas.

Los farmacéuticos estamos integrados a los equipos de salud. Actualmente es una realidad ver caminar a los farmacéuticos y a los médicos por los pasillos de los hospitales conversando y consensuando acciones. Y lo mismo sucede con los servicios de enfermería. La adquisición de los materiales biomédicos son parte de las actividades de este departamento, y creemos que es una muestra de que estamos yendo por un buen camino, buscando construir un nuevo modelo de farmacia donde nuestra presencia es valiosa.

### **Conclusiones**

Con la intervención del Colegio de nuestra Circunscripción y a través de muchos años de lucha, nuestros profesionales farmacéuticos, actua-

les jefes de farmacia, reciben el pago del bloqueo de su título, lo cual es un logro nada menor.

Para cumplir con el eje, el objetivo y el logro de la gestión, los farmacéuticos hemos desarrollado todas estas actividades que son inherentes a nuestra profesión, que permiten que el medicamento esté disponible y que el paciente pueda llegar a él, pero teniendo como prioridad el uso racional del mismo.

Para asegurar que la dispensa, la información y el control de medicamentos se realice a través de un profesional, es de suma importancia que tanto los gobiernos provinciales, municipales como el nacional consideren que la presencia del farmacéutico tiene que estar en todo lugar donde se dispense un medicamento.

## **Sistema de Provisión de Medicamentos y Seguro de Salud de Santa Fe**

*Farm. Fabián Flolasco*

### **INTRODUCCIÓN**

En nuestro caso comentaremos específicamente el sistema de provisión de medicamentos en Santa Fe, por lo cual la exposición estará dividida en dos partes: en una primera instancia contaremos cómo se viene realizando la distribución de medicamentos, y en la segunda parte vamos a ver cómo siguió este tema a partir de la creación del Seguro de Salud, la experiencia piloto que se implementó en el 2001 en la Zona de Salud III.

### **LA DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN SANTA FE**

#### **El escenario**

Para comenzar y con el fin de poder interpretar la interacción entre los distintos sectores que intervienen en el manejo de los insumos utilizados

en los distintos niveles de atención, que se efectúan desde los más de 500 centros de salud provinciales, es necesario describir la estructura con la que cuenta el Ministerio.

Por un lado tenemos al **Ministerio de Salud** del cual dependen dos subsecretarías:

- La **Subsecretaría de Logística** que es la que se encarga a través de áreas y direcciones que están a su cargo de administrar los recursos humanos, físicos y económicos.
- La **Subsecretaría de Salud** de la cual se desprende la **Dirección de Protección y Promoción de Salud**:
  - Esta última tiene a su cargo 21 programas prioritarios de salud.
  - Y también comprende la **Dirección de Bioquímica y Farmacia y Droguería Central** donde funcionan 3 programas de salud:
  - El **Programa de Red de Laboratorios** que es lo que compete a toda la parte bioquímica en la provincia.
  - El **Programa Provincial de Farmacovigilancia** en el que se emiten alertas y reportes, así como también se reciben notificaciones voluntarias sobre problemas relacionados a medicamentos.
  - El **Programa Provincial de Medicamentos** que sirve como programa de apoyo a los 21 programas prioritarios participando en la logística del medicamento y propendiendo al uso racional de los mismos.
  - También cuenta con una política de regulación y control que está a cargo a través de los **Departamentos de Inspección de Farmacia 1° y 2° Circunscripción**.

**La provincia está dividida en 8 Zonas de Salud.** Esta división está hecha por características geográficas y socioculturales:

- **La zona 1** comprende a los departamentos de 9 de julio, San Cristóbal y Castellanos.
- **La Zona 2** a los departamentos de Gral Obligado y Vera.
- **La Zona 3** a Juan de Garay y San Javier.

- **La Zona 4** a San Jerónimo y San Martín
- **La Zona 5** a San Justo, la capital y Las Colonias
- **La Zona 6** a Belgrano, Caseros e Iriondo
- **La Zona 7** al departamento Gral. López
- **La Zona 8** a San Lorenzo, Villa Constitución y Rosario.

Cada una de estas zonas de salud tiene un responsable zonal y a su vez un profesional farmacéutico, al que le llamamos Coordinador Zonal, que es el referente del Programa de Medicamentos en la zona. Y de estas zonas de salud dependen a su vez los hospitales que nosotros llamamos Hospitales Base Referenciales. Esos hospitales a su vez tienen a su cargo un área programática, donde ellos se encargan de proveer los medicamentos a todos los centros de salud del área que le corresponde.

Todas estas actividades se desarrollan a través de un sistema en cascada donde fluyen por un lado la información y por otro lado los insumos. Por ejemplo desde el Nivel Central y a través de la Dirección de Bioquímica y Farmacia fluyen hacia las zonas, hospitales bases y los centros de salud por un lado los insumos y en forma inversa la información.

### La logística

Veamos ahora cómo es la logística y de qué manera la Dirección de Farmacia, que es la que la tiene a su cargo, la gestiona y la lleva a cabo.

---

**Podemos entender a la logística como a la disciplina que se encarga de adquirir, almacenar y transportar suministros. Dentro de las funciones principales de un ciclo logístico de un sistema de abastecimientos de medicamentos, encontramos entonces distintas etapas: la selección, adquisición, distribución y uso de los mismos.**

---

En cuanto a la **selección**, aquí decidimos qué medicamentos entregar y en qué cantidad. Para eso es preciso explicar que nosotros contamos en la provincia con un sistema de provisión mixto, porque por una parte los

hospitales reciben desde el Nivel Central medicamentos destinados a cubrir el primer nivel de atención. Y por otra parte, de acuerdo a sus necesidades patológicas o sus necesidades de internación, ellos adquieren mediante diversos sistemas de compras los medicamentos que necesitan, y en este punto se usa el Formulario Terapéutico Provincial, que está básicamente adherido a la última edición del Formulario de la COMRA.

En la segunda etapa, que es la **adquisición**, es donde se encuentran las fuentes de abastecimiento de los medicamentos. La provincia realiza compras de medicamentos para cubrir el primer nivel de atención mediante licitaciones públicas y también licitaciones privadas, concursos de precios y compras directas, dependiendo el mecanismo utilizado de la urgencia y cantidad a adquirir.

Por otro lado recibe también los productos elaborados por el Laboratorio Productor de Fármacos Medicinales Sociedad Del Estado, que también es conocido como LPFM. Cabe destacar que en la provincia se le hace el control de calidad a todos los productos que son adquiridos en forma directa.

Con respecto a la **distribución** aquí se incluye el manejo de los medicamentos: podemos mencionar el control de stock, el almacenamiento, el manejo de medicamentos vencidos y el transporte. Todas estas actividades son realizadas a través del Departamento de Droguería Central que también depende de la Dirección de Bioquímica y Farmacia.

El control de stock se lleva mediante un sistema informatizado de almacenamiento, asegurando la cadena de frío para aquellos medicamentos que lo necesiten, y el transporte incluye toda la distribución a las Zonas de Salud.

Con respecto a los volúmenes de distribución de medicamentos que hace la provincia, se corresponde con la cantidad de comprimidos repartidos, inyectables y otros varios por unidades físicas, de acuerdo al consumo declarado por los hospitales. Estos consumos declarados sirven para llevar estadísticas y poder proyectar las compras. Cuando nos referimos a unidades físicas nos estamos refiriendo a la unidad según la forma farmacéutica, o sea la unidad de comprimido o a la ampollita en el caso del inyectable, y en el caso de varios serían las gotas de un frasco de gotas oftálmicas por ejemplo, un frasco de suspensión o una pomada.

Cabe destacar que la Dirección de Farmacias, a través de herra-

mientas de control y análisis de usos, intenta ordenar esta demanda y corregir las posibles desviaciones que pueda haber en cuanto al uso indebido de los medicamentos.

Por último vamos a ver el tema del **uso de los medicamentos**, ya que la provincia tiene una serie de medidas para poder actuar sobre el mismo con el propósito de hacerlo un poco más racional. Y con este objetivo se estudian prácticas de prescripción, como por ejemplo que los medicamentos sean prescritos por la Denominación Común Internacional o nombre genérico, y también que los medicamentos prescritos estén dentro del Formulario Terapéutico Provincial. Hay que destacar a propósito de esto, que la provincia de Santa Fe desde el año '90 ya tenía una ley, la Ley Nº 10.496 que luego fue ratificada por la Ley Nº 12.043 en septiembre del 2002 y que contemplaba la prescripción por nombre genérico.

### **La dispensa**

Por otro lado tenemos el **expendio o dispensa del medicamento**, para lo cual se uso un formulario especial que nosotros llamamos recetario oficial, y para la entrega de medicamentos se exige que el mismo esté debidamente completo en todos sus datos.

Hay jornadas de capacitación del personal sobre el uso racional del medicamento, y en los distintos servicios de farmacia se brinda información al paciente sobre el uso seguro de un medicamento, como por ejemplo la forma correcta de administrarlo, los recaudos que se debe tener al guardarlo en los hogares, etc, para lograr así la acción terapéutica deseada y reducir de esta manera la posible ocurrencia de efectos adversos.

## **EL SEGURO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE**

Hasta aquí explicamos cómo se viene desarrollando hasta ahora en la provincia el sistema de provisión de medicamentos, ahora veremos brevemente algunos aspectos del Seguro de Salud, que surge por el Decreto 535/2001 a fines de junio, y aparece como un nuevo sistema prestacional en la provincia. No es una estructura distinta al Ministerio de Salud, sino que es una estructura que depende directamente del Ministro y que atraviesa

toda la estructura que mencionamos al principio de esta charla, y donde se trabaja en forma horizontal conjuntamente con todas la entidades.

Este modelo está destinado a personas sin cobertura social o sin ningún tipo de cobertura, ni capacidad económica para obtenerla. La identificación de estas personas es responsabilidad del Ministerio de Salud, el cual conforma un padrón de beneficiarios y a su vez corrobora que esos beneficiarios reúnan las condiciones necesarias para ser destinatarios de los beneficios de Seguro de Salud Provincial.

Como objetivo principal, el Seguro intenta proveer una atención del primer nivel a través de un concepto de población a cargo, que se hace mediante equipos de atención primaria. Estos equipos de APS están conformados por un profesional médico, un agente sanitario y un enfermero. También realiza acciones de prevención y promoción de la salud especialmente en poblaciones de interés específico o mayor vulnerabilidad, como la madre y el niño, adolescentes y ancianos, normatizando junto con programas preventivos aquellas patologías que tienen alta incidencia o mortalidad, como pueden ser el cáncer de mama, y haciendo un seguimiento normatizado de patologías crónicas como la hipertensión arterial, el asma y la diabetes.

A fines de marzo del 2002 comenzó la experiencia piloto en la Zona de Salud 3 que comprende los departamentos Garay y San Javier. Se eligió a esta zona porque el Estado es el único prestador para la mayor parte de su población, que característicamente tiene dificultad de acceso a la atención dado que esta es la zona donde hay menor densidad poblacional en la provincia. No hay servicios de alta complejidad, derivándose a la ciudad de Santa Fe o a Reconquista. El número de afiliados tentativos (aproximadamente 30.000) era acorde a una experiencia piloto, y además los indicadores de mortalidad infantil y desnutrición eran los más elevados de la provincia.

En cuanto a la participación de la Dirección en el Seguro de Salud Provincial, participa en esa estructura horizontal, aportando la logística del medicamento. Ese sistema hace que conjuntamente con la gente del Seguro se haya decidido normatizar la entrega de los medicamentos con un primer criterio de selección de acuerdo a las patologías que había estadísticamente en la zona. Fue así que se implementó la codificación de medicamentos, que sirve para poder cargar datos en el sistema informático que se pone en marcha, se modificó el recetario oficial y se realizó un convenio con el Colegio de Farmacéuticos de la 1ra Circunscripción, articulando de esta manera el sistema público con el privado.

Una de las principales características del convenio con el Colegio de Farmacéuticos fue que la participación de los farmacéuticos del sistema privado es voluntaria. El seguro de salud se hace cargo de entregar los insumos utilizados que figuran dentro del vademécum, provee el sistema informático y los prestadores deberán cargar todos los datos requeridos en el mismo.

Se usa por supuesto el recetario oficial, y las principales características que se modificaron en el mismo son por ejemplo que se puede prescribir hasta dos productos por receta como en la seguridad social, se incorpora el código SISAP en el recetario y el código del medicamento para facilitar la descarga en el sistema informático.

Los principales objetivos son mejorar el acceso a los medicamentos por parte de los beneficiarios del Seguro, obtener indicadores cuantitativos y cualitativos, como por ejemplo tasas de uso, calidad precriptiva, etc, mejorar los procedimientos que ayuden a prevenir y solucionar los problemas relacionados con medicamentos, testear los circuitos logísticos del Seguro y medir todo el costo del proceso.

La inclusión de los farmacéuticos que se desempeñan en servicios de farmacia favoreció a mejorar el procedimiento de obtención de resultados terapéuticos esperados, reduciendo la morbilidad por iatrogenia. También se logró ampliar el acceso de los beneficiarios del Seguro de Salud a los medicamentos, ya que se pasó de tener 5 bocas de expendio a 19.

## **CONCLUSIONES**

Para ir finalizando mencionaremos qué pasó con algunos indicadores de la experiencia a través del Seguro de Salud en la Zona 3, que corresponden a datos recogidos entre marzo del 2001 a febrero del 2003:

- El promedio de medicamentos por receta, el costo aproximado de la receta, la tasa de uso, la tasa de prescripción y la consulta de guardias que es uno de los grandes factores del gasto han caído un 45%.
- Se hizo también un ranking de las drogas más prescriptas, que hemos clasificado por volumen de prescripción y no por costo.

- También hicimos un ranking de patologías, donde en primer lugar figura la medicina preventiva y la promoción de la salud que era uno de los objetivos del seguro y que se buscaba favorecer haciendo promoción de la salud.
- Se pasaron a consultorios privados 1.325 consultas promedio mensuales cuando antes no había nada.
- También tuvimos datos sobre las visitas domiciliarias que promediaban las 49 mensuales.
- Tampoco antes se hacían PAPs, y ahora se hacen un promedio de 159 mensuales.
- El control neonatal alcanza al 90% de los niños recién nacidos, a quienes se le ha hecho el análisis de prevención de enfermedades congénitas y el control de desnutrición.

Por último nos queda comentarles que la idea es que este sistema se vaya implementado en toda la provincia, por lo que ya comenzaron en algunos lugares de la zona sur y también de la zona norte y próximamente se va a implementar en Sunchales.

## **La provisión de medicación oncológica en el Programa Provincial del Cáncer**

*Dra. Adriana Medina*

### **INTRODUCCIÓN**

Antes de comenzar, deseo agradecer haber sido convocada a este encuentro. Pasando entonces al tema de esta presentación, esto surge condicionado por la situación social deteriorada de nuestro país y a la cual la provincia de Santa Fe no ha sido ajena, con mayor exclusión social, mayor tasa de desempleo, y una gran proporción de gente sin cobertura social, lo

cual provocó un aumento de la demanda al sector público, a a lo que se le agrega la crisis económica con la devaluación, el aumentos de costo de los insumos y de los medicamentos oncológicos.

Todo esto desembocó en un gasto insostenible que obligó a la revisión del sistema. Cuando revisamos el sistema nos encontramos con que era ineficiente y teníamos un alto gasto con baja cobertura. Otro punto mayor era su gran inequidad, porque el tipo de acceso y cobertura dependía mucho de cuál era el servicio que consultara el paciente, y además esto se daba en el marco de una gran insatisfacción del usuario. Teníamos permanentes quejas, la gente deambulaba en los distintos servicios provinciales y municipales, recurría a otras instancias de supuesta resolución de los problemas como la Zona de Salud, o a ciertas ONGs como el ALCEC.

En definitiva, identificamos los problemas que se daban en los distintos niveles y propusimos distintas soluciones acorde a su naturaleza.

## NIVELES DE PROBLEMA Y SOLUCIONES PROPUESTAS

### La prescripción y la solicitud

El primer nivel, que lo expresamos como solicitud pero lo podemos llamar prescripción, presentaba como principal problema la discrecionalidad. Se trataba de una prescripción totalmente libre, autónoma, con una visión desintegrada por parte del médico de las necesidades de la totalidad del conjunto. Esto hacía que se recetaran medicamentos de alto costo y con el mismo nivel de eficacia que otros de menor costo, y en algunas instituciones nuestras todo el recurso se iba en estos medicamentos destinados a pacientes con muy poca chance de sobrevivir o curarse, en tanto que quedaban fuera de acceso pacientes con alta chance de curación y que necesitaban medicamentos de bajo costo.

Las soluciones que propusimos incluyeron en primer lugar a la **normatización**. Establecimos requisitos para el ingreso al sistema, esos requisitos tienen que ver con la necesidad de una exacta identificación del

paciente, de su problema, de su enfermedad y de la certificación de la ausencia de cobertura social.

Lo segundo que hicimos fue elaborar **protocolos terapéuticos consensuados**, que están en vías de publicarse a nivel de resolución ministerial para darle más fuerza a estos protocolos. El criterio de elaboración de los mismos fue el de tener en cuenta que a igual eficacia primaba la elección de sistemas terapéuticos de menor costo. Esto resultó de un trabajo de muchos meses, es un tema sensible con fuertes intereses en juego, por lo cual decidimos convocar a los oncólogos que se desempeñaban en nuestras instituciones y lograr que se pusieran de acuerdo en determinados esquemas terapéuticos, y eso realmente fue una tarea ardua.

Y luego pasamos a establecer un mecanismo de **auditoria de tratamientos**, para lograr que los tratamientos se ajustaran a esos protocolos consensuados, pero teniendo en cuenta la posibilidad de indicaciones de excepción que deben ser tratadas y consultadas por expertos.

### La compra

El otro nivel de problema estaba en la compra. El manejo era descentralizado, cada hospital compraba por su cuenta basándose en los pedidos que se hacían desde los distintos servicios. Esta descentralización no tiene en cuenta el conjunto, y en el suministro genera una fragmentación. Esta fragmentación hacia cada hospital hace que, por ejemplo, cuando empezamos a querer constituir un banco único de drogas oncológicas encontramos medicamentos vencidos en varios servicios. No había ningún tipo de coordinación entre los distintos servicios, que apuntara a identificar cuáles eran las necesidades de cada uno para poder subsanar a un paciente sin medicamentos.

Nuestra propuesta de solución fue unificar la compra y el suministro con la creación de un banco único de drogas oncológicas con dos bocas de distribución, una en Rosario y otra en Santa Fe.

### La dispensa

Otro problema está en la dispensa. Nos encontramos con una gran

heterogeneidad en las modalidades de dispensa, y en algunos casos era el personal administrativo el que estaba dispensando el medicamento directamente al paciente, en tanto que en otros casos las farmacias dispensaban al personal de enfermería de los hospitales de día. Esta heterogeneidad de dispensa llevó a que se stockearan medicamentos en distintos sectores del sistema. Propusimos que sí o sí la dispensa se hiciera a través de la farmacias hospitalarias.

## **EL BANCO ÚNICO DE DROGAS ONCOLÓGICAS**

¿Cómo funciona el Banco Único de Drogas Oncológicas?.

En primer lugar digamos que se ocupa de hacer los pedidos de compra pero basados en una visión global, porque a partir de haber normalizado el sistema tenemos una base de datos con todos los pacientes, lo que nos permite hacer proyecciones en base a la cantidad de pacientes que tenemos, de cuál es su patología, cuál su estadio evolutivo, o qué se va a necesitar en el futuro. Todo esto está en vías de perfeccionamiento porque hemos crecido con mucho esfuerzo, con mucho apoyo desde el punto de vista financiero pero con poco desde el punto de vista del recurso humano que nos acompaña en todo esto.

Las dos bocas de expendio del Banco cuentan con un farmacéutico a cargo y personal administrativo. Y todavía tenemos mucho déficit en la cuestión auditoria que se basa en consultas a los amigos oncólogos.

La logística o sistema general tiene mucho mayor detalle. El médico tratante hace la realización de los estudios para ver la pertinencia y la factibilidad del tratamiento y completa la ficha del paciente por única vez. Esa ficha es la que cuenta con una identificación muy precisa del paciente: documento, historia clínica, su enfermedad y el protocolo correspondiente, y recién después expide la receta. El paciente cuando ingresa por primera vez entrega esa ficha completa con el informe social, una fotocopia de la biopsia para tener certificado que se trata de un paciente con cáncer, y algunos otros detalles más.

Una vez que ingresó como beneficiario de nuestro banco, la próxima vez lo único que tiene que hacer es entregar la receta. El banco de drogas comienza un procedimiento de autorización de la receta que se

basa no sólo en que exista el medicamento, sino en que la indicación se ajuste a los protocolos consensuados.

El Banco de Drogas realiza una entrega semanal de drogas a las farmacias hospitalarias, que se hace individualizada por paciente. Con la receta autorizada el paciente se dirige a su centro de tratamiento y recién ahí se le otorga el turno, y el día del turno concurre a la farmacia y lo retira.

Simplemente y para finalizar, digamos que las normas de procedimiento las estamos corrigiendo y reajustando permanentemente, surgen algunos inconvenientes, es verdad, pero hemos optimizado los recursos, y podemos decir que en este momento estamos teniendo un total de 1.516 beneficiarios en un año, que se ha duplicado a los 6 meses.

## **Gestión económica en efectores de salud de Rosario. Propuestas de indicadores de calidad**

*Farm. Karina Botta*

### **INTRODUCCIÓN Y ASPECTOS METODOLÓGICOS**

Rosario hace mucho tiempo que está trabajando en la gestión de medicamentos y los farmacéuticos hospitalarios desde el área de farmacia asistencial de la Universidad y de la Comisión de Hospitalarios del Colegio de la 2° Circunscripción decidimos ir por más, y buscamos elaborar un trabajo que refleje la situación actual y hacer propuestas para la mejora continua de la calidad.

El objetivo fue comparar las estructuras de los procesos y los resultados de la gestión económica farmacéutica en los efectores de salud de la ciudad de Rosario, a fines de realizar un diagnóstico de situación y proponer actividades que redunden en la mejora continua de la calidad.

El método que se utilizó está descrito como una investigación operativa, y dentro de ella es un estudio descriptivo mediante la aplicación de un programa de acreditación de farmacias hospitalarias diseñado en el año 2001, y cabe aclarar que los aspectos específicos de gestión económica fueron extraídos de una tesis doctoral de la Universidad, utilizando un cuestionario guía e indicadores de calidad.

En cuanto al material y universo en estudio, los efectores que participaron en el estudio son de diferentes dependencias. Participaron 5 efectores privados, dos provinciales y 2 municipales. Los efectores tienen nombres de abecedario por una cuestión de confidencialidad.

Los niveles de riesgo son altos. Todos los participantes eran de nivel 3 ó 2; el tipo eran en su mayoría polivalentes excepto 2 que eran pediátricos, y el número de camas variaba entre 50 y 150 camas, algunos con hospital de día.

La diferencia fundamental es que en el privado el número de farmacéuticos es uno y en las dependencias públicas es mucho mayor, y esto

se debe a que en la provincia de Santa Fe las clínicas y sanatorios no tienen la obligación de tener la presencia de un farmacéutico. Si bien los que participaron lo tienen, lo cual es un reconocimiento desde la gerencia de la clínica o sanatorio respecto de la función del farmacéutico, esta presencia profesional todavía no es obligatoria.

Las variables de análisis que se utilizaron son las comparaciones entre efectores de diferentes dependencias, y los resultados de los indicadores de las actividades de selección, adquisición y almacenamiento de medicamentos.

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Para analizar los resultados se diferenciaron los subsectores públicos de los privados, y vamos a mostrar cuáles son las principales diferencias.

### **Subsector privado**

- Dentro de los privados encontramos que la prestación a obras sociales caracteriza en ellos casi todos los aspectos de gestión contemplados, ya sean las políticas de medicamentos, provisión de insumos, informatización de los servicios o facturación. Acá el farmacéutico tiene poco poder de decisión.
- Sólo uno de los efectores cuenta con un manual de organización de procedimientos, que es la acreditación ISO, y sólo dos poseen comité de farmacia terapéutica. Desde la Comisión de Farmacéuticos Hospitalarios se viene trabajando hace un tiempo en este tema, el proyecto ya está elevado a la Cámara de Diputados y Senadores y esperamos que esta legislación salga a la brevedad, asegurando que los efectores privados cuenten con un farmacéutico.
- En cuanto a la adquisición entre el 85% y 25% de las compras que realizan los efectores privados son compras negociadas o por concurso de precios, y entre un 5% y 15% son compras directas.
- Las obras sociales proveen o responden por insumos como oncológicos o determinados materiales biomédicos de alto costo.

- La recepción es con control inmediato, y en 3 de los 5 efectores analizados es con órdenes de compra en mano.
- El almacenamiento es por orden alfabético, por laboratorio, por acción terapéutica o una combinación de estas variables. En su mayoría están en sectores diferenciados y las condiciones de almacenamiento son muy variadas y van de malas a muy buenas.
- El control de stock se realiza en forma informatizada, no presenta falta de seguridad en el control de punto crítico, realizan estadísticas de consumo que incluyen a pacientes y obra social, el control de vencimiento es visual y el inventario anual.

### **Subsector público**

- En el subsector público la selección de medicamentos está definida por la política del nivel superior o del comité de farmacia y terapéutica del mismo efector. Todos poseen guía farmacoterapéutica y listas (no catálogos) de materiales biomédicos.
- La adquisición está basada en la legislación correspondiente de cada dependencia. El tipo o forma de adquisición más utilizada es la licitación privada, si bien en algunos efectores se realizan públicas, pero en su mayoría están definidas por la ley de contabilidad de cada dependencia.
- La selección está definida por montos máximos prefijados o el presupuesto asignado a cada efector.
- Existen distintos programas que proveen medicamentos que son programas nacionales, provinciales e incluso municipales.
- Y la recepción es por control inmediato de orden de compra.
- Respecto del almacenamiento, el subsector público también lo realiza por orden alfabético de monodroga, solo o combinado con acción terapéutica. Están almacenados en un área diferenciada específica, excepto en lo inflamable y en dos de ellos.
- El control de stock también está informatizado, tiene incorporado el punto crítico, el control de vencimiento es visual, se obtienen estadísticas de consumo y se realizan inventarios anuales.

## Otros aspectos metodológicos

Respecto de los **indicadores de calidad** que se utilizaron para la evaluación, elegimos 5 básicos para empezar, ya que ésta es la primera experiencia de evaluación que se hace, y elegimos los básicos para que todos pudieran acceder a participar

Tomando como ejemplo uno de ellos, en este caso la evaluación de solicitudes de inclusión de nuevos principios activos en la guía farmacoterapéutica, el indicador es la relación entre el número de solicitudes de inclusión de principio activo evaluadas (*numerador*), sobre el número total de solicitudes de inclusión recibidas (*denominador*) por 100. O sea que este tipo de indicador se trata de una proporción.

Respecto de la recolección de datos, la fuente de información puede ser archivos de solicitudes o registros de comités de farmacia y terapéutica, en tanto que el método es retrospectivo.

Luego se calcularon y tabularon los indicadores, armándose una matriz cuya primera columna corresponde a cada indicador, en tanto que la siguiente son los valores estándar y después siguen los de cada efector en particular,

## DISCUSIÓN

La discusión que se realizó arribó a los siguientes ítems:

- Los convenios son con las obras sociales.
- En la mayoría de los casos en el servicio de farmacia no se posee el suficiente poder dentro del proceso de toma de decisión, ni tampoco para las soluciones. Acá cabría preguntarse si se necesita mayor participación, o si hay que incluir a auditores farmacéuticos, porque si bien hay obras sociales que lo tienen, el auditor que actúa en los efectores a niveles de solución siempre es un médico.
- Respecto de la informatización, en el caso de los privados la facturación de las obras sociales si bien entorpece algunas tareas, permite un detalle más pormenorizado del movimiento de los insumos, en tanto que en el caso de los públicos es necesario optimizarla sobre todo para el cruce de datos. Digamos que se viene trabajando en este

sentido, pero falta hacer aún más para que todos los efectores tengan un sistema informatizado completo y para poder acceder de modo efectivo. Los cruces de datos generalmente se hacen, pero se hacen en casos muy puntuales y en determinados aspectos ya que al no estar informatizados cuestan demasiado trabajo.

- Concluimos que había muchas dificultades a la hora de supervisar o realizar el informe técnico de los materiales descartables. La propuesta fue la elaboración de un catálogo común de materiales biomédicos para control y licitación de los mismos, ya que surgía la necesidad de contar con un formulario o un catálogo de materiales biomédicos equivalente a lo que serían catálogo de medicamentos.
- Otra propuesta fue la posibilidad de realizar alianzas estratégicas para mejorar precios, con procedimientos administrativos que generen ordenes de compras para cada institución consorcista, con entregas parciales según disponibilidad del área para depósito. En esto se han hecho algunas experiencias y son todas perfectibles por lo menos desde nuestro punto de vista.
- Los métodos de adquisición aplicados muestran una clara diferencia entre lo público y privado, siendo en estos últimos nula la aplicación de procesos licitatorios.
- En lo privado se manejan por concurso de precios, con un alto número de proveedores pero solamente por concurso de precios. En cuanto a la calificación de los proveedores, sólo la dependencia municipal posee un patrón de proveedores con buenos resultados, que es perfectible en su aplicación mediante procedimientos dirigidos a incrementar conformidad.

## CONCLUSIONES

El grado de respuesta del indicador es variado y sirve no sólo para mostrar problemas de registro, generalmente por nula o deficiente informatización, sino que también puede ser utilizado para rever los indicadores propuestos. Esto quiere decir que en un futuro volveremos a evaluar estos indicadores para ver el grado de avance que obtuvimos con cada uno, y también se pueden proponer otros nuevos.

Los valores estándar fueron alcanzados en un 38,3 % del total, de los cuales el 67,6% fueron los respondidos, y sobre ese 67,6% el 38,3% alcanzaron el valor estándar. Y si bien éste es un valor bajo, es un número apreciable debido a que estamos en las primeras etapas, ya que nosotros primero definimos los indicadores y después fuimos a ver dónde estaban los datos.

Nunca se había trabajado previamente para el registro de esos datos, pensamos que aplicar sistemáticamente estos indicadores permite visualizar los resultados de las medidas correctivas, lo que simultáneamente exige y motiva la conducta de registro, si bien a veces es una falencia debido a la falta de recursos humanos o a una falta de informatización.

La conclusión es que la aplicación de esta evaluación permitió un análisis profundo y en conjunto de la situación actual y también se generaron propuestas de mejora, abonando esfuerzos y unificando criterios. El hecho de confrontarse con colegas que se manejan en otros ámbitos o en otros efectores de salud, hace que uno comparta la experiencia y se enriquezca a través del trabajo conjunto, y ello nos lleva a esperar con optimismo que podamos seguir trabajando de esta forma.

## Debate

**Pregunta de la audiencia:** *Son dos preguntas para Fabián Flolasco: ¿Cuál es el rol del farmacéutico hospitalario en el Seguro Provincial de Salud? Y ¿Cómo se realizará la entrega de medicamentos en aquellas localidades donde no existen farmacias privadas?*

**Farm. F. Flolasco:** Creo que el rol del farmacéutico hospitalario es el mismo que viene teniendo ahora, porque la idea es que si se le presenta un afiliado o un beneficiario de Seguro lo tiene que atender como lo viene haciendo hasta ahora. Y también la respuesta a la segunda pregunta es que esa entrega en los lugares donde no haya farmacias privadas se seguirá realizando en los centros de salud como se viene haciendo ahora.

**Pregunta de la audiencia:** *Toda la población santafesina está cubierta por alguna forma de seguro, pero de no ser así ¿cuales son las razones para quedar excluido del Seguro Provincial de Salud?*

**Farm. F. Flolasco:** Tal vez no fui claro en la exposición, pero en los lugares donde no está implementado el Seguro, la gente no es que queda sin cobertura sino que concurre al hospital como concurre habitualmente y se le provee del medicamento por otra vía como la que explique en la primera parte.

**Pregunta de la audiencia:** *¿Cómo se le retribuye al farmacéutico que está incorporado a la dispensa en el Seguro Provincial de Salud? Y ¿Cuál es la vinculación con el Programa Remediar? ¿En los lugares donde existe el Seguro también existe el Remediar, y en ese caso está integrado de alguna manera?*

**Farm. F. Flolasco:** Veamos primero cómo se retribuye al farmacéutico: dentro del convenio que se terminó de firmar con el Colegio de Farmacéuticos de la 1<sup>a</sup> Circunscripción digamos que al farmacéutico se lo retribuye económicamente por la prestación que brinda, la verdad es que no tengo idea de cuánto se le paga por receta eso lo maneja más la gente del Seguro, yo estoy más en la parte técnica del uso del medicamento y demás.

Y luego respecto a la segunda pregunta, los lugares donde está el Remediar están coexistiendo los dos sistemas. El director, mi jefe, en este momento está en Bs. As porque están tratando justamente de llegar a un acuerdo con el Programa para trabajar juntos, creo que se puede, porque hay duplicidad de datos, es más o menos el mismo sistema por lo que creo que en un tiempo no muy lejano se llegará a un acuerdo y se podrá trabajar conjuntamente.

La provincia siempre ha peleado este espacio y quería que el Remediar se transformara en lo que era el Seguro Provincial de Salud, hoy nosotros tenemos un montón de farmacias privadas tanto en la parte sur como norte y se nos armó una duplicidad, porque por un lado viene de Nación la caja (que llamamos *la cajita feliz*) con todos los medicamentos que se distribuyen en el centro de salud, y por el otro lado nosotros estamos propiciando a través de los convenios con los Colegios que el medicamento llegue de mano segura, o sea de manos de farmacéuticos, por eso los convenios con las farmacias privadas. En resumen, hasta ahora se han enviado propuestas, incluso se las han hecho llegar a manos del ministro Ginés González García, pero ellos dicen que son programas enlatados que vienen del Banco Mundial y que no pueden salirse de esas normas... Pero en realidad la provincia de Santa Fe pelea el tema porque tiene un buen sistema de distribución tanto en el orden provincial como municipal, y podría ahorrar algo del esfuerzo y plata del programa de Remediar.

**Pregunta de la audiencia:** Para la Dra. Adriana Medina: ¿Cómo se integra el Programa Nacional de Drogas Oncológicas en la provincia?

**Dra. A. Medina:** Bueno el Banco de Drogas Nacional que hace muchísimos años que funciona tiene filiales en todas partes del país, aquí existe una filial pero que siempre representó un porcentaje menor, digamos que la provisión por parte del Banco Nacional siempre fue muy exigua y en términos de gastos totales de la provincia de Santa Fe no llegaba ni al 1%. En este momento casualmente el Ministerio de Salud de la Nación está tratando de reformular todo lo que es el funcionamiento de ese Banco Nacional, nosotros estamos muy contentos porque las líneas que ellos están planteando son muy semejantes a las nuestras, y ellos inclusive están construyendo un índice de distribución distinto basados en datos epidemiológicos, aunque por el momento se limitan a estar basados en datos de mortalidad de cada provincia. Pero nosotros lo que

hicimos fue seguir recibiendo esa pequeña proporción e incorporarla al Banco, porque una de las cosas que no dije es que en el Banco el 99% es compras de la provincia, pero que también recibe eventualmente del Banco Nacional donaciones y demás, y lo importante es hicimos un sólo lugar de almacenamiento de este tipo de medicamentos.

**Pregunta de la audiencia:** *Para la Dra. Adriana Medina: Yo entendí como que ahora le dan al doble de la cantidad de pacientes que cubren sin aumentarles el presupuesto, ¿se hizo alguna evaluación de qué ahorro se obtuvo con las compras centralizadas de insumo?*

**Dra. A. Medina:** Todavía no tenemos la evaluación minuciosa, porque aparte en el ínterin de esto fue cuando se produjo esa disparada de los costos, que estaban sobrevaluados por parte de los vendedores, y estuvo todo el tema del dólar, pero lo que sí podemos decir es que nosotros de lo que estimábamos con el dólar como esta ahora, llevamos gastado un poco más pero nunca duplicamos gastos.

**Coordinadora:** Para complementar la respuesta, lo que nos va a permitir a nosotros el centralizar las compras, es decir tener todos juntos los medicamentos en un lugar, es gestionar en forma personalizada y hacer seguimiento a través de los recargos. Esto hace que cuando nosotros llevamos el medicamento a cada farmacia hospitalaria, la medicación ya está destinada, con lo cual cada paciente tiene asegurada esa quimioterapia. Cuando el paciente por algún problema, sea porque tiene alguna dificultad de salud o por otra razón válida no puede hacerse su quimioterapia, eso queda en farmacia, lo cual nos permite con nuestros colegas hacer un seguimiento, que ha permitido que sobre la cantidad de quimioterapias dispensadas se pueda volver a un reaseguro prácticamente un 20%.

## **Mesa 13 Gestión económico-financiera, Atención Farmacéutica y marketing de la red de farmacias profesionales**

*Coordinadora: Farm. Adriana Cuello*

*Creo que estaremos todos de acuerdo en convenir que la actividad farmacéutica en forma privada desde las oficinas de farmacia es cada día más compleja. Compatibilizar la gestión administrativa de la farmacia con la atención profesional para satisfacer la demanda de los pacientes es un tema que a todos nos preocupa, y queremos sacar algunas conclusiones a partir del desarrollo de esta mesa.*

*Contamos para esta ocasión con la participación de Claudia Cuomo, que es Contadora Pública Nacional egresada de la Universidad de Buenos Aires, posee una Maestría en Economía y Gestión en Empresas de Salud del Instituto Universitario Isalud, y es también docente universitaria, desempeñándose en el área de gestión administrativa de la salud. Nos acompaña también un colega, Carlos Gurisatti, que es farmacéutico egresado de la Universidad de Buenos Aires, Jefe de Equipo de Control de Calidad de E. R. Stickandson, Jefe de Productos Químicos del Instituto Resenbush, Director Técnico de Laboratorios Purissimus, Profesor adjunto de la Cátedra de Sueros y Vacunas de la Facultad de Agronomía y Veterinaria de la Universidad del Litoral y colaborador del Departamento de Atención Farmacéutica del Colegio de Farmacéuticos la Provincia de Buenos Aires. Y para completar el abordaje del tema que nos convoca expondrá Carlos Ortego, quien es Contador Público Nacional y licenciado en Administración egresado de la Universidad Nacional de Rosario, posee un postgrado en Marketing Estratégico Internacional del Centro de Estudios Sogesta en Urbino, Italia, y es también Profesor universitario.*

### **Atención Farmacéutica - La Red y la Empresa Farmacéutica -**

*Farm. Carlos Gurisatti*

#### **INTRODUCCIÓN**

Les quiero agradecer haberme invitado a hablar a estas Jornadas y en particular a esta mesa, que incluye un tema muy querido por mí que es la

Atención Farmacéutica, pero que en este caso la vamos a relacionar con la aplicación de la gestión farmacéutica junto a la red profesional, y mirar qué relación tiene en sí la farmacia particular para llegar a buen fin cuando nos proponemos hacer Atención Farmacéutica.

No vamos a definir Atención Farmacéutica porque el año pasado estuvo la Dra. Andrea Paura, y en la página del Colegio de Prov. de Buenos Aires tienen todas las definiciones y las explicaciones, pero de cualquier forma podemos brevemente decir que la Atención Farmacéutica apunta al paciente y a la responsabilidad que el farmacéutico asume junto con el paciente para que su farmacoterapéutica sea racional, y que llegue a buen fin en el objetivo que se plantearon ambos.

Para poder producir en forma positiva la Atención Farmacéutica en nuestras farmacias necesitamos la colaboración de la red profesional, pero además son esenciales tanto el convencimiento de las instituciones de que la Atención Farmacéutica es una herramienta necesaria para poder seguir adelante en nuestra profesión, como el convencimiento particular del farmacéutico en cuanto a que esta nueva actitud que tiene que asumir dentro de la farmacia le va permitir realizar su labor con más eficiencia.

Para poder hacer esto necesitamos una red profesional que tenga decisión política o voluntad política de aplicarlo o apoyarlo respecto a nosotros, o sea los que pertenecemos a esa red profesional. Y en el farmacéutico que la tiene que realizar tiene que haber consenso y ganas de hacerlo. Pero sobretodo necesitamos que haya una buena cantidad de colegas que lo quieran realizar. Tenemos que tener en claro que si bien la Atención Farmacéutica realizada en forma individual puede llenarnos de satisfacción a nivel personal, eso no influye en la cultura general, ni del paciente, ni de los médicos, ni de nuestros colegas de todas las otras profesiones.

La Atención Farmacéutica cambia el objetivo del farmacéutico. Hasta ahora el farmacéutico tenía como objetivo al medicamento y una variable directa que es su precio. La Atención Farmacéutica cambia el enfoque, y propone al paciente como objetivo, y sumado al paciente sus hábitos de vida y el medicamento. Esto nos lleva a asumir una responsabilidad profesional para que todo este complejo (paciente + hábito de vida + medicamentos) ayude al farmacéutico a cumplir su función, que es que este paciente logre restablecer su estado de salud o mejorar su calidad de vida.

Para esto la farmacia debe volcarse a la comunidad en asesoramiento, en orientación sobre determinadas decisiones que debe tomar el

paciente como puede ser a modo de ejemplo evitar la ingesta de un medicamento inadecuado por una automedicación inadecuada, etc.

Sabemos que muchos probablemente dirán que eso lo hacen todos los días en sus farmacias. El único problema que tenemos es aún haciéndolo todos los días, la sociedad no está enterada conscientemente de que el colectivo farmacéutico hace eso. Inclusive lo toma como normal dentro de una actividad periódica y no lo valoriza como un valor agregado que le estamos dando al medicamento. Si nosotros hacemos todo esto, y si en particular nos comprometemos con el paciente pero además documentamos, entonces estamos haciendo Atención Farmacéutica. Y en consecuencia, la calidad de la atención es aumentada cuando ese medicamento se incluye junto con la Atención Farmacéutica, haciendo un verdadero servicio profesional.

Si los farmacéuticos tenemos un defecto que es casi un común denominador, es que no escribimos. Y nos cuesta escribir por varias razones: primero porque tenemos que llenar planillas enormes de la obras sociales y la verdad es que no nos prepararon para eso, y otra razón es que en la actividad diaria de mostrador a veces nos olvidamos de anotar o de escribir. Pero lo que sí sabemos por experiencia propia, es que si nosotros esto lo tomamos dentro de una red y con un apoyo institucional y comunicación constante, poco a poco se puede lograr.

La Atención Farmacéutica de acuerdo a nuestra experiencia, tiene que venir por un lado por la red profesional, el farmacéutico y la responsabilidad de esa institución de hacer conocer a los usuarios, que son los pacientes, las obras sociales o prepagos y el Estado, el valor agregado que le estamos entregando a cada uno que llega a nuestra farmacia, para ser realmente reconocidos como profesionales de la salud y para aumentar nuestra presencia dentro del equipo de salud. Y definitivamente para que nos consideren meramente como intermediarios caros.

## **UNA EXPERIENCIA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN NUESTRAS FARMACIAS**

En nuestro Colegio se pensó en todo esto cuando se armó un Departamento de Atención Farmacéutica, cuya directora es la Dra. Andrea Paura, y pensamos en ir armando toda esta parte de Atención Farmacéutica

desde este Departamento para ir incorporando aquellos colegas que estuvieran convencidos después explicarles lo que era la Atención Farmacéutica. Agreguemos que como táctica **hemos dividido la Atención Farmacéutica en dos niveles:**

- **Un primer nivel** donde le hacemos un interrogatorio al paciente que llega a la farmacia no por un problema de medicamentos solamente, sino que llega a preguntar algo sobre un problema de salud.
- **Un segundo nivel** donde nosotros detectando un problema relacionado con el medicamento o con su hábito de vida, seguimos investigando y llegamos a una solución final junto con el médico y el paciente.

Nosotros hicimos una pequeña experiencia, que ahora ya está llegando a aplicarse a más de 50 farmacias, donde se diseñó una pequeña planilla tamaño *pocket* (de unos 10 X 12 cm) tipo *múltiple choice*, que el farmacéutico tiene en el bolsillo donde se consignan los siguientes datos:

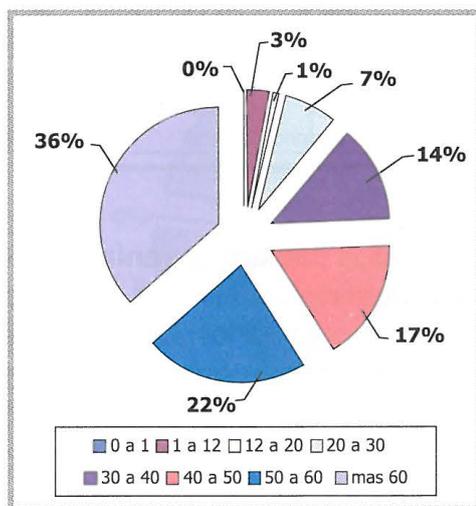
- Sexo - Fecha
- Edad (dividida en grupos etáreos de 10 Años)
- Recibió Prescripción Médica Si/No
- Recibió Indicación Médica
- Consulta: Hipertensión, Diabetes, Posibilidad de reacciones alérgicas a los medicamentos (RAM), Tos, Dolor, Micosis, Diarrea, Acidez, Fiebre, Hemorroides, Otros
- Tarea Realizada (si va a ser una indicación o un asesoramiento)
- Indicación (si colaboramos con la automedicación del paciente) o Asesoramiento (cuando reafirmamos y colaboramos con el médico en la forma que debe adherir al tratamiento y los cuidados que debe tener al tomar determinados medicamentos)
- Resultados
  - Se derivó al médico
  - Se evitó una posible reacción adversa al medicamento
  - Se evitó una intoxicación
  - Se ahorraron costos

**De acuerdo a los reportes de actuación de los farmacéuticos obtuvimos los siguientes datos:**

Total de pacientes	1620
Total de pacientes atendidos	326
Total de días	27
Total de horas utilizadas	43
Tiempo promedio de atención	8'
% Tiempo empleado sobre tiempo total de atención en la farmacia	20%

Aclaremos que esto no significaba que rutinariamente, cuando llegaba un paciente a adquirir un medicamento no se le diera la indicación adecuada aunque no hubiera consulta, como por ejemplo "tómelo con el estómago lleno" si era un antiinflamatorio aunque fuera una simple aspirina, o si se trataba de un antibiótico "tómelo alejado de las comidas". En estas situaciones también hay un compromiso de parte del farmacéutico de tener una actitud activa y no pasiva, no sacar el frasquito, bajarlo y entregarlo, sino que atrás de ello hay un consejo. Pero en el caso de estos 326 pacientes que se registraron, todos vinieron por problemas.

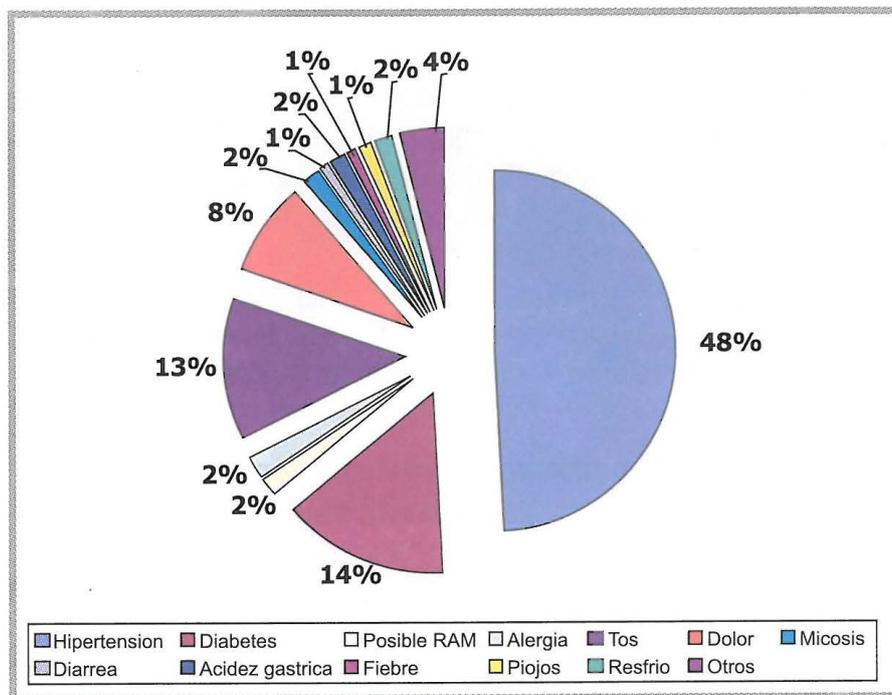
**Gráfico 1 Porcentaje por edad de pacientes atendidos**



Mirando la **edad de los pacientes**, la mayoría de los pacientes que se atendieron fueron de más de 60 años, luego los que tenían entre 50 y 60 años y así sucesivamente. Como puede verse la mayoría de la gente por lo menos en esta farmacia era gente mayor, con problemas. Ya los jóvenes y los más chicos están más controlados en cuanto a la terapéutica y la atención que tiene el médico. (Gráfico 1)

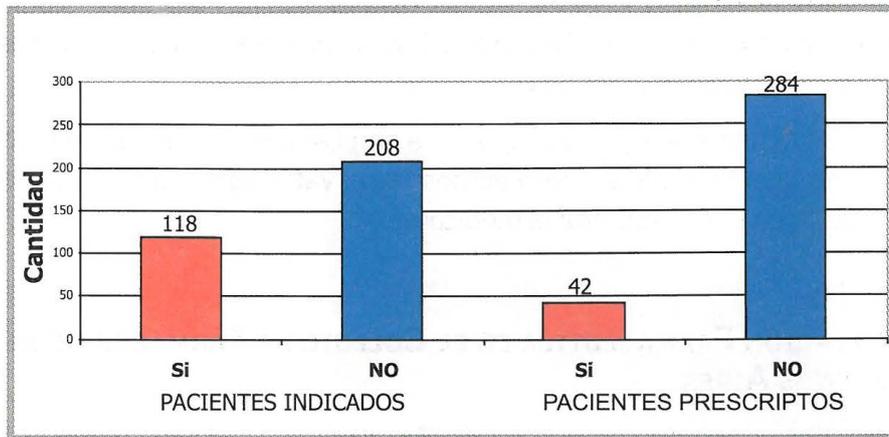
En cuanto a los **problemas de salud que originaron las consultas**, casi la mitad fueron por hipertensión arterial (48%), y luego diabetes y resfríos. En el Gráfico 2 pueden verse los problemas de salud y sus respectivos porcentajes de consultas o pacientes. Fue lo que nosotros pudimos ver, no solamente con problemas de medicamentos sino relacionados a sus hábitos de vida, cómo debía tomar el medicamento, o qué debía y no debía comer, todo este tipo de dudas fueron evacuadas a través del interrogatorio que se hacía.

**Gráfico 2 Problemas de salud y Porcentajes de Pacientes**



Otro dato interesante era saber **cuántos pacientes venían indicados por el médico y cuántos venían prescriptos**. Mirando el Gráfico 3, si sumamos las cuatro barras la mayoría no llegan a los 326 pacientes que atendimos. Hay una gran cantidad de gente que llegaba a la farmacia por primera vez a consultar su problema de salud.

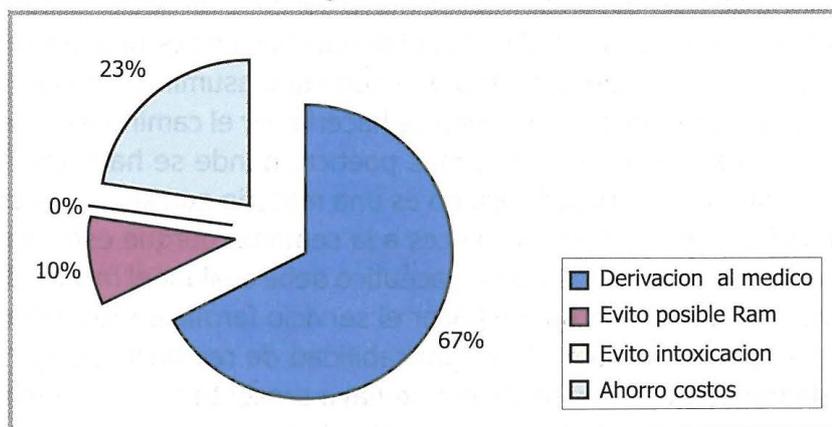
**Gráfico 3 Pacientes indicados y prescriptos**



Fuente: Gurisatti C, 2003.

El **resultado** que nos da, lo cual confirma de que el farmacéutico es un elemento importante en la cadena sanitaria, es que la mayor cantidad de pacientes que fueron atendidos fueron derivados al médico. El 67% de esos 326 pacientes fueron derivados al médico, lo cual no significa que hayan ido al médico, de cualquier manera la consulta terminó allí "vaya a su médico y consulte porque esto lo tiene que resolver su médico". Lo otro importante fue el ahorro de costos. A partir de la ley de prescripción por nombre genérico el farmacéutico cumple una función muy importante para la gente que no podía acceder o no quería comprar caro, se le disminuyó el costo en su prescripción a través de la sustitución o la copia.

**Gráfico 4 Resultado obtenido en porcentajes**



Fuente: Gurisatti C, 2003.

En el 10% se evitó una posible reacción adversa. Muchos de estos casos después pasaron al segundo nivel de atención farmacéutica, siguiendo el tema de la reacción adversa que había consultado al principio hasta solucionar o controlar el problema.

Esta primera experiencia, se va a ampliar a 50 farmacias más, para tener una idea más clara y para demostrar el valor agregado que tiene el farmacéutico cuando entrega el medicamento.

## **LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE BUENOS AIRES**

El Departamento de Atención Farmacéutica (AF) no se queda con esto sino que a partir de acá ha implementado dos sistemas computarizados para dos programas, donde se va estudiar el impacto económico que tiene la actuación del farmacéutico cuando realiza la AF, y cómo influye en la medicación, en el bolsillo del paciente, en el bolsillo de la obras sociales y en la sociedad en general.

Estos dos programas están preparados para iniciarse a la brevedad: a partir del 4 de octubre se lanza uno, donde van a participar 36 farmacéuticos de forma voluntaria, y para diciembre se lanza el otro que es mucho más amplio y ambicioso porque abarca más profundamente la parte de Atención Farmacéutica.

Nuestro Colegio a partir de octubre del 2000 había comenzado a preparar un plan para la instrumentación de la Atención Farmacéutica en la Provincia de Buenos Aires, y desde mayo del 2001 en adelante comenzó a recibir reportes, porque la Atención Farmacéutica no es una materia, no es un curso, es una nueva actitud que tiene que asumir el farmacéutico, donde la única forma de aprenderla es hacerla por el camino del acierto y del error, o para usar una frase más poética, donde se hace camino al andar. La Atención Farmacéutica no es una materia que se pueda aprender en la facultad en 4 horas 3 veces a la semana, porque esto tiene un gran contenido práctico: cada farmacéutico debe evaluar él mismo de qué manera y de qué forma puede hacer el servicio farmacéutico, tiene que estar convencido y asumir la responsabilidad de realizarla porque va a estar dando una opinión en cuanto se haya presentado un problema de medicamentos, apuntando a cómo resolverlo junto con el médico y junto con el paciente.

Y todo eso es importante, por eso nosotros antes de recibir y evaluar los informes de los colegas hicimos todo un trabajo de preparación de 6 meses donde se creó una red de tutores. En este momento tenemos 400 farmacéuticos adheridos al programa, 79 tutores que son los encargados de evacuar dudas, convocar y coordinar en cada partido las reuniones con los colegas para hacer AF. Y lo interesante es que 92 colegas mandaron reportes. O sea que a pesar de estar trabajando toda la semana o cada quince días, en los hechos sólo 92 colegas mandaron reportes donde fueron evaluados. Y aclaremos aquí que también estos reportes al denunciarse determinados tipos de problemas con los medicamentos, en unos cuantos casos, se mandaron a la Red de Farmacovigilancia, o sea que el reporte llega al Colegio, se evalúa, se audita, y si realmente corresponde se manda a la Red de Farmacovigilancia.

Un caso típico fue lo del salbutamol de Glaxo, donde gracias a los farmacéuticos que estaban haciendo AF se descubrió que Glaxo había cambiado el propelente y ese propelente estaba produciendo broncoespasmos en muchos pacientes que se estaban aplicando este medicamento, y las denuncias de broncoespasmos con un producto tan conocido como es el Ventolin fueron detectadas como un hecho a investigar. Y gracias a la denuncia que hace la Red de Farmacovigilancia, viene por el lado del ANMAT la aclaración de que en Europa a Glaxo lo obligaron a cambiar el propelente por el problema del ozono, y una de sus reacciones adversas era el broncoespasmo. Esto se debió al trabajo de estos colegas, y citamos como ejemplo este caso particular porque demuestra lo importante que es nuestra presencia profesional en el mostrador.

**Si miramos el segundo nivel de AF de la experiencia anterior, de acuerdo a los reportes de actuación de los farmacéuticos obtuvimos los siguientes datos:**

Total de farmacéuticos que enviaron reportes	92
Total de reportes	216
Total de pacientes	445
Total de citas	945
Total de PRM	549
Total de PRH	141
Tiempo promedio de atención	18'

**Mirando los Problemas Relacionados al Medicamento (PRM),** desde el 1° de mayo del 2001 hasta el 30 de septiembre, **obtuvimos de acuerdo al tipo distintos porcentajes:**

- **El 23% de los problemas relacionados con el medicamento fue por un problema de indicación,** fuera esta poco entendible, mala, o que hubiera falta de indicación o bien que el paciente no cumpliera las indicaciones.
- **El 43% fue un problema de seguridad,** malas tomas, dosis demasiadas altas, o el paciente no entendía y tomaba más de lo que correspondía, o bien fueron problemas relacionados con interacciones farmacológicas que producían problemas de intoxicación.
- **El 15% fueron problemas de efectividad,** que es un término más apto que eficacia.
- **Y el 19% problemas de cumplimiento.**

Queremos detenernos un poco en el tema de este casi 20% que tuvo problemas de cumplimiento del tratamiento, porque creemos que esto es muy importante. El 20% de las personas tienen problemas con los medicamentos por problemas de cumplimiento, ya sea porque no les alcanzó el dinero para comprar el medicamento, o porque no entendió las indicaciones médicas. Pero también hay casos en que el médico le entregó las muestras para hacer la primera parte del tratamiento y le dijo "*haga una dieta hiposódica*", esa persona se fue y a los quince días vuelve a tomarse la presión a la farmacia y vuelve a tener la presión alta. Cuando uno empieza a investigar se da cuenta de que la persona creyó que esos quince comprimidos que le dio el médico eran todo el tratamiento y con eso se curaba la hipertensión. Esto ocasiona un problema, pero lamentablemente no tenemos datos farmacoeconómicos para poder decir qué hubiera ocurrido si no hubiera pasado por la farmacia y no hubiera hecho esa consulta.

Recordamos ahora otro caso ilustrativo de incumplimiento por falta de dinero, que fue el caso de una persona que tomaba un anticoagulante muy caro y lo dejó de tomar y no se lo comunicó a nadie, ni siquiera al médico. Un día hablando con el farmacéutico, como éste lo conocía le preguntó qué pasaba que ya no adquiría esa medicación, y ahí se enteró que lo que pasaba era lo más común en los últimos tiempos: no podía comprarlo. Luego de ese episodio el farmacéutico mandó una carta al médico explicando la situación y por suerte el facultativo tomó cartas en el asunto y le

solucionó el problema al paciente. Y como la anterior, esta es una situación con final abierto porque no sabemos qué podría haber pasado si el farmacéutico no hubiese detectado la situación y actuado en consecuencia. Este es un doble desafío que tenemos desde el punto de vista farmacoeconómico: ver qué hubiera ocurrido si no hubiera participado el farmacéutico.

En cuanto a **los resultados**, tenemos 549 casos que hay que analizarlos uno por uno. **Si expresamos la resolución de todos estos problemas en porcentajes tenemos lo siguiente:**

- El 71% de los problemas fueron derivados al médico. O sea que igual que en el primer caso la mayor cantidad de resultados fue la derivación, y esto indica que nuestros farmacéuticos no están haciendo negocio con el paciente, están cumpliendo un rol profesional, colaborando con el médico, derivándolo a él. Sería largo de discutir acá cuánto cumplimiento efectivo hubo de esta derivación, si se concretó o no, porque el sistema sanitario nuestro en el estado que está hoy hace que uno se pregunte si en definitiva fue o no al médico y si se atendió oportunamente, pero lo concreto es que la derivación se hizo en el 71% de los casos. El 26% de los casos fueron comunicaciones escritas telefónicas al médico, para que éste tomara acción y por supuesto solucionara el problema de salud.
- El 3% fueron problemas de calidad.
- Y el 26% fueron problemas resueltos por el farmacéutico.

Y respecto a los **problemas relacionados a los hábitos de vida (PRH)**, esto es muy importante porque nosotros, sabemos y ya internacionalmente está reconocido que la hipertensión per se no es una enfermedad, es un síndrome, es una parte del síndrome de una enfermedad cardiovascular. Tanta importancia tiene el control de la hipertensión, como el tabaquismo, el colesterol, la dieta hiposódica o el sobrepeso. Los hábitos de vida en las enfermedades crónicas como diabetes, gota o hipertensión son de fundamental importancia. A pesar de eso nos hemos encontrado con lo siguiente:

- El 50% de los problemas de los hábitos era un problema de indicación.
- El 12% fue de adecuación de esa indicación. Por ejemplo, a pesar de que la persona creía que estaba haciendo bien las cosas, comía hamburguesas de las envasadas o salchichas o pan, cuando era un

hipertenso, creyendo que como no le agregaba sal, y lógicamente seguía con sus problemas. Esto es de fundamental importancia a nivel sanitario, y no hay que olvidar es que además cuando uno habla con el paciente logra alcanzar una buena fidelización.

- Y el 38% restante era un problema de cumplimiento.

**La resolución en este caso se da a la inversa** que en los Problemas Relacionados al Medicamento (PRM):

- El 87% de los casos resueltos los resolvió el farmacéutico. El farmacéutico se sentó con el paciente y le dijo lo que tenía que hacer y la mayoría de las veces era cumplir lo que le había dicho el médico, reafirmar y explicar lo que tenía que hacer, inclusive en muchos de estos casos que están documentados, se reduce la dosis de los medicamentos. En el caso de los hipertensos diabéticos han disminuido a más de 50% la dosis de sus medicamentos para controlar su enfermedad.
- El 5% requirió una comunicación por parte del farmacéutico al médico.
- Y el 8% restante fueron derivados nuevamente al médico.

## LA GESTIÓN ECONÓMICA EN LAS FARMACIAS

Hemos hablado hasta ahora de lo hecho en cuanto a Atención Farmacéutica, veamos brevemente ahora algo que también es importante aparte de lo profesional: la parte económica.

Cuando nosotros entramos en un plan de Atención Farmacéutica lo que tenemos que hacer es primeramente trabajar con el concepto de aumentar la calidad de la gestión profesional. Pero si aumentamos la calidad de la gestión profesional, también tenemos que aumentar la calidad de la gestión empresarial.

Lamentablemente, o afortunadamente, el rol que nos toca cumplir es esquizofrénico, porque estamos divididos en dos. Muchos salimos de la facultad con una sola cosa en la cabeza: *vamos a ser farmacéuticos*. Nunca nos habían hablado durante la formación de grado de problemas de marketing, de bancos o de todo lo que es problema de gestión administrativa y empresarial.

Una farmacia por más chica que sea, siempre es una empresa y si no la asumimos y la analizamos como una empresa, vamos a tener problemas. Y los tenemos. Algunos lo aprenden más rápido y otros pareciera que no lo aprendemos nunca, acaso porque no hemos tenido las herramientas en nuestras manos ni los conceptos filosóficos para poder manejarlos.

Veamos los **roles del farmacéutico** desde el doble enfoque profesional y empresarial, para entender por qué esa sensación de esquizofrenia que nos asalta a veces, y esta suerte de doble personalidad que tiene que asumir el farmacéutico cuando se enfrenta un problema y debe abordarlo desde lo profesional y lo empresarial:

<b>ROL PROFESIONAL</b>	<b>ROL EMPRESARIAL</b>
Centra su atención a la precisión	Focaliza su atención sobre el funcionamiento de la empresa
Sabe qué hacer	Sabe cómo hacer
Tiene éxito como individuo	Basa su éxito como dirigente de grupos
Está orientado hacia la optimización	Está orientado hacia la factibilidad
Busca la solución exacta Se aproxima a la racionalidad absoluta	Busca la solución posible entre varias alternativas
Basa sus decisiones sobre leyes científicas	Busca las soluciones sobre reglas ligadas a la situación específica
Basa sus decisiones sobre datos precisos	Basa sus decisiones sobre valoraciones y estimaciones

No vemos otra solución que aceptar esta realidad y de alguna manera entrenarnos y acostumbrarnos a actuar con esta "doble personalidad". Y para eso necesitamos saber de gestión administrativa, saber cómo se gestiona una empresa, no un negocio sino una empresa que, a diferencia de un "negocio" tiene algo importante: un valor agregado que es el servicio

Así como la Atención Farmacéutica cambia el objetivo de nuestro accionar y lo dirige ya no hacia los medicamentos, sino al paciente y sus hábitos de vida, nuestra empresa no puede caer en el marketing barato sino que nuestro marketing tiene que caer sobre el servicio.

Nuestro marketing tiene que tener el servicio, no compremos mas

espejitos de colores, hagamos lo que tenemos que hacer, defendamos nuestra profesión que es lo único que tenemos. Porque la mayoría de nosotros no tenemos grandes capitales ni grandes farmacias, y tenemos que defendernos día a día tanto profesionalmente como empresarialmente. De modo que una vez más y para concluir: definamos a la farmacia como una empresa de servicio, una empresa que realiza una venta con alma, alma que nosotros ponemos a esas ventas a través del servicio y de la gestión empresarial ordenada y optimizada.

## Gestión Económico Financiera

CPN Claudia Cuomo

### INTRODUCCIÓN

Como se mencionó en la exposición anterior si analizamos a quien está al frente de una farmacia, vemos que en una misma persona se presenta una dualidad profesional, la del farmacéutico y la del empresario.

Todos acá sabemos lo que implica ser farmacéutico, y recién Carlos Gurisatti ha hablado muy bien sobre el farmacéutico y su rol profesional, de modo que mi exposición se orientará más a indagar el rol del empresario. Pero, ¿qué implica ser un empresario? Una vez leí una definición que me pareció muy interesante: «*Ser empresario implica siempre riesgo*». Estamos hablando fundamentalmente de riesgo económico, riesgo que se origina en las decisiones que debe tomar un empresario diariamente, y existe riesgo porque hasta ahora no se ha descubierto ninguna fórmula matemática que asegure que la decisión adoptada es la correcta, y que la misma le va a asegurar el éxito a la empresa.

Una de los primeros conceptos que nos enseñan en la facultad, relacionado con la Administración de empresas, es el llamado «**Proceso decisorio**», que describe los pasos a seguir al momento de tomar una decisión. Este proceso consta, al menos de 3 pasos:

---

**Análisis de Alternativas → Decisión → Control**

---

Este es un proceso que se retroalimenta, ya que luego del control surgen otras circunstancias a partir de las cuales se deben tomar otras decisiones.

En general todos usamos este proceso en la vida cotidiana, esto es, ante un determinado inconveniente analizamos los diferentes cursos de acción posibles, tratando de medir las consecuencias de cada uno de ellos, y elegimos la alternativa cuyos resultados esperados consideramos

los más convenientes, para luego controlar si efectivamente esos resultados esperados ocurrieron.

Podemos decir que la tarea que debe realizar un empresario es tomar decisiones por las cuales debe lograr la mejor asignación de recursos posible, recursos que siempre son escasos, y esas decisiones siempre tienen un alto grado de incertidumbre en cuanto a su resultado, además tiene que ejercer la tarea de conducción de su empresa en cuanto al manejo de personal y a la relación con terceros. Ahora bien, no podemos dejar de considerar que no existen pautas claras acerca de qué cosas debe hacer un empresario para que su gestión sea considerada eficiente, podríamos decir que la gestión es eficiente si se obtienen ganancias, pero a qué nivel y en qué período. También es importante destacar que los resultados operativos dependen en el corto plazo de múltiples variables incontrolables que afectan la gestión, como la acción de gobierno, la competencia, los mercados financieros o la economía mundial.<sup>2</sup>

Obviamente es imposible disminuir el riesgo que implican los factores externos, pero si es posible acotar al máximo los riesgos que implican la existencia de variables relacionadas con el mercado interno, o con el trabajo diario. Para ello es necesario que cuando se realiza un análisis de alternativas, se cuente con la mayor cantidad de información posible con relación a cada una de las mismas, a fin de medir con mayor grado de certeza las consecuencias de cada una, y así elegir la alternativa que consideramos más conveniente.

## **LAS DECISIONES Y LOS RESULTADOS ECONÓMICOS - HERRAMIENTAS -**

Vamos a ocuparnos de las decisiones que tienen que ver con resultados económicos, y este proceso es aplicable a cualquier tipo de decisión, como por ejemplo, cuántas horas (o días) debería permanecer abierta la farmacia, si ofrecemos más o menos descuentos, si contratamos o no más personal, si ofrecemos servicios adicionales como entrega a domicilio, etc. La información que necesitamos está dentro de la farmacia, sólo hace falta llevar, de manera sistemática, el registro de todas las operaciones, y establecer algunos criterios que hagan que la información

---

<sup>2</sup> Alberto Levy, Alberto Wilensky. «Cómo hacen los que hacen». 1987. Editorial Tesis.

sea confiable y comparable. Esto no implica necesariamente tener sistemas enlatados o algún *soft* específico o una computadora último modelo, lo más importante es la calidad del registro y que los mismos sean completos y constantes.

**Una alternativa que puede resultar muy conveniente es la de utilizar la estructura de las redes, ya conformadas o que a futuro se conformen, para el desarrollo de un sistema de registro y proceso de información a aplicar**, a fin de que se ajuste lo mejor posible a las necesidades de las farmacias como mercado, este sistema puede ser adicional o estar acoplado a los sistemas utilizados actualmente.

En mi opinión, no sólo es necesario un sistema sino que existe además una falta de conocimiento sobre el manejo de información para la toma de decisiones, por lo que creo que también podrían aprovecharse las redes existentes para la capacitación sobre la utilización de herramientas de gestión que ayuden al trabajo diario en pos de la concreción de los objetivos propuestos. Otra función importante que podría desempeñar la red es la difusión de información macroeconómica, esto es, se podrían elaborar informes sobre la situación económica en general, del país o de la región, a fin de acotar de alguna manera las variables externas al mercado farmacéutico específico. Obviamente para ello también sería necesario algún grado de capacitación previo.

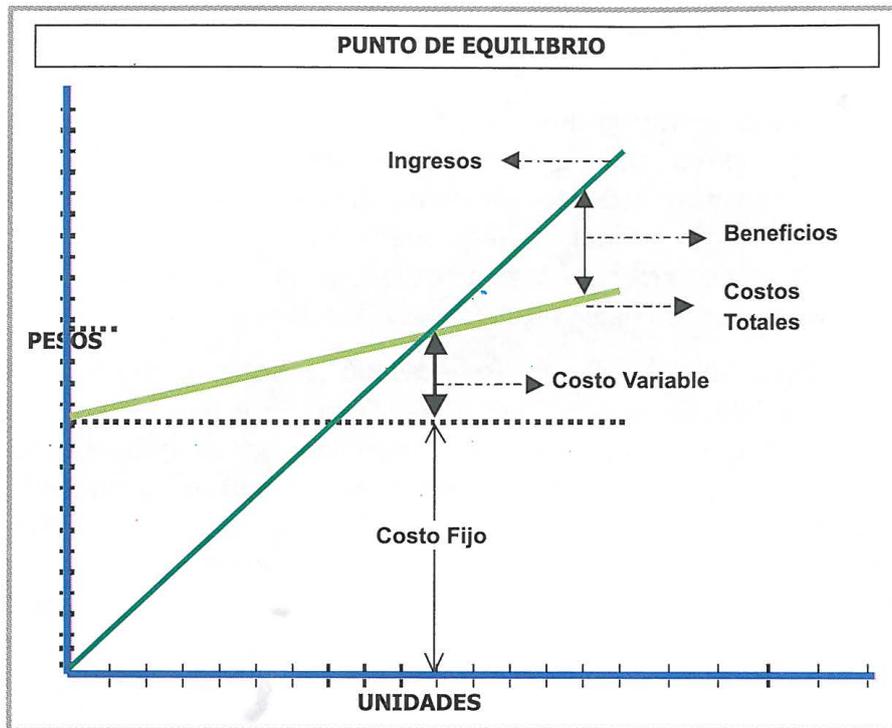
**Un punto importante a la hora de tomar decisiones es tener en cuenta cual es el objetivo de la empresa**, cuál es el horizonte, cuáles son los objetivos finales de la organización para cuyo cumplimiento se ha creado. Si bien los objetivos no necesariamente deben ser económicos, sabemos que en general, la ganancia empresaria es la clave, ya que el aumento de los recursos disponibles es lo único que permite la inversión y también sabemos que la buena administración de los recursos es lo que genera su incremento<sup>3</sup>.

**Una de las herramientas que pueden utilizarse para hacer un análisis del nivel de ganancias de la empresa es el cálculo del punto de equilibrio.**

---

<sup>3</sup> Idem 1.

**Gráfico 1 Cálculo del Punto de Equilibrio**



Fuente: Cuomo C., 2003

Este es el gráfico que representa al punto de equilibrio. Algunos autores denominan a este punto *umbral de rentabilidad* porque a partir del mismo la empresa ingresa a una zona de ganancias, mientras que por debajo, no cubre sus costos. Se trata de un instrumento para el análisis de distintas situaciones de la empresa, entre ellas: volumen de ventas necesarios para no perder ni ganar, planeamiento de resultados, fijación de precios, de niveles de costos fijos y variables, etc. Indica las ventas mínimas para no sufrir pérdidas. Una compañía eficiente debe operar a un nivel superior al punto de equilibrio para poder reponer su equipo, distribuir sus dividendos y tomar providencias para su expansión.

Para que esta herramienta de análisis muestre la situación real de la empresa, tanto las ventas como los costos deben estar correctamente calculados, así como también debe realizarse una correcta clasificación de costos fijos y variables, y esto tiene que ver con la sistematización del registro que mencionamos anteriormente.

Muy sintéticamente la diferencia entre costos fijos y costos variables tiene que ver con la relación que existe entre el costo y la actividad de la empresa, los costos fijos son aquellos que existen aunque la empresa no tenga actividad, por ejemplo el alquiler del local, los gastos fijos relacionados con los servicios públicos, los sueldos en la medida en que no se calculen por productividad, y los costos variables son aquellos que aumentan o disminuyen en función de la mayor o menor actividad de la empresa, por ejemplo el costo por compra de medicamentos.

**Es necesario que el empresario piense en términos de costos y que absolutamente todos los costos sean considerados**, tanto el costo por la compra de medicamentos, hasta la retribución al farmacéutico. Y aquí es muy importante diferenciar entre la retribución del farmacéutico y la ganancia de la empresa. Creo que la retribución al farmacéutico no puede jugar como variable de ajuste ante la ausencia de resultados, ya que esto distorsiona todo tipo de análisis.

Otra herramienta que puede resultar de utilidad son los **indicadores de desempeño**, que pueden servir, no sólo para analizar la situación actual, sino que pueden utilizarse para fijar objetivos, y a su vez se pueden utilizar para el control en cuanto al grado de cumplimiento de esos objetivos.

Los **indicadores** son cocientes que surgen de relacionar dos o más datos y cuyos objetivos son los siguientes:

- Ayudar a diagnosticar la situación económica-financiera de la empresa.
- Inferir la situación futura.
- Medir la eficiencia de la empresa.

Los índices ponen de relieve las causas y consecuencias en el movimiento operativo, miden los resultados de las políticas financieras y económicas seguidas por la empresa y evalúan las capacidades y limitaciones de la misma para su desenvolvimiento e integración en un contexto dado.<sup>4</sup>

Los indicadores típicos, en general son, el nivel de ventas, los indicadores que muestran la capacidad de pago de la empresa, indicadores de endeudamiento, indicadores de rentabilidad, indicadores de rotación del patrimonio neto, etc.

---

<sup>4</sup> Isaac Senderovich, Alejandro Telias. Análisis e Interpretación de Estados Contables. UADE.

Si volvemos a la definición, un indicador es la relación entre dos o más datos, por lo que creo que podría plantearse el desafío de determinar, y esto también podría plantearse dentro de la red, que indicadores, conocidos o no, son los que mejor se adaptan, o mejor dicho, los que pueden reflejar en mayor medida los puntos críticos a tener en cuenta a la hora de monitorear la farmacia.

La existencia de una red también podría ser útil en este sentido, ya que con la información de cada farmacia podrían elaborarse niveles estándar de cada indicador, de manera tal de que exista la posibilidad de comparación entre las farmacias que componen dicha red.

Hemos mencionado sólo dos de las muchas herramientas que pueden utilizarse en la gestión económico financiera de una empresa, existen otras herramientas como la gestión de costos, la gestión de recursos humanos, la utilización de la información contable, etc.

Si bien esta exposición es apenas una introducción al tema, espero haber despertado en ustedes el interés en seguir interiorizándose en estos temas.

## Marketing de Redes Farmacéuticas

*Lic. Carlos Ortega*

### INTRODUCCIÓN

Para cerrar esta mesa, vamos a abordar el tema del marketing aplicado a redes farmacéuticas, y en primer lugar queremos señalar que siempre que se menciona la palabra **marketing** debemos comenzar por analizar **cuál es el contexto donde se desarrolla el emprendimiento, que en este caso es un emprendimiento farmacéutico.**

Esto implica posicionarse para hacer inicialmente un análisis de la situación y ver qué sucede en realidad con los pacientes y con los clientes que están concurriendo a la farmacia, y también entender qué les pasa a los profesionales que son prestadores del servicio. Amplificando el contexto al entorno hay que ver también qué está pasando en el sector salud a nivel de los diferentes actores, como los financiadores y los prestadores, cuál es el rol del Estado y que hacen las instituciones gremiales. Otros puntos de análisis son la tecnología, el marco legal, la situación económica regional, los hábitos, identificar y conocer a los competidores que tenemos en cualquier actividad, ver qué servicios sustitutos y complementarios hay, etc.

O sea que cuando hablamos de **marketing** estamos obligados a ver y analizar primero que pasa fuera de la farmacia. Esto es un cambio radical que implica situarse enfrente, abrir la postura clásica y decir en qué contexto se va a desarrollar lo que estamos planteando a nivel de un emprendimiento micro.

### LAS REDES FARMACÉUTICAS

#### ¿Qué es una red?

---

**En términos generales es una construcción que hay hacer, es estratégica y deliberada y tendiente en el fondo a ganar competitividad en un determinado contexto. Dicho de otra manera, es un mecanismo cooperativo entre medianos emprendimientos, donde cada participante aún manteniendo su independencia jurídica y autonomía gerencial, se dispone a participar en un esfuerzo compartido en la búsqueda de un objetivo común.**

---

Es **estratégica** porque es una salida, una vía de crecimiento y es **deliberada** porque tenemos que disponernos a participar y a construir, no se compra un enlatado sino que hay que predisponerse a construir. Y para no perder el tren en términos de competitividad, es necesario que vayamos a ver qué es lo que está pasando en los diversos sectores, y desde ya es necesario hacer una visión a largo plazo, ya que justamente por eso es estratégica.

A partir de lo que hemos definido, vemos que hacer y participar en una red implica un cambio importante respecto a lo que nos han enseñado en el ejercicio de una profesión liberal, como es en este caso la farmacéutica.

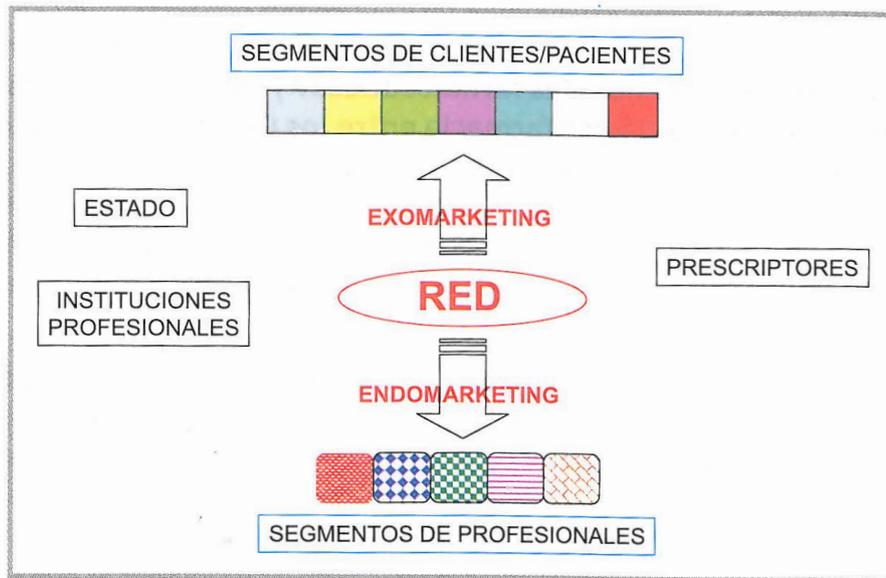
Hay entonces algunos términos y conceptos que pueden ayudarnos a una definición del espíritu que subyace en la propuesta de que los farmacéuticos vayan integrándose en redes. Y uno de estos conceptos es el de sinergia. **Sinergia**, que etimológicamente viene del griego y significa básicamente **cooperación**, es la acción de dos o más causas cuyo efecto resultante es superior a la suma de los efectos individuales. O sea que aquí no es la cosa matemática de  $1+1=2$ , sino que hay un valor agregado que aisladamente los términos individuales no podrían conseguir, y entonces la construcción o el objetivo podría expresarse cuantitativamente como "**1+1>2**"

**¿Qué está pasando hoy día con el tema de las redes?** Creemos que desde ya no es simplemente una moda, sino algo más profundo que se da a muy diversos niveles. Y que por ejemplo lleva a que en los últimos tiempos veamos que los países se estén agrupando en bloques. Y por ejemplo cuando se estaba constituyendo el Mercado Común Europeo, era muy interesante ver como los países resignaban políticas individuales de todo tipo en pos de la construcción de un espacio común.

Y en ese estilo hay otros muchos ejemplos: las ciudades se hermanan entre continentes; las universidades firman convenios de reciprocidad; en el ámbito comercial las empresas, por ejemplo los distribuidores comerciales hacen alianzas; o en el ámbito profesional se hacen cadenas de representaciones regionales; los fabricantes investigan y desarrollan en forma conjunta; los exportadores arman consorcios para conseguir efectos que solos no lograrían obtener. Es decir, es un fenómeno global que entendemos que está ya consolidándose en forma importante.

## El Marketing

Gráfico 1 Segmentación



Fuente: Ortego Carlos, 2003

Si hablamos de marketing debemos hablar siempre de lo que es la **segmentación**. Uno tiende a pensar que toda oferta está propuesta en términos absolutos, o que una oferta es para todo el mercado y no hay otra posibilidad, pero en la realidad es exactamente lo contrario. En primer lugar hay que segmentar en grupos, porque no se puede abordar o considerar a una plaza o a una región como a un todo uniforme. No todos son iguales, ya se trate de pacientes, ciudadanos o clientes, así como los farmacéuticos que tienen una farmacia tampoco son iguales. Si miramos el Gráfico 1, vemos que cuando quiere constituirse una red es necesario proceder a la segmentación tanto de los pacientes/clientes, hacia los que luego se dirigirá el marketing externo o exomarketing, pero que también habrá que segmentar adecuadamente a los profesionales farmacéuticos que la integran, objetivo éstos del endomarketing de la red. También se tomará en cuenta la influencia del Estado, de las instituciones profesionales y de los prescriptores. Por ejemplo en el caso de los pacientes hay diferentes agrupamientos posibles: por edad, por cobertura, por grupos familiares, por actividad económica, etc. Y en el caso de los profesionales también la segmentación dependerá

de los criterios de agrupamiento o variables que utilicemos: por área geográfica; por coberturas que atienden, por volúmenes de facturación, etc.

Y un segundo tema central a tomar en cuenta es el **posicionamiento**, y en este sentido habremos de formularnos dos preguntas claves: (y tratar de hallar entre todos la respuesta), **¿cuál es el actual posicionamiento de los profesionales farmacéuticos?** y **¿cuál es hoy el posicionamiento de la clásica farmacia entre los usuarios?** Y para contestarnos estos dos interrogantes, hemos de tomar en cuenta no sólo lo que nosotros entendemos que es la identidad, sino también qué relación tiene ésta con la imagen o la representación mental que por asociación espontánea los usuarios tienen de una persona, una profesión, un objeto, un servicio, una institución, etc.

Considerando entonces la respuesta que demos a los dos ítems anteriores, hemos de decidir si corresponde ratificar o rectificar la situación actual, que podemos considerar el punto cero o de partida para la **estrategia**. Y esa estrategia será el camino a lo que identificamos como el futuro deseado, teniendo siempre en consideración que en una red habrá de plantearse una estrategia adecuada a cada segmento de usuarios y a cada segmento de profesionales.

Hoy en día las farmacias pueden ser entendidas como sistemas de producción fundamentalmente de servicios, a diferencia de otros momentos históricos donde se fabricaban o elaboraban productos como actividad principal. **En el Cuadro 1 mostramos de manera sinóptica cuáles son las principales características de los sistemas de producción, comparando cada instancia si es hecha de modo individual o artesanal o bien si es realizada por una red, y analizamos tres dimensiones: los servicios, las servucciones y finalmente las que podríamos considerar como características generales.** Creemos que el cuadro es en sí mismo claro, y una lectura del mismo mostrará los puntos divergentes de una farmacia independiente con un servicio de tipo artesanal, y otra integrada a una cadena.

Todos sabemos qué es un servicio, pero aclaremos para entendernos mejor un término que es menos conocido pero muy importante: la **servucción**, que básicamente es todo lo que tiene que ver con el proceso de creación de un determinado servicio. Entonces de una manera simple, podríamos definir a la servucción como el proceso de elaboración de un servicio, es decir, toda la organización de los elementos físicos y humanos

en la relación cliente-empresa, necesaria para la realización de la prestación de un servicio y cuyas características han sido determinadas desde la idea concebida, hasta la obtención del resultado como tal (el servicio). Es útil recordar que el cliente no ve la servucción, que es todo el engranaje que está detrás de la prestación, sino su resultado (óptimamente un buen servicio), y él es entonces el protagonista principal.

**Cuadro 1 Características de los sistemas de producción**

	<b>CADENA</b>	<b>ARTESANO</b>
<b>1 - LOS SERVICIOS</b>		
Central	<b>Único</b>	<b>Múltiple</b>
Cantidad ofrecida	<b>Baja</b>	<b>Alta</b>
Secuencia	<b>Rígida</b>	<b>Flexible</b>
Volúmenes	<b>Altos</b>	<b>Medios/Bajos</b>
Precios	<b>Bajos</b>	<b>Medios/Altos</b>
<b>2 - LAS SERVUCCIONES</b>		
Soporte físico	<b>Sofisticado, especializado</b>	<b>Sofisticado, polivalente</b>
Personal de contacto	<b>Baja Calificación - Tarea sencilla, repetitiva</b>	<b>Alta Calificación - Tarea compleja, polivalente</b>
Cliente	<b>Segmento único</b>	<b>Varios segmentos</b>
<b>3 - CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>		
Estandarización	<b>Alta</b>	<b>Baja</b>
Reproducibilidad	<b>Fácil</b>	<b>Delicada</b>
Flexibilidad	<b>Baja/Nula</b>	<b>Alta/Media</b>
Control de Calidad	<b>Fácil</b>	<b>Difícil</b>

Fuente: Ortego Carlos, 2003

### ¿Qué caracteriza a una red?

**Para ser operativa, una red debe reunir una serie de condiciones mínimas:**

- **Objetivos mínimos:** que el resultado sea fruto de la tarea de todos

- **Objetivos conocidos:** todos sus miembros deben saber para qué están trabajando
- **Objetivos compartidos:** todos tendrán interés en que ellos se logren
- **Comunicación:** frecuente y armoniosa
- **Colaboración:** suma de esfuerzos
- **Reglas comunes para todos:** un idéntico código de conducta para todos
- **Sanciones:** para los que violan las normas de la red
- **Estímulos:** para los que ayudan a consolidar el grupo
- **Sentimiento de pertenencia:** orgullo e interés por pertenecer a la red
- **Liderazgo:** reconocido y aceptado

---

**Un aspecto clave en una red es la calidad y las condiciones de las relaciones personales que existen entre los miembros de la misma.**

---

- **Interdependencia:** Esta es una condición indispensable, o sea que no puede estar ausente porque es parte de la naturaleza de la red. E implica confiar en la ayuda del otro, y tener plena conciencia de que la labor de un profesional en la red depende de o está influenciada por la de los demás. De modo positivo, esto genera compromiso con el proyecto, aumenta las sinergias y lleva a una gestión de calidad.
- **Liderazgo:** hemos visto que para ser operativa, una red debe tener un liderazgo reconocido y aceptado. Este liderazgo implica tener la capacidad de guiar y de dirigir. Como resultado emana así un trabajo organizado, dentro de un Plan, un Presupuesto y un Tiempo conocidos.
- **Participación en la toma de decisiones:** Esto es complementario y sinérgico al liderazgo, ya que posibilita a todos los miembros de la red aportar información y opiniones ante la decisión. En el caso de redes de profesionales esto es particularmente importante ya que los profesionales se sienten valorados y ello es un ingrediente optimizador

del trabajo individual, la interrelación entre los integrantes y el resultado conjunto.

- **Confianza:** en la capacidad y el carácter del otro, ya que esto genera franca cooperación.

Hay además una serie de condiciones de carácter instrumental, que en las condiciones y el contexto que hemos detallado, y si media una real voluntad de construir la red, no pasan no obstante de ser cuestiones marginales, como ser:

- La forma jurídica
- La cantidad de profesionales-nodos
- Los derechos y obligaciones
- La inversión mínima requerida
- La variedad de objetivos
- El plazo de duración
- La elección de localización, etc, etc.

### ¿Para qué constituir una red de farmacias?

- **Viabilidad:** La ponemos primero ya que muchas iniciativas que hoy los farmacéuticos pueden tener aún siendo buenas y con posibilidades ciertas, puede resultar inviables para que las ejecute un sólo profesional
- **Mayor facilidad:** La integración en redes facilita la mayoría de las tareas, ya que posibilita realizar una actividad más rápido, con menores recursos o con menores riesgos que si se lo hiciera solo
- **Aprendizaje:** amplía las posibilidades, dado que se dan más oportunidades de hallar la información adecuada para gestionar.
- **Alianzas** – con colegas y/o proveedores – que son más fáciles de realizar en una red y siempre aportan información básica para darle mayor satisfacción al cliente-paciente en forma continua.
- **Y fundamentalmente porque refuerza las fortalezas de cada profesional sin perder la identidad propia.**

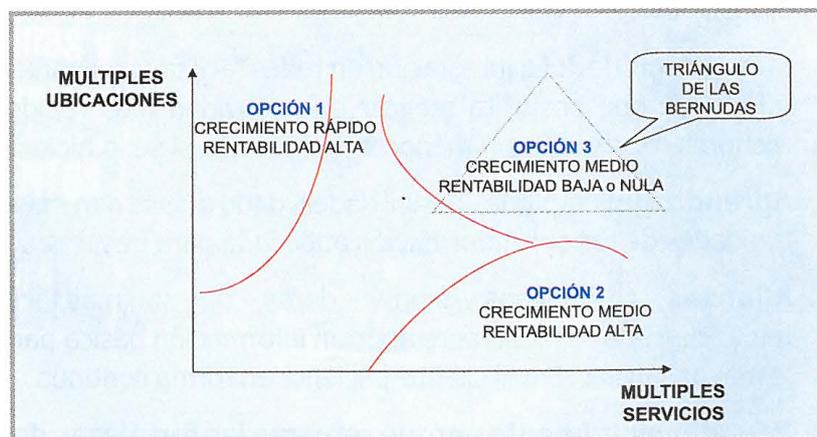
**No obstante, una disyuntiva que suele plantearse es si integrarse a una red u optar por un sistema de franquicias.** Vale la pena recordar entonces que a diferencia de las redes, en un sistema de franquicias existen jerarquías, dominios y hay una centralidad en las decisiones. Hay entonces dos roles claramente definidos: el franquiciante (*Master*) y los franquiciados. **Además, la franquicia demanda la existencia previa de:**

- Una marca fuertemente posicionada en el segmento objetivo
- La transferencia total del *know how* clave
- El compromiso de apoyo y asistencia constante a lo largo del tiempo

**Los beneficios que trae aparejados ser parte de una red,** además de los que obtienen los profesionales integrantes, tanto en sus servicios centrales de venta de fármacos y asesoramiento profesional, como eventualmente en algunos de los accesorios (colocación de inyectables, vacunas, etc), se vuelcan de modo importante sobre los clientes y pacientes a los que se ofrece entre otras cosas: identidad unívoca, identificación comercial, garantía de calidad de servicio, respaldo profesional, fortaleza financiera, cercanía y accesibilidad, mayores servicios, etc.

Además la conformación de una red muestra un alto potencial en las situaciones que se producen al combinar las variables localización y cantidad de servicios, ya que en el caso de las farmacias típicamente hay múltiples ubicaciones y múltiples servicios. (Gráfico 2)

**Gráfico 2 Las Situaciones Tipo en la combinación Localización / Cantidad de Servicios**



Fuente: Ortego Carlos, 2003

**Veamos ahora cuáles son las implicancias que trae aparejadas la decisión de conformar una red de farmacias.** Esto impacta al menos sobre:

- **El mix de oferta:** productos y servicios
- **Los RRHH** en cuanto a su selección y capacitación
- **Las inmobiliarias** (puntos de venta): localización y *lay out*
- **Los recursos:** económicos y financieros
- **La fijación de precios:** percepción de mayor valor
- Las comunicaciones de marketing integradas
- **Los competidores**, y acá puede haber algunas reacciones
- **Los proveedores**, en especial sobre la capacidad sobre las negociaciones

## REFLEXIONES FINALES

Dejamos para el final marcar algunos de los **aliados y enemigos actuales** a la hora de conformar redes de farmacias:

### ALIADOS ACTUALES

El tiempo; la diferenciación  
La necesidad  
Los resultados económicos  
Los "buenos ejemplos"

### ENEMIGOS ACTUALES

La cultura, "profesional independiente"  
Los resultados "austeros"  
Los "malos ejemplos" o reales fracasos

Creemos que como mensaje final vale destacar las que son hoy las premisas necesarias para diseñar e implementar una exitosa red de farmacias:

- ✓ **Visión De Futuro**
- ✓ **Valor**
- ✓ **Creatividad**
- ✓ **Apoyo Técnico**

Y transmitirles nuestra convicción de que a pesar de todas las barreras que se interponen, es posible y necesario llevar adelante el cambio de enfoque visto.

## Cierre de las Jornadas

*Dr. Miguel Angel Capiello  
Subsecretario de Salud de la Municipalidad de Rosario*

Tengo el gusto y el honor de dar cierre a estas Jornadas, y transmitir el beneplácito y congratulaciones de nuestro intendente de la Ciudad de Rosario, Dr. Hermes Binner, quien hace votos porque este tipo de acontecimientos enriquecedores para la salud se sigan produciendo en nuestra provincia. Todos lo conocen, es un hombre que ha puesto un modelo nuevo de salud en estos catorce años que llevamos gestionando, y durante sus casi ocho años de gestión como intendente le ha dado a la salud pública un impulso muy importante. Tan importante es que Rosario, como dije cuando tuve el honor de estar aquí en esta misma mesa inaugurando estas Jornadas Santafesinas de Política, Economía y Gestión de Medicamentos, tiene el orgullo de poseer una salud pública que ha sido premiada por la Organización Panamericana de la Salud, y ha merecido elogios de algunos de sus funcionarios como el profesor Antonio Acevedo, que ya se jubiló de OPS y volvió a su país Brasil, como puede leerse en el libro de las primeras Jornadas en el 2002.

El decía que lo que hacíamos aquí era un modelo para imitar, lamentablemente no he podido escuchar la conferencia pero sí tuve la oportunidad de escuchar algo sobre este tema en una de las últimas mesas, y veía los indicadores que se daban y cuáles eran las diferencias que había entre lo público y lo privado. La colega que hablaba en ese punto se refería a algunos sanatorios privados de la ciudad que tenían un sólo farmacéutico, y esto contrastaba con la gran diferencia que tenemos desde el sector público.

Es un orgullo y una satisfacción poder decir hoy que contamos desde este sector público de la salud con una cantidad de profesionales farmacéuticos importante, que permite garantizar una dispensación y un control del medicamento que colaboran para alcanzar una a dar una calidad de vida adecuada a nuestros conciudadanos.

Puedo recordar que en el sanatorio donde trabajaba cuando ejercía la medicina privada jamás hubo farmacéuticos, y en realidad las compras de los insumos y medicamentos las hacía una señora que cumplía funciones administrativas, y lo cierto es que teníamos todas las dificulta-

des que se pueden tener cuando las cosas no las maneja un profesional capacitado para tal fin. Recuerdo haberle tirado (con todo respeto) un montón de sondas porque no servían, porque no se desinflaba el balón o porque me volvían loco para poder destaparlas y que funcionaran adecuadamente para poder garantizarle un confort a los pacientes que había operado en ese momento. He mejorado, hoy ya no hago esas cosas, no le tiro nada a nadie, pero reconozco que tampoco me veo tentado, porque tengo en la Secretaría de Salud Pública una cantidad de profesionales farmacéuticos que me garantizan que ninguno de mis profesionales tengan dificultades con los insumos o los medicamentos que se compran y están a disposición de los pacientes.

Tan importante han sido estas Jornadas en cuanto a información, esclarecimiento y sobre todo motivación, que aún no termino de llegar y ya me están urgiendo mis lindas farmacéuticas, diciéndome que tenemos que comprar centralizadamente las drogas oncológicas, porque nosotros compramos para adultos y para niños en dos lugares.

La escuchaba recién a Adriana Medina decir que Rosario y Santa Fe son los lugares donde se hacen los tratamientos, nosotros en los dos lugares hacemos los tratamientos oncológicos de adultos por un lado y de chicos por el otro, y tenemos ese desperdicio que se produce al dar las drogas a los niños y no poder reutilizar lo que quede en el otro centro, entonces es verdad que el costo se aumenta. Y a raíz de esto ya les estuve diciendo a mis farmacéuticas que me fueran presentando el proyecto y el lunes a las ocho de la mañana lo ponemos en funcionamiento. Y me respondieron muy rápidamente, porque ya lo tienen y lo veremos todos puesto en funcionamiento en muy poco tiempo. Comentamos esto para salir de un marco de discurso teórico o propositivo y mostrar como los frutos de este tipo de encuentros pueden mejorar la realidad en forma concreta y rápida. Ello además de tener un ámbito calificado, además de agradable y distendido, para poder discutir, para intercambiar opiniones y tener disensos o consensos, todo ello orientado a profundizar un trabajo que permita garantizar el derecho a la salud a toda la población.

No sé que hubiese dicho el Señor Intendente de Rosario, el Sr. Hermes Binner, quien hasta último momento estaba preparado a dar el cierre a estas Jornadas y no ha podido venir por ese tipo de circunstancias inevitable que tiene la función pública. Seguramente hubiese sido un poco más claro que yo porque él tiene mucha más capacidad en esto, pero lo

que sí sé es que él hubiese dicho que con el trabajo en conjunto, con el trabajo en equipo y el trabajo en red, es que podemos garantizar una mejor calidad de vida a los ciudadanos. Y ese es un gran desafío, como ustedes mismos lo han dicho a lo largo de estas Jornadas. Espero que las próximas Jornadas sean una realidad en la agenda del 2004, y que sean tan buenas, o si es posible aún mejores y tan exitosas como las que estamos cerrando hoy.

Tanto lo que me han comentado que fue el contenido de las presentes, como lo que he leído en el libro de las Jornadas 2002 que me ha regalado mi amigo Carlos Vassallo ha sido muy interesante, y creo que lo que se pueda producir será un insumo necesario para todos los profesionales farmacéuticos de los distintos lugares de esta provincia de Santa Fe, que tiene que buscar un camino en común en lo que es garantizar la salud para todos.

Muchas gracias y mucha suerte.

### *Farm. Manuel Agotegaray*

Llegamos al final de esta maratón, y con satisfacción veo caras alegres entre los que estamos aquí presentes y vivos. Realmente espero que todos los que hayan participado en estas Segundas Jornadas, hayan visto colmadas las expectativas con las que vinieron, si bien como decíamos en el día de ayer, una de nuestras expectativas apuntaba a encontrar muchísimas más respuestas que preguntas.

Simplemente yo quiero dar las gracias a todos los colaboradores con Carlos Vassallo a la cabeza, y a todos los participantes de estas nuevas Jornadas que estamos ahora cerrando. Y en especial muchas gracias a todos los disertantes. Porque más allá de las diferencias de criterios o de los puntos de vista diversos que se pudieron haber tenido en las diferentes mesas, siempre primó un respeto y una conciencia de tratar de contribuir positivamente en un país que está mucho más acostumbrado a destruir que a construir. Creo que eso lo tengo que tener muy en cuenta entre lo que nos motiva a seguir trabajando y a mejorar estos ámbitos de discusión.

También muchísimas gracias a muchos empleados de nuestro Colegio que realmente trabajaron a destajo para la organización de estas Jornadas, y también a los colaboradores de la ciudad de Rosario. No especificamos porque deseamos incluirlos absolutamente a todos los que han contribuido para que este evento, en el que pusimos esfuerzos, expectativas y anhelos, haya llegado a tan feliz término. Y en particular nuestras felicitaciones a los estudiantes que han elegido esta carrera, muchos de los cuales han estado asistiendo a este encuentro. Les queremos decir que éste es un país en el que sobran farmacias pero faltan farmacéuticos, y realmente tienen que estar tranquilos respecto a su elección profesional, porque no han errado en lo mas mínimo.

Muchísimas gracias a todos los colegas, a veces por la fuerza de la costumbre me equivoco y me refiero sólo a los colegas santafesinos, pero quiero destacar y agradecer la presencia y compañía de numerosos colegas de La Pampa, Entre Ríos, Buenos Aires, Santa Cruz, Santiago del Estero y Neuquén. Y reafirmar que en verdad me siento orgulloso de ser farmacéutico y de tratar de representar a los de mi provincia, y sobre todo de contar entre mis amigos a colegas de todo el país.

### *C.P.N. Carlos Vassallo*

Bueno, siguiendo el hilo de lo que decía Manuel Agotegaray, como yo soy una suerte de entrenador de la maratón, ya estuve pensando cómo podemos hacer para poder mantenernos en forma para el año que viene. Entonces intentaré esbozar algunas conclusiones de las mesas tan enriquecedoras que tuvimos que me parecen importantes, y sobre las que tendremos que seguir dialogando y trabajando. Pienso que todos disfrutamos de algunas discusiones y de algunos debates, a partir de la generosidad con la cual muchos de los disertantes nos han acercado informaciones y análisis, así como algunos trabajos. Y todo ese material tiene el valor agregado de que nos sirve para tratar de ver la agenda que van a tener las Terceras Jornadas Santafesinas y Segundas Federales de Política y Economía de Gestión del Medicamento, que vamos a hacer el año que viene.

Algunos de los temas que me parece que van a necesitar profundizarse o seguir trabajándose es toda la relación entre la ciencia y la

tecnología y el sector medicamentos, ya que éste es un área donde no solamente está presente la patente, sino que también incluye todo un proceso de innovaciones sobre el cual es necesario profundizar la discusión. Ustedes se han dado cuenta que en este encuentro no nos hemos limitado a pensar el momento de la dispensa, sino que fuimos desde el inicio al final del proceso o camino que recorre el medicamento.

Y eso buscamos enmarcarlo en el ámbito y relación de la Nación con las Provincias, donde avanzamos hacia un nuevo modelo federalista que invita a repensar cuáles son las competencias de una y de otras, y a tratar de avanzar en un proceso de coordinación constructivo.

El tema de los precios de los medicamentos creo que merecería quizás una mesa a futuro, en donde podamos discutir en profundidad qué ha estado pasando con los precios. Hoy seguimos estando muy escasos de información analítica y objetiva sobre la situación, creo que Argentina necesita hacer inversiones importantes para producir información del sector, porque va a permitir mejorar la calidad de las decisiones. Farmacoeconomía es un área que también merece que le prestemos una particular atención, para los farmacéuticos no es simplemente una cuestión de interés académico sino que puede llegar a convertirse en un área de trabajo futuro concreto y bastante importante.

También queda abierto el tema de la política de promoción de medicamentos genéricos, todo lo que tiene que ver con la promoción de empresas que puedan llegar a producir genéricos a futuro, y el marco jurídico, legal e instrumental que defina cómo se tendría que configurar un mercado de medicamentos genéricos con un ANMAT funcionando de otra manera. Y también nos parece que la política prescriptiva necesita avanzar y madurar mucho más. Es un área sobre el cual hay que profundizar y sobre la cual sería interesante también tener alguna reflexión.

No me quiero olvidar por último de todo lo que tiene que ver con el uso racional del medicamento, y la necesidad de pensar programas de uso racional del medicamento que permitan de alguna manera una distribución más equitativa de este bien social tan importante.

Quería dejar algunos agradecimientos: en primer lugar a los dos Colegios Farmacéuticos de Santa Fe, de las 1<sup>a</sup> y 2<sup>a</sup> Circunscripciones, y destacar que Rosario ha sido un ámbito en donde hemos podido trabajar como dijimos al inicio, con mucha libertad, con mucho pluralismo y de manera interdisciplinaria. Creo que es importante que este sea un en-

cuentro donde vengan no sólo farmacéuticos, sino que venga gente que trabaja dentro del sector salud y todos los que estén de alguna manera vinculados al mismo.

Hoy dimos algunos pasos muy importantes: hemos contado con la presencia en nuestras mesas de gente con la cual normalmente uno no se reunía a compartir información, como por ejemplo el caso de las tres distribuidoras que representan casi el 78% del área de distribución sobre el cual se trabaja diariamente. Y destacar que los disertantes, y en verdad todos sin excepción, han preparado sus exposiciones como para dejar satisfecho a un público exigente y ansioso de escuchar, que nos consta que no se sintió defraudado, sino por el contrario sorprendido gratamente por el aporte que dieron las Jornadas.

Un agradecimiento especial a nuestros invitados brasileños del ANVISA, que nos dejaron un panorama interesante sobre el nivel de desarrollo y avance que está teniendo Brasil en materia de política del medicamento, a los profesionales en general, a los estudiantes que la verdad fueron un elemento muy importante por la atención que pusieron al tema, por el interés con el cual estuvieron escuchando y por su actitud participativa, que constituyó un aporte genuino e importante.

Por último un agradecimiento a algunos de los auspiciantes. Vale comentar que nuestros invitados brasileños nos preguntaban extrañados cómo era que no había carteles de auspicio de laboratorios, y si esto lo habían financiado solamente los Colegios. Y yo les quiero decir que de alguna manera estamos inaugurando también una nueva forma de convencer a las empresas que una de las mejores maneras de auspiciar algo es ayudando a construir conocimiento, y a formar una masa crítica de gente con un pensamiento diferente, pero que pueden confluir en aspectos que son importantes para las políticas.

A todos ellos muchas gracias, porque no es algo menor su colaboración, ya que todo este tipo de eventos necesitan de un financiamiento para poder funcionar. Desde ya los Colegios Farmacéuticos de Santa Fe tuvieron un rol clave y fundamental, al igual que la empresa Gestmed S.A.

Nuevamente gracias a todos y espero que nos podamos ver muchos de nosotros el año que viene en las que serán nuestras Terceras Jornadas Santafesinas y Segundas Federales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos.

