

10^{mas} Jornadas Federales y 9nas Internacionales

**Política, Economía y Gestión de
Medicamentos**

A stylized map of Argentina in a light blue color, positioned to the right of the main title text.

Rosario - SANTA FE - ARGENTINA

27 y 28 de Septiembre de 2012

FEFARA 
AVANZA

The logo for FEFARA, featuring the word "FEFARA" in a bold, teal, sans-serif font. To the right of the text is a stylized teal figure of a person walking, with a curved line underneath it. Below the main text, the word "AVANZA" is written in a smaller, teal, sans-serif font.

**10^{mas} Jornadas Federales
y 9nas Internacionales**

**Política, Economía y Gestión de
Medicamentos**

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

Rosario - SANTA FE - ARGENTINA

10^{mas} Jornadas Federales y 9nas Internacionales

Política, Economía y Gestión de
Medicamentos



Rosario - SANTA FE - ARGENTINA
27 y 28 de Septiembre de 2012

10mas. Jornadas Federales y 9nas. Internacionales de Política, Economía y Medicamentos /

Hugo Ignacio Robatta ... [et.al.]. - 1a ed. - Santa Fe: Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe, 2013.

368 p. ; 24x15 cm.

ISBN 978-987-29972-0-5

1. Farmacología. 2. Políticas Públicas. 3. Economía. I. Robatta, Hugo Ignacio
CDD 615.1

Primera Edición 600 ejemplares, agosto 2013

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

Publicación

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

Producción Editorial

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

Edición Final

Farm. Hugo Ignacio Robatta
Farm. María Rosa Pagani

Agradecimiento por la colaboración en la edición de esta publicación



Laboratorio Monserrat y Eclair S.A.

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

*Gobierno de la Provincia de Santa Fe a través del Sr. Ministro de Salud,
Dr. Miguel Ángel Capiello.*

Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe.

Instituto de Seguridad Social de la Provincia de La Pampa.

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

*Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas
de la Universidad Nacional de Rosario*

*Rectorado de la Universidad Nacional de la Provincia
de La Pampa.*

Y declaradas de interés por:

Cámara de Senadores de la Provincia de Santa Fe.

*Gobierno Municipal de la Ciudad de Rosario a través
de la Señora Intendente Dra. Mónica Fein.*

Consejo Municipal de la Ciudad de Rosario.

INDICE

ACTO DE APERTURA

<i>Farm. Manuel Agotegaray - Dr. Miguel Ángel Capiello</i>	
<i>Dra. Mónica Fein</i>	11

MESA N°1

RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Coordinador:

<i>Farm. Norberto Herbas</i>	19
------------------------------------	----

Disertantes:

<i>Lic. Mónica C. Abramzón</i>	21
<i>Lic. Hugo Mercer</i>	36
<i>Dr. Miguel Ángel Capiello</i>	47

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

MESA N° 2

LA PRODUCCIÓN PÚBLICA DE MEDICAMENTOS EN ARGENTINA: LOS PRIMEROS TRAMOS DE UN LARGO CAMINO

Coordinador:

<i>Farm. Miguel Osio</i>	59
--------------------------------	----

Disertantes:

<i>Dra. Catalina Massa</i>	62
<i>Ing. Carlos Rodolfo Arqués</i>	70
<i>Farm. Pablo Bronzi</i>	79
<i>Dr. Jorge Zarzur</i>	89

MESA N° 3

MEDICAMENTO BIOTECNOLÓGICOS: INNOVACIÓN, COOPERACIÓN, REGULACIÓN Y MERCADO

Coordinador:

Farm. José Cid 97

Disertantes:

Dra. Graciela Ciccía 101

Mg. Miguel A. Maito 113

Dr. Daniel Ciriano 122

Lic. Alejandro Rubén Darío Krimer 130

Preguntas y Comentarios 137

MESA N° 4

LAS IDAS Y VUELTAS DE LA REFORMA SANITARIA EN LA ARGENTINA

Coordinador:

Farm. David Campos 141

Disertantes:

Dr. Aldo Neri 143

Dr. Adolfo Sánchez de León 151

Dr. Roberto Chuit 162

Preguntas y Comentarios 170

MESA N° 5

EL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Coordinador:

Lic. Carmelo Crapanzano 173

Disertantes:

Gastón Neffen 175

Sebastián Ríos 182

Matías Loewy 189

Walter Mariño 196

MESA N° 6

PRESENTACIÓN DEL PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD (PAIS). UNA PROPUESTA PARA (RE) ORGANIZAR LA COBERTURA Y TRANSFORMAR LA FORMA DE CONSTRUIR SALUD EN LA ARGENTINA

Coordinador:

Farm. Hugo Robatta 199

Disertantes:

C.P.N. Carlos Vassallo 201

Dr. Federico Tobar 223

MESA N° 7

TRAZABILIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

Coordinador:

Farm. Damián Sudano 239

Disertantes:

Farm. Jessica Carino 241

Sr. Darío Díaz 253

Farm. Javier Ávila 263

MESA N° 8

ENTRE LA COMPETENCIA Y LA COOPERACIÓN EN LA CADENA DE VALOR DEL MEDICAMENTO

Coordinador:

Farm. Juan Carlos Rucci 275

Disertantes:

Dr. Alfredo Ahuad 277

Farm. Miguel Lombardo 297

Farm. Natalia Rodríguez 311

CONTRIBUCIÓN DE FEFARA 319

DISTINCIÓN PARA EL FARM. MANUEL PÉREZ FERNÁNDEZ 320

MESA N° 9

**CALIDAD Y RENTABILIDAD DEL SERVICIO FARMACÉUTICO.
DESAFÍOS DE ESTOS TIEMPOS.**

Coordinador:

Farm. Manuel Agotegaray 321

Disertantes:

Farm. Manuel Pérez Fernández 323

Preguntas y Comentarios 359

ACTO DE CIERRE

Farm. Manuel Agotegaray 363

ACTO DE APERTURA



Ocuparon el estrado el Dr. Leonardo Caruana, Subsecretario de Salud de la Municipalidad de Rosario; el Dr. Miguel Ángel Capiello, Ministro de Salud de la Provincia de Santa Fe; la Dra. Mónica Fein, Intendente de la ciudad de Rosario; el Farm. Manuel Agotegaray, Presidente de FEFARA y el Farm. Norberto Herbas, Presidente del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe, 2º Circunscripción.

Farm. Manuel Agotegaray
Presidente de FEFARA

Buenos días para todos, muchas gracias por acudir a esta convocatoria que anualmente hacemos desde FEFARA.

En esta ocasión sentimos una gran alegría y el orgullo de estar celebrando la décima edición de estas Jornadas de Política Economía y Gestión de Medicamentos.

En el banner que está detrás de nosotros se afirma que 10 años no es nada, pero creo que eso depende de cómo se lo mire porque las Jornadas se realizaron en un período muy convulsionado de nuestro país y con un tema tan sensible como es la política de medicamentos. Para comprender mejor esto alcanza con repasar los libros que reproducen todo lo planteado en los distintos encuentros y recordar la importancia de los acontecimientos sucedidos en esta década.

En efecto, cuando decidimos realizar la primera de estas jornadas, en Septiembre del 2002, se presentaba un panorama realmente crítico para los farmacéuticos y para el país en general. Por ello pensamos que era necesario originar mesas de debate, de intercambio de opiniones pero no solo de farmacéuticos sino para todos los integrantes y actores del sistema de salud. Así nació este Encuentro con el objetivo de abordar el tema del medicamento en forma integral e intersectorial para poder encontrar las propuestas superadoras de aquella crítica realidad.

En aquella primera edición, hacíamos hincapié en la accesibilidad del medicamento por parte de la población y la necesidad de utilizar más eficientemente los recursos y no continuar aumentándolos irracionalmente. Los participantes fijaron su posición desde su óptica y bajo su exclusiva responsabilidad.

Años después, cuando el Ministerio de Salud de la Nación estuvo a cargo del Dr. Ginés González García, quien impulsó el

Plan Federal de Salud (año 2004-2007), comenzamos a tener un marco dentro del cual se pudo dialogar, discutir y construir. Si los resultados esperados de dicho plan se obtuvieron o no, no es tema de discusión, pero sí debemos reconocer que ese marco favoreció un mejor y más provechoso intercambio de las ideas.

Cuando el país, de alguna manera, se fue recuperando y la accesibilidad del medicamento mínimamente estaba garantizada, los temas principales de las Jornadas pasaron por los otros dos pilares de la política del medicamento, como son la Seguridad y Eficacia de los fármacos.

En el año 2009, en Córdoba, el tema dominante fueron las denuncias de la llamada Mafia de los Medicamentos y los debates tuvieron con ver, obviamente, con la seguridad de los mismos.

También podríamos repasar anuncios de importantes proyectos que realizaron algunos funcionarios en estos encuentros y que lamentablemente no llegaron a implementarse. Esto ocurrió muchas veces porque faltó la imprescindible capacidad de gestión y en otras porque se careció de las tecnologías necesarias para implementar políticas y programas innovadores.

Es por ello que desde FEFARA apostamos a desarrollar esas tecnologías para ponerlas a disposición de las autoridades políticas y de todo el sector para trabajar en forma conjunta en los temas vinculados al medicamento.

También quiero expresar que celebrar el 10º aniversario de las Jornadas en la ciudad de Rosario es un motivo de especial satisfacción para quienes integramos FEFARA ya que éste es un Municipio donde además de brindar importantes posibilidades de desarrollo a los farmacéuticos se los ha hecho partícipes fundamentales de las políticas de Salud y Medicamentos que se desarrollan en esta ciudad y en esta provincia.

En estas 10º Jornadas, dentro de los temas a debatir se

encuentran, entre otros, el Sistema Nacional de Trazabilidad, los Medicamentos Biotecnológicos y la Producción Pública de Medicamentos. Como siempre una temática compleja y difícil de abordar pero que nuestros disertantes seguramente desarrollarán con la capacidad y la honestidad intelectual que les reconocemos.

El día viernes, en la última mesa, vamos a contar con la presencia del Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla y miembro del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Manuel Pérez Fernández a quien ya consideramos como un integrante más de FEFARA. Él nos brindará un panorama de la situación actual del medicamento en España.

Para finalizar quiero reiterar que la organización de estas Jornadas ha sido posible, una vez más, gracias al trabajo y a los exclusivos recursos de los Farmacéuticos. Para nosotros, esto no es una cuestión menor, ya que no tenemos muy en claro sise puede tener independencia política cuando no se tiene independencia económica.

Agradezco, una vez más, a todos quienes nos acompañan y espero que disfruten de los dos días de estas 10º Jornadas.

Dr. Miguel Ángel Capiello
Ministro de Salud de la Provincia de Santa Fe

Muy buenos días a todas y a todos. Muchas gracias a FEFARA y felicitaciones por este 10º aniversario.

Desde que comenzamos esta gestión y nos han convocado, hemos participado siempre en estas Jornadas. Esto es porque consideramos que es un lugar y un ámbito donde podemos debatir, escuchar a quienes más saben y entre todos sacar conclusiones de cómo se debe abordar la política del medicamento. Una política, que como mencionaba anteriormente el Presidente de FEFARA, se lleva mucho de los recursos de salud que se invierten para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos en la República Argentina.

Todo esto que se viene realizando a lo largo de estas diez ediciones no es poca cosa porque además luego lo podemos leer y repasar en los libros. Esto nos ha permitido comprobar que en muchas cuestiones que aquí se debatieron, desde lo político, hemos ido avanzando.

En el año 2007, antes de que fuera elegido para gobernar la provincia el Dr. Hermes Binner del Frente Progresista Cívico y Social, hubo una mesa donde estaban las distintas fuerzas políticas con sus propuestas de gobierno para llevar adelante en el caso de ser gestión. Esa es, precisamente, la política que estamos poniendo en práctica en la gestión de un Sistema Integrado de Salud que nos permita a todos tener las mismas posibilidades de acceso.

Pero también se hacía referencia a las políticas de medicamentos y hoy esta provincia, incluida esta ciudad, tiene dos laboratorios públicos de producción de medicamentos que nos permiten abastecer el 94% de la estrategia de atención primaria de la salud. Además, seguimos avanzando e impulsamos a través

del Consejo Federal de Salud una ley sobre los laboratorios públicos productores de medicamentos que salió de la legislatura nacional pero que no está reglamentada por el Ministerio de Salud de la Nación como debiera hacerse.

Hoy el medicamento está sujeto a política de mercado y al factor, no menos importante, que es el poder de la "prescripción médica", pero tenemos en la Argentina una gran posibilidad de desarrollar los laboratorios públicos productores de medicamentos para que lleguen como un Bien Social a todos los ciudadanos, con las mismas posibilidades.

Hoy es un día muy significativo porque estas Jornadas se realizan por segunda vez en Rosario, desde que estoy en la gestión del Ministerio de Salud. Y que hayan elegido esta bonita ciudad es para nosotros un hecho muy importante porque Rosario tiene mucho para ver y disfrutar, pero sobre todo tiene buena gente para poder intercambiar opiniones.

Quiero terminar felicitando a los organizadores, a los colegas farmacéuticos por tanto esfuerzo por seguir realizando estos encuentros y agradeciéndoles por permitir que todos aprendamos de aquellos que tienen una mayor experiencia y por poder, después, leer todo lo desarrollado en cada una de sus publicaciones. Muchas gracias.

Dra. Mónica Fein
Intendente de la ciudad de Rosario

Buenos días, es un gusto compartir estas décimas Jornadas. La verdad que cuando este tipo de encuentros se realiza por diez años consecutivos y tiene semejante convocatoria quiere decir que han sido productivas todas las reuniones anteriores y que todavía por supuesto queda mucho por discutir y resolver.

Bienvenidos a todos y todas, nos sentimos honrados como ciudad de que estas jornadas se lleven a cabo aquí.

Les quiero comentar que estudié en la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la UNR y que, por lo tanto, compartí muchos momentos de estudio y de debate sobre el tema medicamentos. Además, recuerdo particularmente, que ya al final de la dictadura, la primera actividad que nos animamos a hacer, como estudiantes, fue sobre medicamentos e invitamos al Farm. Antonio Somaini. La discusión fue sobre la accesibilidad del medicamento, el rol de los laboratorios y el rol de los farmacéuticos. Así que recuerdo con mucho cariño esa actividad.

Desde ese momento, participé muchas veces en debates sobre el medicamento y ahora me ha tocado, igual que al ministro, ser parte de una gestión que tuvo que definir una política de medicamentos.

Estoy convencida que, además, la política de medicamentos está fuertemente unida a la política de salud que tiene un país y, obviamente, cuando no hay una política sanitaria definida, universal, gratuita, como derecho para aquellos más necesitados, también hay problemas con la accesibilidad a los tratamientos oportunos.

Y en este debate han tenido y tienen un rol fundamental los farmacéuticos, no solo por su formación profesional sino por su práctica cotidiana. Además, porque desde los lugares que desarrollan su profesión conocen como ninguno los inconvenientes, los

avances, los aportes y también los debates que hay que librar para lograr que el medicamento pueda ser accesible, eficiente y seguro.

Además como diputada pude ser parte de la discusión de la Producción Pública del Medicamento con el Dr. Silvestre Begnis y creo que el saldo de ese debate ha sido muy positivo porque hoy en esta ciudad y la provincia se desarrollan experiencias muy exitosas de producción pública de medicamentos.

Además, quiero rescatar el rol que han tenido los farmacéuticos en el sistema local de salud. Para ello, desde los Centros de Salud, los Hospitales y la Facultad de Farmacia y Bioquímica hemos podido construir una relación sumamente productiva que promovió la práctica y la inserción de los profesionales farmacéuticos.

Obviamente, también con los Colegios Profesionales hemos llevado a cabo numerosas acciones de promoción y prevención de la salud porque las Farmacias de la ciudad son un lugar, que consideramos, privilegiado para trabajar en este tipo de temática. Agradecemos al Colegio de Farmacéuticos por su vocación de participar activamente en estas actividades.

Estamos seguros que este Encuentro, desde nuestra práctica en la ciudad, desde nuestro reconocimiento a la labor de los farmacéuticos, desde los nuevos debates para definir qué sistema de salud necesitamos para garantizar la accesibilidad, la seguridad y la calidad de los medicamentos, hará una importante contribución.

Por estos diez años de debate, por las discusiones que seguramente vendrán, a todos los que han llegado a nuestra ciudad felicitaciones. Además, espero que este encuentro, que seguramente va a ser muy intenso, les permita recorrer un poco de Rosario y conocerla.

Por supuesto que todos lo que Uds. produzcan será un aporte fundamental para pensar en políticas de salud y medicamentos que garanticen este Derecho a todos los argentinos. Muchas gracias.



MESA N° 1

Recursos Humanos en Salud

Coordinador: Farm. Norberto Herbas

Presidente del Colegio de Farmacéuticos de la Prov. de Santa Fe, 2° C.

Buenos días, quisiera dar la bienvenida a todos los asistentes y agradecer de modo especial a las autoridades que nos acompañan y a quienes realizaron el esfuerzo de venir desde otras provincias.

En esta mesa se va a abordar el tema Recursos Humanos en Salud y los disertantes son la Lic. Mónica Abramzón, el Profesor Hugo Mercer y el Dr. Miguel Ángel Cappelletto.

Mónica Cristina Abramzón es licenciada en Sociología, egresada de la Universidad de Buenos Aires; especialista en Recursos Humanos en Salud, título otorgado por la Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, Brasil; investigadora e integrante del Comité Académico del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; coordinadora del Curso Virtual "Formación de Formadores de Médicos con enfoque en APS" en los años 2010-2012, Campus Virtual de Salud Pública, OPS, Washington; docente de la maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario. Fue docente de grado y posgrado

en la Universidad de Buenos Aires, investiga y ha publicado numerosos trabajos sobre temas de Recursos Humanos en Salud. Es consultora de Corto Plazo de la Organización Panamericana de la Salud. Ha sido Secretaria de Planificación de la Universidad de Buenos Aires y asesora del Ministerio de Salud de Brasil en el tema de Formación y Planificación de Recursos Humanos en Salud.

Hugo Mercer es sociólogo, profesor visitante de las Universidades: Milano-Bicocca, Italia, de la República, Uruguay; Central del Ecuador, Ecuador; Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana; Estatal de Arizona, Estados Unidos de Norteamérica; Pompeu Fabra, Barcelona, España y de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España. A sido funcionario y luego coordinador del Health Workforce Education and Production en la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, de 2002 a 2009.

Miguel Ángel Cappiello es médico, egresado de la Universidad Nacional de Rosario. En el año 1996 fue designado subsecretario de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, función que ejerció hasta el año 2000. Desde el año 2.000 hasta febrero del 2.001 fue gerente interventor del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados PAMI delegación 9ª. Seguidamente retomó su cargo de subsecretario de Salud de la Municipalidad de Rosario. Desde diciembre de 2007 a diciembre de 2011 se desempeñó como Ministro de Salud durante la gestión del gobernador Hermes Binner y continúa en el cargo.

Realizadas las presentaciones voy a dar lugar a los disertantes.

Recursos Humanos en Salud: un desafío pendiente

Lic. Mónica C. Abramzón

Buenos días a todos, muchísimas gracias por la invitación, para mí siempre es un placer participar en estos espacios de debate. Sobre todo quiero felicitar a la organización de este evento por incluir una mesa que discuta la cuestión de recursos humanos en salud.

Las políticas de recursos humanos en salud deben ser un componente estratégico de las políticas de salud para poder atender con efectividad, equidad y eficiencia las necesidades sociales.

Nosotros pensamos los recursos humanos en salud como un campo de tensiones, de interacción entre distintos sectores, de articulación entre la sociedad, el sistema formador de recursos humanos y el sistema utilizador. En sus interacciones constituyen mercados como el educativo, el laboral y el de servicios.



En esta articulación se producen tensiones entre los diversos actores ya que se enfrentan diferentes intereses, por ejemplo en el mercado laboral, las asociaciones profesionales, los usuarios, los sindicatos, las instituciones formadoras, y el Estado a través de sus decisiones.

Es decir, recursos humanos en salud es un campo de tensiones en el que muchas veces las decisiones que lo afectan están tomadas por fuera de ese campo, y pensar esto nos permite entender algunos procesos. Pero cuando queremos analizar y comprender de qué estamos hablando, encontramos que tenemos muchas debilidades en la información.

Las debilidades de la información

En primer lugar hay una **falta de sistemas permanentes de información**, nadie sabe cuántos somos, quienes somos y dónde estamos. El Ministerio de Salud no tiene datos de recursos humanos.

Las fuentes **presentan limitaciones estructurales**, especialmente en las que históricamente nos hemos podido apoyar. No todas miden lo mismo y en consecuencia cuando tenemos que compatibilizar las no lo podemos hacer porque estaríamos sumando cosas distintas.

Los **mecanismos unificados de control y regulación del ejercicio profesional son precarios y** existe una **pérdida de representatividad de algunas fuentes**. Hasta hace unos años algunas fuentes secundarias nos permitían hacer buenas estimaciones de la fuerza de trabajo del sector. Los procesos de terciarización, entre otros, han de alguna manera invalidado el uso de estas fuentes, por ejemplo el personal de algunos servicios de las instituciones llámese limpieza, comedores, administración de los Hospitales por ejemplo que estaban afiliados a FATSA o a las correspondientes asociaciones, al privatizarlos pasaron a de-

pende de asociaciones de comercios o gastronómicos, etc. Por ello, los datos se diluyen junto con el otro conjunto y ese indicador ya no nos resulta útil.

Quiero compartir con Uds. los resultados de una investigación que realizamos por medio de un subsidio del Programa Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación en relación al **Porcentaje de organismos a cargo de la matriculación en el total de la jurisdicciones**, tratando de encontrar los lineamientos para el desarrollo de un sistema de información integral en recursos humanos en salud.

La matriculación podría ser una fuente privilegiada de información respecto del número de profesionales en actividad en un país y en otros casos lo es, pero en la Argentina es absolutamente dispersa. Esto es porque ha sido delegada por el Estado en las distintas jurisdicciones en muchos casos en los Colegios Profesionales, lo cual en un principio no estaría mal si se hubieran mantenido o preservado los mecanismos de retroalimentación de esa información.

Como podemos observar, para algunas categorías profesionales, como por ejemplo Nutrición, el 75% de la matriculación está en manos de los Ministerios mientras que para Veterinaria, el 79% está en mano de los Colegios, y en Farmacia, el 37,5% de la matriculación en el país está a cargo de los Colegios.

Por ejemplo en la Provincia de Santa Fe, la matriculación está exclusivamente a cargo de asociaciones profesionales para estas 11 categorías seleccionadas.

Esto quiere decir que no existe una instancia unificada de consolidación de la información acerca del número de profesionales activos. En consecuencia cuando queremos conocer datos del sector tenemos que apoyarnos en los datos secundarios disponibles.

Porcentaje de organismos a cargo de la matriculación en el total de jurisdicciones

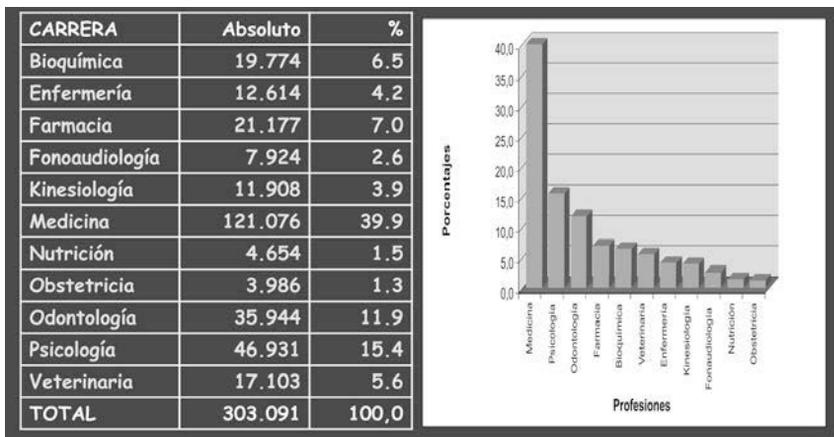
Carrera	Colegio %	Ministerio %	
Bioquímica	42,0	58,0	-Exclusivamente a cargo de organismos públicos: Ciudad de Buenos Aires, Mendoza, San Juan y Tierra del Fuego.
Enfermería	8,0	92,0	
Farmacia	37,5	62,5	-A cargo de organismos públicos menos una: Corrientes, Chubut, Formosa y Río Negro
Fonaudiología	37,5	62,5	
Kinesiología	37,5	62,5	
Medicina	42,0	58,0	-Exclusivamente a cargo de organizaciones profesionales: Misiones, Salta y Santa Fe.
Nutrición	25,0	75,0	
Obstetricia	21,0	79,0	
Odontología	46,0	54,0	-A cargo de organizaciones profesionales menos una: Jujuy y Salta
Psicología	50,0	50,0	
Veterinaria	79,0	21,0	

Fuente: Elaboración propia con base en datos documentales. 2008.

El último dato disponible en la Argentina que relevó información sobre el **número de profesionales fue el Censo Nacional de 2001**. Según ese Censo y un trabajo de rastreo que hemos realizado en él, como podemos observar, había 121.076 médicos y 21.177 farmacéuticos, o sea el 7 % de ese equipo profesional eran farmacéuticos y, aproximadamente, el 40% médicos.

Les explico por qué hemos tomado solo once categorías, esto es debido a que eran las únicas categorías puras que podíamos identificar en el censo, ya que trabajaba con fuentes secundarias. Consideramos que el equipo de salud o recursos humanos en salud está integrado por otro conjunto de profesionales y no profesionales. Nosotros sabemos que hay una masa importante de trabajadores sociales que están trabajando en salud, sin embargo en la información censal no podemos discriminar cuáles de ellos están trabajando en salud y cuáles están trabajando en educación, en la justicia o en otros lugares. Lo mismo ocurre con los economistas de la salud, con las personas

Dotación de Profesionales por categorías seleccionadas. Argentina. 2001.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo Nacional de Población, INDEC. 2001.

que están trabajando en infraestructura física como los arquitectos, o la gente de comunicación en salud y educación, entre otras.

En ese momento nosotros registrábamos trescientos tres mil trabajadores. Una cuestión interesante, y acá voy a dar algunas precisiones socio demográficas, en relación a la edad de esos 300.000 profesionales, el 9% eran mayores de 65 años. Si analizamos los datos por categorías nos da una idea del dinamismo y características de la profesión. Como pueden observar en el siguiente cuadro, por ejemplo Obstetricia es la categoría donde existe mayor proporción de profesionales de 65 años, mientras que en categorías como Psicología, Veterinaria, Kinesiología, Fonoaudiología, categorías que están en expansión y que están marcando una presencia más fuerte en el equipo de salud, cuentan con una población de profesionales mucho más jóvenes. En el caso de Farmacia tenemos una población donde el 15%, era mayor de 65 años.

**Dotación total de Profesionales y mayores de 65 años.
Categorías seleccionadas. 2001.**

PROFESIONALES	TOTAL (1)	65 años y más (2)	2/1 en %
Bioquímica	19.774	1.358	6,9
Enfermería	12.614	747	5,9
Farmacía	21.177	3.265	15,4
Fonoaudiología	7.924	218	2,8
Kinesiología	11.908	442	3,7
Medicina	121.076	14.580	12,0
Nutrición	4.654	201	4,3
Obstetricia	3.986	951	23,9
Odontología	35.944	4.535	12,6
Psicología	46.931	1.271	2,7
Veterinaria	17.103	665	3,9
TOTAL	303.091	28.233	9,3

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo Nacional de Población. INDEC. 2001.

En relación a la **composición por sexo del equipo profesional**, se habla mucho de la feminización de los profesionales de la salud y yo quisiera decir que siempre hubo una fuerte presencia de las mujeres en el conjunto de las categorías profesionales. Lo que se registra en los últimos tiempos es un mayor número de mujeres en algunos sectores donde históricamente la presencia masculina era hegemónica. Esto tiene que ver por una lado, con una mayor presencia de las mujeres en el mundo profesional y por otro lado, con los cambios en la práctica profesionales, por ejemplo en traumatología donde se consideraba necesaria la fuerza masculina ya no lo es, porque ahora la reemplaza la tecnología. Pero lo que quiero mostrarles es, simplemente, como esa presencia masculina en algunas categorías se mantiene aún, por ejemplo en Medicina a pesar de que el ingreso de las mujeres a esta profesión, es cada vez mayor el 61% de los profesionales en Medicina son varones. Esto con-

trasta notoriamente con lo que es la composición en Psicología donde el 84% son mujeres.

**Composición del equipo profesional por sexo.
(En %). Año 2001.**

Categoría profesional	Total	Varones	Mujeres
Bioquímica	6,5	4,7	7,9
Enfermería	4,2	1,5	6,1
Farmacia	7,0	5,1	8,3
Fonaudiología	2,6	0,1	4,5
Kinesiología	3,9	2,6	4,9
Medicina	39,9	57,8	26,9
Nutrición	1,5	0,1	2,6
Obstetricia	1,3	0,0	2,3
Odontología	11,9	11,8	11,9
Psicología	15,5	5,9	22,5
Veterinaria	5,6	10,4	2,2
	100,0	100,0	100,0
TOTAL PAÍS	(303.091)	(127.956)	(175.135)

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Censo Nacional de Población 2001. INDEC.

Otro dato del Censo que quiero compartir con ustedes y que tiene que ver con el efecto de las políticas o de los condicionantes del mercado, es el que se puede observar en **Enfermería** en relación a la **composición por sexo y edad en una serie de jurisdicciones**. Lo interesante de este dato es la masculinización de esta profesión. Nosotros hemos detectado, en nuestras investigaciones desde hace unos diez o quince años que Enfermería es una de las categorías que está atravesando el proceso inverso a otras profesiones, cada vez son más los varones que se incorporan y esto tiene que ver con una demanda del mercado. Es decir, Enfermería es un recurso escaso donde hay trabajo para quien se forme y esta señal es recuperada.

Como pueden observar en el gráfico, si realizamos un análisis por franjas etáreas, en provincias con más dificultades de empleo, es mayor la cantidad de jóvenes que se incorporan a la Enfermería porque es un nicho laboral asegurado. Por eso decimos que las políticas activas de recursos humanos son las que pueden orientar algunos cambios en las elecciones vocacionales.

En el total del país, la enfermería masculina era del 6% entre las personas de más de 65 años y pasa a ser del 30%, entre los 20 a 29 años. Sin embargo en provincias como Chaco, el 35% de los enfermeros los hombres, en Misiones el 43% y en Formosa el 66%, en Santa Fe el 40%. Ustedes se dan cuenta que a medida que aumenta la edad disminuye el porcentaje de hombres, esto está indicando claramente como las personas responden a las señales que emiten el mercado o alguna política específica.

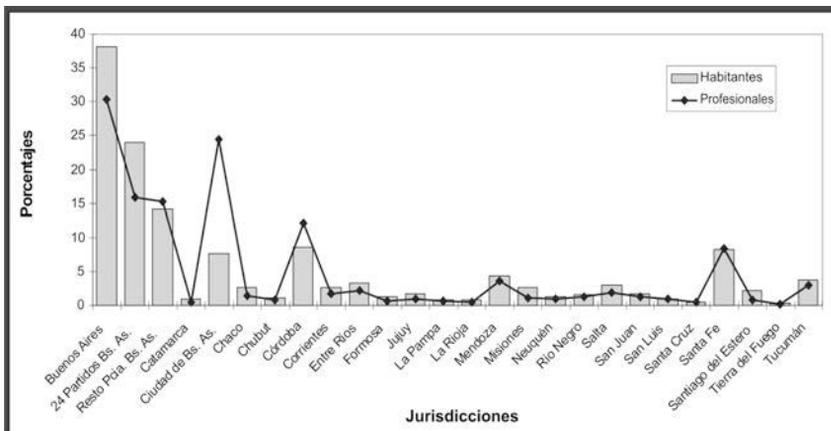
Enfermería. Relación Varones/Mujeres por grupo de edad, jurisdicciones seleccionadas. 2001.

Enfermería	Total General			20-29 años	30-39 años	40-49 años	50-59 años	60-64 años	65 y más años
	Jurisdicción	Total	V	M	V/M	V/M	V/M	V/M	V/M
TOTAL PAÍS	12614	1954	10660	28,6	28,9	14,3	9,6	9,0	6,0
Ciudad de Bs. As.	1647	202	1445	16,5	19,8	18,1	9,3	5,5	0
Chaco	267	69	198	35,8	91,9	22,4	9,7	0	10,0
Córdoba	1860	182	1678	16,3	20,5	7,6	2,4	5,2	3,7
Formosa	314	105	209	66,7	73,8	17,5	5,0	20,0	12,5
Misiones	294	62	232	43,1	32,4	14,1	11,5	16,7	27,2
Santa Fe	1075	152	923	40,3	22,2	13,5	8,9	13,9	15,3

Fuente: Elaboración propia con datos del Censo Nacional de Población 2001. INDEC.

Si tomamos los datos de la **distribución de profesionales según el número de habitantes por jurisdicción**, pueden darse cuenta la distorsión que existe entre el número de profesionales en un distrito como la ciudad de Buenos Aires.

Habitantes y profesionales, profesiones seleccionadas, por jurisdicción



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo de Población INDEC. 2001 y ABRAMZÓN, M. (2005): Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004. Publicación N° 62. Representación OPS/OMS en Argentina. Buenos Aires

En el siguiente cuadro se puede observar la relación entre número de habitantes, médicos y enfermeros.

Población, Médicos y Enfermeros. 2001

Jurisdicción	Habitantes	Médicos	Habitantes/ médicos	Enfermeros	Habitantes/ enfermeros
Buenos Aires	13.827.203	36.931	374	3.176	4.354
24 Partidos Gran Bs. As.	8.684.437	19.496	445	2.053	4.230
Resto Pcia. Bs. As.	5.142.766	17.435	295	1.123	4.579
Catamarca	334.568	669	500	145	2.307
Ciudad Autónoma de Bs. As.	2.776.138	30.696	90	1.647	1.686
Chaco	984.446	1.732	568	267	3.687
Chubut	413.237	959	431	180	2.296
Córdoba	3.066.801	13.532	227	1.860	1.649
Corrientes	930.991	2.215	420	229	4.065
Entre Ríos	1.158.147	2.383	486	526	2.202
Formosa	486.559	719	677	314	1.550
Jujuy	611.888	1.145	534	219	2.794
La Pampa	299.294	695	431	54	5.542
La Rioja	289.983	775	374	112	2.589
Mendoza	1.579.651	4.478	353	394	4.009
Misiones	965.522	1.446	668	294	3.284
Neuquén	474.155	1.308	363	187	2.536
Río Negro	552.822	1.432	386	156	3.544
Salta	1.079.051	2.159	500	499	2.162
San Juan	620.023	1.551	400	303	2.046
San Luis	367.933	929	396	119	3.092
Santa Cruz	196.958	493	400	126	1.563
Santa Fe	3.000.701	9.469	317	1.075	2.791
Santiago del Estero	804.457	1.267	635	141	5.705
Tierra del Fuego	101.079	336	301	38	2.660
Tucumán	1.338.523	3.757	356	553	2.420
Total	36.260.130	121.076	299	12.614	2.875

Fuente: ABRAMZON, M. (2005.): "Argentina: Recursos Humanos en Salud 2004". Publicación N° 62. Representación OPS en Argentina.

Según el **Censo** del año **2001** que es el último dato y no hay muchos indicios que nos permitan pensar que esta situación ha cambiado en términos de tendencias, la relación entre el **número de habitantes, médicos y enfermeros**, en el total del país de 299 habitantes por médico para toda la Argentina, con valores de 568 habitantes por médico en Chaco, 534 en Jujuy y 90 en la ciudad de Buenos Aires.

Si además consideramos la **relación médico/enfermero**, es de 19 en la ciudad de Buenos Aires y de 10 en el total del país. Algo muy interesante para tener en cuenta es que en Formosa esa relación es de 2, o sea, en las provincias más pobres donde las oportunidades de inserción laboral, de profesionalización, etc. son menores, pareciera que la oferta de medicina profesional es mucho más baja.

Relación Médicos/Enfermeros. 2001.

Provincia	Médicos	Enfermeros	Médicos /Enfermeros
Buenos Aires	36.931	3.176	12
24 Partidos Gran Bs. As.	19.496	2.053	10
Resto Pcia. Bs. As.	17.435	1.123	15
Catamarca	669	145	5
Ciudad Autónoma de Bs. As.	30.696	1.647	19
Chaco	1.732	267	7
Chubut	959	180	5
Córdoba	13.532	1.860	7
Corrientes	2.215	229	10
Entre Ríos	2.383	526	5
Formosa	719	314	2
Jujuy	1.145	219	5
La Pampa	695	54	13
La Rioja	775	112	7
Mendoza	4.478	394	11
Misiones	1.446	294	5
Neuquén	1.308	187	7
Río Negro	1.432	156	9
Salta	2.159	499	4
San Juan	1.551	303	5
San Luis	929	119	8
Santa Cruz	493	126	4
Santa Fe	9.469	1.075	9
Santiago del Estero	1.267	141	9
Tierra del Fuego	336	38	9
Tucumán	3.757	553	7
Total	121.076	12.614	10

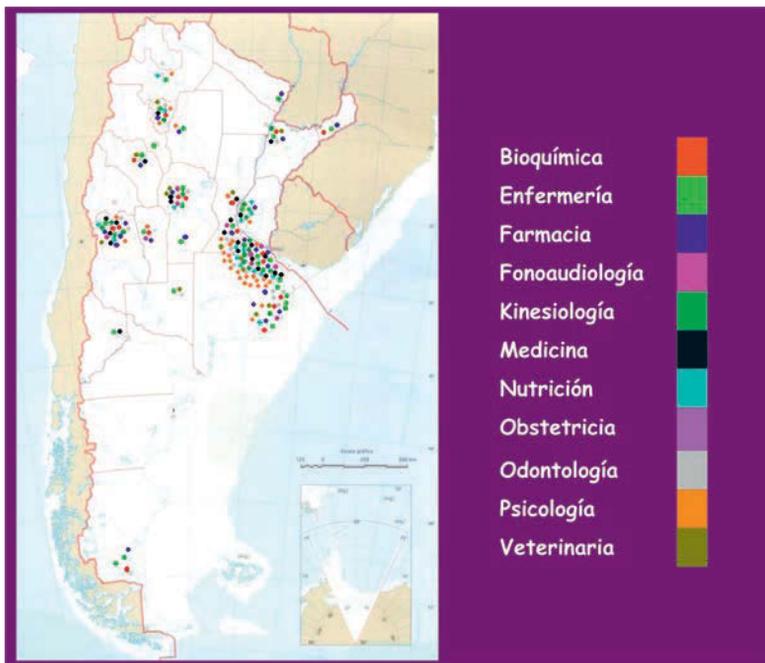
Fuente. Elaboración propia con datos del Censo Nacional de Población 2001. INDEC.

Distribución de profesionales por categorías para jurisdicciones seleccionadas. 2001.

Jurisdicción	Bioquímica	Enfermería	Farmacía	Fonoaudiología	Kinesiología	Medicina	Nutrición	Obstetricia	Odontología	Psicología	Veterinaria	TOTAL
Buenos Aires	24,1	25,2	28,4	30,4	21,1	30,5	26,8	48,0	32,2	29,9	42,7	30,3
Ciudad Bs.As.	16,1	13,1	16,0	26,0	18,5	25,4	24,5	24,3	20,4	41,7	11,9	24,5
Córdoba	15,9	14,7	15,6	11,2	28,0	11,2	20,9	3,8	10,8	8,1	9,7	12,1
Santa Fe	12,6	8,5	11,1	11,7	5,3	7,8	3,1	4,1	8,7	6,9	10,7	8,4
Subtotal	68,7	61,5	71,1	79,3	72,8	74,9	75,2	80,2	72,1	86,7	74,9	75,2
Total del país	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente:Elaboración propia con datos del Censo Nacional de Población 2001. INDEC

Instituciones de Enseñanza Universitaria en Salud - 2004



Fuente:Elaboración propia con datos del Ministerio de Educación.

En relación a la distribución de los profesionales lo que notamos es una distorsión y una concentración de profesionales muy fuerte en torno de los grandes centros urbanos.

Como se puede observar en el cuadro anterior, he seleccionado 4 jurisdicciones, Buenos Aires, ciudad de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe para ver la **distribución de profesionales por categoría en esas jurisdicciones**. Para casi todas las categorías profesionales esas 4 jurisdicciones concentran alrededor del 70% de los profesionales del país. Remarqué algunas cuestiones que llaman la atención y que en algún caso tienen que ver con las condiciones del mercado, con las características de la población, como es la categoría Psicología en donde el 86,7 % de los psicólogos se concentran en esas 4 jurisdicciones supongo que en el caso de Santa Fe el mayor número debe estar en Rosario por las distorsiones que generan los centros urbanos. En cuanto a Kinesiología, el 28% de estos profesionales se concentran en Córdoba, ni aún los kinesiólogos tienen una explicación para este fenómeno. Pero en el caso de Obstetricia, en donde el 48% está en Buenos Aires tiene que ver con una política clara, ya que los programas desplegados por esta provincia han incluido a estos profesionales en el equipo de salud con lo cual se ha constituido esta categoría en un nicho laboral y ha producido una interesante relocalización.

En el diagrama anterior, intenté localizar las 194 **Instituciones de Enseñanza Universitaria en Salud** que en el momento que hicimos este relevamiento, brindaban información sobre estas once categorías. Son datos del año 2004. Como Uds. pueden darse cuenta esa concentración tiene que ver con la distribución después de los profesionales. Obviamente, los centros de formación se localizan en las grandes ciudades donde existen las mayores oportunidades de formación posterior, de inserción laboral, donde se concentran la población con mayor capacidad de gasto, y esto determina luego, la radicación de los profesionales en estos lugares.

Les voy a mostrar la última información disponible del Ministerio de Educación sobre la **evolución de los egresados de Universidades Nacionales según las carreras en el período 1998-2010**. Esto es parte de una serie de indagaciones que venimos haciendo desde 1998 con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, la última que realizamos con iguales características fue en el año 2004. Ahora, simplemente busqué esta actualización para compartirla con ustedes. Del total de las 11 categorías profesionales seleccionadas, en el año 2010 egresaron de la Universidades Nacionales Públicas y Privadas 22.657 profesionales de los cuales aproximadamente el 25% eran médicos y apenas 626 farmacéuticos. Pero lo interesante es que el número de egresados de la carrera de Farmacia es uno de los que disminuye junto con Bioquímica, en ese período.

Evolución de los egresados por tipo de Universidad, carreras seleccionadas. 1998-2010.

CARRERA	1998			2010		
	Públicas	Privadas	Total	Públicas	Privadas	Total
Bioquímica	627	45	672	550	56	506
Enfermería*	553	0	553	3.240	1.459	4.699
Farmacia	566	201	767	500	126	626
Fonoaudiología	118	65	183	509	68	577
Kinesiología	393	41	434	941	361	1.302
Medicina	4.344	219	4.563	4.491	925	5.416
Nutrición	218	6	224	559	781	1.340
Obstetricia	110	0	110	246	20	266
Odontología	1.217	56	1.273	1.296	177	1.473
Psicología	1.333	652	1.985	3.436	1.707	5.143
Veterinaria	692	24	716	999	132	1.131
TOTAL	10.171	1.309	11.480	16.767	5.812	22.579

*Corresponde a los egresados de las carreras de Grado

Fuente: Elaboración propia con base en datos del PMSIU, SES, Ministerio de Educación. 2005.

Los datos que estaban en el cuadro anterior los convertí en variación porcentual o en tasas de crecimiento, y agrupé las categorías en relación a la tasa de crecimiento.

Egresados 1998-2010 (en %)	
• Aumentan fuertemente	
Enfermería	749.7
Nutrición	498.2
Fonoaudiología	215.3
Kinesiología	200.0
Psicología	159.0
Obstetricia	141.8
• Aumentan	
Odontología	15.7
Medicina	18.7
Veterinaria	58.0
• Disminuyen	
Bioquímica	24.7
Farmacia	18.4

Se puede observar que Enfermería registra un incremento del 749,7% y esto tiene que ver con una serie de iniciativas y esfuerzos que se están haciendo. Nutrición y Fonoaudiología son dos profesiones que han venido ganando un espacio interesantísimo en el equipo de salud, Kinesiología y Psicología mantiene un nivel y en cuanto a Obstetricia, esos números tienen que ver con la inclusión en los programas. Odontología, Medicina y Veterinaria aumentan su participación o su número de egresados pero en un nivel casi vegetativo y Bioquímica y Farmacia tienen un marcado decrecimiento.

Yo creo que esto tiene que ver, y ustedes seguramente lo van a debatir en estos días, con el cambio en las prácticas profesionales y en el tipo de interés que despierta el ejercicio de

la profesión. Existen otras oportunidades en las prácticas tradicionales se han modificado y esto le quita atractivo a esas inserciones.

En definitiva y ya cerrando el tema, lo que quiero plantear aquí es esta reflexión en torno de aquellos nudos críticos que los datos nos permiten visualizar y que tienen que ver con la falta de un **ámbito intersectorial de formulación de políticas en el que se puedan acordar una serie de cuestiones** que desde mi perspectiva son esenciales para la dinámica del sector. Esas cuestiones serían:

- Dotación y estructura de la fuerza laboral.
- Formación de grado y posgrado de los profesionales en Ciencias de la Salud.
- Proceso de trabajo y calidad de servicios.
- Programas de Educación Permanente.
- Sistemas de información.
- Líneas de investigación.

Finalmente, lo que sugiero, propongo, y, además, por lo cual milito es que **el Estado debe liderar una amplia convocatoria al conjunto de actores involucrados para acordar mecanismos de regulación democrática del campo fortaleciendo su rol de:**

- Promotor de reformas y adecuaciones,
- proveedor de información confiable para sustentar la toma de decisiones y,
- fundamentalmente, de garante del interés común, en este caso, el derecho a la salud de los ciudadanos.

Muchas gracias.

Recursos Humanos para la Salud: un bien socialmente valioso

Lic. Hugo Mercer

Buenos días, muchas gracias por la invitación. Voy a comenzar a comentarles y presentarles algo respecto a recursos humanos para la salud. El mensaje central que querría transmitir es que los recursos humanos para la salud son un bien socialmente valioso.

Se tardó muchos años en reconocer que los recursos humanos importan a la sociedad. La Organización Mundial de la Salud comenzó en el año 1995 a publicar informes mundiales de la salud como una forma de tomar un tema, politizarlo y convertirlo de interés de la agenda global. El asunto no era convencer a los Ministros de Salud o al personal de salud que algunas cuestiones eran importantes, sino convencer a los Ministros de Economía, Presidentes, al G8, al G20 de que hay algunas cuestiones del ámbito de la salud que importan a la sociedad en su conjunto. Lo importante era comenzar a dialogar con las personas que toman las decisiones a escala global.

En el año 2006, el tema de Recursos Humanos fue un tema central de un informe mundial de la salud. En el 2008 estuvo dedicado a Atención Primaria de la Salud como una manera de revitalizarla; esto es 30 años después de que había sido inaugurada o convocada como política internacional en Alma-Ata. El último informe está dedicado a cobertura internacional de la sa-

lud. Hay una secuencia en esos informes, inclusive una secuencia ideológica en el sentido de poner por delante los valores antes que las decisiones técnicas. Porque el hecho de brindar salud y fortalecer sistemas sanitarios con un rol central del Estado hacen a políticas de justicia social y de equidad.

En especial el último informe de cobertura universal para la salud explica porqué es un bien público y socialmente necesario, recuperar esa responsabilidad del Estado que había sido menuada en las décadas previas.

Si Uds. ven algunos datos del informe del 2006, lo que ahí se muestra es que en el mundo se contaban con 60 millones de trabajadores dentro del sector salud. Es un dato estimativo ya que, como dijo la Lic. Abramzón, es muy difícil saber cuántos son y dónde están los trabajadores de la salud.

Esa fuerza de trabajo se compone de unos 40 millones que dan atención directa a las personas y unos 20 millones que funcionan como servicio técnico o de apoyo. En el cuadro aparecen cuestiones que me interesan destacar, una de ellas es que está

Composición de la fuerza de trabajo en salud, 2006

WHO region	Total health workforce		Health service providers		Health management and support workers	
	Number	Density (per 1000 population)	Number	Percentage of total health workforce	Number	Percentage of total health workforce
Africa	1 640 000	2.3	1 360 000	83	280 000	17
Eastern Mediterranean	2 100 000	4.0	1 580 000	75	520 000	25
South-East Asia	7 040 000	4.3	4 730 000	67	2 300 000	33
Western Pacific	10 070 000	5.8	7 810 000	78	2 260 000	23
Europe	16 630 000	18.9	11 540 000	69	5 090 000	31
Americas	21 740 000	24.8	12 460 000	57	9 280 000	43
World	59 220 000	9.3	39 470 000	67	19 760 000	33

Note: All data for latest available year. For countries where data on the number of health management and support workers were not available, estimates have been made based on regional averages for countries with complete data.

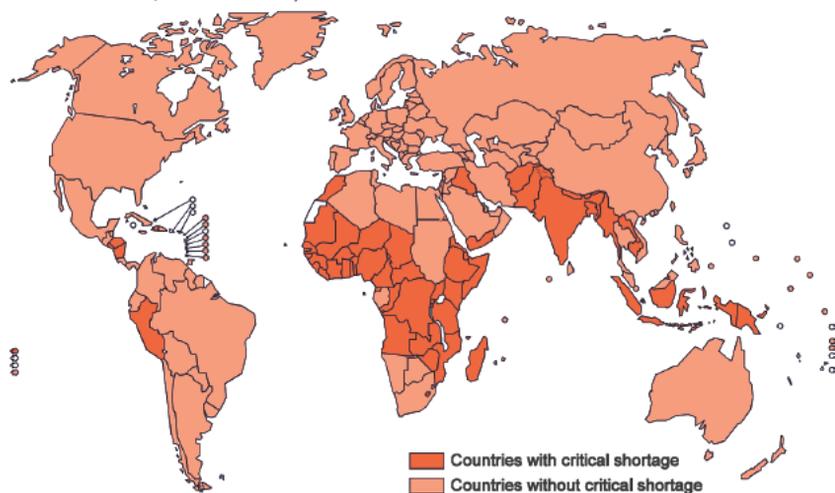
Data source: (3).

Source: WHO (2006). The World Health Report 2006 – Working Together for Health. Geneva, World Health Organization

en términos de regiones de la OMS y éstas son 6 regiones. Uds. pueden observar que la densidad por mil habitantes en África es de 2.3 trabajadores de salud, los trabajadores que ahí se contabilizan son médicos, obstetras y enfermeras. Existen otras regiones del mundo como las Américas que tienen 24.8 cada mil habitantes. No hay una medición de tantos médicos por mil habitantes, ese indicador es de densidad de trabajadores, porque en muchos lugares si se midiera solamente médicos, daría una carencia tan marcada que lo convierte en un indicador irrelevante. Ese indicador de densidad es el mínimo necesario para cumplir con alguna de las metas de desarrollo del milenio.

Las regiones que tienen marcada carencia de trabajadores de la salud, como pueden observar en el mapa, son la que están pintadas con un color más intenso. Entre ellas se encuentran los países de África subsahariana, algunos del Sudeste Asiático y pocos países de América Latina, Nicaragua, Honduras, El Salvador, Perú, Haití. Estos son países que están con una densidad de trabajadores de salud por debajo de la necesaria para cumplir con las metas de desarrollo del milenio.

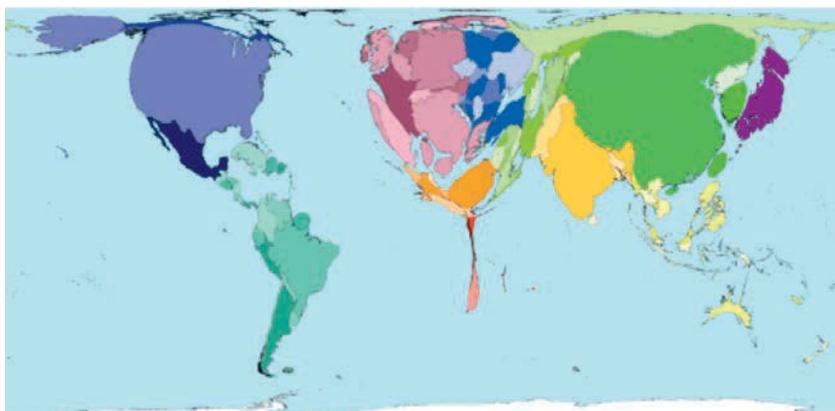
Países con carencia crítica de trabajadores de salud (médicos, enfermeras, obstétricas)



Data source: World Health Organization, *Global Atlas of the Health Workforce* (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>).

Como les decía el indicador de médicos no es muy relevante. Como pueden observar, el mapa siguiente está construido no por la extensión territorial sino por la distribución de algún recurso, en este caso de médicos. Si medimos África por la cantidad de médicos que tiene, prácticamente hay una desaparición del continente. Mientras que otras regiones del mundo conservan su proporción o aparecen infladas.

Distribución de médicos en el mundo



doi:10.1371/journal.pmed.0040001.g003

Figure 3. Physicians Working: Worldmapper Poster 219

Source of data used to create map: World Health Organization, 2004, Human Resources for Health, Basic data.

En el cuadro siguiente, se puede observar que la **distribución de esa densidad de la fuerza de trabajo no guarda relación con la carga nacional de enfermedad**. El Sudeste Asiático y África que tienen las cargas nacionales de enfermedad más altas del mundo son aquellos que tienen una densidad de trabajadores de salud, de una fuerza de trabajo, mucho más reducida y más desproporcionada en relación a sus necesidades. Es importante el concepto de carga nacional de enfermedad porque mide el patrón, el perfil epidemiológico de la población que es lo que hace perder años de vida saludable a la gente.

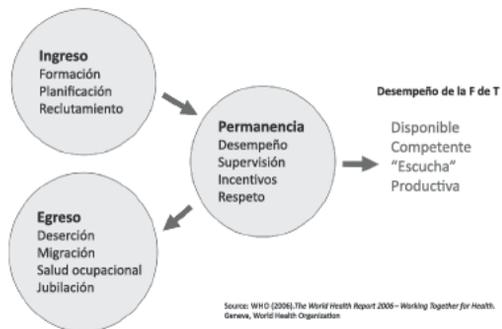
Cuando en el 2006 se comenzó a tratar como cuestión importante el tema de recursos humanos para la salud, para

HCW density and global burden of disease



incluirlo en la agenda política también, se agregó el concepto de **fuerza de trabajo**. Esto implicaba pasar de una visión de los trabajadores de salud en términos, no solo de formación y distribución de médicos, a la de **fuerza de trabajo de salud** que es un concepto mucho más amplio que analiza la estructura laboral necesaria para cumplir con la prestación de un servicio que había crecido en complejidad, en volumen de gasto y con una importancia social para el conjunto de los países. Entonces, cuando se habla de **fuerza de trabajo** se impone incluir en la visión su **ciclo vital**, su dinámica que

Ciclo vital de la fuerza de trabajo en Salud



implica no solamente cómo se forma el personal y dónde se lo inserta laboralmente sino cómo ingresa al mercado de trabajo, a las ocupaciones, cómo se hace para que permanezca y retenerlo en adecuadas condiciones. Además se debe analizar su desem-

peño, los controles, los incentivos y el respeto que necesita. Así como las condiciones del egreso, ya sea por deserción, migración, problemas de salud ocupacional o por jubilación, de manera de contar con una fuerza laboral disponible, competente y con capacidad de escucha.

La capacidad de escucha no es un dato menor porque no estamos hablando solamente de un modelo prestador y el personal que requiere, sino que éste tenga una capacidad de respuesta no sólo a las necesidades curativas de la población sino anticipatoria. En general, los sistemas de salud están volcados a dar respuesta a la demanda de atención curativa cuando lo que haría falta es reorientar a intervenciones anticipatorias.

Al realizar un análisis de ese ciclo vital de las fuerzas de trabajo se encontraron algunos problemas que no son menores. Uno de ellos, el problema de la **migración de los recursos humanos** de los países más pobres. A los que más les cuesta producir recursos humanos, son también países productores de recursos humanos que migran, por ejemplo formar un Farmacéutico en Kenia o en Honduras es de un costo enorme, pero estos egresados suelen migrar.

Otros datos anecdóticos pero demostrativos, Malawi es un pequeño país de África subsahariana, hay más médicos de Malawi trabajando en la ciudad de Manchester, Inglaterra, que todos los médicos de Malawi y hay mayor cantidad de médicos de Haití en Canadá que en todo Haití, así como hay más médicos de Honduras y El Salvador trabajando en Estados Unidos que en Honduras y El Salvador. Estados Unidos importa por año aproximadamente 10.000 médicos para cubrir plazas de formación de residentes. Entonces, hay un problema de atracción de los países desarrollados sobre los países menos desarrollados. En algunos casos es debido a una política de estado como en Filipinas que exporta enfermeras y personal de salud, en otros, a que existen mercados más atractivos, condiciones y niveles de remuneración más altos.

Para el informe del 2006 hicimos un **relevamiento de las Instituciones formadoras**, en el cuadro siguiente en la última columna, en Farmacia identificamos 914, de las cuales solo 57 estaban en África y en las Américas estaban la mayoría, 272 Escuelas de Farmacia.

**Instituciones formadoras de personal de salud,
por región de la OMS, 2006**

WHO region	Medical	Nursing and midwifery	Dental	Public health	Pharmacy
Africa	66	288	34	50	57
Americas	441	947	252	112	272
South-East Asia	295	1145	133	12	118
Europe	412	1338	247	81	219
Eastern Mediterranean	137	225	35	8	46
Western Pacific	340	1549	72	112	202
Total	1691	5492	773	375	914

Source: Mercer H, Dal Poz MR. *Global health professional training capacity* (background paper for *The world health report 2006*; <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

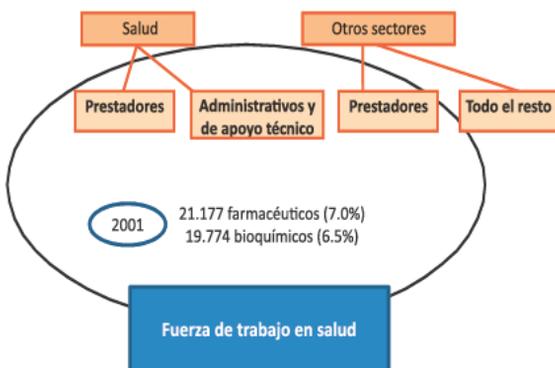
Buscando información sobre la **fuerza de trabajo de Farmacia en el mundo**, encontré una revisión sistemática de la literatura (Hawthorne N & c. Anderson, Human Resources for Health, 2009, 7:48) en donde se destaca que existe:

- Predominancia femenina en la composición de la FdT.
- Concentración entre 30 y 45 años, mayoría masculina después de los 50 años.
- Crecimiento de Facultades después de 1970.
- Tendencias: fuerte concentración urbana y en el sector privado, migración internacional, desplazamiento entre sectores.
- Residencia cerca de centros de formación
- Aparición de técnicos en farmacia, acreditación.

- Satisfacción en el trabajo: vinculada a remuneración, ambiente de trabajo y flexibilidad horaria.
- Demanda: trabajo femenino, creciente responsabilidad clínica, prescripciones, cobertura.

Me interesa destacar lo de **creciente responsabilidad clínica** que se vincula con el mensaje que querría transmitir después. **Conforme cambia el perfil epidemiológico en los países, y Argentina lo está experimentando, los problemas de las enfermedades crónicas aumentan y su tratamiento también. En muchos países los Farmacéuticos comienzan a desempeñar un rol, no solamente de suministradores de medicamentos, sino de nexos con el sistema de salud para asegurar la continuidad de los tratamientos mediante el diálogo, la educación y la anticipación. Ese rol se ha acrecentado en varios países, hay incentivos para que así sea, no es aún una política en nuestro país y señalo esto como un elemento que tendría que cambiar.**

Los trabajadores de la salud se desempeñan en todos los sectores. Esta gráfica representa la manera como en el 2006 se definió la fuerza de trabajo, entran en ella trabajadores que son prestadores directos en los servicios de salud o personal que hace trabajo administrativo o de apoyo o prestadores de servicios curativos, de asistencia en otros sectores que no son el sector salud. Por ejemplo, hay médicos y enfermeras trabajando en la industria en general, en el transporte. Todos aquellos que hagan atención a las personas a través de servicios personales o no personales o apoyo administrativo es lo que entra en la contabilidad de esos 60 millones de trabajadores de salud de la fuerza de trabajo.



Como señaló la Lic. Abramzón, en el año 2001, había 21.177 Farmacéuticos y 19.774 Bioquímicos como parte de la fuerza de trabajo en salud. Pero lo interesante, es que existen 120.000 trabajadores vinculados a las Farmacias, Droguerías y Distribuidoras que se identifican para la Argentina, y que no entrarían para esta contabilidad de la fuerza de trabajo en el sector salud, sí en la contabilidad del sector farmacéutico en la economía Argentina. Eso es un recurso desaprovechado en término del sector salud, no aparece como un elemento con responsabilidad clínica o incorporado a acciones de salud. Esto que estoy señalando, son datos de un trabajo y de publicaciones del observatorio de recursos humanos.

Fuerza de trabajo en sectores farmacéutico y de salud. Argentina

- Producción de medicamentos (2007): 30.000 empleos registrados (que representa un 36% del sector químico)
- En farmacias, droguerías y distribuidoras: 120.000 empleos registrados
- 12.000 farmacias en el país, 150 droguerías y pocas distribuidoras
- En 2001, 21.177 farmacéuticos y 19.774 bioquímicos como parte de la fuerza de trabajo en salud

Fuente: N. Bonfiglio y M Ginsberg, 2010, Sector farmacéutico en Argentina, REDES/CEFIR - <http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php/fuerza-de-trabajo/fuerza-de-trabajo/74-indicadores-de-rhus>

En el informe del 2006, aparece también, la idea de que así como hay un ciclo de la fuerza de trabajo también hay un **ciclo en la formación del recurso humano**. No basta solamente con alumnos que ingresan a la facultad, con docentes y con facultades que den esa formación, sino que tienen que construirse todo

un edificio, una institucionalidad, un mecanismo de reclutamiento de los alumnos, familias que los apoyen para sus estudios, instituciones que acrediten los programas, ministerios que se preocupen. Es decir, tiene que haber una continuidad, una especie de oleoducto, que a lo largo de su trayectoria no permita que se pierda el esfuerzo que cada sociedad destina a producir recursos humanos para que entren en la fuerza de trabajo en salud. Argentina tiene ese oleoducto construido, tardó más de 100 años en hacerlo, hay muchos países que no tienen esa secuencia institucional, no tiene esa estructura de profesores, de maestros de primaria, de secundaria que producen los recursos necesariamente capacitados para ingresar a la Universidad. Construir ese aparato se tarda décadas y décadas, destruirlo es más fácil pero el problema es que no estamos protegiendo o dándole el valor social a ese oleoducto, en el sentido de convertirlo en un instrumento importante, para que la fuerza de trabajo este más articulada a las necesidades de salud de la población.

El mensaje que querría transmitir es que para la **producción de trabajadores en salud** hace falta:

- Soporte familiar y social para decidir trabajar en el sector Salud
- Estructura educacional disponible con:
 - Regulación (registro, certificación, acreditación, evaluación de la calidad)
 - Docentes competentes y en cantidad adecuada
 - Infraestructura educativa
 - Capacidad de retención
 - Equidad en ingreso y retención
- Reclutamiento para el mercado de trabajo
- Formación en servicio
- Migración de profesionales

Además, todas las intervenciones tendrían que tener una articulación porque no basta con una intervención puntual sino que es un abanico muy complejo de intervenciones para que esa fuerza de trabajo esté en condiciones de responder a la salud de la población y no a necesidades o mandatos corporativos, ni tampoco a mensajes del mercado. Habría que colocar el foco en términos de la salud de población y en un Estado que esté en capacidad de reorientar en función de esa prioridad.

Finalmente lo que querría señalar es que el **sector salud** padece un **grave problema como institución social** y es la **creciente pérdida de confianza**. Éste no es solamente un problema en la Argentina. Paralelo al mercado oficial de la salud se crea un mercado de medicinas o de terapias o de orientaciones alternativas que ha crecido en volumen económico y ya es un mercado muy importante. Si uno recorre las Farmacias o la propaganda sobre los medicamentos no solo en la Argentina sino en muchos países, las fronteras entre esos dos universos son difíciles de distinguir.

Es necesario recuperar la confianza en los medicamentos y en los trabajadores del sector salud porque el sistema de salud es una institución social construida gracias a ese cemento que le permitió edificarse en los últimos 100 o 150 años y que fue la confianza. Esa confianza deteriorada por influjo del mercado tendría que ser recuperada en función de políticas públicas con interés social, no interés mercantil o intereses corporativos.

Finalmente, creo que en la Argentina estamos en una condición muy privilegiada, aunque el debate todavía está más avanzado en el ámbito legislativo que en los ámbitos profesionales, pero en concreto **el tema de los recursos humanos está en condiciones de incorporarse en la agenda de nuestro país**. Por ello celebro que tengamos hoy la oportunidad de discutirlo en estas Jornadas. Gracias.

Dr. Miguel Ángel Capiello

Bueno muchas gracias, voy a comenzar diciendo que:

Si una organización vale lo que vale su recurso humano y todo lo demás (instalaciones, equipos, tecnología, etc.) es subsidiario, los RRHH son un punto estratégico en las Políticas de Salud...

Como también lo mencionaron los otros disertantes, somos un punto estratégico en la política de salud y acá debería terminar mi conferencia porque no habría mucho más para añadir pero a continuación le agregué signos de pregunta. Esos signos de pregunta están muy relacionados con lo que se dijo, que los **recursos humanos** para la economía clásica eran un **factor productivo** más como el capital, los recursos naturales y la tecnología.

Este recurso humano es un factor productivo "extraño" ya que gana valor con el uso, Uds. escucharon que la edad de la mayoría de ellos es de 50 años. Además, es el único factor productivo que es consciente del proceso de trabajo, que disputa el control del proceso de trabajo y capaz de crear el proceso productivo en sí mismo. Esto es lo que hacemos todos los días los trabajadores de la salud.

Qué Recursos Humanos para qué política de salud

En el año 2007, decía en mi ponencia que necesitábamos un Sistema de Salud universal, equitativo, participativo, innovador, eficiente y social. Cuando hablamos de social debemos ana-

lizar los cambios que ha sufrido la salud en dicho aspecto. En la década del 90, la Argentina fue bastante prolífica en cambios pero que no ayudaron a garantizar la accesibilidad al Sistema de Salud que estaba imperante y que hoy va llevando a los seguros de salud.

También, debíamos pensar en Recursos Humanos comprometidos, creativos, flexibles, abiertos, innovadores, proactivos, motivados, responsables, técnica y científicamente formados.

Acá hago una aclaración, que la digo cada vez que puedo y cada vez que no puedo también y es que deben ser bien remunerados. Como lo mencionaba anteriormente el Lic. Mercer, no tenemos que hablar de recursos humanos entre los médicos y los Ministros de Salud, hay que hablarlo con el Ministro de Economía que es el que pone más trabas en relación a la cantidad de personal.

También en esta Provincia, hay que discutirlo con la legislatura que no vota la ley de creación de recursos humanos para salud ya que ha habido un gran crecimiento.

Recursos Humanos y reformas institucionales

Debemos tener un recurso humano que entienda que necesitamos avanzar en concretar el derecho de salud de la población. **La noción de que las personas son "naturalmente" resistentes al cambio carece de sustento.**

Cuando hace unos años, entre el 2005-2007, estábamos empezando la transformación del traslado del Hospital de Emergencia Clemente Álvarez, obra emblemática de una gestión de gobierno, y de la Maternidad Martín, discutíamos con los trabajadores el traspaso a esas nuevas instituciones. Todos planteaban su resistencia, cómo voy a dejar mi lugar, dónde voy a estar, hasta donde voy a estacionar el auto. Lo mismo está ocurriendo con otros hospitales que se están construyendo. Esto no ocurrió

en estrategias de la Atención Primaria de la Salud, por lo menos en los 58 Centros de Atención Primaria de la Salud que hemos inaugurado y que están funcionando.

El ser humano ha demostrado a través de la historia su capacidad de aprender durante toda la vida y adecuarse a circunstancias extremadamente críticas y complejas. Sin embargo, la frase que menciona que las personas son resistentes al cambio, puede hacer referencia a un comportamiento organizacional aprendido para expresar distintas formas de oposición a cambios que no se comprenden o cuyo sentido no se comparte.

Nos quedan desafíos

Necesitamos poder reflejar en el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud lo que realmente la sociedad necesita. Hoy estamos en una Jornada de Medicamentos y, en realidad, tenemos muy pocos Farmacéuticos como recurso humano. En los grandes hospitales no hemos podido lograr atención de la Farmacia durante las 24 hs. y esto tiene mucho que ver con el Ministro de Economía. Pero sí hemos podido incorporar cada vez más al Farmacéutico al equipo de salud. Las leyes dicen que los directores de hospitales deben ser médicos, en esta Provincia no sólo existen directores médicos sino trabajadoras sociales, enfermeras, psicólogas, odontólogas y también, una farmacéutica que es directora en el Hospital de Coronda.

También, en la gestión de toda la estructura de la organización es importante incorporar en el pensar de cada trabajador, que su **función** es **de servicio a la comunidad**, y que se lo convoca a brindar lo mejor de sí para los ciudadanos, cada vez más exigentes.

Debemos agendar **en la currícula** de cada trabajador de la salud, **competencias que tienen que ver con lo actitudinal, con lo conductual**, que se priorice el trabajo en equipo, el trabajo en terreno, y potencie el accionar matricial sobre equipos

de trabajo territoriales de los especialistas y los soportes tecnológicos en los centros de alta complejidad.

Hay que pensar en **dispositivos sanitarios acorde a las necesidades de la población**, hospital de día, internación domiciliaria, atención en acto único, etc.

Como mencionó el Lic. Mercer, el aprendizaje en el trabajo sistematizado a través de dispositivos de **Educación Permanente** se basa en experiencias de aprendizaje conjuntas centradas en las necesidades y expectativas de los usuarios, analizando problemas del trabajo, en escenarios reales y orientados a la mejora sistemática de la calidad. La Educación permanente no es temática sino problemática y los problemas son por su esencia interdisciplinarios.

Guattarí, un sociólogo francés, extiende la noción de **interdisciplina a todo encuentro de saberes para enfrentar problemas concretos en una realidad dada**. Así intersectorialidad, interdisciplina, participación social, son todas formas de la interculturalidad.

Es crucial una **comprensión más amplia del rol de quienes trabajamos en las organizaciones** ya que como fuerza laboral constituimos al menos:

- La memoria
- La cultura
- La estructura
- La estabilidad
- El potencial de cambio
- La innovación

Como mencionaba la Lic. Abramzón, no hay información sobre Recursos Humanos en Salud, y tiene absoluta razón. La información que quiere generar el COFESA es imposible lograrla en toda su magnitud, se dice que faltan 80 mil enfermeros en

todo el país. Hemos abierto una Carrera de formación de enfermeros y se reciben 400 al año y no alcanza. El problema es que cuando formamos profesionales de la rama que sea, muchos se van al exterior porque es más barato formarlos acá que en Estados Unidos.

Entonces, cuando hablamos de formar profesionales para el equipo de salud, hay que pensar en un equipo de salud que vaya más allá de la presunta práctica médica, que entienda que este es un trabajo interdisciplinario que está sujeto a la participación de la comunidad y que es una forma compleja de resolver problemas complejos como lo es la salud.

Por eso hemos llegado a afirmar que los **recursos humanos** no estamos en las organizaciones, no somos una pieza dentro de ellas. En buena medida somos **las organizaciones, las constituimos, les damos vida** y somos nosotros quienes podemos hacerlas avanzar y quienes podemos hacerlas converger en un gran esfuerzo colectivo junto con la población y sus organizaciones para el efectivo ejercicio del derecho a la salud.

Nuestro emblema Nacional cumplió 200 años. La bandera fue enarbolada por primera vez por el General Manuel Belgrano el 27 de febrero de 1812, en las barrancas del río Paraná, en Rosario, Provincia de Santa Fe. Este 20 de Junio, fecha en que se celebra el Día de la Bandera, en conmemoración al fallecimiento de su creador, desfiló por última vez por las calles de Rosario "Alta en el



cielo" la bandera más larga y más grande del mundo. Esta bandera fue construida con retazos de telas de rosarinos, santafesinos, argentinos, y de muchos argentinos que están viviendo en el mundo, y llegó a medir más de 30 kilómetros. "Alta en el cielo" no desfila más, pero quedará un pedazo en cada una de las provincias argentinas, para que sea un recuerdo de lo que hace tantos años se pudo hacer para unir a los ciudadanos.

La Provincia de Santa Fe es muy grande, cinco regiones una sola provincia. Santa Fe, la mía, la nuestra, bienvenidos a todos.

Preguntas y Comentarios

Audiencia: *Si yo fuera Ministro de Economía o Secretario de Hacienda, una de las cosas que preguntaría después de haber escuchado las presentaciones, porque se habló de lo cuantitativo, es que opinión tienen ustedes sobre la evaluación del desempeño de ese recurso humano puesto en la gestión. Porque normalmente se solicitan más recursos humanos pero uno quiere saber cómo se desempeña, cómo es evaluado ese recurso humano. Lo que se observa desde la política pública es que hay cuestiones sobre las cuales podríamos tener información y que es el Área de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud. Muchas veces esas áreas son simples pagadoras de sueldos cuando en realidad tienen un rol importantísimo porque deben gestionar el 80% del dinero de los presupuestos, entonces, esa es un área clave del Sistema de Salud. Quisiera que realicen alguna reflexión sobre este tema.*

Lic. Mónica Abramzón: Creo que Ud. pone el eje sobre una de las cuestiones claves en la discusión de Recursos Humanos y es desde qué perspectivas los estamos considerando. En realidad, como bien dice, lo que prima es una visión de tipo administrativa en la mayoría de los gobiernos. Por eso, como dijo anteriormente el Ministro, esa visión tiene los problemas que tiene, porque para el Ministro de Economía, Recursos Humanos es una cuenta de registro de personal, altas y bajas, inasistencias, licencias por enfermedad y fallecimiento de familiar.

No existe una visión de gestión de recursos humanos como un componente de un proceso de producción de un acto de salud, en el cual la perspectiva debe incluir la evaluación de las características de esa práctica. Es probable que el 90% de los problemas que se cuestionan, no se resuelvan con más personal. Por eso, planteo la necesidad de la discusión de los procesos de trabajo, por ejemplo. Es decir, cuál es la prestación que requiero y en función de eso, cuál es el perfil de trabajador de salud que necesito.

Existe otro punto crítico y es cómo se formulan las políticas. Al respecto creo que Santa Fe tiene características particulares y lo decimos porque venimos acompañando desde hace muchos años la orientación de esta gestión que tiene una perspectiva diferente a la mayoría. Pero, en general, las políticas se formulan unilateralmente, es decir, no hay convocatoria a actores, ni inclusión de otras perspectivas que orienten una gestión al servicio de las necesidades sociales. Estoy convencida que así se termina respondiendo a intereses sectoriales o a la necesidad de evitar algún conflicto en determinadas áreas de gestión. Lo que creo es que hay que librar una batalla muy fuerte por cambiar la perspectiva de recursos humanos, en la lógica que planteaba recién el Ministro, o sea, como componente estratégico de un proceso de producción de salud.

Audiencia: *Con respecto a la información, ¿qué ocurrió o qué no funcionó con el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA)? Porque se supone que eso estaba en marcha y que todos los Colegios aportaban datos a los Ministerios y estos al SISA. ¿Esa información no está disponible, por qué manejamos datos fuera del Ministerio de Salud?*

Dr. Miguel Ángel Cappiello: El SISA serviría para brindar información sobre todas las profesiones y todos los profesionales, pero lamentablemente Ud. ha visto que no hay datos. Si accede a la página web del Ministerio de Salud de la Nación los

datos más actuales corresponden a los años 2006-2007. Obviamente, Santa Fe cumplió pero no todos lo hicieron. Esto también es responsabilidad política de todos.

El Dr. Carlyle Guerra de Macedo, quien fue director en la OPS, mencionaba que como en todo orden de la vida para tomar la mejor decisión hay que tener la mejor información. Nosotros necesitamos tener la mejor información, pero actualmente tomamos las que nos proveen. Esta es una cuestión que hay que transformar pero va a llevar tiempo cambiar una cultura de lo que era simplemente clientelar. No hay una política de recursos humanos en el gobierno de la Provincia de Santa Fe ni a nivel general. Tenemos que llevarla a cabo, especialmente en el área de salud, pero estamos avanzando y no solo ha quedado en el discurso después de 4 años y 9 meses de gestión.

Audiencia: *La preocupación es que, en general, se ha desarrollado la idea del recurso humano en función de las profesiones que hoy existen y que se desarrollan particularmente en nuestro país. La pregunta es, estas profesiones ¿hasta qué punto se consideran adecuadas para dar respuesta a las necesidades de salud que tiene la población y de qué manera podemos hablar de la formación de profesionales?*

Lic. Hugo Mercer: En general hay cambios en muchos países, lo que implica pasar del modelo de las profesiones existentes y los intereses creados en torno a las mismas al modelo prestador en un sistema de salud. Fundamentalmente, es cambiar de prestaciones individuales al funcionamiento de equipos de salud. Varios países están trabajando con modelos de atención primaria centrados en equipos de salud familiar e incentivos a la gestión si se produce un trabajo intersectorial y en equipo. Eso está generando cambios por ejemplo en la estructura formadora, en la composición del equipo, entre otros.

Si tratamos que el sistema de salud sea menos curativo y más orientado a la promoción de la salud, esto implicaría un mayor número de intervenciones anticipatorias en estado de salud de la población. Por ejemplo, diagnóstico precoz, monitoreo de pacientes en tratamientos prolongados a través de diferentes recursos, lo que conlleva al surgimiento de nuevos perfiles profesionales.

Si el sector salud quiere adecuarse a los cambios en función de la salud de la población va a tener que admitir este surgimiento de nuevos perfiles profesionales, capacitarlos, acreditarlos y estructurar una formación acorde a eso.

Quisiera volver a un tema de la primer pregunta, creo que hablamos de evaluación de desempeño, pero evaluación es más amplio que medir alguna serie de indicadores puntuales que generalmente son de productos, cantidad de prestaciones y, que generalmente, emanan de una lógica que en la Argentina pesa mucho. Es decir, de la herencia de muchos años de privatización de la lógica del sector salud que es la de capitación. Entonces, evalúan el desempeño de los recursos humanos en función de capacidad de cubrir a determinada cápita poblacional o en última instancia cantidad de prestaciones que son capaces de dar por hora o por minuto en función de esa población capitada.

Esto, lamentablemente, está pesando tanto en el sector privado, en la seguridad social como, también, en el sector público. Ese pensar en término de capitas pesa inclusive en algunos programas de universalización de cobertura. Aquí hay pocos indicadores de evaluación de desempeño en función de resultados clínicos o resultados de salud, pero hay países que tienen excelentes mediciones. Estas se realizan en base al perfil de salud de la población, la disminución de situaciones de riesgo, tabaquismo, vida sedentaria, etc. Si incorporáramos esos indicadores de desempeño, sería más seria la concepción de evaluación que se está haciendo.

En el caso de los Farmacéuticos creo que podría ser una enorme oportunidad porque considero que es un recurso desperdiciado en la Argentina. Esto implicaría mirar el Sistema de Salud no solamente desde la lógica de Ministros de Salud o de Economía sino en función de cómo percibe la población a estos profesionales. Y la población los considera como un profesional accesible, con capacidad de desempeñarse con una respuesta efectiva, rápida y cercana. Creo que es en ese sentido en el cual los Farmacéuticos tendrían que reposicionarse en función de la salud de la población.

Lic. Mónica Abramzón: Los estudios de sociología de las profesiones en el año 2000 indicaban que en el 2020, solo el 20% de las profesiones tal como se las conocían en ese momento iban a seguir existiendo y que cada profesional activo iba a tener que reciclarse durante su vida profesional por lo menos 5 veces. Ésta es una alerta que las rigideces de las instituciones académicas no incorporan por lo cual se siguen formando profesionales con modelos tradicionales que no permiten la incorporación de los cambios y los procesos. Ésta es otra batalla cultural que hay que dar con los formadores.



MESA N° 2

La producción pública de medicamentos en Argentina: los primeros tramos de un largo camino

*Coordinador: Farm. Miguel Osio
Colegio de Farmacéuticos de la Prov. de La Pampa*

Buenos días, en esta mesa vamos a dar tratamiento a un tema, que como decía hoy el presidente de FEFARA cuando se inauguraban las Jornadas, no muchos quieren abordar. Pero si algo nos caracteriza es que siempre estamos dispuestos a enfrentar los desafíos y aquí estamos para desarrollar esta temática. Las exposiciones estarán a cargo de los siguientes profesionales a quienes agradecemos su participación.

La Dra. Catalina Massa es Bioquímica, Magister en Ciencias Químicas y Magister en Ingeniería en Calidad. Desde el año 1983 desempeña su actividad profesional en el Laboratorio de Hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba. Se ha desempeñado como Directora en las áreas de Control de Calidad, Aseguramiento de Calidad y Captación de Materia Prima. Actualmente es Directora Ejecutiva del mencionado Laboratorio. Es consultora de la Organización Panamericana de la Salud para el dictado de cursos de Buenas Prácticas de Laboratorio dirigido a Laboratorios Oficiales de Control de Medicamentos.

El Ing. Carlos Rodolfo Arqués es Ingeniero Químico, está cursando la maestría en Gestión Ambiental en la Facultad de Ingeniería y Recursos Hídricos de la Universidad Nacional del Litoral. Es director del Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF) de la Prov. de Santa Fe, consejero por el Claustro de Graduados en la Facultad de Ingeniería Química de la UNL, desde el 2009 hasta la fecha. Además, es Jefe de Trabajos Prácticos Ordinario de la cátedra de Proyecto Final de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Nacional de Entre Ríos desde octubre de 2001 hasta la fecha.

El Farmacéutico Pablo Alfredo Bronzi ha sido Senador Provincial entre los años 2003 y 2007. Es disertante de la Universidad Nacional de San Luis en la cátedra de Legislación Farmacéutica. Desde el 24/4/2012 hasta la fecha, ocupa el cargo de presidente de Laboratorios Puntanos.

El Dr. Jorge Zarzur, es Bioquímico y Dr. en Ciencias Químicas. Fue jefe de Planta y director Ejecutivo del Laboratorio de Hemoderivados de la UNC. Desde el año 2008 es director ejecutivo del Programa Nacional de Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos del Ministerio de Salud de la Nación.

Realizadas estas presentaciones, vamos a comenzar las disertaciones con la representante del Laboratorio de Hemoderivados de la UNC. Un Laboratorio que tiene más de 30 años de existencia y algunas características que merecen ser destacadas. Comenzó por iniciativa, entre otros, de los profesores de la Cátedra de Farmacología de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC y con una propuesta que le llevaron al Dr. Illia que en ese momento era el Presidente de la Nación.

Este emprendimiento que comenzó como un sueño hoy es una realidad, porque estamos hablando de un laboratorio que fabrica medicamentos a partir de los derivados plasmáticos y

que no solamente atiende las necesidades de la República Argentina sino que exporta a otros países como Chile, Perú, países de Centroamérica. Detalle para destacar, el aporte de dinero que hizo la Nación para la construcción del laboratorio, correspondían a los gastos reservados del Dr. Humberto Illia. Doctora Catalina Massa el auditorio la escucha atentamente. Gracias por acompañarnos.

Producción Pública de Medicamentos

Ejemplo de Laboratorio de Hemoderivados. UNC

Dra. Catalina Massa

Muchas gracias por la presentación y también le agradezco a FEFARA por honrarme con la invitación a participar de esta mesa.

La verdad es que me gustó mucho el título que le colocaron "los primeros tramos de un largo camino", porque creo que nosotros efectivamente estamos en los primeros tramos, a lo mejor hemos avanzado un poco más, pero sí estamos seguros de que es un largo camino.

El mensaje fundamental que me gustaría dejarles con mi presentación es que **un laboratorio de Producción Pública, puede funcionar bien, tener éxito, seguir avanzando y ser competitivo.**

La **producción de medicamentos**, como se sabe, se puede hacer tanto desde el ámbito público como privado.

Está bien que se puedan producir medicamentos desde ambos sectores. Pero, **¿Cuál es la diferencia entre Sector público y Sector privado?**

El **sector privado** lo hace con fines de lucro porque tiene que ser una actividad rentable para continuar siendo sustentable. En cambio, el **sector público** lo hace sin fines de lucro, pero ambos tienen que trabajar fuertemente para garantizar la calidad, seguridad y eficacia terapéutica.

Desde el sector público es imprescindible que lo interpretemos de esta manera porque ello nos hace competitivos. Es decir, debemos lograr que nuestros medicamentos tengan la calidad y la seguridad garantizada.

Por lo tanto, obligatoriamente tenemos que aplicar las Buenas Prácticas de Manufactura y Control. Además, tener instalaciones y equipamientos adecuados, trabajar bajo sistemas documentados y, por supuesto, contar con personal calificado y entrenado.

Como dije recién la actividad privada tiene un objetivo primario que es desarrollar una actividad rentable pero para ello, también, se debe plantear objetivos de calidad, eficacia y seguridad.

Es importante que se comprenda que una **actividad sin fines de lucro** no significa que tenga un rendimiento económico negativo, porque si es así vamos a ser siempre subsidiados. Además, cuando esto ocurre es difícil crecer y ser competitivo. Por el contrario debemos tener un rendimiento económico que permita recuperación de costos, mantener calidad de los productos y un adecuado desarrollo tecnológico y de investigación. Lo que implica la obligación y la responsabilidad de garantizar eficiencia en nuestra gestión de producción de medicamentos.

Podemos decir que Producción Pública de Medicamentos surge cuando el Estado decide elaborarlos para responder a las necesidades clínicas de sus propios ciudadanos y para reducir los costos en Salud Pública. Todo ello a favor de una mejor accesibilidad a los tratamientos médicos.

Entonces, **¿qué se requiere de la producción pública de medicamento?**

Una **adecuada gestión técnico-científica** que debe fijar objetivos y definir estratégicamente que porción de la producción farmacéutica debería ocuparse el Estado. También, llevar una **adecuada gestión administrativo-financiera**, o sea hacerlo con la mayor eficacia pero con el menor costo posible. El dinero del Estado no vale menos, al contrario tiene mayor valor porque es dinero de todos nosotros, entonces tenemos que hacerlo rendir de la mejor manera posible. Por último, una **adecuada gestión comercial porque** como ocurre en el caso nuestro, los productos

compiten en el ámbito nacional, provincial y municipal con todos los medicamentos que existen en el mercado.

Para poder llevar adelante todo esto se requiere una **alta motivación del personal involucrado**. Los que conocen nuestros laboratorios saben que nuestro personal es consciente de la importancia de la tarea que realiza y que de ella depende que este laboratorio exista a nivel nacional y a nivel internacional.

Actualmente nuestra principal tarea, aunque no la única, es el fraccionamiento proteico de plasma, la producción de Hemoderivados plasmáticos y ésta es nuestra posición más estratégica en el mercado Nacional y de América Latina.

Como ya se mencionó, el Laboratorio de Hemoderivados fue creado por decisión política y estratégica del ex Presidente Dr. Arturo Humberto Illia, o sea que tuvo un apoyo económico inicial del Estado Nacional.

Evolución Histórica

- **1964:** Creación del Laboratorio de Hemoderivados Dr. Arturo Illia
- **1974:** Primera producción industrial de Albúmina Sérica Humana y Gammaglobulina intramuscular.
- **1975 -1990:** Éste fue un período en el cual dudamos acerca de qué camino seguir, estábamos 100% subsidiados por la UNC, nuestro rendimiento productivo era muy bajo, seguíamos teniendo solamente dos productos en el mercado y con una mínima presencia. Disponíamos de escasa materia prima (plasma), teníamos muchos problemas con la colecta de plasma, el rendimiento económico era negativo o sea necesitábamos del subsidio del estado y no teníamos una organización institucional acorde a los objetivos planteados.
- **1990 en adelante:** A partir de los 90 empezamos a definirnos

que queríamos ser. El laboratorio se independizó de la cátedra de Farmacología y pasó a depender del Rectorado. Ahí definimos que éramos una industria farmacéutica, el rol de la misma, nuestra misión y nuestros objetivos. Tuvimos que organizarnos en lo administrativo y en lo contable, llevar a cabo estrategias de marketing y definir canales de distribución. Además, implementar programas de aseguramiento de calidad y organizar la cuestión de la colecta. Todo esto se llevó a cabo para lograr la autogestión.

La **autogestión** permite ser independiente de los subsidios estatales para mantener el adecuado funcionamiento de la Institución. Lo que lleva a un crecimiento de la misma a través de la reinversión del superávit generado por la propia gestión.

En los últimos años hemos tenido un intenso trabajo en GMP, en desarrollo de nuevos productos y procesos, diversificación de la producción, desarrollo de recursos humanos (capacitación e introducción de sistemas de premios), y acompañamiento del desarrollo técnico con organización jurídico – administrativa – contable. Además, impulsamos fuertemente la introducción de productos en el mercado nacional e internacional y el control de gestión a través de indicadores de calidad, gestión de ventas y resultados económicos.

Nuestra **situación actual** es que somos un laboratorio de producción pública de medicamentos que nos autogestionamos en un 100%, y tenemos una organización institucional con características de empresa industrial con una considerable diversificación en la producción. Además, disponemos de tres unidades productivas, una es el *Laboratorio de Hemoderivados*, la otra es una *Planta Productora de Genéricos Inyectables*, que surgió con la crisis del 2001 y donde pensamos implementar nuevos proyectos que tenemos en desarrollo. La tercera es una *Planta Procesadora Industrial de Tejidos Humanos* donde hoy estamos procesando hueso molido para uso traumatológico y odontológico, y tenemos en desarrollo válvulas cardíacas.

Nuestras tres plantas están habilitadas por ANMAT y la que procesa huesos, también por el INCUCAI.

Hoy somos una referencia regional e internacional, cumplimos con todas las normativas y distribuimos nuestros productos, principalmente, en la Argentina pero también en América Latina.

Como Uds. pueden ver, estos son los productos que hoy tenemos en el mercado:



PRODUCTOS EN EL MERCADO

Derivados de plasma humano

- Albumina Sérica Humana 20%
- Inmunoglobulina G endovenosa
- Gammaglobulina T im
- Gamma anti Rho
- Gamma antitetánica
- Factor VIII antihemofílico
- Antitrombina III

Derivados de Tejidos Humanos

- MATRIZ ÓSEA UNC en polvo, gránulos finos y gruesos, cubos, láminas, tablas y rodajas

Medicamentos Genéricos

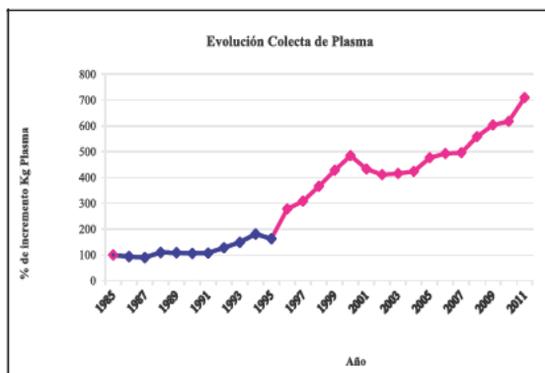
- Solución fisiológica
- Cloruro de potasio
- Cloruro de sodio
- Agua bidestilada
- Ranitidina
- Metoclopramida
- Furosemida
- Dexametasona
- Diazepam
- Difenhidramina
- Lidocaina
- Edta calcio

UNCHEMODERIVADOS

Indicadores de evolución

La mejor manera de mostrarle los indicadores de nuestra evolución es con el ingreso del plasma porque es lo que a nosotros nos permite producir más, en relación a los hemoderivados. Si observan la gráfica, desde el año 1985 hasta la fecha hemos

Ingreso de Plasma



Fuente: Dra. Catalina Massa. 2012.

incrementado la colecta de plasma en un 700%. Para lograr esto implementamos un programa, definimos un área, hoy recorremos el país en flota propia trayendo el plasma en condiciones adecuadas. Además, hicimos convenios con Chile y Uruguay.

Otro indicador que podría mostrar de que manera hemos evolucionado, es la participación en el mercado de hemoderivados en Argentina. En el siguiente cuadro se puede observar que, en relación a gammaglobulina endovenosa, en el año 1998 teníamos el 0% del mercado y en el año 2011, el 66%. En cuanto a la albúmina, estamos en el 60%. Esto muestra que nuestros productos son aceptados en la República Argentina, que son de calidad, y que si tuviéramos más, la demanda sería mayor.

Participación UNC-Hemoderivados en Mercado de Hemoderivados de Argentina

IVL		ASH	
Año	Market Share	Año	Market Share
1998	0%	1998	25%
2001	16%	2001	37%
2004	50%	2004	40%
2007	61%	2007	35%
2011	66%	2011	60%

Fuentes: Marketing Research Bureau y datos propios

Esto son los países de América Latina a los que nosotros distribuimos nuestros productos:

- **Argentina**
- **Paraguay**
- **Uruguay**
- **Perú**
- **Bolivia**
- **Ecuador**
- **Guatemala**
- **Chile**
- **República Dominicana**

A partir del 2007 empezamos a pensar que el Laboratorio tiene que seguir presente en la República Argentina y proyectarse en la región. Entonces planteamos un **plan de expansión** de las instalaciones y actualización de la tecnología con el objetivo de aumentar la capacidad productiva, mejorar el rendimiento, diversificar la producción y garantizar la competencia en el mercado.

Del 2007 al 2011 refuncionalizamos y ampliamos el área de producción de hemoderivados, y las áreas administrativas del laboratorio. También hicimos nuevas salas de calderas, nuevo depósito informatizado de insumos y materias primas no biológicas y nuevos laboratorios de desarrollo de productos y procesos.

En la segunda parte de nuestro plan (2011-2013) queremos lograr:

- Nueva Planta Multipropósito.
- Nueva Planta de agua para inyectables.
- Nueva Planta formulación final de Albúmina y Gammaglobulina endovenosa.
- Ampliación Sector Fraccionamiento de Plasma.
- Ampliación Depósito de Producto Terminado.
- Ampliación áreas Control de Calidad y Captación de Materia Prima Biológica.

Estas son las nuevas plantas, la que está a la derecha es la nueva planta multipropósito, pronta a inaugurarse en el mes de noviembre. La del lado izquierdo arriba es la nueva planta de formulación final de albúmina y gammaglobulina que la vamos a inaugurar en los primeros meses del 2013 y la que está abajo es la planta de agua.



Estas son las nuevas plantas, la que está a la derecha es la nueva planta multipropósito, pronta a inaugurarse en el mes de noviembre. La del lado izquierdo arriba es la nueva planta de formulación final de albúmina y gammaglobulina que la vamos a inaugurar en los primeros meses del 2013 y la que está abajo es la planta de agua.

Para que vean que los proyectos pueden concretarse con una gestión transparente, prolija, eficiente, donde los recursos se utilizan responsablemente.

Objetivos futuros. Nuevos productos

Los nuevos productos que están **en registro** son:

- Complejo Protrombínico (autorización de comercialización).
- Inmunoglobulina G Anti-VHB (aprobación de monografía).

Los que están **en desarrollo**:

- Factor IX
- Gammaglobulina poliespecífica de administración subcutánea
- Hematina (medicamento huérfano)
- Cola de fibrina
- Fibrinógeno
- Procesamiento de válvulas cardíacas
- Líquido conservador de órganos

Objetivos institucionales:

- Incrementar en un 80% capacidad productiva de hemoderivados.
- Implementar Políticas dirigidas a aumentar colecta de plasma.
- Cuadruplicar la capacidad productiva de genéricos inyectables de bajo volumen y registrar nuevos productos en ANMAT.
- Mejorar los rendimientos productivos (Hemoderivados).
- Incorporar la producción de nuevas formas farmacéuticas.
- Incorporar la elaboración de medicamentos huérfanos.
- Introducir el procesamiento de nuevos tejidos humanos.
- Avanzar en mercados regionales.
- Llevar a cabo la producción de proteínas recombinantes.

Para concluir podemos decir que los productos de Laboratorios UNC-Hemoderivados están presentes desde 1974 en Argentina y en otros países de la región, con comprobada eficacia terapéutica, seguridad viral, disponibilidad de medicamentos en situaciones de crisis, efecto regulador de precios del mercado y mayor consumo que en otros países de la región. Recordemos que el Laboratorio tiene la obligación de elaborar productos eficaces y seguros para poder cumplir con el rol de provisión estratégica de medicamentos y reducción de costos en Salud Pública.

Como **conclusión final** se puede decir que **es posible realizar una gestión eficiente de producción de medicamentos desde el sector público**. Para ello se requiere un alto nivel de compromiso de todos los sectores involucrados, el Estado, la autoridad sanitaria, los responsables de la producción y gestión y la comunidad toda. Además, es necesario una organización transparente, que se autogestione y que siempre trabaje cumpliendo las regulaciones sanitarias vigentes. Muchas gracias.

Ing. Carlos Rodolfo Arqués
Director del Laboratorio Industrial Farmacéutico SE. Santa Fe.

Buenos días a todos, un agradecimiento especial por la invitación ya que para nosotros es muy importante estar aquí. También, celebramos que este tema haya logrado su lugar en las jornadas de FEFARA que son tan productivas.

A modo de síntesis, voy a tratar de que Uds. conozcan el Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF) en relación a que pensamos, hacemos, queremos y, también, de dónde venimos.

Obviamente, todo esto está muy relacionado con lo que significa una concepción sobre la Producción Pública de Medicamentos. Esta **producción pública** que **implica** una cantidad de **desafíos**, y que la mayoría de las veces tiene que ver con derribar determinados mitos que han sido impuestos. Por ejemplo que las empresas estatales son sinónimos de ineficiencia, burocracia excesiva, inmovilismo, incapacidad para adaptarse a entornos cambiantes propios de la modernidad, etc.

Como contrapartida se le atribuyen a las empresas privadas: posesión de todos los atributos para el logro de eficiencia, competitividad, innovación y flexibilidad para sobrevivir y prosperar en ambientes cambiantes.

Las **conducciones políticas en las empresas estatales** significan siempre un contrapeso significativo que deben soportar. Esto es porque estarían en colisión con una determinada racionalidad técnica y económica de la cual no son portadores los directores políticos y sí la tecnoestructura de estas organizaciones.

Pertenecen al ámbito de la acción y decisión política:

- La propia decisión de crearla.
- La definición de la razón de ser de la empresa.
- Misión, visión, valores, políticas.
- La decisión de sostenerla, capitalizarla y la elaboración de su plan de inversiones para la sobrevivencia y crecimiento.
- El análisis permanente de la performance de la empresa y su papel en el marco de las políticas generales de gobierno.

Para el caso del LIF

- Entendemos a la salud como un derecho humano.
- A la luz de esta definición el medicamento es un bien social. Para ello tiene que rodearse de determinados atributos, debe ser elaborado con la calidad y la seguridad que permitan el arte y la tecnología del momento, debe poseer efectos terapéuticos científicamente probados, estar oportunamente disponible y ser accesible.
- El estado provincial debe ser garante de derechos.
- El mercado no garantiza derechos, ya que es un ámbito en el cual se negocian bienes y servicios, en donde concurren la oferta y la demanda para realizar sus intercambios. El medicamento si es un Bien Social no puede estar sujeto al libre juego de la oferta y la demanda que en la mayoría de las veces no es ni libre ni es juego, porque el mercado construye precios de fantasía, precios que no están relacionados con los costos de producción.
- Intervención del Estado debido a que entendemos que el medicamento no es un bien que deba negociarse de esa manera.

Hay numerosas formas en las cuales el Estado puede intervenir en los mercados, una de ellas es asumir la producción de

medicamentos y esta es la que nosotros hacemos en Santa Fe y **en el LIF:**

**Tanto mercado como sea posible,
tanto estado como sea necesario**

A partir de la creación de la empresa, tenemos que hablar de cómo la vamos a gestionar y aquí probablemente venga uno de los desafíos más grandes.

Las tecnologías de gestión para el logro de una organización competitiva, eficiente, coherente con su misión, valores y visión, respetuosa de los derechos humanos, cuidadosa de la integridad y calidad de vida de sus integrantes, del medio ambiente y actuando siempre con responsabilidad social **no difieren grandemente cuando hablamos de empresas estatales o privadas.**

Lo que difiere, son las posibilidades de unas u otras de ser coherentes con sus enunciados. Especialmente en lo referente al cuidado del capital humano.

Es mucho **más difícil una gestión corporativa exitosa en empresas del estado que en la empresa privada.**



• **Historia- Marco Jurídico Legal**

- Fue creado en el año 1947.
- En 1999 se convierte en Sociedad del Estado luego de poseer distintos rangos en la órbita del Ministerio de Salud.

- La provincia de Santa Fe es única propietaria.
- El objeto de la sociedad es la producción de fármacos para el Sistema Provincial de Salud.

• **Habilitaciones de Áreas de Producción**

- Comprimidos de antibióticos betalactámicos. Aprobados por la ANMAT.
- Suspensiones pediátricas betalactámicas extemporáneas. Aprobados por la ANMAT.
- Comprimidos Generales. Aprobados por la ANMAT.
- Semisólidos. Con aprobación de la Prov. de Santa Fe.

• **Capacidad de producción**

Nuestra capacidad de producción es la que pueden observar en el siguiente cuadro:

Capacidad de Producción

- 38 especialidades medicinales.
- 34 presentaciones en comprimidos (15 ANMAT).
- 6 presentaciones en suspensiones ext. (6 ANMAT)
- 3 presentaciones en líquidos.
- 5 presentaciones en inyectables.
- 2 presentaciones en semisólidos.
- Comprimidos betalactámicos 30 millones/año
- Comprimidos generales 73 millones/año
- Suspensiones pediátricas 350 mil frascos/año

• **Estructura funcional**

• **Directorio**

Presidente: Ministro de Salud. Dr. Miguel Ángel Cappiello

Directores (4). Designados por el Gobernador Antonio

Bonfatti (Ing. Químico, Bioquímico, Contador, Farmacéutico)

- Síndico (1) (Contador)
- Gerencia General (Ing. Químico)
- Dirección Técnica (Farmacéutica)
- Codirección Técnica (Farmacéutica)
- Gerencia de Producción (Técnico Químico)
- Gerencia de Calidad (Bioquímico)
- Gerencia de Aseguramiento de la Calidad (Lic. en Química)
- Gerencia Contable (Contador)
- Gerencia de Planificación y Gestión de Costos (Ing. Industrial)
- Gerencia de Recursos Humanos (Bachiller)
- Gerencia Legal y Técnica (Abogado)

En relación a la producción **del LIF y el consumo del sistema provincial de salud**, visto **en unidades farmacológicas**:

- Produce el 94% de las aportadas en APS.
- Produce el 66% de las consumidas totales.
- Provee medicamentos para 5 programas provinciales (Zoonosis, Dermatología, Cardiología, Diabetes, Maternidad e infancia).

En el LIF nos propusimos...

Cuando nosotros llegamos al LIF nos propusimos ser **ejemplo**, o mejor dicho ser contra ejemplo de ese mito de que la empresa estatal es pesada, burocrática, inútil. También, **construir** una **empresa competitiva, de** categoría mundial, **magra, tensa y flexible. Lograrla habilitación de ANMAT** de todas nuestras áreas productivas y avanzar en las **Buenas Prácticas de Fabricación**.

Nos planteamos **acceder al mercado nacional, dotar al cuerpo gerencial de autonomía funcional** y hábito de **trabajo en equipo**, e **incrementar la capacitación** de todos los integrantes, especialmente de



los niveles básicos de la organización y los niveles de motivación y compromiso.

Proyectamos elaborar un **plan de inversiones** que sea realista, significativo y sostenible, por supuesto, sostener y **aumentar nuestro aporte a la Salud Pública Provincial**.

Además, nos planteamos **establecer un fuerte y amplio relacionamiento** con el **sistema científico tecnológico (UNL, UNR, Centro Científico Tecnológico Santa Fe, Parque Científico Tecnológico de la ciudad de Santa Fe, etc.)**, y **fortalecer** e incrementar nuestro **acuerdo estratégico con el LEM** de la Municipalidad de Rosario.

Algunas acciones

- Se discutió colectivamente y se explicitaron: misión, valores, visión y política de calidad de la organización.
- Se esbozó un plan maestro de obras civiles.
- Se fijó una estrategia para constituirse en proveedor del Ministerio de Salud de la Nación y de los Ministerios de Salud Provinciales.
- Se intensificó el plan de capacitación para todos los integrantes de la organización.

- Se crearon las gerencias de Planificación y Costos, se le dio rango gerencial a la Asesoría Jurídica.
- Se suscribieron convenios de cooperación e intercambio con la UNL, UNR, Facultad de Bioingeniería UNER, Ministerio de Salud de Río Negro, Entre Ríos y Buenos Aires.
- Se llevó a cabo un plan anual de capacitación y desarrollo organizacional.
- Plan de desarrollo organizacional con el Observatorio Social de la Universidad Nacional del Litoral.
- Programa Provincial de Producción Pública de Medicamentos. Fideicomiso Público.
- Se creó el Comité de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

El LIF hoy

- **Provee** el 94% de las unidades farmacológicas que la provincia aporta para la Atención Primaria de Salud y el 64 % de las que utiliza en el Sistema Provincial de Salud en general.



- **Está integrado** por 94 personas, 27 con título de grado universitario y 36 con título de tecnicatura.
- **Es proveedor** del Plan Nacional Remediar, Ministerios Provinciales y Municipalidades.
- **Se suministran** medicamentos hormonales a la Obra Social Provincial de Santa Fe que son distribuidos gratuitamente a sus afiliadas, hecho inédito en el país.

- **Ha provisto** de Anticonceptivos marca LIF a la población que concurre a la Salud Pública cuando Nación tuvo dificultades para proveer.
- Está en las etapas finales del proceso que **permitirá abastecer** SILDENAFIL y **producir** METADONA.
- **Se encuentra habilitado** integralmente por ANMAT.
- **Se encuentra en ejecución la primera concurrencia farmacéutica** por convenio con el Colegio de Farmacéuticos de la Pcia. de Santa Fe, se suma a pasantías y prácticas de Ing. Químicos., Ing. Industriales, Bioingenieros y alumnos del Colegio Nuestra Sra. de Lourdes.
- El **plan de inversiones se financia** con las ventas fuera de la Provincia con un piso garantizado por el estado provincial.
- En el último año **cada integrante del LIF recibió por lo menos 3 capacitaciones BPF**, 1065 horas a cargo de personal propio y 810 horas brindadas por instituciones externas.
- **Se encuentra en ejecución el Primer Plan Anual de Higiene y Seguridad Laboral.**
- Hemos afrontado exitosamente la **producción de 9,5 millones de comprimidos para Remediar.**

El futuro del LIF

Lo que nos planteamos es **incrementar el aporte a la Salud Pública Provincial**, en número de especialidades y en cantidades. En esto trabajamos muy estrechamente con la Facultad de Bioquímica y Farmacia de la UNR.

Además, de ser **líderes en la producción pública de medicamentos, constituirnos** en el **principal proveedor público** de los sistemas estatales de salud y en **centro nacional de**

capacitación para la producción pública. Para esto último tenemos nuestros capacitadores y pasantes y vemos una perspectiva importantísima en el convenio que firmamos con el Colegio de Farmacéuticos.

Visualizamos un futuro, a 10 o 15 años, integrados al sistema científico tecnológico. Ya hemos realizado las primeras reuniones con gente del parque científico tecnológico de la Ciudad de Santa Fe, uno de los más importantes del país.

Éste es nuestro futuro, es un predio de 11 hectáreas a la vera de la autopista Santa Fe-Rosario en jurisdicción de Santo Tomé. Ésta es



una planta que está por salir a licitación, es una inversión de aproximadamente 35 millones de pesos. Así que nosotros, para merecer esto nos estamos preparando tanto a nivel de recursos humanos como en la tecnología de gestión.

Bueno, en nombre de todos los que conformamos el LIF esto era lo que queríamos compartir con Uds. Muchas gracias.



www.lif-santafe.com.ar • lif@santafe.gov.ar

Farm. Pablo Bronzi
Presidente de Laboratorios Puntanos SE. San Luis

Buenas tardes para todos, un profundo agradecimiento a la comisión de FEFARA por invitarnos a participar como disertantes, pero fundamentalmente, por incorporar el tema esencial de nuestros laboratorios como política de estado nacional y que sea, también, mesa de discusión con una concurrencia tan importante y destacada.

Aprovecho este espacio para mostrarles, con orgullo, algunos aspectos de nuestro laboratorio y para



realizar ciertas consideraciones, desde la visión de Laboratorios Puntanos SE, hacia la política de medicamentos en la República Argentina.

En el año 1999, se comienza con la producción de medicamentos para la provincia de San Luis. Esto es gracias a la conjunción de ideas entre el entonces gobernador Dr. Adolfo Rodríguez Saá y el rector de la Universidad de San Luis, Lic. Alberto Puchmüller, hombres que militaban en partidos totalmente distintos, pero que consideraron que generar una planta de medicamentos en la provincia de San Luis iba a ser un logro, y un salto hacia el futuro.

De hecho, la mayor preocupación del gobierno y de la universidad fue justamente bajar costos en formas importantes sobre los gastos de salud. Se llevó a cabo conjuntamente un estudio comparativo de los costos en relación a la compra de medicamentos y se calculó un 50% de ahorro en el presupuesto anual del Ministerio de Salud. Actualmente, esta cifra es mayor.

Esta unión permitió que el estado provincial haga frente a las inversiones de capital y que nuestra Universidad nos proveyera de lo más importante que tiene que es el recurso humano y la capacitación de su personal.

Actualmente, nuestra nueva planta de medicamento genérico tiene 1350 m², la de *β-lactámicos* (antibióticos) cuenta con 320 m², y todas están habilitadas por ANMAT.

Nuestro vademécum comprende sólidos, líquidos, suspensiones, semisólidos. Como pueden ver, esta es una pequeña reseña de todos los medicamentos. Los que tienen certificado de aprobación del ANMAT, en total son 57.



Además, elaboramos los líquidos como difenhidramina, bromhexina, ibuprofeno y sulfato ferroso que también proveemos al estado provincial y a provincias hermanas.

Lógicamente, hemos tenido que llevar a cabo las Buenas Prácticas de Manufacturas para poder lograr la certificación de los productos del vademécum, y de hecho la hemos aprobado, muchas de nuestras especialidades ya tienen el primer lote aprobado por ANMAT.

Para poder implementar las GMP hubo que hacer llevar a cabo algunas estrategias como:

- **Remodelaciones de las áreas productivas.** Se tuvieron que realizar modificaciones de la **Infraestructura Edilicia**, en los considerados puntos críticos. Por ejemplo en:
 - Las áreas de ingreso y egreso de materiales y personas
 - Central de Pesadas
 - Vestuarios
 - Incorporación de esclusas y enclavamiento de puertas
 - Optimización del lay out (Flujo unidireccional)
 - Depósito

Tenemos algunas fotografías de nuestros laboratorios, de los pasillos impecables como deben estar para la producción de medicamentos.



Los depósitos también fueron reestructurados totalmente, se realizó la compra de un montacarga y sistemas de rack, dado que las entregas se realizan en pallet, con medidas estandarizadas.

- **Adecuación de los sistemas auxiliares: agua – aire**
 - En la planta de osmosis inversa con resinas de intercambio iónico, y se montó un sistema de cañerías con salidas para tomas de muestras en las distintas áreas de producción y el sector de lavado logrando un sistema Loop (sistema cerrado de circulación de Agua Uso Farmacéutico).
 - Se colocaron equipos UTA nuevos con filtros heppa, conductos de inyección y extracción en cada área además de las correspondientes extracciones localizadas lo que permite lograr los diferenciales de presión requeridos para las diferentes áreas productivas.
- **Informatización de planta**
 - Se realizó la firma de un convenio con el CONICET de la provincia de Santa Fe para la implementación del Sistema SEPFAR, desarrollado por el Grupo Litoral de Ingeniería de Sistemas del CONICET (CCT-Santa Fe)
 - Sistema informático integrado para la gestión productiva de fármacos, concebido para dar cumplimiento a las "Buenas Prácticas de Fabricación" funciona totalmente sobre una plataforma de software libre.
 - Tramita todas las transacciones propias de los procesos de adquisición, producción y logística, permitiendo implementar la trazabilidad de la producción, identificando los lotes de materias primas y de productos, emitiendo en cada etapa el rotulado requerido y facilitando el seguimiento y control de los procesos de almacenamiento y fabricación a través de todas sus etapas, desde la recepción hasta la entrega.
- **Capacitación** mediante auditorías internas.

Auditorías internas



Habiendo realizado una importante inversión para las modificaciones necesarias en cuanto a la infraestructura, se obtuvieron las normas GMP, lo cual nos permitió ser proveedores del Programa REMEDIAR.

El consecuente incremento en la producción para proveer al Plan Remediar y además la aceptación de nuestros medicamentos en el mercado, impusieron la compra de equipamiento adecuado y la incorporación de nuevas líneas productivas para afrontar estos compromisos.

Estas son algunas de las máquinas que oportunamente se compraron para complementar todos los aspectos técnicos y de packaging que nos exigen.





Estos son algunos de los **requisitos que** hay que cumplir para la entrega al Plan REMEDIAR:

1. Liberación de control de calidad de cada lote.
2. Se envía a INAME una lista de los lotes a entregar, los protocolos de control de calidad y muestras de cada lote.
3. Liberación de INAME de los lotes para su comercialización.
4. Se solicita el turno para entregar los productos al depósito de REMEDIAR.

Ventas al Programa REMEDIAR

A continuación, Uds. pueden observar una pequeña síntesis de nuestro aporte al Programa REMEDIAR, es decir lo que hemos entregado hasta el momento.

- **2008-2009** se entregaron:
6.000.000 de unidades.
Cefalexina 500mg.
- **2010** se entregaron:
15.500.000 de unidades.
Paracetamol 500 mg.
- **2011** se entregaron:
 - 4.000.000 de unidades.
Levotiroxina 100mcg.
 - 3.800.000 de unidades.
Metformina 500 mg.
- **2012** se entregaron:
 - 14.000.000 de unidades. Levotiroxina 100mcg.
 - 8.000.000 de unidades. Levotiroxina 50mcg.



Futuras Entregas al Programa REMEDIAR

- **2012** se entregaran:
 - 180.000 de unidades. Azitromicina 500 mg.
 - 27.000 de unidades. Azitromicina suspensión oral 200mg/5ml.
- **2012-2013** se entregaran:
 - 8.000.000 de unidades. Metformina 500 mg.

Expansión en el mercado

Este Laboratorio tiene la obligación de cumplir con la demanda de todo el ámbito de Salud Pública Provincial, y con los excedentes se cubrieron necesidades de las provincias de Salta, Mendoza y La Rioja, con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Río Cuarto.

Desde el año 2009, somos el 1º Laboratorio Estatal en tener sus productos a la venta en Farmacias.

De hecho, nos hemos presentado a distintas licitaciones en todo el país y vendido medicamentos certificados a Droguerías privadas.

Laboratorios Puntanos y la Sociedad

Hoy el Laboratorio tiene algunas características que nos llenan de orgullo:

- Efector Periférico Primario de Farmacovigilancia de la Provincia-Plan ANMAT FEDERAL-
- Promoción de Uso de Medicamentos Genérico. "UNA ALTERNATIVA CONVENIENTE Y EFECTIVA".
- Tutorías en Prácticas Profesionales de los Alumnos de Farmacia de la UNSL.
- Centro Integral de Biología Molecular y Biotecnología.
- Laboratorio de Genética Forense.

Recursos humanos

Todos los recursos humanos formados con independencia de criterio y fuerte autocrítica. Somos protagonistas del progreso y capaces de aportar conocimientos para transformar la realidad en la que desarrollamos nuestra actividad.

Los logros de Laboratorios Puntanos SE han sido posibles gracias a una firme decisión política del Gobierno de la Provincia de San Luis, como responsable del bienestar general de la comunidad, que desde la creación del mismo hasta el día de la fecha ha realizado una fuerte inversión apostando al crecimiento de este proyecto en expansión.

Política, economía y gestión de medicamentos

Quisiera remarcar algunos aspectos de la gestión de medicamentos desde la visión de nuestro laboratorio. Los medicamentos y fundamentalmente el acceso a ellos por parte de la población son los desafíos permanentes que tiene la Nación y lógicamente las Provincias, porque a lo largo de la historia se puede observar que el medicamento y las políticas sanitarias que

se han implementado en nuestro país siempre tienen un alto componente económico y no la mirada firme sobre el medicamento como elemento esencial y social de las necesidades de la población.

Las Plantas Productoras de Medicamentos (PPM) tienen un rol muy importante en el diseño de las políticas de medicamentos nacionales. Ya que al conocer el costo de los medicamentos somos un referente en el sinceramiento de precio nacional.

Además, nuestras PPM deben ser siempre testigos de los precios en las licitaciones públicas.

Considero que las PPM deberíamos asociarnos para poder participar en compras conjuntas, incluso con el estado nacional, para poder bajar el gasto de medicamento en aquellos de alto costo y baja incidencia que son los que se llevan muchísimos recursos que tiene que absorber la seguridad pública.

Se debe lograr que estas plantas, aunque sean empresas del estado, sean rentables y que esa diferencia económica obtenidas se vuelquen a la investigación y desarrollo de nuevas moléculas para la fabricación de medicamentos.

Dos aspectos que no quiero dejar de destacar de nuestro PPM, por un lado la importancia del fortalecimiento de los recursos humanos. Detectamos en el laboratorio algunos empleados que no habían terminado los estudios secundarios, a partir de esto logramos firmar un convenio con la Universidad de La Punta para que puedan culminar sus estudios en horarios accesibles. Por otro lado, estamos luchando para que el laboratorio de control de calidad tenga un crecimiento constante, no solo porque es imprescindible para la seguridad en la producción, sino también porque puede brindarse como un servicio a otras empresas privadas y de esa manera obtener recursos.

Como punto final quiero remarcar la importancia de la relación con el Plan REMEDIAR y fundamentalmente el acuerdo de

precios. Dichos precios deberían cubrir holgadamente nuestros costos y permitirnos obtener márgenes de ganancias. Creo que esto es muy importante para nosotros porque los volúmenes de compra nos asegurarían producciones a lo largo del año y, fundamentalmente, nos ayudaría con la producción y eliminaría la posibilidad de tener capacidad ociosa en nuestra planta.

Considero que el Plan REMEDIAR es un gran cliente al que hay que cuidar pero siempre defendiendo los intereses de cada una de nuestras plantas, que si bien es cierto son del estado provincial, deben tener lógicamente margen de lucro importante que les permita seguir avanzando. Muchas gracias.

Dr. Jorge Zarzur

*Director Ejecutivo del Programa de Producción Pública
de Medicamentos de la República Argentina*

Buenas tardes a todos, muchas gracias a las autoridades de FEFARA por la invitación y a los asistentes por su presencia. Es un honor estar aquí.

Quiero dejarles, a las autoridades de FEFARA, los saludos y los mejores deseos para estas jornadas del Ministro de Salud de la Nación, Dr. Juan Manzur y del Secretario de Políticas y Regulación del Ministerio de Salud de la Nación, Dr. Gabriel Yedlin.

Voy a comenzar haciendo un resumen en relación a la Producción Pública de Medicamentos en los últimos diez años (2002-2011), en la Argentina. Básicamente, haciendo foco en **cuatro cuestiones**:

PRODUCCION PUBLICA DE MEDICAMENTOS

Una mirada de 10 años (2002 -2011)

- ✓ **Crisis**
- ✓ **Creación del Programa de Producción Pública de Medicamentos**
- ✓ **Situación Actual**
- ✓ **Ley 26688**

- **Crisis 2001-2002**

Es de público conocimiento que en esta época, el acceso al medicamento estaba muy restringido y para paliar esa situación, no sólo la del déficit del medicamento sino también del problema de salud. Al respecto se hicieron contribuciones importantes como fue la Ley de Prescripción por Genéricos, la implementación del Programa REMEDIAR y la ampliación del Programa Médico Obligatorio (PMO).

Podríamos preguntarnos qué pasaba en ese momento con los Laboratorios de Producción Pública de Medicamentos (LPPM) y, precisamente ahí comenzaron a desarrollarse múltiples actores productivos. Quizás no podemos hablar de Laboratorios Públicos, en la acepción más profunda de la palabra, sino de 40 instituciones que de alguna manera, en distintos ámbitos, provinciales, municipales, nacionales, sostuvieron ese sistema, fundamentalmente, en relación con el aporte de Medicamentos Básicos Esenciales para la Atención Primaria de la Salud.

- **Programa de Producción Pública de Medicamentos**

En el 2008, se crea el Programa de Producción Pública de Medicamentos por Resolución Ministerial N°: 286/08 que plantea que la salud es un derecho y el medicamento un bien social.

En esta Resolución están incluidos los **objetivos generales del Programa** y tienen que ver con:

- **Coordinar y facilitar:**

- La **producción** considerando: Demanda, Normas Regulatorias (ANMAT) y Recursos (humanos, económicos y tecnológicos).
- La **incorporación de Tecnologías**.
- La **disponibilidad de herramientas de gestión** que garanticen la sustentabilidad técnica y económica de los emprendimientos.

- El **crecimiento** y la evolución de las **plantas** en el mediano y largo plazo.

Acompañando a estos objetivos generales se plantearon **objetivos específicos**:

- **Relevar los Laboratorios de Producción Pública de Medicamentos (LPPM).**
- **Conocer la demanda pública:** fundamentalmente de la Nación, cuáles son los Programas, en qué ámbitos, cuáles son los mecanismos administrativos y de distribución.
- **Coordinar acciones intra** e interministeriales.
- **Definir líneas estratégicas fundamentalmente** para atender enfermedades olvidadas y reemergentes; inmunobiológicos; ampliación del vademécum Remediar.
- **Estimular interacciones regionales:** vacunas, inmunobiológicos, huérfanos.

Los **resultados obtenidos en el período 2008-2011** en relación al **número de plantas de medicamentos autorizadas por la ANMAT** indican que no hay diferencia, es decir el número sigue siendo el mismo, 8 plantas. Lo que sí se modificó es la ampliación de la habilitación, esto quiere decir que en el año 2008 había plantas que tenían sectores para medicamentos generales, y en el año 2011 cuentan con sectores de betalactámicos u hormonales, habilitados por la ANMAT.

En cuanto al **volumen de producción, aumentó** en un 600% si lo comparamos con el período 2003-2007.

Con respecto a los **registros de productos en ANMAT**, en el año 2003 había aproximadamente 10 productos. Actualmente, existen más de 120 productos de los laboratorios públicos aprobados por la ANMAT y, aproximadamente, el 50% de esos registros tienen certificado de primer lote lo que quiere decir que están habilitados para ser distribuidos.

La **cobertura de Programas Nacionales** en el período 2008-2012, tiene como caso más relevante REMEDIAR + Redes. REMEDIAR es el ícono de programas de abastecimiento de medicamentos a la población que tiene el Ministerio y creo que va a quedar instalado como una política pública muy difícil de poderla eliminar.

Los **Laboratorios** que proveen medicamentos son 5 y distribuidos regionalmente:

- LIF, LEM, Hemoderivados (Centro),
- Puntanos (Cuyo);
- Laformed (NEA)

Los **productos** tienen que ver con Medicamentos Básicos Esenciales y las formas físicas que se entregaron tenían que ver con la especificidad de producción de cada una de las plantas. Lo que se hizo fue tratar de distribuir regionalmente lo que se podía proveer y al mismo tiempo aprovechar la especificidad de cada planta para evitar superposición productiva.

Obviamente, había **necesidad de registro de ANMAT más el control lote a lote**. Es importante tener en claro que el Remediar es el programa que tiene mayor control sobre la calidad de los medicamentos en la República Argentina, ya que no solamente hay que tener registro de ANMAT y certificado de primer lote, sino que se controla lote a lote. El INAME certifica lote a lote tanto para el sector privado como para el sector público.

Los **mecanismos de provisión** que se aplicaron para que los laboratorios pudieran acceder a entregar estos medicamentos fueron **licitaciones nacionales e internacionales, y cobertura de faltantes**. En relación a esto último, cuando hubo un brote de *Bordetella pertussis* y se produjo una faltante de Azitromicina, Laboratorios Puntanos cubrió esa faltante.

Indudablemente, la experiencia **REMEDIAR** ha sido un **atalizador** enorme de **reingeniería de gestión**, no solamente

productiva sino también de gestión **ejecutiva** para llevar a cabo esta prestación.

Existen, además, otros **programas que se nutren de la producción pública** como es el caso de **Zoonosis** y de **Maternidad e Infancia**. Por ejemplo, el Laboratorio público de Hemoderivados provee y abastece toda la Gammaglobulina anti Rh al Programa de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación.

- **Situación actual**

La **ampliación de la habilitación de las plantas** se tradujo en diversificación y disminución de la capacidad ociosa.

El **certificado de primer lote** le da la posibilidad a los laboratorios de tener inserción extra jurisdiccional lo que implica la posibilidad cierta de transferencia y circulación federal de los medicamentos.

El **aumento marcado del volumen de producción** implicó una disminución de la capacidad ociosa, que existía en el año 2003.

También, la inversión en equipamiento y automatización significó ganancia en eficacia y eficiencia productiva.

Hay, además, algunos valores que son difíciles de cuantificar en términos económicos, creemos que son **valores intangibles** y fundamentales para ser tenidos en cuenta. Entre ellos se encuentran el **manejo de tecnología** y la **capacitación de los recursos humanos**.

En cuanto a las **interacciones**, se generó un vínculo con ANMAT muy dinámico, hay una interacción todavía incipiente pero importante, con el **sector científico tecnológico**.

Consideramos que, con respecto a la **imagen institucional** hay cada vez un mayor conocimiento por parte de la sociedad.

La **gestión administrativa-ejecutiva** se encuentra en un proceso evolutivo francamente positivo.

Y por qué no pensar en la **conformación de redes regionales** para una mayor interacción entre las partes.

- **Ley N° 26.688**

Respecto de la Ley de Producción Pública de Medicamentos se plantean algunos interrogantes. El primero es si la adhesión a la ley va a significar que cada una de las 24 provincias Argentinas vaya a tener un laboratorio de producción. La respuesta es no, claramente podemos decir de que no tiene ningún sentido que imaginemos más laboratorios de producción pública y, además, uno en cada provincia.

Lo que sí debemos hacer es mejorar, coordinar y apuntar a la **regionalización** para una mayor racionalidad en el uso de los recursos. Un ejemplo de esto y bien claro es el caso del vínculo LIF-LEM en la provincia de Santa Fe.

Además, la Ley va a **definir roles** de la industria, la planta piloto, el laboratorio de desarrollo, la farmacia hospitalaria, etc. Y cada uno de ellos tiene su importancia pero no debemos confundir porque una industria farmacéutica debe ser tomada en el estricto sentido de la palabra.

El otro interrogante, que nos plantea la Ley, tiene que ver con las estrategias para saber que vamos a producir en función del conocimiento de la demanda. Antes de comenzar a producir medicamentos hay que preguntarse:



- ¿Qué productos y qué volumen?
- ¿Cuántos laboratorios necesitamos?

Debemos desarrollar especialización de planta para evitar la superposición, y generar mecanismos de distribución federal e intercambio para que una determinada región pueda abastecer a otra.

Esta Ley también plantea la interacción de los laboratorios públicos con el rol científico y tecnológico. Sabemos que el sector científico-tecnológico de la República Argentina tiene una enorme disponibilidad de recursos humanos y de infraestructura, altamente tecnificada con equipamiento moderno, que tranquilamente puede ser soporte del desarrollo de productos, de procesos, etc.

El sector tecnológico puede pensar en 3 dimensiones (I+D+i), en investigación pura, en desarrollo y en la "i" que es innovación. Nosotros estamos convencidos que la "i" es justamente el aporte que se tiene que hacer desde el sector científico-tecnológico para que haya una rápida transferencia a los laboratorios de producción.

Para terminar y como conclusión podemos repasar cuál es el **rol de la Producción Pública de Medicamentos (PPM)**. En el siguiente se sintetiza. Además, ya ha sido muy bien explicado por mis colegas:

- Presencia en situaciones de crisis y/o cambios de mercado (fallas de calidad, de logística, mecanismos de adquisición).
- Como regulador de precios.
- Sustitución de importaciones.
- Atención de "nichos" NO cubiertos por el Sector Privado.

- Cobertura de Medicamentos Huérfanos.
- PPM es un recurso del estado preparado para actuar en cualquier momento.

Es importante el concepto de que la Producción Pública de Medicamentos es: **"además" de la privada y no necesariamente "en lugar de"**. Esto quiere decir que la producción pública no viene a reemplazar la privada sino a trabajar de manera complementaria, e inclusive se podría pensar en proyectos en conjunto, obviamente, respetando la individualidad y los intereses de cada uno.

De hecho hay laboratorios públicos que trabajan con el sector privado y han podido llevar a cabo acuerdos que han sido mutuamente beneficiosos. Este comentario lo realizo para despejar algunos fantasmas, ya que se plantea que el Estado Nacional estatizaría a toda la producción de medicamentos, nada más alejado de la realidad.

Otro concepto erróneo es que en la República Argentina existen 40 laboratorios del sector público. Hoy, en realidad, podemos decir que hay un grupo de laboratorios aprobados por ANMAT que demuestran ser eficientes, que tienen un rol importante en el Sistema de Salud y que están en camino de cumplir su función como verdaderas empresas. Nosotros desde Nación los estamos acompañando en este crecimiento.

Muchas gracias.



MESA N° 3

Medicamento Biotecnológicos: Innovación, cooperación, regulación y mercado

*Coordinador: Farm. José Cid
Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de San Luis*

Buenas tardes, una vez más tengo el honor de recibir la confianza de este grupo institucional de la Federación Farmacéutica encabezada por el querido amigo Manuel Agotegaray y realmente, después de haber escuchado la mesa anterior sobre Producción Pública de Medicamentos y el tema que nos convoca en ésta que son los Medicamentos Biotecnológicos digo, qué importante Jornada, sus contenidos y el momento histórico que estamos viviendo.

En la mesa anterior se destacaron acciones de conductores institucionales de la Salud que vale la pena rescatar, se mencionó, por ejemplo, que en el gobierno del Dr. Illia, el Dr. Oñativia como Ministro de Salud logró instituir la Ley 16.463. Ésta es un poco la ley madre que desencadena todo un proceso de mejoramiento y determina, en alguna medida, el rol profundo del Estado. Junto con la Ley de Patentes, la Ley de Confidencialidad

de la Información nos da una cobertura jurídica importantísima para contar con la seguridad jurídica que debe tener un país serio. Me parece que estos son aportes trascendentes que debemos rescatar en este presente que nos toca protagonizar.

Por otra parte quería comentar que ayer la conducción institucional de FEFARA se reunió con el presidente del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla con el cual no solo los une el afecto sino un camino común y fue una reunión muy rica en su contenido y entre otros muchos temas el colega nos mostró que en el actual modelo español, se les está quitando a las Farmacias ciertos medicamentos biotecnológicos para pasarlos a otro sector, lo que implica una disminución en la rentabilidad de la cadena. Además se habló de los contratos con la Seguridad Social y me parece que aquí también los distintos actores que deciden los convenios tendrían que tener una mirada más integral y entender que si bien el medicamento es un bien social, se debe construir el éxito pero con la integración de todos, que la balanza no se incline hacia un solo sector, mientras se desfinancia a aquellos agentes fundamentales de la salud que son las Oficinas Farmacéuticas de Argentina.

Los éxitos se conciben, se planifican, y se ejecutan construyendo desde la integración de todos los sectores involucrados. Creo que hay que pelear por esa integración, la interdisciplinaridad es muy buena pero la integración, es fundamental

Citando a un sociólogo que decía que si tendríamos que realizar un análisis rápido en relación a la política, economía y la ciencia, teniendo en cuenta lo que pasó en los últimos años, estamos viviendo decisiones políticas o conducciones políticas del siglo XIX, un sistema económico del siglo XX y una revolución del proceso científico del siglo XXI, y al escuchar a instituciones y disertantes como los que se expresaron en estas Jornadas comprobamos que conjugan las tres variables, yo diría que en política, en economía y en conocimiento están a la altura del siglo XXI.

Esto retempla el espíritu, da ganas de trabajar y por eso en estos diez años, FEFARA ha sostenido una institución donde se debate y se estudia democráticamente y realmente todos los farmacéuticos se sienten contenidos. Mi más sincera felicitación en este décimo cumpleaños y paso ahora a presentar a los disertantes de esta notable mesa.

La Dra. Graciela Ciccía es doctora en Farmacia y Bioquímica egresada de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Ha sido directora de Vinculación Científica Tecnológica del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, subsecretaria de Transferencia Tecnológica de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la UBA, investigadora del Conicet y profesora de Biotecnología. Actualmente, es directora de Innovación y Desarrollo Tecnológico del grupo INSUD.

El Lic. Alejandro Rubén Darío Krimer es asesor de dirección del Centro de Biotecnología Industrial del INTI, emprendedor en Desarrollo de Anticuerpos Monoclonales. Desde 2001, está trabajando como profesional independiente en el desarrollo de productos para laboratorios farmacéuticos y veterinarios nacionales. Profesor de Planta Piloto en Carrera de Especialización en Biotecnología Industrial, INTI-FCEN (UBA). Partícipe del diseño de la Carrera de Especialización en Biotecnología Industrial. Investigador del proyecto "Los impactos económicos de la biotecnología sobre la economía argentina".

El Dr. Daniel Ciriano es médico egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), especialista en Neurocirugía formado en el Hospital de Clínica de la UBA y en el Hospital Neurológico y Neuroquirúrgico de Lyon, Francia. Cuenta con más de 15 años de trabajo en investigación clínica, se ha desempeñado como docente, disertante y director de cursos de posgrado y de formación en Metodología de la Investigación Clínica para la UBA, la Universidad Católica de Córdoba y universidades y organizaciones educativas regionales. Trabajó en distintas posiciones gerenciales en la filial argentina de Roche,

actualmente se desempeña como director médico regional para Latinoamérica.

El Mg. Miguel Ángel Maito es Licenciado en Economía egresado de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires y magister en Derecho de la Integración Económica otorgado por la Universidad del Salvador de Buenos Aires y la Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne. Se desempeñó como consultor privado del BID y también a nivel del ministerio de economía. Actualmente es gerente de Comercio Internacional y Regulaciones Sanitarias de la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA) e investigador del Centro de Estudios Interdisciplinarios de Derecho Industrial y Económico de la Facultad de Derecho de la UBA.

Consortios Públicos-Privados de I+D+i. Un modelo posible en Argentina.

Dra. Graciela Ciccía

Muchas gracias por la invitación, feliz cumpleaños a las Jornadas de FEFARA, es un placer poder participar de este panel.

Voy a comenzar con el título de mi exposición, Consortios Públicos-Privados de Investigación, Desarrollo e Innovación, un modelo posible en Argentina. Los que me conocen saben que soy muy positiva por eso pongo un modelo posible. También, la misma charla podría nombrarse como una misión imposible en la Argentina. Vamos a ver si después de escucharme es un modelo posible o una misión imposible.

Me preguntaban porque le sumo a Investigación y Desarrollo (I+D), la i minúscula (+i), y es porque hoy, estamos trabajando en productos y plataformas nuevas para introducirlas en el mercado que es el concepto general definido para innovación y por eso decimos que hemos conformado a lo largo de estos años un Consorcio de Investigación, Desarrollo e Innovación.

Actualmente, estoy trabajando como directora de Innovación y Desarrollo Tecnológico del grupo INSUD, en el siguiente cuadro pueden observar las distintas **Áreas de Negocios** que presenta este grupo.

Áreas de negocios		grupoINSUD
		
Ciencias de la vida		
Agroforestal	  	
Naturaleza & Diseño	  	
Información & Cultura	  	
Responsabilidad Social & I+D	 	

Como pueden ver es un grupo terriblemente emprendedor y multidisciplinario.

Aprovecho la oportunidad para hacer propaganda de la **Cámara Argentina de Biotecnología**, una entidad nueva en donde el grupo INSUD es uno de los miembros fundadores. Se creó a fines del año 2011 con el objetivo de contribuir a una política público-privada y al desarrollo del sector, a partir de una mirada global que integra desde la investigación y el desarrollo hasta la producción, comercialización y exportación de productos biotecnológicos. Agrupa a 21 empresas de primera línea de diversos rubros como industria farmacéutica, alimenticia, sanidad animal y vegetal, diagnóstico, industria agropecuaria, forestal y biocombustibles.

Voy a retomar el tema de las Áreas de Negocios del grupo INSUD y específicamente el de Ciencias de la Vida donde se ubica **CHEMO**, un grupo integral de ciencias de la salud. Ésta es una empresa multinacional de capitales argentinos que tiene presencia

directa en más de 40 países con 12 oficinas comerciales, 10 plantas de producción y 13 centros I+D. Es la parte farmacéutica del grupo INSUD y tiene a su vez tres líneas de negocios:



Área Industrial: incluye la investigación, desarrollo y producción de una amplia gama de Ingredientes Farmacéutico Activo (IFA), con los cuales se provee a la industria farmacéutica para salud humana y veterinaria, y productos terminados en las principales áreas terapéuticas.



Marca propia: esta área abarca las ventas y marketing de un portfolio de medicamentos bajo marcas propias con foco en la salud femenina.



Biotecnología: se ocupa de la investigación, desarrollo y producción de productos biofarmacéuticos.

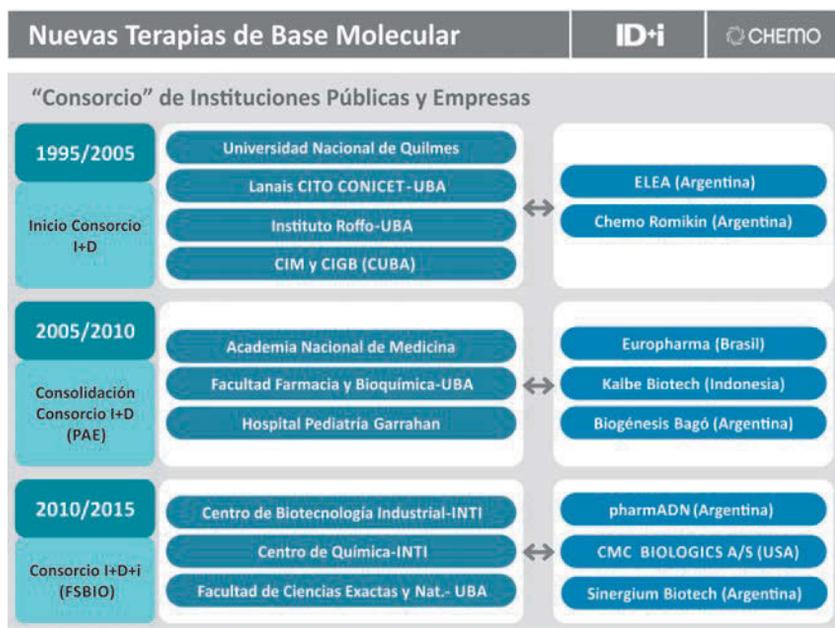
En el área de **Biotecnología**, el núcleo central está puesto en la Argentina y fundamentalmente para trabajar en este tema, las empresas del grupo y las empresas vinculadas con ellas como Elea o Biogénesis Bagótomaron la decisión de conformar una asociación público-privada que hoy tiene la forma de consorcio.

Pero como estos proyectos nos surgen espontáneamente sino que tienen un camino me pareció interesante contarles un poco la historia, cómo y dónde empezó y los hitos que nos gusta señalar del **Consortio Público Privado de Investigación y Desarrollo ID+i**.

Esta iniciativa nació hace 15 años y cada uno de los actores aporta su mejor saber y me parece que lo que hemos logrado en estos tantos años, yo me incorporo recién hace ocho, es un modelo de gestión en donde se hace sinergia de los saberes tanto públicos como privados.

Tomé un caso del consorcio con foco en oncología, la **Nuevas Terapias de Base Molecular**.

Entonces para ubicarnos temporalmente, como se puede observar en el cuadro, empezamos en el año 1995.



Fuente: Dra. Graciela Ciccía. 2012

Cuando empieza el vínculo público-privado, las empresas que lideraban el proyecto eran por un lado Elea, un laboratorio tradicional de la Argentina y Chemo Romiquin, más conocido en la Argentina como el brazo comercial de Chemo que vendía materias primas. Su primer vínculo, llamativamente, fue con la biotecnología cubana, con el Centro de Inmunología Molecular y con el Centro de Ingeniería Genética de Cuba.

Ante esto, nos podríamos preguntar, ¿por qué se vincularon con centros cubanos habiendo tanta masa crítica de Biología Molecular e Ingeniería Genética en la Argentina? Para poder res-

ponder debemos posicionamos en los años 94-95, el tratamiento para el cáncer era en base a las terapias tradicionales como cirugía, radioterapia y quimioterapia. Actualmente, existen las terapias en base a biología molecular, pero en esa época pensar en el desarrollo en Argentina, de un medicamento de este tipo para tratar de implementar una sinergia con la terapia tradicional disminuyendo sus efectos adversos o bien como una versión muy optimista poder reemplazar esa quimioterapia por esos productos de origen biotecnológico, era poco probable.

En esos tiempos en Argentina, la investigación era de muy alto nivel pero muy básica sin pensar en que hay un camino enorme a recorrer desde la fase de laboratorio hasta el producto al lado de la cama del paciente, como dicen los sajones en la traducción. En cambio esto, sí lo podíamos encontrar en Cuba. Los cubanos tienen una concepción desde el desarrollo del laboratorio hasta el producto terminado, con una muy buena base científica en ingeniería genética y biología molecular, pero también, tienen el objetivo de que todo eso tiene que conducir a un producto terminado, lo que implica ensayos clínicos, pre clínicos, entre otras cosas. Por ello, la cooperación comienza en Cuba. Pero luego se vinculan en Argentina con centros de excelencia como el Laboratorio de Oncología Molecular de la Universidad de Quilmes que dirigían el Dr. Daniel Gómez y el Dr. Daniel Alonso, el Laboratorio de Investigación y Servicios de Citometría de flujo del Conicet, en ese momento dirigido por el Dr. Leonardo Fainboim en el Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires y el Instituto Roffo, el hospital de referencia en cáncer de la Universidad de Buenos Aires. En ese momento las vinculaciones eran punto a punto, de a pares, o sea Elea con el CIM, Chemo con el CIGB, la interrelación entre todas las partes era más difícil.

En los años que siguieron, hubo una convocatoria del Ministerio de Ciencia a Proyectos de Áreas Estratégicas (PAE) en donde se otorgaba subsidios para consorcios públicos privados de investigación básica. Nosotros ahí vimos una oportunidad de sumar otros actores y líneas de investigación originales que ha-

bitualmente no están dentro de las prioridades de las empresas privadas. Esto fue un buen instrumento por parte del Estado para fomentar la investigación básica en zona de riesgo en donde quizás una empresa privada no lo haría sola y, de esa manera incorporamos la Academia Nacional de Medicina, la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la UBA y el Hospital de Pediatría Garrahan.

Por los años 2005-2010 había algunas moléculas que estaban por iniciar las fases clínicas y nos dimos cuenta que desde Argentina, así fuera un laboratorio importante como es Chemo o Elea, era imposible llevar adelante un ensayo reclutando la cantidad de pacientes que se necesitaban como por ejemplo para la investigación de Racotumomab que es un anticuerpo monoclonal anti-idiotipo para el cáncer de pulmón. Por eso, nos decidimos a formar la cooperación SUR- SUR y se suman así Europharma de Brasil y KalbeBiotech de Indonesia, que son "socios estratégicos", es decir, son compañías que se integran a la red público-privada para sumar pacientes en ensayos clínicos y, obviamente, obtienen la licencia en los países donde estos acuerdos se firman.

A Biogénesis Bagó lo agrego como ejemplo porque se realizó un trabajo conjunto con la Universidad Nacional de Quilmes y la empresa Romikin, de investigación y desarrollo para el uso de Desmopresina en el tratamiento de cáncer mamario en caninos hembras. Podemos decir que todavía este mercado no se ha desarrollado suficientemente pero enseña al investigador que el camino es tortuoso, difícil, pero posible, desde algo que era un hallazgo en el laboratorio, que pasó por una patente, que se realizaron publicaciones y tesis pero que termina en un desarrollo galénico y en un producto terminado.

En la etapa que estamos viviendo ahora (2010-2015), aparece la famosa *i*, y también el Fondo Sectorial de Biotecnología (FSBIO), obviamente estos estímulos estatales al lado de las inversiones privadas son realmente mínimos pero son muy importantes porque además del subsidio uno aprende a organizarse,

sobre todo en estos ámbitos donde hay muchos investigadores. Como todos estos consorcios por reglamento y, porque son subsidios que tienen que tener una estructura que respetar, deben contar con un director, un coordinador, nosotros tomamos la decisión de que los responsables de los grupos de investigación fueran personas jóvenes. En el caso del PAE el director del consorcio es Daniel Alonso que es una persona que cumple todos los requisitos de un investigador pero también ha solicitado patente, también nos ha acompañado en el desarrollo galénico.

Para realizar la parte de producto terminado empezamos a sumar actores que tuvieran la experiencia desde el lado privado y del lado público, se incorporó PharmADN que en ese momento era una empresa con más de veinte años de experiencia en biotecnología en la Argentina pero una empresa naciente, hoy ya es parte del grupo Chemo. También buscamos asesoramiento internacional para el desarrollo de anticuerpos monoclonales e hicimos un contrato con la empresa CMC con sede en Dinamarca y en E.E.U.U., y con Sinergius Biotech para el film finish. Del lado público, sumamos al consorcio al Centro de Biotecnología Industrial del Inti. También contamos con el Centro de Química del Inti en el que se está realizando síntesis de nuevos inhibidores de nuevos blancos moleculares y la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la UBA que nos ayuda para entender más la secuenciación de receptores donde estas moléculas impactan.

Sinergia de múltiples saberes

Cuando menciono la sinergia de múltiples saberes es porque nuestra estrategia es vincular personas capacitadas en determinados temas. Cuando este grupo de empresas se vinculan con las instituciones públicas buscan los mejores en ese ambiente y los que tengan ganas de relacionarse porque esto no es para todos. Es decir tiene que haber un motivo, no solo económico sino una pasión interesante para saber que su investigación va a terminar en algo que impacta en la salud de un paciente, en algo que tiene tanto valor como un trabajo científico.

En los siguientes cuadros se detallan las empresa privadas y las instituciones públicas que les mencioné anteriormente.

Sinergia de múltiples saberes		ID+i	CHEMO
	UNQ: Nuevos productos, estudios preclínicos.		Academia Nacional de Medicina: Experiencia en hematología.
	Lanals Clito Conicet (UBA): Experiencia en inmunología.		INTI: Centro de Química Síntesis orgánica. Centro de Biotecnología Desarrollo a escala piloto.
	Facultad de Farmacia y Bioquímica (UBA): Experiencia en síntesis de péptidos.		Instituto Roffo (UBA): Experiencia clínica y banco de tumores.
	Facultad de Ciencias Exactas y Naturales (UBA): Caracterización molecular de receptores.		Hospital Garrahan: Banco de tumores y experiencia clínica.

Sinergia de múltiples saberes		ID+i	CHEMO
	Empresa biotecnológica con experiencia en desarrollo, producción y registro nacional e internacional de proteínas recombinantes bajo normas GMP.		
	Empresa farmacéutica argentina con extensa trayectoria en investigación, desarrollo, producción y comercialización de especialidades medicinales biotecnológicas. Único laboratorio nacional que comercializa un anticuerpo monoclonal original.		
	Empresa del Grupo Chemo, de capitales argentinos, con plantas industriales y oficinas comerciales en 37 países del mundo. Modelo de I+D+i con marcas propias y patentes, licencias, constitución de alianzas estratégicas nacionales e internacionales.		
	Empresa argentina focalizada en el desarrollo y producción de vacunas y formulación y envasado de productos de origen biotecnológico.		

Fuente: Dra. Graciela Ciccía. 2012

Líneas de investigación y estado de avance

En el siguiente cuadro podemos observar las líneas originales de investigación y el estado de avance. Yo me centré en el tratamiento del cáncer pero también se están desarrollando fármacos que estimulan la respuesta del sistema inmunológico en enfermedades como el VIH-Sida. El Racotumomab que ya se encuentra en Fase III, cuenta con licencia en 25 países.

Estado de Avance		ID+I	CHEMO			
Productos	Preclínica	Fase I	Fase II	Fase III	Fase IV	
Vacuna Anti-idiotipo Racotumomab (Cáncer pulmonar)	Realizado	Realizado	Realizado	En curso	A iniciarse	
Vacuna Molecular NGcGM3 (Cáncer mamario)	Realizado	Realizado	Realizado	En curso	A iniciarse	
Adyuvante Inmunológico VSSP (HIV-Sida, cáncer)	Realizado	Realizado	En curso	A iniciarse	A iniciarse	
Péptido proapoptótico Anti-CK2 (Condiloma genital y Cáncer cérvicouterino)	Realizado	Realizado	En curso	A iniciarse	A iniciarse	
Análogos peptídicos de vasopresina (Cirugía oncológica)	Realizado	Realizado	En curso	A iniciarse	Comercialización (Medicina Veterinaria)	
Anti-angiogénicos (Deg. macular, tumores sólidos)	En curso	A iniciarse	A iniciarse	A iniciarse	A iniciarse	
Compuestos anti-RhoGTPasas (Tumores sólidos agresivos)	En curso	A iniciarse	A iniciarse	A iniciarse	A iniciarse	

Fuente: Dra. Graciela Ciccía. 2012

Financiación del Desarrollo Innovador

El Consorcio desarrolló un modelo con un esquema de redes público-privado, fondos propios y la cooperación y asociación entre compañías nacionales de distintos países, y un efectivo aprovechamiento de las ayudas que los estados ofrecen a la I+D.

En Argentina ha recibido apoyo de:

- *Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva*

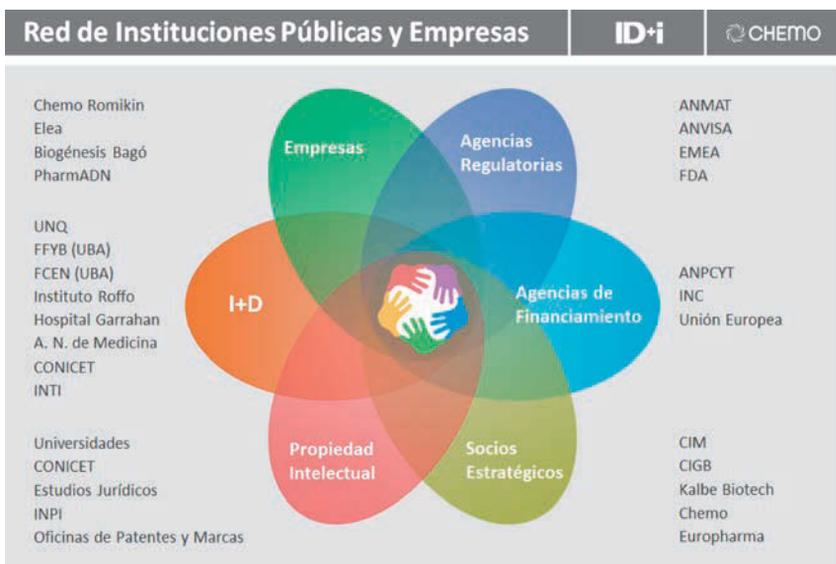
- FONTAR: Crédito Fiscal (CF)
- FONCYT: Proyectos de Investigación y Desarrollo (PID)
- Programa de Áreas Estratégicas (PAE)
- FONARSEC: Fondo Sectorial de Biotecnología (FSBIO)
- Premio Innovar 2009, 2010 y 2011.
- CONICET: Becas /Investigadores cofinanciadas con Empresas
- *Ministerio de Salud*
 - CONICET: Becas /Investigadores cofinanciadas con Empresas
 - Instituto Nacional del Cáncer
- *Ministerio de Industria*
 - Programa del Bicentenario

Red de Instituciones Públicas y Empresas

En la actualidad, cuando se habla de vinculación, me parece que el Triángulo de Sábato (Sábato y Botana, 1968), no es representativo. Se necesita una figura más compleja. Como Uds. pueden observar en el esquema, yo coloco en el centro del mismo, el logo de Mundo Sano que es una Unidad de Vinculación Tecnológica para tratar de promover esta vinculación entre las empresas, los Institutos Públicos, las oficinas de patentes, los socios estratégicos, las agencias de financiamiento y además, las agencias regulatorias ya que estas investigaciones tienen que culminar en un registro y en un producto comerciable.

Claves del crecimiento y la estabilidad

Nuestro consorcio trabaja desde el año 1994, en este tiempo se fue ampliando y hoy contamos con más de 100 profesionales vinculados. Hemos obtenido numerosos logros, entre ellos, estabilidad de los grupos ID+i, un clima de confianza y entusiasmo. Además, representa un modelo de vinculación eficiente, cuenta con 15 tesis doctorales y de licenciatura, 8 objetos de invención



Fuente: Dra. Graciela Ciccía. 2012

y 150 patentes, 35 publicaciones científicas en revistas internacionales, con equipamiento de última generación y productos en comercialización.

Nuevos desafíos

Los nuevos desafíos son producir anticuerpos monoclonales en la Argentina tanto los originales por ejemplo el Racotumamab que actualmente se realiza en Cuba, producirlo en nuestro país, como también biosimilares.

Para todo ello contamos con dos plantas, una es PharmADN que se encuentra en la localidad de Munro (Prov. Bs. As.) y se inauguró el 4 de junio de 2012. Es una planta chica (1.400 m²) en la que se está desarrollando un bio similar de Mabthera® (Rituximab) de Laboratorio Roche.

La otra planta es Sinergium Biotech que está ubicada en la localidad de Garín (Prov. Bs. As.) y posee una superficie de 15.000 m². En esta planta, una parte está dedica a la producción de la vacuna contra la influenza, es un consorcio entre los laborato-



rios Elea, Biogénesis Bagó y Novartis, y otra parte se encuentra absolutamente dedicada al llenado y empaque de productos biotecnológicos.

Como resultado de esta interacción creo que es un antes y un después para Argentina, PharmADN es en América Latina, la primera planta de producción de anticuerpos monoclonales por lo cual estamos muy contentos. Obviamente, esto no está pensado solo para abastecer el mercado interno a precios competitivos y de esa manera disminuir el gasto en salud, sino para generar capacidad exportadora.

Ésta es una foto, un poco antigua, de nuestro equipo, ya somos más.



Quiero decirles que, nuestros sueños de ser partícipes de la sociedad del conocimiento se está haciendo realidad y estamos muy contentos de serlo y poder difundirlo en eventos como éste. Muchas gracias.

La Industria Biotecnológica Argentina aplicada a la Salud Humana

Mg. Miguel A. Maito

Buenas tardes a todos, en primer lugar quiero agradecer a FEFARA y a su Comisión Directiva por la invitación a participar de estas Jornadas en su 10º Aniversario y hago extensivas las felicitaciones dadas por mis colegas.

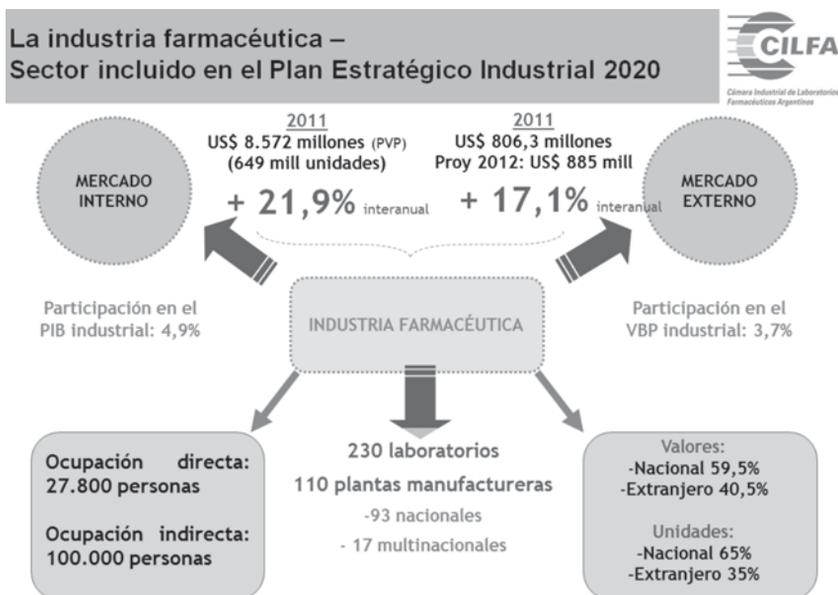
Me voy a referir al tema de la biotecnología desde el punto de vista de las empresas socias de la Cámara y quiero destacar que en la Argentina, existen medicamentos biotecnológicos desde hace más de 20 años, aprobados según las exigencias de la ANMAT. A diferencia, en los países desarrollados, estos medicamentos biotecnológicos biosimilares son una "novedad" ya que ingresaron en el mercado en el año 2006 cuando se aprobó el primer medicamento biosimilar por la Unión Europea porque en ese tiempo había caducado la patente de los medicamentos innovadores.

En Cilfa hay varias Compañías Biotecnológicas Argentinas y las más importantes son: Biosidus, Gemabiotechy PharmADN. Las dos primeras producen el Ingrediente Farmacéutico Activo de carácter biotecnológico y la Especialidad Medicinal, PharmADNva a elaborar el principio activo biotecnológico. Además, contamos con otros laboratorios que también están trabajando en este tipo de terapias como son: Beta, Gador, Casascoy Elea.

La industria farmacéutica. Sector incluido en el Plan Estratégico Industrial 2020

Como dijo la presentadora, soy Economista por lo tanto no puedo resistir la tentación de mostrarle algunos números en relación a la significación de la Industria Farmacéutica en la estructura industrial argentina.

Como Uds. pueden ver en el esquema, los valores de lo que es hoy, el mercado interno del medicamento y nuestra proyección internacional con las exportaciones; y lo más relevante es que nuestro sector industrial ya representa el 4,9% del Producto Bruto Interno de la industria manufacturera de la Argentina.



Fuente: Lic. Miguel A. Maito. 2012

La **Industria Farmacéutica Argentina** tiene algunas características que la distinguen del resto de los países de la región, los laboratorios nacionales tienen una muy fuerte presencia en el mercado local, hecho que no ocurre en otros países de América Latina.

En la actualidad, se produce más de 650 millones de unidades/año las que se incrementaron en un 8,2% entre el año 2003 y el 2011. En este mismo período, en pesos, el crecimiento ha estado en un 20,5% anual acumulativo pero este incremento es relativamente bajo, porque como Uds. saben la Industria Farmacéutica tiene una administración de precios por parte de la Secretaría de Comercio Interior desde el año 2007, con aumentos que no van más allá del 12,5%, en estos últimos 2 o 3 años.

Las exportaciones están teniendo una muy buen *performance*, con tasas de crecimiento muy importantes y las empresas están diversificando mercados de destino. De 806 millones de dólares obtenidos en el año 2011, 55 millones corresponden a exportaciones de Ingredientes Farmacéuticos Activos Biotecnológicos y Medicamentos Biotecnológicos.

Además, desarrolla proyectos biotecnológicos y de bioingeniería vinculados con la salud humana, ocupando personal altamente calificado.

Esta industria tiene un proyecto de crecimiento y expansión de sus actividades en el país y en el mundo, conformando el sector que agrupa mayor cantidad de empresas argentinas con actividades de proyección internacional.

El mercado mundial de medicamentos biológicos y biotecnológicos

Les voy a mencionar algunos datos mundiales acerca del mercado de los medicamentos para que puedan darse cuenta donde estamos ubicados.

El mercado mundial de medicamentos en el año 2011 ascendió a 941.000 millones de dólares, de los cuales América Latina representa solamente el 5,1%. De esos 941.000 millones de dólares, el 17% son medicamentos biológicos y biotecnológicos y se espera que ese porcentaje crezca al 23% en el año 2016.

Todo esto son proyecciones de la consultora internacional IMSHealth. Otro dato muy característico es que los 10 primeros productos a nivel mundial, concentran el 34,5 % de esas ventas, con un crecimiento anual del 10,3% respecto del año 2010. Como pueden observar en el siguiente cuadro, estos 10 productos pertenecen a compañías internacionales.

PRINCIPALES MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS EN EL MUNDO

	Producto	Ventas en millones U\$S	% de participación	Crecimiento resp. año ant.
1	Humira	7.295	4,6%	17,8%
2	Enbrel	6.756	4,3%	6,7%
3	Remicade	6.754	4,3%	8,4%
4	Mabthera	5.703	3,6%	8,6%
5	Lantus	5.490	3,5%	15,2%
6	Avastin	5.362	3,4%	-7,5%
7	Herceptin	4.792	3,1%	7,9%
8	Neulasta	4.239	2,7%	9,4%
9	Copaxone	3.903	2,5%	24,2%
10	Lucentis	3.816	2,4%	26,9%
	Sub- total 10	54.110	34,5%	10,3%
	TOTAL	156.625	100,0%	8,8%

Fuente: IMS

Estos medicamentos biológicos y biotecnológicos se destinan a una serie de patologías y tratamientos muy diversos, como por ejemplo:

- Enfermedades autoinmunes 15%
- Tratamientos oncológicos 15%
- Diabetes 13%
- Vacunas 8%
- Esclerosis múltiple 7%

En relación a la participación de los principales países en el mercado mundial de medicamentos biológicos y biotecnológicos en el año 2011 es de:

- EE.UU. 46%
- Japón 9%
- Alemania 8%
- Francia 6%
- Italia 4%
- Canadá, Reino Unido y España 3% cada uno
- Países farma emergentes 9,5%

Dentro de los principales **países farma emergentes y su participación** es de: Brasil (2,4%), China (2,1%), Rusia (1,8%), Turquía (0,8%) y Argentina (0,5%, equivale a U\$S 800 millones).

Argentina y los medicamentos biológicos y biotecnológicos

Los antecedentes en la Argentina de los primeros desarrollos de estos medicamentos se remontan, en el caso de los biológicos a: vacunas (Instituto Malbrán), fermentación de antibióticos, productos endocrinológicos (Elea e Inst. Massone), insulina (Beta y ChemotécnicaSintyal), y en cuanto a los biotecnológicos, los primeros desarrollos fueron de interferón leucocitario y eritropoyetina (Biosidus).

En la actualidad, en el Mercado Farmacéutico Argentino hay 17 empresas nacionales que fabrican y/o comercializan medicamentos biotecnológicos, y unas 20 empresas multinacionales que importan y comercializan estos productos en el mercado local.

La Argentina tiene una industria biotecnológica ya con más de 20 años y esto responde a un conjunto de **factores que promovieron el desarrollo y la fabricación local de medicamentos biotecnológicos**, entre ellos, una estructura relevante de recursos humanos del sistema científico tecnológico nacional, en especial en las ciencias biomédicas. Además, la alta capacitación de los recursos humanos del sector privado, en las disciplinas científicas asociadas al desarrollo de la biotecnología moderna, y una legislación, en materia de propiedad intelectual que fue con-

sistente con lo que se estableció en los acuerdos multilaterales en el año 1994, que otorgó los períodos de transición, que estaban establecidos en ese acuerdo, y que permitieron que muchas moléculas, que en otros países estaban bajo protección de patentes, en la Argentina estuviesen en el dominio público.

Características del mercado de los medicamentos biotecnológicos

En el mercado argentino, hoy existen 87 productos o marcas comerciales de medicamentos biotecnológicos, excluyendo las vacunas. De esos 87 productos se comercializan 41 principios activos biotecnológico, y de estos últimos hay 30 principios activos biotecnológicos que tienen un solo oferente, en los 11 restantes, existe fabricación por empresas de capital nacional. Pero hay 5 principios activos biotecnológicos que son fabricados y comercializados exclusivamente por empresas nacionales como: Eritroproyectina, Interferón alfa, Interleukina, Lenograstim y Molgramostim.

En Cilfa realizamos un relevamiento en las empresas biotecnológicas que pertenecen a esta cámara y también, lo hice con las empresas biotecnológicas nacionales que están en Cooperala, y hasta julio de 2012, según los datos obtenidos, la industria nacional fabricó y comercializó en el país y en el exterior más de 190 millones de unidades de medicamentos biotecnológicos. Además debo agregar, que no se tuvo ningún tipo de reporte de Farmacovigilancia, de eventos adversos o falta de eficacia. Es decir, no existen datos que puedan inducir a pensar que la biotecnología fabricada por la industria argentina puede ser de mala calidad.

Los biosimilares y las reglamentaciones sanitarias para su registro y autorización

En el mundo, los biosimilares surgen por la caducidad de las patentes de los medicamentos innovadores. A partir de esto se

genera una discusión regulatoria porque, como había solamente medicamentos innovadores en los países desarrollados, se plantea cómo realizar un procedimiento de aprobación abreviado para la aprobación de los biosimilares. La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) emitió las primeras guías para la aprobación de biosimilares, en el año 2005. La OMS, en el año 2009, aprobó la guía "Guidelines on Evaluation of Similar Biotherapeutic Products", que es la están siguiendo prácticamente todas las autoridades regulatorias. La FDA recién publicó tres guías en febrero de 2012. Varios países de América Latina están adoptando guías específicas para la aprobación de medicamentos biosimilares.

En relación a las primeras aprobaciones de biosimilares, la EMA aprobó en el año 2006, la Somatropina y en el año 2007, la Eritropoyetina.

En Argentina, la ANMAT, hasta la fecha, dictó las siguientes reglamentaciones:

- *Disp. ANMAT 7075/11*: Establece los requisitos y exigencias para el registro de especialidades medicinales de origen biológico.
- *Disp. ANMAT 7729/11*: Aprueba los requisitos y lineamientos para el registro de especialidades medicinales de origen biológico cuya composición cuali-cuantitativa, indicación terapéutica y vía de administración propuestas, tienen antecedentes en otras especialidades medicinales de origen biológico autorizadas y registradas ante la ANMAT u otra Autoridad Sanitaria Reguladora de nivel equivalente a la ANMAT (medicamento biológico de referencia o comparador), de las que exista evidencia de comercialización efectiva y suficiente caracterización de su perfil riesgo-beneficio.
- *Disp. ANMAT 3397/12*: Aprueba los requisitos específicos para la presentación de solicitudes de autorización

e inscripción de medicamentos biológicos y/o anticuerpos monoclonales obtenidos por métodos de ADN recombinante.

Estas son las 3 primeras guías, y faltarían la de comparabilidad de un medicamento biotecnológico/biosimilar con el innovador.

Existen controversias en la **discusión regulatoria internacional y latinoamericana** ya sea por los **diferentes nombres**: biosimilares, follow on biologics (EE.UU.), subsequent entry biologics (Canadá), biocomparables (México), biogénicos, productos biológicos con antecedentes (Argentina), entre otros. También, por la **extensión de los estudios analíticos y clínicos necesarios para la demostración de biosimilaridad** en relación al tipo de molécula que se está estudiando, si son productos biotecnológicos de primera generación (Interferón, Interleukina) o los anticuerpos monoclonales. Otra discusión es sobre si la **aplicación de las guías es** con carácter retrospectivo para medicamentos biosimilares que están en el mercado o solamente para las nuevas autorizaciones de comercialización de biosimilares. Y además, la **sustitución de los medicamentos biosimilares**. En principio pensamos que a priori no se puede decir que no a la sustitución de un medicamento biosimilar por un innovador o al revés, eso será un tema que tendrá que ser evaluado muy profundamente por el médico prescriptor y de acuerdo a la situación y a la patología del paciente.

Algunas conclusiones

- En Argentina existen productos biotecnológicos desde hace más de 20 años, aprobados de acuerdo a las exigencias de la ANMAT.
- Los Laboratorios Farmacéuticos Nacionales han fabricado y comercializado más de 190.000.000 de unidades de medicamentos biotecnológicos, en el país y en el exte-

rior, sin que se hayan verificado reportes adversos de Farmacovigilancia.

- Los medicamentos biosimilares argentinos puestos a disposición de los pacientes han servido para el mayor acceso a la población a este tipo de productos, con una experiencia terapéutica altamente positiva.
- Las Agencias Regulatorias tienen la capacidad legal e instrumentos para sacar del mercado a los medicamentos biotecnológicos que no cumplan con las especificaciones de calidad y eficacia, como a cualquier otro producto farmacéutico.
- Ninguna reglamentación que implique sacar del mercado a productos ya aprobados, sólo por el hecho de producirse por métodos biotecnológicos, puede ser positiva para la salud de la población.

Bueno, esto es todo, y muchas gracias por poder formar parte de esta mesa.

Dr. Daniel Ciriano

Buenas tardes a todos, quiero comenzar por agradecer a los organizadores por haberme invitado en este décimo año de las Jornadas de FEFARA. Para mí es un gusto, no es la primera vez que participo, son reincidentes en la imprudencia, y espero en este cumpleaños especial no defraudarlos.

Mi intención es compartir con ustedes algunos temas que tienen que ver con el desarrollo y con algunos aspectos clínicos y regulatorios internacionales de los productos biológicos o biotecnológicos.

Los medicamentos biológicos o biotecnológicos se sintetizan, en general, por medio de la tecnología de ingeniería genética usando bacterias o líneas celulares y se tratan de moléculas más grandes, con un peso molecular alto y una estructura química más lábil, más sensible. Esto ocasiona una dificultad adicional para poder caracterizarlas y purificarlas y la necesidad de contar con un proceso de manufactura compleja.

Los medicamentos biológicos no son nuevos, el primer Premio Nobel de Medicina del Siglo XX, en el año 1901, lo obtuvo un fisiólogo y médico precisamente por el desarrollo del suero antidiftérico, y ese fue el primer gran reconocimiento a la posibilidad de usar agentes biológicos con algún tipo de aplicación terapéutica. Luego a lo largo del Siglo XX, y con una explosión muy grande en los últimos años, los medicamentos biológicos han sido utilizados en diferentes enfermedades, en diferentes partes de los procesos diagnósticos. Hoy en día, existen un número importante de productos y algunos de ellos, han tenido un impacto en la calidad de vida o en la sobrevivencia de los pacientes

que realmente, es relevante. Entre ellos se encuentra la Insulina, el Interferón para el tratamiento de los pacientes con hepatitis, la Eritropoyetina para el tratamiento de las anemias, los anticuerpos monoclonales para tratar pacientes con linfomas o con cáncer de mama HER2 positivo. Estos son algunos ejemplos de los muchos que existen, donde los productos biológicos han tenido un impacto terapéutico muy importante.

No es lo mismo la **complejidad** de una molécula que está compuesta por una secuencia de aminoácidos como la Insulina que la de un anticuerpo monoclonal complejo. Esto tiene un impacto en algunos aspectos regulatorios porque, claramente, a mayor complejidad más dificultad para caracterizarlas y mayor es la posibilidad de que ocurran algunos tipos de consecuencias relacionadas con la eficacia y la seguridad.

La **manufactura** de los productos biológicos tiene que ver con la utilización de técnicas de ADN y de ingeniería genética y la posibilidad de hacer líneas celulares que produzcan una proteína para la cual modificamos genéticamente esas líneas celulares. Esas líneas celulares luego se amplifican, dan lugar a bancos celulares maestros, bancos celulares de trabajo y esto, después, a través de una tecnología de fermentación con volúmenes de siembra creciente permite generar una producción desde pequeños hasta grandes volúmenes de productos.

Finalmente, se purifican y se obtiene lo que va a ser introducido en viales para que sea posible aplicarlos farmacéuticamente a los pacientes. El resultado, lo que llega a la cama del paciente, es un producto heterogéneo porque en realidad de lo que se trata es de una solución compuesta por productos tecnológicos proteicos, variados. Esto lo diferencia de los productos que contienen moléculas de química fina, muy caracterizable, por ejemplo un comprimido de un analgésico. De hecho muchas de estas moléculas deben ser administradas en forma parenteral porque si fueran administradas por vía oral, la mayoría, serían digeridas por las enzimas digestivas y no tendrían un efecto terapéutico.

En cuanto al **desarrollo** de los productos biológicos, éste no difiere en relación a las etapas que se deben seguir para desarrollar un producto innovador, es lo que se hace habitualmente con cualquier otro producto farmacéutico.

Hoy en día, para una gran mayoría de estos productos lo interesante es que se desarrollan **biomarcadores** para poder aplicarlos de una manera más personalizada, no paciente por paciente, sino en subpoblaciones. Estos biomarcadores permiten, por ejemplo, detectar una subpoblación de pacientes con un determinado tipo de cáncer que exprese un determinado receptor o una determinada proteína y que el producto biológico trate específicamente a los que sobreexpresan esta proteína. Por eso existe un plan de definición de biomarcadores que va en paralelo con el desarrollo clínico de estos productos biológicos, sobre todo en los últimos 5 a 7 años.

Los productos biológicos tienen una conocida particularidad con respecto a la posibilidad de desencadenar fenómenos inmunes, esto tiene que ver con la **seguridad** de estos productos. De allí la importancia de realizar un seguimiento de todos los efectos adversos que pueden presentar estos medicamentos, no solo durante el desarrollo sino también luego de su comercialización a través de un programa extenso de Farmacovigilancia.

Es muy importante la **Farmacovigilancia** porque, en realidad, todos recibimos reportes de eventos adversos por el uso de los productos biológicos, que confirman el perfil de seguridad conocido. Pero además, nos permite detectar nuevos eventos adversos que durante los estudios clínicos no se manifestaron, debido al tamaño de las muestras por una cuestión epidemiológica. Por ejemplo, no se podrían detectar algunos eventos adversos que pueden aparecer cada 10.000, 20.000 o 30.000 pacientes que son tratados con estos medicamentos. Todos aquellos que producen y comercializan productos biológicos deben tener, como con cualquier otro producto farmacéutico, un sistema "robusto" de Farmacovigilancia para realizar este seguimiento posterior a la comercialización.

En cuanto a la **nomenclatura**, un *producto innovador* es el resultado de una investigación y desarrollo, es el primero que obtiene una aprobación de las autoridades sanitarias en una nueva clase de medicamentos, y habitualmente se reconoce como el original o producto de referencia. Un producto genérico es una copia, éste es un concepto que se aplica a las moléculas de química fina, pero no en los productos biológicos, sí el concepto de *producto biosimilar*. Además, los productos biogénicos como definición no existen. Esto es para no generar confusión por una cuestión de tipo técnico regulatoria.

Quienes producen un **producto biosimilar** deben demostrar la similitud con el innovador, en términos de calidad, de parámetros preclínicos, estructurales, clínicos, a través de diferentes tipos de estudios comparativos, y deben cumplir los criterios que definen las autoridades regulatorias al respecto. Como mencionó anteriormente el Mg. Maito, la OMS, la FDA, la EMA, la ANMAT emiten guías y regulaciones que permiten hacer este ejercicio de acuerdo a los requisitos de cada territorio.

Existen también, los **"intentos de copia"** que, como una cuestión general de nomenclatura, se definen como aquellos productos que son copias de innovadores pero que no han demostrado a través de estudios, su seguridad y su eficacia, es decir, no han cumplido con los criterios establecidos. En una gran mayoría de los casos, no han cumplido porque los criterios y los requisitos regulatorios son nuevos, y de hecho se está discutiendo cómo se debe proceder con esos productos que están en el mercado.

En relación al tema algunos opinan que, el tiempo ha dado la prueba de que deben permanecer en el mercado; otras agencias regulatorias, plantean que pueden estar durante un tiempo para generar un cierto tipo de datos que complementen la historia del uso y, los más estrictos sostienen que deben retirarse hasta que prueben sus usos. Al respecto, hay que tener en cuenta que en algunos países la legislación es de

este año o del año pasado y que los productos solo tienen un año en el mercado.

Los **productos biomejorados**, los que los anglosajones llaman "biobetter" son productos biológicos que tienen algún tipo de modificación que produce una mejora ya sea en su seguridad o en su aplicación o facilidad en su uso, como por ejemplo, la pegilación de algunos interferones, algunas cuestiones de glicoingeniería que mejoran la eficacia en algunos anticuerpos monoclonales conocidos. En realidad, es un producto diferente y como tal requiere un desarrollo completo igual que si fuera un nuevo producto innovador.

Anteriormente mencioné el tema de porque se requieren **pruebas de similitud** en el caso de productos biosimilares, y es que presentan una estructura difícil de caracterizar y tienen un proceso de manufactura diferente por lo que existen datos que no pueden ser extrapolados de forma automática, pero el foco de la similitud no tiene que estar en qué beneficio le proporciona al paciente. Si el producto es biosimilar, el que tuvo que demostrar el beneficio y tuvo que probarlo es el innovador, no se le puede solicitar a quien produce un producto biosimilar que replique estudios para mejorar o para demostrar ese beneficio, sí una serie de pruebas analíticas comparativas que deben ser realizadas de acuerdo a estándares y que son definidos por las guías de las entidades regulatorias.

Hay que tener en cuenta que en este tipo de productos, pequeñas variaciones que no pueden ser caracterizadas fácilmente debido a la gran cantidad de variaciones posibles, pueden afectar su eficacia y seguridad. Al no poder caracterizar de la misma manera que una molécula de química fina lo ideal es complementarla con estudios clínicos. Esto se realiza a través de análisis específicos y sensibles pero hay una caracterización extendida con un conocimiento adicional del producto y una comprensión de los procesos de manufactura. Esto está en línea con los procedimientos de aprobación abreviados, que mencionó an-

teriormente el Lic. Maito. Las autoridades regulatorias en vez de solicitar, en algunos casos, el *dossier* completo van tratando de entender cómo va avanzando el proceso en la producción y en el desarrollo y a partir de ahí solicita de acuerdo a dicho proceso, el resto del *dossier*.

Algunas cuestiones de caracterización son complejas, esto tiene que ver con las características y propiedades fisicoquímicas, y con la heterogeneidad del producto. Esto puede tener impacto en la **inmunogenicidad** y es muy bien conocida la producción de anticuerpos contra este tipo de fármaco.

La inmunogenicidad no debe ser presentada como una barrera para el desarrollo de productos biosimilares ni para nuevos productos biológicos lo que hay que hacer es trabajar adecuadamente para garantizar que los pacientes que van a recibir estos productos sean tratados en las mismas condiciones de seguridad y eficacia que los tratados con otros tipos de productos. El desarrollo de anticuerpos podría ocasionar modificaciones y alteraciones en la farmacodinamia y farmacocinética de la droga, disminución de su eficacia, aparición de síndromes de tipo complejos inmunes, respuesta de hipersensibilidad, reactividad cruzada al homólogo, entre otras. De hecho una de las hipótesis de porque se produjeron algunos eventos secundarios en un innovador que cambió su proceso de manufactura, en el caso de una eritropoyetina, es que posiblemente la reacción alérgica bloqueaba la propia eritropoyetina del paciente y le ocasionaba anemia.

En realidad, muchos de los **mecanismos inmunológicos** no están adecuadamente dilucidados y por ello se están estudiando para diferentes tipos de drogas incluyendo los anticuerpos monoclonales. Se sabe que hay pacientes que reaccionan más a unos que a otros medicamentos y que esa respuesta estará condicionada por el tipo de enfermedad que está siendo tratada y el entorno del paciente. Por lo tanto habrá que determinar qué tipo de inmunogenicidad puede haber y para ello lo que hay que

hacer es evaluar diferencias con el innovador. Esto se hace con estudios preclínicos cuya predicción es limitada pero que se pueden hacer *invivo*, *invitro* e *insilico*, es decir con modelos computacionales. Luego hay que hacer estudios clínicos comparativos para detectar y caracterizar los anticuerpos, observar qué ocurre con estos a lo largo del tiempo y cómo afecta la farmacocinética, entre otros.

Es fundamental, como se mencionó, la implementación de un **Sistema de Farmacovigilancia adecuado**, posterior a la comercialización, que pueda identificar la aparición de reacciones que no se detectaron durante los estudios previos.

En Europa existe una **regulación** compleja, que se va revisando permanentemente, para todos los productos biológicos incluyendo los biosimilares. Se les solicita, como se mencionó, un *dossier* abreviado. La OMS proporcionó un estándar regulatorio, una guía, no una ley ni una regulación global, para que los países tengan un punto de referencia para hacer sus regulaciones. También la FDA, en el mes de febrero, publicó algunas guías para la industria. En Latinoamérica, los diferentes países de la región han emitido distintos tipos de regulaciones para los productos biológicos, los productos biosimilares, para los cambios de manufactura.

En nuestro caso, las diferentes Cámaras participamos en discusiones con la autoridad regulatoria para plantear las distintas perspectivas que tenían que ver con la generación de un entorno regulatorio. Desde la ANMAT y del INAME se consultaron técnicos relacionados con las empresas e independientes, no solo de la Argentina sino también del exterior. Luego se publicaron, previa discusión pública, proyectos de disposiciones que finalmente la autoridad regulatoria las emitió. Estas disposiciones necesitan ser complementadas por algunas guías que ayuden a los productores a presentar el mejor *dossier* posible para que la autoridad regulatoria pueda evaluar de la mejor forma el tipo de producto que se presenta para autorizar.

Básicamente, los desafíos actuales son por un lado adecuar el proceso regulatorio a la tecnología y por otro la posibilidad de evaluar *dossier* completo, que es algo que la ANMAT tiene todavía como un desafío. Es decir, el *dossier* que puede presentarse sin antecedentes en otros territorios, que no han sido evaluados previamente por otras autoridades regulatorias.

Bueno, esto es todo, les agradezco muchísimo por la atención y quedamos a su disposición para responder preguntas.

Perspectivas y desarrollos de la Industria Biotecnológica en Argentina

Lic. Alejandro Rubén Darío Krimer

Buenas tardes, me sumo a los agradecimientos a las autoridades de FEFARA por haberme invitado y a las felicitaciones por el décimo aniversario. No es tan fácil mantener este tipo de historia sobre todo cuando se debaten temas tan ríspidos y me parece que lo han manejado de un modo notable.

Para comenzar con nuestro tema, es fundamental hablar de los **antecedentes** porque la Argentina y Cuba, que son los dos únicos países en Latinoamérica que producen proteínas recombinantes en la actualidad, han sido pioneros.

En **Argentina** se crea BioSidus a inicios de los años 80, paralelamente a nivel mundial comenzaban a desarrollarse la industrias biotecnológicas. En 1990 introduce la Eritropoyetina, lo que fue posible, en parte, por la Ley de Patentes que en ese momento permitía la copia. Luego, incorpora Interferon alfa y Filgrastim. Posteriormente aparecen compañías como Zelltek, PCGen y Cassará.

Es de destacar que a la fecha, se llevan vendidas en todo el mundo millones de dosis de proteínas recombinantes producidas en Argentina sin NINGUN efecto adverso demostrado.

Hoy en día, en la Argentina hay varios **Laboratorios Productores** de proteínas recombinantes, esto es importante te-

niendo en cuenta que ni siquiera Brasil tiene uno. Podemos mencionar a Biosidus, el grupo AmegaBiotech que incluye Zelltek, PCGen, Gemabiotech, Chemo Group, Cassará, Sanofi que produce exclusivamente el antígeno de la Hepatitis B (HBSAg) para la vacuna polivalente. Por otra parte, ya no a nivel de proteínas recombinante pero sí en relación a la producción de biológicos se encuentra el Laboratorio de Hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba que produce albúmina y Factor VIII humanos, entre otros productos y el Instituto Massone, que elabora Gonadotrofinas e inclusive las exporta a Estados Unidos.

Actualmente, en nuestro país, hay 16 laboratorios nacionales y 20 multinacionales que comercializan productos biológicos pero hay que tener en cuenta que cerca del 80% de los Ingredientes Farmacéuticos Activos siguen siendo importados. El laboratorio Sanofi es la única empresa multinacional que produce en el país con tecnología local. Cuenta con una planta en la localidad de Pilar, Prov. de Buenos Aires, donde se produce el antígeno que luego se exporta para la elaboración de las vacunas que se fabrican a nivel mundial.

Plantas Biotecnológicas y Capacidad de Producción

El Laboratorio Biosidus tiene dos plantas de producción, una de procariotas y otra de células de mamíferos, el Grupo Amega tiene dos plantas que son de procariotas, una de células de mamíferos y dos en construcción, el ChemoGroup cuenta con PharmADN que es de células de mamíferos y con SinergiumBiotech que es la planta de vacunas y finalmente, Sanofi que tiene una planta de levaduras.

La producción actual se mide en Kg de proteína recombinante/año. Y estos kilos/años en función de las dosis, considerando las dosis más vendidas o las presentaciones farmacéuticas más vendidas, implican aproximadamente:

Eritropoyetina: 50 millones de dosis de 2.000 UI/año

Filgrastim: 3 millones de dosis de 30 MUI/año

Interferón alfa: 3 millones de dosis de 10 MUI/año

Interferón beta 1a: 5 millones de dosis 44 mcg/año

Estos datos indican una capacidad industrial clara y concreta en la Argentina de hoy.

Proteínas recombinantes en Argentina

A continuación, podemos observar las proteínas recombinantes que se producen por laboratorios nacionales, las que están aprobadas pero no en producción y las que están en registro y en desarrollo en Argentina.

- **Producidas/Aprobadas**

Eritropoyetina

Interferón alfa 2a

Interferón alfa 2b

Interferón beta 1a

Interferón beta 1b

Filgrastim (G-CSF)

Lenograstim (G-CSF)

Molgramostim (GM-CSF)

FSH

Somatropina (GH)

Pegfilgrastim

- **En registro**

Etanercept

PTH

Factor VIII

Insulina

Peg Interferón

- **En Desarrollo**

Peg Interferón alfa 2a

Peg Interferón alfa 2a

Rituximab

Otros MABs

MABs modificados

El Mercado y las Proteínas

Las ventas totales en el año 2011, de las dos principales compañías productoras como Biosidus y el Grupo Amega fueron de 36 millones de dólares y 32 millones de dólares, respectivamente. Pero del porcentaje de ventas, según las empresas, entre el 75% y el 90 % de la producción se ha exportado. Esto

significa, además de recursos humanos calificados y bien remunerados, y de ingresos de divisas, un aseguramiento de la calidad ya que estas proteínas van a ser componentes de medicamentos elaborados en otros países y que si produjeran algún evento adverso, sería conocido.

La aparición de las Compañías Farmacéuticas Biotecnológicas en la Argentina ha sido fundamental en la regulación de precios en el mercado. Esto se puede observar en el cuadro donde se presentan los precios comparativos, de un mismo producto, según las marcas comerciales de los distintos laboratorios, y las dosis. Para igualdad de dosis, el precio del medicamento biosimilar elaborado por Biosidus tiene un costo mucho menor que el importado. En el caso de Inmunomas[®], el costo es aún menor, posiblemente, porque recién está saliendo al mercado. Con Filgrastim ocurre lo mismo.

Ahora, si comparamos los precios de algunos medicamentos entre Estados Unidos y Argentina, por ejemplo para el Adalimumab, en nuestro país es más alto, como se puede observar en el cuadro. No ocurre lo mismo con la Eritropoyetina y el

Precio comparativo de Productos Biosimilares

Producto	Marca	Forma Farmacéutica	Compañía	Precio \$ pesos	Origen
INTERFERON BETA 1 A	REBIF NF	22 mcg Jer. Prell. x 12	Merck Serono	33.566,63	Importado
	REBIF NF	44 mcg Jer. Prell. x 12	Merck Serono	34.307,04	Importado
	BLASTOFERON	22 mcg Jer. Prell. x 12	Sidus	19.537,10	Nacional
	BLASTOFERON	44 mcg Jer. Prell. x 12	Sidus	19.984,40	Nacional
	INMUNOMAS	22 mcg Jer. Prell. . x 12	Gemabiotech	11,904.50	Nacional
	INMUNOMAS	44 mcg Jer. Prell. . x 12	Gemabiotech	12,167.17	Nacional
FILGRASTIM	NEUPOGEN	30 MUI / Jer. Prell. x 1	Roche	472,07	Importado
	NETROMAX	30 MUI/ Jer. Prell. x 1	Sidus	328,90	Nacional

Fuente: Alfabeta y Kairos Argentina

Interferón Alfa 2b. Esto es porque tanto Hemax[®] como Bioferon[®], están elaborados con proteínas argentinas. Lo mismo ocurre en otros países como Brasil, Venezuela, Colombia, donde existen medicamentos que contiene proteínas elaboradas acá. En realidad, el avance del mercado ha sido muy grande y la caída de los precios también.

Precios comparativos entre Estados Unidos y Argentina

HUMIRA [®] (Adalimumab) Abbott 40mg/0.8ml Jeringa x 2 Precio en USA (*)	U\$ 2.458,34
HUMIRA [®] (Adalimumab) Abbott 40mg/0.8ml Jeringa x 2 Precio en Argentina (**)	U\$ 3.389,46
PROCRIT [®] (Epoetin alpha) J&J 20.000 IU/ml MDV Vial x 1 Precio en USA	U\$ 1.800,00
HEMAX [®] (Eritropoyetin) Sidus 20.000 IU/ml MDV Vial x 1 Precio en Argentina	U\$ 137,88
INTRON A [®] (Interferon Alfa 2b) Merck 10 MUI X 1ml Vial Precio en USA	U\$ 203,29
BIOFERON (Interferon alfa 2b) Sidus 10 MUI X 1ml Vial Precio en Argentina	U\$ 47,61

*Fuente: RX USA. ** Fuente: Alfabet Argentina.
Cambio 1 U\$S = 4,65 pesos

Evolución de los Anticuerpos Monoclonales

El primer anticuerpo monoclonal fue de origen **murino**, obviamente tenía una baja efectividad y una alta inmunogenicidad. Luego, se desarrollaron los de tipo "**quimérico**" por ingeniería genética. Estos anticuerpos están compuestos por regiones constantes humanas y regiones variables de cadenas pesadas y ligeras de ratón. Por consiguiente, un anticuerpo quimérico mantie-

ne la especificidad por la unión del anticuerpo de ratón original, pero contiene menos secuencias de aminoácidos extrañas para el sistema inmunológico humano. Un ejemplo de este tipo de anticuerpos es el Rituximab que, aproximadamente, tiene un 25% de origen murino y un 75 % humano.

Tiempo después, se obtuvieron los anticuerpos **humanizados**, en los cuales se transfieren los CDR provenientes de las inmunoglobulinas de ratón a estructuras de las regiones variables de cadenas pesadas o ligeras de una inmunoglobulina proveniente de una especie diferente, en este caso, la humana. Un ejemplo es el Trastuzumab (Herceptin®) en el cual la cantidad de secuencias murinas es alrededor del 5 %, esto le otorga una alta especificidad y una baja inmunogenicidad.

Finalmente, se desarrollaron los anticuerpos **100 % humanos** (*full human*), el ejemplo de este tipo de anticuerpos es el Adalimumab. Este tipo de compuestos presentan muy baja inmunogenicidad, algunos sostienen que no son inmunogénicos, esta afirmación no la comparto.

Estrategias y Nuevos desarrollos

Respecto a las estrategias y a los nuevos desarrollos se abre un camino muy amplio. El ciclo de desarrollo e innovación es el modelo de Japón, copiar, mejorar e innovar. Las primeras mejoras se dieron en procesos industriales a partir de la experiencia de copia. Luego aparecen las mejoras o biobetters (PEGs, NESP). Finalmente se trabaja sobre moléculas novedosas, y los MABs son ideales, porque permiten innovaciones a distintos niveles.

Sin embargo, las multinacionales, paradójicamente, han iniciado el camino inverso a partir de la caída de patentes de sus *blockbusters* Biotecnológicos. Ellas han iniciado alianzas estratégicas con *partners* en el campo de los Biosimilares, de manera de seguir teniendo primacía en el mercado.

Nuevos desarrollos

Sintéticamente les voy a comentar sobre qué están trabajando, actualmente, algunas compañías y es en:

- MABs contra nuevos targets
- MABs acoplados a citotóxicos
- MABs acoplados a inmunomoduladores
- MABs con mutaciones para mayor respuesta post unión
- MABsbiespecíficos

Conclusiones

En nuestro país se producen proteínas que se exportan a decenas de países, se están desarrollando nuevas tecnologías y moléculas innovadoras. Se ha logrado una mayor accesibilidad a este tipo de medicamentos por parte de la población y por otra parte, se generan divisas y empleos para el país. En resumen, existe una Industria Biotecnológica/Biológica en Argentina con altos estándares de tecnología y calidad y que compite exitosamente a nivel mundial.

Esto es todo, muchas gracias por la atención y estoy a disposición para responder cualquier inquietud.

Preguntas y Comentarios

Mg Miguel Maito: *Necesariamente tengo que hacer un comentario con respecto a la presentación del Dr. Daniel Ciriano porque hay una filmina que habla del intento de copia vinculado a los productos que están en el mercado y para nosotros como industria nacional no es aceptable ese concepto bajo ningún punto de vista porque detrás de eso hay toda una connotación comercial que no es el motivo de esta mesa. Además, quiero dejar claro que lo importante es que tenemos una industria farmacéutica que es estratégica y como dijo el Lic. Krimer, por suerte podemos fabricar algunos de estos medicamentos en el país porque si no dependeríamos de la importación. En relación a las regulaciones, nosotros estamos de acuerdo con que existan regulaciones fuertes que garanticen la seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos pero no con la imposición de "super" estándares que obedecen a otras razones. El medicamento tiene que cumplir una función y para lograrlo tiene que ser accesible para la población, y la industria nacional permite ese acceso.*

Dr. Daniel Ciriano: *No es la idea hacer ninguna polémica, lo que traté es de distinguir aquellos productos que se registran a través de un complejo proceso que implica el cumplimentar un dossier regulatorio. No mencioné a la Argentina, sí en otros países se han presentado productos que no tienen ningún tipo de respaldo preclínico ni clínico, entonces la manera de distinguirlos pasa por la nomenclatura. Está claro, y creo que todo coincidimos, que es necesario una regulación que garantice que los productos, no solamente se puedan utilizar en forma eficaz y segura en nuestro país, sino que también puedan exportarse.*

La regulación no debe ser una barrera al acceso y, si los biosimilares mejoran la posibilidad de acceso a la población, es necesaria y deseable por supuesto. Y por otro lado también las empresas tendrían que implementar políticas que eviten esas grandes distorsiones de precios que se mostraron y que seguramente no deben tener ningún otro sostén que no sea el comercial. Entonces, quiero que quede claro que mi intención fue tratar de agregar una definición de nomenclatura para productos que tienen claramente una situación diferente, y creo que para un biosimilar que hizo todo lo que debe hacerse en el desarrollo preclínico, en la manufactura y en los ensayos clínicos es importante que se lo distinga de aquellos que no pasaron por ese proceso.

Dra. Graciela Ciccía: *Si es una cuestión de nomenclatura nos parece bien, creo que toda la mesa está de acuerdo con que nosotros nos basamos en calidad, en estándares internacionales, en inversión privada con planta e infraestructura que cumple normas. En el caso de PharmADN que está fabricando Rituximab, el esfuerzo para hacer un biosimilar productivo es casi mayor que hacer una molécula original como por ejemplo Racotumomab. Esto es porque cuando se produce un original se desarrolla un método sin tener que compararlo, en cambio cuando se desarrolla un biosimilar teniendo un patrón de referencia tan excelente como es el Mabthera® de laboratorio Roche se tiene que hacer todo su control productivo para que sea exactamente idéntico al patrón de referencia. Hoy la analítica de proteínas nos permite realizar esos análisis, los que no se pueden hacer en la Argentina se envían al exterior. También, tenemos el apoyo del Ministerio de Ciencia que invierte en equipamiento para que se puedan realizar estos estudios que en una empresa privada a veces resulta poco efectivo económicamente. Me parece que el común denominador que tenemos todos es la defensa de los productos de calidad, de estándares internacionales pensando en que esos productos van a los pacientes, entonces lo que queremos es accesibilidad, competitividad y estándares de calidad aceptables.*

Audiencia: Soy Alfredo Ahuad, médico, represento a CAEME y mi intención no es para nada polemizar pero como se mencionó la Cámara me parece que tengo el derecho por lo menos de hacer un comentario. En ningún momento, desde la Cámara se habló o subestimó o cualquier adjetivo descalificativo a los biosimilares. Únicamente, los biosimilares deberían cumplir los estándares que hoy todas las organizaciones internacionales exigen para sus países con lo cual está bien, es lógico y entiendo como médico que es lo mínimo que podemos exigir, ahora, hablar de "super" estándares y otros intereses, bueno, habría que debatirlo si es correcto esa frase. Otro tema que se abordó es el de los precios y recuerdo, hoy a la mañana, se habló que del gasto en salud, el 30% corresponde a gastos en medicamentos, en el año 2012. El Dr. Ginés González García en su primer libro, ya hablaba que el impacto de los medicamentos en gasto en salud, era del 30%. Entonces pregunto, qué pasó que no bajó ese gasto en salud, dónde está la contribución, porque si los precios están acotados y no aumentan, sin duda mejoró el acceso pero habría que ver qué pasa con los precios. Esto lo digo a título personal, los que innovan son los que investigan.

Para cerrar esta notable mesa quiero resaltar la importancia de poder expresar y debatir las distintas miradas sobre este tema en un clima de libertad que existe en esta Jornada. Esta es una manera de enriquecernos. Así que muchísimas gracias ha sido muy constructiva esta charla.



MESA Nº 4

Las idas y vueltas de la reforma sanitaria en la Argentina

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

En esta última mesa, de un primer día muy intenso vamos a abordar una temática muy trascendente y para ello contamos con la participación de notables sanitaristas argentinos. Los organizadores de esta jornada están honrados de contar con la presencia del Dr. Aldo Neri, el Dr. Roberto Chuit y el Dr. Adolfo Sánchez de León.

El Dr. Aldo Neri es médico, diplomado en Salud Pública por la Universidad de Buenos Aires (UBA), en donde fue luego, profesor y director de su escuela de Salud Pública. Fue ministro de Salud y Acción Social durante la presidencia de Raúl Alfonsín, en el periodo de 1983-1986, y diputado por la Unión Cívica Radical (UCR) en 2 periodos, 1987-1991 y 2001-2005. Se desempeñó como consultor de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Banco Mundial y la Organización de Estados Americanos (OEA). Ha publicado 3 libros y diversos capítulos en libros, folletos y artículos sobre temas sanitarios, sociales en general, y políticos.

El Dr. Roberto Chuit es médico cirujano, diplomado en Salud Pública por la Universidad Nacional de Córdoba; Doctor en Medicina y Cirugía egresado de la Universidad Nacional de Córdoba; Doctor en Salud Pública egresado de la Universidad de Yale, Estados Unidos de Norteamérica; profesor adjunto de la cátedra Medicina Preventiva y Social de la Universidad Nacional de Córdoba. Fue asesor regional en Enfermedades Transmisibles, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, Washington, USA. Director de Epidemiología, Promoción y Rehabilitación, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Director de Epidemiología Nacional, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Secretario de Salud de la Provincia de Córdoba. Ministro de Salud de la Provincia de Córdoba. Cuenta con más de 30 asesorías para la OMS, Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo y con más de 60 publicaciones científicas en el área de la Salud Pública, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas. Actualmente, es concurrente en el Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

El Dr. Adolfo Sánchez de León es médico, egresado de la Universidad Nacional de La Plata, especialista en Salud Pública de la Universidad Nacional de Buenos Aires y Master en Salud Pública de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Fue subsecretario de Relaciones Sanitarias e Investigación del Ministerio de Salud de la Nación. En el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires ocupó los cargos de director de Capacitación de Técnicos de la Salud, jefe del Departamento de Educación para la Salud y titular de la Unidad Ejecutora Provincial del Seguro Público de Salud. Actualmente, es presidente de la Asociación Civil Gestión en Salud y director de la revista que lleva el mismo nombre, y jefe de Trabajos Prácticos de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Centro (UNICEN). Es autor del libro "Más Salud, Más Derechos: el desafío de la Argentina que viene".

Habiendo presentado los antecedentes de los integrantes de la mesa, le cedo la palabra al Dr. Aldo Neri.

Dr. Aldo Neri

Quiero ante todo felicitar a FEFARA por esta continuidad de 10 Jornadas, en las que he tenido la satisfacción de estar en algunas, porque en Argentina la continuidad de las buenas causas y de los grandes temas se ve muy interrumpida por la inestabilidad institucional y emocional, en términos de psicología social. Además, todas estas buenas causas tienen un pasado, un presente y un futuro, como las idas y vueltas de las reformas sanitarias argentinas, tema que vamos a abordar en esta mesa.

Proyectos de reformas sanitarias en el pasado

Para dar apenas un pantallazo sobre el pasado en cuestión de materia sanitaria, voy a comenzar con el gran proyecto del 1º y 2º gobierno de Perón con la gestión del Dr. Carrillo, el cual iba en dirección hacia un servicio nacional de salud, modelo de la época de posguerra, pero que no pudo llegar a concretarse no por insuficiencia de gestión del ministro sino por el contexto histórico y político en que se dieron las cosas. A pesar de la herencia muy positiva que nos dejó el Dr. Carrillo como innovador en muchos campos, realmente no pudo completar lo que seguramente tenía en mente.

Después de ese gran impulso inicial, hay dos proyectos fuertes e integrales, no es que no haya habido proyectos parciales de reforma en la Argentina, los hubo y algunos fueron exitosos pero proyectos de cambiar toda la estructura del sistema en su conjunto, visualizo solo dos. Uno de ellos, el de los años 70, en el último gobierno de Perón, en el que el Dr. Liotta emprende una epopeya para lograr hacer aprobar el Sistema Nacional Integrado de Salud, con un molde muy centrado en el estado. En esa época, la esencia de la reforma apuntaba al sector estatal prin-

principalmente y acompañaba el sector de las obras sociales. El sector privado quedaba un poco afuera, pudiendo incorporarse por convenios. En ese momento, la gran resistencia fue del sindicalismo argentino y a pesar de eso, surge una ley aunque recortada. Ésta le atribuía mucha responsabilidad a las provincias o sea que era un proyecto muy federal, una característica muy importante que se empezó a implementar. La interrupción institucional por el golpe del 76 impide decir si hubiese podido ser exitoso o no, pero lo concreto es que fue destruido como muchas otras iniciativas de la época.

El otro proyecto ambicioso, global y estructural es el de los años 80, el Seguro Nacional de Salud. Éste tenía los mismos objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud pero aprovechando un poco la experiencia de frustración que había tenido el anterior por causa del sector sindical que se sentía, de alguna manera, despojado. Además, las condiciones económicas y sociales del país eran un poco distintas, había transcurrido una década. Ese proyecto era una especie de universalización del sistema de obras sociales, con un fuerte atributo de conducción federal, de conducción provincial, dentro de un modelo nacional. Y por otra parte, se apoyaba de una manera mucho más equivalente tanto en el sector estatal como en la prestación del sector privado y éste regulado según normas aún incipientes en esa época.

Debemos decir que las concesiones que se planteaban no fueron suficientes, la universalización del sistema de obras sociales implicaba una reforma como era la democratización y separación del sindicato de las obras sociales y con esto estoy identificando a la principal, no la única, oposición que se generó en el país. Además, en los 80, la relación política del gobierno con el principal partido de la oposición era muy difícil, por ello tras largas negociaciones en el congreso y fuera del congreso se aprueba la ley pero muy recortada, muy atenuada. Luego viene el cambio de gobierno y el gobierno que asume, por no corresponder al ala del partido justicialista dispuesta a implementar la ley, finalmente la deja de lado. Y todavía la siguen dejando de lado.

Diría que esto es lo esencial en términos de proyectos fuertes, independientemente de la valoración que cada uno haga de cuanto tenía de bueno, de malo, de errado, o de acierto cada proyecto, estos fueron los dos proyectos fuertes.

La salud en la sociedad actual

Ahora bien, si salimos del pasado y nos vamos un poco al presente, veremos que cambió mucho el contexto o sea, que la sociedad argentina no es la misma de los 70 y los 80. En los últimos 40 años esta sociedad sufrió cambios estructurales, de fondo, muy profundos, no coyunturales.

Para utilizar únicamente **tres indicadores** groseros de **cambio social**, diría que en 40 años hemos desarrollado modificaciones importantes en **pobreza**, en **empleo** y en **igualdad**.

En **pobreza**, nosotros tenemos un poco menos de **1/3 de la población bajo la línea de pobreza** y si se suman los que apenas asoman la nariz por encima de esa línea, estamos arriba del 40% de la población. O sea una sociedad partida en 2 grupos, un grupo de 50, 55% con mayor o menor grado de inclusión y de oportunidades y casi una mitad con mucho menor rango de oportunidades y de inclusión efectiva. Esto no es coyuntural, obviamente, en todas las crisis empeora y se profundiza y en todas las prosperidades que siguen a casi todas las crisis, mejora. Últimamente, merced a la reacción que se produjo después del 2002, mejoraron todos esos índices, espectacularmente.

En relación al **empleo**, tenemos en este momento **cerca del 40% de la masa trabajadora en condiciones de precarización laboral**. Esta precarización laboral no quiere decir que se estén muriendo de hambre ni que son desocupados, quiere decir que el empleo es inestable y que además, las condiciones del empleo no se encuentran dentro del derecho laboral de protección social a la condición de empleado u obrero en relación de dependencia.

El tercer indicador que queremos analizar es **igualdad**, aunque debamos hablar de la **desigualdad, entre el ingreso de los distintos sectores** y podemos decir que ésta es una característica de América Latina, no solamente de Argentina. La misma se profundiza en las crisis y mejora después de ellas. Pero si se analiza a lo largo de cuatro décadas se puede observar como la brecha, según lo toman los economistas entre el 10% que está peor del 10% que esta mejor, se mantiene inamovible aunque todos mejoren.

Esos **tres indicadores pobreza, precarización y desigualdad son estructurales en la Argentina contemporánea** y esto tiene que ver no sólo con salud sino con muchas otras cosas como por ejemplo algunas variables no cuantificables, que operan y las vemos todos los días, como es el desarrollo de un espíritu de frustración en sectores importantes de la población. Estos sentimientos de frustración, de desigualdad generan mucha bronca y la bronca genera violencia. Pero esta violencia no es la de los 70, no es una violencia organizada, política, con objetivos claros, es violencia hasta en la vida familiar, en la escuela, en los hospitales y en los sitios públicos y, además, en los delitos.

Esto, por cierto, ocasiona tendencias al **aislamiento de los sectores sociales** ya sea en el barrio, en la escuela, en la obra social o en la prepaga y al encierro en nuestro feudo de ventajas conseguidas. Aunque haya mucha retórica de universalidad y de igualdad en el sentimiento profundo de muchos sectores, no solamente de los políticos, sino del hombre y la mujer común, eso no se corresponde con las actitudes concretas como es la tendencia al aislamiento.

Por ejemplo, está muy claro que la tendencia al aislamiento no lo notamos tanto en salud, porque ésta, desde sus orígenes históricos en la Argentina, fue siempre discriminatoria, no igualitaria, a diferencia de la educación, que desde la generación del ochenta en el siglo diecinueve fue policlasista, tanto sea en la escuela, como en la universidad. En nuestro país los chicos que concurren

a la primaria están en el 97%, desde el 83 en adelante la matrícula secundaria viene ampliándose, y la universidad ni les digo. Creamos varias universidades por año, y las estatales siguen siendo abiertas. **En relación a la salud**, uno no puede decir que **hay argentinos** que no pueden atenderse en ninguna parte, de ninguna manera, la gente puede, pero **con distintos grados de facilidades de accesos y con calidades de atención muy diferenciadas**. Entonces, poseemos de hecho, una **política social**, en realidad, **estratificada**, no universalista, o universalista en término de cobertura a todos pero no igualitaria, para nada. Eso en salud tiene una expresión bastante clara, se ha consolidado la imagen histórica que el hospital y el centro de salud es para los pobres a pesar de que la política de los 90 pretendió con la descentralización, unificar y consolidar las obras sociales en un menor número de unidades institucionales. Pretendiendo hacerlas, para ello, más eficientes y más redistributivas al mismo tiempo. Bueno eso no pasó, no solo no pasó sino que debemos tener algunas cuantas más que en los 90.

Según los datos, **el gasto en salud de los argentinos es de alrededor del 10% del producto bruto interno** pero **la mitad de ese gasto** no es del estado, ni de los presupuestos de las obras sociales, sino que **es gasto directo del bolsillo de la gente**, incluso de los pobres que se atienden en el hospital o en el centro de salud público porque muchas veces hay servicios que tienen que conseguir afuera, como los medicamentos. Esto, cuando teníamos INDEC, salía bastante claro en las encuestas de hogares, donde en proporción al ingreso familiar, los pobres tienen mayor gasto en salud que los sectores medios y altos, y destinado principalmente al medicamento.

Hoy se mencionaba en la mesa anterior que el tercio de ese globo total que gastamos en salud, tiene que ver con los medicamentos y aunque en reuniones como ésta todos pensemos, con convicción, que el medicamento es un bien social predominantemente es un bien comercial. Podemos decir que los malos de la película no son los que fabrican medicamentos, los

malos somos el conjunto de la sociedad que no logramos regulaciones adecuadas para que los distintos intereses creados, muy legítimos, puedan conjugarse en un denominador de bien común. Esto es un fracaso del estado y el estado es parte de la sociedad, obviamente, somos los argentinos los que fracasamos.

Esquematizándolo, por un lado **hay un sector de la sociedad que está en el subconsumo de los servicios de salud que necesita, incluido el medicamento** y por **otro** existe un **sector muy importante que está en el sobreconsumo**. Y en este caso podemos considerar al medicamento como bien comercial, porque como consumen distintas variedades de yogures dietéticos, consumen medicamentos también. Entonces hay una **polarización de consumo** que en definitiva, representa un **atributo de inequidad social**.

Las reformas posibles en el futuro

En relación al futuro y para ir redondeando, mañana Carlitos Vasallo y Federico Tobar van a exponer sobre lo que hemos trabajado un grupo de gente en búsqueda de un consenso sobre alguna **reforma posible en Argentina**, no la ideal. Cualquier buen sanitarista en una semana les diseña lo óptimo, lo ideal, pero eso no sirve salvo para aprobar una maestría o un doctorado. Los que estamos en la mesa participamos en ese grupo, también, de modo que no tenemos grandes diferencias entre nosotros.

Para ir puntualizando, voy a mencionar algunos atributos, que cualquiera sea la reforma que se encare, son insoslayables. Por ejemplo, **la reforma debe tender a integrar la población**. Es muy importante que los sistemas de servicios sociales aporten a la democracia una idea y un sentimiento de mayor cohesión social y esto lo puede hacer la educación, lo hace la salud y la seguridad social en sus prestaciones económicas, también. Lamentablemente en este sentido como en muchos otros, estamos recomendando o estoy en este momento, puntualizando algunos atributos que son claramente contracorriente. Lo que pasa que si

la corriente deriva como va hasta hoy, yo creo que se pone en riesgo a mediano plazo la misma democracia, porque la cuestión social, en la actualidad, es un poco el meollo del desafío que tiene la política y lo mismo pasa en Europa. Lo que sucede hoy es distinto a otras épocas. En este momento, el tema de la marginación y la desigualdad creciente es un desafío central de la política.

Entonces, yo creo que el policlasismo de la reforma sería útil pero no globalmente trascendente, porque hoy **no se puede pretender reformas a nivel sólo del sector estatal**, porque en este momento no debe atender mucho más del 30% de la población argentina y ocasionalmente puede superar ese 30%. En este momento, **el desarrollo del sector privado ha sido tan importante**, ya lo era hace 30 años, **que necesariamente tenemos que incluirlo**.

Por eso, así como **hay que integrar población para que sea un esquema de mayor cohesión social y más redistributivo**, tenemos que **integrar recursos**, porque en definitiva el sector privado cumple un servicio público, porque todo lo que sea salud es público, aunque no sea estatal. Educación y salud son servicios públicos, los brinde quien los brinde, por eso debemos integrar población, integrar recursos **y hacer un eje en un concepto muy federalista de gestión provincial**, federalismo real, no sólo constitucional o legal, reclamado pero no vigente.

Además, **el régimen de trabajo profesional** es clave para cualquier reforma del sistema, la **dedicación exclusiva** es lo único que puede terminar de cerrar un poco el ciclo de la mayor satisfacción de la gente al ser atendida y del mismo profesional al ejercer su profesión en privado o en el estado.

Por otro lado, **en medicina** estamos superando, dificultosamente el **desarrollo de normas técnicas y protocolos**, dentro de lo cual entra también el tratamiento con medicamentos. Hoy tenemos la difusión de protocolos en varias patologías y especialidades.

En cuanto a la **Farmacia** yo soy muy anticuado, añoro la vieja botica, creo que la **oficina del farmacéutico, reciclada, modernizada es el futuro deseable hacia el que tenemos que caminar**. Eso también va a hacer parte del esquema regulatorio que puede hacer de la nueva botica un centro de salud con muchas otras funciones fuera de la simple venta de medicamentos.

Para finalizar, diría que esto es casi todo contracorriente, pero lo indispensable es instalar la discusión, no solamente en círculos como éste, que todos sabemos un poco o más o menos de lo que estamos hablando sino instalarlo a nivel público. Salud es un tema de poco rating público, salvo cuando me toca a mí o a mis amigos o a mis allegados y esto es malo para la salud, yo creo que la instalación pública de la discusión es indispensable.

La Argentina tiene un serio problema redistributivo así como los problemas en la producción, pero estos últimos, los tenemos más identificados. Los problemas redistributivos son más ocultos, más anónimos. **La reforma de salud necesariamente tiene que estar integrada en una política social** que haga mucha fuerza por la redistribución esto quiere decir que la principal política social es la política económica, cuando hablamos de modalidades de energía, transporte público, de régimen impositivo, de condiciones de trabajo, estamos hablando de resultados sociales también.

No solamente en los grandes números de la macroeconomía sino también en resultados sociales se expresará con toda coherencia una política social redistributiva fuerte que se plantee la Argentina en adelante. Esto no es enteramente asumido ni por el oficialismo ni por la oposición, en su gran mayoría, es asumido sólo por individuos, pero no institucionalmente. Y a mí me parece que esto no deriva de la democracia, sino que estas políticas construyen o destruyen la democracia.

Bueno, muchas gracias por la paciencia.

Dr. Adolfo Sánchez de León

Quiero agradecerle a FEFARA por la invitación y, además, a todos Uds. porque ésta es la última mesa, es tarde y aún están acá. Es un gran honor y un placer compartir este panel con dos personas que admiro y respeto mucho, el Dr. Aldo Neri y el Dr. Roberto Chuit.

Se hace difícil hablar después del Dr. Neri, pero a la vez es bueno porque repasó lo que han sido las políticas de reformas en nuestro país y diferenció claramente entre políticas estructurales, que nacen desde un gobierno nacional, a pequeñas o no tan pequeñas iniciativas provinciales o municipales, que de eso hay mucho pero que no terminan de constituirse en reformas del sistema de salud.

Experiencia en la Provincia de Buenos Aires

A mí me tocó coordinar una de estas experiencias, el **Seguro Público de Salud** en la provincia de Buenos Aires. Esto comenzó por el año 2000, luego la crisis nos frenó un poquito, y retomamos fuertemente en el 2003. El seguro público **estaba destinado a personas que no tenían cobertura formal de la seguridad social, y no tenían la posibilidad económica de adquirirla**. No voy a entrar en detalle, solamente voy a hacer referencia a algunas cuestiones que fueron innovativas. Del 2003 al 2006 llegamos a tener 700.000 personas incluidas en el seguro público, o sea que, después del IOMA y del PAMI a nivel provincial, era la obra social más grande de la provincia.

Una de las primeras cuestiones innovativas fue que los beneficiarios **figuraban con nombre y apellido**, habíamos ge-

nerado **un padrón** que hoy el sector público no lo tiene. Éste es un instrumento fundamental, primero, para obtener información epidemiológica, pirámide poblacional, para saber sexo y edad de las personas, para diseñar políticas, y segundo, al darle una identificación a esa persona le posibilitaba tomar conciencia del derecho que tenía a atenderse. Ese derecho siempre lo tuvo, pero muchas veces se sentía como que le estaban haciendo un favor, a partir de esa identificación de incluirlo en este sistema, de otorgarle un carnet, la persona empezaba a demandar más, y era participe e integrante de dicho sistema.

Otro hecho innovativo fue el **modelo de atención**, la presencia del **médico referente de un grupo de familias**, con un tope máximo de 1.000 personas a cargo, y el otro tema era la **responsabilidad nominal**. El médico era el responsable de la salud de esas personas, no solamente de atender su enfermedad, sino de controlarlas según todas las normas. Obviamente, tenía atención materno infantil porque fue un programa básicamente, materno infantil.

En ese momento al médico referente que había sido seleccionado se le pagaba por cápita, no por sueldo. También el horario variaba y podía atender en su consultorio siempre y cuando éste estuviera a no más de seis cuadras a la redonda de donde estaban los beneficiarios. Había libertad de elección del médico de cabecera, la gente podía cambiar hasta dos veces por año si no estaba conforme con su médico, entre otras cosas.

Se contaba con una **base de datos informatizada** y una planilla para el médico en la que no tenía que escribir, simplemente codificaba hasta 3 motivos de consulta o diagnóstico, con el número de beneficiario y no ponía ni el nombre del mismo. Esa planilla la tenía que presentar al Círculo Médico, del 1 al 5 de cada mes, sino no cobraba. En el Círculo se cargaba toda esa información y nos la mandaba vía electrónica, ni siquiera necesitábamos papel. Nosotros, por ejemplo, al 15 de septiembre teníamos todo la información de agosto. Además, en el sistema nos

salían alertas en caso de desnutrición, obesidad infantil, hipertensión, diabetes y algunos datos más y los incluíamos en el programa, y luego se advertía a los médicos.

Los cambios de política y de gestiones provocaron que el programa se fuera deteriorando, lamentablemente. El seguro pasó de tener 700.000 beneficiarios a contar, actualmente con 200.000, aproximadamente, y también se perdió la nominalidad, es decir se ha perdido una oportunidad.

Hoy le contaba al Dr. Neri que a través de este programa, en los años 2.000-2.001 empezamos a ver más obesidad infantil en chicos pobres que desnutrición y nos decían que estábamos locos, pero los registros mostraban un 8% a 10% de obesidad infantil contra un 4% a 5% de desnutrición. Obviamente, como muy bien me decía el doctor, el 60% de esos chicos tenían anemia o sea que eran obesos desnutridos por decirlo de alguna manera.

Como esta experiencia, hay muchísimas en el país, creo que lo que estamos acá nos ha tocado trabajar en muchas de ellas, **pero no alcanzan a constituir una reforma si no tienen un respaldo político importante**. Hoy, en la provincia de Buenos Aires por ley toda persona tiene que tener un seguro público, esa ley está vigente, sin embargo no se cumple, esto es también un poco la relatividad de algunas leyes porque no hay decisión política de cumplirlas.

Pero como decía el Dr. Neri que si la reforma no es estructural, si no está respaldada por un organismo rector, que yo creo, tiene que ser la Nación, termina muchas veces frustrándose o constituyendo programas mejores o peores con cierta continuidad.

Algunas reflexiones sobre la reforma en la actualidad

Aquí quisiera hacer tres reflexiones y alguna conclusión muy rápida, solamente para intentar entusiasmarlos para el de-

bate, me parece que es lo más interesante, ojalá tengamos muchas preguntas.

La primera reflexión es que **no hay una política de reforma, en este momento, en el sector salud**, es más, me parece que la salud no está en la agenda pública y en la agenda política. Esto lo planteo haciendo un análisis de lo que ha pasado con el Estado en estos últimos 10 años. Concretamente, se produjo una profunda reforma del Estado, no estoy haciendo un juicio de valor, estoy diciendo que hoy tenemos un Estado mucho más presente, que ha ocupado el centro de la escena, y que se expande pero es un Estado centrista y no federal. Por ello somos en muchos aspectos más unitarios. A este proceso podemos también analizarlo como una contra reforma a las reformas de los años 90 en donde prevaleció la privatización, la descentralización y hoy se plantea la nacionalización y la estatización. Las palabras claves en los 90 fueron la eficiencia y la eficacia, y hoy lo son inclusión y equidad.

Esto se puede verificar en todas las áreas, por ejemplo en Educación, a la reforma de los años 90 se opuso una contra reforma con dos leyes en donde la Nación recupera el rol rector ya que impone un piso salarial, cambia planes de estudios, que todas las provincias siguen, cambia modalidades y pone un piso de financiamiento de seis puntos del PBI. En relación a las jubilaciones, de las privatizaciones de las AFJP se pasó a la estatización del ANSES y en desarrollo social, la política que no es universal pero al menos ha intentado extender la asignación por hijo.

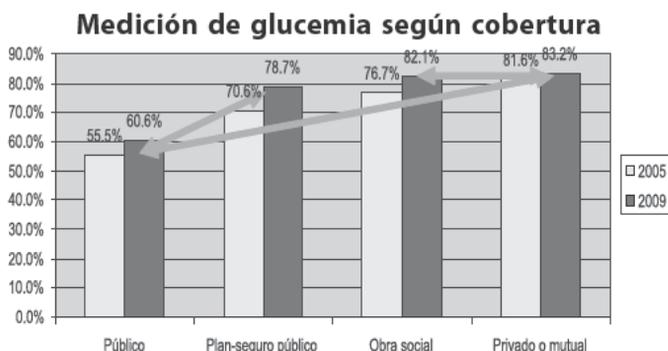
También vemos un estado empresarial, YPF y Aerolíneas que antes se habían privatizado, ahora se nacionalizaron, con la impresión de billetes pasó lo mismo. Un Estado que, además, genera una relación directa con los municipios, con respecto a la ejecución de obras, subsidio de energía.

Con respecto a Salud, ésta no acompañó a las reformas, si ustedes me preguntan a mí, yo creo que es una de las áreas en

donde el Estado más presente debería estar, y no estoy hablando de nacionalización ni estatización pero hoy, como decía bien Aldo, **el gasto privado en salud sigue siendo del 46%**, o sea el mercado sigue regulando la salud, tanto es así que **el estado nacional destina a Salud el 0,29% del PBI**, nada, evidentemente, no hubo una reforma en cuanto a mayor inversión del Estado.

En la década del 90, si bien no fue una reforma estructural y en eso coincido con Aldo, sí hubo cambios importantes que acompañaron a ese proceso de descentralización y privatización, acuérdense del hospital público de autogestión, los seguros públicos, los contratos de gestión, la competencia desregulada, la libre elección de las obras sociales, no digo que estemos de acuerdo con eso pero sí que hubo una coherencia con las reformas de ese momento, hoy esto yo no lo veo.

Una segunda reflexión, que me interesaría luego poder discutir, creo que **las prioridades dentro del sistema, hoy están, pero mal asignadas**. Para entender por qué digo que esto miremos la **Encuesta Nacional de Factores de Riesgo**. Le preguntaban a las personas si se habían medido la glucemia y lo dividen por cobertura. El color azul corresponde al año 2005 y el rojo al 2009. Lo primero que vemos es un **gradiente de inequidad entre las personas que tienen obras sociales o sistema prepago de las del sector público**, un gradiente de 23 puntos.

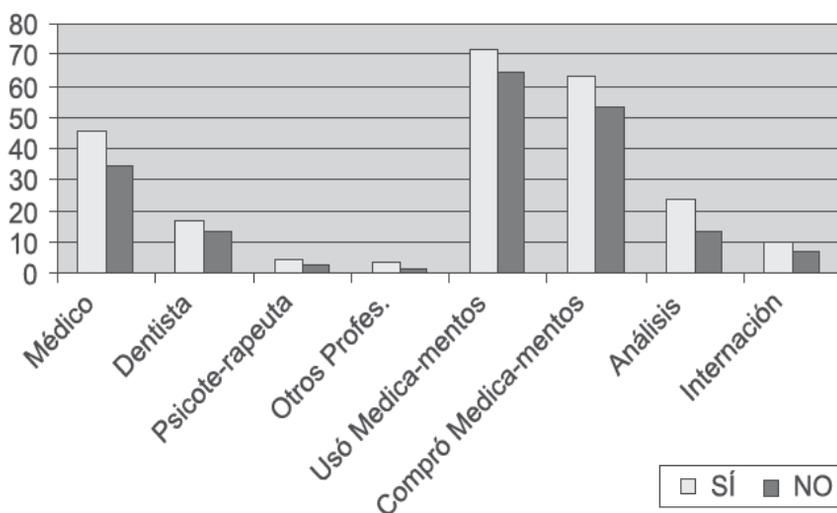


Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Años 2005 - 2009. Comparación.

Acá está lo que Aldo decía, hay mucha gente que está subutilizando, o sea el 40% de la población no se midió la glucemia nunca, cuantos diabéticos debe haber allí. La otra cuestión es que vemos que casi no hay diferencias entre quien tiene una prepaga y quien tiene una obra social, mientras que sí hay diferencias entre quien tiene un plan o seguro público con los que no tienen nada. Aparentemente, se debe al hecho de nominalizar la población, de darle la responsabilidad, porque no me surge que haya diferencias socioeconómicas, porque quien tiene un seguro público, un plan nacer, en teoría también es la persona menos pudiente.

Ahora, observemos los resultados de una **encuesta sobre Utilización y Gasto en Servicio en Salud del Instituto Gino Germani, año 2010**. Lo que está en azul corresponde a tasa de uso de gente con afiliación y los rojos sin afiliación. Como se puede observar, obviamente, **utilizan más los sistemas quienes tienen algún tipo de afiliación que los que no tienen**.

Tasas de uso según afiliación



Fuente: Encuesta Utilización y Gasto en Servicios de Salud en Argentina. Año 2010. Instituto Gino Germani. Fac. Cs. Sociales. UBA.

Además, esta encuesta muestra que la población de mayores quintiles de ingreso gastó, en promedio, cada familia, 166% veces más que una familia de uno o dos quintiles, pero cuando se les preguntaba por la percepción de su salud, los de quintiles más altos, el 46% dijo que su salud es muy buena, y solo el 25% de los de ingresos más bajos dijeron lo mismo. Es decir, perciben, que tienen una peor salud pero gastan menos y utilizan menos el servicio. La mala noticia es que **el gasto en salud de las familias más pobres**, si bien gasta menos, representa **alrededor de un 15% o un 16%** de sus ingresos, mientras que el **gasto en salud de las familias que más tienen representa un 8% o un 9%**, o sea que es tremendamente inequitativo ese gasto privado en salud porque las personas que menos tienen dejan de consumir alimento, ropa, etc.

Por otro lado, si prestamos atención a los datos siguientes, en relación a la **Composición y Participación del Gasto en Salud en relación al PBI**, este representa el 9,20%. El sector público gasta el 22% nada más, para esta población que presenta los peores indicadores de salud, mientras que el seguro social gasta el 32% y el gasto privado, prepagas más gasto de bolsillo, es el 46%.

Composición y Participación del gasto en salud en relación al P.B.I.

Público	2,01	22%
Nación	0,29	
Provincias	1,40	
Municipios	0,33	
Seguridad Social	2,94	32%
OSN	1,36	
PAMI	0,81	
OSP	0,77	
Sub Total Publico + SS	4,96	
Privado	4,24	46%
Total	9,20	100%

Fuente: Dr. Adolfo Sánchez de León. 2012

¿Cuáles serían las prioridades de una reforma?

Con este panorama, se podría decir cuál sería la prioridad de una reforma, y yo diría que serían **las personas que no tienen cobertura**. Sin embargo, hoy las prioridades son otras y no digo que no haya que hacer cambios en otros sectores, por ejemplo prepagas médicas, seguridad social y el Seguro Nacional de Enfermedades Catastrófica, que sería muy bueno, pero hasta ahora no sabemos qué está pasando.

El sector público está sumido en una de las crisis profundas que hace rato que yo no veía. Soy de La Plata, provincia de Buenos Aires, ayer tomaron el Ministerio de Salud, personal de cuatro hospitales, por la violencia que hay. Habrán leído casos de balaceras en los hospitales porque no le gustaron como los atendieron, no hay insumos, la verdad es que hay un problema financiero muy grave en el sector público, yo hablo de la provincia de Buenos Aires, que es lo que conozco.

Supongamos que la prioridad fueran las prepagas médicas y la seguridad social y mejoráramos esa población, estaríamos provocando una mayor inequidad porque estaríamos optimizando el nivel de salud de esta población que ya de por sí no es malo, mientras que dejaríamos estable o disminuiría el sector menos pudiente. O sea, iríamos a contramano de la adjetivación que esta reforma del estado pretende, que es la equidad y la inclusión salvo, que lo que se pretenda sea mejorar la equidad pero nivelando para abajo, algo que yo no vi nunca. Sería la otra forma de llegar a la equidad, no mejorarían los indicadores pero bajaría la inequidad.

Una tercera reflexión muy rápida sería preguntarnos si debemos tener una reforma en el sistema de salud. Al respecto sé que Vasallo mañana va a presentar una encuesta en la que la gente no está tan desconforme con su sistema, hay un 60 y pico por ciento de la gente que está conforme y es un porcentaje muy alto con respecto a otros países. Personalmente creo que tiene que ver con esta fragmentación, como decía Aldo, la

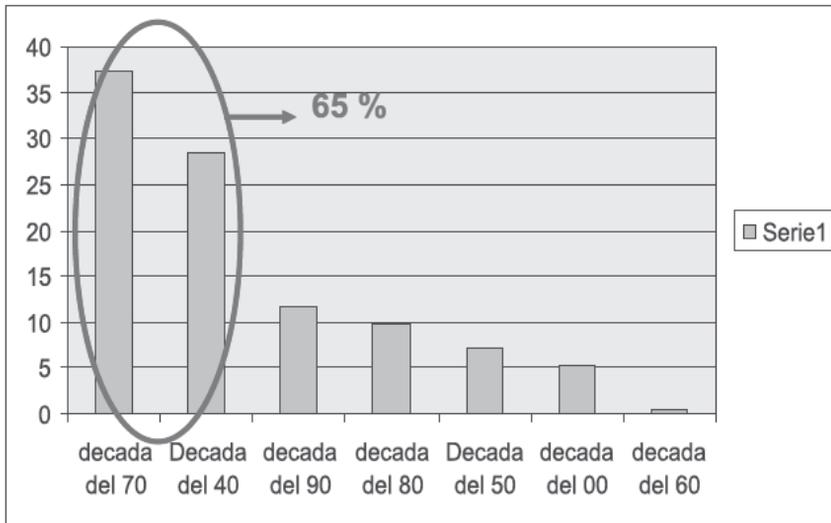
gente no se deja de atender, mal o bien resuelve su problema, hoy está enojado, le dan turno para mañana pero sale del médico y se olvidó de lo que pasó, entonces cuando le preguntan dice que los atendieron en plazos razonables. La insatisfacción de otros países del mundo tiene que ver con que son sistemas únicos, tal vez con largas listas de espera y realmente son problemas graves, en nuestro país eso es una fortaleza, habrá que ver cómo se podría manejar el tema de la fragmentación. Todo cambia cuando se pregunta por subsectores, aquí la visión negativa de aquellos que solo usan el sector salud público es del 35% la cual baja en aquellos que tienen obra social al 24% y es el 17% negativo en las prepagas. Es decir, **la gente que usa el sector público si bien mayoritariamente lo aprueba, hay un 35% que está descontento**. Y cuando se le pregunta a la gente si hay que reformar el sistema de salud, **el 91% dice que sí, que es prioridad reformar el sistema de salud** y cuando se le pregunta si habría que invertir más dinero en el sector público, **el 93% dice que sí, hay que invertir**; o sea, la gente lo tiene más claro que nosotros entonces me parece que la prioridad pasa por este sector.

Para ir finalizando, coincido con el Dr. Neri que **hay acceso a los sistemas de salud pero con un gradiente de calidad, en tiempo y forma**. Por ejemplo, un niño empieza con fiebre, concurre al médico, le diagnostican bronquiolitis y se trata ambulatoriamente, a diferencia del que llega con bronquiolitis que hay que internarlo y fallece. En este caso se muere en el hospital, accedió, pero si hubiera un buen acceso, se podrían salvar muchas más vidas. Entonces, creo que la mayor cantidad de gente que no tiene cobertura y tiene menores niveles salariales está en el lado del gradiente que es el acceso de baja calidad, llegan tarde, si llegan. Mientras que los que tenemos obra social, prepaga o un mejor nivel económico estamos del otro lado del gradiente de acceso y esa es la gran diferencia.

En el gráfico siguiente **% de descenso de la Mortalidad Infantil por décadas**, se puede observar que **la mortalidad**

infantil disminuyó desde la década del 40 más o menos un 85%, siempre descendió y sigue descendiendo. Pero si uno compara la década del 70 y la del 40, la disminución representa el 65% de ese 85%. No voy a adjudicar el descenso de la mortalidad infantil a un cambio de un sistema de salud pero uno podría suponer que en esas décadas paso algo extra para mejorar el gradiente porque a medida que pasan los años es más difícil bajar la mortalidad infantil.

% de descenso de la Mortalidad Infantil por décadas



Fuente: Dr. Adolfo Sánchez de León. 2012

En la década del 40 y la del 70 se construyó el modelo planificado por el Dr. Carrillo, una posibilidad de **reforma importante**, y también hay que tener en cuenta la **ley de universalización de la seguridad social** y por buscar una coincidencia, no sé si es tan así y lo debatiremos pero para tratar de buscarle una punta al ovillo, **en ambas década hubo una expansión de la capacidad instalada, un acercamiento entre la tecnolo-**

gía y la gente que menos acceso tenía. Esa gente podía acceder a una incubadora, a vacunas. Pero además, se hizo en cortos períodos y eso impactó muy fuerte, también es cierto que **se incrementó el gasto en salud** en ambas década. Yo lo denomino a eso como un "shock de acceso".

Para mí la **prioridad inmediata** sería **volver a un "shock de acceso"** y esto significaría que habría que **implementar medidas fuera del sector salud**. El Dr. Neri mencionó que el 35% al 40% de la población está laboralmente en negro, creo que hay un campo para trabajar, para que esas personas rápidamente se incorporen a la seguridad social a partir del blanqueamiento. No sé cómo serán las leyes, cuáles serían las trabas, pero esto sería una cuestión muy importante. La segunda sería asociar los planes sociales, incrementar el dinero pero destinado, no sólo para incentivar a que la gente vaya a hacerse los controles de salud, sino también al efector. Un porcentaje del incentivo puede ir destinado a un seguro, es decir generación de los seguros públicos de salud que podrían contener a esta población.

El otro punto importante a tener en cuenta es la **generación de protocolos**. Hoy existen herramientas como es la Historia Clínica que puede ser única, virtual e inteligente y a partir de ella se podría generar los protocolos que se usarían para el tratamiento universal, portátil por la persona, y el médico de una obra social, de una prepaga o de un seguro publico podría utilizarlo. Muchas gracias.

Dr. Roberto Chuit

Buenas tardes, quiero agradecer a FEFARA por la invitación. Cuando me convocaron para participar en esta mesa hice una fuerte reflexión porque, aceptando lo que ha dicho el Dr. Neri, yo entendía que en realidad no habíamos tenido una reforma de salud en la Argentina, sí acciones parciales, que se denominaron reformas. Hablar de reforma es decir concretamente cómo modificamos un sistema de funcionamiento. Entonces preparé una charla para tratar de convencerlos de que no ha habido una reforma y que es necesario que hagamos una militancia desde la salud para que la llevemos a cabo. Porque debido a que no contamos con un sistema sanitario organizado, coordinado, existe gente que se enferma o muere, innecesariamente.

Como tengo el "vicio" de ser epidemiólogo le voy a mostrar algunos números para tratar de convencerlos de que tenemos que comenzar a pensar seriamente en los problemas de la Salud en Argentina.

Desde la Conceptualización del Sistema de Salud

Para entender dónde estamos y tratar de cambiar el futuro, debemos ver de dónde venimos. Existe un proceso teórico que conceptualiza al sistema sanitario, en realidad con un origen en la época de la colonia, con distintos sistemas de atención pero con una constante desigualdad que ha quedado muy impregnada en nuestra sociedad.

Si nos remontamos en la historia, en relación a la salud **Pública** y a las **Obras Sociales** podemos decir que como primera organización, en el año 1822, aparecen las sociedades de

beneficencia, nuevos hospitales y asilos, que se podrían considerar como el germen de nuestro sistema público. En 1857, surge la Sociedad Tipográfica Bonaerense, una de las obras sociales más antiguas, copiando lo que era el esquema británico de organización sanitaria. Este esquema después lo toma la Unión Ferroviaria de beneficencia, en 1919. Estos dos últimos son el origen de un proceso de separación entre la salud de la beneficencia y la salud de los que trabajaban y podían pagarla.

Para seguir con la historia, en el año 1935, se funda la Comisión Mixta Ferroviaria integrada por la Unión Ferroviaria y la Fraternidad. En 1944, se crea una organización que es la Comisión de Servicio Social, luego, en los años 1950-1960 aparecen conjuntos heterogéneos que se organizaban por gremios con regímenes variados de prestaciones, brindadas solo en parte a través de servicios propios. A partir de ello, empiezan a surgir procesos de atención diferenciados, y después, en la década del 70, comienza la expansión del sistema de obras sociales con las distintas leyes, como por ejemplo en el año 1971, la creación del PAMI y en 1974 el Sistema Nacional Integrado de Salud. etc. Ya en la década del 90 comienzan a producirse en el país lo que se llaman procesos de reforma que van impregnando nuestro sistema de atención.

Nosotros partimos del concepto de que el **acceso al sistema de salud**, en realidad, es una pirámide, donde hay una base amplia de atención y que se va accediendo a los distintos niveles de complejidad, todo lo cual debería estar organizado. Este concepto de funcionamiento, se toma de Alma Ata, del Sistema Británico, etc, etc.



Pero, ¿Cuál es el acceso real a los sistemas de salud en la Argentina?

En realidad el acceso al sistema en nuestro país en vez de ser una pirámide es como un rectángulo y estamos ante un conflicto de organización de nuestro sistema sanitario. Los hospitales, clínicas y sanatorios consumen gran parte de los recursos de salud con grandes inversiones en infraestructura, y lo que se llama el primer nivel de atención tiene bajos presupuestos y bajos niveles de inversión.



Desde la Organización del sistema de salud

Como venimos comentando existe un **sector público**, que está fragmentado y no coordinado. Además, se superponen intervenciones y coberturas, el 30-35 % de la gente que tiene alguna cobertura va al sistema público, en el año 2001 llegó al 60%. Y un sistema **privado que** actualmente, tiene una crisis financiera y prestacional que viene arrastrándose de varios años y que está pesando mucho.

Y como **resultado de la actual organización sanitaria** tenemos:

- Dificultad para llegar a todas las personas (distribución e infraestructura existente en los centros asistenciales).
- Profesionales dedicados más a la atención de patología que a la prevención.
- Personas que acceden a centros de atención especializada sin haber sido derivadas.
- Demanda excesiva e indiscriminada en los centros de atención general.

- Falta de información actualizada y reciente del estado de salud de las personas y de la situación sanitaria.
- Concentración de conocimiento y prestación, fundamentalmente, en los centros urbanos.

Desde la evolución de las patologías

En los años 50, se comienza a trabajar con la concepción del curso evolutivo que sigue una enfermedad a partir del **Modelo de Prevención de Salud de Leavell y Clark**. Éste establece tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria y acá comienza a plantearse el concepto primigenio de la prevención.

Luego, en la década de los 60 surge el **Modelo de complejidades de la Atención Médica** que en Argentina contaba con nueve niveles, el primer nivel era el centro de salud periférico donde se realizaba medicina preventiva y el último nivel eran los hospitales de mayor complejidad.

Posteriormente, en la década del 70, aparece la **Estrategia de Atención Primaria de la Salud**. Los sanitaristas ante esto dijimos hay que aumentar la cobertura y cometimos un error gravísimo ya que nos planteamos que atención primaria de la salud era atención del primer nivel y de la gente de bajos recursos. En realidad, atención primaria según la definición "es la atención esencial con los medios disponibles, y que sean socialmente aceptables". Asimismo, es la que interrelaciona todo el sistema sanitario sin importar el nivel de complejidad de la patología que la persona presenta. Con esto se puede decir que una terapia intensiva es atención primaria si es necesaria, por ejemplo, para un paciente que ingresa con un infarto de miocardio.

Por todo lo anteriormente dicho, concluimos que estamos teniendo un sistema sanitario, en lo que hace a la atención, desorganizado tanto desde lo conceptual, como de lo estructural, y desde las ideas primigenias que tenemos los profesionales.

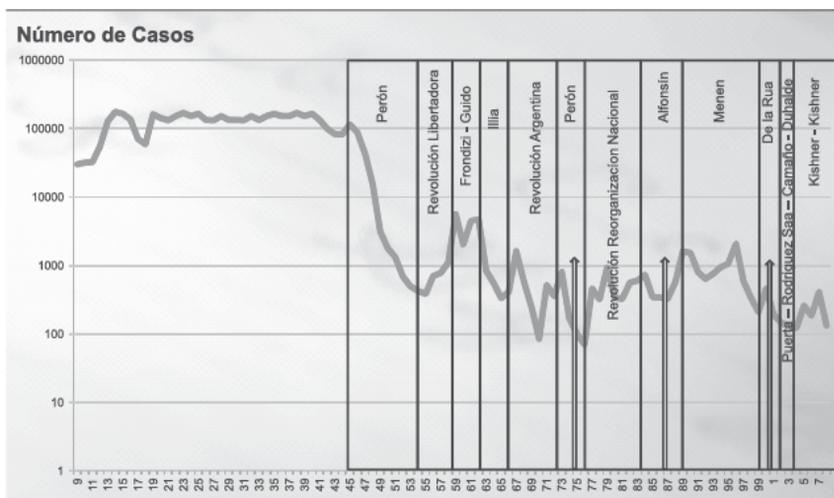
Volviendo al tema de la **atención primaria**, sabemos que un paciente politraumatizado, que es estimulado desde el primer momento, tendrá un tiempo de recuperación más rápido que aquel que es abandonado, intubado en una sala de atención. Esta estimulación desde el primer momento, como se plantea la estimulación temprana de los niños, es lo que busca la atención primaria de la salud.

Además, partiendo de la base que hay conceptos biológicos con respecto al inicio de las enfermedades podemos afirmar que si una persona genóticamente tiene predisposición a desarrollar niveles de LDL colesterol elevados, posiblemente va a padecer una enfermedad cardíaca. Ante esto, se construyen terapias intensivas para atender a la persona que ya se enfermó. Pero si sabemos que este genotipo tiene procesos promotores que podrían provocar aumento de dichos niveles o también inhibitorios, es precisamente sobre estos procesos donde se debe empezar a realizar las distintas intervenciones para evitar que esa persona llegue a padecer una enfermedad cardíaca y tener, en consecuencia, una mejor calidad de vida.

Acá surge otro concepto, la Salud está siendo manejada como un proceso de caja. Ya sea en las obras sociales o en las prepagas. No importa si al invertir en esta persona se evita que tenga una enfermedad coronaria dentro de 30 años, porque no se sabe si transcurrido ese tiempo va a pertenecer a la misma obra social. En la actualidad no hay inversión a largo plazo, ya sea en el ámbito público o privado.

Para ejemplificar estas idas y venidas y como va repercutiendo en la salud, vamos a observar en el siguiente gráfico, cómo fue impactando en el número de casos de Paludismo, los cambios de gobiernos y sus decisiones en relación a la salud.

Número de casos de Paludismo en Argentina. Período 1909-2008



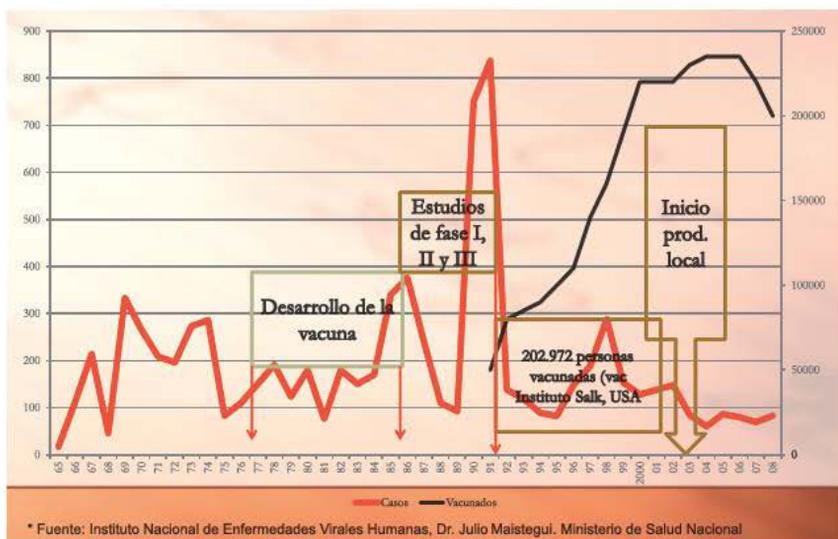
Fuente: Prof. Dr. Roberto Chuit

Con esto se demostraría que de alguna manera podemos comenzar a hablar con nombre y apellido de los responsables de nuestras políticas sanitarias, midiendo indicadores de patología.

Otro ejemplo es el de una enfermedad propia, la Fiebre Hemorrágica Argentina. En el gráfico podemos observar que en los años 60 comienza el registro de casos, lo lleva a cabo el Dr. Maistegui desde Pergamino. En el año 77 empieza a desarrollarse una vacuna, pero ante la situación política del país, no pudo llevarse a cabo y se hizo un acuerdo con el Walter Reed Army Research Institute de los Estados Unidos de América para que lo continuara y se llevaron a nuestros investigadores que estaban trabajando en el tema. A partir del año 86, la vacuna estuvo disponible, se comenzó con los estudios de fase 1, 2 y 3 que duraron hasta el año 91 y luego el Instituto le entregó a la Argentina 200.000 dosis, con el compromiso de que nuestro país ponía en marcha el laboratorio de producción de vacunas. Debi-

do a un conflicto fuerte durante años, recién se empieza en el año 2003 la elaboración de la vacuna local.

Número de casos de Fiebre Hemorrágica Argentina y número de vacunados. Período 1965-2008.



Si observamos estos datos pasaron 20 años desde el desarrollo de la vacuna hasta la producción local y recién comenzaron las vacunaciones de nuestras poblaciones en el año 2006, 2007 con estos lotes. **Todas estas idas y vueltas en nuestra historia, nos llevan a que haya personas enfermas y personas que se mueren.**

Reforma sanitaria

Las reformas que se han intentado sólo han abarcado parte del sistema, por ello si se quiere establecer un proceso de cambio se debe considerar todas las partes involucradas:

- Las personas que demandan el servicio,
- el equipo de salud que interviene en su atención,
- la organización sanitaria,
- la infraestructura,
- el financiamiento,
- la legislación.

Para cerrar esta charla quiero decir que tenemos que convencernos que debemos hablar de la salud en serio no desde un discurso y desde una militancia cierta donde nuestros pacientes puedan intervenir en esta discusión.

Les agradezco nuevamente a los integrantes de FEFARA por haberme convocado para participar en esta mesa y quedo a disposición por si hay alguna pregunta.

Preguntas y Comentarios

Audiencia: *¿Realmente es un cambio de mentalidad o se tocan muchos intereses con esta postura que Uds. tienen y por lo tanto es difícil salir adelante?*

Dr. R. Chuit: Si consideramos que el gasto en Salud corresponde al 10 % del PBI, es un buen negocio ya que pocas empresas nacionales se llevan este porcentaje por lo tanto sí, hay muchos intereses involucrados. También es cierto, de que algunos van a tener que dar para que otros puedan recibir, esta es una ecuación económica indiscutible. El Dr. Neri dio su ejemplo cuando los gremios, entre otros, no apoyaron la reforma porque iba en contra de sus movimientos económicos. Pero también es cierto que si nosotros comenzamos a concientizarnos de que la salud que tenemos no es la que nos merecemos gastando el 10% de nuestro PBI, la única forma de salir adelante es si hay una fuerza social que reclame por esto. Por eso digo que hay que hacer militancia.

Dr. A. Neri: El sector salud debe ser uno de los ejemplos de mayor corporativización por eso es que se precisa una intervención más enérgica del estado. En los últimos 20 años se ha expandido mucho lo que yo llamaría, la medicina de mercado. Nos influyó mucho el modelo norteamericano provocando el avance de la mercantilización de la práctica de salud y esto se ha consolidado a través del matrimonio, que en buena medida ha avanzado considerablemente también, entre las obras sociales y los prepagos comerciales. Y no estoy demonizando los intereses creados, en una atmosfera en la que no hay significativas regulaciones nada más que la compatibilización más o menos de los inte-

reses de las distintas corporaciones que actúan, cada uno actúa de acuerdo a la fuerza que tiene. La industria farmacéutica vende mucho en la Argentina para el mercado chico que somos, pero lo hace porque no hay ninguna contención, no porque la industria sea intrínsecamente mala. Como la reforma de salud es, como buena medida, a contracorriente como decía el Dr. Chuit, tiene que ser integrante de un proyecto político y promover mucho el esclarecimiento público.

Audiencia: *Mi nombre es Mariano Figueroa, soy representante de la comunidad en un Hospital de la ciudad de Santa Fe, el Colegio de Farmacéuticos que encabeza FEFARA me viene acompañando y apoyando en esta función, y me surge la pregunta a partir de lo que decía el Dr. Chuit pero va a los tres panelistas y es la siguiente: en el año 2004, en el Hospital se cobraba la mamografía y el monto correspondía al 10 % de lo que recibían como Plan Jefes y Jefas del Hogar. Ante estos valores las mujeres optaban por no hacerlas ya que tenían otras prioridades como darles de comer a sus hijos. Este tema se sometió a discusión en el Consejo de Administración y mediante votación se siguió cobrando la mamografía. Costó mucho movilizar la opinión pública y Uds. han dicho, y lo comparto ampliamente, que la discusión a nivel de la sociedad es clave, pero estoy esperando una voz de aliento de como promoverla.*

Dr. R. Chuit: En realidad, tendría que haber una fuerte decisión política, pero el grave inconveniente es cuánto del problema el dirigente político ve, ya que en la actualidad se manejan por encuestas y por opiniones de la gente. En Argentina, las cuestiones de salud siempre son resueltas, una semana antes o después, tanto en el ámbito público como privado y la gente luego se olvida de lo que tuvo que pasar. Entonces como se ha dicho acá en la mesa, tenemos que comenzar a plantearla discusión de la salud, fuertemente, desde la sociedad. Esto no es sólo

una discusión de técnicos, o de gente que creemos que debe ser mejorado el sistema, sino una discusión de la población que debe convencerse que podría tener mucho más con lo mismo que está aportando.



MESA Nº 5

El uso racional de los Medicamentos y los Medios de Comunicación

*Coordinador: Lic. Carmelo Crapanzano
Director del Programa InfoSalud*

Buenos días a todos y a todas. Muchas gracias por la presencia y, fundamentalmente, por la invitación y además, por permitirnos participar en este décimo aniversario de las jornadas de FEFARA. Para nosotros es particularmente grato porque por primera vez contamos con una mesa especial de comunicadores hablando, no de los temas generales de la comunicación, sino específicamente del devenir de la profesión farmacéutica, es decir de lo que representó en el pasado como eje de una actividad barrial cuasi familiar y de esta lucha por no permitir convertirlos en meros expendedores de mercadería.

Tengo el gusto de compartir esta mesa con Gastón Neffen que es licenciado en Comunicación Social, Universidad Nacional de Rosario; realizó la Maestría en Periodismo en la Universidad de San Andrés y Grupo Clarín. Es editor del diario El Litoral de Santa Fe en la sección sobre temas de Salud y Ciudad, ganó el premio Adepa 2009 en la categoría periodismo científico.

Luego, disertará nuestro querido Sebastián Ríos periodista especializado en salud, redactor de la sección Sociedad del diario La Nación y editor de contenidos del portal Medicamentos Seguros.

A continuación Matías Loewy, periodista y farmacéutico, es editor de la revista Newsweek Argentina y ex editor de la sección de Ciencia y Salud de la revista Noticias.

Va a cerrar la mesa Walter Mariño, periodista y fundador de una editorial vinculada a temas de salud que incluyen las publicaciones, Novedades Médicas, Novedades Bioquímicas, Odontodinámicas y los sitios web respectivos. Además, posee el blog www.novedadesfarmaceuticas.wordpress.com y la agencia de noticias Pro-Salud News.

Quiero agradecer personalmente a los miembros de FEFARA por concederme el honor de coordinar esta mesa. Soy Carmelo José Crapanzano, dirijo desde hace trece años un observatorio de noticias mundiales que emite informes diarios bajo la forma de newsletter y a través del portal respectivo que gira bajo el nombre de Programa InfoSalud.

Y ahora lo importante, los disertantes.

**Prevención vs autoprescripción.
Potencialidades y límites de la comunicación periodística.**

Gastón Neffen

Buenos días y muchas gracias por la invitación a participar de esta mesa. El título de mi disertación implica, básicamente, hablar de la responsabilidad de los medios y sobretodo de los periodistas en la cobertura de los temas de salud. Y la primera cuestión que me interesa abordar, es precisamente lo que tiene que ver con la **responsabilidad de los periodistas**.

Esta inquietud me surgió cuando tuve que realizar la cobertura de las inundaciones de Santa Fe, en abril del año 2003. La mayoría de los periodistas que cubríamos esa tragedia, ya que se inundó un tercio de la ciudad y hubo 120 mil evacuados, estábamos con el micrófono, con la cámara o con el grabador mientras la gente estaba sufriendo y pasándola muy mal. Personalmente, sentía que más que hacerles entrevistas uno tenía que ponerse a hombrear bolsas y ayudarlos a salir de los barrios, a subirse a una lancha, pero bueno, el rol del periodismo es otro. Nosotros teníamos que contar lo que estaba pasando en ese lugar, pero eso no quitaba que sintiéramos un profundo malestar porque considerábamos que lo que se hacía, no era suficiente.

El planteo era empezar a ver cómo podíamos manejarnos con la gente que vivía situaciones de catástrofe o con las víctimas de accidentes de tránsito o de inseguridad.

A partir de esta búsqueda, encuentro una recomendación en el Dart Center de EEUU que es un centro que provee recomendaciones a los periodistas sobre como tenemos que hacer cuando nos enfrentamos a estas situaciones.

“Los periodistas no podemos curar, pero tenemos la responsabilidad de no agravar el daño”

DART Center (EE.UU.)
www.dartcenter.org

Es decir, tenemos que tener en cuenta que la gente que nosotros entrevistamos tiene que seguir viviendo después de que le realizamos una nota.

Por ejemplo, cuando una persona acaba de ser víctima de un accidente de tránsito donde muchas veces fallecieron familiares o está muy traumatizado, si le preguntamos cómo se siente, no le hace bien. Y si después de hacerle la entrevista anotamos mal su nombre, o no tomamos una actitud humana para colaborar en lo posible y solo nos preocupamos por conseguir la nota corremos el riesgo de agravar su daño. Además, los televidentes se preguntan que le está pasando por la cabeza a ese periodista que está haciendo esa entrevista, y tampoco a ellos les hace bien.

Cuando hacemos periodismo en el área de Salud corremos ese riesgo, hacer daño. Esto es, si no informamos bien, podemos causar confusión, llevar a una visión que no es la correcta e inducir a conductas perjudiciales para la salud de la gente.

Por ello, los periodistas tenemos la responsabilidad de garantizar que la **información** que estamos dando sea **confiable, rigurosa y seria**.

Es importante que los comunicadores mejoremos la cobertura en salud, y fundamentalmente por este dato:

El 20% de las consultas en la web están relacionadas con la salud (1 de cada 5).

**Nuevas tendencias:
El Dr. Google – los cibercondríacos.**

Es muy común que la persona que concurre al médico, luego en su casa investigue por Internet sobre su problema y si no encuentra una información satisfactoria agrave su angustia y hasta puede llegar a confrontar con las recomendaciones de su médico.

Por ello quiero hablar sobre el riesgo que se puede correr a partir de las recomendaciones sobre temas de salud que se dan en los medios de comunicación. Por ejemplo que las personas se automedique no que no concurren al médico cuando lo necesiten. Y estas son las cuestiones que reclaman que la información sea seria y confiable.

Hay otras versiones de estos nuevos fenómenos. Una es el **Dr. Google**, que es el caso de la gente que permanentemente "googlea" lo que le pasa, y a veces encuentra información seria y otras no. Y por otra lado existen los **cibercondríacos** que usan Internet para reforzar su angustia y lo que creen que le está pasando.

Además, en notas que realizamos a los psicólogos nos informan que existe una fuerte tendencia en las personas a pensar que los medicamentos son un producto de consumo como cualquier otro. Especialmente en personas que tienen una personalidad adictiva y por lo tanto utilizan el medicamento como una droga más. Además, debemos tener en cuenta el tipo de sociedad en la que estamos viviendo con un ritmo exagerado y donde en vez de tratar de resolver los problemas muchos se medican, por ejemplo, con ansiolíticos.

Los periodistas para hacer buenas notas, debemos tener en cuenta una serie de **Normas profesionales**:

- Fuentes (referentes médicos y farmacéuticos).
- Sitios de consulta especializados y confiables.
- No se puede copiar y pegar.

Además, **los comunicadores que se dedican a los temas de Salud deben estar especializados**. Actualmente, en las redacciones hay cada vez menos periodistas formados en este tema, esto es un problema creciente ya que los medios de comunicación están atravesando una transformación muy importante que tiene que ver con la irrupción de la era digital. Las redacciones se están achicando, cuesta más mantener equipos de investigación y personal especializado, y entre ellos los especializados en salud.

Para dar una idea en relación a la forma de trabajo que estamos llevando cabo en estos tiempos, tomé una frase de Ignacio Ramonet, quien fue director del diario Le Monde Diplomatique. Él dice: que "**los periodistas pasamos de ser Journaliste (analistas del día) a instantaneistas**".

Journaliste (analista del día)

VS

instantaneistas

Ignacio Ramonet

(fue director del diario Le Monde Diplomatique)

En nuestro trabajo para producir un contenido de calidad se necesita tiempo, el periodista que realizó el informe sobre el uso de ansiolíticos que publicamos en El Litoral estuvo cuatro días trabajando en el tema. Lamentablemente, la mayoría de las veces tenemos un día para llevarlo a cabo y pasamos a ser instantaneistas. Eso nos juega en contra ya que cada vez tenemos menos tiempo para procesar y generar información confiable y de calidad. También, esto ocasiona que dependamos de lo que producen otros, como por ejemplo los Colegios de Farmacéuticos o hasta de ONG privadas. Si bien me parece interesante, cuando esa información es importante y es buena, personalmente me gustaría que los periodistas tengamos más tiempo para generar nosotros, contenidos de calidad.

Retomando el tema de autoprescripción o automedicación, quisiera mencionarles lo que escribió Walter Lippmann, un periodista norteamericano:

**“La prensa es como un faro, cuyo haz de luz
recorre incesantemente una sociedad
e ilumina momentáneamente, aquí y allá,
diversos episodios”**

Walter Lippmann
(1889-1974)

A partir de la lectura de esta frase, me parece que sería interesante que nosotros empecemos a "iluminar" las cuestiones que son prioritarias en salud y no necesariamente las que son "marquetineras" y como decimos a veces los jóvenes, es "zaza". Los periodistas especializados en salud tenemos más capacidad para discriminar que es importante. Además, el diario tiene

un espacio limitado por lo que no podemos "iluminar" todo al mismo tiempo, ésta es otra de nuestras responsabilidades tratar de iluminar lo que vale la pena.

Les voy a comentar dos trabajos que realizamos, uno de ellos fue el título central de tapa del diario El litoral del día domingo, "**Aumento del consumo de benzodiazepinas entre los menores de 30 años**". Este informe lo llevó a cabo un colega, Juan Ignacio Novac, con datos proporcionados por el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe, 1° Circ. En el mismo se dice que en los últimos 3 años aumentó el consumo de benzodiazepinas, de ansiolíticos en general, por ejemplo, el **Clonazepam un 54 % y el Diazepam un 22%**.

Esta es una tendencia que nos preocupa bastante, por eso, esta nota abrió el diario del domingo. Es decir, el trabajo de los periodistas no sólo es mostrar datos sino también explorar las causas. En este caso, en la ciudad de Santa Fe, también, hay un grupo de psicoanalistas que están investigando puntualmente el aumento en el uso, no solo de ansiolíticos sino de otras sustancias. Ellos nos explicaron que se relaciona básicamente con que las personas, por el ritmo de la vida moderna, prefiere a veces sedarse o drogarse antes que resolver las cuestiones de fondo.

Esto es un ejemplo de cómo debemos producir un trabajo, buscando fuentes especializadas en el tema.

El otro trabajo, es una nota en la que estoy trabajando y tiene que ver con las Alergias de primavera. Decidimos enfocarla en la Rinitis Alérgica. Los datos fueron proporcionados por un médico especialista en Alergias, un referente en la ciudad de Santa Fe, el Dr. Hugo Neffen. Él participó en un Estudio de Alergias en América Latina (AILA, por sus siglas en inglés) del cual surgen estos datos: "**el 42% de los adultos y el 25% de los niños utilizan fármacos de venta libre para el tratamiento de la rinitis alérgica**".

Con estos datos se podría concluir que la mayoría de las personas subestiman la rinitis alérgica, cuando, en realidad, es una enfermedad que tiene un impacto bastante importante en la calidad de vida. Los médicos nos explicaron, en este sentido, que hay alternativas que mejoran mucho la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, la gente prefiere comprar un medicamento de venta libre que, a veces son medicamentos que tienen cierto efecto sedante, o el caso de las gotas nasales que no deberían usarse más de siete días porque puede generar dependencia.

Lo que quiero lograr con esta nota es explicarles a los lectores todo esto para que de alguna manera, cuando lean sobre este tema y les pase que no pueden dormir, ni trabajar por la rinitis, concurren a un médico y usen la medicación que corresponde para tratar esos síntomas.

Con esto termino, espero que les haya interesado esta charla, muchas gracias.

Comunicación de Reportes sobre Problemas de Seguridad de los Medicamentos

Sebastián Ríos

Buen día, mi idea es hablar un poco sobre cuál es el interés desde los medios de comunicación masivos sobre los problemas de seguridad de medicamentos, que representan hoy en día, un porcentaje muy pequeño de lo que es la cobertura de los medios en salud. Además, contar como trabajamos básicamente estos temas.

¿De qué hablamos cuando abordamos los problemas de seguridad de los medicamentos?

A modo de ejemplo, basta con citar el caso de Yectafer que ocurrió en diciembre del año 2004. En el cual dos personas al menos, fueron reportadas que murieron como resultado de la administración de estos productos de suplemento de hierro, falsificados. Además, hubo aproximadamente dos decenas de personas internadas, muchas de ellas bastante graves.

El caso de Yectafer creo que no solo queda en la memoria de todos nosotros porque murieron personas, sino porque existió una gran difusión de este tema a través de los medios. Después se podría discutir si estuvo bien o mal hecha, pero lo que queda claro es que hubo una alta exposición.

Y seguramente, esa alta exposición en algún punto evitó que hubiese más muertes, ya que impidió, al menos, que se siga consumiendo ese producto que rápidamente se retiró del mercado.

Lo que buscamos, básicamente cuando tomamos los reportes, es advertir a la población de un riesgo conocido o potencial. Es decir, hacer llegar esa información a un público muy amplio, porque si bien es cierto que tanto la ANMAT, como los propios laboratorios o los Colegios Profesionales, de médicos o farmacéuticos, tienen sus propias vías de comunicación, ésta siempre está destinada a audiencias muy restringidas y no llegan, en definitiva, al paciente.

Como pueden observar, en el caso de Yectafér, el Laboratorio AstraZeneca publicó una solicitada en todos los medios nacionales para advertir a las personas, sobre la circulación del producto falsificado y de cómo era el producto original.

Pero también tenemos que ser honestos y pensar que seguramente esto lo leyó muy poca gente porque son esas cosas que pasan desapercibidas.

Ahora veamos la diferencia de cuál es el impacto que uno puede esperar cuando este tema aparece en un medio masivo de

A la comunidad médica, droguerías, farmacéuticos y pacientes

RECORDAMOS LA EXISTENCIA DE LOS ENVASES DE YECTAFER Y YECTAFER COMPLEX CON MEDIDAS ADICIONALES DE SEGURIDAD EN VIGENCIA DESDE ENERO DE 2005

A partir de la fabricación del lote 03100718 de nuestro producto Yectafér (inyecciones de hierro IM, para el tratamiento de la anemia ferropénica), llevada a cabo en el mes de diciembre de 2004, AstraZeneca procedió a implementar una serie de cambios en el empaque de Yectafér y Yectafér Complex con el objetivo de transmitir tranquilidad a los pacientes y asegurar la originalidad del medicamento.

El reemplazo de todas las unidades del envase antiguo comenzó a realizarse en enero del corriente año con amplia difusión por parte de nuestra empresa. De esta manera, AstraZeneca sigue ofreciendo Yectafér y Yectafér Complex, tal como lo viene haciendo ininterrumpidamente desde hace 42 años, con toda la eficacia, calidad y seguridad que siempre nos ha caracterizado.

Para mayor información llamar al: 0800-333-1247 AstraZeneca

Entre los cambios en el material de empaque se destacan:

- Nuevo logotipo de AstraZeneca
- Nuevo color
- Banda de cierre
- Banda de cierre



El uso del medicamento aditivado

Una joven entrerriana también habría muerto por una inyección de hierro

Tenía 26 años y estaba embarazada cuando fue tratada con Yectafér: el primer caso mortal, en Río

Una mujer murió a consecuencia de un tratamiento de hierro. Desde ahora, el uso de este medicamento en embarazadas debe ser más cauteloso y bajo supervisión médica.

Una mujer de 26 años, embarazada, murió a consecuencia de un tratamiento con Yectafér. Este medicamento, que se utiliza para tratar la anemia, fue administrado en forma de inyección intramuscular. La mujer falleció días después de haber comenzado el tratamiento.

El caso ocurrió en un hospital de Entre Ríos. La mujer había estado embarazada y se encontraba en tratamiento con Yectafér. Su familia denunció el hecho y pidió una investigación.

El laboratorio AstraZeneca se comprometió a investigar el caso y a proporcionar toda la información necesaria. Se está realizando un estudio para determinar si se trata de un caso aislado o si hay otros factores involucrados.

Se recomienda a los médicos y pacientes tener precaución al usar este medicamento, especialmente en embarazadas. Siempre se debe seguir las indicaciones médicas y reportar cualquier efecto adverso.

Denuncian que otra mujer murió por una inyección de hierro

La muerte ocurrió a resultado de un tratamiento, pero nadie dijo se retirara su caso con el de la joven entrerriana. La mujer estaba embarazada de cinco meses y falleció cuatro días después de la inyección.

La versión del laboratorio

El laboratorio AstraZeneca se comprometió a investigar el caso y a proporcionar toda la información necesaria. Se está realizando un estudio para determinar si se trata de un caso aislado o si hay otros factores involucrados.

Ya son siete: en Paraná, La Plata y Bariloche

Más mujeres afectadas por inyección falsa

Seis mujeres más afectadas por inyección falsa de Yectafér en Paraná, La Plata y Bariloche.

Seis mujeres más afectadas por inyección falsa de Yectafér en Paraná, La Plata y Bariloche. Las mujeres sufrieron efectos adversos graves tras recibir inyecciones que no correspondían al medicamento original.

Las autoridades sanitarias están investigando el origen de estas falsificaciones y advierten a los pacientes sobre los riesgos de usar medicamentos no autorizados.

Se recomienda a los pacientes verificar siempre el empaque original y el logotipo de AstraZeneca antes de administrar cualquier medicamento.

Nuevas pruebas siguen apuntando a droguería

Seis mujeres más afectadas por inyección falsa de Yectafér en Paraná, La Plata y Bariloche. Las mujeres sufrieron efectos adversos graves tras recibir inyecciones que no correspondían al medicamento original.

comunicación ya sea un diario, una revista, la televisión, en el cual no nos queda duda de que esto va a llegar a las personas. Después uno podría discutir si este tipo de noticias se manejan de una forma un poco sensacionalista, pero a nadie le queda duda de que ésta es una noticia que le llega a la persona que le tiene que llegar y que puede ser que ese mensaje mínimamente genere un estado de alerta en las personas en las que queremos generarlo.

¿Qué comunicar?

Hablando sobre la tarea propiamente dicha de qué queremos comunicar desde un medio masivo de comunicación en relación a los efectos adversos de los medicamentos, hay varias temáticas y cada una merece su atención y su trabajo en particular.

Una de ellas es sobre **nuevos efectos adversos de medicamentos ya conocidos**. Es decir, efectos que en el momento de la aprobación de ese medicamento no se los conocía, pero debido a la Farmaco vigilancia poscomercialización se advirtieron. Obviamente, cuando un laboratorio lanza un medicamento tiene mucho interés en presentarlo y mostrar sus virtudes, que todos sepamos que hay un medicamento nuevo disponible. Pero cuando se comienzan a reportar los efectos adversos no hay tanto interés desde los laboratorios de que se conozcan, no digo que necesariamente hagan algo para ello, pero no tienen toda la difusión que sí tiene el lanzamiento de un nuevo producto. Con lo cual, me parece, que ese es un rol muy importante que tenemos que tener los periodistas y es el de indagar en las publicaciones científicas sobre todo medicamento que esté en el mercado para tratar de estar informado sobre las cosas nuevas que ese medicamento está generando en el mundo real.

El otro tema a comunicar, en mi opinión, es acerca de los **efectos adversos de nuevos medicamentos**. Todo medicamento tiene algún efecto adverso. Pero, generalmente, la comunicación de todo nuevo medicamento está muy basada en las

cualidades positivas y siempre se deja un poquito de lado cuáles son los efectos adversos, la población que no debería consumir ese medicamento, contraindicaciones, o interacciones.

Otra cuestión muy interesante, para mí particularmente lo es, tiene que ver con el **riesgo asociado al consumo de medicamentos falsos o subestándar**. Dentro de esta temática tenemos subcategorías y son:

- **Medicamento falso propiamente dicho.** Por ejemplo, el caso de Yectafer.
- **Medicamento adulterado o reintroducido.** Sería aquel medicamento que fue sustraído de la cadena legítima de comercialización y distribución y luego, de alguna manera, se lo reintroduce. Esto es, a través de una Obra Social, como suele suceder en la Argentina, o directamente en ciertas Instituciones. Hoy esto está pasando muchísimo con los medicamentos oncológicos, ya que tienen altos costos.
- **Medicamento subestándar.** Son aquellos que fueron producidos en forma legítima y que han sido aprobados por las Agencias Regulatorias de determinado país y que hoy en virtud, ya sea del tráfico de medicamentos, de que la gente a veces cruza fronteras para conseguir medicamentos más baratos, ingresan a otro país en el cual probablemente no cumplan con los requisitos del mismo. También, dentro de esta subcategoría estarían los medicamento que se venden por Internet que para la Argentina esto es un fenómeno completamente insipiente, casi no hay reportes todavía. Pero, en EEUU y en Europa las Autoridades Regulatorias están tratando de combatirlo. Si uno accede a la página web de la FDA, por ejemplo, todos los días encuentra que está dando de baja a un sitio de Internet, o denunciando algún suplemento dietario traído de quien sabe dónde.

Generalmente, son de México o del Sudeste Asiático. Por ejemplo, Taiwanes una fuente de medicamentos subestándar muy importante.

Fuentes

Voy a hablar puntualmente de las fuentes en relación al manejo de las noticias de reportes de problemas con medicamentos. Obviamente, la fuente principal en nuestro trabajo debería ser la **Agencia Regulatoria** que en nuestro país es la **ANMAT**, pero también la de otros países como la **FDA** de EEUU, la **MHRA** de Inglaterra, entre otras. Se debería estar atento a los reportes no sólo de Argentina sino de otros países porque, como mencionaba, hay muchos medicamentos que están ingresando al país.

Otra fuente son los **laboratorios** que generalmente se preocupan bastante cuando hay algún problema de seguridad con un medicamento "estrella" fundamentalmente, o sea cuando ese problema de seguridad pueda ocasionar algún inconveniente no sólo legal sino de imagen de la marca. A diferencia de una Agencia Regulatoria no es tan proactivo, aunque también podríamos decir que dichas agencias son proactivas dependiendo del signo político y de la voluntad de comunicar. Por ejemplo, en la Argentina pasamos de tener veinte comunicados por mes del ANMAT sobre estos temas a no tener ninguno, con lo cual se puede suponer que no hay problemas o algo está pasando.

Además, otras fuentes muy interesante para chequear son las **Organizaciones Profesionales** ya sea las que agrupan a Farmacéuticos como a Médicos, por ejemplo FEFARA, COFA, SAP, etc., y las **Organizaciones No Gubernamentales**. Con respecto a estas últimas me refiero, puntualmente, a ciertas entidades muchas veces financiadas por los laboratorios pero que están muy interiorizadas en el tema de medicamentos falsos, de medicamentos adulterados.

taron que, también, habían tenido reportes, no puntualmente de lo que advertía la FDA, sino de casos de intoxicaciones por el uso excesivo de estos geles, y que estaban analizando qué hacer.

Consultando a la ANMAT, se puede recabar información, por ejemplo, qué cantidad de estos productos están disponibles en la Argentina, si algunos son de venta libre y otros de venta bajo receta. A partir de estos datos se comienza a tener una idea de la situación en Argentina.

Paso siguiente, lo que hice fue llamar al Jefe de Servicio de un Hospital, específicamente, al Jefe del Departamento de Emergencias del Hospital de Niños que es una persona que lleva registro de todo, y le pregunté qué observaron ellos en relación a este tema. Me contestó que tuvieron tal número de casos y lo que estaban observando en los niños y en los padres. Puntualmente, lo que ocurre es que el papá le pone el gel, el bebé se calma, a la media hora llora de nuevo y se lo vuelve a colocar. Nadie lee el prospecto que dice cada cuánto tiempo se debe aplicar el producto. Luego, se ven claramente los efectos de las intoxicaciones agudas, no necesariamente tan graves como los casos que han ocurrido en EEUU pero ciertamente intoxicaciones innecesarias.

La nota termina haciendo hincapié en recomendaciones. Para ello, le consulté al Pediatra si en vez de usar geles con esta sustancia que evidentemente tiene un riesgo potencial interesante, cuál es la alternativa. A lo que respondió, que el uso de un mordillo es una alternativa muy sencilla. Éste se debe colocar en la heladera y cuando llora se lo dan para que lo muerda, de esa manera se alivia el dolor y se evita el uso de medicamentos.

En definitiva, con todo esto lo que se logra es hacer una nota a partir de algo que aparentemente no nos afecta a nosotros pero que llega a tener mucho interés. Además, se puede brindar herramientas a las personas para modificar una conducta que podría representar algún peligro para ellos.

Muchas gracias.

El rol de los farmacéuticos y la cobertura en los medios

Matías Loewy

Buenos días, es un gusto estar acá. Hace 15 años que me dedico al periodismo, en temas de ciencia y salud. Pero en mi otra vida, como siempre digo, fui Farmacéutico y trabajé en Hospitales, hice una residencia, fui Jefe de Residentes en el Hospital Pirovano y Director Técnico de una droguería durante seis meses. También, estuve en el mostrador de Farmacias de Capital y del Conurbano Bonaerense durante cinco meses, haciendo suplencias. Así que tuve otra vida donde de alguna manera conocí las problemáticas que ustedes, hoy, tienen mucho más presente.

Como el título era "El rol de los Farmacéuticos y la cobertura en los medios", me puse a pensar que los medios representamos al Farmacéutico de determinada manera y me pregunté cuáles son los factores que juegan en ello. Y cuando se analiza esta cuestión uno de esos factores tiene que ver fundamentalmente con los modelos profesionales.

Farmacéuticos famosos

En ese sentido me pareció interesante compartir una búsqueda que realicé en relación a los Farmacéuticos famosos. Así como hay médicos, abogados, arquitectos, famosos, la pregunta era, ¿hay farmacéuticos famosos? No estoy hablando en el caso de ciudades chicas donde probablemente el Farmacéutico tiene un rol, una presencia más marcada y es un actor social importante, me refiero a las grandes ciudades.

Comencé a buscar ejemplos de **Farmacéuticos famosos**, a ver si había una especie de Dr. House de los farmacéuticos y, fíjense que notable, les voy a mostrar lo que encontré:

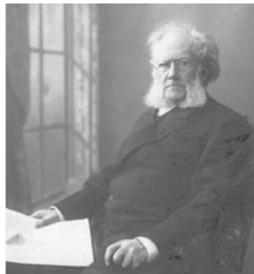
- **Isaac Newton:** el padre de la física, si bien no tuvo el título de Farmacéutico fue aprendiz de Farmacia donde trabajó desde muy chico, aproximadamente dos o tres años. Hay biógrafos que sostienen que su afición por la química y por entender determinadas leyes del comportamiento de la materia pudieron haber tenido su origen en esa botica.



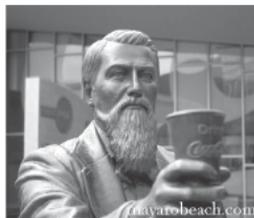
- **Carl Wilhelm Scheele:** un farmacéutico Alemán que haciendo experimentos en su Farmacia descubrió el oxígeno, en el siglo XVIII.



- **Henrik Ibsen:** un dramaturgo Noruego que entre los 16 y 22 años fue aprendiz de Farmacia y después la regentó. Una de sus obras es "Un enemigo del pueblo", cuyo argumento tiene que ver con un Dr. que advierte en una ciudad balnearia una contaminación en las aguas y, como esa ciudad vive del turismo, de repente denunciarlo lo transformaba, básicamente, en un enemigo social de esa comunidad que vivía de la promoción de esas aguas. Tal vez, su trabajo en la Farmacia, pudo haber influido en esa temática.



- **John Pemberton:** es más conocido por su obra que por su profesión, de hecho es un Farmacéutico de Atlanta que a fines del siglo XIX inventó la Coca Cola y que guardó la fórmula.



- **Bernardo Houssay:** es nuestro primer Premio Nobel de Ciencia que antes de estudiar medicina se recibió de Farmacéutico.



Cuando repasamos los ejemplos de Farmacéuticos famosos, lo que notamos es que, en general, no lo son por el ejercicio de su profesión.

Farmacéuticos en la ficción

La siguiente etapa de mi búsqueda, fue analizar la representación en la cultura popular del Farmacéutico y en este sentido, comencé a investigar como aparece el Farmacéutico en la literatura o en el cine. Esto es porque está demostrado para otras profesiones, por ejemplo para los científicos, que según como presentan ya sea la literatura, el cine o la ficción televisiva, a un profesional, de alguna manera imprimen un patrón, un estereotipo, un modo de funcionar profesionalmente y que eso tiene una influencia social.

Hice un pequeño repaso y les voy a mostrar algunos ejemplos de Farmacéuticos en la literatura y en el cine y cómo están representados.

Uno de ellos es el boticario de **Romeo y Julieta** que le da la poción. La manera en que está presentado este Farmacéutico no es muy buena porque cuando Romeo se acerca para pedirle el veneno lo primero que le dice "... el veneno lo tengo pero hay leyes que me impiden venderlo", y entonces Romeo le dice, "... pero, bueno, Ud. va a seguir siendo pobre". La res-



puesta del Farmacéutico, es "...bueno, se lo doy", según la frase textual de Shakespeare es: "no lo concede mi voluntad sino que lo concede mi pobreza".

La mejor representación de un Farmacéutico como un héroe es la de John Wayne en "In **Old California**" (año 1942). En esta película se lo presenta en un rol de organizador sanitario frente a una epidemia. Puedo decir, que de todos los films y libros que vi, ninguno muestra al farmacéutico en una posición socialmente tan jerarquizada como en esta película.

Otro farmacéutico famoso es Teodoro Madureira en "**Doña Flor y sus dos maridos**" (año 1976).

En el cine Nacional, en el año 1979, se realizó la película "**Expertos en pinchazos**", en la que trabajaban Porcel y Olmedo. Ellos interpretaban a dos empleados de una Farmacia, por supuesto, dando inyecciones, haciendo preparados magistrales con el mortero, y también lo podemos ver al dueño de la misma, resignado, tratando de encarrilarlos.

Ned Flanders, un personaje de los "**Los Simpsons**", es la persona más buena de Springfield. Él trabajó casi toda su vida adulta como dependiente de Farmacia, no está claro si es Farmacéutico o un idóneo. Lo presentan como una persona compasiva y con una moral cristiana muy fuerte.

"**Farmacia de guardia**" fue una serie televisiva muy exitosa en España. Se proyectó entre los años 1991 y 1995 y su tema giraba alrededor de la vida de una Farmacéutica. Ella era extremadamente abnegada y trabajadora, pero tenía un marido que era un vividor.



Otro Farmacéuticos de ficción fue Elvio Dominicci en "**Vulnerables**", en el año 1999. Éste era un Farmacéutico que, como el boticario de Romeo y Julieta, entregaba medicación, pero en este caso no lo hacía por la pobreza, sino por determinado deseo sexual.

Notablemente 10 años después, en una serie norteamericana "**Nurse Jackie**" se muestra un Farmacéutico llamado Edy, muy parecido, que le facilita el acceso a determinados medicamentos a una enfermera con cierta adicción a las drogas, a cambio de favores sexuales.



A partir de esta serie, en EE UU, las Asociaciones de Enfermeras protestaron por la forma que la serie las representaba. No hubo protesta de las Organizaciones Farmacéuticas por la manera que la serie, representaba a Edy.

Imágenes del farmacéutico en la cultura popular

En resumen, la manera en que aparece un farmacéutico en la cultura popular es: trabajador, algo aburrido, metódico, compasivo, confidente, solidario, también en algún punto éticamente lábil, pícaro en algunos casos.

¿Y... dónde está el farmacéutico?

Pero más que la presencia, de ciertas maneras, con determinados sesgos o rasgos, lo que me parece importante, son las ausencias. Especialmente, debido a estas ausencias, hay varios artículos que han explorado este punto y les voy a mencionar algunos:

- En una revista especializada para Farmacéuticos **PJ Online**, en el año 2009 se publicó una nota que dice: "Una vista rápida a la agenda de la televisión revela programas que muestran a médicos, enfermeras, científicos forenses, naturalistas, exploradores, subastadores, agentes inmobiliarios, jardineros, cocineros, policías, paramédicos, diseñadores de moda, deportistas, jueces, anticuarios y muchos más. Pero farmacéuticos, no.
- En el año 2010, otra revista especializada que se llama **Health Workforce News** plantea una preocupación similar. El título de la nota sugiere que los farmacéuticos son los héroes olvidados del sistema de salud. La misma dice que: "A los ojos de las personas comunes, la Farmacia no es una profesión glamorosa. Mientras que es difícil en estos días encender el televisor y no encontrarse con un show que muestre médicos valientes y enfermeras que salvan vidas de manera dramática (...), las representaciones de los Farmacéuticos son, comparativamente, raras.

El farmacéutico en la prensa escrita

Para chequear esto, tomé el diario La Nación y analice desde enero del 2011 hasta ahora, cuantas veces aparecía el Farmacéutico en un medio nacional. Había 149 notas donde aparecía la palabra Farmacéutico, pero muchas de ellas era como adjetivo, por ejemplo: mercado farmacéutico, negocio farmacéutico, un empresario farmacéutico que estaba en una fiesta en Punta del Este, etc.

Para realizar el análisis más depurado, solamente identifique aquellas notas donde efectivamente aparecía un Farmacéutico, ¿Qué farmacéuticos aparecían? ¿Y haciendo qué? Encontré que en 6 notas, los Farmacéuticos aparecían hablando, o aludiendo problemas puntuales sobre acceso y provisión de medicamentos en Farmacias. En 2, opinando y tomando posición, en notas vinculadas a la compra de medicamentos sin

receta, problemas de automedicación. En 5, lamentablemente, mencionaban a los Farmacéuticos involucrados en lo que podemos llamar la mafia de medicamentos. En 1, aparecía un Farmacéutico damnificado en un asalto. Y en 3, era el caso del Farmacéutico jubilado, en Grecia, que se suicidó por la crisis económica en este país.

Por otro lado, a la suma de esta escasa presencia de los Farmacéuticos en los medios, podemos observar lo que podríamos llamar una cierta crisis de identidad de este profesional en cuanto a la manera que lo presentan los medios. Algunas veces, aparece como un profesional, otras como comerciante, y hasta llega a ser visto por la gente como un sindicalista porque hay Farmacéuticos que hablan y son directivos de un sindicato que los representa.

Entonces, es un profesional pero también es un empleado que tiene su sindicato, es un doctor que aparece como tal en determinadas notas en funciones dirigentes de organizaciones grandes, pero no presentado como farmacéutico sino como doctor. Y de alguna manera, entre comillas, deja de ser Farmacéutico o en todo caso ya no es visto como tal.

Conclusiones

- En la cultura popular, el farmacéutico tiene ciertos rasgos de personalidad y funciones y roles sociales muy definidos.
- A diferencia de otros profesionales, la "fama" no proviene del ejercicio de su profesión.
- Los estereotipos de una profesión influyen también sobre los periodistas.
- Hay una amplia gama de funciones del farmacéutico, desde la síntesis hasta la gestión integral del medicamento, que siguen siendo "invisibles" para los medios.

Bueno, muchas gracias.

La profesión farmacéutica y cómo la comunican

Walter Mariño

Mi ubicación en la comunicación es en un segmento, y por la actividad periodística y editorial que llevo a cabo, la relación que tengo es fundamentalmente, con los profesionales. Entre ellos los farmacéuticos.

Entonces, quiero acercar algunas reflexiones para devolverles a Uds. como profesionales, el rol protagónico que tienen que tener.

Además, entiendo que estamos viviendo una época de transición, estoy definiendo esto en términos históricos, no periodísticos. En esta situación, creo que el farmacéutico tiene dos temas fundamentales en el centro del desarrollo de su profesión.

Uno de los temas es su **inserción en el equipo de salud**, tiene que redefinir, no solamente incumbencia, sino negocios, perspectivas, desarrollo, etc. Es decir, la inserción del profesional en el equipo de salud es algo que tiene que estudiarlo, profundizarlo.

La otra cuestión es que, desde el punto de vista de la comunicación, estamos viviendo momentos de **convergencia tecnológica**. Uds. dirán ¿qué tengo que ver con la convergencia tecnológica? Todos tenemos un celular, ya no es el aparatito simple que teníamos al principio, sino que es complejo, accede-

mos a Internet, buscamos información, y nos comunicamos, entre otras cosas. Esa convergencia tecnológica a su vez en la profesión tiene que ver con la **actualización** que deben realizar constantemente ya que los cambios se producen en forma vertiginosa.

Los Farmacéuticos que están detrás del mostrador dispensando medicamentos, también, son protagonistas de la comunicación, a pesar de que están encerrados. También, los que están en puestos de dirección en las instituciones, o en el laboratorio trabajando todos los días.

Entonces tiene que haber una **actualización** en la cuestión profesional, pero además en lo que se refiere a la **tecnología de la comunicación** y eso tiene que ver también, con como comunican la profesión y como se comunica el conjunto, el sector con Uds. También, como van aprendiendo y van tomando los conocimientos que necesitan para desarrollarse y para seguir vigentes.

A los periodistas nos pasa lo mismo, no sólo tenemos que actualizarnos, saber de página web, de PDF, entre muchísimas cosas; sino que además, tenemos que actualizarnos en cantidad de elementos de comunicación porque es en lo que trabajamos.

Y Uds., también son hombres de la comunicación, en tanto y en cuanto hablan, se comunican, trabajan, están institucionalizados y en puestos directivos.

La actualización tecnológica ha llevado a que no nos queda tiempo prácticamente para poder estar al día, pero debe ser una de las preocupaciones nuestras.

En el auditorio hay muchos estudiantes que están haciendo la carrera. Probablemente, les enseñen una cantidad de cosas que tienen que ver con la tecnología farmacéutica. Tienen que tener en cuenta que en el futuro, Uds. también van a ser agentes de comunicación porque van a recibir información y van

a tener que dársela a los pacientes. Pero además, van a tener que comunicarse entre Uds. Por algo están acá, este es el foro más primitivo, pero hay otros foros que también lo van a tener que saber utilizar cada vez más.

Esta es una advertencia, que no quiero darle tono dramático, ya mis colegas han repasado la relación entre el periodismo, la sociedad, la información. Personalmente, quiero ir adentro de la profesión, que cada uno de Uds. se lleve ese tema como disparador de nuevas inquietudes.

La comunicación es un elemento fundamental, es importante y Uds. tienen que estar al día en ese sentido. Muchas gracias.

Coordinador Carmelo José Crapanzano

Quiero, antes de terminar, reiterar el agradecimiento a FEFARA y a los participantes de esta mesa y manifestar la importancia de que éste sea un vínculo que se mantenga en el tiempo. Además, que los periodistas lleguen a dimensionar que el farmacéutico debe ser uno de los ejes principales a quienes consultar cuando surgen problemas que afectan a la sociedad en general y que tienen que ver con la utilización de los Medicamentos.

A su vez, a mis amigos los farmacéuticos que abandonen la apatía que usualmente tienen para la provisión de conocimientos a los comunicadores que son quienes tienen la obligación de brindarlos en tiempo y forma a la población en general. Y ahora los invito a continuar con el desarrollo de estas importantes Jornadas. Muchas Gracias.



MESA Nº 6

Presentación del Pacto Argentino por la inclusión en Salud (PAIS).

Una propuesta para (re) organizar la cobertura y transformar la forma de construir salud en la Argentina

Coordinador: Farm. Hugo Robatta

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe, 1º C

Vamos a comenzar con la siguiente mesa y les voy a presentar a sus comentaristas el Dr. Federico Tobar y el C.P.N. Carlos Vasallo.

Federico Tobar es Doctor en Ciencia Política, Master en Economía y Especialista en Economía de la Salud. Consultor internacional en la formulación y gestión de políticas de salud y medicamentos para: Banco Mundial, BID, Unión Europea, Agencia Belga de Cooperación, OIT, UNICEF, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Ha desempeñado estas funciones en Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay,

EEUU, Ecuador y Argentina. Diseñó e implementó el Programa REMEDIAR, en Argentina; el Programa de Cuidados Sanitarios Básicos, en Paraguay; la Asistencia Farmacéutica Básica, en República Dominicana y el Instituto de Desarrollo Social, en San Pablo (Brasil). Es autor de 15 libros y 80 artículos científicos en revistas especializadas.

Carlos Vassallo posee un Postgrado en Economía y Gestión del Sector Salud. Es consultor Nacional e Internacional, profesor titular de la Universidad Nacional del Litoral, coordinador académico del Máster de la Universidad de Bologna, sede Buenos Aires y profesor de Economía de la Salud en la Universidad de San Andrés. Posee publicaciones y artículos escritos en el país y en el exterior.

Bueno, le voy a dar paso a estos dos queridos amigos que siempre nos acompañan en las Jornadas y hacen aportes trascendentes. Ellos van a presentar un proyecto en el cual están trabajando y los escuchamos con toda atención.

*C.P.N. Carlos Vassallo
Universidad Nacional del Litoral / Universidad de Bologna
Miembro del Grupo PAIS*

Buenos días, voy a desarrollar esta presentación en tres partes. La primera tiene que ver con estos diez años de las Jornadas y voy a comenzar con su creación en el año 2002. Por estos tiempo el país estaba en una situación en donde no se podía discutir ni mirar nada y el Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe junto con el que era el Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad, comenzó a transitar este camino. Desde ese momento ya pasaron dos períodos y medio presidenciales con este encuentro anual. Esto se los digo para los más jóvenes ya que no es muy común encontrar experiencias de continuidad y donde se va construyendo pacientemente.

Nuestra mejor carta de presentación cuando invitamos a un disertante del exterior es mostrar los debates, las presentaciones y los intercambios realizados que se pueden constatar en las publicaciones de las Jornadas. Durante los últimos años hemos agregado a la discusión sobre la agenda nacional aspectos que tienen que ver con lo local y provincial del ámbito donde se realiza la jornada. Les recuerdo que ya hemos realizado en encuentros en ciudades claves para la organización de los farmacéuticos como son: Santa Fe, Rosario, Mar del Plata, Tigre, San Nicolás, Córdoba, y en la próxima Posadas.

Este parar la pelota y reflexionar sobre las jornadas en una Argentina que vive vertiginosamente y donde las decisiones y las cosas van y vienen a una velocidad que no nos permite analizar y sacar conclusiones es importante para pensar el futuro. Las organizaciones que fracasan lo hacen porque abandonan y no

porque pierden una carrera o una competencia este es un principio fundamental para que dentro de diez años sigamos discutiendo la agenda de medicamentos con la amplitud, tolerancia, y perspectivas diferentes con las cuales se ha discutido en este ámbito. Creo sin equivocarme que esto nos llena de orgullo a todos los que iniciamos las jornadas desde el año 2002.

Personalmente, agradezco profundamente al grupo de farmacéuticos del Colegio de Santa Fe dado que se llamaron Jornadas Santafesinas y todavía no estaban pensadas para ser federales y todavía FEFARA no había sido creada. Eran momentos de transición que luego dieron origen a la organización nacional que hoy permite seguir desarrollando este espacio de intercambio y de conocimiento para todos los que trabajan en el sector medicamentos.

Quiero rescatar que en estas Jornadas los temarios no han sido corporativos, pensando exclusivamente como si los farmacéuticos fueran los únicos operadores del sector sino que ha tenido una perspectiva sistémica desde lo general a lo particular y esto nos ha permitido primero discutir temas macro con una incidencia que no todos alcanzaban a ver porque el farmacéutico encerrado en la oficina farmacéutica no podía estar al corriente de las discusiones y los debates que atraviesan el diverso, pluralista y amplio sistema donde está inserto. Los debates sobre el futuro del sistema de salud, la salud pública, la seguridad social, la salud privada y tantas otras perspectivas donde el medicamento es un bien social donde circula y promueve debates sobre el acceso, el consumo, las innovaciones y la financiación.

Además, destaco la actitud innovadora de la organización de las nuevas jornadas donde hemos incorporado el vínculo entre los temas farmacéuticos y los medios de comunicación.

En segundo lugar quería hacer una pequeña evocación al Dr. Juan Héctor Silvestre Begnis, que falleció hace muy poco tiempo, desde el punto de vista del amigo, porque fue una persona excep-

cional que nos enseñó y nos hizo entender su compromiso con la salud pública. En lo personal fue la persona con la que trabajé primero en salud y me hizo comprender el interesante trabajo por delante para cambiar y adaptar este sistema a las necesidades de la población. Como intelectual práctico como siempre lo fue, porque no creía mucho en las discusiones universitarias sino más bien en la acción directa sobre las cosas como cuando repuso el tren sanitario siendo responsable de ISSARA (Instituto de Servicios Sociales para los Rurales y Afines) y recorrió el país con esa iniciativa, o su enfoque sobre la atención primaria que siempre fue más social, más de atención básica de la salud que médico y que se trata de desmitificar acerca de la presencia obligatoria del médico para hacer atención básica de la salud. El equipo de salud todo está preparado para este abordaje que significa ayudar a la población en la prevención, la promoción y la atención básica o de primer nivel. Esta perspectiva permite ampliar de manera importante el compromiso, el rol y la organización de la atención primaria que es un sector muy atrasado en el país y que requiere de un enfoque diferente para poder llevar adelante una verdadera transformación. Necesitamos un enfoque de salud colectiva y no médico. Canchi estuvo convencido siempre en el rol del agente social que se encarga de acercar el sistema de salud a la población y que era imposible hacer atención primaria de la salud desde un consultorio médico en una gran ciudad, la medicina familiar tiene un discurso muy lindo, pero naif no estaba preparada para la dimensión y la profundidad de los problemas de acceso a los primeros niveles de atención de la salud de la cual carecen unos 15 millones de argentinos.

El otro aporte que hizo fue respecto de los farmacéuticos y de los colegios profesionales ya que durante los años 90 marcados por un enfoque de mercado para la reforma en salud generaron cambios desde un modelo corporativo, rígido y cerrado a uno más competitivo y despiadado. El sector salud era un sector acostumbrado a trabajar con modelo de contrato por prestaciones que significaban una cierta «comodidad» de las entidades gremiales profesionales porque casi no tenían que hacer gestión,

se hacían las prestaciones al final del mes, se presentaban, no había ningún tipo de control de gestión y del comportamiento de los actores (paciente, financiador y prestador). Dentro de ese marco, el cambio del modelo de contrato por prestaciones al modelo de contrato capitados significó que las entidades gremiales profesionales tuvieran que cambiar de conducta, empezaran a gestionar, administrar contratos. En este sentido el aporte de "Canchi" fue muy importante porque trabajó muchos con dichas entidades. El Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe y FEFARA es una demostración de que se pudo hacer ese proceso de reconversión. Si hay algo que hoy distingue FEFARA de la Confederación Farmacéutica o de otros Colegios Farmacéuticos como el de la Provincia de Buenos Aires o de otras entidades pertenecientes a otras ramas del sector salud, es una concepción diferente de los directivos respecto de qué lugar ocupa la red de servicios en uno u otro momento dentro del sistema de salud, si uno va a hacer simplemente alguien al cual la industria lo contrata para prestar un servicio o si, en realidad, se puede proponer como un administrador de los contratos y, en este caso, del medicamento que tiene que ser brindado a una población determinada con un financiamiento determinado. Para lograr que cierre el círculo de acceso, cobertura, financiamiento y consumo es necesario gestionar. No son suficientes los conocimientos farmacológicos para asesorar hay que utilizar la informática y los sistemas de información para organizar sistemas de gestión de los contratos.

La tercera parte tiene que ver con una encuesta que voy a presentarles. Esta **Encuesta Nacional acerca del Sistema de Salud en la Argentina**, fue encargada por la **Fundación del Sanatorio Güemes** y se presentó en septiembre del 2011.

Un grupo de profesionales estuvo trabajando desde el año 2011 en el marco de una convocatoria inicial del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC) pero que luego se fue ampliando y terminó reuniendo el consenso de aproximadamente 30 sanitaristas y dan-

do origen a lo que se llama el Pacto Argentino de Inclusión en Salud (PAIS).

Esta encuesta de alguna manera quería **evaluar respecto al tema salud, qué, cuánto y por qué le importa la salud a la población, pero desde una perspectiva macro**. Es decir, la cuestión del financiamiento, integración entre los distintos niveles del sistema, entre otras cuestiones. La otra mirada más micro de ese paciente que tiene una perspectiva respecto del sistema, qué le ofrece y cuánto tiene que saber sobre la salud personal, individual, como cuidarse, etc., sobre eso, seguramente, ya hay mucha bibliografía.

Encuesta Nacional acerca del Sistema de Salud en la Argentina

Me voy a referir únicamente sobre la opinión de las personas, en todo el país, respecto a las preguntas que se le hicieron y no voy a hablar de lo que pensaron los médicos respecto del Sistema de Salud, que fue una opinión muy parcial para el caso de la provincia de Buenos Aires.

Esta es la **Ficha Técnica** de la encuesta realizada. Quiero destacar que el tipo de encuesta telefónica es mediante llama-

FICHA TÉCNICA

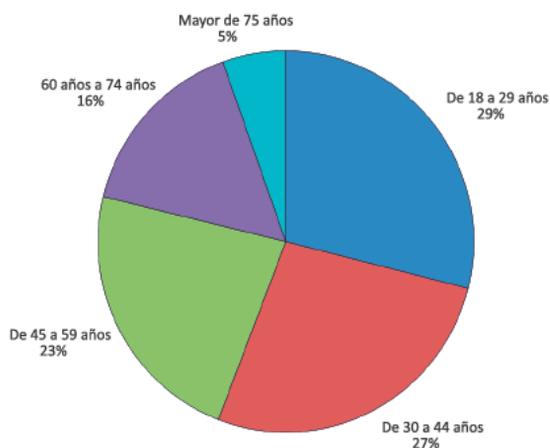
Población general		División de zonas	
		Zona	Provincias
Universo	Personas mayores de 18 años, residentes en hogares particulares con teléfono.	Patagonia	Tierra del Fuego, Santa Cruz, Chubut, Río Negro, Neuquén y La Pampa
Tipo de encuesta	Telefónica	Litoral	Entre Ríos, Corrientes y Misiones
Características de la muestra	Muestra probabilística polietápica y estratificada por tamaño de la población. Datos ponderados según sexo, edad y nivel educativo alcanzado.	Cuyo	La Rioja, San Juan, San Luis y Mendoza
Tamaño	2.789 casos completos	Norte	Catamarca, Salta, Jujuy, Chaco y Formosa
Error muestral	+/- 3.0%	Centro	Tucumán, Santiago del Estero, Córdoba y Santa Fe
Fecha de campo	Del 9 al 15 de julio de 2011	Buenos Aires	Ciudad de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires

das a teléfonos fijos, no a celulares. Esto es porque en el primer caso se vincula de manera directa con un hogar, con una familia, a diferencia del celular que es una cosa muy abierta y muy libre.

De las personas encuestadas, el **43 %** era del sexo **masculino** y el **57%, femenino**.

En el gráfico, se puede observar la distribución de los encuestados según la **edad**.

Distribución según la edad



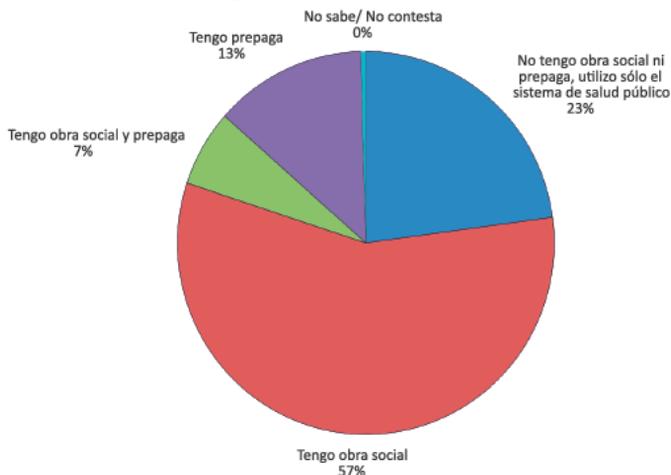
También, pueden observar la distribución según el **nivel educativo** de las personas que respondieron la encuesta.

Distribución según nivel educativo



En el siguiente gráfico se puede observar la distribución de los encuestados según el **Sistema de Salud** que utiliza.

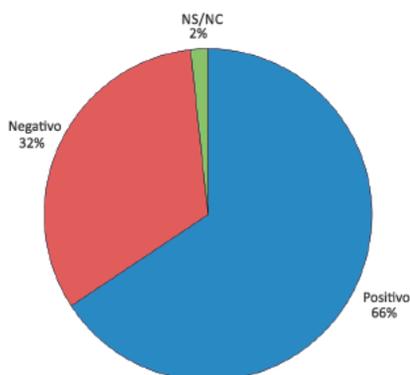
Distribución según el sistema de salud que utiliza



Respecto a la **evaluación del sistema de salud**, se le realizaron diferentes preguntas. Uds. podrán observar en los distintos gráficos cuál fue la distribución de las repuestas de cada una de las preguntas.

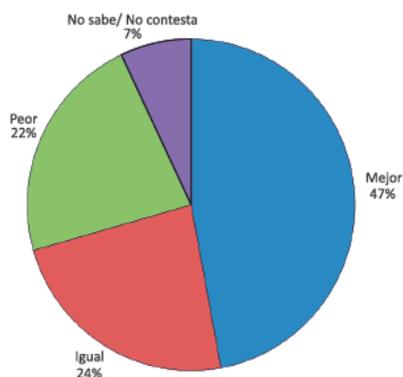
• *En general, ¿cómo evalúa el sistema de salud de Argentina en términos de muy bueno, bueno, malo o muy malo?*

Los resultados indican que al 66% de la población el Sistema de Salud le parece muy bueno o bueno.



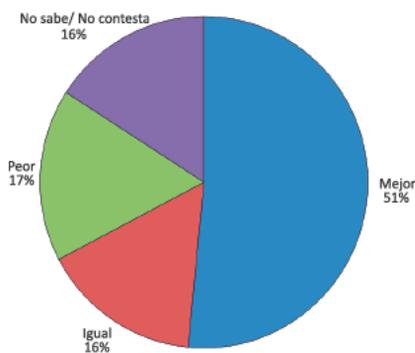
• *¿Cree que el sistema de salud en el país está mejor, igual o peor a comparación de 10 años atrás?*

Fijensé, el 47% responde que está mejor que hace 10 años atrás y un 22% que está peor.



• *¿Y cómo piensa que estará dentro de los próximos 10 años: mejor, igual o peor?*

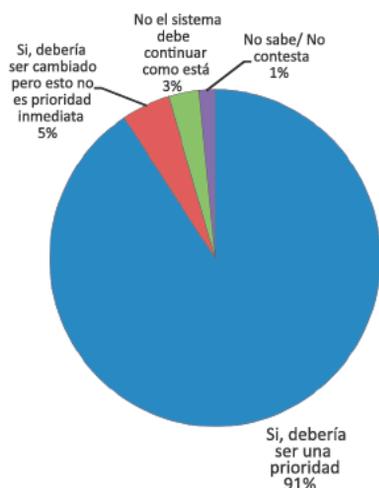
Como pueden observar, la expectativa de la población es positiva ya que el 51% de los encuestados respondieron que el sistema de salud va a estar mejor dentro de 10 años.



Si esta pregunta se realiza en otros países, los resultados van a ser muy parecidos salvo que se produzcan hechos excepcionales como después de una guerra, catástrofe, etc., que genere una situación de incertidumbre.

• *¿Y cree que debería ser una prioridad cambiar o mejorar al sistema de salud en Argentina?*

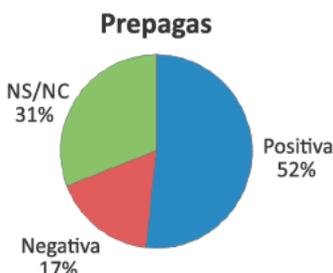
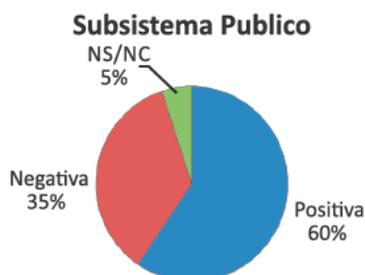
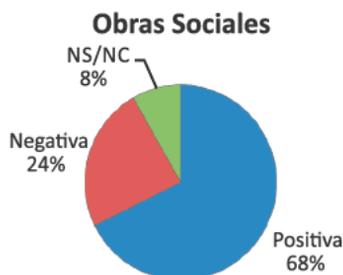
Ante esta pregunta, el 91 % contesta que sí. Pero cuando se le interroga sobre por qué cree que debería ser una prioridad, el 50 % no sabe o no contesta. Esto es una muestra del desconocimiento que la mayoría de la población tiene respecto del funcionamiento integral del sistema de salud. El tema es cómo logramos producir un cambio en las personas para que empiecen a identificar más fuertemente eso como una problemática.



¿Porque cree que debería ser una prioridad?	
No sabe / No contesta	50,0
Es fundamental / primordial	16,8
La gente necesita salud	7,2
Mejor la atención	6,3
Para mejorar	3,4
Es un derecho / básico	3,3
Mejorar calidad de vida	2,8
Por las enfermedades / pobreza	2,4
Porque esta muy mal	1,9
Atención Médica para todos	1,2
El gobierno debe hacerse cargo	1,1
Prepagas y obras sociales caras	,9
Infraestructura / insumos / higiene	,9
Para jubilados y niños	,9
Esta bien así	,5
Otros	,3
Combatir desnutrición	,1
Más personal / sueldos	,0
Total	100,0

• *¿Qué opinión tiene sobre los subsistemas que componen el servicio de salud?*

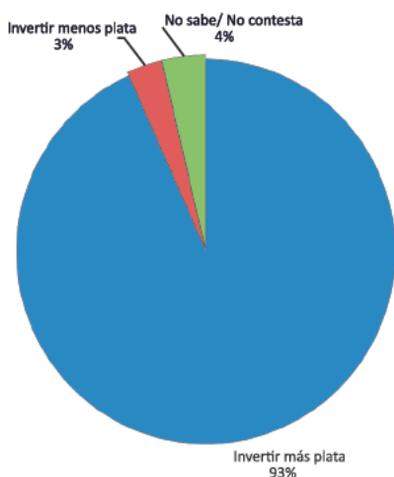
Acá empezamos a encontrar algunas variaciones, fíjense que de las personas que tienen obra social, un 68 % tiene una opinión positiva, las que se atienden en el sector público, un 60 % y finalmente las que tienen una prepagada, un 52 %. En este último caso, el porcentaje es menor, por lo que se puede suponer que la gente cuando tiene que desembolsar recursos para recibir un servicio es más exigente respecto de lo que va a recibir.



• *¿Cree que actualmente el gobierno debería invertir más o menos plata para mantener el sistema de salud pública en nuestro país?*

Con respecto a esta pregunta, el 93 % de las personas encuestadas contesta que hay que invertir más dinero dentro del sistema.

Hay una teoría que se llama la teoría de la Elección Pública (*Public Choice theory*) que menciona que en realidad la gente no pone prioridades, se lamenta en el momento en el cual tiene que pagar los impuestos para poder sostener el estado, pero cuando se debe realizar un gasto, le dice que sí a todo. Por ejemplo, más educación para todos, en todo lugar, en todo momento, más salud.



Esto son algunos de los resultados que quería compartir con Uds., hay una serie de preguntas más que no las voy a abordar, pero todos estos datos están disponibles en la página web de la Fundación del Sanatorio Güemes, para quien quiera acceder a consultar.

Reformas Sanitarias

Voy a comenzar diciendo que las reformas sanitarias **son procesos políticos muy complejos que intentan conjugar y equilibrar derechos personales, derechos sociales e intereses económicos.**

Como imaginaran ustedes, no es fácil alinear tantos intereses afectados y que están en juego por un sistema como es el de salud. Al igual que el sistema educativo o cualquiera de los sistemas sociales, involucran a muchas personas y existen una diversidad de intereses.

También, hay una gran diferencia entre un sistema que afecta directamente la vida de la persona, respecto de aquellos cuyos efectos se verán más adelante, por eso es que fue tan fácil en la Argentina privatizar el sistema previsional y después estatizarlo sin discusión en el medio. Si uno no tiene acceso a la salud cuando lo necesita hay un problema inmediato que resolver no tengo tiempo para planificar y proponer para el futuro, porque las personas en ese momento futuro quizás ya no lo necesiten.

En salud y en educación esto es más complejo porque involucra muchos sectores que están participando y opinando.

Lo importante es considerar **cuándo unos cambios pueden ser calificados de reforma.**

Ayer el Dr. Aldo Neri tomó un criterio que yo comparto que es decir, una reforma es cuando diseñamos una política desde el punto de vista integral del sistema de salud, no es que tomamos subsectores y que pensamos en una ley de la medicina prepaga

que afecta aproximadamente a cuatro millones y medio de personas o cómo reformamos la seguridad social que afecta a otros doce millones de personas.

En relación a esto eso hay un componente importante de hipocresía ya que después del año 1988 donde se discutió integralmente el sistema de salud y que terminó con la sanción de las leyes 23660 y 23661 que hoy siguen constituyendo nuestra argamasa jurídica, los sucesivos gobiernos trabajaron sobre algunos aspectos de esa legislación reglamentando o regulando, pero no hicieron un abordaje integral que implica sumar o mejor dicho completar lo que es la universalización del sistema. Han pasado ya 24 años de esos debates que no se han vuelto repetir en la sede parlamentaria y que nosotros con el Grupo País tenemos intención de generar un ámbito donde poder analizar y consensuar políticas.

Por ello, es importante para considerar que se lleva a cabo una reforma **definir cuáles son las variables que se han modificado y con qué intensidad.**

Ante la pregunta **cuándo se puede llamar reforma:**

- para algunos es **cuando se concreta con una ley;**
- para otros debe existir una **definición de objetivos** seguida de un **proceso de cambios institucionales y estructurales profundos y sostenidos liderados por el gobierno.**

Ante la convocatoria a este grupo para discutir el tema de si era necesario presentar una ley para transformar la educación, la gran mayoría dijo que para transformar no necesitamos más leyes. En realidad, necesitamos, principalmente, tener una base de consenso, que nos permita primero llegar a la sociedad y después ir escalando hasta poder tener una incidencia. Las sociedades no se cambian por leyes, muchas veces las leyes vie-

nen a legitimar situaciones que se han producido dentro de un determinado proceso y sector.

Cuáles son las características que debería tener la reforma en base a la experiencia Argentina e Internacional:

- Continuidad más allá de los ciclos electorales.
- Acuerdo institucional extendido que excede a los partidos políticos (ej. de consensos que no pueden institucionalizarse, asignación familiar por hijo).
- Participación social / involucramiento de la población

Qué se requiere para generar un proceso de reforma:

- Plan estratégico (análisis de los puntos de fuerza y las debilidades, apoyos y resistencias a los procesos de cambio).
- Rol del estado, alineando a los sectores para que los intereses generales estén por encima de los particulares y sectoriales.
- Liderazgo y consenso. Resultados para el corto, mediano y largo plazo.

Como bien mencionó Tabaré Vázquez cuando era presidente de Uruguay, «un gobierno democrático, puede hacer a lo sumo dos reformas, tiene que elegir, en mi gestión ya hemos hecho la reforma fiscal, que era muy importante e hicimos la reforma de salud, el próximo gobierno se deberá encargar de la reforma de la administración pública». Entonces este es un acto de sinceridad y de realismo respecto a lo que uno puede hacer y de prioridades que uno tiene que marcar.

Estas son las **modificaciones de los derechos y obligaciones** que significan las reformas, **definir:**



Una de las áreas que nosotros pensamos en Pacto que hay que priorizar es el financiamiento público, cambiar la relación entre gasto público y privado de tal manera que el gasto público tenga una mayor incidencia que la que ha tenido. Hoy el gasto privado supera el 46% del total, eso es gasto de bolsillo. El Financiamiento es el mayor indicador de inequidad que tiene un sistema de salud, dado que cuando el sistema no es solidario si la persona no tiene el recurso para destinar a salud no accede.

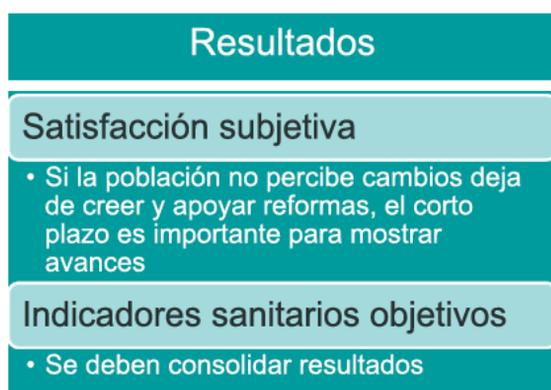
Otra de las cuestiones es en relación a las **prestaciones** que debe cubrir el sistema elegido, es decir el que.

Prestaciones (qué?)

-
- The diagram features three blue arrow-shaped boxes pointing downwards, each containing a list of service areas. The first box lists 'Definir prestaciones sanitarias y guías de utilización para todos (programa médico obligatorio)'. The second box lists 'Atención primaria de la salud, salud mental, planificación familiar, atención de pacientes crónicos, intervenciones quirúrgicas'. The third box lists 'Prácticas de alto costo y baja incidencia (transplantes, enfermedades raras, hemofilia)'.
- Definir prestaciones sanitarias y guías de utilización para todos (programa médico obligatorio)
 - Atención primaria de la salud, salud mental, planificación familiar, atención de pacientes crónicos, intervenciones quirúrgicas
 - Prácticas de alto costo y baja incidencia (transplantes, enfermedades raras, hemofilia)

Necesitamos autoridades regulatorias que establezcan cuál es la relación costo-efectividad que tiene cada prestación, cada programa. Pero que lo hagan con seriedad técnica y con participación de la sociedad. Además, qué programas deben ser extendidos porque su costo-efectividad es muy alto y cuáles son aquellos en los cuales podríamos establecer mecanismos de copago.

Finalmente, está el tema de definir los **resultados**:



Esto, también, es muy importante, cómo vamos a juzgar ese sistema de salud o esa reforma, porque tiene que haber resultados en el corto plazo, en el mediano plazo y en el largo plazo, sino la gente se desmorona. Hay que mostrar diariamente procesos de estas características.

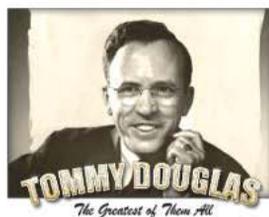
Quiero hacer un repaso de **cómo surgieron las reformas en América y Europa**.

Tommy Douglas,¹ fue primer ministro en el año 1946 en un estado muy pequeño de **Canadá**, Saskatchewan. Él fue el pri-

¹ En 2004, lo votaron «el canadiense más grande» de todos los tiempos en un concurso televisado a nivel nacional, organizado por la Canadian Broadcasting Corporation. La Miniserie «El gigante de la pradera: La historia de Tommy Douglas», fue filmada entre febrero y mayo de 2005 y emitida en CBC en dos capítulos los días 12 y 13 de marzo de 2006.

mer gobernador socialista en un país donde gobernaron históricamente los liberales y los conservadores.

En 1946 surge la primera experiencia como una iniciativa de la provincia de Saskatchewan,



La preocupación número uno de Douglas era la creación del Sistema de Cuidados Médicos.

1972 – todas las provincias cuentan con su seguro de salud

1984 – se consagra el derecho de todos los canadienses a través del acta única



En el verano de 1962, Saskatchewan se convirtió en el centro de una lucha entre el gobierno provincial, la corporación médica norteamericana, y los médicos de la provincia, que llevó las cosas a su fin en 1962 con la huelga de médicos de Saskatchewan.

Los médicos sostenían que sus intereses no estaban siendo cubiertos y se temía una pérdida significativa de ingresos, así como la interferencia del gobierno en las decisiones de atención médica a pesar de que Douglas estuvo de acuerdo que su gobierno pagaría la tarifa por el servicio que los doctores prestaban. El establishment médico afirmó que Douglas importaría médicos extranjeros para cumplir su plan de trabajo y utilizaron imágenes racistas para tratar de asustar al público.

Sus defensores también han precisado que los planes privados de seguro médico del gobierno cubrieron entre el 60 y el 63 por ciento de la población de Saskatchewan antes que la legislación de Seguro de enfermedad fuera introducida. El programa de Saskatchewan finalmente fue lanzado por su sucesor, Woodrow Lloyd, en 1962. El éxito del programa público del cuidado médico de la provincia no fue abandonado por el gobierno federal.

En 1964, la justicia recomendó la adopción a nivel nacional del modelo de Saskatchewan de seguro médico público. En 1966,

el gobierno liberal de la minoría de Lester B. Pearson creó tal programa, con el Gobierno federal pagando la mitad de los costos y los gobiernos provinciales la otra mitad.

Vengamos ahora más cerca en el tiempo, a ver el tema de la reforma de salud en **Chile**.

Reforma salud – Concertación Chilena



- Profunda discusión institucional en el Congreso de Chile. Leyes consensuadas.
- Plan de asistencia médica garantizada (AUGE)
- Definición de derechos y obligaciones de los ciudadanos respecto a la salud

Este país llega a la democracia después que Argentina, hay una concertación, primero gobiernan los demócratas cristianos, después los socialistas.



En ese momento con el gobierno socialista, el presidente Lagos lleva adelante un proceso de reforma muy profunda, en un sistema que estaba completamente fragmentado.

Pinochet había fragmentado el sistema de salud entre un 75% que correspondía al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y un 25% al ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional).

En este momento la relación es diferente porque a la ISAPRE solamente le queda el 16% o 17% de la población, y el FONASA ha ganado espacio.

El sistema de salud chileno tiene unos indicadores muy interesantes, mucho mejores, incluso gastando bastante menos, que los que tiene Argentina.

Lo que quiero remarcar aquí es que Lagos hace la reforma presentando los cinco proyectos de ley en el congreso con una discusión institucional muy interesante que significó sentarse a dialogar, a consensuar en el Congreso los puntos de acuerdo para la reforma. A pesar de tener los votos para imponer se

decide buscar el camino del consenso, de lograr mayorías especiales. Se trabajó conscientemente, con la sociedad y se presentó lo que se llama el plan AUGE que a nosotros nos parece uno de los componentes más interesantes de cómo plantear las garantías de salud.

Esta reforma se demoró en el tiempo, recién ahora se están implementando. Pero lo aprobado no se abandonó sigue siendo el eje sobre el cual trabajan los diferentes gobiernos. Hoy gobierna la derecha, pero hay una continuidad, un eje y, por supuesto, un sostenimiento técnico de este proceso de reforma.

Ahora, miremos lo que pasó en **Brasil**.

En el año 1988 se aprueba la reforma constitucional que define el derecho a la salud que no estaba consi-

derado dentro de la legislación brasileña y de ahí en más se comienza a organizar el sistema único de salud que acaba de cumplir 25 años.

Reforma brasileña (1988)



- Coordinación interjurisdiccional (nación, estados y municipios)
- Amplio consenso político interpartidario y mecanismos participativos de evaluación (conferencias)
- Desarrollo de la atención primaria de la salud (Saude da Família)

Este sistema único de salud, se nutrió mucho de los modelos de europeos que se llevaron a cabo entre el año 1949, la reforma inglesa, hasta el 86 con la reforma de los españoles.

Esta reforma de Brasil, tiene aportes interesantes, primero el tema de la coordinación interjurisdiccional ya que hay una coordinación muy importante entre la nación, los estados y los municipios.

La otra cuestión es el amplio consenso político, existe un importante apoyo de la mayoría de los partidos. Y, finalmente, el desarrollo de la atención primaria con el programa Saude da Família que significó la entrada de la salud en las villas, en las favelas, etc, esto durante el gobierno de Lula.

En **Uruguay**, con un proceso político de consenso, llega un partido más de centro izquierda y lleva adelante un proceso que avanza en la lógica con la que lo hacen las reformas de los sistemas de salud en América Latina. Lleva a cabo lo que se llama una especie de plura-

lismo estructurado, en donde se hace una integración sectorial entre el sector Estatal, propiamente dicho, entre los hospitales del sector público y el sector de las mutualidades. Es decir, no se planteó la supresión de las mutualidades, ya que éstas existen y dan salud. En consecuencia lo que se trató de hacer es buscar mecanismos de coordinación y de integración de tal manera que unos y otros pudieran brindar buenos servicios. La segunda innovación importante, fue la creación del fondo nacional de recursos que tiene cobertura de catástrofes. Y finalmente la regulación de una oferta y la adecuación a las necesidades.

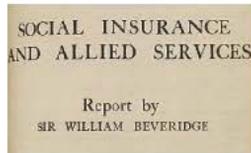
Reforma sanitaria uruguaya



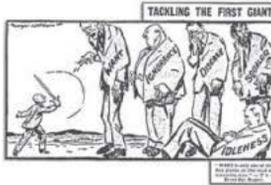
- Integración sectorial entre sector estatal y mutualidades
- Creación del fondo nacional de recursos (cobertura de catastróficas)
- Regulación de la oferta y adecuación a las necesidades.

Cruzo el Atlántico y me voy a **Inglaterra**, en el año 1942, dos economistas que eran Beveridge y Keynes se reunían para discutir lo que después se llamó el reporte de Beveridge sobre seguridad social. Éste después se transformó en el Sistema Nacional de Salud Inglés, con los consensos que eso significó. Hay que tener en cuenta que estaba gobernando Churchill, un gobierno conservador que tenía tres ministros socialistas. Churchill

les pide que empiecen a pensar en un programa de posguerra para brindar cobertura de salud a esa población, mientras estaban en guerra. Así nació, en un país tan capitalista como Inglaterra, un sistema socialista y sostenido en el tiempo.



1948 –
Creación del
Sistema
Nacional de
Salud Inglés



En el año 1982, **España** ingresa en el sistema democrático. En la parte superior hay una foto de Lluch, quien fue el Ministro de Salud de Felipe González en el periodo 82-86. Cuando llegan los socialistas, con un

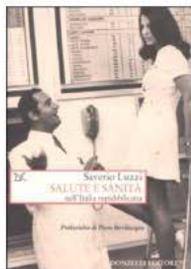


Reforma sanitaria
española: 1982-1986



amplio consenso, se avanza hacia un Sistema de Salud sostenido públicamente y en proceso continuado y sistemático de descentralización transfiriendo competencias a las comunidades autónomas. Lluch tuvo mucho que ver con ese proceso pero acompañado por una cantidad importante de gente que permitió consolidar el cambio de sistema.

Pasamos a la reforma sanitaria en **Italia**, del año 1978. En la foto está Aldo Moro, un demócrata cristiano, que estuvo secuestrado por las Brigadas Rojas. En ese momento estaba acordando con



Creación del Servicio Sanitario de Salud Italiano – 1978



Enrico Berlinguer que era el líder del Partido Comunista Italiano, y había firmado algo que se llamó el compromiso. Un acuerdo histórico entre la izquierda y la derecha para llevar adelante el gobierno, en un momento en que estaba amenazado por los ataques de las Brigadas Rojas. En diciembre del 78, los dos partidos políticos más importantes de Italia, que cubrían casi el 90 % de los votos, se ponían de acuerdo sobre una Ley de Salud Mental muy clave, porque Italia en este tema es muy avanzada y, también, para crear el Sistema Nacional de Salud Italiano, que es un ejemplo muy importante.

Clave fundamental de una reforma

Para finalizar, nadie puede plantear una reforma desde el dogmatismo o la vanidad, así como creerse dueño de la verdad ideológica, de la compasión, la solidaridad y la justicia social.

Creo que nosotros tenemos que terminar con el pensamiento único, que durante los 90 dominó la escena. Hoy ese pensamiento único se ha transmutado en otro que es también absoluto y no pluralista que no ayuda a construir consensos.

Esta lógica amigo-enemigo en la que estamos envueltos en la Argentina, que pensar distinto signifique que uno es patriota y otro no, o que uno es más progresista que el otro solamente nos está conduciendo a divisiones que no le hacen bien a los amplios consensos que necesitan reformas de la envergadura de la salud o la educación.

El grupo PAIS ha depuesto esta actitud personalista y ególatra para lograr una construcción consensuada con la ciudadanía.

Finalmente quiero dejarles esta frase de Tommy Douglas que siempre me pareció brillante:

«El hombre puede ahora volar en el aire como un pájaro, nadar en el océano como un pez, puede excavar la tierra como un topo. Ahora bien, si solo podría caminar por la tierra como un hombre, esto sería el paraíso»

Tommy Douglas – El gigante de las praderas.

Dr. Federico Tobar

*Centro de Implementación de Políticas Públicas
para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC)*

Citando a un insigne pensador autóctono, que en estas tierras jugaría de local, podríamos empezar diciendo que el mundo ha vivido equivocado.

Carlos Vassallo mostraba que el 66% de los argentinos está de acuerdo con el sistema de salud, yo no. Yo diría como Galileo Galilei *E pur si muove*, asumiendo el riesgo de lo que hoy asumimos, que cuando contrariamos un pensamiento hegemónico podemos terminar en la hoguera, pero estamos convencidos que el sistema de salud en Argentina está haciendo una gran fiesta en la cubierta del Titanic.

Estamos convencidos que no es sostenible, que no estamos consiguiendo los resultados de salud que podríamos conseguir.

Cuando en la mesa anterior se hablaba de cuantificar, yo pensaba que ironía porque no conseguimos salir de este pensamiento positivista.

Previo a la encuesta que Carlos mostraba, hicimos un estudio cualitativo, un *focus group*, y no podíamos tener impacto con eso. Entonces tuvimos que armar esa encuesta para ponerle números a lo que ya sabíamos, porque no hubo diferencias, sí una evidencias cuantitativas de que el sistema de salud argentino es una fiesta en el Titanic.

El 34% de las muertes en el país son por enfermedades cardiovasculares, somos record mundial en este tipo de enfermedades. Sin embargo Uds. bien saben, porque son los principales responsables de esta dispensación, no los culpables obviamente, que en Argentina se venden 3 anticonceptivos por cada estatina y una benzodiacepina por cada IECA. Tenemos un problema podemos no verlo y ocultar la cara, y decir que pasó yo tenía una salud y la perdí.

Ese problema no es sólo de los farmacéuticos o de los médicos o de los laboratorios. Tampoco, es un problema del Ministro de Salud, de las autoridades, porque el tema es que la salud la producimos entre todos.

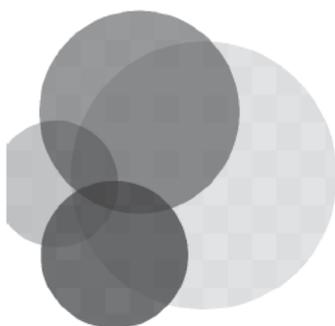
Lo que necesitamos es, precisamente, concientizarnos que la salud la generamos entre todos, que por más bien que nos vaya no le podemos garantizar salud a nuestros hijos. Además, que es una producción colectiva y necesitamos una reacción colectiva. Como estamos trabajando sí hay logros, hay progresos, porque la mortalidad infantil ha disminuido, la esperanza al nacer ha mejorado. Tal vez, mejor que nadie lo saben Uds. porque cada año hay más medicamento y son mejores.

Cuando yo nací, la tasa media de prescripción por consulta era inferior a 0,5. Es decir cada vez que una persona iba al médico, en promedio, cada 2 consultas había una receta. Ahora hay 2 recetas por consulta. El gasto farmacéutico en ese momento representaba alrededor del 8% del gasto en salud de la Argentina, hoy representa el 34%.

Esto es una conquista, por un lado significa que hay nuevas tecnologías, más accesos y utilización, y que gran parte de esa utilización es adecuada y racional. También, hay una utilización inadecuada y hay una financiación que no consigue sustentar que sigamos incorporando estas innovaciones, en la manera que lo estamos haciendo.

Entonces tenemos que barajar y dar de nuevo, tenemos que generar nuevas reglas de juego para que todos ganemos, para que nosotros y nuestros hijos estén más sanos.

Lo que estamos proponiendo es alcanzar un modelo para producir salud, un modelo ciudadano porque queremos poner a los ciudadanos en primer lugar. Para eso queremos el Pacto.



Pacto Argentino por la Inclusión en Salud - PAIS

Como decía Carlos, desde hace un año un grupo de especialistas nos venimos reuniendo y cada vez hay más adherentes.

¿Qué es lo que planteamos?

Lo que planteamos básicamente es que **tenemos un sistema que está desarticulado**. Creemos que hay una **gran inequidad** dentro del sistema, que aunque hay conquistas generales, las inequidades aumentan y que no podemos ser tolerantes con la peor de las desigualdades, la que uno padece en el cuerpo.

Consideramos que todas **las medidas** que se vienen discutiendo **son parciales**, y además, en general, nos cuesta poner al ciudadano en primer lugar.

Les voy a dar un ejemplo que a mí me da pavor y hay veces que soy muy antipático al decirlo, hemos hecho una conquista espectacular con la asignación universal por hijo que la vamos a defender, seguramente, todos los argentinos en cual-

quier contexto. Sin embargo, saben que Argentina tiene un record Latinoamericano de bajos controles de la gestación; solamente el 34% de las mujeres que llega a parir, hicieron 5 controles de la gestación.

Además, tenemos una tasa de mortalidad materna que está estancada y que en algunas provincias ha aumentado.

Es decir, a pesar de tener progreso económico, alfabetización, 98% de los partos institucionales, mejora de la cobertura de las obras sociales y de las empresas de la medicina prepaga e incrementos en gasto en salud, no conseguimos disminuir la mortalidad materna. Algo nos está fallando.

Esto tampoco es noticia, no lo he visto en ningún lado, y lo que les estoy diciendo no son estadísticas mías, son datos estadísticos nacionales, hay un plan nacional justamente para resolver este problema.

La asignación universal por hijo paga una suma de dinero a las embarazadas a partir del 3° mes de gestación una vez comprobado el embarazo y vincula parte de la asignación al cumplimiento de los controles gestacionales.

Una embarazada en la Provincia de Bs. As. que no tiene cobertura de obra social o prepaga, es decir que recibe asistencia en el sector público, tiene que hacer 34 trámites para completar los controles gestacionales adecuados. Se hizo, hace muy poquito tiempo, un estudio en el cual se estimó que la cantidad de horas de espera que una embarazada tiene que hacer para cumplir adecuadamente con todos los controles supera las 400 horas en la gestación. Es decir, se puede poner en riesgo la propia gestación. Esto es un pensamiento fragmentado, desarticulado.

Tenemos que sacudir mucho todo el sistema para que este tipo de cosas no pasen porque es muy fácil asignar un recurso, que es necesario y, además, una conquista social, sin haber

cambiado todo el sistema que debe garantizar las protecciones. **Debemos salir de un modelo de prestación y pasar a uno de protección**, y de esto se trata.

Creemos que **el Estado Nacional no está conduciendo esto**, y no es una crítica al ministro, ya que considero que no lo lleva a cabo desde la época del Dr. Carrillo. El Estado no lo conduce porque se ha descentralizado mucho, se ha pulverizado sus recursos, su participación en el presupuesto es mínima, pero además, porque las acciones del Ministerio de Salud de la Nación se centran en programas verticales.

Los programas verticales son programas «esquizoides» que no se hablan entre ellos. En el mismo piso 8 del Ministerio de Salud de la Nación se encuentra el programa de Municipios Saludables y el programa REMEDIAR + Redes y los dos llegan a las localidades y les piden las mismas evaluaciones de situación de salud, están a 30 metros de distancia uno del otro y no se hablan. Entonces bajan al territorio y le piden que hagan lo mismo, que dupliquen los esfuerzos, con planillas diferentes, con la misma metodología porque en realidad uno se la copio del otro.

Esto no es una culpa ni del ministro ni de quienes conducen esos programas, es la lógica de los programas verticales que se ha reproducido en toda América Latina desde la década del 40 cuando empezaron los Ministerios de Salud.

Si no cambiamos ese modelo de políticas de salud, de programas centrados que tiene sus propios objetivos, que no responden a una política nacional integrada, a un plan y que no responden a las necesidades locales, no conseguimos cambiar esta forma de producir salud. Ahí tenemos un agujero grande.



El **Estado nacional** conduce al sistema en su conjunto, pero en la práctica se concreta débilmente a través normativas, programas y el COFESA.

El otro tema es que si los responsables son las provincias y en algunos casos los municipios, digo en algunos casos porque hay provincias donde los municipios tienen más protagonismo en salud que en otra, lo que estamos generando son grandes desigualdades.

Les voy a dar un ejemplo, también cuantitativo, ¿Uds. saben cuál es la diferencia de ingresos entre la prepaga más cara y más barata en el país? Considerando que cada prepaga tiene diferentes planes, si tomo el promedio de ingresos por habitantes o sea lo que recauda por afiliado, la diferencia media entre la prepaga más cara que es la del Hospital Alemán y la más barata que es Medife, no llega a 2 veces. El ingreso promedio de las prepagas tiene una brecha que no llega a 2 veces.

Si yo tomo el de las obras sociales es de 3,4 veces, por ejemplo entre OSPRERA que es la más pobre contra una, que no es la más rica, la obra social del Personal de Dirección y Jerárquico de la Industria del Cigarrillo.

Ahora, ¿Uds. saben cuál es la brecha del gasto provincial en salud por ciudadano, entre Santa Cruz y Misiones? Es de 7,2 veces. Es decir el sistema público que debería ser el que reduce las desigualdades, las multiplica. Y estas desigualdades se van multiplicando año a año. Cada vez las provincias que tienen más dinero, lo aumentan y las que están en peor condición, se deterioran aún más.



La política de salud a nivel local recae en los Ministerios provinciales de Salud, con recursos y resultados sanitarios muy dispares.

Por otro lado tenemos 3 edificios de protección social en salud, digamos, el público y con todas esas desigualdades que vimos, el de las obras sociales nacionales y provinciales, también con diferencias, y además tenemos las prepagas.

Entonces **tenemos 3 subsistemas** que tienen **muy poca comunicación entre ellos con mínima articulación**. Y cuando pueda llegar a darse dicha articulación es debido a subsidios cruzados en la financiación, no en el modelo de atención, es decir en cómo hacer que la gente esté más sana.



Coexisten tres subsistemas de cobertura, sin un marco general que pauté la articulación entre ellos.

Entonces el responsable último de la salud es el Estado. Pero, ¿quién es el Estado? Bueno, primero se demanda al municipio y después a la provincia.

En este país la cobertura, particularmente de medicamentos de alto costo, por tutela judicial es decir por judicialización es contra todos. No es que los juicios se los hacen a OSDE, Swiss Medical o a OMINT se los hacen a los municipios, al gobierno provincial y al nacional, porque la responsabilidad de la salud está pulverizada. Ese es el mayor problema que tenemos.

Lo ideal sería que no haya tutela, ni estos problemas de judicialización de la cobertura, que consiguiéramos garantizar la cobertura adecuada y racional para todos los ciudadanos frente a las enfermedades más caras.

Creemos que hay que incorporar cambios normativos pero es cierto lo que decía Carlos Vassallo, que cuando comenzamos a discutir la mayoría opinó que no. Yo soy uno de los pocos que pensaba que con una ley se resolvía todo. Algunos de los que hicieron leyes decían uno sabe lo que entra al congreso pero no lo que sale. Y aún si la ley que sale está más o menos bien hecha después nadie la fiscaliza ni la cumple.

Con lo cual es cierto cuando dicen que es vía muerta

pensar que esto se resuelve sacando una ley, lo que necesitamos es generar un movimiento, un partido sanitario como lo hizo Brasil.

Y acá la clave no es la financiación, es decir necesitamos del dinero, pero lo fundamental es producir salud, y para producir salud lo que tenemos que hacer es definir un modelo de atención que genere salud, cuál es el rol de cada uno en esta orquesta, que partitura toca cada uno y quien la dirige. Por ello, empezaremos por modificar el modelo de atención.

Pero tenemos que incrementar el gasto público, porque es bajo, solamente el 22%. Y cuando veo como se compone, la mayor parte es gasto provincial, le sigue el municipal y solamente un 15% es gasto nacional. Si yo tomo cuánto gasta el gobierno nacional en salud sobre el total del gasto en salud de los argentinos, es solo el 6%. ¿Qué director de orquesta que no le paga el sueldo a los músicos, que no puede pagarle horas extras o que no puede darle algún tipo de premio, puede dirigir la orquesta? Es solamente por respeto, cariño, amor o lástima. Esa es la condición en la cual estamos.

No podemos incrementar la capacidad de conducir, coordinar, de integrar el sistema, si no integramos fondos y no incorporamos una mayor participación del gasto público y, fundamentalmente, del gasto público nacional. Principalmente para corregir desigualdades entre las provincias y para premiar a aquellos que logren mejores resultados de salud.

Creemos que tenemos que tener una propuesta que técnicamente sea factible.

Por eso hicimos esa encuesta que nos sorprendió, porque casi todo lo que nosotros creíamos, salió mal. La gente no quiere reformas, está contenta con el sistema que tiene, los que no cuentan con una obra social, no la pretenden y quiere que los servicios públicos funcionen bien.

Las personas que cuentan con una prepaga consideran que ésta funciona bien pero no están satisfechas y no quieren médico de cabecera que para nosotros es fundamental porque es lo que estudiamos como sanitaristas ya que es el primer paso para la nominalización, la responsabilidad del equipo de salud o del médico sobre una población conocida.

Hay muchas cosas que nos parecían muy complicadas y que tuvimos que ir reacomodándolas, algunas de ellas se las voy a comentar.

Lo otro que creemos es que tiene que ser con ánimo constructivo, que no es cuestión de tirarle las orejas a nadie, porque estamos todos en el mismo barco y si esto no funciona, no funciona para todos. Tenemos que dejarnos de jorobar al prójimo y empezar a pensar en conjunto.

Entonces tuvimos mucho cuidado de no aparecer como estos grupos de opinión intelectuales que salen con reivindicaciones a veces de apoyo o a veces de crítica al gobierno, porque en realidad no estamos ni a favor ni en contra. Estamos a favor de la salud de los argentinos y lo que queremos es construir una visión de largo plazo y proponer medidas que sean convergentes en el largo plazo.

Les voy a mostrar los contenidos básicos, que es lo más importante.

Definimos cuatro ejes:

LAS PROPUESTAS DEL PACTO SE ORGANIZAN EN 4 EJES

1

La salud es un derecho cuya satisfacción requiere de un protagonismo creciente del Estado.

2

El sistema de salud debe garantizar el acceso a cuidados homogéneos de calidad a todos los habitantes del país.

3

La asignación y distribución de los recursos al interior del sistema de salud debe garantizar el pleno desarrollo del modelo de atención definido.

4

La transformación del sector tiene como condición fundamental lograr un sistema sanitario más integrado, que respete la organización federal del país.

La salud tiene que entrar en la agenda de políticas públicas y hoy no lo está. Y voy a insistir, si me quieren mandar a la hoguera que me manden, pero, insisto, la salud no es prioridad, ni en la nación, las provincias y los municipios. Ninguno tiene planes de salud, debe ser el único país del continente, no les hablo de Europa, Canadá o los lugares lindos que nos mostraba Carlos Vassallo. En América Latina hay varios países donde es obligación que todos los municipios tengan un plan municipal de salud, acá no, al igual que en las provincias y en la Nación.

Además, lo otro que podemos observar es que alguien aparece diciendo, esto es un plan pero no tiene objetivos, presupuesto, metas, responsables, es decir no tiene lo que tiene que tener un plan. Es fácil hablar sin consistencia porque no viene nadie a auditar.

Entonces necesitamos más protagonismo de la salud, necesitamos que la salud entre en la agenda de políticas públicas, que haya un compromiso para que la mortalidad materna disminuya, para que los argentinos consumamos un poquitito menos

benzodiacepina y un poquito más de IECA. No les estoy hablando de atenolol, que sé que tiene efectos colaterales complicados, ni si quiera de un diurético, bueno, bonito y barato.

Sobre cada eje, están planteadas las acciones que consideramos se deben llevar a cabo para lograr la propuesta.



La salud es un derecho cuya satisfacción requiere de un protagonismo creciente del Estado.

- 1. Configurar una nueva relación nación-provincias**, que fortalezca la rectoría de la nación y al COFESA como espacio principal de coordinación.
- 2. Consolidar una agencia regulatoria** de salud integrada.

Con relación al COFESA, hay que reconstruirlo, reinventarlo. Porque esto no se cambia si no es fortaleciendo las provincias que son las responsables de la salud, la nación tiene mayor protagonismo en la financiación, en la rectoría. Entonces necesitamos fortalecer al COFESA.

En cuanto a mejorar la regulación se nos ocurre una idea interesante como hizo EEUU con el Instituto Nacional de Salud, juntar todas las potestades regulatorias, ANMAT, Superintendencia de Servicios de Salud. Una agencia de evaluación de tecnologías sanitaria que diga qué es lo que se tiene que cubrir en todos los subsistemas, es decir para todos los argentinos, fundamentalmente en medicamentos.

Y la Fiscalización que es el punto más débil que tiene el sistema de regulación sanitaria en este país, porque normas que digan que hay que hacer hay muchas, pero nadie va a controlar que se haga. Se nos ocurre que es muy difícil llevarlo a cabo,

esto es un prejuicio probablemente, a partir de las estructuras existentes, creemos que hay que generar un ente nuevo, autónomo, autárquico que tenga que rendir cuentas ante el Congreso y estabilidad como la tiene la ANMAT. Yo sé que esto es fácil de pensar en otros países como Uruguay, pero difícil en la Argentina donde todos los entes autárquicos son intervenidos y donde hay casos de corrupción, pero lo que pasa es que debemos empezar a apostar a que desde el poder público se puede hacer las cosas.



EJE 2

El sistema de salud debe garantizar el acceso a cuidados homogéneos de calidad a todos los habitantes del país.

- 3. Jerarquizar problemas de salud** para cada etapa del ciclo de vida.
- 4. Crear un seguro universal** para la cobertura de enfermedades catastróficas.
- 5. Construir redes** de complejidad creciente y con responsabilidad nominada.
- 6. Comprometer al paciente:** la salud involucra derechos y deberes.
- 7. Procurar una apropiada participación** de los beneficiarios.

Cuidados homogéneos significa que frente a la misma enfermedad todos los argentinos tengan la misma respuesta, que no haya respuestas de primera para unos y de segunda o tercera para otros.

Entonces, ¿cómo podemos hacer para llevarlo a cabo? En principio, no significa dejar de hacer nada de lo que se hace, sí priorizar algunas cosas, como por ejemplo tomar a la población según ciclos de vida, según género y edad y decir, bueno en cada fase de la vida este problema es prioritario.

En la mujer, en edad reproductiva tenemos que garantizar que los cuidados de la gestación estén fáciles, accesibles y de calidad. Esa tiene que ser una meta, un compromiso argentino, todas las embarazadas tienen que tener los cuidados adecuados, lo mismo con los recién nacidos, los niños, los hombres adultos. Hay un conjunto de cuidados mínimos, que no son más de 30 o 40 que deberíamos ponernos como meta que todos los argentinos cumplan. Esto se hace en varios países, uno de ellos es Uruguay.

El segundo planteo es el de los Seguros de enfermedades catastróficas. Llamamos catastróficas a las enfermedades que si las padecés, te volvéis pobre por el costo del tratamiento de la enfermedad que es carísimo. Además, porque no podés trabajar, tu familia tampoco porque te tiene que cuidar. Estas enfermedades son pocas, identificamos 61 en el mundo entre más de tres mil enfermedades catalogadas, de esas 61 enfermedades seleccionamos 19 que nos parece que son las más importantes. Sobre esas 19 enfermedades pensamos un modelo, nuestra propuesta es sacarlas del PMO y armar un seguro único nacional con prestadores públicos y privados acreditados que cubra a todos los argentinos, no importa si son empleados, empleadores o desempleados, si viven en Ushuaia, en la Quiaca o acá en Rosario, tienen que tener la misma respuesta en función del mismo protocolo de atención, con los mismos prestadores, los mismos medicamentos, los mismos medios de diagnóstico. Los medicamentos se tienen que comprar por licitación pública, única, la remuneración tiene que ser acreditada, digamos prestadores acreditados y por módulos.

Ahí identificamos cuatro escenarios, el primero es hacer lo

que hace la APE, que reembolsa a las obras sociales, los gastos por estas patologías, podemos mejorar cómo funciona la APE y podemos hasta universalizarla y decir, bueno la APE le va a reembolsar a las otras obras sociales, a las prepagas, incluso a los sistemas provinciales pero a valores de mercado. Lo segundo es una compra y una contratación centralizada, que es lo que les estaba mencionando. Lo tercero sería la exención del IVA para estos medicamentos, para los medicamentos que en general son biotecnológicos, el 70% son anticuerpos monoclonales y por último se puede mejorar mucho con uso racional es decir trabajando con protocolo y reduciendo la variabilidad de la práctica clínica.

El costo capitado mensual en cuanto a la versión más extrema, donde usamos todas las herramientas, cuesta 2,8 dólares por habitante al mes y significa un 75% de ahorro sobre la hipótesis de extender el APE a todos los argentinos. Estamos hablando de garantizar al 100% es decir a los 40 millones de argentinos la misma protección, de la misma calidad integral, esto es medios de diagnósticos, tratamientos y medicamentos frente a las 19 enfermedades catastróficas seleccionadas que además las discutimos con un conjunto de actores.

Por otro lado creemos que debemos trabajar en red y para hacerlo, hay que empezar con responsabilidad nominada, sino estamos hablando de redes que no las estamos construyendo.

El otro tema es que la salud es un derecho pero también es un deber y el paciente se tiene que involucrar, es muy fácil reclamar que me tienen que dar cobertura pero no tomar el enalapril o no hacerme los controles gestacionales. El único antídoto para que una reforma, para que una política no salga mal, es que la gente se involucre y salga a defenderla, y lo hemos visto en varios lugares, la única forma de saber que esto va a funcionar es que la gente entienda, se empodere, lo haga propio y salga a defenderlo y a veces va a ser más lento pero más sostenido en el tiempo.



EJE 3

La asignación y distribución de los recursos al interior del sistema de salud debe garantizar el pleno desarrollo del modelo de atención definido.

- 8. Corregir desigualdades** en la infraestructura y RRHH.
- 9.** Establecer un **programa integrado de RRHH** en salud.
- 10. Evaluar el desempeño** de los financiadores en función de los resultados de salud y vincular la asignación de recursos a **compromisos de gestión**.
- 11.** Brindar **mayor autonomía** a los efectores públicos.

Con respecto a este eje quiero agregar que debemos asignar y distribuir mejor los recursos. En ese sentido nosotros creemos que hay grandes desigualdades en infraestructura y en recursos humanos, hay que sincerarse no puede ser que en algunos lugares haya, como en La Plata un médicos por cada 278 habitantes y en otro un médico cada diez mil. Los recursos tienen que cambiar desde la formación hasta la remuneración.

Tenemos que avanzar en los modelos de contratación de forma que a los financiadores ya sea obras sociales, prepagas o sistemas provinciales de salud se los premie por los resultados de salud. Obviamente esto no se logra si los servicios públicos de salud no tienen más autonomía.



EJE 4

La transformación del sector tiene como condición fundamental lograr un sistema sanitario más integrado, que respete la organización federal del país.

12. Conformar Sistemas Integrados de Salud Provinciales.

13. Compensar desigualdades en un piso de atención mediante fondos nacionales.

Por último y ya termino, creemos que necesitamos mantener esa organización federal que les decía, creemos que la integración del sistema pasa por las provincias, el gran conductor. La nación tiene que decir, estos son los cuidados para cada ciclo de vida, para cada etapa y garantizar la financiación que corrija desigualdades.

Además, creemos que estas desigualdades que mencionaba tienen que compensarse con fondos nacionales, es decir no puede ser que haya tantas inequidades en la financiación, en la infraestructura, en los recursos humanos, en el sistema de salud argentino.

Esto es el Pacto Argentino por la Inclusión en Salud. Gracias.



MESA N° 7

Trazabilidad de los medicamentos

*Coordinador: Farm. Damián Sudano
Presidente del Colegio de Farmacéuticos de la Prov. de Santa Fe, 1°C*

Buenas tardes, es un gusto coordinar esta mesa. El tema que se va a tratar fue abordado en las Jornadas del año pasado ya que por ese tiempo se comenzaba a implementar el sistema. Hoy, se va a enfocar desde el punto de vista del impacto que tuvo la trazabilidad de los medicamentos en las Farmacias y en las Droguerías.

Nos acompañan como disertantes la Farm. Jessica Carino, el Sr. Darío Díaz y el Farm. Javier Ávila.

La Farm. Jessica Carino es egresada de la Universidad de Buenos Aires. Cuenta con una extensa capacitación en detección e identificación de Medicamentos Ilegítimos y Buenas Prácticas de Distribución. En el año 2006 se incorporó al INAME (ANMAT), en calidad de inspectora para la fiscalización de los distintos eslabones que conforman la cadena de comercialización de medicamentos. Actualmente, se encuentra a cargo de la coordina-

ción de actividades y consultas con relación a la implementación del Sistema Nacional de Trazabilidad de Medicamentos de la ANMAT.

El Sr. Darío Díaz es representante de Relaciones Institucionales de la Asociación de Distribuidores de Especialidades Medicinales (ADEM).

El Farm. Javier Ávila es gerente de Productos Profesionales de FEFARA.

Va a dar comienzo a esta mesa, la Farm. Carino de la ANMAT, quien nos va a brindar un panorama de cómo está hoy la trazabilidad de medicamentos y el futuro que viene con este tema.

**Programa Nacional de Control de Mercado
de Medicamentos y Productos Médicos
ANMAT**

Farm. Jessica Carino

Buenas tardes, es un gusto estar con Uds. Como bien me presentaron estoy como representante de la ANMAT.

Les voy a mostrar en qué consiste la trazabilidad, decir algunas pautas muy generales para que sepan dónde encontrar la información necesaria y darles algunos resultados al día de hoy.

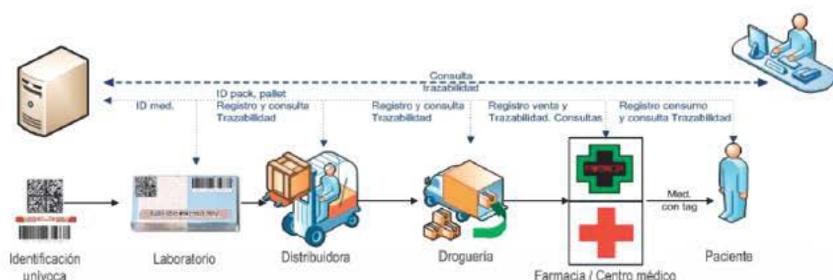
Bueno para empezar, vamos a contestar la siguiente pregunta:

¿Qué es la trazabilidad?

La trazabilidad es una herramienta eficiente que permite:

- Controlar en TIEMPO REAL las transacciones de los medicamentos.
- Verificar el ORIGEN de los mismos.
- Registrar la historia de localizaciones y traslados a lo largo de toda la CADENA DE DISTRIBUCIÓN.
- En definitiva, reconstruir la historia completa del producto.

Como pueden ver en el gráfico, el laboratorio titular de ese producto coloca un código unívoco en el envase, dicho código es único para ese envase. Después el producto sale al circuito de distribución y llega al paciente con una única etiqueta. Todos esos eslabones lo que tienen que hacer es registrar los movimientos logísticos asociados a ese producto pero no le agregan ninguna etiqueta adicional.



Fuente: Farm. Jessica Carino. 2012.

Marco Regulatorio en Argentina

En el año 2011, por **Resolución N°: 435** del Ministerio de Salud de la Nación se establece:

- **Implementar un Sistema de Trazabilidad de Medicamentos de aplicación gradual** en función de la criticidad de productos.
- **Identificar individual y unívocamente Especialidades Medicinales** por parte de los Laboratorios Titulares.
- **La documentación comercial respaldatoria de las Especialidades Medicinales** incluidas en el Sistema Nacional de Trazabilidad (SNT), **deberá incluir lote y vencimiento** (art. 4°).

Una cuestión importante que siempre menciono es este último punto porque antes de esta Resolución no se exigía que en la documentación comercial que acompaña a los productos que van a ser trazados, tener el N° de lote y la fecha de vencimiento o el código unívoco. Esto es, en la factura y remito, remito solo o factura solo, tienen que tener alguno de estos datos cuando son entregados al eslabón siguiente.



Luego, la **ANMAT** dicta la **Disposición N°3683/11** y la **Disposición N°1831/12**. Como puntos generales, éstas incluyen:

- **Listado de Principios Activos incluidos en el SNT.** Estos se encuentran en los anexos de las disposiciones junto con los plazos establecidos.
- **Identificación de productos (GTIN seriado).**
- **Identificación de agentes (GLN - CUFE).** Los agentes son: los laboratorios, distribuidora, operadores logísticos, droguerías, farmacias, establecimientos asistenciales. Existen dos maneras de identificarlos en el sistema, el GLN y el CUFE. El primero lo da GS1 que es una organización internacional sin fines de lucro y es para los primeros eslabones de la cadena. Es decir, se saca un GLN en GS1 que lo que hace es localizar físicamente a esta droguería o este laboratorio, le da un número que identifica ese espacio físico, ese domicilio. El CUFE, para el sistema es lo mismo, lo otorgamos nosotros y es para los últimos eslabones por ejemplo, Farmacias, establecimientos asistenciales y todo lo que es depósitos estatales.

- **Datos asociados al GTIN seriado en la base de datos.** La reglamentación dice qué datos están asociados al producto unívoco en la base de datos porque, como les decía, el producto tiene una etiqueta única, no varía a lo largo del circuito. El resto de los eslabones lo que hace es informar en una base de datos que recepciona la unidad, que la distribuye al eslabón siguiente y agrega datos adicionales en la base de datos.
- **Sistema "Full Track and Trace".** Esto quiere decir que cada uno de los eslabones tiene que informar los movimientos logísticos, no se saltea ninguno de los del circuito, desde que salió del laboratorio hasta que llegó al paciente.
- **Características de las etiquetas utilizadas.** La mayoría de los laboratorios optó por adherir etiquetas con estos datos pero también hay algunos, creo que uno sólo, que imprime en el envase. En el caso de agregar las etiquetas, los laboratorios, tienen que tener la precaución que si son removidas dejen una marca. Por ello, si alguno de ustedes recibe en su establecimiento una unidad con signos de haber tenido una etiqueta adherida y es un producto trazable, estamos ante un producto adulterado para la ANMAT. No reciban unidades en esas condiciones.
- **Movimientos Logísticos a informar.** Todo el circuito físico que hace el producto hasta cuando lo mando a destrucción, se informa.
- **Características particulares del software.**
- **Seguridad de los consumidores (consulta).** Las personas pueden consultar si el producto que están por consumir está en condiciones, pueden ingresar al sistema y verificar con el código unívoco.
- **Sistema de seguridad del envase.** En la última disposición se agregó el sistema de seguridad del envase. Cuando salió la

primera disposición nos cuestionaban, y con razón, que lo que se trazaba era una caja y que al no tener un sistema de seguridad del envase yo podía sacar el blíster y poner un blíster ilegítimo. Entonces había que resolverlo y es por eso que en la nueva disposición salió que todos los medicamentos de venta bajo receta, paulatinamente, van a ir saliendo con precinto, en cajas selladas o con alguna medida de seguridad que impida la apertura con lo cual aseguramos que lo que estamos entregando, salió así del laboratorio.

¿Con qué frecuencia deben los agentes informar transacciones al SNT?

Los establecimientos deben informar en **TIEMPO REAL** los movimientos logísticos a la base de datos del SNT.

¿Cómo empezar?

Entiendo que a esta altura la mayoría ya más o menos lo sabe pero lo vamos a recordar:

1. Obtener CUFE o GLN.
2. Ingresar a la página institucional www.anmat.gov.ar
- base de datos- tipo de agente
3. Leer la documentación completa de Prueba de servicios y especificaciones técnicas
4. Registrarse en el Entrenamiento (paso 2) y hacer las transacciones solicitadas.
5. Registrarse en el Sistema Productivo, hacer el cierre de alineación y envío de documentación
6. Alta de ANMAT y comienzo de las transmisiones...

Se obtiene un usuario y contraseña y después la manera

de transmitir es a través de ese usuario y contraseña que va a ser único para cada establecimiento.

En la página web de la ANMAT se encuentra toda la información sobre trazabilidad en **Sistema Nacional de Trazabilidad de Medicamentos** que está marcado en rojo. En este sitio se puede acceder a la información actualizada sobre el tema.



En la siguiente pantalla, a la izquierda pueden observar la solapa **Normativa** donde están todas las disposiciones y las adhesiones de las provincias. Figura que provincia adhirió y la norma con la que lo hizo por si quieren hacer la consulta. Hasta ahora la mitad del país está adherida al SNT.

Lo que está marcado con rojo es el **ingreso a la base de datos**. En este caso se hizo un convenio con PAMI para que llevaran a cabo el desarrollo de la base de datos que se está utilizando.



También, están disponibles todos los **tipos de agentes** que existen. Están todos los privados, faltaría agregar lo estatal.



Además, constan los cuatro pasos a seguir para poder ingresar.



Inconvenientes durante el proceso de implementación

Desde la implementación hasta ahora surgieron muchos problemas que tuvimos que ir resolviendo. Algunos de ellos:

- **Etiquetas ilegibles.** Los laboratorios etiquetaban unidades y no ajustaban al estándar con lo cual el resto de los eslabones no lo podía leer. Entonces, ahora les pedimos que vayan a verificar sus etiquetas a la firma GS1 que se lo hace sin costo y así nos aseguramos que el resto de los eslabones no va a tener problemas.
- **Incapacidad de diferenciar productos trazados por laboratorios de aquellos trazados por droguerías.** Nosotros estamos solicitando que se continúe la traza de un producto trazado por el laboratorio. Hay 30 ó 40

droguerías en todo el país que trazan sus propios productos y los hacen con un código diferente al del laboratorio. En esos casos el agente puede o no continuar esa traza, es importante que puedan diferenciar quien la inició, si fue el laboratorio lo tienen que continuar y si fue una droguería pueden optar por no continuarlo.

- **Tramos incompletos.** Sino no se informa adecuadamente el eslabón siguiente no puede continuar con el proceso.
- **Agentes informando fuera de tiempo real.** Se debe informar cuando se produce la transacción para beneficio de todos.
- **Falta de CUFÉ/GLN para agentes destino.** Excepto las Farmacias que lo entregan al paciente, todos los demás agentes tienen un CUFÉ o un GNL, así se los identifica en el sistema. Con lo cual si son agentes que tengan que sacar su código en GS1, tiene que ir a GS1 y registrarlo y si tienen que obtener el CUFÉ, nos contactan a nosotros o al PAMI y en el día se lo están otorgando. Por lo tanto no pueden decir que no tienen el agente de destino o que no se lo generamos, si está bien y es un establecimiento habilitado no demoramos.
- **Obtención de GLN en GS1 sin registrarse en el SNT.** Hay que saber que cuando se saca el GLN en GS1 hay que registrarse en el sistema sino no van a aparecer y no van a poder comprar unidades.
- **Operatorias no permitidas.** Hay unas cuantas operatorias que hace muchos años se vienen haciendo y que sin embargo no están permitidas para la normativa. Por ejemplo, los pacientes consultan porque antes desde la obra social le llevaban el medicamento a su casa y ahora por el sistema de trazabilidad no lo pueden

hacer más. Esto no es así, por la normativa jurisdiccional no se permite llevar a cabo la entrega en el domicilio, lo que pasa es que ahora por la trazabilidad de los medicamentos se detecta.

- **Carga de productos desde la documentación comercial.** Se debe cargar el producto desde el producto mismo porque puede ocurrir que le envíen un medicamento y se lo facturaron con un código diferente. Esto es para evitar errores.

Finalmente resultados...

Los datos que les voy a mostrar son recientes, los saqué ayer a la noche:

- Hay **21.800.000 transacciones informadas.**
- Con respecto a los **agentes que están interactuando con el sistema**, existen:
 - 230 Laboratorios
 - 11 Distribuidoras
 - 13 Operadores Logísticos
 - 464 Droguerías
 - 15.700 Farmacias
 - 1.330 Establecimientos Asistenciales
 - 2 Laboratorio de mezcla
 - 60 Depósitos estatales
 - 20 Botiquines

Próximos desafíos

- Tenemos que seguir trabajando en la **puesta a punto del SNT.**
- Se van agregando **restricciones** con lo cual tienen que

informar a tiempo real, no tienen que haber tramos incompletos.

- **Inactivación de CUFEs provisorios.** Lo que vamos a hacer ahora es todo aquel que no haya interactuado, por ejemplo centro médico, consultorio se va a eliminar del sistema.
- **Inspecciones dirigidas.** Estamos inspeccionando los primeros eslabones ya que si estos hacen las cosas bien, los últimos no deberían tener problemas.
- **Trazabilidad en establecimientos asistenciales y presentaciones hospitalarias.** Estamos trabajando con un equipo de diferentes centros en Buenos Aires para ver como mejoramos la identificación de un producto hospitalario. Actualmente, como está el circuito sirve y funciona perfecto para un producto que se recibe y se entrega completo, pero para un producto que se fracciona hay que mejorarlo.
- **Trazabilidad de productos médicos.** Se está trabajando en una norma, que muy probablemente salga este año, para los implantes y algo de ortopedia. Lo está llevando a cabo Tecnología Médica, esto es más difícil porque la cadena de distribución no está regulada.
- **Capacitación permanente.** Brindamos asesoramiento en todas las provincias que lo soliciten.
- **Reuniones de discusión con TODOS los agentes involucrados** escuchando propuestas que ayuden a mejorar la identificación propuesta.

Utilidad de la trazabilidad

- Garantizar la calidad y seguridad de los productos en beneficio de los PACIENTES.

- Controlar la cadena de distribución de cada unidad específica de medicamento.
- Asegurar la conservación, autenticidad, integridad y calidad del producto.
- Control en tiempo real anomalías en el circuito de distribución.
- Minimizar entrega errónea de productos.
- Impedir que los medicamentos reingresen al circuito de distribución.
- Evitar/Dificultar la falsificación y adulteración de medicamentos.
- Desalentar el robo y contrabando de productos.
- Posibilitar a futuro el reemplazo del sistema de troqueles.
- Reducir los costos del Sistema de Salud, etc.

Tenemos experiencia fiscalizadora desde el año 1997, consideramos que la trazabilidad es buena para combatir robos, falsificaciones, contrabando, adulteración, así que bien, somos pro trazabilidad.

Estamos trabajando para que todos cumplan y acompañando el proceso y, también, aprendiendo. Para nosotros es una herramienta muy útil.

En breve va a salir el reemplazo en el sistema de troqueles. Actualmente, el troquel no tiene información unívoca, es igual para todos y es un cartón que no tiene ninguna medida de seguridad. Así que se está trabajando en una norma para llevar a cabo ese reemplazo.

Muchas gracias.

Sr. Darío Díaz

*Asociación de Distribuidores
de Especialidades Medicinales*

Buenas tardes, quiero agradecer la invitación a la Comisión directiva de FEFARA.

Primeramente, voy a realizar una muy breve presentación de lo que es ADEM. Luego, daré un marco sobre la trazabilidad de medicamentos, muchas cosas quizás coincidan con lo que ya les comentó la Farm. Carino pero creo que eso da una evidencia de que el sector público, el organismo de contralor y el sector privado estamos alineados en esta situación. Por último, voy a contar como es el proceso, sobre todo en el sector de la distribución, y el impacto que esto está teniendo en las droguerías.

ADEM

Es la sigla que identifica a la Asociación de Distribuidores de Especialidades Medicinales. Nació en el año 1990 y en el año 2006 se llevó a cabo la fusión entre ADEM y ADIF que era la otra cámara representativa de la distribución. A partir de allí se constituyó como la única cámara de droguerías.

Hoy contamos con 27 empresas asociadas y con la misión de Defensa y desarrollo de las droguerías bajo los principios de la competencia y libre empresa, velando por la armonía y conciliación de sus asociados.

Las empresas que nosotros representamos abastecen a todas y cada una de las Farmacias del país y participamos en, aproximadamente, el 90% de todas las unidades que reciben en la Farmacia, todos los días del año.

Trazabilidad – Encuadre

Como anteriormente mencionaba la Farm. Carino, la trazabilidad se establece a través de la Resolución (MS) N°: 435 del año 2011, instituyendo a la ANMAT como organismo de contralor.

Luego, la ANMAT emite dos disposiciones, una de ella, la Disposición N°:3683/2011, con implementación para droguerías y laboratorios a partir de diciembre de 2011 y para las Farmacias a partir de junio de 2012. La otra es la disposición N°:1831/2012 en la cual se amplía el número de drogas a ser trazadas.

Trazabilidad – Alcance

- Es un sistema de control, verificación y registración.
- Tiene la capacidad de proveer información exacta y en tiempo real sobre el destino y ubicación de productos.
- Puede reconstruirse el camino a través de cada eslabón de la cadena de abastecimiento hasta su origen.
- Todo ello se lleva a cabo en función de la información de los movimientos logísticos en tiempo real.

Movimientos Logísticos

En lo que respecta a droguerías y Farmacias, a continuación, se detallan algunos de los movimientos logísticos más importante:

- Envío y recepción entre depósitos propios. Por ejemplo entre sucursales de la misma droguería.

- Distribución y recepción entre eslabones.
- Producto deteriorado/destruido.
- Envío y recepción en carácter de devolución.
- Producto robado/extraviado.
- Dispensa del producto al paciente.
- Producto prohibido/retirado. En este caso la ANMAT emitirá la información con respecto a estos productos.

Codificación – Laboratorio

La trazabilidad se inicia en el laboratorio productor o importador y es en donde se tiene que asociar al GTIM que es el código comercial de cada uno de los productos y un número de serie que cuenta con hasta 20 caracteres alfanuméricos. Además, opcionalmente, tiene la posibilidad de informar en ese código, el N° de lote y la fecha de vencimiento. El laboratorio debe seguir los estándares de GS1.

Siguientes Eslabones

Los siguientes eslabones, las droguerías y las Farmacias deben asociar el lote y el vencimiento a ese código unívoco, es un requisito para la información de las transacciones.

A su vez la droguería deberá informar el GLN que es el código de la ubicación del establecimiento.

Para las Farmacias el código de ubicación física del establecimiento se denomina CUFÉ y para sacarlo no tiene costo. Es muy importante que la Farmacia cuente con ese código porque a veces nos encontramos con que no lo tienen todavía con lo cual nos imposibilita la transacción y la comunicación al Sistema nacional de Trazabilidad.

Etiquetas

Como pueden observar éstas son la muestra de algunas etiquetas que aparecen en los pack de los productos.

Existen 3 tecnologías que cumplen con el objetivo de la trazabilidad: el Código de Barras, el Datamatrix y la identificación por Radio Frecuencia.



Proceso de trazabilidad

El siguiente gráfico muestra cómo es el proceso de trazabilidad en la distribución. Primeramente, cuando se recibe la mercadería se lleva a cabo un control, el siguiente es el de la mercadería en producción, o sea en la preparación de los pedidos a la Farmacia. El otro control se realiza en el traslado de la mercadería entre las sucursales y, obviamente, en el despacho a la Farmacia.



La Farmacia controlará, a su vez, en la recepción y en la dispensación del producto.

Todos estos movimientos que se producen, son informados al Sistema Nacional de Trazabilidad. Las droguerías que hoy representamos tienen hasta 500.000 unidades trazadas, informados al sistema de trazabilidad. Además, si sumamos las droguerías que también forman parte de ADEM y que son especialistas en productos oncológicos, este valor es de, aproximadamente, un millón de unidades.

Proceso de Recepción

Les voy a mencionar, sintéticamente, cómo es el proceso de recepción de un producto trazado, en las droguerías.

La droguería habitualmente recibe pallets, en cada uno de ellos puede haber entre 2400 a 2600 unidades. Este pallet, la mayoría de las veces, está compuesto por un solo producto pero en otras, las droguerías reciben pallets con varios packs de distintos productos e incluso de distintos laboratorios. Si ocurre esto en productos no trazados, la droguería lo que hace es una carga global a través del código de barra de los productos que está ingresando.

Con el sistema de trazabilidad, las droguerías deben identificar los packs de aquellas cajas que contienen productos que deben ser trazados, abren cada uno de esos packs, sacan cada una de las unidades y se produce la lectura individual de cada uno de los productos trazados. A ello se suma que tenemos que adaptarnos a 3 tecnologías distintas como habíamos visto, Código de barras, Datamatrix y Radio Frecuencia.

El proceso de recepción con la lectura unívoca ingresa al sistema de gestión de las droguerías, y acá es donde se produce el primer impacto que habíamos mencionado antes, cuando el laboratorio tiene, de forma opcional, el ingreso del N° de lote y la



fecha de vencimiento. Esto lo que produce es que el laboratorio que opta por no incorporar el N° de lote y el vencimiento a la codificación de trazabilidad, es decir, asociarlo al número de serie, la droguería indefectiblemente tiene que hacerlo unidad por unidad y en forma manual lo que nos genera asumir un riesgo humano, que puede producirse.

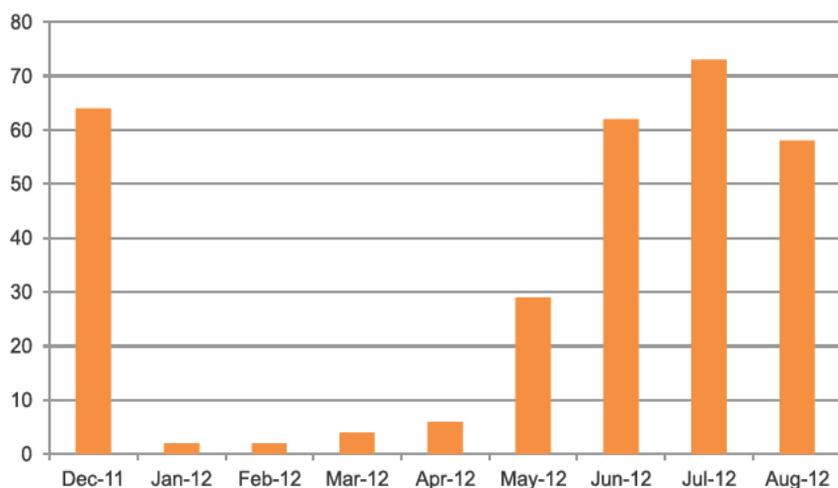
Altas de Productos

En el siguiente gráfico se puede observar cómo se fueron produciendo las altas de productos trazados. En diciembre de 2011, ocurre el 1º pico que corresponde con la puesta en vigencia de la Disposición N°: 3683 y el otro pico empieza a partir de mayo del 2012 con la Disposición N°: 1831.

Hoy en día las droguerías que representamos están recibiendo 300 presentaciones comerciales con trazabilidad. Se están incorporando un promedio de 50 presentaciones al mes, este dato es de mayo del año 2012 hasta fin del mes pasado. Además, controlan 2400 presentaciones que son las que deberían estar trazadas.

El otro gráfico muestra las unidades trazables vendidas. Podemos ver que se produce un pico muy importante a partir de mayo del 2012 y hoy, las 300 presentaciones que estamos recibiendo trazadas representan el 1% del total de la venta de medi-

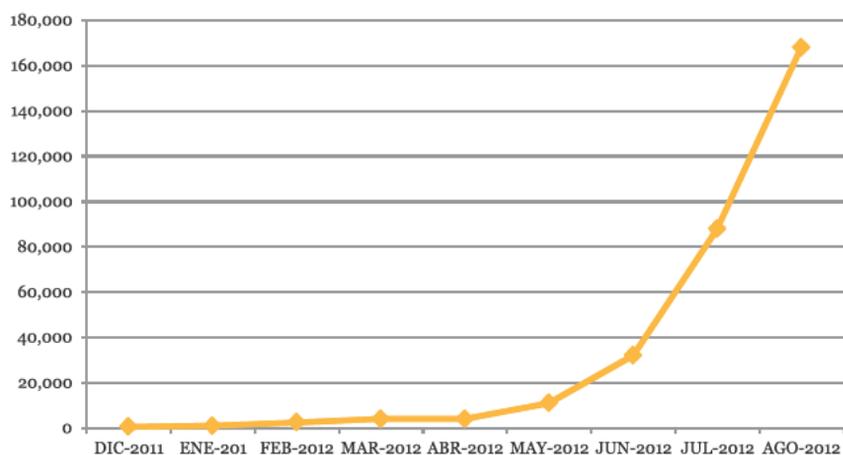
Altas de producto. Unidades por mes.



Fuente: Díaz D. ADEM. 2012

camentos. Si consideramos a las 2400 presentaciones que deberían estar trazadas, el 1% pasaría al 5% del total de la venta de medicamentos.

Unidades trazables vendidas



Fuente: Díaz D. ADEM. 2012

Normas – impacto

En este cuadro se puede observar como impactaron en determinados aspectos, la Disposición N°: 3683 y la Disposición N°: 1831.

Si observamos la 2º columna que corresponde a la Disposición N°: 1831, el mayor impacto se produce en relación a la cantidad de presentaciones, al número de operaciones/día. Es decir, esas 2400 presentaciones que deberán ser trazadas, nos estaría representando 10.0000 operaciones diarias de expedición a la Farmacia y ocasionando un alto impacto en las estructuras y en los costos.

Aspecto / Disposición	3683/2011	1831/2012
Cantidad de Drogas	80	300
Cantidad Presentaciones (Aprox.)	200	2.400
Droguerías: Operaciones / día	550	100.000
Costos	Poco significativo	Altamente significativo
Impacto estructura organización	Bajo	Muy Alto
Impacto estructura del mercado	Bajo	Muy Alto

Fuente: Díaz D. ADEM. 2012

Si detallamos el impacto de la trazabilidad, podemos decir que:

- El objetivo de la trazabilidad es garantizar la calidad y seguridad de los medicamentos en beneficio de la población.
- La ANMAT está llevando a cabo un trabajo de implementación muy profesional e incluso otorgando al-

guna especie de flexibilización y adaptación a los distintos sectores. Esto indica que hay un acompañamiento del organismo de contralor en lo que respecta al Sistema Nacional de Trazabilidad.

- Existen productos que aún no tienen certificado de estándar GS1, por lo cual se dificulta la lectura en el ingreso y en la expedición a las Farmacias.
- Hay productos recibidos y aún no informados por el canal anterior, ocasionando inconvenientes en el despacho a Farmacias.
- Se deberán realizar las devoluciones de los productos trazados, ya sea por problemas comerciales o medicamentos vencidos, a las droguerías que realizó la provisión, y son movimientos logísticos controlados por el organismo.
- La droguería, por el sistema de trazabilidad, debe convalidar y consolidar todas las unidades que los laboratorios le están enviando y que informan al sistema.
- Hay un traspaso de responsabilidad, de eslabón a eslabón.
- La lectura unívoca se realiza tanto en la recepción de los productos como en la expedición a las Farmacias.
- Las droguerías se tuvieron que adaptara las distintas tecnologías.
- El desafío que tenemos es mantener el nivel de servicios ante los incrementos de volúmenes de productos a trazar.
- En la droguería antes de liberar unidades para la venta, se controla el estado de cada etiqueta, los valores que devuelve la lectura y se valida que la información al SNT (ANMAT/PAMI) esté informada sin error.

Acciones complementarias

Por último, quiero agregar que se están desarrollando re-

uniones de trabajo permanente entre el ANMAT, las Cámaras de la Industria, ADEM, los Colegios y las Cámaras Farmacéuticas, para ver cómo seguimos avanzando y mejorando todo lo que concierne a este tema.

Y una cuestión en la que nosotros estamos incursionando, es el comercio electrónico de datos para agilizar la carga de la información a los sistemas y estandarizar la documentación para permitir un ingreso más seguro a cada uno de los sistemas de gestión de las empresas.

Muchas gracias.

Implementación del Sistema Nacional de Trazabilidad en Farmacias

Farm. Javier Ávila
Gerente de Productos Profesionales de FEFARA

Buenas tardes a todos, quiero comentar, sintéticamente, cómo abordamos el tema de la implementación del sistema de trazabilidad en las Farmacias de nuestra Red.

Uno de los puntos que primero nos planteamos, cuando surgió la normativa:

¿Es necesaria la trazabilidad?

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (año 2006), **más del 10 % de los medicamentos del mercado mundial, eran ilegítimos**. Ésta era una cuestión muy importante para tener en cuenta.

Por otra parte, se debía considerar la **trazabilidad** no sólo desde lo **logístico**, sino también desde el **punto de vista económico** y del **impacto terapéutico**.

Por todo ello, la respuesta es:

La trazabilidad no es necesaria sino que es imprescindible.

¿Por qué?

La importancia de la trazabilidad es debido a que:

- Dificulta las falsificaciones o logra detecciones tempranas de las mismas.
- Evita robos de medicamentos.
- Corrige comportamientos inadecuados de los actores de la cadena.
- Mejora los sistemas de control terapéutico y económico (Reemplazo al troquel).

Nuestra situación inicial

Cuando salió la Resolución N°: 435 nos planteamos cuál era nuestra situación ante esto y nos hicimos 5 grandes preguntas, de las cuales empezamos a analizar cada una de ellas.

1. ¿Cómo nos impactaba en la Red de Farmacias?
2. ¿Cómo era nuestra situación tecnológica?
3. ¿Qué impacto iba a tener sobre los contratos que administramos?
4. ¿Qué modificaciones y en qué tiempo debíamos realizar al software?
5. ¿Qué impacto operativo/administrativo va a tener en las farmacias?

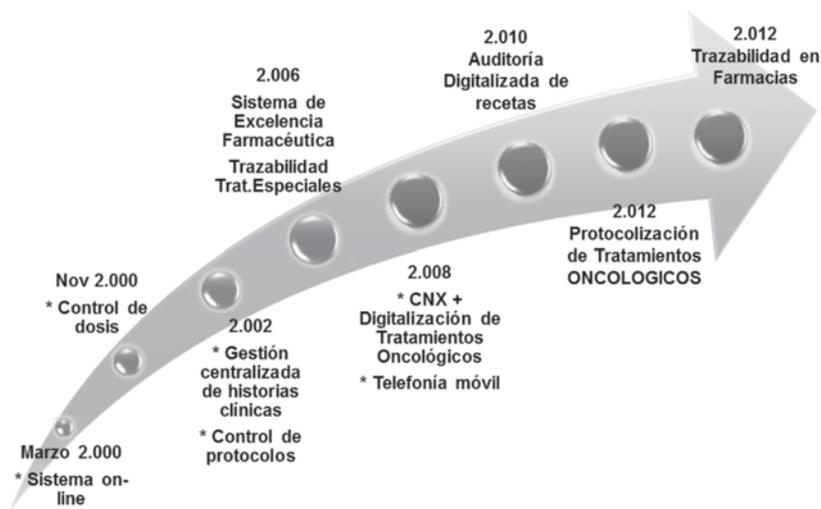
Red Nacional de Farmacias

Cuando evaluamos el primer punto, la **red cuenta con 3300 Farmacias informatizadas en los procesos de dispensa**, apuntado a la optimización de los recursos en salud.

Acá se agregaba un dato más, que la Farmacia debería registrar el ingreso del medicamento. Normalmente, ese grupo de farmacias, no todas, llevan un control de stock. Por lo cual teníamos que poner en juego que la Farmacia, también, debería registrar el ingreso y el egreso, como mínimo, dentro del circuito de dispensa.

El siguiente gráfico muestra el camino que fuimos recorriendo, desde el año 2000 en adelante. Puntualmente, voy a mencionar el año 2006 porque en ese momento comenzamos a trabajar en trazabilidad, sobre todo en tratamientos especiales. Por ello, empezamos a evaluar qué habíamos tenido en cuenta en ese momento ya que nos podía servir para esta nueva implementación. Todo lo que llevamos a cabo fue sin una normativa de respaldo, sino en base a otras condiciones de calidad que se habían planteado.

Camino que vamos recorriendo



Análisis de una muestra

El segundo punto que nos planteamos era, tenemos tanta Farmacia que están informatizadas y nos puede impactar la

trazabilidad de tal manera, pero decidimos hacer un análisis de una muestra para poder cuantificarlo.

El análisis se realizó sobre:

- Todos los medicamentos informados por el Sistema Nacional de Trazabilidad.
- En un *mix* de Obras Sociales/planes: 800.000 afiliados.
- Sobre 3.295 farmacias conectadas a la Red FEFARA en 21 Provincias.

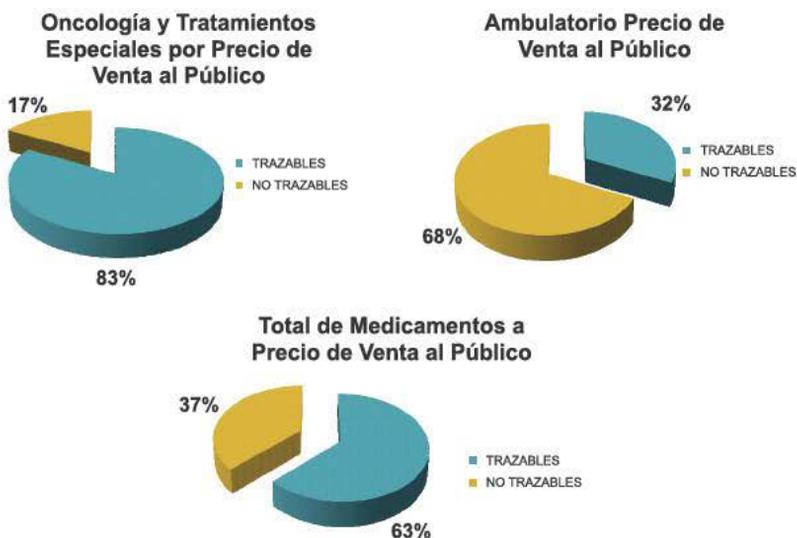
Con lo cual la muestra a analizar contaba con un importante número de afiliados y en la mayoría de las Farmacias de la red. Sobre eso evaluamos.

Lo primero que hicimos fue separar los mercados, por un lado Oncología y Tratamientos Especiales y por otro Ambulatorio. A su vez realizamos 2 análisis, cómo impactaba por un lado sobre el Precio de Venta al Público (Gráfica N°: 1), y por el otro en relación a la cantidad de envases (Gráfica N°: 2).

Como podemos observar en la Gráfica N°: 1, en el sector de tratamientos especiales impactaba altamente ya que de los productos que había que trazar eran el 83% y en ambulatorios, el 32 %. Cuando analizamos el Total de Medicamentos en relación al Precio de Venta al Público, era el 60 % de lo que hoy vende la seguridad social a través de esos 800.000 afiliados.

Pero los datos que nos interesaban, fundamentalmente, porque en realidad es lo que impacta operativamente y lo que normalmente surge en las reuniones con las Farmacias por la cuestión administrativa, eran en relación a la cantidad de envases. Si observamos la Gráfica N°: 2, sobre Oncología y Tratamientos Especiales había que trazar el 63% y sobre los medicamentos de uso ambulatorio, el 15%. Cuando analizamos el Total de Medicamentos, representaba el 17 % de los envases que circulaban a través de nuestra Red de Farmacias.

Gráfica N°: 1. Análisis de la muestra



Fuente: Farm. Ávila J. 2012.

Gráfico N°: 2. Análisis de la muestra



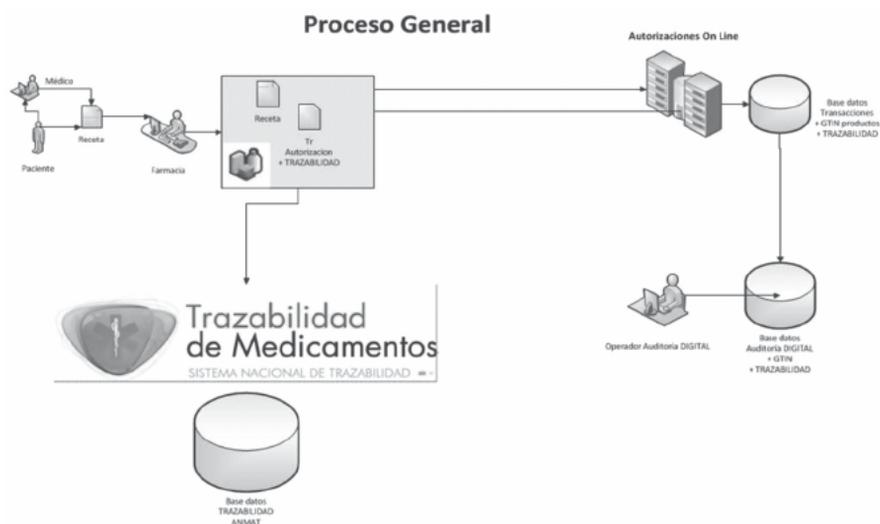
Fuente: Farm. Ávila J. 2012.

El otro análisis que llevamos a cabo fue determinar qué porcentaje de pacientes utilizaban esos medicamentos trazables. Llegamos a la conclusión que de los 800.000 afiliados que concurrían a la Farmacia, el 26% iba a llevar algún medicamento trazado.

	Total Consumidores	Afiliados c/med trazables	%
Oncología y Tratamientos Especiales	5.646	3.926	70%
Ambulatorio	140.038	34.662	25%
TOTALES	145.685	38.589	26%

Fuente: Farm. Ávila J. 2012.

Teniendo en cuenta la cantidad de Farmacias, los software que teníamos, la cantidad de envases que iban a ser trazados y el número de afiliados donde iba a impactar esta normativa, es que decidimos sobre qué tecnología y aplicación adaptar este esquema.



Y diseñamos lo que hoy ya tenemos implementado en las Farmacias.

Nuestras Farmacias, hasta hace un tiempo, validaban lo que eran reglas de negocios únicamente, donde veíamos si el afiliado era correcto, si los porcentajes de cobertura eran adecuados y directamente le informábamos como era cada situación.

Actualmente, agregamos un punto más a la modalidad operativa que tiene para dispensar. Es decir, sobre los productos trazados, primero se valida la prestación para saber si el afiliado es correcto, si se le puede brindar el servicio, en caso que las reglas de negocio sean adecuadas, luego se informa de la dispensa de ese producto a la ANMAT y por último a la Farmacia que puede dispensarlo a través de la seguridad social y que está trazado en ANMAT.

En este tiempo tuvimos varias reuniones con ANMAT para hacer que nuestros software interactúen en forma directa, que sea transparente para la Farmacia, que no le implique otro trabajo administrativo más. Lo que queríamos era una manera mucho más fácil de implementarlo.

Otra cuestión que comenzamos a trabajar con la Superintendencia de Servicios en Salud (SSsalud) es lo que llamamos el comprobante de dispensa. En la actualidad, la SSsaludle está solicitando algunos requisitos a las obras sociales para la presentación de sus recetas y así tramitar el reintegro al APE.

Se presentaron notas y se le llevaron modelos de ejemplos sobre el comprobante de dispensa y la SSsaludnos dio el ok.

Cuando la Farmacia realiza la transacción de un producto trazado, este comprobante de dispensa ya se le puede enviar a la obra social y ésta puede remitirlo para generar el reintegro del APE.

Como pueden observar, en este comprobante de dispensa figuran, por ejemplo, el código de trazabilidad que la ANMAT nos retornó, con lo cual la obra social puede saber cómo terminó el circuito, y además tiene todos los datos del paciente que es lo que necesita la seguridad social para tramitar los reintegros.

Comprobante de dispensa



00311000206877

NOMBRE DE LA OBRA SOCIAL DOCUMENTO NO FISCAL

Farmacia	Cód. : 01554
Av. Buenos Aires	CUIT: 20- -7
Venta : 29/06/2012	Sol. : 29/06/12 16:13
Emisión : 29/06/2012	Rec. : 0
Afiliado: 1445 - JUAN PEREZ	Mat. : 80000

[10] Trazabilidad: 545477.

1 BIOPTIC OFTAL. SOL x	5	39,95	39,95	8,40
[10] GTIN: 07798069050199 - Serie: 81842469.				

TOTAL RECETA	:	39,95
A CARGO AFILIADO	:	31,55
A/C IAPOS	:	8,40

v2.13.0

Apellido y nombre

Domicilio

Conforme asociado

DNI

Teléfono

Otro de los planteos que se le hizo a la SSsalud es que ellos puedan tener un monitor de transacciones sobre la seguridad social en donde se puede evaluar toda la traza del producto. Nosotros le estamos ofreciendo a cada una de las obras sociales que puedan seguir a sus pacientes de cómo son trazados sus medicamentos, porque es un requisito sobre el que tienen que responder.

Monitor transacciones ON LINE + TRAZABILIDAD

Ksoft s.a. - Control y monitoreo

ObServer online - Transacciones

Outcomes / San Infratec

Fecha	Autocódigo	Clinica/Clínica - Plan	Farmacia	Rechazo	N° artículo	Métrica	Importe 1975:
08/05/2012 17:56	002108158234	FARMAS MUTUAL MAESTRA - FARMAS 35 SEGURO	ARRETA (Sanja)		0755010899010	2379	154,62
08/05/2012 17:56	002008158231	INLS.S.P. (PAMB) FLO - AMBULATORIO Y RES.37(ON LINE)	QUARDATI (Marta Soledad)		2601330033000	4907	179,00
08/05/2012 17:56	002108158232	UNION PERSONAL - PNE CLAS RUM/PMO/men/AC	CECO (Diana del PE)	El arte	35187900	9969	0,00
08/05/2012 17:56	002108158231	ARTE DE CURAR - AMBULATORIO PNI PLAN A	CINALL (Capitán Bernabé)		3048622	13421	77,64
08/05/2012 17:56	002008158230	INLS.S.P. (PAMB) FLO - AMBULATORIO Y RES.37(ON LINE)	CEPHE (Susuchela)		1004721515000	3021	36,28
08/05/2012 17:56	002108158249	JAPOS - AMBULATORIO	CLACERA (Rocío)		0778287	6281	74,87
08/05/2012 17:56	002008158248	INLS.S.P. (PAMB) FLO - AMBULATORIO Y RES.37(ON LINE)	ACTIS ALISNA (San Jorge)		2591057006100	1855	422,30
08/05/2012 17:56	002108158237	FARMAS SCOM GALEZ - FARMAS MDE	ITALIANA (Gabriel)		0723330075920	7941	134,22
08/05/2012 17:56	002008158246	INLS.S.P. (PAMB) FLO - AMBULATORIO Y RES.37(ON LINE)	MUDABLANA (San Jorge)		0567734713000	1665	277,80
08/05/2012 17:56	011008158245	RECTORIO SOLIDARIO - AMB. CIUDOS SECRETARIOS	RUCO (Capitán Bernabé)		4989940	9533	24,40
08/05/2012 17:56	002008158234	INLS.S.P. (PAMB) FLO - AMBULATORIO Y RES.37(ON LINE)	UNIBRISTARMA I (a Bando PDI)		1901361009600	1711	344,30
08/05/2012 17:56	002108158243	OSPL - PLAN SUPERACION	MAGADO (Dante PA)		24250101	27820	174,20
08/05/2012 17:56	002008158242	INLS.S.P. (PAMB) FLO - AMBULATORIO Y RES.37(ON LINE)	OPERTO (Rocío)		15540815909100	4842	122,82
08/05/2012 17:56	002008158241	INLS.S.P. (PAMB) FLO - AMBULATORIO Y RES.37(ON LINE)	ACTIS ALISNA (San Jorge)		1504212429700	2225	333,75
08/05/2012 17:56	002108158240	JAPOS - AMBULATORIO	ITALIANA (Gabriel)		11286336	7941	134,22
08/05/2012 17:56	002008158239	INLS.S.P. (PAMB) FLO - AMBULATORIO Y RES.37(ON LINE)	LA PLAZA (Dña Constitución)	Mensaj	2001043100901	7768	0,00
08/05/2012 17:56	002108158238	O.S.E.P. - AMBULATORIO	BADEN (San Fernando del Valle de Catamarca)		3368549000	880	384,00
08/05/2012 17:56	002108158237	O.S.E.P. - CONSULTAS MEDICAS	MIRERVA (San Fernando del Valle de Catamarca)		2132737400	11200	11,00

Hay Transacciones 50968 Autocódigos 44758 Archivos 6218

Servicios a la Seguridad Social

Con respecto a esto, nos planteamos que tenemos que focalizarnos y abordar cuatro grandes puntos. Uno de ellos es garantizar los medicamentos ingresados a la Farmacia, en relación a esta cuestión, hemos llevado a cabo reuniones con las Farmacias donde le informamos que lo más importante no es la dispensa, sino es el ingreso.

Si no validamos el ingreso del producto, no detectamos si el eslabón anterior lo informó, si es un producto que la Farmacia no tiene que recibir. El ingreso es lo más importante porque es en ese momento donde podemos frenar la llegada del producto ilegítimo a la Farmacia.



El otro punto es garantizar los medicamentos dispensados al paciente. Cuando se le entrega el comprobante de la dispensa se le puede informar al paciente, el código de trazabilidad que tiene y que a través de la página web de ANMAT con dicho código, puede chequear toda la cadena de comercialización que siguió ese producto.

Otro de los puntos era cerrar el circuito de dispensa ANMAT, lo que mencioné anteriormente.

El último, en lo que estamos trabajando más fuertemente ahora, es informar a la seguridad social para remitir todos los informes que la SSSaludle está demandando.

Hoy creemos que somos el centro neurálgico porque para la seguridad social sin la información que le pueda dar la Red de Farmacias, es muy complicado presentar todos los requisitos que la SSSalud le está demandando.

Seguridad al paciente

Nosotros creemos que este tipo de normativas no solo tiene que quedar en un movimiento logístico, estamos convencidos que la seguridad del paciente abarca varios aspectos como por ejemplo:

- Tratamiento prescrito (dosis, medicamento, etc.)
- Reacciones adversas.
- Adherencia al tratamiento.

Debemos **asegurar a la población el ACCESO SEGURO y CALIDAD de los medicamentos.**

Revalorizar el rol del farmacéutico

Los farmacéuticos hemos dejado de ganar espacios y relegado algunos, es por ello que nos parece importante revalorizar el rol de nuestra profesión, con acciones como:

- Brindar información al paciente.
- Interactuar con los otros profesionales del Sistema de Salud.
- Ser el nexo entre la seguridad social y el paciente.

¿Qué debemos hacer como institución?

Primero asegurar que todas las prestaciones farmacéuticas cumplan con el Sistema Nacional de Trazabilidad, dar el soporte tecnológico a nuestras farmacias, brindar información a todos los actores del sector y trabajar en la continua profesionalización de nuestra Red de Farmacias. Además, transformar la información que estamos generando de la trazabilidad en información importante para la salud, ya que garantiza la consolidación de nuestro "Modelo de Farmacia".

¿En qué punto estamos?

Hoy podemos decir que:

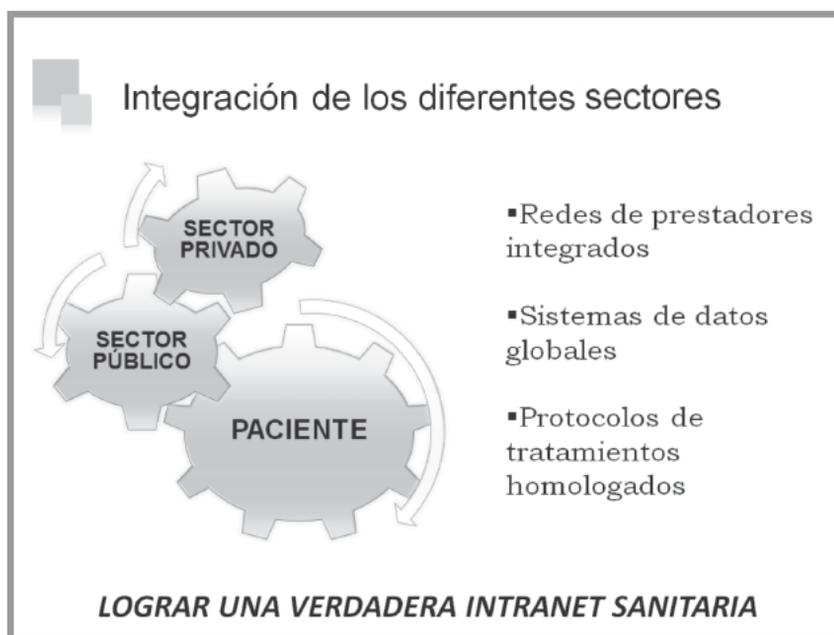
- Tenemos todas las Farmacias preparadas para trazar.
- FEFARA envió a ANMAT, documental del 85% de las Farmacias.
- Estamos capacitando a nuestras Farmacias sobre el sistema, de manera de lograr el menor impacto operativo.
- Estamos informando a la Seguridad Social que nuestra Red le permite dar cumplimiento a los requerimientos de la SSalud.

Y para cerrar, el siguiente gráfico muestra, algo muy importante para nosotros y es que no perdamos como eje al paciente, del sistema de salud. Además, sería bueno que empecemos a interactuar entre el sector público y privado.

También, podemos decir que, estas pequeñas resoluciones

al generar un sistema de datos globales, únicos, donde tanto las entidades privadas como públicas, pueden acceder a una sola base de datos, son pequeños pasos que llevan a que interactúen todos los sectores.

Hay más cuestiones en las que debemos avanzar, hoy hablaban de protocolos de tratamientos homologados. Tenemos que tratar de caminar hacia la construcción de una verdadera Intranet Sanitaria que aborde otras cuestiones, además de la base logística.



Esto es todo, muchas gracias.



MESA N° 8

Entre la competencia y la cooperación en la cadena de valor del medicamento

*Coordinador: Farm. Juan Carlos Rucci
Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe, 2° C*

Buenas tardes, es un gusto coordinar esta mesa que abordará una temática que se hace cada vez más necesario analizar entre todos los actores de la cadena de formación de valor del medicamento porque estamos en un mercado como el argentino que tiene muchas tensiones.

El Estado, la industria farmacéutica, la distribución, la dispensación y los financiadores son estos actores que tienen intereses individuales y al mismo tiempo objetivos comunes, como sector. Estamos obligados a cooperar dentro de la cadena para que los intereses sanitarios, económicos y políticos cierren y en el mercado estemos todos comprendidos y brindemos, finalmente, mejor salud a la población.

Si bien, lograr este equilibrio demandará un gran esfuerzo debemos convocarnos, una vez más, a ese trabajo conjunto.

Para abordar esta temática, contamos con los siguientes disertantes:

El Dr. Alfredo Ahuad es médico graduado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, especialista en Clínica Médica. Cuenta con una maestría en Servicios de Salud y Seguridad Social, Fundación Isalud. Es gerente de Asuntos Institucionales de la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME).

El Farm. Miguel Lombardo, presidente de la Federación Argentina de Cámaras de Farmacias (FACAF).

La Farm. Natalia Rodríguez secretaria de FEFARA y Presidenta del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Misiones.

Damos inicio a esta mesa con el primer disertante, el Dr. Alfredo Ahuad.

Dr. Alfredo Ahuad

*Gerente de Asuntos Institucionales de la
Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME)*

Buenas Tardes. Un gusto compartir estas Jornadas de FEFARA y sobre todo en este 10º Aniversario.

El título de esta mesa, competencia y cooperación, es desafiante. Después de la jornada de ayer, quedé asombrado, reconozco haber aprendido mucho. Sobre todo, me llamó la atención que pareciera que no necesitamos cooperar ni competir en nada porque los recursos humanos están, la producción pública es fantástica y también la producción nacional. Además, hay acceso al medicamento y su precio es cada vez más barato. Es decir, todo fantástico, más allá de que se haya participado poco, tanto al médico como al farmacéutico.

Después, vino alguna reflexión sobre todo cuando alguien dijo que los precios de los medicamentos eran exorbitantes, pareciera entonces que el acceso no era tan fácil como creíamos, y sobre todo teniendo en cuenta que el 30% del gasto en salud se lo llevan los medicamentos.

Después el Dr. Neri un poco bajó a la realidad sobre lo que está pasando en el Sistema de Salud de la Argentina y, también, el Dr. Tobar al hablar acerca del porcentaje de la mortalidad materna.

En conclusión, seguramente no estamos tan mal, pero me parece muy bueno este gran desafío que nos hace FEFARA, a reflexionar sobre estas situaciones.

Voy a comenzar haciendo una revisión de quiénes son los **Operadores del Negocio Farmacéutico:**

1. Laboratorios
2. Distribuidoras
3. Droguerías
4. Farmacias
5. Médicos
6. Gerenciadoras
7. Obras sociales
8. Empresas de Medicina Prepaga
9. Hospitales Públicos / Privados
10. Gobierno (Nacional – Provincial)

También, sobre cuáles son los **derechos del paciente:** un diagnóstico y tratamiento correcto, en el momento correcto, con la dosis correcta, por la vía correcta y con el producto correcto.

• El diagnóstico correcto 

 »En el momento correcto

• Con la dosis correcta 

 »Por la vía correcta

• El producto correcto 

En relación al producto correcto se desprenden dos líneas, una es la trazabilidad y otra es que el producto sea seguro. Con respecto a esto último, quiero decir que tanto los médicos como los farmacéuticos queremos que el producto que le vamos a entregar al paciente, tenga lo que dice que debe tener para que produzca el efecto esperado. Con lo cual, y por algunas de las situaciones que se mencionaron ayer, cuando nos copiamos y la maestra nos descubre nos pone cero y cero en salud significa

que el producto no haga efecto o produzca un efecto contrario al esperado.

Gasto en Salud en Argentina

Con respecto a lo que se gasta en salud, en el año 2009, era alrededor de 26.500 millones de dólares, hoy hay que sumarle un 30% más, sería 35 mil millones de dólares. Esto corresponde al 9,6 % del PBI, aproximadamente.

Pero el 30%, como mencionaban en las otras charlas, es lo que gasta de bolsillo la gente, es decir, cuando paga un medicamento, un coseguro, un examen complementario, cuando hace una consulta privada. Esto se mantiene desde el año 1999, más allá de la fuente, que son diversas y lamentablemente no están midiendo lo mismo.

Ahora si esto lo trasladamos a la diferencia entre obras sociales, medicina prepaga, sector público, veremos que también hay una inequidad enorme. El sector público gasta por mes por ciudadano \$255; PAMI por cada uno de sus afiliados, \$342; la medicina prepaga aún más, \$421 por afiliado y las obras sociales en general, \$211. Si abrimos en obra social nacional, provincial y sindical y obra social de dirección, resulta ser que la relación es 1 a 4.

Gasto en salud en el mundo

Los datos son del año 2008. Podemos decir que nuestro gasto en salud es del 9,6% del PBI, muy parecido al de Canadá pero observen cuáles son los resultados comparativos. Tomamos 2 indicadores, la expectativa de vida y mortalidad infantil.

La expectativa de vida es de 75,2 cuando en Canadá es 77,1 y la mortalidad infantil es 3 veces menos en Canadá que en Argentina. Es decir, que los resultados del dinero que se está gastando en salud, no son tan óptimos. Más allá de que estos no

son indicadores puros de salud sino que son más bien indicadores socioeconómicos que tienen que ver con niveles de pobreza, educación, trabajo, entre otras cosas. Pero son indicadores que, habitualmente, se toman para comparar los resultados en salud.

En Estados Unidos, el gasto en salud es el 15,1% de su PBI, la expectativa de vida es de 76,1 y la mortalidad infantil es baja. No agregué los países europeos, preferí América pero sabemos que en Europa se gastan en salud, alrededor del 9% de su PBI y también tienen resultados similares a los que veíamos de Canadá.

Eficacia de los Sistemas de Salud. O.M.S. 2008

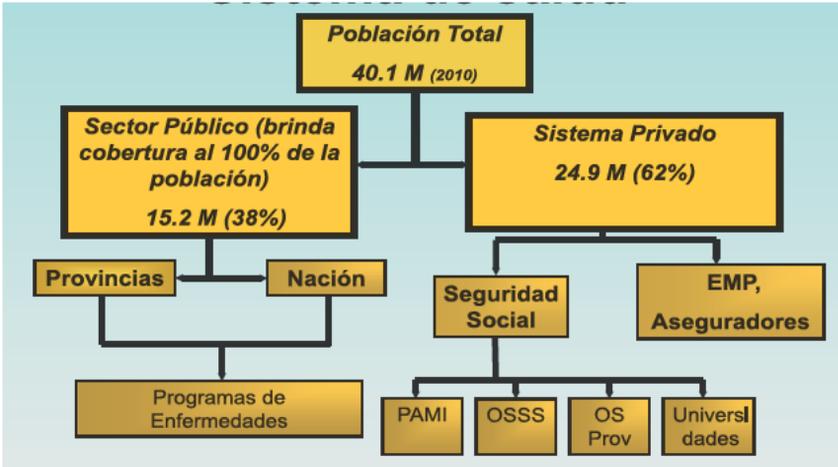
	Expectativa de Vida	Mortalidad Infantil %	Gasto en Salud como % PBI
Argentina	75.2	16.5	8.2
Brasil	67.7	44.8	6.5
Chile	76.6	9.5	6.1
Canadá	77.1	6.0	9.2
Cuba	75.4	9.0	6.3
Uruguay	74.1	14.0	9.0
Venezuela	73.5	22.5	3.9
EEUU	76.1	7.2	15.1

Fuente: Dr. Ahuad A. 2012.

¿Cómo está distribuida la población en el Sistema de Salud?

Por supuesto, el 100% de la población tiene cobertura con el sector público pero ayer se mencionó que sólo acceden las personas de menos recursos, es decir el 38 %. El 62% solamente, tiene cobertura con el sector privado ya sea la Seguridad Social o las Empresas de Medicina Prepaga.

Sistema de Salud

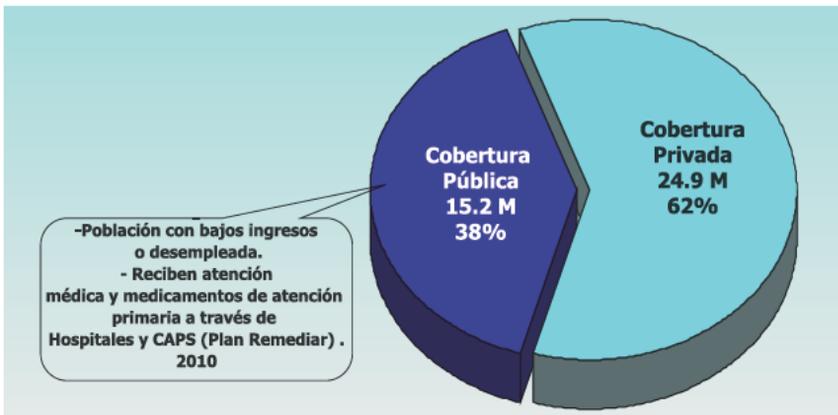


Fuente: Dr. Ahuad A. 2012.

Cobertura del sistema de salud

Al **sistema público** accede la población con bajos ingresos o desempleada. Reciben atención médica y medicamentos de atención primaria a través de Hospitales y Centros de Atención Primaria de la Salud y del Plan Remediar. Con respecto a la **cobertura privada**, 24,9 millones de argentinos acceden a la misma.

Cobertura del sistema de salud

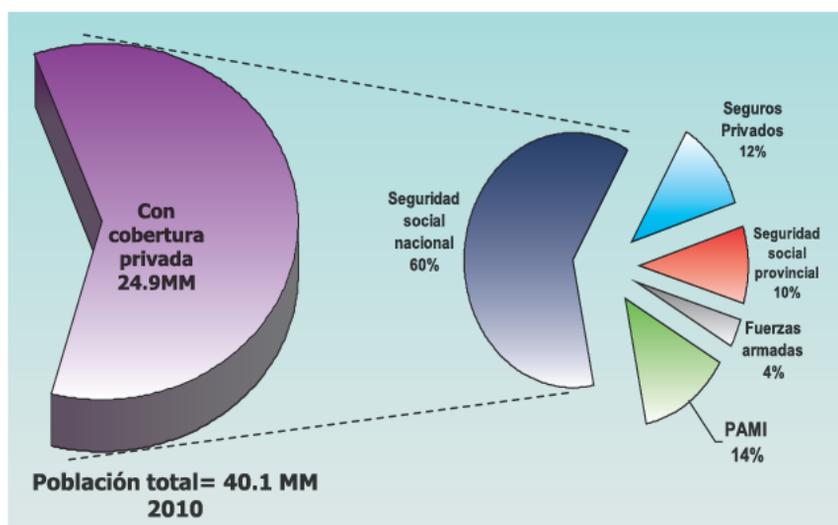


Fuente: Dr. Ahuad A. 2012.

Cobertura de salud por tipo de Obra Social

Como pueden observar en el gráfico, de las aproximadamente 25 millones de personas que tienen cobertura privada, el 60 % corresponde a la Seguridad Social Nacional, el 10% a la Seguridad Social Provincial, 12 % a las prepagas, el 4% a las Fuerzas Armadas y el 14% al PAMI. Estos son datos del año 2010, en donde la encuesta reveló que tenemos 40 millones de habitantes.

Cobertura de salud por tipo de Obra Social



Fuente: Dr. Ahuad A. 2012.

La **distribución de la cobertura de la población por franja de ingreso**, ayer también se mencionó, en el sector más pobre, un 35% de sus integrantes tiene algún tipo de cobertura, en el sector más rico lo tiene el 91%.

Principales Indicadores del Sistema de Salud

Los datos que voy a mostrar son del año 2009.

- Gasto Total en salud: 9,6% PBI
- Gasto Público en salud: 2,7% PBI
- Población con cobertura de salud, a través de dos grandes sectores:
 - El 62% accede a través de OS, prepagas, mutuales, hospitales de la comunidad y otros efectores privados.
 - El 100% puede acceder al sector público a través de sus hospitales y centros de atención primaria.
- Esperanza de vida al nacer: 76,56 años (M: 73,32 /F: 79,09) PNUD 2009.
- Mortalidad infantil cada 1000: 12.1 (M. de Salud 2009)

Existen otros indicadores con respecto al número de profesionales y camas de hospitales, por ejemplo:

- 3 médicos cada 1.000 habitantes, (2009).
- 1 enfermera cada 4 médicos.
- 3,8 enfermeros cada 10.000 habitantes (incluye enfermeros profesionales y licenciados en enfermería), (2005).
- 5,1 farmacéuticos cada 10.000 habitantes, (2005).
- 9,3 odontólogos cada 10.000 habitantes, (2005).
- 2 camas de Hospitales cada 1000 habitantes.

Gasto Médico – Incremento Situación Actual

Si ahora nos posicionamos del lado de un financiador, es decir una obra social, empresa de medicina prepaga, una mutual, resulta que los gastos en salud se han incrementado enormemente a través de muchísimos motivos. Como podemos observar en el siguiente gráfico, uno de ellos es la aparición de nuevos tratamientos.

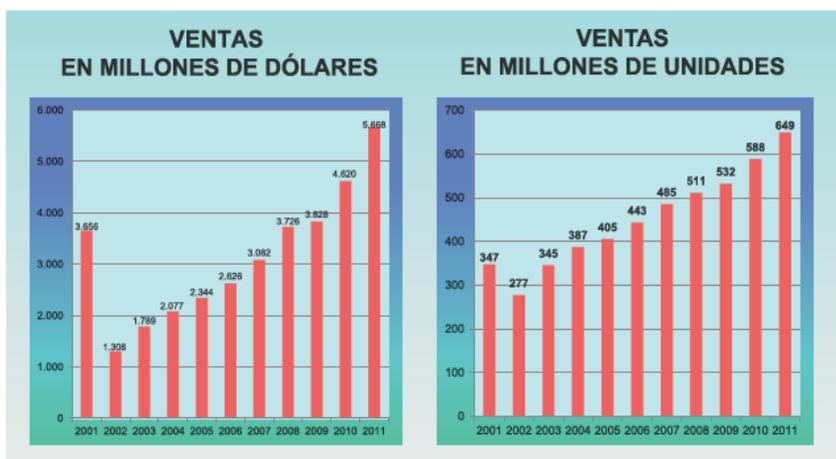
Causas que generan aumentos en el Gasto Médico



Fuente: Dr. Ahuad A. 2012.

Con respecto a la aparición de nuevos tratamiento, Uds. pueden observar la **evolución del Mercado de Medicamentos Ambulatorios**, en millones de dólares y en millones de unidades. Después de 10 años, supera muchísimo el pico máximo que se había alcanzado antes de la crisis del año 2001.

Mercado de Medicamentos Ambulatorios



Fuente: IMS - Fuente: Dr. Ahuad A. 2012.

El gasto de una obra social o de una empresa de medicina prepaga, en su estructura de costos, si lo dividimos en ambulatorio e internación, este último es del 30%. En ambulatorio, el mayor gasto es en medicamentos, más allá de las consultas, de diagnósticos por imágenes, laboratorio, odontológico, por eso los financiadores están preocupados por el costo de los medicamentos.

Si observamos los datos de la Asociación de Entidades de Medicina Privada (ADEMP), que es una de las cámaras que nuclea a las prepagas chicas, del 100% del gasto de medicamentos, el 53% corresponde a ambulatorios éticos y el 47% son oncológicos, retrovirales y especiales. Esto refleja cómo ha crecido la magnitud de los oncológicos y los especiales cuando antes, ya sea porque no había cobertura o había dificultades en el acceso, era muchísimo menor, pero hoy es casi 50% uno del otro.

Gasto ambulatorio vs oncológico en prepagas

GASTO EN MEDICAMENTOS PREPAGAS	
AMBULATORIO ETICO	53%
ONCOLOGIA	25%
RETROVIRAL	5%
ESPECIAL	17%
TOTAL	100%

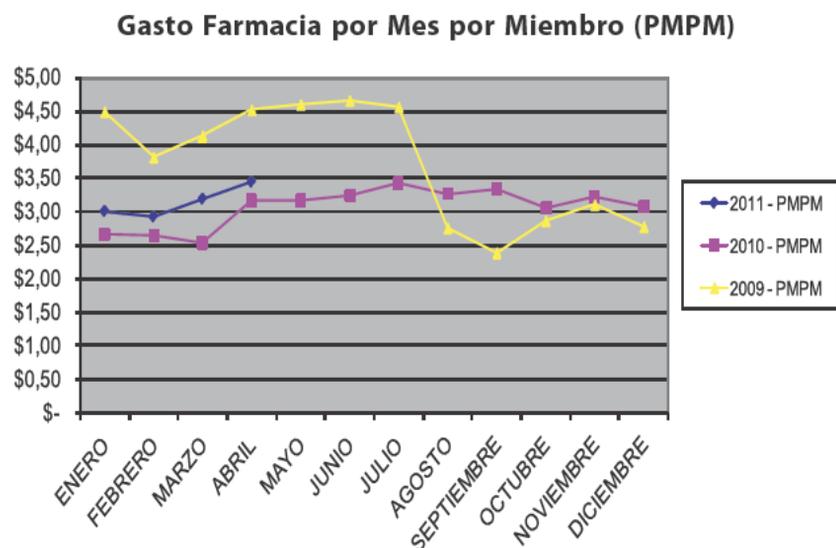
Fuente: ADEMP - Fuente: Dr. Ahuad A. 2012.

Obviamente, los financiadores para evitar o contrarrestar esto cuentan con cuerpo médico, farmacéuticos, administrativos para llevar a cabo auditorías.

Consideraciones de la Auditoria de Medicamentos

- Prescripción por matrícula.
- Prescripción por especialidad.
- Inconsistencias de la prescripción.
- Características de la receta.
- Predilecciones.
- Vademécum.
- Formularios terapéuticos.

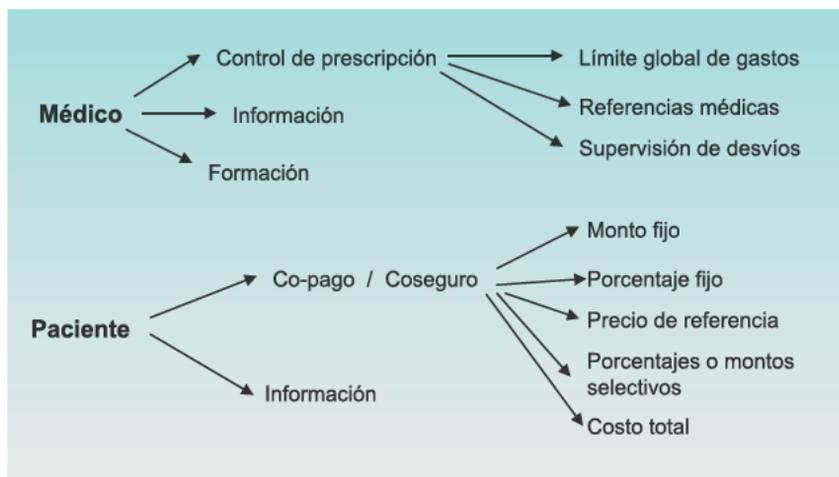
El siguiente gráfico muestra, por ejemplo, como este financiador **disminuyó el Gasto de Farmacia por Mes por Miembro** desde el año 2009 al 2011. No estamos juzgando que hizo, no sé si está bien o mal. Si nos posicionamos del lado del financiador, el gasto de farmacia era alto y tenía que disminuirlo. Más allá de lo que hicieron, lo consiguieron.



Fuente: Dr. Ahuad A. 2012.

Los financiadores para decidir la cobertura de los medicamentos tienen en cuenta determinados instrumentos tanto sobre los médicos como en los pacientes.

Instrumentos sobre médicos y pacientes para controlar el gasto en medicamentos



Fuente: Dr. Ahuad A. 2012.

Estas decisiones algunas veces pueden impactar no de la mejor manera ya sea en los profesionales como en el paciente. Como resultado de esto existe la **posibilidad de provocar efectos indeseados por la farmacoterapia**. Por ejemplo, debido a:

1- Prescripción inapropiada

- Régimen inapropiado
- Régimen Innecesario

2- Administración inapropiada

- Dificultad para acceder al fármaco por diversas barreras
- Por error en la dispensación

3- Comportamiento inapropiado del paciente

- Cumple un régimen inadecuado
- No cumple con el régimen adecuado

4- Idiosincracia del paciente

- Respuesta idiosincrásica al fármaco

5- Seguimiento inapropiado

- Fallos en la detección o en la solución de decisiones terapéuticas inapropiadas.
- Fallos en el seguimiento de los efectos del tratamiento en los pacientes.

Las **consecuencias** de estas acciones inapropiadas de los profesionales de la salud y de los pacientes son:

- **Retraso en la recuperación.**
- **Ausencia de efecto.**
- **Agravamiento de la enfermedad.**
- **Necesidad de tratamientos ulteriores más intensivos.**
- **Aumento del número de consultas, hospitalizaciones y estadías más largas.**
- **Aumento del gasto en salud.**

Veamos cuál es el **impacto del uso inadecuado de los medicamentos en la salud y en los costos**. En EEUU, los problemas relacionados con el mal uso de los medicamentos son responsables de:

- 8 al 10% del total de los ingresos hospitalarios.
- 25% de los ingresos hospitalarios de adultos mayores de 65 años.
- 10 al 15% de las consultas de urgencia en los centros urbanos.
- Deterioros significativos en la calidad de vida (por ej.: ancianos & hipnóticos).
- Deterioro o destrucción de órganos específicos.
- 2% de las muertes intrahospitalarias.

Estrategias

Las estrategias para mitigar estos problemas se basan fundamentalmente en la educación y en la adherencia al tratamiento. Por ejemplo:

- Elevar la educación sanitaria de los pacientes mejorando su nivel de comprensión tanto de la enfermedad como del tratamiento y su necesidad.

- Hacer más eficaces los sistemas de transmisión de información utilizando los soportes adecuados, o ubicándola en los puntos del tratamiento donde el paciente se encuentre más dispuesto a recibirla y en mejores condiciones para asimilarla.

- Suprimir las barreras que dificultan el acceso a la medicación y que pueden ser económicas, físicas o de manipulación y mentales (por ej entre los ancianos, confusión, olvido, falta de habilidad física, etc.)

- Estimular la motivación de los pacientes, por ej.: mediante apoyo de la familia.

- Asesoramiento, planificación y seguimiento del tratamiento farmacológico por un profesional sanitario, es decir atención farmacéutica.

Los **pacientes con Hipertensión Arterial** es uno de los grupos que registran **mayor grado de incumplimiento** en el largo plazo, tanto en la toma de medicación como en las modificaciones de estilo de vida y hábitos alimentarios.

Entre las causas se puede mencionar que es una patología crónica que no presenta signos y síntomas claros, hay una conciencia difusa de enfermedad y una escasa mejoría registrada.

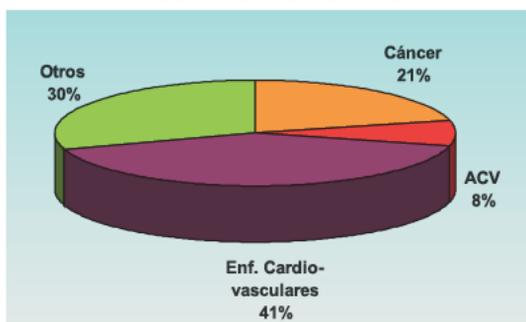
Los estudios basados en la declaración de los pacientes dan como resultado una adhesión media del 55,5% (43 al 71%) y los que se fundamentan en el recuento de comprimidos dan como resultado una adherencia menor, siendo la media del 46,4% (33,8 al 58,1%). El único estudio basado en la determinación de la concentración sanguínea del fármaco da como resultado una adhesión del 69%.

Las causas de incumplimiento registradas en orden de importancia son: desconocimiento, olvido, desmotivación, temor a efectos secundarios, etc.

Entonces, uno de los **desafíos** es **mejorar la adherencia al tratamiento**.

En relación a las **enfermedades crónicas**, qué estamos haciendo hoy los financiadores, obras sociales y empresas de medicina

Tres enfermedades crónicas con enorme impacto sobre la mortalidad



prepaga para mejorar o disminuir esta incidencia. Fijense Uds. en el siguiente gráfico que, aproximadamente, el 50% de las enfermedades crónicas corresponde a las **enfermedades cardiovasculares**.

Deben existir **Programas de Prevención** de estas patologías porque:

- Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de mortalidad y discapacidad en Argentina y en la mayor parte del mundo.

- Es la segunda causa de internación, luego de las cirugías programadas/partos.

- Consume prestaciones de alta complejidad y elevado costo, tales como cardiología intervencionista y cirugía cardiovascular.

Además, fundamentalmente, porque al tener un mismo e identificado sustrato fisiopatológico que es la aterosclerosis, es prevenible, y esto lleva a reducir el riesgo de eventos entre el 30 y 40%, mediante el control sostenido de los factores de riesgo cardiovascular

Cambio de paradigma

Pero hay algo que es clave, ver que discutimos y que deberíamos discutir.

Qué discutimos	Qué debería discutirse
• El costo por día de internación.	• La indicación de estar internado.
• El costo por procedimiento.	• La real indicación del procedimiento.
• El costo del medicamento.	• La prescripción médica correcta y necesaria.
• El costo por acto médico.	• La real indicación del acto médico.

Acceso al Medicamento

La combinación de diversos factores (ingreso per cápita, cantidad de habitantes con acceso a coberturas asistenciales, estructura de financiamiento del medicamento) determina que **Argentina sea el país con mejor accesibilidad al medicamento de la región.**

Pero acá, algo que impacta mucho a los laboratorios y a ustedes farmacéuticos, es la brecha que hay entre el índice del precio al consumidor y los medicamentos. Mientras en estos años, del 2007 a 2011 aumentó el 72% la autorización que la Secretaría de Comercio da a los laboratorios para aumentar sus productos farmacéuticos, la inflación fue del 131% y los salarios aumentaron 133%.

Bueno, ahora vamos a ver qué hace la industria, en particular qué hace CAEMe.

CAEMe

Es la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales que nuclea a laboratorios que hacen investigación. La mayoría de esos laboratorios son multinacionales, de Europa, EE.UU., Méjico, Japón y también algunos laboratorios argentinos, que cumplen con determinados valores, como es la defensa y fomento de los valores de la propiedad intelectual.

Las **empresas asociadas** a CAEMe son **responsables del 85%** de los **ensayos clínicos autorizados** que se **realizan** en la **Argentina.**

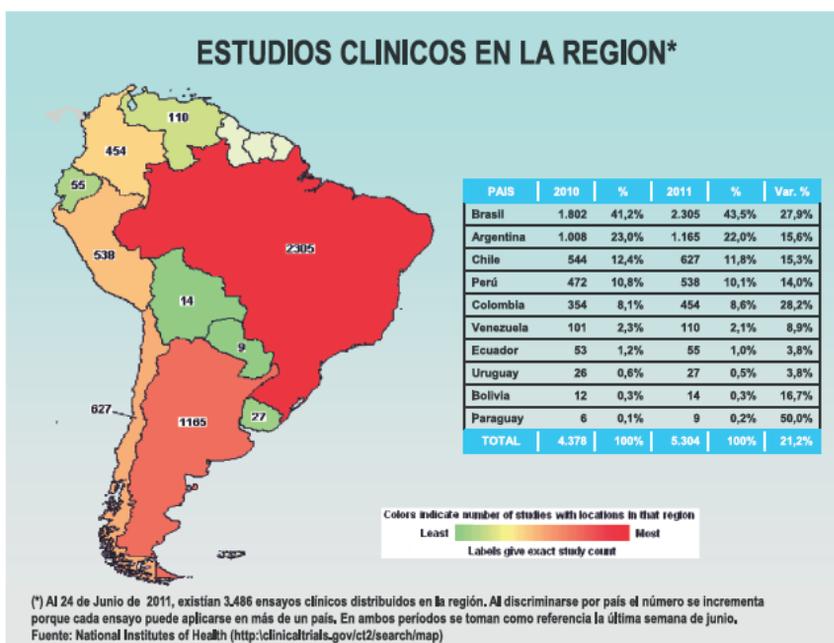
Cuenta con un **Código de Ética** el cual está en línea con los postulados de la Federación Internacional de la Industria del Medicamento y tiene dos premisas, una de ella es que las compañías garantizarán que la realización de estudios y de la entrega de material promocional no constituya un incentivo para la

recomendación, prescripción, compra, administración de especialidades medicinales. La otra, es que la información sobre las especialidades medicinales debe ser exacta y no engañosa, precisa, equilibrada, honesta y objetiva, y ser lo suficientemente completa para permitir al destinatario juzgar por sí mismo el valor terapéutico de la especialidad medicinal.

Colabora en la **Prevención y lucha contra la falsificación de medicamentos** mediante el apoyo al cambio de la legislación penal y al programa de Pesquisa de INAME.

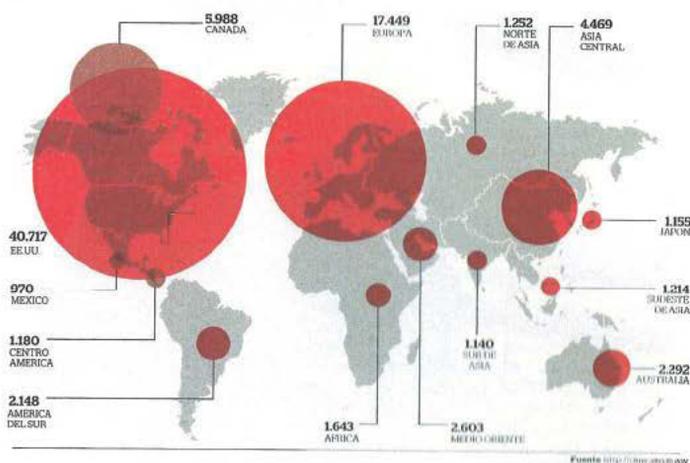
Tiene un Marco Regulatorio con un respeto irrestricto por las leyes y normativas nacionales y realiza aporte a equipos técnicos para la discusión de temas en OMS, OPS, MERCOSUR.

En relación a los **Estudios Clínicos en la Región**, Argentina está en segundo lugar después de Brasil. Si contamos México estaríamos en el tercer lugar, aunque Chile en proporción a la cantidad de población tiene más ensayos que nosotros.



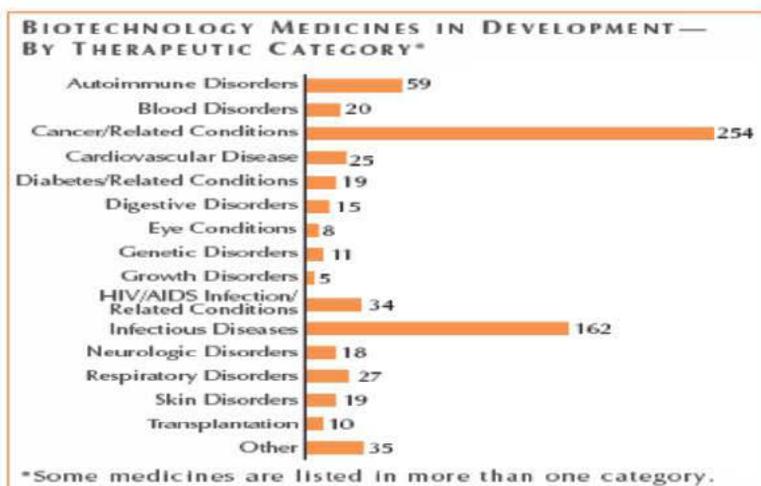
Esta es una publicación del diario Clarín en el año 2009, fíjense que Europa y EEUU tienen el 93% de los ensayos clínicos esto fue una sorpresa porque en realidad, pensábamos otra cosa.

Cifras Ensayos en curso en todo el mundo



Fuente: Revista Viva de Clarín. 2 de agosto 2009

Medicamentos Biotecnológicos Principales Áreas de Desarrollo



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

Las **principales áreas de desarrollo de los Medicamentos Biotecnológicos**, son, principalmente, cáncer y condiciones relacionadas y enfermedades infecciosas.

Estas son las **patologías** para las cuales se están **desarrollando los Productos Biológicos**:

Enfermedades Autoinmunes: Artritis Reumatoidea, Lupus, Esclerosis Múltiple, Eosinofilia, Trombocitopenia, etc.

Cáncer y Enf. Relacionadas: Mama, Páncreas, Pulmón, Colon, Ovario, Próstata, LMA, Linfoma No Hodgkin, LLC, Mieloma, Melanoma, etc.

Enf. Cardiovasculares: Isquemia Miocárdica, Enf. Arterial Periférica, HTA, etc.

Diabetes Tipo I y II

Enfermedades Digestivas: Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn.

Enfermedades Oculares: Uveítis, Maculopatías Degenerativas.

Transplantes: Rechazo de Transplante.

Enfermedades Infecciosas: HIV, Hepatitis B y C, Pneumococo, Meningococo, Herpes.

Enfermedades Neurológicas: Parkinson, Alzheimer, Injuria Medular.

Enfermedades Respiratorias: Asma, EPOC, Fibrosis Pulmonar.

Para finalizar, considero que cada uno tiene que cumplir su responsabilidad, el paciente, el médico, los laboratorios, la farmacia, los clientes corporativos que son los que contratan a una empresa de medicina prepaga y, obviamente, el financiador ya sea una obra social o una empresa de medicina prepaga.

La verdad que a mí no me gustaría que quede en la imagen de todos que una copia de un medicamento es garantía de éxito.

Como dicen los Japoneses se mira, se analiza y se saca una conclusión y sobre esa conclusión se vuelve a analizar, se vuelve a sacar una segunda conclusión y así sucesivamente. Los investigadores toman absolutamente todo el avance tecnológico y científico y en base a eso hacen hipótesis y propuestas y se investiga. Nada más, muchas gracias.

Farm. Miguel Lombardo

*Presidente de la Federación Argentina de Cámaras de Farmacias
(FACAF)*

Verdaderamente si uno no viene con el espíritu de cooperar, es muy difícil sentarse en una mesa como ésta. Ese es, precisamente, el sentido que tiene siempre la labor de FACAF y espero que sea un aporte más a esa cooperación.

Si nosotros habláramos de la cooperación o la competencia en el conjunto de la Salud Pública Argentina tendríamos para hacer un libro por ello vamos a enfocar un poco más la cuestión en la cadena de valor de nuestro quehacer diario, que son los medicamentos.

No voy a hacer muy técnico en algunas apreciaciones pero quiero recordarles, someramente, el papel que debería jugar dentro del marco legal, cada uno de los actores de la cadena. La Industria, elabora, investiga, importa y vende al por mayor, la Droguería compra, fracciona y vende al por mayor, no está habilitada para atender pedidos de recetas y la Farmacia verifica el origen del medicamento, lo conserva y lo expende según una orden médica en la mayoría de los casos.

A todo esto, nuestro país atravesó en años anteriores una degradación de la cadena de valor y sobre todo del medicamento como bien social. Esto trajo aparejado la violación de los roles antes descriptos. La industria, por ejemplo, distrajo sus roles en el mantenimiento del mercado invirtiendo en la comercialización más allá del respeto de la cadena, comenzó a hacer alianzas con obras sociales en el afán de mantener las ventas, compitió en

precios en las licitaciones, operó contratos estableciendo diferentes precios para diferentes momentos y eligiendo precios distinto para los mismos actores. La distribución también se apartó de la logística establecida y comenzó a preparar pedidos, a hacer contrato con obras sociales, a tener Farmacias.

En cuanto a la Farmacia, también tuvimos responsabilidades, en la medida que se conseguía buenos precios trasladábamos el descuento al mostrador, aparecieron las ofertas en un mercado inelástico, entregamos parte de la poca rentabilidad que tiene la Farmacia en todo tipo de búsqueda de la compra por impulso, y todo esto dejó graves consecuencias.

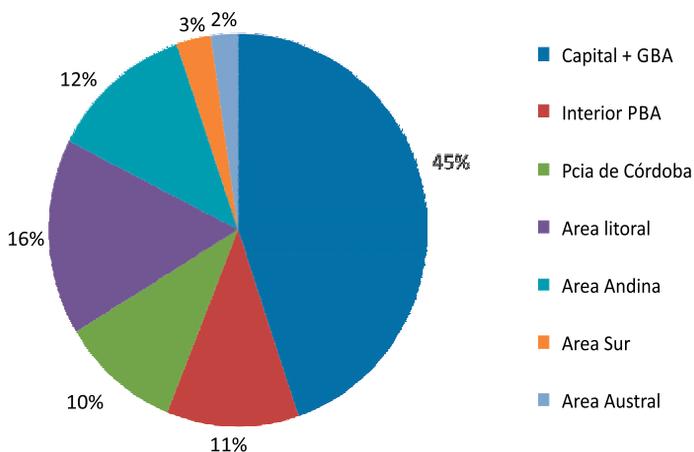
Toda esta degradación se fue empeorando aún más con un Estado que se comportó algunas veces como protector, otras como controlador pero en la mayoría de los casos, lamentablemente, fue un Estado ausente en la realidad de la Salud Pública Nacional.

Eso es, a mí parecer y en principio, el eje donde nosotros debemos actuar para comenzar a elaborar una agenda de trabajo, conjuntamente todas los componentes de la cadena con el objetivo de consolidarla. Por supuesto, que no será nuestra propuesta la que deberemos analizar y reitero, todos deberemos contribuir.

Características de la Red de Farmacias

Si hay algo que distingue a la Farmacia nacional, es su distribución en todo el país. Fíjense en el gráfico, estamos en todos lados y eso es una gran fortaleza que nosotros no hemos sabido usar en el marco de lo que fue esta historia que les contaba antes.

Características de la Red de Farmacias. Distribución geográfica



Fuente: Farm. Lombardo M. 2012.

Considero que aquí es donde podemos empezar a apreciar ciertas cuestiones. La Farmacia constituye el sector más atomizado de la salud pública ya que estamos presentes en todos los pueblos, en todos los barrios, en suma en todo el País. Pero esta característica también constituye una debilidad ya que nuestra posición negociadora por falta de cohesión se ha visto debilitada frente a los actores más grandes y concentrados de la realidad de la salud.

Principales problemáticas de las Farmacias

A continuación, podrán observar una serie de gráficos que fuimos elaborando en un estudio de campo, con la participación de entre 250 y 300 empresarios y farmacéuticos de todo el país.

Consideramos que estos son los cinco principales problemas de la Farmacia: el incremento de los costos operativos y la

rigidez de los precios, las regulaciones del Estado, la complejidad de las tareas administrativas, los actores con posición dominante y por últimos, los descuento o bonificaciones a las obras sociales.

Principales problemáticas de las farmacias. Estudio de campo.



Fuente: Farm. Lombardo M. 2012.

En relación a los actores con posición dominante, observamos que es donde tenemos que trabajar para ver cómo hacemos para ponernos a la par en la mesa de negociaciones. Dentro de estos actores, señalamos tres problemáticas fundamentales, los laboratorios y las droguerías que tienen capacidad para fijar descuentos, los problemas para negociar con las obras sociales y la competencia con las cadenas de Farmacias.

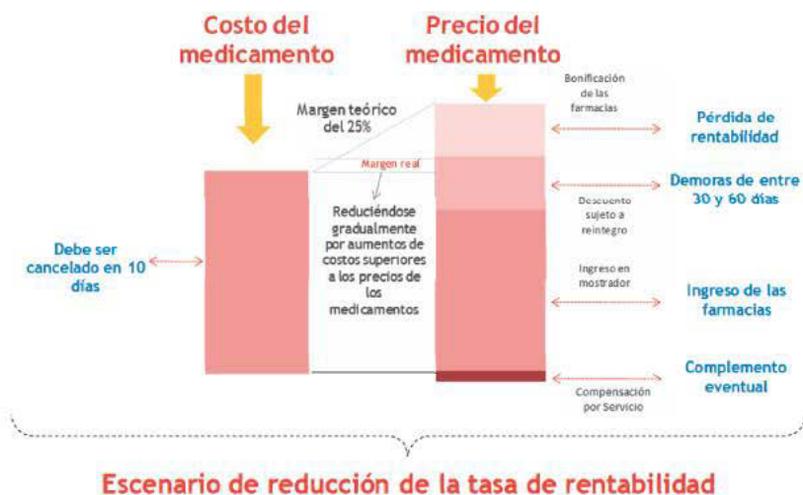
Incidencia de las bonificaciones a las obras sociales y reducción del margen de rentabilidad.

El problema que más se discute es la rentabilidad vinculada al costo del medicamento y al precio del medicamento actual.

Podrán ver Uds. en el gráfico, que el costo del medicamento, como está expresado en la columna de la izquierda, se cancela a unos diez días, aproximadamente, por parte de la Farmacia.

En la columna derecha vemos cómo va aumentando o disminuyendo el precio del medicamento y todas las variables que influyen. Por ejemplo: los ingresos de mostrador más los ingresos de los reintegros de la seguridad social. A esto hay que sumarle, dos cuestiones que afectan a la Farmacia y que son los costos financieros de las demoras de los pagos de las obras sociales y las inmovilidades de los stock.

Incidencia de las bonificaciones a las obras sociales y reducción del margen de rentabilidad. Estudio de campo.



Fuente: Farm. Lombardo M. 2012.

Además, encontramos que el margen teórico de la Farmacia, aproximadamente del 25 %, también se desgasta aún con mayor velocidad por la presencia de la entrega de bonificaciones, el crecimiento del índice de precios al consumidor oficial y el crecimiento del costo del personal de la Farmacia.

Por todo ello, vamos quedando cada vez con menor rentabilidad y creo que es uno de los puntos que tenemos que discutir en algún momento, no solamente entre nosotros sino en el ámbito oficial, que para mantener el servicio de excelencia de la distribución de la Farmacia hoy en el país es necesario que el Estado fije su vista en la Farmacia como centro de salud.

Nosotros creemos que es necesario una compensación por servicio, que deben recibir las Farmacias.

La Seguridad Social, por ejemplo, ha hecho valer su mercado cautivo y su poder de compra, de fijación de precios y de plazos de pagos, y todo esto perjudicó a la cadena. Sobre todo las Prepagas elijen a su prestador, dirigen la venta de crónicos, anticonceptivos, tratamientos especiales, y paradójicamente, la industria y en algunos casos las droguerías, sostienen este tipo de administración. Y pensar que la marca y un vademécum para que el médico elija ha sido uno de los objetivos principales de la industria, pero en esta parte lo han olvidado. Las Prepagas elaboran su propia estrategia de vademécum. Esto no solamente nos perjudica a nosotros sino que también al resto de la cadena. El laboratorio elige el medicamento y otras formas de comercialización por fuera de la droguería, de reposición diaria haciendo llegar a la Farmacia paquetitos que corresponden a tratamientos especiales muy por fuera de la ley. Más aun, también condicionan el precio.

Relevamiento de información sobre las problemáticas. Actores con posición dominante.

Si seguimos analizando algunos otros actores con posición dominante, aquí vamos a ver la diferencia de los descuentos obtenidos de acuerdo al tamaño de la Farmacia, según las respuestas obtenidas en este estudio de campo. Fíjense Uds. que la diferencia entre una Farmacia mediana respecto de una pequeña en la compra es de un 2%, y la diferencia entre una grande respecto de una mediana, de un 3 %.

Con respecto a la **posición de las Farmacias frente a las droguerías y los laboratorios**, la mayoría de los farmacéuticos indicaron que sus farmacias son receptoras de las ofertas de los laboratorios y las droguerías, y que no tienen peso para poder hacer valer su posición. Además, se considera que las droguerías tienen levemente menor poder de mercado respecto a la industria, pero no se advierten diferencias sustanciales.

Relevamiento de información sobre las problemáticas. Actores con posición dominante. Estudio de campo.

Diferencia de los descuentos obtenidos de acuerdo al tamaño de las farmacias:

	Promedio	Max	Min
Farmacia mediana respecto a pequeña	2%	5%	0%
Farmacia grande respecto a mediana	3%	5%	1%

La mayoría de los farmacéuticos indicaron que sus farmacias son receptoras de las ofertas de los laboratorios y las droguerías, y que no tienen peso para poder hacer valer su posición.

Se considera que las droguerías tienen levemente menor poder de mercado respecto a la industria, pero no se advierten diferencias sustanciales.



Fuente: Farm. Lombardo M. 2012.

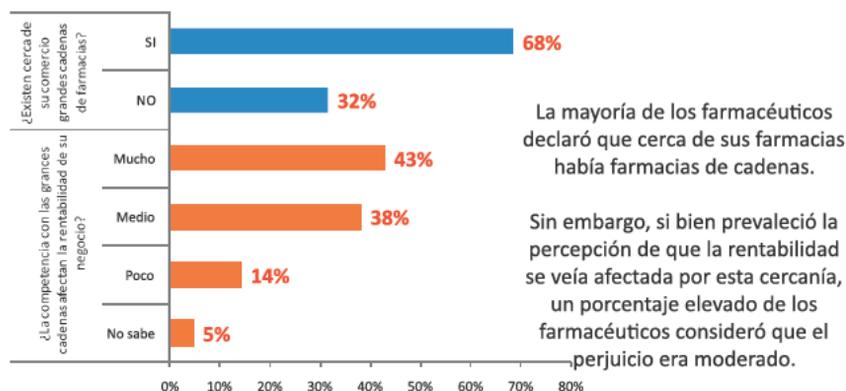
En relación a la **competencia con las grandes Farmacias**, la mayoría de los farmacéuticos respondió que cerca de sus Farmacias había Farmacias de cadenas. Sin embargo, si bien prevaleció la percepción de que la rentabilidad se veía afectada por la cercanía, un elevado porcentaje de los farmacéuticos considero que el perjuicio era moderado.

Entiendo que la respuesta tiene un alto grado de subjetividad en este caso, ya que la Farmacia ve en la industria y la droguería un sector de alta cooperación, y no a quienes , frente a sus propias dificultades, ajustan sobre las debilidades de las Farmacias regulándole el mercado.

Este es un punto que nosotros debemos trabajar para lograr equilibrios diferentes a los actuales en la cadena de comercialización de los medicamentos. Por lo menos que se tenga en claro que lo que vendemos son medicamentos que tienen que ver con la asistencia a pacientes y que cada una de nuestras Farmacias tenga igual posibilidad de acceso al mismo, cualquiera sea el volumen.

Relevamiento de información sobre las problemáticas (caso Salta). Actores con posición dominante. Estudio de campo.

Competencia con las grandes farmacias



La mayoría de los farmacéuticos declaró que cerca de sus farmacias había farmacias de cadenas.

Sin embargo, si bien prevaleció la percepción de que la rentabilidad se veía afectada por esta cercanía, un porcentaje elevado de los farmacéuticos consideró que el perjuicio era moderado.

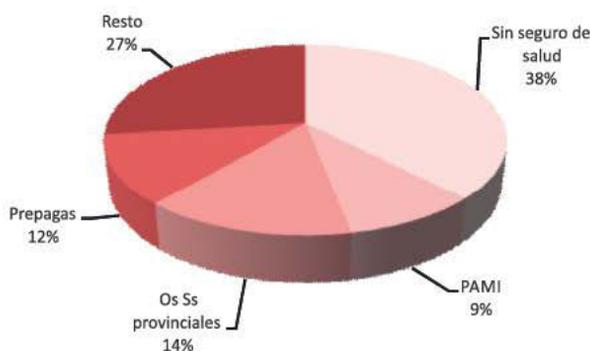
Fuente: Farm. Lombardo M. 2012.

Distribución de las prestaciones Farmacéuticas

Si nosotros observamos cómo se distribuyen las prestaciones farmacéuticas, tenemos el PAMI y el resto de las obras sociales provinciales, con algo de descontento. Las prepagas con una selectividad prestacional diferente para cada uno de los lugares porque no todos las pueden atender. Pero el plan Remediador se lleva 200 millones de pesos y nosotros lo miramos pasar con su ilegalidad de parte del Estado, y ahí vende también la industria.

Para este sector, para los que no tienen seguro de salud, tampoco tenemos proyecto conjunto, no hemos sido capaces de sentarnos a elaborarlo.

Distribución de las prestaciones Farmacéuticas



Fuente: Farm. Lombardo M. 2012.

Estoy convencido que las competencias de las partes de la cadena no son posibles sin debilitarnos entre nosotros mismos, porque todo lo que hagamos sin cooperar va a afectar la importancia del medicamento dentro de la Salud Pública Nacional. No

puede haber cooperación en la cadena tampoco con objetivos hegemónicos de algunas de las partes, la cooperación tiene su origen en el respeto a los roles de cada uno.

Pero no todas son pálidas, tenemos ejemplos a los cuales debemos todavía rendirle un pequeño homenaje. Recuerden Uds. que desde las entidades farmacéuticas surgió la idea del recetario solidario, luego se diluyó su importancia por la pretensión de algunos de imponer un manejo hegemónico.

Lo podríamos haber transformado en nuestra propia propuesta de Obra social y lo perdimos. Las Farmacias ampliamos el mercado con una acción totalmente novedosa para una situación que había dejado sin clientes a las Oficinas de Farmacias.

Precios de los medicamentos y su determinación

Como el medicamento es un bien social importantísimo, es lógico que el precio este controlado en nuestro país. Pero en el modelo actual el Índice de Precios al Consumidor (IPC) Nivel General, como podemos observar en el cuadro abajo a la derecha, va por arriba del IPC de los Productos Medicinales. Cuando la financiación recae sobre la Farmacia, el precio no nos cierra, los aumentos de sueldo por año es del 32%, los alquileres suben, esa diferencia entre el IPC y el precio del medicamento, nos va deteriorando absolutamente la rentabilidad.

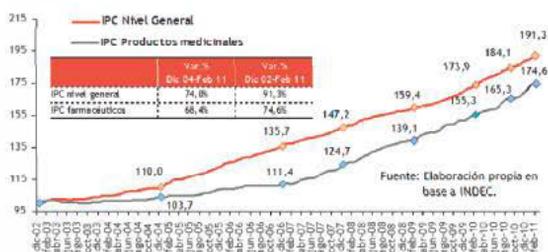
Subsistimos todavía porque hubo un aumento notable en el número de unidades que vendemos, un gran crecimiento desde el año 2003. Pero en la actualidad donde el crecimiento se va a ir atenuando y tal vez se transforme en una meseta, lo más importante que tenemos a mano es ver como accedemos por acuerdos con el Estado, al segmento de la población que todavía no tiene prestación dentro de la Farmacia argentina y esa es una gran tarea que nos toca a nosotros.

Precios de los medicamentos y su determinación. Caracterización del sector.



Evolución de los precios de medicamentos

La evolución de los precios de los medicamentos ha tenido un comportamiento más lento que el IPC oficial, lo que demuestra el atraso en los ingresos de las farmacias respecto a sus costos.



Fuente: Farm. Lombardo M. 2012.

Aquí hay fallas de orden impositivo, respecto del IVA, que entendemos deben ser analizados por el conjunto de la cadena.

Todas estas diferencias que tenemos con respecto a las condiciones de compra, la diferencia que hay entre el precio y los gastos de funcionamiento y como se nos va achicando la Farmacia, colabora con la concentración de las Farmacias en pocas manos.

Por eso, es fundamental que organicemos las cosas de tal manera que sea cual sea el tamaño todas las farmacias pueda acceder en las mismas condiciones al medicamento.

Pero no somos nosotros los únicos que tenemos este problema de la concentración, si observamos el mercado farmacéutico, también lo padecen los laboratorios y las droguerías.

Aportes Impositivos

Con respecto a este tema, les voy a mostrar unos datos de hace 3 o 4 años atrás, de lo que aportamos al Estado.

El total de lo que aporta la industria en cuestiones impositivas es de 1.684,8 millones de pesos y las Farmacias, de 1211,70 millones de pesos.

Estos datos pueden servir para dialogar con el Estado en momentos en que la rentabilidad no es la mejor o que atravesamos por situaciones dificultosas, para que podamos sostener que ya hemos cumplido con las obligaciones.

Aportes Impositivos

Industria Farmacéutica

- ✓ IVA: 879,1
 - ✓ Ganancias: 388,9
 - ✓ Seguridad Social: 131,0
 - ✓ Aranceles a la Importación: 115,0
 - ✓ Impuesto al Cheque: 86,7
 - ✓ Ganancia Mínima Presunta: 45,4
 - ✓ Retenciones a la Exportación: 38,5
 - ✓ Bienes Personales: 0,25
- Total: 1.684,8**

Farmacias

- ✓ IVA: 5.5
 - ✓ Ganancias: 192
 - ✓ Ganancia Mínima Presunta: 12
 - ✓ DGR: 913
 - ✓ Impuesto al Cheque: 87.4
 - ✓ Tasas por servicio: 1.8
- Total: 1.211,70**

Valores expresados en millones de pesos

Fuente: Farm. Lombardo M. 2012.

Agenda de trabajo

Esta es una agenda de trabajo para comenzar a conversar de aquí en más:

- Reconponer la cadena de valor evitando la creación de nichos fuera de las Farmacias, sin alentar nuevos rompimientos.
- Explorar los aportes impositivos para generar beneficios que cubran en parte, toda lo que la cadena entrega a la Salud Pública.
- No abandonar el concepto de compra venta del medicamento en la Farmacia a cambio de un canon fijo (honorarios). Pudiendo en casos críticos establecer un equilibrio razonable.
- Unificar los criterios tecnológicos buscando soluciones que equilibren las cargas administrativas que hoy recaen sobre las Farmacias. Elaborar un modelo de receta única y normas de atención unificadas.
- Revisar los aportes que se realizan a la Seguridad Social.

Muchísimas cosas más podemos agregar acá, pero me quedo con una declaración que leí en la Revista Médicos y que me resulto excelente para terminar esta mesa:

“Por todo lo expuesto, entendemos que apremia encontrar un ámbito donde nos sentemos todos los actores, junto a las autoridades nacionales y provinciales, para plantear nuevas formas de relacionarnos. En este marco tiene que primar el interés colectivo sobre los individuales o sectoriales y evitar así el ajuste automático del mercado, que no reconoce valores ni equidad, y que indefectiblemente lleva a un camino ya conocido por los argentinos, donde la concentración de la dispensación se sume al camino emprendido por la distribución y a la ya concentrada y cada vez más globalizada industria farmacéutica. No

nos cabe ninguna duda, como dirigentes y representantes de las oficinas de farmacias, nuestra obligación es arbitrar todos los medios para ser escuchados, de lo contrario como el título de esta nota lo indica, nuestro futuro y el de la red de dispensación...es incierto."

Declaración del Farm. Manuel R. Agotegaray a la Revista Médicos

Muchas gracias.

Farm. Natalia Rodríguez

Presidenta del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Misiones

Buenas tardes, me resulta inevitable desarrollar esta charla desde la visión de los farmacéuticos.

Para introducirnos en el tema, me surge esta pregunta, ¿qué es competencia?

Bueno, podemos decir que **competencia** es la oposición entre dos o más personas o entidades, que aspiran a obtener la misma cosa. Desde este punto de vista estamos complicados porque competiríamos todas las Farmacias, todo el tiempo y con todo el resto de la cadena.



Y, ¿qué es cooperación?

La **cooperación** consiste en el trabajo en común llevado a cabo por parte de un grupo de personas o entidades hacia un objetivo compartido.

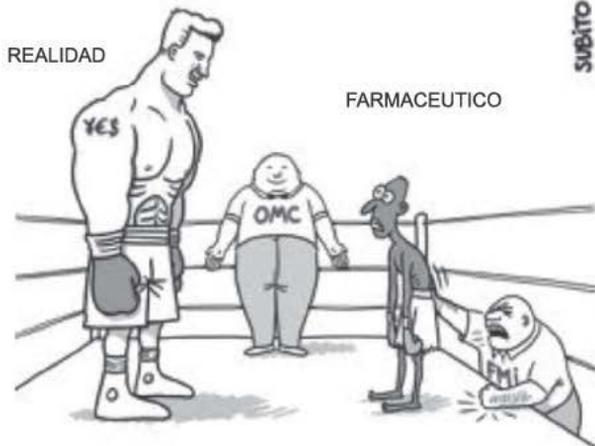
Como éstas hay varias definiciones pero la base, lo que tiene que tener para que realmente sea una cooperación efectiva es compartir objetivos y métodos, acorda-



dos previamente. Es muy importante tener en cuenta que el éxito de un individuo es dependiente y contingente del éxito de los demás.

Podemos decir que la cooperación es la práctica opuesta a la de quienes trabajan por separado o en competencia mutua, y debe estar basada en la confianza.

Muchas veces los farmacéuticos, en las Oficinas de Farmacias nos sentimos así de chiquitito cuando nos enfrentamos a la realidad. Esa realidad que ya estuvo perfectamente planteada



en esta mesa, los altos costos, la regulación del Estado, las cadenas, la comercialización por afuera de la Farmacia. Ante todo esto, realmente nos sentimos muy pequeños, hasta los guantes son más chiquititos.

Esa **realidad**, para nosotros, los farmacéuticos generalmente es muy acotada, es nuestra Farmacia, nada más.

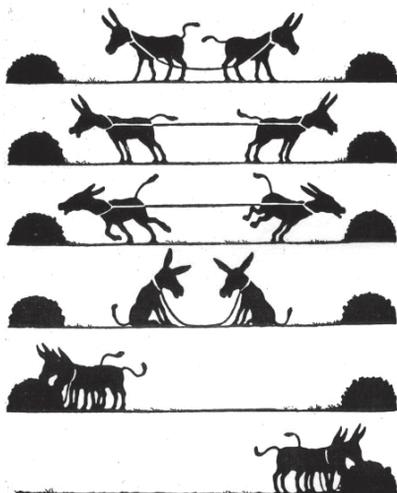
Pero no tenemos que olvidarnos que estamos dentro de una Red de Farmacias, de un mercado y



de otra realidad que está influenciada por múltiples factores. Estos factores que estuvimos analizando en todos estos días como son los sociales, los económicos y demás.

Los farmacéuticos somos agentes de salud y estamos formados para ello. La parte comercial y la realidad que hoy vivimos en la Farmacia nos cuesta bastante porque carecemos del nivel de formación necesario, para colmo, teníamos establecido años atrás que con comprar bien y vender bien era suficiente. Pero si seguimos con ese concepto las Farmacias no vamos a poder subsistir porque estamos pasando por una crisis complicada y si seguimos pensando que comprando y vendiendo bien cada uno nos irá bien a todos creo que nos estamos equivocando.

Entonces, desde nuestro punto de vista, la salida es CO-OPERAR y la pregunta es:



ELLOS

PUEDEN

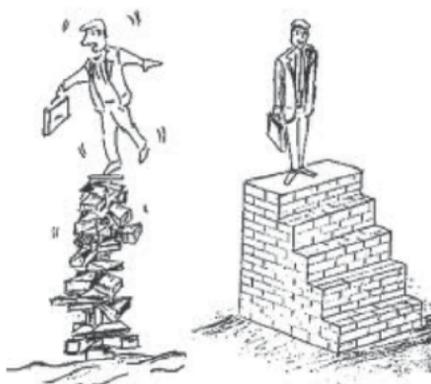
HACERLO

¿NOSOTROS?

Creemos que desde FEFARA lo estamos haciendo. Estamos convencidos que **necesitamos un cambio de paradigma**; de lo que se trata no es de cooperación o competencia, sino más bien, de cooperación y competencia, o sea **que las Farmacias podamos cooperar para conformar una red fuertemente competitiva**.

Ahora, ¿cómo debe ser esa cooperación?

Esa **cooperación debe ser sobre bases firmes y** tiene que cumplir todos los requisitos que estuvimos viendo anteriormente. Debe estar **basada en la confianza** y esa confianza sólo la pueden dar las entidades que nos representan cabalmente.



No sirve de nada que cooperemos con nuestro vecino en tratar de ayudarnos, sino que paso a paso vayamos **formando una Red** que tenga una base sólida a través de las entidades.

Esa **Red** se puede lograr a través de la gestión asociada y de una garantía de servicios con amplia cobertura geográfica.

Contar con esa red nos da fortaleza para negociar contratos y al pertenecer a ella la farmacia automáticamente puede tener acceso inmediato a todos esos convenios. Se trabaja con una administración centralizada.

Además, esa Red debe colaborar en la capacitación para reforzar nuestro rol profesional y desarrollar el marketing global.

La Red actúa como un escudo, brindando protección y contención.

La **Red FEFARA**, nuestra red está muy distribuida geográficamente, eso es, un inmenso valor que debemos conservarlo. La amenaza de las cadenas es importante en este sentido porque la accesibilidad es una de las fortalezas que tenemos como red y en ese sentido debemos ser nosotros responsables de mantener ese pilar, en la cadena de comercialización del medicamento.

Nuestra red es sólida, independiente y también, es profesionalizada porque nos dedicamos intensamente a la capacitación de todos sus integrantes en las distintas provincias.

Además, siempre tenemos presente que estamos al servicio de la población y de la seguridad social.

Las Farmacias están conectadas en red y les ofrecemos igualdad de oportunidades a todas. Son 4.500 las Farmacias que componen la red y 3.500, las que están conectadas informáticamente.

Ayer mencionaban, en una charla, que para tomar la mejor decisión hay que tener la mejor información, eso es algo en lo que trabajamos permanentemente para poder hacer una gestión eficiente de todos los convenios de provisión de medicamentos que atendemos.

Bueno, hasta ahí todo bien, podemos formar una red, tener cobertura geográfica, tener buenas intenciones pero, **¿cómo está el resto de la cadena de comercialización de los medicamentos?**

Constantemente se está planteando todo como una competencia,

Estado	vs	Mercado
Privado	vs	Público
Financiadores	vs	Prestadores
Industria	vs	Farmacéuticos

Nosotros, desde FEFARA, no pensamos que esto debe ser así. Por ello tratamos de cooperar con el resto de la cadena. y mantener relaciones respetuosas con todos sus actores a pesar de que muchas veces tenemos opiniones dispares.

Por ello quiero hacer un repaso de cuál es la función nuestra dentro de este sistema:

- Colaboramos con las Políticas del Estado.
- Interactuamos con otras redes.
- Interactuamos con la Seguridad Social.
- Estamos preparados para acordar las acciones necesarias para desarrollar una POLITICA DE MEDICAMENTOS que nos incluya a todos.
- Generamos espacios de debate de esas Políticas.

Para cerrar les voy a leer un fragmento de Leonardo Boff, de la presentación de "El principio de cooperación: en busca de una nueva racionalidad" de Mauricio Abdalla, que dice:

"O cambiamos o morimos, esa es la alternativa. (...)

En momentos de crisis total necesitamos consultar la fuente originaria de todo, la naturaleza. ¿Qué es lo que ella nos enseña?

Ella nos enseña -(...)- que la ley básica del universo no es la competencia que divide y excluye, sino la cooperación que suma e incluye.

Todas las energías, todos los elementos, todos los seres vivos, desde las bacterias y los virus hasta los seres más complejos, estamos inter-retro-relacionados y, por eso, somos interdependientes.

Una tela de conexiones nos envuelve por todos lados, haciéndonos seres cooperativos y solidarios.

Lo querramos o no esa es la ley del universo.

Aquí se encuentra la salida para un nuevo sueño civilizatorio y para un futuro para nuestras sociedades: haremos de esta ley de la naturaleza, conscientemente, un proyecto personal y colectivo, seremos seres cooperativos. (...)

Urge comenzar con las revoluciones moleculares.

*Comencemos por nosotros mismos, siendo cooperativos,
solidarios, compasivos, simplemente humanos.*

De este modo, definiremos la dirección correcta.

*En ella está la esperanza de vida para nosotros y para la
Tierra.*

Les quiero dejar como mensaje de cierre que nosotros vamos a continuar trabajando con convicción y tras el mismo objetivo: defender la Farmacia argentina. Esto lo seguiremos haciendo desde la Mesa Directiva de FEFARA y desde los Colegios. Estamos renovándonos y vamos a seguir avanzando. Muchas gracias.

Contribución de FEFARA a la Facultad de Farmacia de la UNR



Antes del comienzo de la última mesa de estas 10^o Jornadas, el Presidente de FEFARA, Farm. Manuel Agotegaray, hizo entrega de la colección completa de los libros de las Jornadas al Decano de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional de Rosario, Dr. Esteban Serra.

Ésta es una contribución que FEFARA se ha propuesto realizar a todas las Facultades de Farmacia del país y comenzó en la Prov. de San Luis con una entrega similar al Decano de la Facultad de Farmacia de esta provincia.

Distinción para el Farm. Manuel Pérez Fernández



En el cierre de las Jornadas, FEFARA distinguió al Farm. Manuel Pérez Fernández. En este caso con la entrega de un cuenco de cristal, fabricado en una cristalería de la Provincia de Santa Fe. El mismo tiene grabado "Al farmacéutico y amigo Manuel Pérez Fernández por su compromiso, dedicación y lealtad hacia la profesión farmacéutica. FEFARA. 2012."

Hizo entrega de dicha distinción el Presidente de FEFARA, Farm. Manuel Agotegaray.



MESA N° 9

Calidad y Rentabilidad del Servicio Farmacéutico.

Desafíos de estos tiempos.

*Coordinador: Farm. Manuel Agotegaray
Presidente de la Federación Farmacéutica
FEFARA*

Vamos a dar inicio a la última mesa de estas 10º Jornadas. Me complace presentar al disertante de esta charla, el Farm. Manuel Pérez Fernández, porque en el año 2007 vino por primera vez a estos encuentros y a partir de aquella primera visita hemos entablado una relación muy estrecha y provechosa para nuestras entidades y, además, hoy lo consideramos un amigo de todos nosotros.

El Farm. Manuel Pérez Fernández es Licenciado en Farmacia por la Universidad de Sevilla y Master en Farmacia por la Universidad de Sevilla. Se desempeña como Presidente del Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla, desde el año 2.000, Vicepresidente de la Unión Profesional Sanitaria de Sevilla, Miembro del Comité Ejecutivo del Consejo Andaluz de Colegios de Farmacéuticos, Patrono de la Fundación Farmacéutica

Avenzoar, Consejero del Consejo de Administración de Previsión Sanitaria Nacional y Patrono de la Fundación FEDER (Federación Española de Enfermedades Raras). Es titular de Oficina de Farmacia en Sevilla, Plaza de San Marcos, desde 1.984, continúa en la actualidad. Ha impulsado el movimiento social y la creación de asociaciones de pacientes aquejados de Patologías Raras en España desde 1.997 y organizado diversos Congresos, Simposios y Jornadas sobre Medicamentos Huérfanos y Enfermedades Raras. Ha participado como ponente en numerosos Congresos Nacionales e Internacionales de temática sanitaria. Actualmente, pertenece a la Organización No Gubernamental Farmacéuticos sin Fronteras y a la Asociación Nacional de Farmacéuticos de las Artes y las Letras. Entre otros premio, se le ha otorgado la Medalla de la Facultad de Farmacia de Sevilla, en el año 2009 y el Premio "Embajador Español de las Enfermedades Raras" de la Federación Española de Enfermedades Raras, en el año 2010.

Él va a abordar la realidad actual de la Farmacia en España y los puntos de coincidencia que ella podría tener con lo que ocurre en la farmacia argentina. Los dejo para que disfruten de su exposición.

Farm. Manuel Pérez Fernández

*Presidente del Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos
de Sevilla (España)*

Bueno, pues muchas gracias por la invitación, además, por permitirme de nuevo volver a verlos a todos y por este magnífico regalo.

Yo pensaba dejar las lágrimas para el final pero no sé si voy a llegar porque el cariño y la alegría que me han dado al volver a verlos después de 2 años han sido tremendos. Tengo que decirles que me siento como en casa, las barreras del idioma y de la cultura no existen, lo único que hay es un poco de agua entre España y Argentina. España siempre recordara que la Argentina la ha ayudado en los momentos más tristes y en los momentos más dolorosos de su historia, y para nosotros siempre quedara en el corazón. De todas formas como he venido a hablar de farmacia, con su permiso voy a empezar.

Me han invitado ustedes a hablar de calidad y rentabilidad de servicios farmacéuticos, desafío de estos tiempos, la verdad que estamos viviendo unos tiempos un poco atareados en el mundo, en Europa y en España, fundamentalmente.

Quiero empezar diciendo que es una perogrullada, como se suele decir en España, pero el farmacéutico es un sanitario que pretende vivir dignamente ejerciendo una profesión que eligió vocacionalmente. Eso significa en España que tiene que cumplir una serie de requisitos que están recogidos en la Ley 16/97.

**Definición y Funciones de la Oficinas de Farmacia.
Ley 16/97. España**

- Adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios.
- La vigilancia, control y custodia de las recetas médicas dispensadas.
- La garantía de la atención farmacéutica en su zona farmacéutica.
- La elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales según los procedimientos y controles establecidos.
- La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes.
- La colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar reacciones adversas y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia.
- La colaboración con las Administraciones Sanitarias para garantizar la calidad de la Asistencia Farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.
- La colaboración con las Administraciones Sanitarias en la formación e información sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- La actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud.
- La colaboración en la docencia para la obtención del título de Licenciado en Farmacia.

Me pregunto:

- ¿Cuánto le cuestan al farmacéutico esos servicios que debe prestar obligatoriamente?

- ¿Cuánto debe ganar un farmacéutico para poder prestar esos servicios con garantía?
- ¿Cuánto debe facturar una farmacia para ser rentable desde el punto de vista profesional?

Les voy a mostrar algunos datos:

MARGEN TEÓRICO DE LA FARMACIA ESPAÑOLA = 27,9% del PRECIO DE VENTA (Fijado por el gobierno nacional)

ES OBLIGATORIO DESCONTAR AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

- 7,5% ó 15% del PVP si el medicamento no tiene genérico.
- Hasta el 15% adicional si la Farmacia supera la media de facturación nacional.
- Hasta el 20% en los Absorbentes de Incontinencia Urinaria (pañales).
- Más del 30% en tiras de determinación de glucosa en sangre.

MARGEN FIJO para los productos de más de 91,63 EUROS (550 pesos).

EL "DECRETO DEL PRECIO MÁS BAJO" provoca bajadas de precio mensuales.

Los honorarios que se perciben en la farmacia española por elaboración de fórmula magistral no por el margen comercial vinculado al precio del medicamento, son los que Uds. pueden observar:

**HONORARIOS DE LA FORMULACIÓN MAGISTRAL
(FACTOR "P" = 1,925711 euros <12 pesos)**

Cápsulas, comprimidos	23 euros	138 pesos
Soluciones, enemas	14 euros	84 pesos
Soluciones estériles	16 euros	96 pesos
Polvos compuestos	4 euros	24 pesos
Supositorios, óvulos	10 euros	60 pesos
Inyectables	18 euros	108 pesos
Grageas	28 euros	168 pesos
Pomadas, cremas, ungüentos	10 euros	60 pesos

Si me permiten una comparación, que no se debe hacer porque nosotros somos profesionales sanitarios, les muestro algunos ejemplos:

¿PERMITEN UNA COMPARACIÓN?

COSTE HORA FONTANERO 25-30 € (150-180 pesos)



ELECTRICISTA 30-35 € (180-210 pesos)

TALLER MECÁNICO 50-70 € (300-420 pesos)



(Se factura una hora de trabajo como mínimo, y el desplazamiento)

La comparación profesional no es posible porque el Farmacéutico es un sanitario que tiene la obligación de prestar el servicio

Evidentemente, cuando comparamos lo que he mencionado antes con la formación maestra tengo que firmar rotundamente que nuestro trabajo no está suficientemente valorado, ni pagado.

Las **primeras conclusiones** a las que llego en este momento son:

1. Es necesario analizar el coste de los servicios que presta la Farmacia.
2. Las medidas de control del gasto sanitario han disminuido tanto la rentabilidad de la Farmacia, que es casi imposible mantener los servicios vinculados exclusivamente al margen comercial del medicamento.
3. Es imprescindible analizar la remuneración de cualquier nuevo servicio que se pretenda prestar desde la Farmacia.

Y esto no lo menciono ahora por que estemos en crisis, llevamos tiempo diciéndolo en España porque como veremos luego las medidas que la administración está introduciendo vienen desde lejos.

El **PRIMER DESAFÍO** que tenemos es **conseguir una remuneración justa y adecuada del servicio farmacéutico que se presta a la población y al servicio sanitario**. Si no lo hacemos se va a deteriorar irreversiblemente la calidad de la asistencia, perjudicando al ciudadano.

Entre el año 1982 al 1986 se produjo en España una descentralización territorial y administrativa. Eso ha complicado muchísimo el sistema administrativo en España y tienen un elevadísimo costo de mantenimiento.

División territorial y administrativa de España

17 COMUNIDADES AUTÓNOMAS

17 PARLAMENTOS, 17 GOBIERNOS REGIONALES, 17 DEFENSORES DEL PUEBLO, 17 DELEGADOS DEL GOBIERNO CENTRAL Y OTRAS 17 DE LOS GOBIERNOS AUTONÓMICOS, 17 JEFES POLICÍA, ...

52 PROVINCIAS

COMPLICADO SISTEMA ADMINISTRATIVO, CON UN ELEVADÍSIMO COSTE DE MANTENIMIENTO



Un ejemplo que he traído, como pueden Uds. observar, es el aumento del número de empleados públicos en España desde el año 1977 al año 2011.

DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE EFECTIVOS POR ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

CC.AA / PROVINCIAS	ADMÓN. PÚBLICA ESTATAL	ADMÓN. CC.AA	ADMÓN. LOCAL (Ayuntamientos y Diputaciones/Cabildos/Consejos Insulares)	UNIVERSIDADES	TOTAL
Andalucía	88.122	254.094	128.444	19.911	489.671
Almería	8.699	20.004	8.450	1.252	36.405
Cádiz	22.932	36.093	16.106	2.075	76.206
Córdoba	8.558	25.842	10.989	1.945	47.134
Granada	9.765	30.525	14.948	4.297	59.536
Huelva	3.872	17.353	11.081	1.230	33.556
Jaén	4.207	22.377	10.692	1.427	38.703
Málaga	11.057	40.576	22.135	1.281	75.049
Sevilla	21.031	62.494	31.043	5.504	120.072
Aragón	24.271	40.531	18.132	4.934	86.968
Huesca	3.827	7.533	4.095	354	15.809
Teruel	1.049	6.043	2.728	155	10.575
Zaragoza	18.995	26.955	11.309	3.525	60.784
C. F. Navarra	4.618	21.586	4.092	1.191	31.388
C. F. Madrid	164.557	700.000	58.936	5.037	1.151.158
C. Valenciano	34.978	3.500.000	7.095	445	223.713
Alicante	6.475	276.524	1.000	100	284.099
Castellón	16.240	1.000	1.000	1.000	20.240
Valencia	22.097	65.578	29.142	4.218	121.033
Canarias	24.912	56.547	41.613	3.446	125.618
Las Palmas	14.098	31.459	19.051	2.205	66.813
S. C. Tenerife	9.914	25.088	22.562	1.241	58.805
Cantabria	6.106	18.176	5.705	1.782	32.769

Fuente: Farm. Manuel Pérez Fernández. 2012.

Sanitariamente estamos organizados igual que políticamente 17 comunidades autónomas, etc., pero hay un solo Sistema Nacional de Salud que en realidad son 17 Sistemas Regionales de Salud distintos, prácticamente tienen las mismas prestaciones pero el gran inconveniente que presenta es que hay leyes duplicadas Nacionales y Regionales. Esto complica muchísimo el sistema sanitario a pesar de contar con un solo Sistema de Salud y sobre todo ese tipo de medidas están empobreciendo económica y profesionalmente a la farmacia.

Regulación española

- La primera ordenación sanitaria española data del año 1944 ("Ley de Bases de la Sanidad Nacional"). Se crea el **SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD y el INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN**.
- La **apertura de Farmacias** está **regulada** en **función del N° de habitantes y de las distancias** desde entonces, y el **precio de los medicamentos** es **fijado por el Gobierno Nacional**.
- Desde el año 1973 ("Ley General de la Sanidad y la Seguridad Social"): **La concertación de la prestación farmacéutica es única en España**. A partir del año 1982 y paulatinamente se fueron descentralizando y cada región realiza su propio concierto de prestaciones.
- Los Colegios de Farmacéuticos ponen en marcha un **sistema de facturación**, único en Europa y exclusivo en España para el sector farmacéutico, que permite un conocimiento preciso del gasto en medicamentos a través de las Farmacias y de su evolución: **TRANSPARENCIA TOTAL. (Sólo para Farmacia, no existe el mismo control ni transparencia para el gasto sanitario total)**.

A partir del año 2012:

- Los precios de los medicamentos los sigue fijando el Gobierno Nacional.
- La **concertación es única pero regional (descentralizada)**.
- La receta electrónica permite conocer instantáneamente el dato de facturación global e individualizado del gasto farmacéutico (**pero seguimos sin conocer el gasto sanitario total**).

Lo único que seguimos conociendo desde el año 1973 hasta ahora es el gasto a través de farmacia, no conocemos ningún otro gasto nacional, eso quiere decir que cada vez que se quiera realizar un tipo de medida se analiza el gasto en farmacia, se dice es elevado recortamos, y como vemos luego no se recorta absolutamente nada en el resto de gastos estatales. El análisis de la situación no es completo ni fiable, por lo tanto el diagnóstico no es certero, luego el tratamiento, la solución a los incrementos del gasto, será ineficaz.

Tenemos un ejemplo, según datos del Consejo General de Enfermería de España

- **Gasto Sanitario Español = 6,25% PBI**
- **Madrid gasta el 67% del presupuesto regional en Sanidad, de estos el 58 % en: Salarios (43%), Farmacia (15%): 10,05% del presupuesto total. El 42 % en Gestión Sanitaria.**

Podemos preguntarnos si se gasta un 42% en gestión sanitaria es si se está haciendo una buena gestión o no. La gestión sanitaria no es en absoluto buena ni correcta y se puede ahorrar mucho en esta cuestión, pero se sigue recortando en farmacia y, últimamente, también en salario del personal.

Por tanto se parte de premisa errónea porque si le preguntamos a algún político español o gobernante español por qué se toman medida con todas las farmacias, dicen que el gasto farmacéutico español es muy alto y hay que disminuirlo. Eso a pesar de que le estamos demostrando con sus propios datos, porque estos son datos del Ministerio de Sanidad, que en el periodo enero-julio 2012 el gasto ha bajado en un 7,19 %.

EL GASTO, CUESTA ABAJO

Evolución del gasto en fármacos. Acumulado enero-julio 2012 (%)

Comunidad	Gasto farmacéutico	Recetas	Gasto medio por receta
Andalucía	-5,12	-0,47	-4,68
Aragón	-6,14	1,25	-7,30
Asturias	-9,60	0,74	-10,26
Baleares	-6,18	1,39	-7,47
Cantabria	-2,67	-0,76	-1,92
Castilla-La Mancha	-4,06	1,28	-5,27
Castilla y León	-9,73	-0,62	-9,17
Cataluña	-8,08	0,39	-8,44
Canarias	-11,09	-0,83	-10,34
Extremadura	-5,78	2,31	-7,90
Galicia	-4,82	2,08	-6,76
Madrid	-6,44	0,67	-7,06
Murcia	-8,80	0,95	-9,67
Navarra	-7,59	1,49	-8,95
C. Valenciana	-9,67	-3,27	-6,62
País Vasco	-6,79	0,08	-6,71
La Rioja	-6,95	1,62	-10,80
Ceuta	-2,77	0,26	-3,02
Melilla	-2,48	-0,48	-2,09
Nacional	-7,19	-0,01	-7,13

Fuente: Ministerio de Sanidad.

Este dato, además, es erróneo porque de enero a junio estaba prácticamente en un menos 1% y en julio ha tenido una

caída muy grande con el tema del copago y el gasto se ha recortado en ese mes entre 20-30%. El 7,19 % es la media del año.

A pesar de demostrarles, también al Estado, con sus propios datos, es decir datos del Instituto Nacional de Estadísticas que en España, en el periodo 2000-2011 se ha pasado de 40.800.000 habitantes (año 2000) a 47.200.000 habitantes (año 2011) por la inmigración.

Claro ellos pretenden con los mismos presupuestos atender casi a seis millones y medio de personas más y eso es imposible. Y a pesar de la incongruencia de las medidas.

Una región española, Cataluña, ha abierto decenas de "embajadas" en el extranjero y ha instaurado el pago de un euro por receta (6 pesos) para "reducir los gastos de Farmacia".



Cuando se analiza macro y micro económicamente esos números resulta que todas las embajadas que ha abierto Cataluña en todos los países del mundo representan exactamente lo que van a recaudar por el euro por receta. O sea, le han suplementado los impuestos a los catalanes, en este caso porque el gasto sanitario decían que era muy alto, y esa misma cantidad será gastado en las embajadas, esto no tiene a mi modo de ver ningún tipo de comentario.

Se sigue insistiendo en lo mismo de siempre, el gasto farmacéutico español es muy elevado, es de los más altos en Euro-

pa y que es necesario tomar medidas para controlarlo. Por ello, se han hecho muchos estudios en fármaco-economía, la mayoría vinculado al gasto sanitario en medicamentos y lo que no han estado relacionados al gasto sanitario en medicamentos, no han sido considerados nunca.

Con lo cual el **SEGUNDO DESAFÍO** que tenemos es **demostrar que el servicio farmacéutico no es caro y que el farmacéutico es imprescindible para garantizar el éxito de la farmacología.**

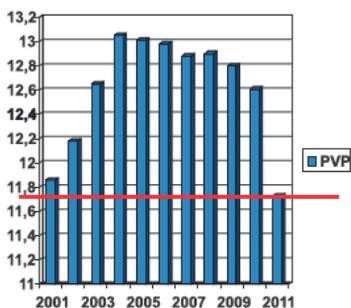
Precio de los medicamentos en España

Como Uds. saben perfectamente, el gasto es el precio medio por el número de recetas. Si se quiere actuar sobre el gasto se baja el precio, se baja el número de recetas o se bajan las dos cosas.

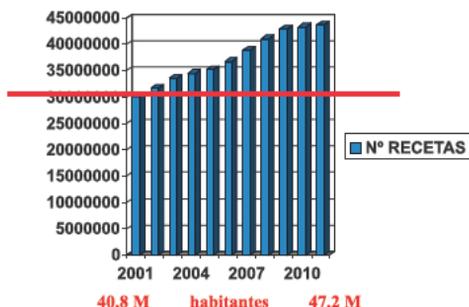
El precio medio de la receta en España tuvo un pico en el año 2004 y se puso en torno de los 13 euros. Con las medidas que se fueron tomando estamos en el 2011 por debajo del 2001. Cuando se analiza el número de receta, ha habido un crecimiento

**COMPONENTES DEL
GASTO EN MEDICAMENTOS (Sevilla y Prov.)**
(GASTO = PVP MEDIO x N° de RECETAS)

• PRECIO MEDIO



• NÚMERO DE RECETAS



de un 50% con respecto del 2001 al 2010, entre otras cosas por el envejecimiento de la población y por el aumento del número de habitantes que ha llevado a que se siga pensando que el gasto sanitario en España es muy elevado.

Cuando se compara el gasto sanitario español en términos de Producto Bruto Interno (PBI), en España es el 6,25%, sigue estando entre los más contenidos de Europa Occidental.

GASTO EN SANIDAD PÚBLICA (% del PBI)

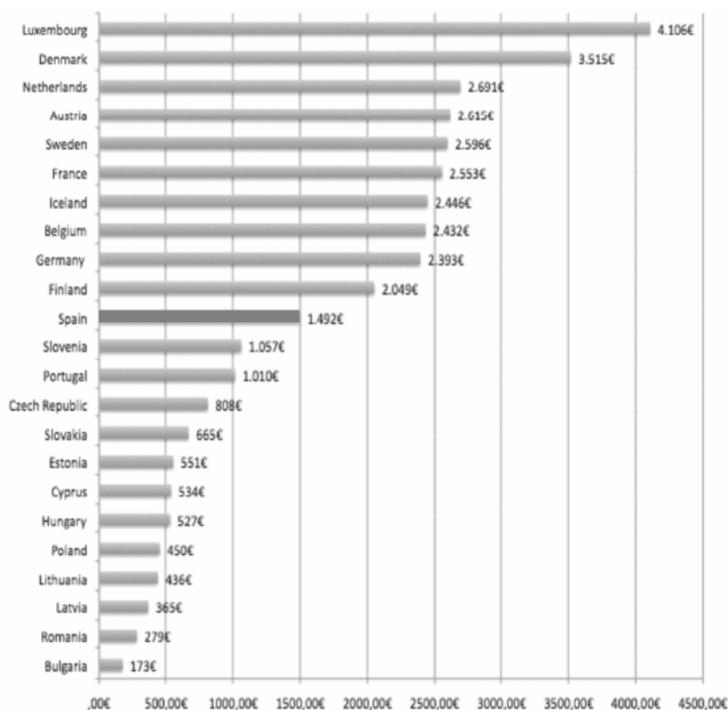


Fuente: EUROSTAT

Si analizamos el gasto en sanidad pública en España en relación a habitante/año, podemos observar que en España se gastan 1492 euros en sanidad por persona y año. La sanidad

pública española es de las más baratas de la Europa Occidental, hay países que están por encima de la línea roja que pertenece a España en donde el gasto es bastante más elevado.

GASTO EN SANIDAD PÚBLICA (Habitante/año)



Fuente: EUROSTAT

No obstante el mercado, con estas medidas que se están aplicando, podría bajar a 2013 a niveles del año 2002. Esto es una media que han realizado El global en España, y tiene errores porque cuando además hemos analizado nosotros esos mismos datos nos vamos a niveles del año 1999. Afortunadamente en España la inflación no está a los niveles en los que he oído por aquí pero claro es una caída importantísima en la rentabilidad de la farmacia.

**TENDENCIA:
DISMINUCIÓN DE
LA FACTURACIÓN**

“Mismas prestaciones
por menor costo, o más
ciudadanos al mismo
costo”



Qué factores van a incidir en la disminución de esa facturación de esos estudios que han realizado, en primer lugar la **instalación del copago en España** y en segundo lugar la **disminución del precio de los medicamentos**.

En España la **instalación de copago** ha tenido un efecto netamente disuasorio, lo que se quiere es que el paciente no concurra al médico, y si va al médico que no le prescriba el medicamento, si se lo prescribe que no lo retire de la farmacia porque tiene que pagar. Lo único que le falta decirnos es que rompamos la receta una vez que la hemos dispensado y no la facturemos, cosa que no vamos a hacer evidentemente.

Hasta junio del año 2012:

Un ciudadano español acudía al médico sin pagar nada. Con la prescripción iba a la Farmacia y retiraba su medicación:

- a) Si era pensionista no pagaba nada.
- b) Si era activo abonaba el 40% del precio del medicamento.

La **aportación total del ciudadano era del 5,1%** (El Estado abonaba el **94,9%** restante).

Desde julio del año 2012:

Un ciudadano acude al médico sin pagar nada. Con la prescripción va a la Farmacia y retira su medicación abonando:

- a) Si es pensionista, el 10% del precio (hasta un máximo de 8 euros, 18 euros ó 60 euros, según su renta).
- b) Si es activo, abona el 50% del precio del medicamento.

La **aportación total del ciudadano es del 11%** (El Estado abona el **89%**).

Cuando hablamos de **disminución del precio de los medicamentos**, ayer oí aquí una reflexión que me gustó bastante y he modificado la diapositiva que tenía preparada porque se mencionó el precio justo, y me pregunto cuánto tiene que costar entonces un medicamento, cuál debe ser ese precio justo. Y se dijo aquí en esta misma sala que un **medicamento debe tener un precio razonable y acorde con los gastos de producción, distribución y asesoramiento sanitario que realiza el farmacéutico**.

Si yo les dijera que en España hay muchos medicamentos que cuestan menos que un kilo de azúcar, una cerveza o un paquete de chicles.

• Paracetamol 500 mg/20comp (4,00 pesos)	0,67 €	 <ul style="list-style-type: none">• Estamos aliviando 20 dolores de cabeza por 0,0335 €/cada uno (0,20 pesos)• Estamos controlando la hipertensión arterial por 0,05 €/día (0,34 pesos), igual que la hipercolesterolemia (0,05 €/día)• Evitamos las molestias gástricas por sólo 0,08 €/día (0,50 pesos)
• Ibuprofeno 400 mg/60 comp (12 pesos)	2,06 €	
• Sinvastatina 20 mg/28comp (9,5 pesos)	1,58 €	
• Enalapril 20 mg/28 comp (9,60 pesos)	1,61 €	
• Omeprazol 20 mg/28 comp (14,5 pesos)	2,42 €	

¿ES CARO? ¿ES JUSTO?

Pero les mencioné antes el Real Decreto-ley (RDL) de "Precios más bajos", esto significa lo siguiente: cada mes, del día

uno al día cinco los laboratorios pueden fijar un nuevo precio de los medicamentos evidentemente más bajo. Del día seis al día ocho el Ministerio abre la puerta para que cualquier otro laboratorio pueda igualar ese precio, que es el valor que nos pagaran a los farmacéuticos, el medicamento durante el siguiente mes. Hasta ahí parece que los laboratorios, guardamos todos un poco la forma y no ocurre nada. Pero en España se ha instalado, recientemente, una multinacional de origen indio que se llama Aurobindo y que ha disminuido el 35% del precio de amlodipino, en un periodo de mayo a junio. Si Uds. observan en el cuadro, la bajada de los precios es auténticamente escandalosa, porque lo que se está intentando es una posición dominante de mercado. Lo que ocurre es que está poniendo en serios apuros a la industria farmacéutica Nacional de genéricos ahora, y la innovadora a medio plazo.

EL GLOBAL, 10 al 16 de septiembre de 2012 Industrial 37

Aurobindo depreciará ocho de sus moléculas en octubre

La multinacional india asegura que aún tiene margen de maniobra en sus precios
 ■ Amlodipino ha perdido el 35% de su valor de mayo en cuatro bajadas consecutivas

BUZUAGUE Madrid

Tras un primer periodo en el que compañías como Aurobindo se ajustaban a los precios más bajos marcados por otras, en una actitud de vigilancia la compañía india ha decidido pasar a la acción y fijar el precio más bajo de algunas agrupaciones homogéneas para "lograr cuota de mercado". De

La compañía de origen indio asegura que aún tiene margen de maniobra para seguir bajando los precios, por lo que actuará en octubre, según los que permite el RDL 16/2012 del mismo modo que en septiembre. "Nuestros otros preparados hasta un punto de inflación situado en torno al 40 por ciento del precio originario", dijo Díaz.

Este porcentaje está cerca ya en algunas moléculas como amlodipino DCI, del que Aurobindo ha marcado el precio más bajo para el mes de octubre en la presentación de 5 mg. Desde mayo pasado hasta hoy, el PVL de la agrupación se ha devaluado con bajadas cada mes, desde 1,36 a 0,89 euros, es decir, ha perdido el 35 por ciento de su precio en sólo cuatro meses.

Precios más bajos de septiembre (datos en PVL)
 Bajadas del precio más bajo solicitadas en septiembre

Código	Nombre agrupación homogénea	Compañía que marca el PVL	PVL anterior	PVL actual	%
1394	Supof 10, 50mg 20 var ca	David Pharma	2,78	2,34	-15,84
1354	Supof 10, 50mg 20 var ca	David Pharma	1,59	1,41	-11,32
1023	Lansoprazol 30mg 10c	Aurobindo	16,91	14,79	-12,51
1024	Lansoprazol 30mg 10c	Aurobindo	16,11	14,14	-12,23
1249	Haloperidol 5mg 30c	Aurobindo	11,08	9,76	-11,91
1080	Salvazolam 5mg 30c	Aurobindo	1,77	1,57	-11,29
1097	Amlodipino 5mg 30c	Aurobindo	1,36	0,89	-33,82
1099	Mefenorex 50mg 10c	Aurobindo	1,24	1,08	-12,14

Evolución del precio de Amlodipino 5mg 30c

Mes	Precio (PVL)
Mayo	1,36
Junio	1,32
Julio	1,1
Agosto	0,93
Septiembre	0,89

EL GLOBAL

El **TERCER DESAFÍO** por tanto es **demostrar que la actuación profesional del farmacéutico produce importantes ahorros al sistema y que la "inversión" en medicamentos disminuye el gasto sanitario total.**

Para eso creamos en Sevilla lo que hemos denominado Cátedra Avenzoar. Avenzoar era un médico árabe que estuvo instalado en Sevilla por el año mil, siglo XI. Este médico realizó, según estudios históricos, una labor muy importante y el Colegio de Farmacéuticos de Sevilla en el año 1977 creó una fundación que le puso Fundación Farmacéutica Avenzoar.

Hemos firmado recientemente un convenio, la Fundación Farmacéutica Avenzoar del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla con la Facultad de Farmacia de Sevilla con la intención de que esa cátedra Avenzoar haga estos estudios precisamente para demostrarle a la administración que es lo que está pasando.

En España se viven tomando medidas desde hace muchísimo tiempo y lo he resumido en tres apartados, el primero es porque el gasto crecía a una media de casi el 10% anual cuando la inflación en España estaba al entre el 2 y 3 %. Después, tomaron otras medidas que fue retirar los oncológicos, los medicamentos para la fertilidad y otros de la farmacia con la excusa de que necesitaban mejores controles y era falso, lo retiraron para retrasar el pago a la industria ya que, en España, la industria está cobrando de la administración a una media de 600 días.

También, introdujeron medidas posteriores todo esto antes de la crisis porque el gasto crecía no ya dos dígitos por encima del 10% sino por encima del IPC.

Esto supuso un control bastante exhaustivo del gasto que se producía en farmacia.

MEDIDAS QUE TOMARON CONTRA LA FARMACIA ANTES DE LA CRISIS

- Recorte de márgenes de las OF
- Aportación de las Farmacias en función de su facturación
- Margen fijo para medicamentos de “elevado” precio

**PORQUE EL GASTO CRECÍA
A UNA MEDIA DE CASI EL 10% ANUAL**

- Paso de oncológicos, medicamentos para la fertilidad y otros de las Farmacias a los hospitales

**PARA RETRASAR
EL PAGO A LA INDUSTRIA**

- Precios de Referencia
- Bajadas de precios de los medicamentos
- Descuentos en medicamentos no sujetos a patente
- Exclusión de medicamentos de la prestación farmacéutica
- Disminución del margen de los genéricos
- No recetan efectos y accesorios
- Salida de Absorbentes de Incontinencia urinaria de las Farmacias o aplicación de descuentos abusivos
- Idem de las tiras de determinación de glucosa

**PORQUE EL GASTO CRECÍA
POR ENCIMA DEL I.P.C.**

Claro, cuando llega la crisis, nos encontramos con que la economía de las empresas baja, como la de los hogares. Además, disminuyen los ingresos y beneficios de las farmacias, los ingresos de la hacienda pública, la calidad de los servicios públicos y la calidad de la asistencia sanitaria, evidentemente.



Tras la crisis han tomado nuevas medidas que son las que están en rojo, o sea, han excluido medicamentos de la prestación farmacéutica con la excusa de que nos son significativamente importantes para el paciente, se han inventado una especie de subasta de medicamentos que está recurrida en el tribunal constitucional. Además, han aplicado el RDL de "Precios más bajos", después de la crisis y han introducido el copago y todo eso ha sido innecesariamente porque el aumento del gasto estaba controlado, lo que no estaba controlado era el aumento del gasto en gestión y el aumento del resto del gasto público español.

El problema de la **crisis ha ocasionado gravísimas consecuencias**, entre ellas recortes, impagos de facturas a las farmacias. Todo esto provoca un empobrecimiento económico y profesional sin precedentes, o sea, una merma descomunal de la calidad de la prestación sanitaria a través de la farmacia.

Además, puso de manifiesto dos cosas que en España eran impensables, una de ellas es que los medicamentos se están encargando, o sea va alguien a la farmacia que necesita un medicamento de un precio un poco alto y le dicen, venga usted esta tarde o mañana porque no lo tienen en existencia. La otra es que la Atención Farmacéutica (Ph. Care), tan de moda al final del siglo XX, principio del XXI, pues en España están en franco retroceso.

NUEVAS MEDIDAS QUE SE HAN TOMADO CONTRA LA FARMACIA TRAS LA CRISIS

- Recorte de márgenes de las OF
- Aportación de las Farmacias en función de su facturación
- Margen fijo para medicamentos de “elevado” precio
- Precios de Referencia
- Bajadas de precios de los medicamentos
- Descuentos en medicamentos no sujetos a patente
- Exclusión de medicamentos de la prestación farmacéutica
- Disminución del margen de los genéricos
- Paso de oncológicos , medicamentos para la fertilidad y otros de las Farmacias a los hospitales
- No recetan efectos y accesorios
- Salida de Absorbentes de Incontinencia urinaria de las Farmacias o aplicación de descuentos abusivos
- Idem de las tiras de determinación de glucosa
- Nuevas exclusiones de medicamentos de la prestación farmacéutica
- Subasta de medicamentos
- RDL de “Precios más bajos”
- COPAGO

INNECESARIAMENTE (porque el aumento del gasto está controlado)

Todo esto ocasionó muchísimos problemas para médicos, farmacéuticos, industrias y enfermos, como por ejemplo:

- Los **médicos**: Dedicar más tiempo a prescribir barato que a realizar un correcto diagnóstico; más tiempo a no equivocarse burocráticamente que clínicamente, lo que redundará en una pérdida de la calidad asistencial.
- Los **farmacéuticos**: Dispensan desde el punto de vista económico, del precio a pagar, en detrimento de los demás factores, lo que redundará en una pérdida de la calidad asistencial.
- La **industria**: Dedicar una parte importante de sus presupuestos a la realización de estudios farmacoeconómicos. Teme la pérdida de las patentes por afectar a la cuenta de resultados, pero no por la competencia de los genéricos sino por las medidas de la Administración que lastran la capacidad de I+D+i.
- Los **enfermos**: El objetivo es “curarles al menor costo posible”, ¿sin tener en cuenta la calidad?, ¿el futuro de las pres-

taciones? y el gasto sanitario y hospitalario que los medicamentos evitan o disminuyen.

Como pueden observar, los medios de comunicación pues ya han recogido esta situación.

Restricción a la prescripción

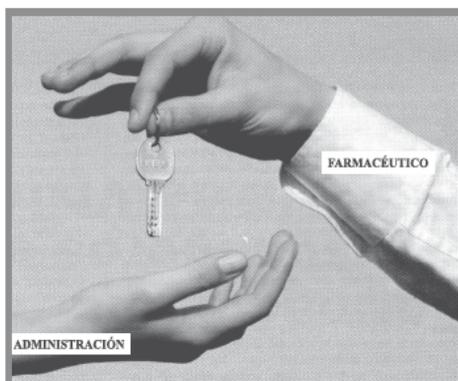


Recortes sanitarios



Hay una gran preocupación profesional en España con esto que está pasando porque estamos tratando a los enfermos de hoy con políticas sanitarias que suponen el hundimiento económico de la farmacia, de la industria farmacéutica y de los almacenes de distribución. O sea, poniendo en peligro la calidad, la continuidad y la sostenibilidad (el futuro) del sistema sanitario.

Esperemos que no tengamos que llegar a esto...



Cuando nos preguntan cómo ven las asociaciones de consumidores la situación o qué noticias recogen los medios de comunicación, pues miren, en el año 2009 no había prácticamente queja sobre la farmacia a nivel nacional en España, representaban el 0,15%.



Quejas sobre farmacias: una rara avis en el mundo de las reclamaciones, según la OCU

AC Madrid

Según los datos que maneja la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU), conocer a alguna persona que haya presentado una reclamación sobre una farmacia sigue siendo tan difícil como encontrar el Santo Grial. De las 270.507 consultas o reclamaciones que se recibieron en 2008 en la sede de esta organización, solo 120 tenían como objeto un incidente en una oficina de farmacia. En términos porcentuales, la cifra es aún más significativa: un 0,04 por ciento del total de quejas emitidas por los pacientes. En definitiva, pura anécdota.

Es posible concretar aún más, obteniendo resultados igual de satisfactorios. Estas 120 reclamaciones sólo suponen el 3 por ciento del conjunto de consultas que tenían al sector salud como motivo (4.851 registros en 2008). Además, soportando el handicap del aumento de reclamaciones que ha registrado la OCU sobre el sector salud en comparación con los datos relativos a 2007, en las que se produjeron 3.606 notificaciones (un incremento del 8 por ciento en el ejercicio pasado).

Fuera del 'top-ten'
Pese a este incremento, el sector salud tiene el honor, una vez más, de no aparecer en el top-ten de sectores más reclamados. Como viene siendo técnica habitual en los últimos años, la telefonía (tanto fija y móvil) suma el mayor número de quejas (29.568, un 11 por ciento del total). Le siguen las provocadas por Hacienda (29.147) y la Vivienda (27.300).

En el segundo semestre de 2009 se espera que el Instituto Nacional de Consumo (INC) presente sus habituales datos anuales de consultas y reclamaciones a nivel nacional, en el que se reflejarán las estadísticas tanto de la OCU como de otras organizaciones.

Los últimos datos, relativos a 2007, reflejaron que las quejas a boticas sólo suponían el 0,15 por ciento del total.

El 31 de julio del 2012 ABC en Sevilla recogió esa noticia, durante el mes de julio el Colegio de Farmacéuticos había recibido más de cien mil quejas con motivo del copago. Consideren Uds. que son cien mil quejas abriendo el Colegio de lunes a sába-

NOS HAN LLEVADO AL LÍMITE

Más de cien mil quejas ha recibido el Colegio de Farmacéuticos por el «caos» del copago

Los fallos detectados este mes en el sistema informático del SAS remontan ayer

problema que ayer se había visado de calificación para seguir día Pérez a ABC, se espera que se solucionen pronto, ya que se ha activado un sistema en caso de fallos de conexión a Internet por tiempos.

En su opinión, lo que ha sucedido es actualizado hasta el momento cuando se detecta que Andalucía que no ha finalizado la preparación de hacer un estudio de implementación en los hospitales que paga a la que hay que añadir que los hospitales no coinciden en las farmacias con la falta de información en la que se ha de trabajar en el diagnóstico, el tratamiento y los datos y que lleva un tiempo en el día, en el caso de que los quejas venden los medicamentos. Y en otro sentido, para la cantidad de personas que han sido tratadas por patología, los diagnósticos y los tratamientos.

«No sé cómo se va a ir a por el copago, y todo por la falta de información que se ha dado a los médicos, los médicos y los datos y que lleva un tiempo en el día, en el caso de que los quejas venden los medicamentos. Y en otro sentido, para la cantidad de personas que han sido tratadas por patología, los diagnósticos y los tratamientos.»

El presidente del Colegio de Farmacéuticos asegura que los fallos de conexión que se han producido en el sistema de copago no afectan a los datos de los pacientes, ya que el sistema de copago no está conectado con el sistema de facturación que es el que se utiliza para la facturación de los datos. Por otra parte, según se



Más de 22.000 llamadas en poco más de una semana

Aunque poco ha pasado han sido llamados los centros de la compañía en relación a los problemas del copago. Lo cierto es que, el 21 de julio, cuando se informó al Colegio una media de 2.000 llamadas directas relacionadas con esta. Sin duda, éstas se han ido acumulando a lo largo del día y del día siguiente, con el acceso a Redes Electrónicas copagadas, y de las 3.000 del día 31. En total, en el día, se han atendido a más de 22.000 llamadas, de las cuales 15.390 fueron atenciones de llamadas. El resto se fueron atendiendo a través de la plataforma del Colegio que gestionan. Es de destacar la profesionalidad y dedicación del personal del Colegio que desde el primer día se han estado trabajando a la espera de tener la medida de la póliza, de los saldos, y también, como se ha comentado anteriormente, la profesionalidad y compromiso de los compañeros ante una situación claramente muy compleja. El día 1 de julio, al primer día de entrada en vigor del copago, se informó, la situación de los hospitales, los saldos, desde el Colegio se ha hecho un informe de seguimiento de la situación desde ese momento, y desde el Colegio se han ido llamando a los hospitales las farmacias que se han estado llamando, se han ido llamando al personal que se ha estado llamando, se han ido llamando al personal que se ha estado llamando, se han ido llamando al personal que se ha estado llamando. No obstante, se ha de tener en cuenta que se ha estado llamando al personal que se ha estado llamando.

Fecha	Recepción	Atención telefónica
01/07/2012	4.112	2.891
02/07/2012	2.734	1.826
03/07/2012	2.353	1.521
04/07/2012	1.979	1.342
05/07/2012	1.705	1.143
06/07/2012	1.910	1.337
07/07/2012	1.603	1.273
08/07/2012	1.841	1.300
09/07/2012	2.190	1.521
10/07/2012	1.361	1.280
TOTAL	22.018	15.340

dos por lo tanto son cuatro mil quejas diarias, o sea, hemos estado auténticamente colapsado de teléfono, de correo electrónico, de SMS.

Y antes de la crisis decíamos...

1. Es necesario analizar el coste de los servicios que presta la Farmacia.
2. Las medidas de control del gasto sanitario han disminuido tanto la rentabilidad de la Farmacia, que es imposible ofrecer nuevos servicios vinculados exclusivamente al margen comercial del medicamento.
3. Es imprescindible analizar la remuneración de cualquier **nuevo servicio** que se pretenda prestar desde la Farmacia.

Todo esto lo estamos reafirmando ahora.

Entonces, el **CUARTO DESAFÍO** es **convencer a los farmacéuticos de que** la dispensación de medicamentos y la venta de otros productos, por si solos, no garantizan la viabilidad económica de la farmacia y que **hay que abrir las puertas a los servicios profesionales remunerados.**

Desde los Colegios debemos abrir nuevos caminos profesionales para mantener la calidad y la rentabilidad de la farmacia.

Los farmacéuticos somos profesionales sanitarios de la enfermedad y debemos ser profesionales sanitarios de la salud.

El planteo es **qué farmacia queremos.**

Que sea rentable económicamente (somos profesionales sanitarios, no ONGs). Tenemos dos maneras de intentarlo:

- 1. Comercial Pura:** "Aumentar la rentabilidad aumentando los ingresos por aumento de las ventas" (Aumentará la compe-

tencia económica interna y externa y disminuirán la ética, la deontología profesional y la calidad del servicio): **selva comercial.**

Si se elige esta opción, habrá que preguntarse:

- Dónde ponemos el límite de lo que podemos tener comercialmente en una Oficina de Farmacia
- Si es ética y deontológicamente admisible “vender determinados productos en un establecimiento donde también hay medicamentos”.

Esta opción pura y netamente comercial nos lleva a la asfixia profesional.

Les voy a poner varios ejemplos de este tipo de Farmacias en distintos países.



2. Profesional: Aumentar la rentabilidad aumentando los ingresos por prestación de servicios remunerados (Por los ciudadanos o por la Administración, según la actividad desarrollada).

Los Colegios apoyarán la implantación y realizarán estudios para demostrar las ventajas y ahorros a ciudadanos y Administración.

El carácter sanitario de nuestra profesión debe prevalecer por encima de todo, por lo que debemos esforzarnos en aumen-

tar nuestros ingresos y rentabilizar nuestro trabajo, aumentando las prestaciones en salud a nuestros pacientes.

El extremo, la opción ultraprofesional, sin servicios, sólo dispensación de medicamentos y productos sanitarios, nos lleva a la asfixia económica.

La salida a esta situación va sobre la ecuación: **Rentabilidad = ingreso - gasto**. El ingreso es por las obras sociales, ventas directas y otros que es lo que estamos preguntándonos, ahora mismo en España, porque hay que salvar la viabilidad o sea al umbral de rentabilidad de las farmacias.

Y aquí nos encontramos con que para aumentar la rentabilidad podemos aumentar los ingresos de obras sociales que siempre están bastante controladas y es complicado, los ingresos de venta directa que a veces depende de nosotros y a veces no, pero hay que aumentar los otros ingresos y de manera suplementaria nunca complementaria.

$$\uparrow \text{RENTABILIDAD} = (I_{\text{OBRAS SOCIALES}} + I_{\text{VENTA DIRECTA}} + I_{\text{OTROS}}) - (G_F + G_V)$$



- CARTERA DE SERVICIOS**
- PÚBLICOS (Administración)
 - PRIVADOS (Ciudadanos)

Debemos realizar un análisis de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de la farmacia para combatir las debilidades y aprovechar las oportunidades. Y no olvidarnos nunca que somos sanitarios.

ANALISIS DA-FO

DEBILIDADES/AMENAZAS

- Demasiados “jefes” (Muchas Obras Sociales)
- Cambio periódico de “jefes” (Los nuevos dan por amortizado todo lo anterior: Exigen nuevos compromisos económicos)
- Casi todos los ahorros los quieren hacer a costa de los profesionales
- Competencia feroz.

FORTALEZAS/OPORTUNIDADES

- Profesionales Sanitarios.
- Nuestro consejo aporta valor a la venta.
- El “Estado de Bienestar” está en quiebra pero ningún político quiere tener la responsabilidad de su hundimiento definitivo.
- Las personas quieren añadir años a la vida, pero también “vida a los años” (Calidad de vida)

COMBATIR LAS DEBILIDADES Y APROVECHAR LAS OPORTUNIDADES

El **QUINTO DESAFÍO** es **demostrarles a los ciudadanos que la farmacia profesional tiene muchas posibilidades de solucionar sus problemas de salud** y en eso, también, está trabajando la Cátedra Avenzoar.

Hemos hecho una **encuesta de Preferencias Profesionales** desde el Colegio de Farmacéuticos de Sevilla y le hemos preguntado directamente al farmacéutico: **¿qué farmacia quieres?**

A esta encuesta han contestado no muchos compañeros porque estas cosas suelen ser poco participativas, pero Uds. podrán observar las **respuestas:**

- Indicación farmacéutica (104)
- Farmacovigilancia (86)
- Elaboración y dispensación de productos cosméticos (81)

- Determinación de indicadores biológicos por vía seca (80)
- Determinación de peso y tensión arterial (70)
- Sistemas personalizados de dosificación (70)
- Dispensación de ortopedia básica (68)
- Programas de cribado y detección de patologías (66)
- Dispensación de gafas premontadas y mantenimiento de lentes (48)
- Pruebas de embarazo (41)

Cuando analizamos desde el Colegio para poner en marcha, en función de lo que los farmacéuticos quieren de la farmacia, nos encontramos con que tenemos que tener siempre presente **tres aspectos fundamentales**:

1. Excelencia en la atención integral al paciente: **calidad**
2. Detección de nuevas necesidades de servicios: **oportunidad**
3. Máxima optimización de las actuaciones: **rentabilidad**

Además, **cuatro motivos para intentarlo**:

1. Nuevos modelos de hábitos y conducta de los ciudadanos.
 - La oferta se ha de adaptar a la demanda (cuándo se oferta).
 - Muchos ciudadanos exigen personalización en el trato profesional.
 - No admiten que el medicamento que necesitan no esté en stock (análisis de stocks e "inversión" en medicamentos).
2. Reducción de la rentabilidad de la farmacia.
 - La crisis y los recortes han disminuido los ingresos.

- El margen real de la farmacia ha disminuido considerablemente.
- La tendencia del margen real de la farmacia es decreciente.
- Los gastos para mantener la actividad aumentan constantemente.

3. Entorno más competitivo (interno y externo).

- Los horarios ampliados (farmacias siempre abiertas).
- presencia de cadenas ultracompetitivas.
- Supresión de la venta exclusiva en farmacias.
- Ausencia de regulación de precios (en todo lo que no sea medicamento) y dificultad extrema de la farmacia para competir en precio.
- Diferencias para adaptarse a los avances de la tecnología (la coordinación colegial en la puesta en marcha de la receta electrónica ha sido vital).

4. Complejidad de la gestión.

- Cambios rápidos sin tiempo de adaptación.
- Nuevos escenarios que no dominamos adecuadamente.
- Necesidad de seguir siendo una profesión referente y útil.
- necesidad de apoyos para la adaptación (Colegios fundamentalmente o colaboradores a través de los Colegios, ya que "solos" no podremos).

Según la necesidad de apoyo para la adaptación, es fundamental el rol de los Colegios de Farmacéuticos, en relación a:

- Definir y establecer qué actividades o servicios se pueden ofrecer y prestar desde una oficina de farmacia:
 - Servicios generales (obligatorios) que debe realizar la farmacia, en las condiciones y requisitos legalmente establecidos.

- Servicios específicos de prestación voluntaria: aquellos que, una vez definidas por el colegio los requisitos y condiciones para llevarlos a cabo, son prestados de forma voluntaria y selectiva por las oficinas de farmacia.
- Orientaran y gestionarán en caso de necesitar autorización previa.

Factores a considerar a la hora de brindar los servicios

1. Conocimiento del entorno de los pacientes/clientes

Para decidir si podrá ofrecer el servicio, es imprescindible conocer:

- Tipología de clientes
- Proximidad de centros sanitarios o comerciales
- Consultas Médicas privadas
- Residencias geriátricas
- Centros cívicos y sociales
- Colegios, escuelas, Universidades,...

Además, es necesario:

- **Anticiparse a los acontecimientos:** Tener tiempo, herramientas y capacidad de reacción.
- **No improvisar y no dejarse llevar por impulsos:** En nuestro entorno existen competidores mejor preparados, más ágiles, más atractivos para el cliente, con mejores precios, con mejor servicio o con una mejor calidad o acceso de productos que nosotros. Evitar impulsos que nos lleven a tomar decisiones erróneas.
- **Tomar como prioridad del cambio a los pacientes actuales.**

Y contar con un **Sistema de gestión de relaciones con los clientes**:

- Información centralizada.
- Fácil acceso a la información y al historial de cada paciente.
- Introducción de datos de forma cómoda y rápida.
- Adaptable a las posibilidades de cada usuario.
- Facilitar el control de las ventas y su análisis.
- Posibilitar el seguimiento de las oportunidades de venta.
- Permitir conocer la rentabilidad de cada cliente y agilizar las respuestas a los mismos.
- Gestionar campañas de marketing (M. relacional: Establece relaciones duraderas con los clientes).
- Permitir la coordinación de las áreas de marketing, ventas y atención al cliente.
- Integrable con otras aplicaciones.
- Permitir el acceso desde cualquier punto.
- Escalable al crecimiento.

2. Conocimiento de la actividad

- La farmacia debe poseer la formación y/o acreditación suficiente para desarrollar la actividad propuesta, para lo cual deberá realizar un proceso formativo.
- Si no se puede acceder a ese proceso formativo, y para conseguir que todos puedan ofrecer los servicios propuestos, es necesario contar con colaboradores que posean la formación o bien contratar el servicio con algún otro profesional acreditado.

3. Detección de necesidades

Para detectar la necesidad del servicio, crearla o fomentar su demanda, analizaremos:

- ¿Cuánto me pueden llegar a comprar?
- ¿Qué valoran de nuestro producto o nuestro servicio?
- Si me compran o demandan el producto o servicio X, ¿podrían comprarme o demandarme también el producto o servicio Y?
- ¿En qué canales quieren adquirirlos? ¿En Farmacias?
- ¿Cuáles van a ser sus necesidades futuras de compras y/o servicios?

4. Espacio físico de la oficina de farmacia

- No debe ser un hándicap para realizar los servicios.
- Será necesario adaptar el espacio, compartiéndolo del modo que sea posible.

5. Tiempo y recursos para desarrollar la actividad

- Hay farmacias muy bien dotadas de personal que pueden asumir nuevas actividades sin problemas.
- Otras, en cambio, cuentan con pocos profesionales trabajando en ellas, siendo imposible la asunción de otro tipo de proyectos profesionales adicionales.
- La solución puede ser la contratación de colaboradores externos (contratos a tiempo parcial, convenios de colaboración,...)

El **SEXTO DESAFÍO** por tanto sería **consensuar protocolos con otros profesionales sanitarios** para conseguir atender integralmente las necesidades de los pacientes. También, la formación de equipos multidisciplinares o interdisciplinares.

Y si analizamos que se puede dar desde las farmacias, el



Según una investigación que se presenta la próxima semana en el 32º Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria,
EL USO DE UN "PASTILLERO" EN PACIENTES POLIMEDICADOS MEJORA EN UN 30% SU ADHERENCIA TERAPÉUTICA

- El perfil es el de enfermos crónicos, con una edad media de 71 años, que toman más de siete medicamentos al mes
- Los expertos lo consideran una herramienta muy útil, y más en el momento actual que no se cumple con la isoparanciencia de los medicamentos (diferente color, caja, etc), tanto en pacientes que viven solos como en matrimonios en los que ambos consumen medicación

La dispensación personalizada de medicamentos, una buena piedra de toque



uso de pastilleros que se reconduce al sistema personalizado de dosificación ha sido muy bien valorado en un Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, que es una sociedad científica formada exclusivamente por médicos. Porque dice que mejora en un 30% la adherencia terapéutica.

En las distintas reuniones españolas se han llevado a cabo diversas iniciativas, como lo pueden observar en el siguiente gráfico.



Con respecto a las diversas actuaciones, le voy a explicar el por qué creemos que esto es posible.

- **Densitometría:** El paciente quiere conocer su estado óseo de salud. Si acude al Médico, posiblemente no le atienda la demanda (burocracia y control del gasto). El paciente está dispuesto a pagar por la determinación (o la industria quiere hacer una campaña de detección precoz o control).
- **Química seca:** (Colesterol, Glucemia) El paciente demanda una medición profesional de sus parámetros. La liberalización y alta competencia entre los laboratorios (90-00) ha concentrado la actividad analítica en muy pocos centros, quedando muchos ciudadanos alejados de los mismos.
- **Sistemas Personalizados de Dosis:** Los continuos cambios de medicación (marcas y envases) para ajustarse a los "precios más bajos" ocasionan duplicidades o ausencias de dosis, fundamentalmente en la población mayor (polimedicados) que vive sola.
- **Deshabitación tabáquica:** "Plan MEFARTABAC" (colaboración médico-farmacéutica con apoyo de la industria y excelentes resultados).
- **Control de la Hipertensión Arterial:** Habitual en las Farmacias españolas. El paciente abona la medición manual (con tensiómetros automáticos deposita una moneda).
- **Indicación farmacéutica:** Un farmacéutico español está obligado a pedir receta para dispensar muchos medicamentos, pero tiene la obligación de vender sin receta, y sin preguntar, la Píldora del Día Después. Su titulación y conocimientos le deben posibilitar indicar protocolizadamente determinados medicamentos.
 - **Si estamos formados académicamente,**
 - **si el público lo demanda, acepta o necesita,**

- **si aplicamos protocolos consensuados colegialmente,**
- **si no incurrimos en intrusismo (los límites de actuación son claros),**

¿POR QUÉ NO? ¿QUIÉN NOS LO IMPIDE?

Un farmacéutico tiene que ver en este momento en el que nos está apretando la crisis económica, tiene que poner la mente a funcionar, y tiene que funcionar desde el punto de vista del profesional.

Además, tenemos que valorar, como bien lo dijeron esta mañana, el paso de la farmacia 1.0 que es aquella farmacia que tiene una página web estática que no sirve para nada solamente para darse a conocer, a la farmacia 2.0.

FARMACIA 1.0 (Primera generación de entorno web): página web estática (“sólo información de quién soy y qué puedo hacer)



FARMACIA 2.0 (Segunda generación de entorno web):

- **INFORMACIÓN SANITARIA**
- **EDUCACIÓN SANITARIA**
- **INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES (Blog, Facebook, Twitter)**
- **APOYO COLEGIAL:**
 - **BASE DE DATOS COLEGIAL (C.I.M.)**
 - **CAMPAÑAS SANITARIAS**
 - **CONTENIDOS ÉTICA Y DEONTOLÓGICAMENTE APROBADOS**
 - **FACILITAR LA UNIVERSALIDAD (Todas las Farmacias puedan hacerlo)**

ELEVAR LA PRÁCTICA FARMACÉUTICA A LA RED

Farmacias 2.0:
Cuando ser digital se convierte en un servicio



Nosotros los farmacéuticos estamos exigiendo a sanidad más atribuciones profesionales. El ciudadano, el contribuyente, demanda prevención. La OMS habla de prevención. Los estados legislan sobre prevención. Ante esto, ¿qué hacemos los farmacéuticos?, ¿hacemos prevención o cerramos los ojos?

Hay una frase que me gusta muchísimo es que la **farmacia del futuro o es sanitaria o no será farmacia.**

Calidad y rentabilidad: desafíos de estos tiempos

Para lograr esto tenemos que poner en práctica una serie de cuestiones:

- 1. Cambiar de mentalidad:** Somos Profesionales Sanitarios, Gerentes y Líderes de equipo que hemos de **rentabilizar** la actuación profesional.
- 2. Orientar al cliente:** ¿Cómo quiere el cliente que sea mi Farmacia (SU Farmacia)?

Cumplir la regla de las 5P:

- **Place** (Espacio pensado en el consumidor)
 - **Price** (El precio que necesita el cliente y el margen que debo ganar van a condicionar el producto a tener)
 - **Products** (Marcas diferenciadoras: concepto de MARCA)
 - **Promotions** (Sencillas y útiles. Con fecha de inicio y fin. Pocas en el año pero rotatorias)
 - **Profesionalidad** (Consejo profesional. Aconsejar para obtener beneficios)
- 3. Elemento diferenciador:** No podemos atraer a todo el mundo a nuestra Farmacia. Debemos hacer una Farmacia para el tipo de público que nos interese, teniendo en cuenta el que vive/trabaja en nuestro entorno y que, a veces, el público quiere lo que anuncian los medios de comunicación, con consejo farmacéutico.

4. Planes estratégicos periódicos: Análisis y resolución periódicos.

5. Servicios de valor:

- Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico, Servicios Personalizados de Dosificación, deshabitación tabáquica, detección VIH
- Dietas, análisis y seguimiento de parámetros sanguíneos, control HTA, densitometría ósea.
- Cosmética, nutrición: especialización indispensable.

Luego, el **SÉPTIMO DESAFÍO** es **consensuar** con la **administración** cuando sea necesario, las **transformaciones legales** que **posibiliten** el **cambio profesional farmacéutico**.

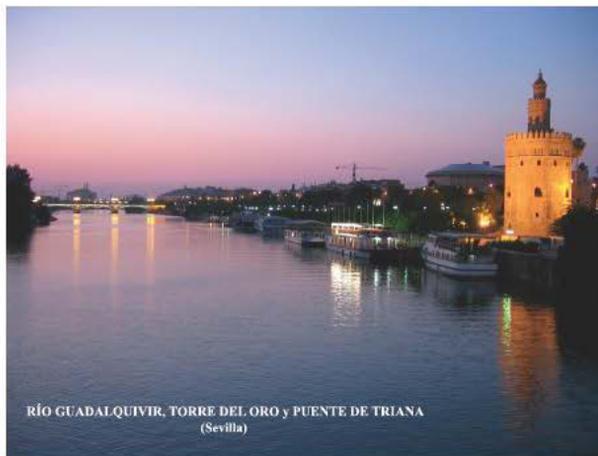
Esto es porque un Farmacéutico español está obligado a pedir receta médica actualizada para poder dispensar muchos medicamentos; pero tiene la obligación de vender sin receta la Píldora del Día Después. Ya que todo lo que no está prohibido expresamente, debe estar permitido. Para ello es fundamental lograr un acuerdo porque "Gobernar no es imponer ni ceder sino consensuar"

Ayer escuche decir al Dr. Aldo Neri, la siguiente frase que me encantó:

*"Añoro la vieja Botica, la oficina del Farmacéutico.
La nueva Botica debe ser un centro de salud con más
funciones que la venta de medicamentos"*

Dr. Aldo Neri

Para terminar les traigo una vista del Río Guadalquivir, la Torre del Oro y el puente de Triana, en Sevilla.



RÍO GUADALQUIVIR, TORRE DEL ORO y PUENTE DE TRIANA
(Sevilla)

Seleccioné esta foto porque en la Torre del Oro es donde estaba el puerto en el que atracaba el 90% de los barcos que llegaban de América. Detrás de esa torre, se encuentra el Archivo General de Indias, donde se conserva la mejor colección de documentos de lo que pasó en estas tierras.

En esta otra fotografía se puede observar la Giralda de Sevilla porque, también, la vio Manuel y quería ablandarle un poco el corazón. Además, una calle de mi pueblo, Osuna, un ejemplo clásico del barroco europeo.



CALLE SAN PEDRO
(Osuna)



GIRALDA
(Sevilla)

Y con el más fuerte abrazo desde España y muchísimas gracias por su atención, quedo a su disposición.

Preguntas y Comentarios

Audiencia: *quería consultarle acerca del euro por receta que se empezó a cobrar, ¿queda para la farmacia o Uds. tienen que rendirlo con esa receta a la administración?*

Farm. Pérez Fernández: A ver, el euro es un impuesto, o sea la farmacia lo cobra y se lo descuenta el Estado. Lo que ocurre es que ese euro se paga para medicamentos que valgan más de 1,63 euros, porque si se pagara por medicamentos que valgan menos de 1,63 sería el no va más. Para medicamentos que se compran con cargo al seguro de enfermedad, no con venta libre y los médicos están estudiando la prescripción de medicamentos que valen menos de 1,63 para que el enfermo no tenga que pagar, por ejemplo, si tiene que prescribirle un analgésico que vale más de 1,63 pues le manda un paracetamol que vale menos y no lo tiene que pagar. Por otra parte, si no tiene más opción que prescribirle el medicamento con un precio que supere esa cantidad igual le manda dosis más pequeña, y le dice entonces tómese doble, pero es un impuesto que tiene que pagar el ciudadano y que se recauda a través de la farmacia.

Audiencia: *primeramente quiero decirle que es un gusto haberlo escuchado, más allá de soñar o recordar las farmacias en el siglo pasado donde realmente nuestro farmacéutico estaba a cargo de la farmacia en contacto permanente con los habitantes de la zona. Me gustaría escuchar de su parte, como es la legislación de la farmacia en España en relación a dueño, capital, director técnico y si existen o no las cadenas de farmacias como tenemos en muchas provincias de la Argentina. Muchas gracias.*

Farm. Pérez Fernández: empiezo por el final, en España no hay cadenas, están prohibidas. Sí existen agrupamientos de farmacias que libremente quieren hacerlo pero dicen que es para posicionarse cuando lleguen las cadenas y nosotros decimos cuando lleguen las cadenas aunque estén muy posicionados eso va a ser un alud, entonces da igual. No obstante nosotros en España, estamos trabajando con la Administración para que no se permitan las cadenas, porque en España la propiedad de la farmacia va seguida a la titularidad y se permite exclusivamente una farmacia por farmacéutico. Por ejemplo, yo soy farmacéutico adquirí una farmacia en el año 1984, sigo con esa farmacia, mi mujer es farmacéutica, no hemos podido adquirir otra y trabaja conmigo, en nuestro caso somos dos farmacéuticos compartiendo una farmacia que sí está permitido. En España hay farmacias que son hasta de cuatro titulares o de cinco, posiblemente cuentan con una alta facturación, por ejemplo el padre con varios hijos y sencillamente son socios. Para ser socio hay regiones en las que no hay limitación de porcentaje, de participación y otras que sí, en Andalucía para ser socio, tienes que tener un mínimo de un 20% de la farmacia y, recientemente, se introdujo aunque está en debate jurídico, la posibilidad de la creación de sociedades profesionales. Una asociación profesional es aquella en la legislación, en la cual alguien que no es profesional aporta dinero y entra a la sociedad contigo, lo que ocurre es que está limitado al 49%, o sea, hay farmacias que podrían ser de una sociedad profesional en la cual el farmacéutico titular tiene el 51% y el socio el 49%, claro, hay que llevarse muy bien con un socio para entrar poniendo dinero en una sociedad en la cual no tiene mayoría. Pero todas las cosas tienen siempre un porque, eso se intenta introducir porque hay familias en las que cuales el único bien es la farmacia que, además, tiene posiblemente una facturación elevada y el padre dice, si tengo varios hijos y solamente uno farmacéutico, qué hago con los otros. Entonces, se presionó para poder intentar que los otros hijos pudieran entrar en la parte no profesional. Y también los que presionaron, ya no desde farmacia, sino por una cuestión exclusivamente burocrática, fueron

los despachos de abogados y los estudios de arquitectura, ingeniería, etc., en donde había muchos empleados que tenían que pagar la seguridad social y les salía más rentable a los abogados, a los arquitectos e ingenieros, etc., en vez de pagar la seguridad social contratarlo como autónomo y hacerlo socio profesional con el 0,5% o el 1% del negocio. Esto que es una "mamarrachada" porque al fin y al cabo las cosas hay que pensarlas a medio y largo plazo, ya que estos cambios al final pueden traer cambios más importantes, porque en definitiva, por qué tiene que ser una persona física el socio profesional y no una persona jurídica que sería una multinacional o una cadena de farmacia. Entonces nosotros como he dicho al principio estamos intentando el debate jurídico para que se prohíban en España ese tipo de sociedades. Perdón por lo largo de la respuesta pero he querido llegar a esta conclusión finalmente para evitar que puedan entrar las cadenas.

Audiencia: *te voy a poner quizás incomodo pero me gustaría que puedas transmitirlo, hay una anécdota tuya que creo marca claramente cuál es el prestigio del farmacéutico y la farmacia en España, que lo supieron construir durante siglos, y la situación inversa que tratamos de revertir en la Argentina.*

Farm. Pérez Fernández: Yo compre la farmacia en el año 1984, ubicada en el centro de Sevilla. En ese tiempo era bastante más joven que ahora, tenía 27 años. El primer día me aborda un señor mayor que yo y me dice, Manuel te compro la farmacia, a lo que le contesto que la acababa de comprar. Continuó con la pregunta durante un montón de días, ya me resultaba pesado, él me lo decía en público. Entonces un día le invito a tomar un café a Diego y le digo, Diego, no se vaya a molestar con lo que le voy a decir, pero a mí me resulta muy incómodo que usted me diga en público y continuamente que me compra la farmacia, cuál es el motivo. Don Diego me contesta, son dos los motivos y no lo va a olvidar nunca, el primero es que Ud. es don Manuel y yo soy Diego el de la pescadería, y el segundo motivo es que yo huelo a

pescado y tú no. Es decir, yo entré en el barrio como el sanitario, la persona de prestigio profesional, social y como don Manuel, a pesar de que tenía 27 años. La consideración del farmacéutico en España es bastante alta y a pesar de todos estos problemas no ha ocurrido nada desagradable porque el prestigio sigue siendo muy alto. En la zona donde yo ejerzo, la gente te quiere, te aprecia. El farmacéutico resuelve muchísimos problemas a los ciudadanos y el calor que encuentra en la farmacia no lo encuentran en ningún otro sitio de la Sanidad.

ACTO DE CIERRE

Farm. Manuel Agotegaray

Vamos a realizar el cierre oficial de estas Jornadas intentando hacer un resumen y alguna reflexión. En primer lugar quiero decir que han sido enriquecedoras, para todos nosotros, desde las ponencias de los disertantes hasta los importantes debates que se produjeron. Al respecto, resuenan en mis oídos los duros conceptos expresados en algunas exposiciones.

Seguramente, cada uno rescatará los valiosos elementos vertidos en los paneles para enriquecer la visión que tiene de lo que está ocurriendo con la profesión farmacéutica en Argentina, y pondrá sus energías para trabajar sobre eso.

Pero hay un punto que nos debe llamar especialmente la atención y es el haber escuchado a los máximos referentes de la salud que tenemos en la Argentina, y comprobar que todavía se plantea si hay que hacer una reforma sanitaria o no, y hasta donde hay que llevarla a cabo. Creemos que esto debemos tomarlo urgentemente con la mayor energía posible porque sino estaríamos cometiendo un grave error.

En FEFARA, también, podemos revisar estrategias e intentar otros caminos cuando nos equivocamos pero lo que no podemos revisar son los objetivos y las convicciones con las cuales nos movemos y que dejamos plasmados desde el año 2002 en estos libros que reproducen textualmente lo planteado en todos los Encuentros.

Es necesario, como mencionaba en el acto de apertura, utilizar palabras dentro del sistema de salud y dentro del mercado del medicamento como son: coordinación, colaboración, cooperación, pero en serio. Y hay que hacerlo transversalmente con aquellos colegas e instituciones que tienen los mismos valores, las mismas convicciones y se mueven en el día a día con los mismos objetivos que nosotros.

Hoy el marco político en la Argentina es muy difícil, no está claro, no hay una decisión política de darle una verdadera cobertura de salud a la población a pesar de los planes o anuncios políticos de brindar cobertura del cien por ciento en los medicamentos. En realidad, las políticas no juegan si nosotros no creamos las condiciones verdaderas para respaldar la profesión y, fundamentalmente, brindamos el servicio a la población para que pueda acceder a un medicamento seguro y eficaz.

Si hacemos un repaso de lo que ocurrió en estas 10mas. Jornadas, podemos decir que hubo mesas y mensajes muy positivos. Por ejemplo los estudiantes que han estado estos dos días, mil gracias por ello, habrán podido escuchar a la socióloga que ayer comentaba que la profesión farmacéutica es la menos elegida en estos tiempos. Pero, lo interesante es que si comparamos con el tipo de farmacéutico que nos planteábamos hace 25 años, les puedo decir que el de Uds. va a ser mucho más puro desde lo sanitario. En aquellos tiempos, cuando charlábamos con nuestros compañeros de facultad, ocho de cada diez estudiaban farmacia porque el padre, amigo o alguno del pueblo les había dicho que con eso se hacía plata. Ese modelo se agota indefectiblemente, lo de Uds. va a ser otro tipo de profesión no tengo ninguna duda, no tan cómoda y ese es el punto, cuando uno no está tan a gusto se pregunta el por qué eligió esto. Y yo creo que han acertado con la profesión que han elegido, que simplemente que no es ni mejor ni peor de lo que nos tocó a nosotros sino que es diferente y eso hay que asumirlo. Espero que encuentren en FEFARA lo poco que le podamos ofrecer para debatir estas cuestiones con total sinceridad y rescatando un valor que

tiene que tener la profesión farmacéutica que es la dignidad y que quienes venimos de abuelos y familia farmacéutica nunca queremos perder.

Simplemente, muchísimas gracias a todos, la verdad que llegar a esta hora con esta concurrencia nos carga muchísimo las pilas, es un lujo y vuelvo a repetir que estos son los momentos en que uno agradece ser dirigente farmacéutico.

También, quiero agradecer a todos los colaboradores que han hecho que estas jornadas se puedan realizar, a los colegas de los diferentes puntos del país que nos han acompañado, ni hablar de Manuel Pérez Fernández que lo llamamos un mes antes y estuvo el miércoles para compartir un día casi entero de trabajo en la reunión de FEFARA y después para cerrar las Jornadas.

Si Dios quiere y Natalia Rodríguez nos sigue presionando las próximas jornadas las vamos a realizar en Posadas, Misiones.

Así que muchísimas gracias a todos y hasta el año que viene.



FEFARA
AVANZA



ISBN 978-987-29972-0-5