

8^{vas} Jornadas Federales y 7mas Internacionales

**Política, Economía y Gestión de
Medicamentos**

. EN EL AÑO DEL BICENTENARIO .



MAR DEL PLATA - ARGENTINA

16 y 17 de Septiembre de 2010

FEFARA
Federación Farmacéutica

Robatta, Hugo

8vas. Jornadas Federales y 7mas. Internacionales: política, economía y gestión de medicamentos en el año del bicentenario / Hugo Robatta; Matilde Sellanes; Adriana Gitrón. - 1a ed. - Santa Fe: Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe, 2011.

440 p.; 24x15 cm.

ISBN 978-950-99537-2-7

1. Medicamentos. 2. Gestión en Salud. 3. Actas de Congresos. I. Sellanes, Matilde II. Gitrón, Adriana
III. Título
CDD 615.1

Primera Edición 900 ejemplares, junio de 2011

Queda hecho el depósito que marca la Ley N° 11.723
Editado e impreso en la República Argentina por

Publicación

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe - 1° Circunscripción
Crespo 2837 - 3000 Santa Fe
Tel. (+54-342) 410-1000
e-mail: secpres@colfarsfe.org.ar

Producción Editorial

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe - 1° Circunscripción

Edición Final

Farm. Hugo Ignacio Robatta
Dra. Matilde Sellanes
Adriana Gitrón

Agradecimiento por la colaboración en la edición de esta publicación



Laboratorio Monserrat y Eclair S.A.

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

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

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

Ministerio de Salud de la Pcia. de Misiones

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

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

Universidad Nacional del Litoral

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

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

Universidad Nacional de la Pcia. de La Pampa

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

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

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

Índice

Acto de apertura. Palabras de bienvenida

<i>Dr. Ricardo E. Bellagio, Dr. Alejandro Ferro, CPN Mario Koltan y Farm. Manuel Agotegaray</i>	6
---	---

Mesa I

Reforma de la salud: un sistema integral y solidario a la uruguayaya

Coordinador: <i>Farm. Juan Carlos Rucci</i>	12
<i>Dr. Gilberto Ríos Ferreira</i> / Reforma de la salud: un sistema integral y solidario a la uruguayaya.....	14
Comentarios: <i>Prof. Juan Rafael Vargas</i>	29

Mesa II

Factores de riesgo en la salud de la población y los programas sanitarios

Coordinador: <i>Farm. David Campos</i>	34
<i>Dr. Luis Pérez</i> / Visión y aportes desde el Banco Mundial.....	36
<i>CPN Mario Koltan</i> / Visión y acciones desde el Ministerio de Salud de la Nación.....	47
<i>Dr. Guillermo Capuya</i> / Experiencia desde la Seguridad Social.....	52
<i>Dr. Pablo Basso</i> / Riesgo y prevención en salud, abordaje y situación en la Provincia de Entre Ríos.....	62
Preguntas y comentarios.....	65

Mesa III

El rol del farmacéutico y el valor agregado a la efectividad del sistema de salud

Coordinador: <i>Farm. Hugo Robatta</i>	69
<i>Mag. Pedro Armando</i> / ¿Evolucionamos hacia la implantación de servicios cognitivos en las farmacias comunitarias?.....	70
<i>Farm. Natalia Rodríguez</i> / Demostrando el valor agregado por el farmacéutico a los servicios de salud.....	83
Preguntas y comentarios.....	88

Mesa IV

Enfermedades raras y medicamentos huérfanos

Coordinadora: <i>Farm. Teresa Albizúa</i>	89
<i>Dr. Manuel Pérez Fernández</i> / Enfermedades raras y medicamentos huérfanos.....	90
<i>Dra. María Rosa Mazzieri</i> / Una experiencia académica sobre medicamentos huérfanos desde la Universidad de Córdoba.....	107
<i>Dr. Sergio Sosa Estani</i> / Enfermedades olvidadas.....	III
Preguntas y comentarios.....	II7

Mesa V

Ley de obesidad, enfermedades reumáticas y tratamientos oncológicos: la financiación de los medicamentos

Coordinador: <i>Farm. Miguel Osio</i>	121
<i>Bioq. Miguel González</i> / Visión y experiencia desde el IAPOS.....	123
<i>Dr. Roberto Antonio Cario</i> / Visión y experiencia desde la Obra Social Provincial de San Luis - DOSEP.....	134
<i>Dr. Daniel Palumbo</i> / Comentarios y experiencia desde el Instituto del Seguro de la Provincia de Jujuy.....	138
Preguntas y comentarios.....	144

Mesa VI

Información, regulación y calidad en el sector medicamentos

Coordinador: <i>Farm. Miguel Russo</i>	148
<i>Dr. Javier Adrián Lombar</i> / Perspectivas para el mercado farmacéutico mundial, 2010-2014.....	149
<i>Dr. Jorge Luis Leguiza</i> / Tecnologías sanitarias y Sistema Nacional del Seguro de Salud	169
<i>Mgter. Silvia Boni</i> / Comentarios y experiencias desde el ANMAT	182

Mesa VII

La distribución de medicamentos: organización, eficiencia y servicios

Coordinador: <i>Farm. Manuel Agotegaray</i>	189
<i>Dr. Antonio Mingorance Gutiérrez</i> / La distribución de medicamentos en España.....	190
<i>CPN Carlos Vassallo</i> / La distribución de medicamentos en Argentina	204

Mesa VIII

Nuevos escenarios de la salud y de la seguridad

Coordinador: <i>Farm. José Cid</i>	208
<i>Dr. Alejandro Salvador Costas</i> / Nuevos escenarios sanitarios	210
<i>Dr. Antonio La Scaleia</i> / Los nuevos paradigmas de las Obras Sociales Provinciales.....	219

Cierre de las Jornadas

<i>Farm. Manuel Agotegaray</i>	231
--------------------------------------	-----

Palabras de bienvenida

En el comienzo de una nueva edición de las Jornadas de Política, Economía y Gestión de medicamentos queremos agradecer a todos los presentes, particularmente a las autoridades que hoy nos acompañan y también a aquellos disertantes que llegaron desde el exterior, y que de alguna manera jerarquizan este evento.

A modo de breve introducción, les queremos contar que estas Jornadas cuentan con el Auspicio y la Declaración de Interés de la Cámara de Senadores de la Provincia de Santa Fe, cuya resolución lleva la firma de la Vicegobernadora de la Provincia, Dra. Griselda Tessio. Del mismo modo la Cámara de Diputados de esa Provincia ha declarado de interés estas Jornadas con la firma de su Presidente Eduardo Dipolina.

También la Fefara ha recibido distintas adhesiones y auspicios, como es el caso de un decreto del Intendente de la Ciudad de Mar del Plata, el N° 1915/2010, por el cual declara de interés municipal estas Jornadas. El Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Superintendencia de Servicios de Salud auspicia también la actual edición de las Jornadas. Hemos recibido asimismo una salutación y auspicio del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, una nota de adhesión de similar tenor del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones, y también el Intendente Municipal de la Ciudad de Rosario, Miguel Lifschitz ha mandado una nota de adhesión a estas Jornadas y una calurosa salutación.

Finalmente agreguemos que hemos recibido adhesiones de la Universidad Nacional de la Pampa, con la firma de su Rector, CPN Sergio Aldo Baudino, y de María Estela Torroba, su Secretaria Académica; de la Confederación Médica de la República Argentina, a través de su presidente Dr. Jorge Jañez, y también han llegado notas de iguales características de la Municipalidad de Moreno, la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas de la UNL, el Instituto de Seguridad Social y el Servicio Médico Provincial de la Pampa.

Se encuentran en el estrado el Dr. Ricardo Bellagio, quien es Contador Público nacional y Superintendente de Servicios de Salud, es titular de la cartera de asignaturas de Seguros y Finanzas de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Morón, profesor asociado a la Cátedra de Administración Financiera de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Morón, profesor del Postgrado de la Universidad Católica Argentina en el curso de Derecho de Salud, Master en Dirección y Gestión de Servicios de Salud de la Universidad de Alcalá, Master en Dirección y Gestión de Sistemas de Seguridad Social de la Universidad de Alcalá, y Coordinador del MBA en Medicina Prepaga y Obras Sociales de la Universidad de Palermo.

Nos acompaña también el CPN Mario Koltan, quien está a cargo de la Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales del Ministerio de Salud de la Nación.

Y asimismo contamos con la presencia del Dr. Alejandro Ferro, médico consultor en Infectología y Secretario de Salud de la Ciudad de Mar del Plata, quien asiste en representación del Intendente Municipal, el Señor Gustavo Arnaldo Pulti.

Finalmente y como siempre está con nosotros el presidente de FEFARA, Farm. Manuel Agotegaray.

Inauguración de las Jornadas

Dr. Ricardo E. Bellagio¹

En principio quiero expresarles mi agradecimiento, y agregar que es un privilegio estar inaugurando estas 8vas. Jornadas Federales y 7mas. Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos en esta ciudad tan maravillosa que es Mar del Plata. Gracias entonces a Manuel Agotegaray, al Secretario de Salud de este municipio, Alejandro Ferro y a nuestro Secretario de Salud Mario Koltan.

Desde la Superintendencia de Servicios de Salud es importante estar presente como funcionario, y tener oportunidad de compartir los análisis y las propuestas que se hagan en estas Jornadas, ya que hoy la política de medicamentos es un desafío para toda la nación. Y es muy importante entender que debe ser una política de estado, donde verdaderamente hemos trabajado y estamos trabajando. Trataré de contar en pocos minutos algunas cosas que estamos haciendo, aclarando que no lo hace directamente el Estado sino que lo hacemos todos, y para hacerlo necesitamos consensuar estas políticas, y necesitamos saber qué piensa cada uno de los actores que trabaja en la gestión de los medicamentos. Siempre digo que podemos controlar, pero que para hacerlo necesitamos tener reglas y normas claras, de modo tal que todos sepamos cómo lo vamos a controlar.

En principio quisiera hablar del Programa Médico Obligatorio -PMO- de Argentina. Comentar brevemente qué estamos haciendo con el PMO, y en razón de eso qué estamos haciendo específicamente con los medicamentos en el PMO. En primer lugar estamos actualizando el Formulario Terapéutico del PMO y estamos haciendo también una metodología de esta actualización, de tal modo que realmente haya una metodología que todos conozcamos y que todos podamos debatir, lo cual implica también tener una actualización de índole periódica. Y siempre digo a modo de autocrítica que hoy la actualización del PMO no la hacemos desde la Superintendencia o del Ministerio de Salud, sino que la hacen los jueces permanentemente mediante amparos o medidas cautelares. Y ante esta realidad necesitamos corregir y tener una evaluación periódica para poder llegar a decir qué medicación está o va a estar incluida en el PMO, y luego seguramente explicaremos cuál es la metodología que estamos encarando para hacer este tipo de revisión.

El segundo aspecto es la revisión de cobertura y acceso de los productos. Estamos trabajando con la CIE analizando la utilización y la accesibilidad de los medicamentos en pacientes cubiertos por la seguridad social, hoy tenemos más de 70000 registros de todos los pacientes oncológicos del país que cubre la seguridad social, y también de los casos de hemofilia y HIV. Esto es algo que no teníamos hasta hace muy poco, concretamente hace un año esto no existía, y hoy estamos haciendo un seguimiento de cada uno de los tratamientos, registrando qué medicamentos están siendo utilizados y qué accesibilidad tiene la gente involucrada para tener estos medicamentos.

Y por último otro tema sobre el que estamos trabajando, y en el que no me explayaré ahora porque en el segundo día de estas Jornadas seguramente el Dr. Jorge Leguiza lo va a comentar, es la evaluación de tecnología. Hemos creado en la Superintendencia, a través de la Gerencia de Gestión Estratégica, un Departamento de Evaluación de Tecnología que permanentemente está analizando y evaluando con criterios de evidencia científica los medicamentos y la utilización de tratamientos, algo que piden constantemente los distintos sectores interesados en la utilización de esos medicamentos en tratamientos nuevos. Esto lo estamos haciendo en forma periódica, y los dictámenes de este tipo de evaluaciones de tecnología van a ser públicos, ya que se van a publicar en la página web de la Superintendencia a partir del mes de noviembre de este año. Es decir que todos los que quieran hacerlo podrán conocer cuál fue la evaluación que se hizo en la seguridad social a cada producto medicinal que

¹ Superintendencia de Servicios de Salud.

haya solicitado algún interesado. Y esto no es menor porque esta utilización que tenemos de los medicamentos, la accesibilidad y todo lo que se refiere a la cobertura, es algo muy importante. Hoy el gasto en medicamentos de la seguridad social ha aumentado en forma exponencial con relación a otros gastos, y entonces lo que necesitamos es conocer mejor para administrar mejor, y el conocimiento es justamente la etapa en la cual estamos trabajando.

Sinceramente deseo que estas Jornadas se desarrollen en un marco de conocimiento para todos, y que juntos podamos llegar a unas conclusiones que tengan sentido en la actualidad, tanto para nuestra seguridad social como para la salud de todo nuestro país. Muchas gracias.

Dr. Alejandro Ferro²

Buenos días a todos, señor Presidente de la Superintendencia, señor Presidente de FEFARA, autoridades del congreso, invitados, estimados profesionales y asistentes. Primeramente quería darles la bienvenida en nombre del señor Intendente de la Ciudad, Gustavo Pulti, quien seguramente estaría muy contento de estar aquí porque justamente uno de los lemas de Mar del Plata es “Una ciudad de 12 meses”. Y esto se aplica particularmente a actividades científicas y encuentros de análisis y debate como estas Jornadas, que hacen que realmente no sólo la ciudad pueda trabajar 12 meses, sino que se involucre tratando de resolver los problemas de inequidad que tenemos, tanto nosotros como otras ciudades importantes del país.

Es también importante rescatar el lugar en donde estamos. Hoy charlábamos con el Superintendente acerca de la importancia de este hotel, el N.H. Provincial, que estuvo doce años cerrado, y empresarios que creyeron en la ciudad lo reabrieron para todos nosotros. Esto es algo así como la postal de Mar del Plata, así que estamos muy contentos de que ustedes puedan disfrutar de algo que si bien podría decirse que es prácticamente anacrónico, renueva su encanto a través del tiempo.

Querría hacer algunas reflexiones que me parecen importantes. He leído el programa, y realmente los que trabajamos en la Salud Pública y además también lo hacemos en la Seguridad Social, hemos visto los desarrollos y desafíos increíbles que ha tenido esta última. Hablábamos de la terapéutica anti HIV y la terapéutica oncológica, de la necesidad de controlar toda esta enorme cantidad de medicamentos, del acceso a ellos y del control de la gestión de todos estos temas. En mi caso aclaro que vengo también del Hospital Público, donde trabajo desde hace más de 25 años, y realmente uno ve que todo esto sigue siendo una materia pendiente para el Estado, y no sólo el nacional. Porque creo que tenemos que mejorar a nivel de todos los estados, a nivel nacional, provincial y municipal, y en todos esos niveles tenemos que mejorar en el control y en la gestión de los medicamentos. Cuando veo lo bien que se gestiona a través de una farmacia o a través de una obra social, o qué bien está controlado todo como por ejemplo en el caso de la Superintendencia, y cómo se logra que funcione en la seguridad social, no puedo dejar de deplorar que tengamos tan pocos datos de lo que es el medicamento en la esfera pública.

Y en cierto aspecto esto va más allá de tener o no tener los medicamentos, y de algún modo plantea un tema de inequidad que de hecho lo hay, porque hay una brecha enorme entre la seguridad social argentina, muchas veces criticada, y la gente que no tiene seguridad social. Es realmente una brecha muy grande, y yo pienso que no solamente está originada en la falta del medicamento o del acceso al medicamento por parte del Estado, sino que es una brecha que también implica una inequidad de conocimiento. Y como funcionario municipal quiero entonces destacar la importancia que tiene para nosotros esta actividad que se va a desarrollar acá durante

² Secretario de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón.

estos dos días, para mejorar nuestra gestión de medicamentos y de alguna manera para que los medicamentos en el Estado dejen de ser casi una dádiva, sino que se planteen a través de un control de gestión, y comporten una actividad trazadora de los significados y resultados en enfermedades crónicas, prevalentes, de baja incidencia, etc.

Es alentador ver que es posible y que todo esto está perfectamente organizado. E incluso esto ha sido motivo para que tengamos con el Presidente de Fefara, Manuel Agotegaray, algunas charlas ulteriores para ver cómo podemos enriquecer nuestro conocimiento de la política, gestión y economía de los medicamentos a través de esta prestigiosa Federación. Nuevamente gracias por haber elegido nuestra ciudad, por permitirnos estar en estas Jornadas, y les auspicio y les deseo lo mejor para este encuentro.

CPN Mario Koltan³

Buenos días a todos. En mi caso particular quiero primeramente transmitirles el saludo del señor ministro de salud de la Nación, el Dr. Juan Manzur, que en esta oportunidad está viajando a zona de frontera, ya que todo el ministerio se está preparando para enfrentar con las mejores condiciones esta situación de amenaza que tenemos con los países limítrofes por el tema del dengue, ya que como probablemente sepan, se han denunciado más de 1.500.000 casos entre Bolivia, Paraguay y Brasil. Y se me ha encomendado entonces traerles la salutación a la gente de la Federación Farmacéutica junto con el agradecimiento por esta invitación, y al mismo tiempo compartir una de las Mesas sobre factores de riesgo sanitario y programas que está desarrollando el Ministerio de Salud de la Nación sobre enfermedades no transmisibles.

Quería aprovechar para comentarles respecto a esto que Ricardo Bellagio recién expresaba, acerca de la necesidad de la información, del conocimiento y el consenso, que todo es parte de una política de construcción, de una política sanitaria nacional que hace eje en la idea de la convocatoria a todos los sectores para cada uno de los grandes temas, de los grandes capítulos que conforman esto que queremos que sea una política de estado. O sea una política que más allá de los hombres que circunstancialmente tengan la responsabilidad de conducir el ministerio y la responsabilidad de influir sobre la calidad de vida de los argentinos, podamos definir los grandes temas entre todos, e ir dibujando paulatinamente un concepto de qué salud queremos para todos nuestros conciudadanos.

Y me gustaría remarcar que en este año de gestión, junto al esfuerzo que significó cuando nos hicimos cargo, resolver la pandemia de la gripe allá por los meses de Junio-Julio del año 2009, este año la campaña de invierno ha sido exitosa. Y en nombre del ministro agradecerles a todos por el éxito de esta campaña de invierno, y cuando digo agradecerles a todos es porque creemos que no es mérito del ministerio, sino que es mérito de haber convocado a todos los sectores académicos, científicos, a la industria, farmacéuticos, a los profesionales de la salud y de otras disciplinas, a todos lo que en una mesa consensuamos el mejor camino para abordar en el 2010 la campaña de invierno. Porque en el invierno de 2010 vacunamos aproximadamente 9.000.000 de personas, aplicamos aproximadamente 9.000.000 de dosis a una población vulnerable, eliminamos la circulación viral y tuvimos el éxito que todos conocemos, y que es fruto y mérito de todos los que estamos aquí y de todos los que están en cada rincón de nuestro país y han participado desde sus puestos.

También hemos tenido un 2010 con una campaña exitosa contra el dengue ya que a los más de 26.000 casos denunciados en el 2009, en lo que va de este año están denunciados menos de 1000.

³ Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales del Ministerio de Salud de la Nación.

Para concluir, digamos que nos seguimos preparando y convocando una vez más a todos los sectores para trabajar de manera conjunta, codo a codo, en una mesa donde podamos consensuar los caminos de construcción de esta política sanitaria. Es cierto que falta mucho por hacer, es cierto que entre todos tenemos que asumir la responsabilidad de garantizar la calidad de vida de los argentinos, pero no es menos cierto que hemos puesto nuevamente al ministerio en el papel rector que debe tener en materia sanitaria, ya que justamente nuestro Plan Federal sostiene que el Estado debe cumplir un papel rector. Por esto también quiero agradecerle al presidente de la Federación, Manuel Agotegaray, a las autoridades municipales y a todos los presentes, y comprometerlos en nombre del señor ministro a seguir trabajando en este camino, porque creemos que es el modo de construir con certeza una política pensada en el bienestar de todos los argentinos, que sea sustentable en el tiempo. Muchas gracias.

Farm. Manuel Agotegaray⁴

Buenos días a todos. La verdad que es muy difícil estar acá, y tener apenas unos minutos para tratar con unas breves palabras de transmitir lo que sentimos, hoy, los farmacéuticos que constituimos esto que un día denominamos FEFARA, y que no es más que un sentimiento y una forma de hacer dirigencia farmacéutica y de representar a la profesión.

Al estar en la ciudad de Mar del Plata con esta cantidad de participantes, y con la cantidad y calidad de disertantes que uno encuentra cuando recorre el programa, realmente tenemos los mismos problemas que debe haber tenido Maradona en el vestuario. Porque tenemos muchas figuras destacadas en este programa, y lo mismo sucede con quienes comparten esta mesa con la que abrimos nuestras Jornadas 2010. En general nosotros rescatamos muchísimo a los que hoy son funcionarios, ya que han sido seguramente trabajadores de la salud, y van a seguir siéndolo en el futuro. Por ejemplo a Ricardo Bellagio le vengo siguiendo su trayectoria desde hace tiempo porque realmente es gente de trabajo y de ir cosechando y compartiendo experiencias a medida que se va recorriendo el camino. En FEFARA decimos siempre que no tenemos ningún tipo de prejuicio ideológico para poder defender una profesión, que a nuestro entender se tiene que seguir ejerciendo en forma liberal, y tampoco podemos tener desde nuestra Institución ningún prejuicio político. Por todo ello, le quiero agradecer a las personas que tengo a mi lado porque sé que recorren el mismo camino que nosotros, y creo que van a ayudar muchísimo a que estas Jornadas se transformen en lo que ya hace casi nueve años imaginábamos. Al respecto, ahí en el extremo de la mesa están los ocho libros del 2002 en adelante, una biblioteca donde queda reflejado absolutamente todo lo que cada disertante, independientemente de su posición política, de sus creencias en el mercado, en el Estado y en la regulación, pudo libremente decir en su momento. Como siempre, éste es un tema que quiero resaltar y rescatar desde el inicio de este nuevo encuentro.

Quédense tranquilos que en FEFARA creemos que sin herramientas de trabajo, sin sistemas, no hay Estado. Todo el mundo le echa la culpa al Estado sin saber quién es, y entonces resulta muy fácil decir que no hay políticas de estado. Pero también nosotros del lado de la profesión, tenemos bien en claro que si no trabajamos y no aportamos las herramientas necesarias para las políticas que los funcionarios de turno quieran llevar adelante, eso es imposible. Así que en eso les queremos dar la tranquilidad de que tienen un grupo muy consolidado de colegas de todo el país que vamos a seguir trabajando, fundamentalmente para lograr la seguridad y la eficacia del medicamento, que me parece que es en lo que en estos tiempos entre todos tenemos que seguir mejorando.

⁴ Presidente de FE.FA.RA. (Federación Farmacéutica Argentina).

Creo que en el acceso al medicamento estamos bastante bien, pero en todo lo que es la seguridad y la eficacia no tanto. Esto tiene que ver con el manejo del medicamento y con lo que está afuera de la cajita, y entre todos tenemos que hacer una alianza muy firme de decisiones y de trabajo para que la población tenga el resguardo que merece. Porque evidentemente es la que está más desprotegida, y porque generalmente no tiene la información para poder manejarse.

Pasando a las Jornadas, comenzaremos con una Mesa donde veremos la reforma de salud que se está llevando a cabo muy cerca nuestro, en Uruguay, y donde nuestros amigos de ese país nos comentarán algunas innovaciones muy buenas que están llevando a cabo, tema que también será comentado por nuestro amigo el Profesor Juan Rafael Vargas de la Universidad Costa Rica, y creo que ambos van a hacer aportes fundamentales para que entre todos sigamos aprendiendo.

En estas Jornadas se da la posibilidad de comparar experiencias de trabajo, en algunos casos a nivel internacional, sobre los sistemas de salud, y también entre actores que hoy están en el día a día de varias provincias argentinas, lo que nos permitirá contrastar la realidad con las posibilidades y limitaciones de encontrar soluciones en cada caso.

Además, creo que todos tenemos en claro que una de las cosas más difíciles en un sistema de salud y en una política de medicamentos es ser justos, porque los recursos siempre son de alguna forma limitados. Reconocemos que a los que les toca tomar las decisiones uno les exige en general que sean lo más justos posible, y no es algo sencillo. Pienso que de eso los farmacéuticos sabemos mucho por el contacto diario que tenemos con la población, así que me parece que también es un tema para prestarle atención.

Vamos a seguir cuidando la autonomía y la libertad que tiene la profesión farmacéutica, para hacer estas Jornadas con la gente que realmente entiende y coincide con nosotros, acerca de cuál es el camino de la profesión y los aportes que ésta puede hacer al Sistema de salud. Seguiremos trabajando en ese sentido y seguiremos recogiendo la experiencia que estos dos días intensos y ricos seguramente nos van a proporcionar, para llevarlas a la práctica durante lo que queda del año y los años que le sigan. Siempre hemos tomado a estas Jornadas como una base de datos y de experiencias que se puedan después adecuar a lo que necesitamos en el tema de medicamentos.

Voy a comentar algo con sentido un poco egoísta pero es que ayer tuvimos un día muy intenso de trabajo con dos colegas de España, que también nos acompañan, Manuel Pérez Fernández, presidente del Colegio de Sevilla, que ya estuvo con nosotros en el 2007 y nuevamente nos permitió analizar y comparar lo que pasa en España con la política de medicamentos, y ver qué hace la gestión farmacéutica para defender los objetivos de la profesión. Y en esta oportunidad ha venido acompañado por otro amigo que es Antonio Miglioransa, quien es Presidente de la Federación de Distribuidores de España, donde la distribución de medicamentos está en un 80% aproximadamente en manos de los farmacéuticos, cosa que en Argentina supimos perder, y entonces para nosotros también es un modelo a mirar. Obviamente que no se pueden trasladar las experiencias exactamente de un lugar a otro, pero en una larga jornada con los colegas de todas las provincias a nuestros dos visitantes, aprovechamos para exprimirlos y dejarlos extenuados, así que también un agradecimiento muy especial para ellos.

Finalmente, no me queda más que agradecer la presencia de tantos colegas y amigos de todo el país. Para nosotros la organización de estas Jornadas trae desafíos importantes, somos una organización muy humilde pero en permanente movimiento, con mucho trabajo, por eso agradecemos los gestos tanto de los disertantes y de los organizadores, como de todos los participantes, y solamente les decimos que todos los que somos FEFARA estamos a su disposición en estos dos días de encuentro para poder compartirlos de la mejor manera.

Declaramos abiertas estas Jornadas, muchísimas gracias.



Mesa I

Reforma de la salud: un sistema integral y solidario a la uruguaya

Coordinador: Farm. Juan Carlos Rucci⁵

Vamos a dar comienzo a esta nueva edición de nuestras Jornadas de Política, Economía y Gestión de medicamentos, y la verdad que no quiero dejar de agradecer la presencia de tantos participantes, y si bien implica un desafío y un compromiso mayor, voy a agregar que es una alegría y una satisfacción comprobar que nos hemos visto desbordados en la cantidad de público, de modo que nos disculpamos por algunas desprolijidades involuntarias que pudieran surgir como consecuencia de ello.

Esta primera Mesa nos propone un análisis de la reforma de salud en nuestra hermana y querida República de Uruguay. El expositor que va a llevar adelante la presentación es el Dr. Gilberto Ríos Ferreira, un hacedor de esta política de estado en Uruguay que tuvo gran éxito en generar equidad en el marco de un sistema sustentable institucionalmente. Esta reforma obviamente, es un proceso que implicó cambios en los modelos de gestión, de atención y de financiamiento. En este sistema coexisten lo privado y lo público y cuenta con gran participación, en el financiamiento, por parte del Estado. Agreguemos que la reforma tuvo una característica central, y es que fue discutida por todos los actores, pero princi-

⁵ Secretario de FEFARA y Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe, 2º Circunscripción.

palmente por el usuario, el ciudadano uruguayo. Ello generó, tomando las palabras de Tabaré Vázquez, un servicio nacional de salud eficaz y eficiente, pero por sobre todas las cosas humano.

Vamos a contar también en esta instancia con los comentarios del Profesor Juan Rafael Vargas, que nos visita por segunda vez y que ya es un amigo de la casa, quien nos va a permitir analizar esta exposición desde la óptica del sistema de salud costarricense, un sistema mundialmente reconocido por sus buenos indicadores de salud en relación al gasto de salud del Estado de Costa Rica.

Vamos a presentar someramente a ambos, para dar lugar a que comiencen con sus exposiciones.

El Dr. Gilberto Ríos Ferreira es médico, especialista en Administración de Servicios de Salud egresado de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República Oriental del Uruguay (UDELAR), y en Planificación de Políticas de Recursos Humanos. Es además maestrando en Política y Gestión en Salud en Europa y América Latina, egresado de la Universidad de Bologna, Italia. Fue dirigente estudiantil, diputado nacional del Frente Amplio y miembro responsable de la Comisión Mercosur del Sindicato Médico de Uruguay. En 2005 fue designado Subdirector General de la Salud del Ministerio de Salud Pública y desde ese cargo actuó como coordinador nacional del CGT11 Salud Mercosur, y de la reunión de ministros de salud del Mercosur y estados asociados, y desde su creación en noviembre de 2008 es el Coordinador Nacional de Consejos de Salud de la UNASUR. Actuó como delegado del Ministerio de Salud Pública en el grupo de trabajo interinstitucional permanente, en el cual participan la Facultad de Medicina, la Academia de Medicina, el Sindicato Médico del Uruguay y la Federación Médica del Interior, punto focal del Ministerio de Salud Pública para la Red Iberoamericana de Enseñanza e Investigación en Salud Pública. También fue representante del Ministerio de Salud Pública en la Comisión Binacional Asesora de Salud en Fronteras.

El profesor Juan Rafael Vargas obtuvo un doctorado en Economía en la Universidad de Filadelfia, Pensilvania, así como una licenciatura en Economía de la Universidad de Costa Rica, entrando luego a formar parte de la Escuela de Economía como profesor en los programas de Economía y fue Subdirector del Instituto de Investigaciones Económicas, además de Director de la Revista de Ciencias Económicas y Director del Postgrado en Economía. Actualmente es catedrático y director del programa "Hablemos de economía", el cual se transmite semanalmente por canal 15. Ha sido profesor invitado en México y España, y ha escrito libros y artículos científicos sobre macroeconomía, macro-econometría, economía ambiental y economía de la salud y de los medicamentos, actuando como director de múltiples tesis y trabajos de graduación tanto de postgrado como de pregrado.

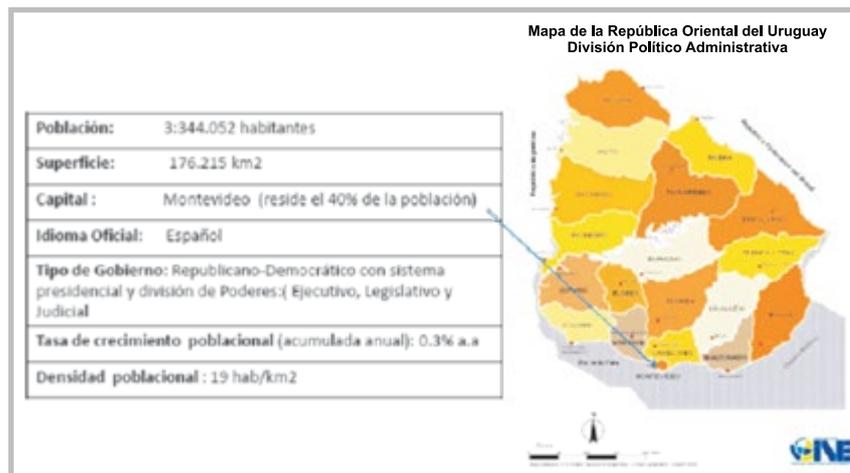
Reforma de la salud: Un sistema integral y solidario a la uruguayaya

Dr. Gilberto Ríos Ferreira

Introducción

Buenos días para todas y para todos, en primer lugar quiero agradecer la invitación de FEFARA y en particular la gestión de Carlos Vassallo, que fue docente nuestro en la Maestría de la Universidad de Bologna. Quiero contarles también que para nosotros que hace mucho tiempo andamos en este tema, no es fácil encontrarse con un público que es diferente al que habitualmente nos dirigimos, así que tuvimos que hacer muchas modificaciones en la presentación, y sinceramente espero que responda a los objetivos que se han planteado, y desde ya reservaremos espacio para intentar contestar todas las preguntas que puedan surgir.

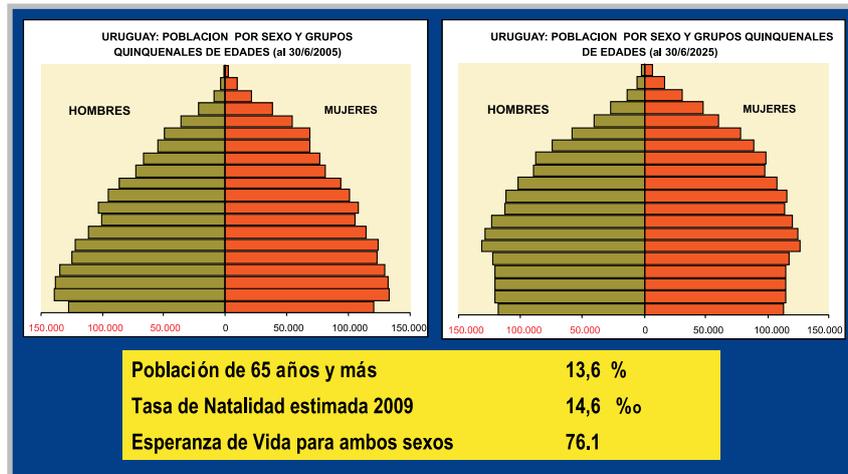
Uruguay



Si bien estoy seguro que conocen bastante a nuestro país, quisiera primero contextualizar al Uruguay. Es desde ya un país pequeño, con 3.500.000 habitantes, un país que es unitario y por lo tanto no tiene la característica de Argentina o de Brasil en cuanto a país federal, y que tiene un sistema de gobierno republicano democrático. Nuestra densidad poblacional es muy baja y está altamente urbanizado.

Creo que el elemento que más caracteriza a Uruguay, y que en realidad no se diferencia mucho de Argentina pero nos interesa remarcarlo, es el hecho de que su pirámide poblacional tiende al envejecimiento. Ya hicimos la transición demo- epidemiológica, y hoy por hoy la población de 65 años y más ya supera el 13.6%. Tenemos una baja tasa de natalidad y una esperanza de vida promedio para hombres y mujeres de 76.1 años.

Uruguay: tendencia al envejecimiento



Es decir que es un país que, desde el punto de vista sanitario, tiene hoy perspectivas de enfoques totalmente diferentes a lo que era habitual, teniendo en cuenta que hoy por hoy las enfermedades crónicas no transmisibles son las principales causas de morbilidad en nuestro país.

Conceptualmente lo primero para nosotros en esta discusión que se dio en Uruguay a partir del 2005, es que para la reforma **concebimos a la salud como un derecho humano fundamental, como un bien público y por lo tanto una responsabilidad del gobierno**. Esto que parece una frase muy sencilla de explicar, para nosotros era esencial, porque incluso desde el punto de vista de la Constitución de la República de Uruguay no se garantiza de esta manera la salud. Allí se concibe la salud como un bien, entendiendo que hay que resolverlo para los indigentes, pero a diferencia de otras constituciones no está previsto como un derecho. Y en segundo lugar, esto tiene también importancia por el hecho de que en muchas instancias internacionales, esta concepción de salud como derecho humano no es aceptada por todos los países y es motivo de polémica permanente.

El otro elemento es que nosotros **entendemos la reforma como un proceso**, es decir que no es un acto único, ni administrativo ni legislativo, ni se constituye por la puesta en funcionamiento de un sistema porque se tiene un financiamiento, sino que es un proceso que va a llevar mucho tiempo, al que habrá que ir ajustando sobre la marcha. Tiene como base reorientar dos subsistemas que existían en el país: un subsistema privado fuertemente regulado que era el sistema de las mutuales, las instituciones y los recursos actuales. La idea era implementar una reforma como parte de un proceso de construcción colectiva entre todos los actores del sistema.

En el 2006, el entonces Presidente de la República del Uruguay, Dr. Tabaré Vázquez, planteaba que la meta que nos proponemos es que todos los uruguayos puedan recibir una atención integral mediante un Sistema Nacional Integrado, mixto, público y privado; y financiado por un Seguro Nacional de Salud.

Podemos decir que la esencia de la peculiaridad de este modelo uruguayo es esta palabra que está en el medio que es **"integrado"**, ya que muchas veces llamamos a los sistemas, Sistemas Nacionales de Salud y nos olvidamos esa palabra, pero que para el caso de Uruguay es la palabra que identifica y peculiariza a este modelo, porque el concepto "integrado" significa que esto incorpora las experiencias sanitarias de dos subsectores que tenían enorme tradición en el país, que son el sector público y el sector privado regulado, que es el sector mutual y el sector cooperativo.

¿Cual es el otro elemento que caracteriza la reforma del Uruguay? Es que la reforma no se hizo aislada del contexto del país, sino que la reforma del sector salud se hizo en un periodo de gobierno donde después de la crisis de la región del 2002, que en Uruguay fue casi tan fuerte como en la Argentina, teníamos una situación de pobreza e indigencia, y era desde ya una muy mala situación económica.

Se plantearon entonces **una serie de reformas que se complementaban unas con otras:**

- Con la **Reforma Tributaria**, por el lado de la recaudación del aporte en salud por la DGI (renglón del IRPF) y por el lado del alineamiento de las tasas de aportación a salud y a dicho impuesto.
- Con la **Reforma de la Seguridad Social** y en particular a la formalización del mercado de trabajo, sea a través de ampliación de la base de la seguridad social a familiares de Disse o de trabajadores públicos, con la reactivación de los mecanismos de negociación colectiva de trabajadores, o a través de instrumentos de aportes contra prestación en salud. (Comisión Sectorial de Seguridad Social).
- Con el **Plan de Emergencia** que se hizo para tratar de subsanar la crisis de pobreza que vivía el país, a través del ingreso de los beneficiarios de dicho plan al sistema público de salud.
- Con el **Plan de Equidad, Reformas Estructurales de las políticas sociales**. (Consejo Nacional Asesor de Políticas Sociales y Gabinete Social). Comprendió una serie de políticas sociales que se vivieron con el Plan de Equidad o el Plan de Uruguay Trabaja, que en definitiva fueron impulsados para eso por un ministerio que se tuvo que crear en el 2005, que fue el Ministerio de Desarrollo Social.

En el periodo 2005-2009 se da el inicio y la base de la reforma, que es recoger todos los aportes de las luchas de los movimientos sanitaristas de todo tipo: gremios médicos y de otras disciplinas, federaciones, funcionarios de la salud pública y privada, movimiento estudiantil y organizaciones sociales, que desde el principio de la década del '60, ya viendo la crisis de los subsistemas preexistentes, se planteaban buscar un sistema único de salud.

El sistema de salud antes de la reforma

Antes de la reforma y teniendo en cuenta que en la década del '90 en la Región habían existido una serie de cambios del sector salud, las características del sistema de salud de Uruguay en realidad no se diferenciaban mucho de las de otros países, en cuanto a que la atención se basaba en múltiples servicios de salud que estaban centrados en la atención de la enfermedad y no articulados entre sí, con marcada inequidad en la asignación de los recursos financieros y recursos humanos.

Esto daba como resultado un **modelo de atención** que era el hegemónico que sintéticamente tenía las siguientes características:

- Fragmentado y segmentado
- Esencialmente individualista, medicalizado y asistencialista o curativo
- Con un gran peso de la súper-especialización, el hospital como eje y la medicina reparadora
- Precarización del trabajo en el sector
- Flexibilización, subocupación, desocupación y multiempleo del personal de salud
- Heterogeneidad de las prestaciones
- Dificultad e inequidad para acceder y utilizar la cobertura de atención formal
- Promoción y prevención de la salud prácticamente inexistentes
- Altos costos con bajos beneficios y bajo impacto sobre la calidad de vida (había una tasa de mortalidad infantil que rondaba el 15 por mil a comienzos del 2005)
- No contemplaba la participación activa de los trabajadores ni de los usuarios/as.

Otro aspecto que también caracterizaba al país era que si bien teníamos la **rectoría**, la autoridad sanitaria estaba muy pauperizada, con un débil desarrollo del rol rector del MSP, que le fuera concedido en la Ley Orgánica de 1932. Puede decirse que eso era producto de las reformas de los '90 donde el papel del Estado se relegaba a un segundo plano, y eso repercutió también en el Ministerio de Salud Pública. Otro aspecto no menor era una total falta de planificación de los recursos humanos.

Y en cuanto al **financiamiento**, este era fragmentado, había una distribución inequitativa de los recursos de salud disponibles, y además el sector privado regulado (sistema mutual), venía de una crisis sostenida del fin de la década del '60, con una serie de instituciones que iban cerrando porque no se sostenían financieramente.

Respecto a esto último, a nosotros siempre cuando hablamos de la reforma sanitaria de Uruguay, nos interesa mencionar a las **mutuales** que son las más relevantes por su larga trayectoria y la fuerte regulación que se ejerce sobre ellas, y decir que tienen una larga historia. Nosotros las llamamos **Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)**, y están reguladas por la Ley N° 15.181 y sus decretos reglamentarios, brindan atención integral y no persiguen fines de lucro. La forma jurídica predominante hoy son las cooperativas médicas, sobre todo en el interior del país, y hemos tenido sobre todo mutuales que cumplían funciones de asegurador y prestador, con una fuerte regulación del Estado. Son 40 en todo el país y tienen una dotación de camas que rondaba las 2500 a nivel país.

La reforma: el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

Proceso político de implementación de la reforma

La Reforma de la Salud implicó un proceso político, desde ya no fue ni es un proceso automático donde sólo con la aprobación de las leyes transformamos mágicamente las realidades, lo cual era imposible particularmente si se trataba de una realidad que venía deteriorándose desde hacía muchísimos años.

La transformación del Sistema de Salud fue y es un proceso complejo, que implica: **Estudios, Acuerdos, Conflictos y Negociaciones**.

Para ubicarnos en el contexto, digamos que nosotros comenzamos el gobierno el 1 de marzo de 2005 y teníamos mayoría parlamentaria en las dos Cámaras. Cabe pensar entonces que podríamos haber dicho que el día 2 de marzo llevábamos las leyes y armábamos un nuevo sistema. Lo cierto es que nos llevó dos años y medio la negociación para poder aprobar las tres grandes leyes que sustentan la reforma. Existieron como decíamos estudios, acuerdos, conflictos y negociaciones, pero que en definitiva permitieron que cuando se definió la **arquitectura legal de la reforma**⁶ hubiera una base de consenso y de conocimiento mucho más amplia que cuando comenzamos el gobierno.

- Por Decreto de marzo de 2005 se creó el **Consejo Consultivo para los cambios en salud** que convoca con regularidad a todos los sectores involucrados. Ésta fue la primera acción que se hizo y en la que participaron todos los actores, instituciones, prestadores públicos y privados, trabajadores, usuarios y academias.
- Se **reconstituyeron los Consejos de Salarios**, incluyendo no sólo la negociación salarial, sino también la negociación de las condiciones de trabajo del sector salud.
- En la **Ley 18.131 que crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) se incluye una comisión de seguimiento para el manejo del Fondo con participación de trabajadores y empresarios**.

⁶ Fuente de datos: presentación subsecretario MSP. Jornada Observatorio MERCOSUR.

- En la ley **18.161 que crea ASSE como servicio descentralizado se incorpora en su directorio un representante de los trabajadores y un representante de los usuarios**. Esta es otra ley que también caracteriza a la reforma, y donde el prestador público asistencial más importante del país que en la Asociación de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que hasta junio del 2007 estaba integrada al Ministerio de tal modo que el Ministerio era rector y prestador, se separan claramente las funciones asistenciales que eran de ASSE, y en el Ministerio quedan solamente con la función de rectoría.
- En la ley **18.211 se crea la Junta Nacional de Salud como órgano de administración del Seguro Nacional de Salud con la participación de un representante de los usuarios, uno de los trabajadores y otro de las empresas del sector salud**.
- Por la misma ley en **cada prestador que quiera integrar el SNIS debe existir un organismo consultivo y asesor** integrado por la propia empresa, usuarios y trabajadores de dicha empresa.

Objetivo central de la reforma

El objetivo central de la Reforma del Sistema de Salud es la **universalización de la atención a la salud** a toda la población, en **niveles de accesibilidad y calidad homogéneas**, y con una **justicia distributiva en la carga económica** que el gasto en salud representa para cada ciudadano.

Estrategia de la reforma

Para alcanzar el objetivo la estrategia de la Reforma se definió en tres grandes ejes de desarrollo: el **cambio del modelo de financiamiento**, el **cambio del modelo de gestión** y el **cambio de modelo de atención**, orientados hacia la construcción del Seguro Nacional Integrado de Salud.

Veamos cuáles son las **características del cambio del modelo de gestión**:

- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria
- Separación de la rectoría y la provisión
- Garantizar un acceso más equitativo
- Pago por cápitas y metas y administración del Seguro Nacional de Salud por la Junta Nacional de Salud
- Transparencia de la gestión pública a través de la Junta Nacional de Salud, con participación social y de los trabajadores y de los empresarios.

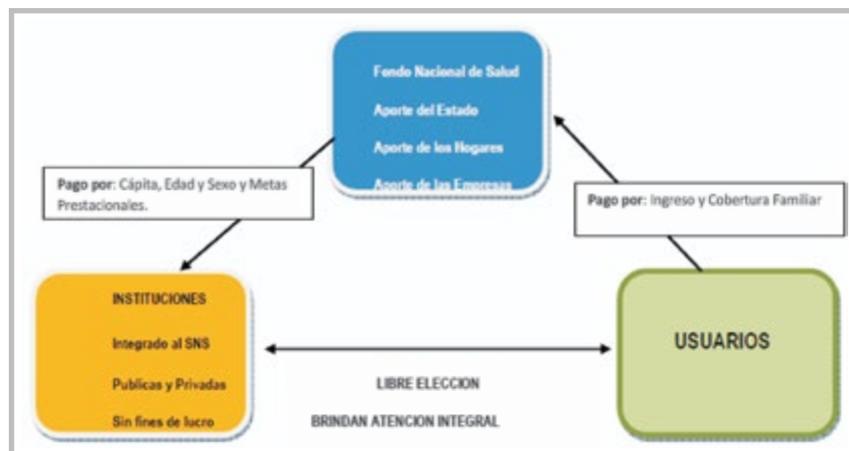
Cambio del modelo de financiamiento

En cuanto al **cambio de modelo del financiamiento**, los puntos estratégicos podrían sintetizarse como sigue:

- Simplificar la compleja red conformada por diversas fuentes de financiamiento que coexisten actualmente, detrás de las cuales se escondían importantes problemas de equidad.
- El seguro se fue financiando mediante la recaudación de impuestos y aportes de las empresas y los trabajadores por la vía de la seguridad social.
- Este financiamiento después se pasa a los prestadores de servicios integrales del SNIS, de acuerdo a un contrato de gestión (JUNASA) que los prestadores asumen con la Junta Nacional de Salud.
- El pago a estas instituciones se realiza mediante cápitas ajustadas según riesgo de la población cubierta, tomando en cuenta la edad y el sexo, y además por el cumplimiento de metas asistenciales.

En el siguiente cuadro mostramos la base del nuevo esquema del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Cambio del modelo de financiamiento



Fuente: Ríos Ferreira G., Director General de la Salud-MSP- Uruguay, 2010.

Vemos que hay un Fondo Nacional de Salud donde aporta el Estado, y aportan los hogares y las empresas, donde se paga por ingreso y cobertura familiar. De ese Fondo se paga a las instituciones públicas y privadas, sin fines de lucro, que integran el SNIS, y este pago se hace por cápita, ajustada por edad, sexo y metas asistenciales. Los usuarios hacen una libre elección por un sector público o privado, y ambos tienen que darle una prestación integral en calidad homogénea.

Las **metas asistenciales** quizás han sido la novedad y la otra peculiaridad que tiene esta reforma del Uruguay. Constituyen junto con las cápitales, mecanismos de financiamiento del SNIS, que conducen al logro de objetivos sanitarios del sistema vinculados al cambio del modelo de atención. Las cápitales se pagan, no solamente la misma a todas las instituciones por la cantidad de personas que se adscriben a las mismas, sino que como dijimos, se toma en cuenta el riesgo de la edad y el sexo como factor de ajuste, pero dejamos un porcentaje que anda alrededor de un 10% que se paga en función del cumplimiento de metas sanitarias, que luego explicaremos en qué consisten, pero que están muy atadas al cambio de modelo de atención.

Los **contratos de gestión** constituyen la herramienta que la Junta Nacional de Salud tiene, para que los prestadores integrales que firmen ese contrato estén obligados a una serie de requerimientos controlados por la misma JUNASA en cuanto a su cumplimiento. Son uno de los aspectos más destacados y tienen que ver con el cambio del modelo asistencial y de gestión, y si bien se vinculan a la asignación de recursos económicos, están orientados sobre todo a garantizar una atención integral de la mejor calidad.

Cambio del modelo de atención

El cambio del modelo de financiamiento y el cambio de modelo de gestión, puede decirse que en las grandes líneas están previstos. Pero sabemos que el tema más difícil y más complejo es el cambio de modelo de atención, porque ahí ya hay un tema cultural. Las instituciones, no solamente el sector salud propiamente dicho sino las propias instituciones formadoras de recursos humanos del sector salud, estaban pensadas para otro modelo, y por lo tanto cambiar eso es lo que más tiempo nos va a llevar, y sabemos que es el desafío principal que tiene esta reforma.

Buscamos y proponemos un modelo que sea eficaz y eficiente, de cobertura universal, equitativo y solidario, que permita el logro de una mejor calidad de vida para la población. Y en ese sentido las **acciones centrales emprendidas** son las siguientes:

- A. Fortalecimiento de los aspectos preventivos sobre los curativos, con énfasis en el **Primer Nivel de Atención** con una estrategia de **Atención Primaria de Salud**, con un enfoque de cercanía y desarrollo.
- B. **Promover la educación y promoción de salud** con un abordaje interdisciplinario e intersectorial que permita actuar sobre los factores determinantes de la calidad de vida de las personas (sociales, económicos, culturales y ambientales).
- C. **Prevención de las enfermedades prevalentes**, y teniendo en cuenta los aspectos demográficos del Uruguay tenemos un enfoque muy fuerte hacia las enfermedades crónicas no transmisibles, actuando sobre los hábitos de vida inadecuados, adelantándonos a su presentación con activas políticas de educación, inmunización y detección oportuna.

Habíamos hablado del **Pago por metas a los prestadores como estímulo al cambio del modelo de atención**, tienen que ver con programas que revisten especial interés para la reforma y básicamente son las siguientes:

- A. **Salud del niño hasta los 14 meses**
 - Promoción de la salud
 - Lactancia materna
 - Control del crecimiento y desarrollo
- B. **Salud de la mujer**
 - Promoción de la salud
 - Captación y control adecuado del embarazo
 - Salud sexual y reproductiva
 - Prevención del cáncer
- C. **Médico de referencia y capacitación**
- D. **Adulto mayor**

Diferencias entre los sistemas de salud

¿Cuáles son las diferencias entre los dos sistemas?

En el siguiente cuadro, confrontamos ambos sistemas, el anterior y el actual, señalando sintéticamente sus diferencias:

Diferencia del sistema anterior con el SNIS

ANTERIOR	ACTUAL
Dos subsistemas fragmentados inequitativos y sin vínculos de complementariedad, con una lógica de mera competencia generando gastos innecesarios.	SNIS único orientado a racionalizar las prestaciones y recursos en salud. Complementación y articulación entre los efectores, especialmente en pequeñas localidades, asegurando la equidad en las prestaciones.
Modelo esencialmente curativo y asistencialista, con enfoque hospitalocéntrico y de alta tecnología como forma de competencia entre los efectores.	Fortalecimiento del Primer Nivel con estrategia de APS, participación de los trabajadores y los usuarios. Jerarquiza la Promoción y Prevención.
Sólo los trabajadores privados estaban comprendidos en el convenio con la S. Social.	Se crea un Seguro Nacional de Salud, incluyendo progresivamente a toda la población.
Sólo el trabajador tenía derecho a la cobertura de salud.	Se extiende el derecho a la familia del trabajador.
DISSE pagaba cuota única a los prestadores.	El pago a los prestadores es por riesgo (Edad y sexo)
Los pagos del DISSE no incluían estímulos al cambio del modelo de atención y a la orientación del gasto.	Transforma el modelo de atención hacia una estrategia de APS, en base al pago de un Plus por Performance ligado a metas del Primer Nivel de Atención.
El trabajador pierde su cobertura en salud al dejar de ser trabajador activo y pasar a ser pasivo (jubilación).	Transforma el seguro de salud en un seguro de por vida ligado a la Seguridad Social, ya que no se pierde la cobertura del aseguramiento al dejar la actividad laboral.
No existía un marco taxativo de cuáles eran los programas y las prestaciones obligatorias.	Regula la cantidad y calidad de las prestaciones a través de la definición taxativa del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), y los tiempos de espera. Define Programas Prioritarios que deberán desarrollar los prestadores.
No había participación social, dejando de lado la participación en la gestión de los trabajadores y los usuarios.	Incorpora la participación social (JUNASA, Directorio de ASSE, Consejos Consultivos en los prestadores integrantes del SNIS).

La Reforma: los logros

En la siguiente tabla mostramos un poco de información en cuanto a logros. Tomamos en este caso como punto de partida el 2004 y puede verse luego a lo que llegamos en el 2005 en cuanto a disminución de pobreza, crecimiento del salario real, y toda una serie de elementos que de por sí también fueron elementos vectores, que confluyeron para lograr que en esta primera etapa de la reforma tuviéramos garantizados los aspectos básicos de financiamiento estructural para sostenerla.

La reforma de salud y los logros sociales del gobierno en la redistribución de ingresos

EL PUNTO DE PARTIDA DEL GOBIERNO - RESULTADOS 2004 -		
RUBROS	2004	2008
PBI en Millones de dólares	13.167 4.000/Hab	32.400 9.000/hab
Deuda s/PBI	113,6%	57,0%
Crecimiento del PBI	-17,0%	+35.4%
Inversión s/PBI	9,8%	18,0%
Crecimiento de exportaciones	-33,0%	100,0%
Gasto Social (mill. U\$S)	700	2.200
Tasa de desempleo	13,1%	7,3%
Crecimiento del salario real	-24,1%	+24.5%
Pobreza en porcentaje	30,9%	20.3%
Pobreza en personas	1.030.359	647.000
Fuente: Elaboración propia en base a datos del BCU e INE. Nota: En donde dice crecimiento se refiere al período 2000 - 2004 y 2005 - 2008.		

Fuente: presentación subsecretario MSP, Jornada Observatorio MERCOSUR.

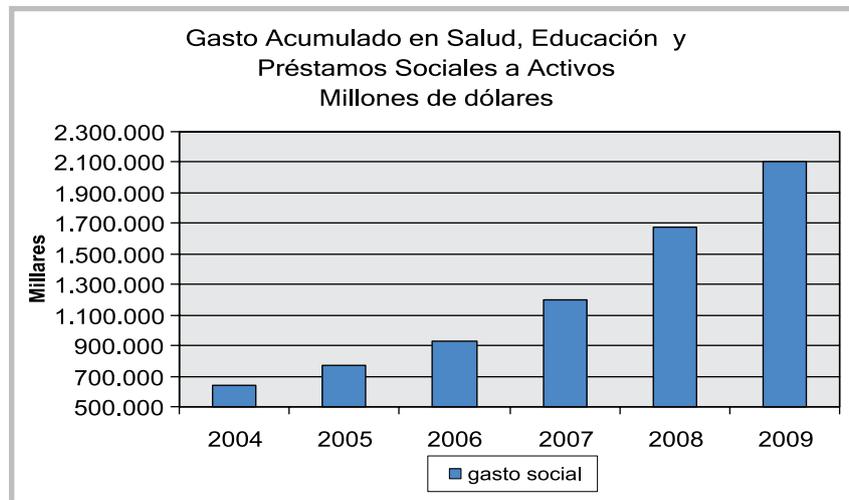
El otro elemento que también tenía características parecidas con la reforma, y que también ayudaba, fue la **institucionalidad de base**, que incluía además de la reforma de salud, la Ley de Negociación Colectiva y otras leyes laborales, la Reforma Tributaria, la Ley de Educación y cambios en el sistema de Protección Social.

A través de un Plan de Equidad, el Estado comenzó a participar activamente en otras áreas con criterios comunes a la reforma social:

- Conducción del Estado. (Nuevo Estado de Bienestar)
- Carácter universalista del acceso
- Aportes de los beneficiarios según su ingreso y recepción del beneficio según sus necesidades
- Incremento presupuestal para complementar los recursos del desarrollo de la política social
- Prioridad en los hogares con mayor presencia de menores de 18 años.

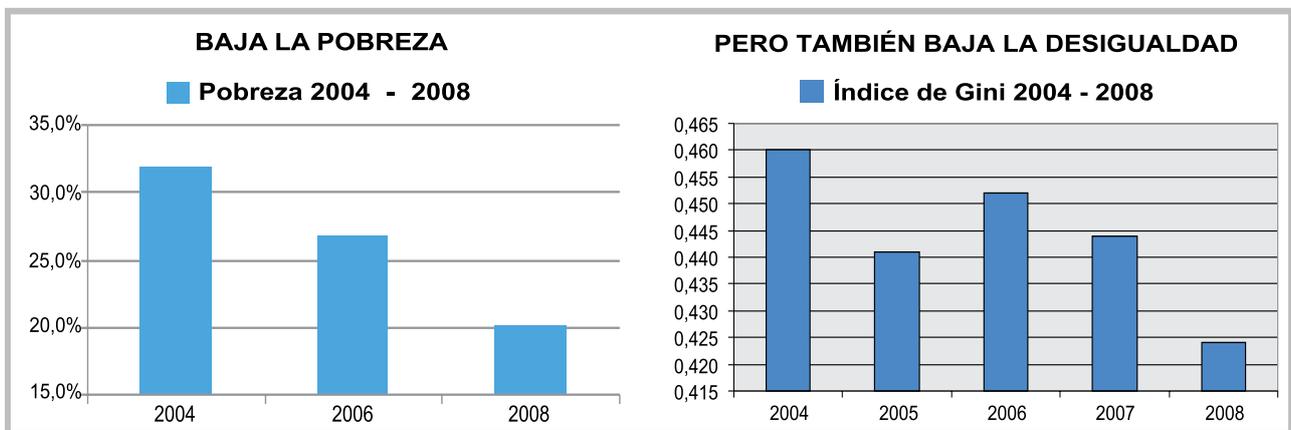
En el siguiente gráfico puede verse el gasto social acumulado del periodo, donde se ve el crecimiento del gasto social al 2009.

Gasto en políticas sociales



Fuente: presentación subsecretario MSP. Jornada Observatorio MERCOSUR.

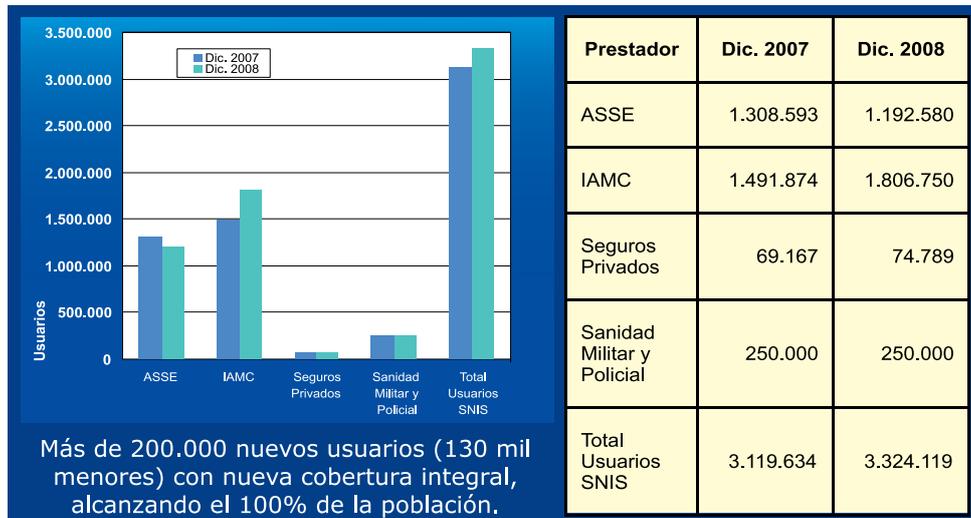
Y estos dos gráficos que siguen muestran un poco la **evolución de la pobreza en el Uruguay en el quinquenio**, y la baja del índice de GINI que se dio con la aplicación del conjunto de estas políticas.



Fuente: presentación subsecretario MSP. Jornada Observatorio MERCOSUR.

Finalmente mostramos un poco la realidad que tenemos hoy en cuanto a la participación en el sistema, donde vemos cómo hoy en el sistema, incluyendo Sanidad Militar y Policial que tienen su estatuto propio, tenemos una cobertura de casi el 100% de la población.

Acceso universal: aumento de la atención integral



Fuente de datos: presentación subsecretario MSP. Jornada Observatorio MERCOSUR.

La Reforma: etapas y estrategias a nivel país

¿Cuáles son las etapas en las que estamos ahora y que son claves para seguir profundizando en la reforma?

- Fortalecer el papel rector del Ministerio de Salud
- Colocar en posición de liderazgo al equipo de Salud del Sector Público
- Diseñar: Normas, Pautas, Indicadores y Controles para todos los efectores, que nos conduzcan al Nuevo Modelo
- Contribuir al desarrollo y transformación de los RRHH interactuando con el sistema formador, porque sino no cambiamos el modelo

Fortalecimiento de las funciones de rectoría del MSP

Descentralización del Ministerio de Salud Pública

Estamos también impulsando la **descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa**, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.⁷ La idea es darle capacidad de gestión en los territorios que son en nuestro país los departamentos. La idea es fortalecer la Dirección Departamental de Salud, conformar Unidades de Epidemiología Departamentales, generar Planes de Salud Departamentales y articular el sistema público-privado en cada territorio.

⁷ Ley N° 18.211, Creación SNIS, Art. 4°.

Medicamentos y evaluación sanitaria

En la parte de **políticas de medicamentos**, las ideas directrices son garantizar el acceso y el uso racional, fortalecer el proceso de compras públicas, trabajar sobre medicamentos huérfanos y sobre los de alto costo.

En cuanto a la **evaluación sanitaria**, nuestro propósito es fortalecer la evaluación sanitaria sobre todo por la incorporación de nuevas tecnologías, medicamentos y alimentos.

En este sentido se han elaborado **estrategias a nivel país**.

- En primer lugar se busca la financiación selectiva del medicamento: tenemos ahora un Formulario Terapéutico de Medicamento (FTM) único para todo el sistema, o sea una lista de medicamentos a cubrir por los Servicios de Salud.
- Estamos haciendo una política de disminución y eliminación de copagos para las enfermedades prevalentes.
- Estamos también trabajando en la sistematización de la evaluación de tecnologías.
- Nos proponemos avanzar en la negociación y regulación de precios, y ello implica el desarrollo de un Banco de Precios para negociación con los laboratorios en la compra de medicamentos.
- Estamos trabajando en la gestión de compras públicas, sobre todo para que institucionalmente se maneje mejor la capacidad de compra y la gestión interna en cada institución, trabajando con los equipos de salud en ese sentido.
- Nos orientamos a hacer compras centralizadas, con agregación de demanda a través de la incorporación de las necesidades de la Seguridad Social y con descentralización de entrega.
- También avanzamos en la instrumentación del Uso Racional del Medicamento, buscando sensibilizar, capacitar y fortalecer institucionalmente los niveles de decisión y de implementación. El FNR ha asegurado el acceso equitativo a prestaciones de alto impacto, y actualmente nuestro desafío es lograr políticas y comunicaciones eficaces que permitan contrarrestar la información sesgada.
- También estamos con objetivos muy ambiciosos teniendo en cuenta todo el tema de medicamentos huérfanos y de altos costos, mediante un Gabinete de la Innovación en el que participan los ministerios, promoviendo fondos sectoriales específicos para buscar alternativas que vayan rompiendo la enorme dependencia que tenemos nosotros, en algunas áreas que inciden mucho en los costos del sistema, y también mediante la promoción de estrategias para el desarrollo de productos estratégicos por la industria farmacéutica nacional.
- Damos mucha importancia a la sistemática en la evaluación de la innovación e incorporación de nuevas tecnologías, buscando dar apoyo a las decisiones de incorporación de nuevas tecnologías al arsenal terapéutico, y diseñando herramientas para promover la innovación con valor terapéutico adicional. Y en esto la Unidad de Evaluación de Tecnología es clave para la toma de decisiones, porque como se da en la Argentina, tenemos una avalancha tremenda de pedidos de ingreso de tecnología, y entonces si no hay un control y no hay una evaluación técnica sustentable, inmediatamente el sistema entra a hacer crisis por los costos que eso significa.

Salud pública y epidemiología

Otro aspecto que también nos interesa es pasar de la vigilancia tradicional de las enfermedades transmisibles a la vigilancia en salud, es decir, incorporar las enfermedades crónicas no transmisibles y pensar en un Ministerio que no sólo tiene que mirar la vigilancia y el control de brotes epidémicos, sino que debe mirar al estado de salud de toda la población. Se está trabajando muchísimo en este sentido, por ejemplo en la Encuesta de Factores de Riesgo, y sobre todo en la parte de enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes de tránsito. Hemos incorporado el tema salud ambiental y su vigilancia, y la salud del trabajador como componentes de la política del ministerio y parte del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El otro aspecto que también es importante es el que tiene que ver con las funciones de investigación, promoviendo la investigación clínica, epidemiológica y de servicio para tener información para la toma de decisiones, y la promoción de plataformas tecnológicas regionales para optimizar capacidades nacionales que tiene el país.

Resumen de los logros

En el cuadro de abajo mostramos un poco la realidad que tiene el presupuesto de salud pública, y la evolución que tuvo desde cuando comenzamos a lo que estamos ahora, junto con los resultados que tenemos hoy en cuanto a la reforma.

Resumen de los logros

RUBROS	PASADO	PRESENTE
Presupuesto Salud Pública	200: U\$S	550:U\$S
Salario Medio Casco	8.800\$	17.800\$
Salario Mínimo Médico ASSE	4.500\$	25.000\$
Afiliados por la Seguridad Social	585.000	1.420.000
IAMC s cerradas	9	0
Costo del Ticket de Medicamentos	Se multiplicó por 3	Se redujo 50% en valor real
Participación Social	Nula	JUNASA, Directorio ASSE, Consultivos de IAMCs y ASSE

Fuente: Ríos Ferreira G., Director General de Salud, MSP, Uruguay, 2010.

La Reforma: resultados a septiembre de 2010

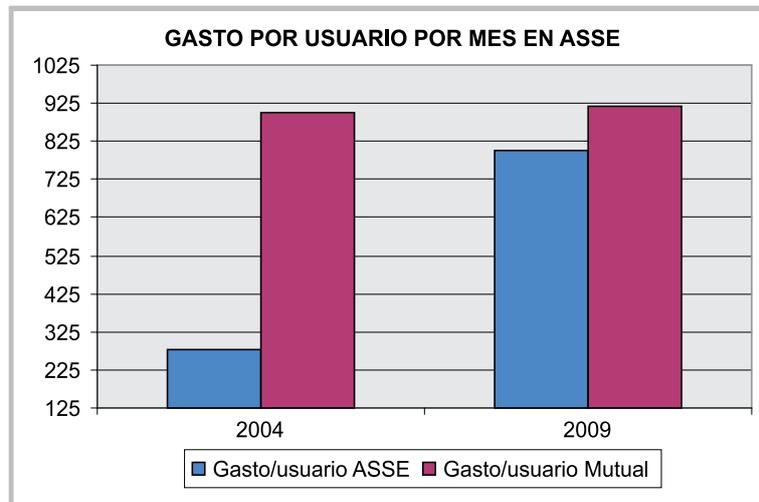
Mayor accesibilidad de la población:

- **Las rebajas de ticket y órdenes⁸:**
 - Rebaja de 40% de Ticket de medicamentos.
 - Gratuidad de acceso en medicamentos para la población diabética y de hipertensos.
 - Gratuidad de exámenes para control de embarazo.
 - Reducción de ticket de medicamentos para la población hipertensa al precio regulado de la consulta de médico general.
 - Set de *tickets* gratuitos para jubilados que ingresen por el FONASA.
 - Gratuidad total para los 9 controles preventivos de los menores hasta 14 meses.
 - Atención a drogodependientes menores de 18 años y apoyo a familiares para usuarios FONASA.

El siguiente gráfico muestra lo que fue la evolución del gasto por usuario. Cómo partimos el 2004 y cómo estamos en el 2009, donde prácticamente el gasto por usuario es casi igual hoy entre el sector público y el sector privado.

⁸ Fuente: presentación subsecretario MSP. Jornada Observatorio MERCOSUR.

Presupuesto ASSE por usuario



Fuente de datos: presentación subsecretario MSP. Jornada Observatorio MERCOSUR.

Participación social

- Por Decreto de marzo de 2005 se creó el Consejo Consultivo para los cambios en salud que convoca con regularidad a todos los sectores involucrados.
- Se reconstituyeron los Consejos de Salarios, incluyendo no sólo la negociación salarial, sino también la negociación de las condiciones de trabajo.
- En la Ley N° 18.131 que crea el FONASA se incluye una comisión de seguimiento del Fondo con participación de trabajadores y empresarios.
- En la Ley N° 18.131 que crea ASSE como servicio descentralizado se incorpora en su directorio un representante de los trabajadores y un representante de los usuarios.
- En la Ley N° 18.131 se crea la Junta Nacional de Salud como órgano de administración del Seguro Nacional de Salud con la participación de un representante de los usuarios, uno de los trabajadores y otro de las empresas del sector salud.
- Por la misma ley en cada prestador que quiera integrar el SNIS debe existir un organismo consultivo y asesor integrado por la propia empresa, usuarios y trabajadores de dicha empresa.

La Reforma: prioridades 2010-2014

¿Cuáles son las prioridades para esta etapa?

- Las propuestas del MSP surgieron de una articulación entre el programa de gobierno que se aprobó y se puso a consideración de la ciudadanía, y de las perspectivas que surgen de la primera etapa de la reforma realizada en este período 2005 a 2009.
- Esas prioridades son viables en un marco de interacción con el gabinete social, dado que la mayor parte de los programas son integrales desde el punto de vista del objetivo central de la redistribución de la riqueza, y del acceso universal y con justicia social a los servicios.

Nosotros decimos que hoy por hoy la reforma tiene la estructura legal armada, y tiene la estructura financiera resuelta y sustentable en el tiempo. Es decir que están garantizados los derechos.

Ahora esta segunda etapa de la reforma el objetivo es garantizar que esos derechos sean accesibles al 100% de la población, y por lo tanto estamos en una **segunda fase en la reforma donde desarrollamos las siguientes estrategias:**

- Reestructura de la organización
- Descentralización, fortalecimiento y articulación en el territorio
- Habilitación, acreditación y certificación
- Desarrollo profesional continuo a los Equipos de Salud, acuerdos interinstitucionales con Instituciones Formadores y efectores de salud públicos y privados.
- Vigilancia en salud
- Evaluación de tecnología
- Integración regional
- Fortalecimiento de la participación social.

Los siguientes son los **6 ejes o grandes temas** en los que vamos a trabajar este año, en este periodo de la segunda etapa de la reforma:

- Completar el Seguro Nacional de Salud. Esto implica incorporar más colectivos al FONASA. Nosotros hoy tenemos a todos los trabajadores públicos y privados, a todos los menores de 18 años, tenemos a gran parte de los jubilados de menores ingresos, y ahora vamos a empezar a incorporar a los cónyuges y concubinos y también a los jubilados de mayores ingresos.
- Cambio del modelo de atención basado en el acceso y desarrollo de los Programas de Salud con prioridad en niñez, adolescencia, mujer, y desarrollo de salud mental y rural.
- A través de la descentralización fortalecer el desarrollo de la salud en el interior del país urbano y rural.
- Divulgación masiva de los derechos generados por la reforma.
- Consolidar los ejes de la participación social.
- Fortalecer la política de recursos humanos en salud.

Conclusiones

En definitiva lo que nosotros decimos es que la reforma sigue siendo un proceso en el que a pesar de la base legal sólida y la base de financiamiento sustentable que tiene, todavía queda mucho camino para recorrer.

Y el eje principal y más difícil es el cambio en el modelo de atención, pero ahí ya entramos en una variable que no solamente depende del sector salud, sino que implica en el caso Uruguay negociar fuertemente, agresivamente, con el sector formador, para empezar a tener recursos humanos con otra mentalidad acorde al nuevo modelo.

Por otro lado pasa también por desarrollar todas las herramientas que están previstas en la ley y que todavía no han sido optimizadas, como puede ser la participación social, que es la que va a permitir garantizar los derechos que tienen los ciudadanos por lo que establece el SNIS, porque muchas veces esa posibilidad no le llega al 100% de la población, sobre todo en las zonas rurales o suburbanas donde las dificultades de acceso son mayores.

Y en este plano entonces, y para terminar, queremos decirles que en este momento se está discutiendo el presupuesto quinquenal en el Parlamento Nacional, donde el sector público ha afianzado y profundizado la propuesta

que tiene para financiar el sistema. Además hay una serie de leyes, artículos y leyes presupuestales que van a permitir darle más agilidad, sobre todo para que el prestador público en esta segunda etapa de la reforma juegue un papel más trascendente, para ser como un ente testigo que efectivamente marque cuál es el nivel de calidad de prestaciones sanitarias, para que éstas sean las referencias para el reclamo de los derechos de los usuarios.

Muchas gracias.

Comentarios

Prof. Juan Rafael Vargas

Buenos días a todos, un cariñoso saludo que quiero dedicar al Bicentenario de la Revolución de Mayo de la República Argentina, y recordar que éste es un año de bicentenarios, porque cinco países de nuestro subcontinente celebran los 200 años del comienzo de su lucha independentista, que creo que tiene mucho que ver con la creación de la salud. En mi país, Costa Rica, nosotros ayer 15 de septiembre celebramos nuestro Día de la Independencia, y a su vez febrero es el Mes de la Independencia. Justamente les decía a un grupo de funcionarios del sector salud de Costa Rica hace un par de semanas, recordando también que septiembre es el Mes de la Patria, y en ocasión de presentar el Atlas de incidencias de cáncer, que la patria se construye dando salud, y que la tarea cotidiana de los trabajadores de la salud era mucho más importante en ese sentido que los desfiles, que las luces o que los discursos. Creo que el discurso importante de construcción de patria tiene que ver con la salud, si me permiten apoyarlo con el otro ámbito necesario que es la educación. Entonces, como dice vuestro Himno Nacional: a la Nación Argentina, Salud!

Quiero agradecer también a FEFARA, a mi querido amigo Carlos Vassallo que me ha puesto en contacto con ustedes, a nuestro moderador Juan Carlos Rucci y al Dr. Gilberto Ríos Ferreira por su excelente y clara presentación.

Me he organizado con once preguntas que formulé, con las respuestas que le hemos dado en el ámbito de Costa Rica, enfatizando un tema muy importante, y es que esta reforma de salud de Uruguay es mucho más importante que la de Costa Rica. La reforma de salud de Costa Rica se construye en los últimos 30 años, es una construcción por etapas, por capas, me parece que la analogía tectónica puede ser una buena manera de mostrar las diferencias, e ilustrar por qué es tan importante la de Uruguay. Y déjenme explicar un poco el por qué de esta analogía. Hace 200 millones de años, años más, años menos, lo que hoy es Costa Rica junto con parte de Centroamérica, estaba en el fondo del mar y fue emergiendo suavemente, lentamente a lo largo de 200 millones de años, tanto que se construye así el puente entre los dos continentes, las dos masas continentales, Sudamérica y Norteamérica. Se va dando lentamente y así ha sido la reforma de salud de Costa Rica. La Caja Costarricense de Seguro Social va a cumplir sus 70 años en esta década que está comenzando, si bien lo importante, para efectos de la reforma, son los últimos 30 años, y por cierto era muy pequeña cuando se inició.

La reforma de Uruguay es muy importante porque, y siguiendo con las analogías geográficas, tiene la característica de la costa de cualquier país. Y la costa de cualquier país tiene bahías y tiene ensenadas y tiene cabos, tiene una estructura bellísima en la mayor parte de los casos, vista de cerca y de lejos, pero no hay una uniformidad. Ese es el elemento más importante de la reforma uruguaya, se hace en un periodo muy corto y sobre la base de

una fragmentación. ¿Por qué la fragmentación es tan importante? Crucen el Río de la Plata y entonces se van a encontrar ustedes con un sistema de salud fragmentado, pasen la cordillera de los andes y se van a encontrar una leve fragmentación, porque la fragmentación de Chile es diferente con FONASA⁹ y con el sistema privado de las Isapres, pero es de nuevo una fragmentación. Y si vamos al norte, como en cualquier país de la región donde vayamos, vamos a encontrar un sistema fragmentado.

¿Cómo se hace entonces una reforma? Déjenme decirles que en Costa Rica fue fácil porque se hizo lentamente, diría que nadie se dio cuenta de que estábamos reformando, y todo se hizo bastante calladamente también. Uniformar realidades es siempre algo muy complicado, y creo que por eso tenemos mucho que aprender de lo que han hecho y lo que están haciendo los uruguayos. Tiene que haber ayudado, y el Dr. Gilberto Ríos lo destacó recién, el consenso parlamentario o el tamaño de la fracción del Frente Amplio, pero aun así este proceso es para mirarlo.

Pasando entonces a mis preguntas, a ciertos temas que quiero plantear, aclaro por cierto que los elaboré antes de escuchar al Dr. Ríos, con lo cual algunos ya están contestados. Una de estas cuestiones tiene que ver con lo que para nosotros es muy importante, como es el tema de **atención preventiva**, porque en la salud lo importante no es curar una vez que hay una enfermedad, curar es importante pero antes de que haya enfermedad lo importante es la salud. Algunos discuten si es más barato o no, pero la prevención es fundamental. Y en relación con este concepto, en nuestra reforma se crearon los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS), a los que me gusta llamar 1000 x 1000. Y esto tiene que ver con que hay 1000 de estos equipos en el país, y tomando en cuenta que hoy el tamaño medio de la familia de la población costarricense es de 4 integrantes, resulta ser que hay un Centro de Atención de la Salud para cada 1000 familias, y ese es un aspecto importantísimo porque indica que la salud está cerca de las familias.

Esos centros de atención de la salud hacen salud preventiva y no sólo curativa, y además de servir de puerta de entrada al sistema que luego lo remite al nivel secundario y al nivel terciario de los hospitales nacionales y de los hospitales especializados, todos están integrados en un solo sistema. En concreto, uno de los aspectos importantes de los EBAIS es la salud preventiva. El Dr. Ríos mencionaba que cuando ellos llegaron al gobierno, había 15 por 1000 de mortalidad infantil, lo cual por cierto es muy preocupante, pero también es un reto complicado. Nosotros estuvimos estancados muy cerca del 20 por 1000 pero afortunadamente, si bien lentamente como se hacen todas las cosas en Costa Rica, estamos acercándonos a 9 por 1000, y aclaro que es un indicador difícil de modificar y sostener.

Los EBAIS tienen un criterio de equidad geográfica, siempre hay uno cerca suyo, con dispensación de medicamentos, conforme a una lista oficial de medicamentos, y si bien no es tema a tratar ahora, desde ya que hay problemas y debates en cuanto a esta lista. Este tema de la equidad geográfica en Uruguay puede ser muy fácil pero también muy difícil según se lo mire, porque creo que hay una concentración de la población en Montevideo de cerca del 40%, más o menos, y si la salud está poniendo suficientes lugares en Montevideo el problema allí está resuelto. Entonces la pregunta es ¿y el resto de la población accede a ella? Sobre todo porque el resto de la población queda muy lejos de esa concentración urbana, y entonces hay economías y deseconomías de aglomeración.

Otro problema importante, y sería mi cuarta pregunta aunque creo que ha sido planteado por el Dr. Ríos, es el de la oposición al cambio. No la oposición política ya que en su caso tienen la mayoría, pero las instituciones tienen su realidad y los trabajadores de la salud tienen su realidad, y puede colisionar con los cambios que se imponen. Esta defensa de la micro institucionalidad tiene que ver con cómo la Junta Nacional de Salud norma a los entes

⁹ FONASA: Fondo Nacional de Salud de Chile.

regulados, sobre todo porque tenemos aquí dos lenguajes, dos culturas, que son los privados y los públicos, y la JUNASA, que es nueva, ¿cómo se comunica con los unos y con los otros? Porque cabe pensar que unos estarán más acostumbrados a oír que le vengan desde Montevideo o desde las esferas de gobierno las directrices, pero los otros no. La pregunta es cómo han resuelto ese problema.

Un quinto tema a aclarar tiene que ver con las viudas, los informales y los desempleados. Para nosotros éste es un problema importante y se ha creado lo que se llama los “Asegurados por cuenta del Estado”, que fue la manera en la que universalizamos el sistema. Nosotros veníamos de un sistema bismarckiano que era un sistema de seguro social donde las cuotas obreras eran la base, y para universalizarlo había que cubrir a los que no trabajan en el mercado formal, por ejemplo las amas de casa que no tienen trabajo formal, y aquí no hay que pensar en las mujeres jefas de hogar porque esas precisamente sí cotizan, excepto si están en sector informal porque desde ya entonces no cotizan, y el acercar todos estos grupos es complicado.

El sexto punto es el bono demográfico. Yo sospecho que en Uruguay ya está agotado porque Uruguay junto con Cuba son los dos países del continente que van más adelante, lo cual está aparejado con el problema de la transición epidemiológica y lo que significa esto para los costos, porque a mayor edad mayores serán los costos, es inevitable.

Otro tema tiene que ver con los compromisos de Gestión. Es un tema donde yo creo que hay lecciones importantes en lo que se ha hecho en Costa Rica. Hay una Gerencia de Compras que mira metas a través de acuerdos coordinados con cada entidad, tanto con los hospitales como con los EBAIS y con las áreas de salud que coordinan los EBAIS. Este sistema de la Junta Nacional de Salud implica castigos y premios por la actuación, y uno de los problemas es cómo financiar eso, aunque no necesariamente por ejemplo el monto de los castigos debe ser o tener que ver directamente con dinero. Pero igual es importante ver cómo se enfoca y se logra un equilibrio del financiamiento con los incentivos.

Hay otro tema que es muy particular de nosotros, y es que en nuestro esquema el seguro de accidentes de trabajo y el seguro de accidentes automovilísticos los opera otra entidad que se llama el Instituto Nacional de Seguros, y hay un problema importante que se llama “póliza agotada”. Cuando alguien tiene un accidente se le atiende por la razón que sea, ya sea con su asegurador o el de quien causó el accidente, o el que lo recibió o lo que fuera, se atiende conforme al monto del seguro, pero cuando ese monto de la póliza se agota, lo que el INS (que es otra entidad pública) hace, es tirarle el problema a la Caja del Seguro Social. Y eso crea una inequidad importante, crea una injusticia entre entidades del sector público. Repito que mi comentario de este tema en particular surge mucho de la realidad costarricense, no se cómo funciona en el caso de Uruguay, pero creo que es un problema importante.

Y dejé para el final el tema de los medicamentos. ¿Qué cubre la atención? En este ámbito yo estoy seguro que a ustedes y a mi nos interesa mucho el tema de los medicamentos, entonces, la pregunta es qué medicamentos están cubiertos en el FONASA o en el seguro? Había un tema de copagos que se vienen disminuyendo, básicamente nuestro sistema universal no tiene copagos. Medicamentos y todos los demás servicios, lo que haya, y a veces nuestro problema es la lista de espera, porque sí hay, pero dentro de 6 meses... aunque no hay copago. Esto es importante sobre todo para la gente de menores recursos, porque como sabrán, en Costa Rica nosotros tenemos cerca del 10% de la población que son trabajadores y trabajadoras migrantes de Nicaragua, y entonces la gente se queja de que son los nicaragüenses los que copan los servicios. Eso no es cierto, pero es un mito y es una manera de la gente de decir que las lista de espera son un problema, y sí lo son en un sistema como el nuestro. Uno de los elementos que tiene que ver con ello es justamente que no hay copagos, pero repito, el copago puede tener un resultado inequitativo y estoy seguro que para el Frente Amplio y para los uruguayos en general, el tema de la equidad es importante.

Para terminar quería decir dos cosas. Una es que Argentina y Uruguay son los países con el Índice de Desarrollo Humano más amplio de la Región junto con Chile, les siguen Costa Rica y Cuba. Y el país de América Latina que tenía para el año 2000, y no se debe haber alterado demasiado, el gasto per cápita más alto es Argentina, el segundo es Uruguay y los tres que le siguen son Chile, Costa Rica y Cuba. Y por último quería decir una cosa que a los economistas nos encanta que son las curvas de Lorenz: resulta que el gasto en salud y el gasto en educación son Robin Hood, pero hay gastos como en nuestros sistemas de pensiones que son Hood Robin, o sea Robin Hood al revés, porque le quitan a los pobres y le dan a los ricos, pero el gasto en salud y el gasto en educación en Costa Rica, y estoy seguro que en Uruguay, son Robin Hood, le quitan a los ricos y a la clase media, no hay que esconder la realidad, y se los dan a los pobres para construir salud y educación. Eso es lo más importante y estoy seguro que Uruguay lo está haciendo, y que estos dos periodos de la reforma deben estar moviéndose en esa dirección.

Muchísimas gracias por la atención.

Coordinador Farm. Juan Carlos Rucci

Bueno, en función del poco tiempo que tenemos y el atraso que tiene el inicio de las Jornadas, el Dr. Gilberto Ríos Ferreira va a contestar solamente los temas que planteó el Profesor Vargas, y si alguien tiene alguna pregunta en particular, nos la deja junto con su e-mail y seguramente se las va a contestar cualquiera de los expositores.

Dr. Gilberto Ríos Ferreira

Lo primero que quiero aclarar es referente a la mortalidad infantil, justamente fue acá en la Argentina en la reunión de ministros de salud del Mercosur, que el ministro trajo el dato 2009, y la tasa de mortalidad que tenemos en Uruguay después de 5 años es de 9.56 por 1000.

Una segunda cosa que interesa también para entender la reforma, es mencionar que en el Uruguay hay una estructura que se llama Fondo Nacional de Recursos, que es una estructura como de reaseguro para las enfermedades catastróficas, y por el cual el 100% de la población de Uruguay está cubierta para una serie de prestaciones que tienen que ver con la cirugía cardíaca, la hemodinamia, la diálisis renal, las prótesis de cadera o de rodilla, etc. Para este tipo de prestaciones hay un reaseguro que cubre el 100% de la población, por lo tanto no está entre las prestaciones que da el sistema porque se garantiza por otro lado.

Sobre el tema de qué pasa con las personas que no tienen ingresos o trabajo formal para integrarse al sistema, en ese caso lo financia el Estado, por eso nuestro modelo no es bismarckiano, es un modelo bien uruguayo porque la verdad que está previsto que siempre va a haber un remanente de gente que no va a tener capacidad de trabajo formal, y allí es el Estado el que se encarga de financiar.

Otra de las cuestiones planteadas por el Profesor Vargas tiene que ver con las características poblacionales del Uruguay, con una alta concentración en Montevideo donde está la mitad de la población en tanto que la otra mitad se distribuye en el resto del país. Y al estar el 50% en Montevideo están el 75% de los recursos humanos en esa zona, y esto implica una gran asimetría de distribución que hay que tratar de corregir. Aquí la clave para

poder disminuir estas asimetrías que bien advirtiera él, son la política de descentralización y la política con las instituciones académicas, las cuales hay que coordinar porque son las que deben resolver esa brecha.

Pasando a otro de los puntos mencionados, el hecho que el sector público se sienta regulado es otro enorme desafío y a la vez es una gran lucha. Yo me siento con total independencia porque no soy parte de ese sector público, ahora ellos se han separado, pero una parte del desarrollo de la reforma sobre el que hay que trabajar es lograr que el sector público entienda que debe asumir las mismas responsabilidades que el privado regulado. No obstante podemos decir que en ese sentido ya hay experiencias positivas, algunas que están en fase embrionaria, pero está muy marcado que eso va a ser así.

Sobre lo que tiene que ver con la cobertura de medicamentos, que es un tema que interesa particularmente en este encuentro, en realidad y previo a la reforma, el sector privado regulado tenía un Vademécum también definido por el Estado y el sector público tenía otro. Ahora hay un sólo Formulario Terapéutico que prácticamente incorpora todas las drogas para las patologías prevalentes en el país. En el sector público se dan sin copagos, y en el sector privado se dan con un copago que a valor dólar debe andar alrededor de 6 U\$S el máximo, aunque para las patologías prevalentes como las que tienen que ver con diabetes e hipertensión, prácticamente el copago está reducido a cero.

¿Qué pasa con los medicamentos de alto costo? Aquí estamos hablando de los oncológicos y algunos anti-retrovirales, y en el periodo anterior al nuestro una serie de esos medicamentos pasaron al Fondo Nacional de Recursos. Aclaremos que en estos casos no basta la indicación del médico sino que debe cumplirse con una protocolización previa, o sea que ese tratamiento esté en el marco de un protocolo, entonces es financiado por este FNR, que actúa como fondo de reaseguro que tiene el sistema nacional de recursos. Ahí más o menos tenemos un listado de unos 30 medicamentos que son los que nosotros financiamos como de alto costo. Y por fuera de eso tenemos algunos medicamentos que no están ni en el Formulario Terapéutico ni en ese listado de medicamentos de alto costo, que son los que tienen que ver con el tema de otra Mesa que tendremos en estas Jornadas, que son los que están en las instancias judiciales, son los medicamentos sobre los que por acciones de amparo permanentemente tenemos que estar dando respuestas. Algunas veces ganamos y otras perdemos, pero es un grupo pequeño y está casi circunscripto a los oncológicos y alguno que otro antirretroviral.

Sobre el tema de las políticas de promoción y prevención de la salud, esto sí es como yo dije al principio de la charla, tiene que ver con el cambio de modelo y acá nosotros reconocemos que hay variables que no las controlamos, y que tienen que ver con la capacitación de los recursos humanos y el perfil de los recursos que hay en el país. Admitimos que es el tema que nos va a llevar más tiempo, pero hay una política muy agresiva y sistemática que está focalizada en cardiovasculares, cáncer y accidentes de tránsito, pero cuyos resultados los vamos a ver más en el mediano plazo, a diferencia del caso de la mortalidad infantil donde ya en 5 años se vio la evolución.

Bueno, para terminar digamos que en Uruguay todo lo que tiene que ver con accidentes, en cuanto a si la patología es derivada de accidentes, hay también otra instancia que cubre a todo el país, y por lo tanto esas no son prestaciones que da el SNIS. Es lo mismo que pasa en Costa Rica, y debido a ello no lo mencioné cuando hice la descripción de las prestaciones que dábamos.

Y ahora sí por último quería agregar un dato mas político, pero que es bueno y es muy significativo y quiero que ustedes lo sepan. Después de 5 años de gobierno y después de una campaña electoral que como siempre fue muy dura, si bien hubo muchos temas que fueron parte de la polémica de campaña, y la pertinencia o no de la reforma que se estaba haciendo en el sector salud podría haber sido uno de ellos, la realidad fue que ningún sector político cuestionó o cuestiona la reforma de la salud. Creo que ese fue el dato más elocuente que tuvo la última campaña, donde por supuesto con matices, pero todo el mundo decía que éste es un camino que, sea quien sea, hay que seguir profundizando.



Mesa II

Factores de riesgo en la salud de la población y los programas sanitarios

Coordinador: Farm. David Campos¹

Antes de hacer las presentaciones para esta Mesa, queremos mencionar que ha llegado hace instantes a nuestra mesa de trabajo una comunicación del Ministerio de Salud de la Nación, en donde se resuelve auspiciar estas Jornadas, las 8vas Jornadas Federales y 7mas Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos, a través de una Resolución que lleva la firma del Dr. Juan Luis Manzur, Ministro de Salud de la Nación.

Como sabemos, esta segunda Mesa se va a desarrollar bajo el título “Factores de riesgo en la salud de la población y los programas sanitarios”. Son sus disertantes el Dr. Luis Pérez en representación del Banco Mundial, el CPN Mario Koltan del Ministerio de Salud de la Nación, el Dr. Guillermo Capuya en representación de la Obra Social ANDAR y el Dr. Pablo Basso Secretario del Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos.

¹ Presidente del Colegio de Farmacéuticos de la provincia de Catamarca e integrante de la Mesa Directiva de FEFARA.

Para presentarlos en forma muy sucinta, digamos que el Dr. Luis Pérez es médico, graduado en la Universidad Nacional de Cuyo y especialista en Pediatría. Durante 6 años fue consultor nacional e internacional para Venezuela, Costa Rica, Uruguay, México, Brasil, Bolivia, Paraguay y Perú en Servicios de Salud Pública, Gestión Hospitalaria, Sistemas de Información en Salud, Servicios de Salud Privados, Gestión de Redes e Informatización en Salud. Desde el 1º de Julio de 2003 a la actualidad se desempeña como Especialista Senior de Salud en la Oficina Subregional del Banco Mundial, en el desarrollo, implementación y supervisión de proyectos de salud en el ámbito estatal para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay, con apoyo a proyectos en otros países de América Latina como Brasil, Nicaragua, Panamá y otras regiones del mundo como Sri Lanka, Turquía, etc.

Luego va a disertar el CPN Mario Koltan, quien es Contador Público Nacional egresado de la Universidad Nacional del Tucumán, ex interventor del Instituto de Previsión Social de Tucumán, ex miembro de la Junta Ejecutiva del Consejo de Obras y Servicios Sociales de la República Argentina Región NOA, del cual luego fue su presidente y ex interventor de la Caja Popular de Ahorros de la Provincia de Tucumán. Actualmente se desempeña como Subsecretario de Gestión de Servicios Asistenciales del Ministerio de Salud de la Nación.

También va a exponer en este panel el Dr. Guillermo Capuya, quien es médico egresado de la Universidad de Buenos Aires, miembro de la Sociedad Argentina de Urología y de la Confederación Americana de Urología. Es Coordinador Académico en la Pontificia Universidad Católica del Postgrado de Comunicación Médica Centrada en el Paciente, docente de la Universidad Maimónides y Gerente de Relaciones Institucionales de ANDAR, Obra Social de Viajantes y Vendedores. Ha sido distinguido con el Premio Héctor Bergier 2009 en radio, otorgado por la Sociedad Argentina de Periodismo Médico y la Asociación Médica Argentina.

Finalmente contamos también con la presencia del Dr. Pablo Basso, quien es Bioquímico egresado de la Universidad Nacional del Litoral. Posee Postgrado en Metodología de la Investigación Científica, Postgrado en Alergia e Inmunología, Postgrado en Epidemiología General para Profesionales y Postgrado en Gestión de Servicios de Salud. Actualmente se desempeña como Secretario de Salud de la provincia de Entre Ríos.

Demás está decir que como integrante de Federación Farmacéutica es un honor para mí presentar y coordinar tan importante mesa, que va abordar un tema tan central como son los factores de riesgo en la salud de nuestra población y las políticas y los programas sanitarios que responden a esta problemática. Paso entonces inmediatamente a ceder la palabra al primero de nuestros disertantes, el Dr. Luis Pérez.

Visión y aportes desde el Banco Mundial

Dr. Luis Pérez

Introducción

Muy buenos días a todos y a todas. Muchas gracias a FEFARA por la invitación a participar en estas Jornadas, que le confieren continuidad ya casi por una década a una estrategia de políticas que fue muy bien presentada por su presidente en la apertura de las mismas, y se orientan a la búsqueda de la gestión del conocimiento, tratando asimismo de mostrar y explicar cómo ese conocimiento se refleja en la actividad práctica diaria.

Quiero también agradecer al Ministerio de Salud de la Nación por la facilitación de la información de la Encuesta de Factores de Riesgo, que va a ser uno de los elementos que voy a comentar en conjunto con Mario Koltan.

El tema en sí es quizás un poco árido, en mi caso me voy a abocar a la parte conceptual, o sea a la vinculación conceptual entre los factores de riesgo y los programas sanitarios.

Vamos a hacer una introducción muy rápida, ya que en general entendemos que es un tema conocido por la mayoría. Históricamente el concepto de **riesgo** en salud ha sido ampliamente usado en salud pública y en la clínica.

En la clínica es bien conocida la relación de factores de riesgo con enfermedades cardiovasculares, obstétricas y neonatales, con relación a mortalidad materna y patología oncológica (ligada al cáncer de pulmón, al cáncer cérvico uterino y al fumador de tabaco), para detectar individuos o grupos con mayor probabilidad de padecer daños específicos (el hecho indeseado en salud: enfermedad, secuelas, muerte), y realizar acciones para prevenir o reducir la aparición (incidencia y prevalencia) del hecho indeseado (Donas, 1998). Es decir, éstas son las últimas conceptualizaciones de 1998, y podría decirse que después de esto no ha habido grandes avances.

¿Qué es en definitiva un factor de riesgo?

Factor de riesgo es la característica o la cualidad de un sujeto o de una comunidad, que se conoce que va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud.² La idea central del enfoque de riesgo descansa en el hecho que la medición del riesgo sobre poblaciones, brinda una medida de la necesidad de atención de la salud. En ese sentido la valoración del enfoque de riesgo, o la medición de los riesgos es un muy buen predictor de las necesidades en los sistemas, aunque después vamos a ver que no siempre los sistemas tienen sensores para medir cómo van variando los riesgos.

El conocimiento del riesgo o de la probabilidad que se presenten futuros problemas de salud permite, o permitiría, anticipar una atención adecuada y oportuna a fin de evitar o modificar esa eventualidad.

² Jessor (1991), Donas (1998), Pandina (1996), Rodríguez (1995), Suárez y Krauskopf (1995).

Los diversos acercamientos del enfoque de riesgo (Jessor, 1991; Kagan, 1991; Bell *et al.*, 2000), relacionan las nociones de vulnerabilidad y de exposición al peligro de las personas.

La situación en Argentina

¿Qué pasa en nuestro país? En la Argentina se vive una **situación epidemiológica de transición**. Entonces tenemos **dos grupos de factores de riesgo** que conviven, unos apagándose y otros encendiéndose, como si jugáramos con el reostato de las luces.

El primer factor de riesgo está expresado como determinante social, y es la pobreza y el analfabetismo funcional o total. En este sentido, estos dos factores de riesgo son determinantes en la incidencia que alcanzan las infecciones, en los problemas de salud sexual y reproductiva, en la mortalidad materna y en la mortalidad infantil. Estos son temas que no están agotados en la Argentina, porque tenemos situaciones epidemiológicas que hacen mirar estos aspectos con preocupación, como el tema de tuberculosis, o como el tema de VIH SIDA y la mortalidad materna que tiene una curva, que si bien no es una tasa que llame la atención en las comparaciones internacionales, es un indicador sobre el cual y pese a un trabajo constante, no se ha logrado quebrar la tendencia que es plana. Y por supuesto también tienen incidencia sobre la mortalidad infantil, donde por suerte sí se ha logrado quebrar la tendencia y se están teniendo progresos.

Paradójicamente, el otro factor de riesgo es el progreso económico. El progreso económico, como vamos a ver enseguida, está asociado al incremento de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como el uso de tabaco y el alcohol, el sedentarismo, la obesidad y el bajo consumo de fibra alimentaria y frutas.

Y el **otro factor de riesgo es la falla educativa**, tanto a nivel del sistema educativo como a nivel de la casa de cada uno de nosotros, donde se da especialmente una falla que es crítica, y es la circulación del afecto. En esta circulación del afecto que no es asumida por el sistema educativo formal, es donde las familias parecen mostrar crecientemente un fracaso que se expresa en el tema de violencia e injurias.

Otro factor que confluye acá en la Argentina y que recién mencionaba el Dr. Gilberto Ríos respecto a Uruguay, es la **tasa de envejecimiento**, o sea la tasa de crecimiento anual de la población mayor a 65 años, y en la tabla que sigue mostramos las proyecciones para algunos países, aunque no incluí a Uruguay a sabiendas que Gilberto Ríos la iba a mostrar. Puede verse entonces que nosotros esperamos tener un 13% de población superior a 65 años en el 2025, que implica un envejecimiento natural y lleva a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no trasmisibles.

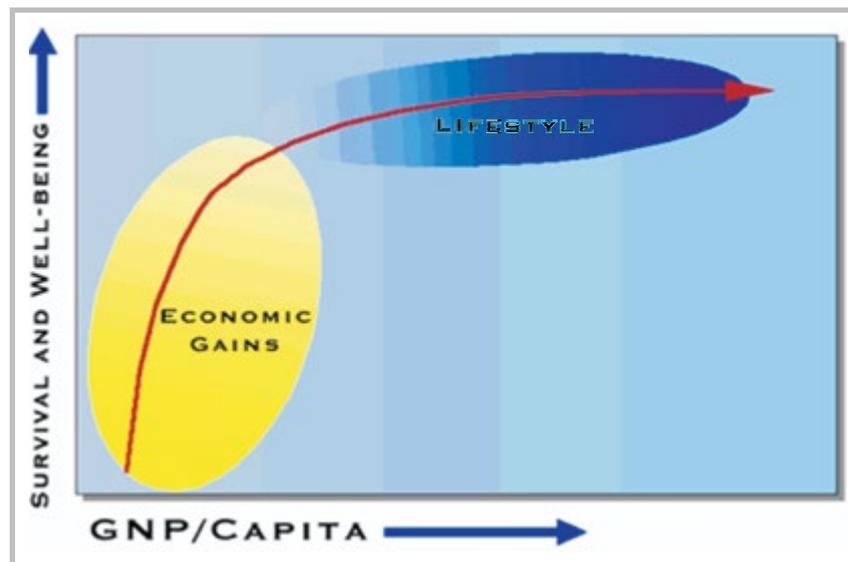
Tasa de envejecimiento de la población > a 65 años

PAÍS	> 65 AÑOS (%)	
	2005	2025
ARGENTINA	11	13
BRASIL	6	10
REPÚBLICA DOMINICANA	6	10
HONDURAS	3	5

Fuente: www.who.int.whosis accessed Nov 2008.

¿Dónde afecta el desarrollo económico? Está muy bien demostrado desde mediados de la década del '90, que a medida que los países tienen ganancia económica se extiende la sobrevida y el bienestar, y hay un cambio en los paradigmas de estilo de vida, como graficamos abajo.

¿Dónde afecta el desarrollo económico?

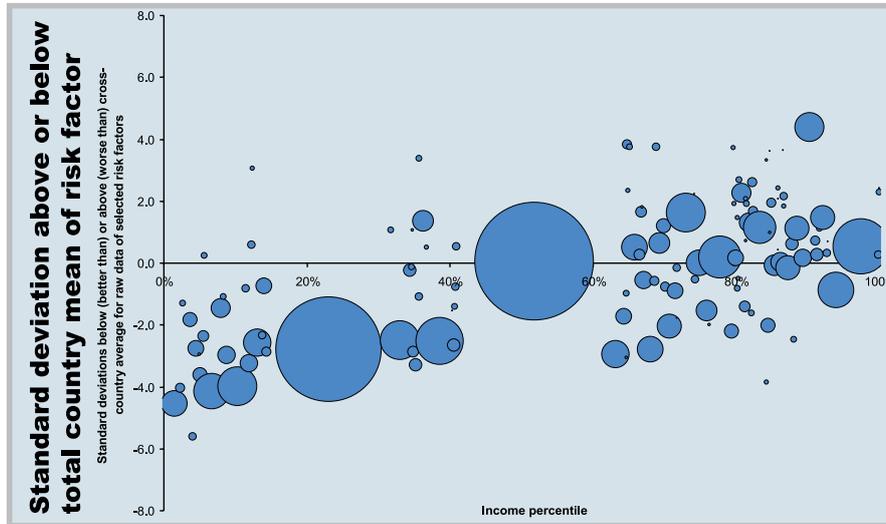


Fuente: R. Ingelhart, 1997.

A medida que el producto bruto per cápita se incrementa y hay ganancias económicas, hay un cambio en estilo de vida que se correlaciona, pero lamentablemente puede decirse que el estilo hacia donde nos movemos no es positivo. En principio las personas abandonamos la vida activa, descansamos más, se cambia el modelo de trabajo con una transición desde el trabajo físico al trabajo sedentario, también se producen cambios en una actividad física esencial como caminar por usar medios individuales o colectivos de transporte, se cambian los modelos de esparcimiento pasando de la actividad física a actividades como ver videos, televisión, etc, y eso tiene una incidencia negativa. Y finalmente se empiezan a consumir alimentos más refinados, y ésta es la madre de todos los males: la ingesta de harinas y azúcares refinados que combinados terminan generando un incremento de la obesidad como factor global de riesgo.

El siguiente cuadro muestra cómo se interrelacionan en los países el estándar de vida y el ingreso con los factores de riesgo, y a medida que aumenta el ingreso de los países, los factores de riesgo adquieren mas prevalencia. Es una complementación de lo anterior, esto es a nivel global.

Factores de riesgo e ingreso de los países



La Argentina publicó en el año 2008-2009 su primer estudio de carga de enfermedad con datos 2005, y en la siguiente tabla pueden verse las condiciones de mayor peso que implican el 85% de los años de vida perdidos por muerte prematura, desglosados por sexo.

Afecciones que provocan el 85% de los años de vida perdidos por muerte prematura en Argentina (2005)

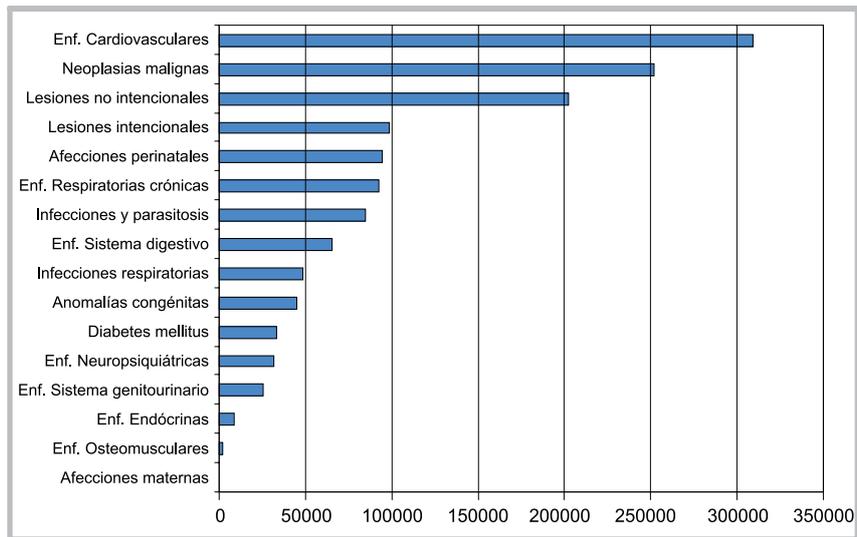
Condiciones de mayor peso en varones	Condiciones de mayor peso en mujeres
Enfermedades cardiovasculares	Neoplasias malignas
Neoplasias malignas	Enfermedades cardiovasculares
Lesiones no intencionales	Enfermedades respiratorias crónicas
Lesiones intencionales	Afecciones perinatales
Afecciones perinatales	Infecciones y parasitosis

Fuente: Estudio de Carga de Enfermedad en Argentina, 2008-2009.

Acá están las enfermedades cardiovasculares, cánceres, lesiones no intencionales e intencionales y persisten, en el caso de los hombres, las enfermedades perinatales. En el caso de las mujeres tenemos cánceres, cardiovasculares, respiratorias crónicas y se mantienen las afecciones perinatales e infecciones y parasitosis. Esto tiene relación también con la distribución inequitativa intragénero del ingreso, que se ha comprobado también en otros países, y en la Argentina todavía persiste a pesar de las políticas compensatorias de género. Hasta el 2005 no se lograba ver que las políticas positivas de género hubieran cambiado la tendencia de participación en la mortalidad, e incluso las mujeres pueden ser más inteligentes que nosotros en ese sentido y saldar el tema de afecciones perinatales e infecciones y parasitosis sin comprarse este otro problema de las lesiones.

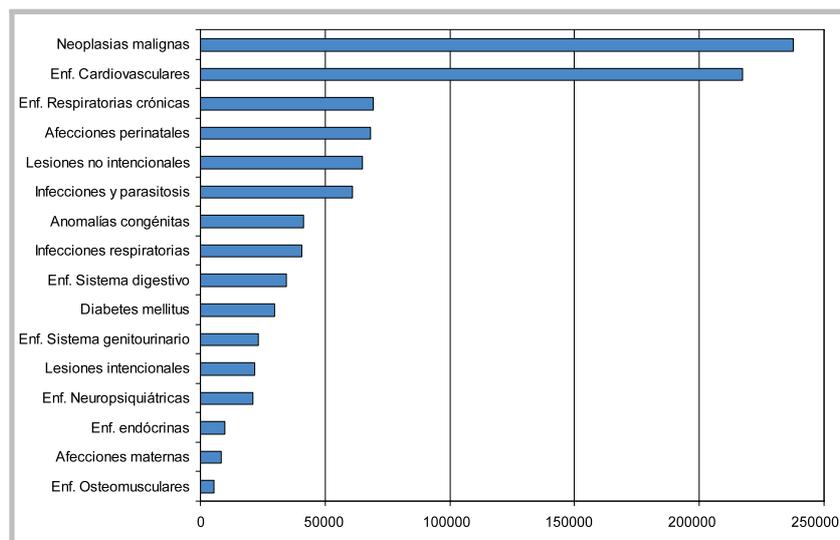
Veamos ahora un poco más de lo mismo pero graficado. Acá tenemos los miles de años de vida perdidos por los varones en todas las causas, y si bien la enfermedad cardiovascular se lleva la gran mayoría, las neoplasias malignas y las lesiones no intencionales son inmensas.

Varones AVPM por condiciones todo el país



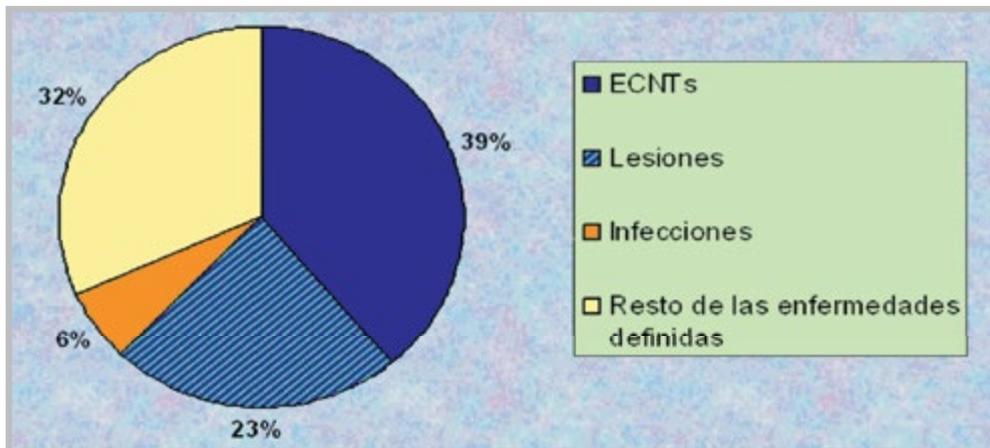
En el caso de las mujeres, hay gran incidencia de las neoplasias malignas y las enfermedades cardiovasculares, fíjense que hay un diferencial de casi 100 mil años de vida acumulados, perdidos. Acá eran 300, miren en el gráfico de los hombres, pero acá es bastante menos y después un escalón muy atrás con todas las otras cosas.

Mujeres AVPM por condiciones todo el país



Veamos ahora en un gráfico de tortas los AVPP ajustados por edad, por grupos de causas y en todo nuestro país.

AVPP ajustados por edad, por grupos de causas, total país



Como se observa, el 39% de los años de vida perdidos se explican por enfermedades crónicas no transmisibles y 23% por las lesiones, mientras que el 6% son infecciones de epidemiología y el 32% son el resto de las enfermedades definidas, con lo cual las prioridades de salud pública parecen estar bien identificadas.

Desde 2005 en Argentina se realiza la vigilancia de los factores de riesgo. La vigilancia de los factores de riesgo se puede realizar por distintas metodologías y una de las más usadas es la encuesta de los factores de riesgo. Otras son el monitoreo de enfermedades y el monitoreo del consumo de medicamentos como un proxy de los diagnósticos de enfermedad, y también el registro y la denuncia de afecciones crónicas, el registro de lesiones y el registro de tumores son estrategias que contribuyen a esa vigilancia.

La primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) se ejecutó en el 2005 a través del Proyecto VIGÍA, y la segunda en 2009 con el Proyecto de Funciones Esenciales de Salud (FESP), ambos con financiamiento del Banco Mundial que apoyó estas acciones. Veamos sintéticamente los resultados comparativos.

Un dato interesante de ver es que creció la cobertura y esto tiene que ver con la formalización de trabajo, hay 10,3% más de cobertura formal del trabajo. Por otro lado y como dato negativo en rojo, la actividad física sigue decreciendo, lo cual tiene que ver probablemente con la ganancia económica de la clase media. El consumo de tabaco bajó un poquito, unos dos puntos, la exposición al humo del tabaco bajó mucho más y tiene que ver con la ampliación de espacios públicos libres de humo, que es un éxito del Ministerio de Salud Pública, a nivel nacional y provincial. En el tema de alimentación no vamos bien, seguimos con problemas en este tema, puede observarse que el porcentaje de la población que consume la dosis diaria recomendada de frutas y verduras no alcanza el 5%, en cambio el porcentaje de personas que utiliza la sal regularmente en la mesa alcanza un cuarto de la población, pero al final y en rojo, puede verse que la obesidad sigue creciendo.

Indicadores principales	2005	2009
Cobertura de obras sociales o privadas	64,6%	74,9%
Salud general mala o regular	19,9%	19,2%
Actividad física baja	46,2%	54,9%
Consumo de tabaco >18 sacar	29,7%	27,1%
Consumo de tabaco 18 a 64 años	33,4%	30,1%
Exposición al humo de tabaco ajeno	52,0%	40,4%
Alimentación % que come diariamente Frutas	36,3%	35,7%
Alimentación % que come diariamente Verduras	40,0%	37,6%
Consumen 5 porciones diarias de Frutas y Verduras	-----	4,8%
Siempre utiliza sal	23,1%	25,3%
Sobrepeso (IMC >25 y <30)	34,4%	35,4%
Obesidad (IMC =30)	14,6%	18,0%

Indicadores principales	2005	2009
Control de Presión Arterial en los últimos 2 años	78,7%	81,4%
Prevalencia de presión arterial elevada	34,5%	34,8%
Control de colesterol (alguna vez)	72,9%	76,6%
Colesterol elevado (Entre los que se midieron)	27,9%	29,1%
Control glucemia	69,3%	75,7%
Diabetes (población total)	8,4%	9,6%
Realización de PAP, 2 años (mujeres)	51,6%	60,5%
Realización de Mamografía (mayores de 40 años)	42,5%	54,2%

El control de la presión ha mejorado, pero la prevalencia está planchada, el colesterol elevado sigue creciendo y el porcentaje de diabéticos parece estar creciendo, alcanzando una tasa que varios estudios de campo ya anticipaban. Y sí han mejorado dos conductas preventivas en las mujeres, que son la realización del PAP y la realización de mamografías, y recordemos que el cáncer de cuello y el cáncer de mama son dos de los más prevalentes dentro de la epidemiología femenina.

Acciones del Banco Mundial en Factores de Riesgo y ECNT en Argentina

Veamos un poco en qué trabaja el Banco Mundial en factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles en la Argentina.

Tenemos una estrategia de colaboración con el país, que se inició en la década del 2000 y que se mantiene vigente. Esta estrategia tiene como ejes el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública y el crecimiento del aseguramiento privado, como estrategias de aseguramiento público complementario del aseguramiento social y privado que existe en la Argentina.

- **Proyecto Vigía** (2000-2006): fortaleció la capacidad de vigilancia epidemiológica del país, hizo la primer

Encuesta de Factores de Riesgo, comenzó la Estrategia de Municipios Saludables, empezó con el control de tabaquismo, y con él se formó el primer Comité Nacional de Abogacía para la Prevención de Accidentes.

- **Proyecto FESP 1** (2003- actualidad): es un proyecto esencial de salud pública que fortalece a estas funciones en el nivel ministerial, nacional y provincial, y que financia a modo de resultado sanitario 72 actividades de salud pública específicas, reembolsando estos costos a las provincias.
- **Proyecto FESP 2 en preparación** (2012): éste es un proyecto de segunda generación del anterior, que se espera extender hasta el 2012 y se está terminando de preparar.
- **Proyecto de Seguridad Vial** (2009 a la actualidad): se ha puesto en marcha un proyecto de seguridad vial para atender a ese 7% que son aproximadamente 8000 muertes anuales por accidentes de tránsito. Esto es la segunda epidemia en importancia después de la obesidad, del síndrome metabólico y de las enfermedades cardiovasculares. Un primer paso importante y público ha sido el lanzamiento de la licencia nacional de conducir y la base única de datos de infractores.
- **Plan Nacer** (2004 a la actualidad): con foco en la población materno-infantil.
- **Programa de Apoyo a Seguros Provinciales. En preparación** (2012): con foco en la población general.

Y en lo referente a **enfermedades crónicas no transmisibles** (ECNT), el Banco Mundial busca apoyar el desarrollo de estrategias provinciales de aseguramiento público. Veamos cuál es la estrategia del Banco en relación con los factores de riesgo y las enfermedades crónicas no transmisibles:

- **El eje conceptual es el establecimiento de factores protectores.**
 - Los factores protectores son los aspectos del entorno o competencias de las personas que favorecen el desarrollo integral de individuos o colectivos sociales y pueden, en muchos casos, ayudar a transitar circunstancias desfavorables.
 - El balance de Factores de Riesgo y Factores Protectores permite considerar y disminuir el grado de vulnerabilidad al que está expuesto una persona o un colectivo social.

En los sistemas de salud, los elementos constitutivos de los programas de disminución de vulnerabilidad a factores de riesgo deberían idealmente contemplar líneas de acción sobre los individuos o los colectivos sociales que los contienen, incidiendo siempre sobre los factores protectores. Ésta es la lógica con que se ha trabajado en relación con el diseño de políticas que ha liderado el Ministerio de Salud de la Nación.

Entre los **factores protectores** destacan los siguientes:

- Educación
- Regulaciones de política (económica, educativa, sanitaria, seguridad, tránsito, etc). Éste es uno de los elementos menos utilizados hasta la actualidad, pero que tiene por tanto la mayor potencialidad.
- Información personal y social
- Generación y estímulo de redes de contención (familia o instituciones capaces de colaborar)
- Acciones sobre las personas que estimulen la autoestima y la confianza en sí mismo para el cambio conductual
- Acceso a servicios preventivos y curativos.

Mirando los dos últimos factores que hemos mencionado, hay dos elementos sobre los que voy a insistir porque son fallas que tenemos como sociedad, y quizás una secuela de los daños institucionales, políticos y sociales que tuvo el país. Uno es el tema de cómo los argentinos hacemos circular el afecto, el grado de respeto que nos tenemos de persona a persona, o si se quiere, el grado de "irrespeto". Otro es el grado de cuidado institucional, porque esto es como una piedrita que uno echa al agua y se va haciendo como un círculo más amplio: yo y mi circunstancia, la familia, el grupo social primario, el barrio, las instituciones sociales básicas, hasta las instituciones

más complejas. Y la circulación del afecto y el respeto es un tema crucial en esto de cómo no nos queremos y cómo no nos cuidamos, o cómo nos queremos y nos cuidamos.

Más allá de esto queda la chance del acceso al servicio preventivo y curativo, que es como el cajón de sastre donde se van tirando todo los retacitos, ahí acudimos todos al final de la vida.

Veamos también muy sucintamente un listado de **intervenciones programáticas posibles**, en términos de regulaciones, de intervenciones sociales comunitarias, escolares, laborales, y del servicio de atención a las personas. Lo único que quisiera destacar acá es el tema de la protección global y detección de riesgo global.

- **Regulaciones**

- Leyes y reglamentos
- Intervenciones en impuestos y precios
- Mejoras en ambientes construidos para la actividad física
- Abogacía, comunicación, información.

- **Sociales**

- Intervenciones comunitarias
- Intervenciones escolares
- Intervenciones laborales.

- **Servicios de atención a personas**

- Enfoque en promoción de protección global: actividad física, alimentación rica en fibras, cesación tabáquica.
- Detección FR Globales: sedentarismo, obesidad, alimentación baja en fibras (hipertensión, diabetes, síndrome metabólico y algunos cánceres mama y colon-)
- Manejo de enfermedades con Guías Clínicas basadas en la evidencia.

Complementariamente pueden delinearse algunos **ejes de trabajo en Promoción de la Salud:**

- **Promoción de estilos de vida saludables**

- Educación y comunicación social
- Información al consumidor.

- **Regulación/acuerdos de la oferta de productos y servicios**

- Regulación de la producción, comercio, servicios y consumo a través de medidas legislativas, fiscales, acuerdos, incentivos y capacitación.
- Prohibición (tabaco) y regulación (alimentos y bebidas) de la publicidad, patrocinio y promoción de productos.

- **Promoción de entornos saludables**

- Promoción de ambientes libres de humo
- Pausa activa
- Oferta social y entornos favorecedores de actividad física
- Ambientes de trabajo saludables, universidades saludables, escuelas promotoras, municipios saludables.

La estrategia combinada de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles en definitiva tiene tres ejes, como graficamos abajo.



Voy a empezar tomando como primer eje a la **vigilancia**, donde está la Encuesta de Factores de Riesgo, el Registro de Enfermedades y los Análisis de Determinantes. Argentina está trabajando hasta ahora básicamente en Encuesta de Factores de Riesgo, y muy embrionariamente en los distintos subsistemas de salud en el Registro de Enfermedades y el Análisis de Determinantes, casi poquito y nada, sólo estudios de caso.

El segundo eje es la **mejora de la capacidad de los servicios de atención**, y en el tercer eje que está comenzando por el tema de comunicación, tenemos un fracaso notorio en regulación de control de tabaco, que debemos al lobby de las empresas tabacaleras por ejemplo. Pero estos temas de regulación son centrales para poder establecer **políticas poblacionales para el control de los factores de riesgo**.

Reflexiones finales y rol del farmacéutico en FR y ECNT

Para concluir, tratemos de ver una línea disparadora de reflexiones sobre el rol que el farmacéutico puede cumplir en el tema de factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles, además del rol clásico de proveer obviamente los medicamentos y asesorar en el tema específico propio.

Una de las cosas que se podría intentar generar es meternos en este eje de la **Vigilancia** a través del registro de enfermedades. Los colegios farmacéuticos son poseedores de una información de enorme valor agregado si se tabula por sexo, por edad, por cobertura o por rama laboral. Y si sistemáticamente los ministerios públicos pudieran tener acceso, al igual que las conducciones de las obras sociales, que naturalmente lo debieran tener aunque no sé si lo procesan, supongo que la mayoría aún no lo hace. Pero si los ministerios públicos tuvieran esa información de modo agregado, esto les permitiría tener una alimentación constante sobre lo que es la vigilancia de las enfermedades.

Un segundo rol que los colegios de farmacéuticos ya cumplen es el **tema educativo**, como por ejemplo la distribución de material educativo o la orientación al servicio de las personas.

En tercer lugar hay una estrategia muy interesante que se podría agregar y que es la detección de **factores de riesgo**, aunque obviamente serían *screenings* sesgados sobre población que consulta a un servicio farmacéutico, entre ellos la medición de cintura y el percentilo de peso. Luego la acumulación de esa información permitiría tener una encuesta de factores de riesgo actualizada y en forma permanente, que más que una encuesta sería entonces un monitoreo, sería una vigilancia de la prevalencia de factores de riesgo.

Y lo cuarto es funcionar como **red de apoyo** en la comunidad, algo que muchos farmacéuticos lo hacen ya individualmente y algún colegio lo hace de modo sistémico como estrategia para generar redes de apoyo en su barrio. La Federación de Colegios Farmacéuticos y los colegios farmacéuticos en muchos casos son el primer punto de apoyo en la clase media y en los barrios. Y la clase media como vimos por la extensión de cobertura se está ampliando, y ojalá se siga ampliando así, es parte de las políticas sociales que el gobierno ha impulsado. Entonces hay todo un punto de mirar la institución farmacia y el instituto del farmacéutico con una implicancia social que siempre ha tenido, pero que claramente se puede fortalecer.

Y como epílogo de esta primera parte de la Mesa, quisiera plantear cuatro temas en la frontera de conflicto en el tema de los factores de riesgo, simplemente para generar un poquito de discusión.

El primero es ver las posibilidades reales del sistema de salud en la Argentina de integralidad y equidad de acceso, entre los ciudadanos que son servidos por la seguridad social y los del sector público. Ver qué estrategias se podrían tener allí, y si pasan por la vía del financiamiento o por la vía de igualación de los resultados sanitarios.

El segundo es mirar el nivel de gastos del sector salud impulsado por las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente por los procedimientos y medicamentos específicos, y especialmente la competencia de ese financiamiento en el sector salud con otros sectores del desarrollo social. En el caso de la Argentina, tenemos un porcentaje de PBI entre gasto público y privado que está en lo que en la mayoría de los sistemas se ve como competitivo, entonces la idea sería ver cómo ensamblarlo con las estrategias de educación, de vivienda o de generación de empleo, especialmente si sigue creciendo.

Y finalmente plantear un tercer tema quizá más polémico, donde van asociados en realidad dos: uno es la responsabilidad individual frente a los factores de riesgo, y el otro el límite de la solidaridad. Este es el tema de las leyes compulsivas por obesidad extrema o consumo de drogas entre otros, donde ya hay mucho debate en los ámbitos de la Bioética, como por ejemplo cuál es el punto en los niveles educativos donde una sociedad puede definir que el individuo es el responsable y no un emergente social, y puede empezar a plantear estrategias de responsabilidad individual vs. la solidaridad colectiva.

Creo que son en definitiva cuatro puntos en torno al tema de esta Mesa, que pueden actuar como disparadores de un debate enriquecedor para todos.

Visión y acciones desde el Ministerio de Salud de la Nación

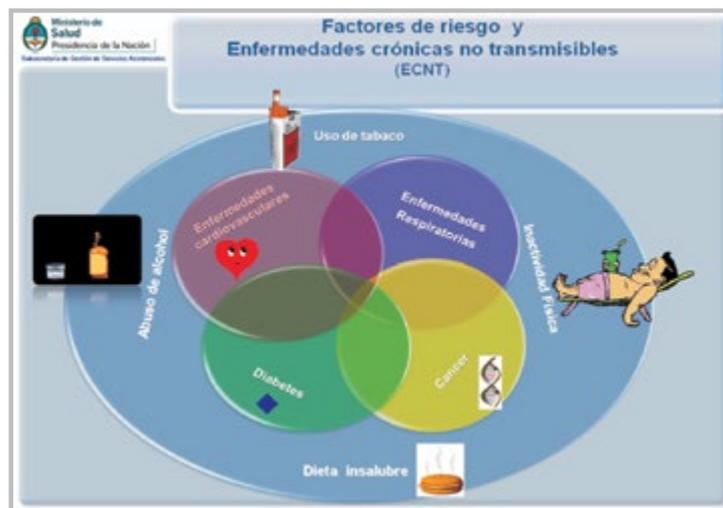
CPN Mario Koltan

Introducción

Como introducción y simplemente a modo informativo, vamos a comenzar mostrando algunos cuadros como para tener un dato de lo que es la situación hoy en el mundo y en la Argentina.

Hoy tenemos que decir que las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), se han transformado en la principal causa de muerte y discapacidad en nuestro país y en el mundo. Y es fundamentalmente en los países en desarrollo donde más impacto tienen, y donde se han realizado los estudios y generado los datos que emanan últimamente, y que son en definitiva los ejes donde los responsables de las políticas sanitarias y el conjunto de la sociedad deberá actuar rápidamente. Porque a diferencia de un viejo paradigma en trabajos sobre las enfermedades infectocontagiosas o trasmisibles, estas enfermedades crónicas no trasmisibles van ocupando un lugar cada vez mayor, y también tienen un mayor impacto en la sociedad y en el costo de la salud de los habitantes de nuestro país.

Hemos graficado rápidamente en el cuadro que mostramos arriba, cuatro aspectos que hacen en definitiva a algún modo de vida, en cierta forma a un estilo de vida que va incorporándose con mayor habitualidad entre nosotros, y que son los aspectos que más afectan estas enfermedades.



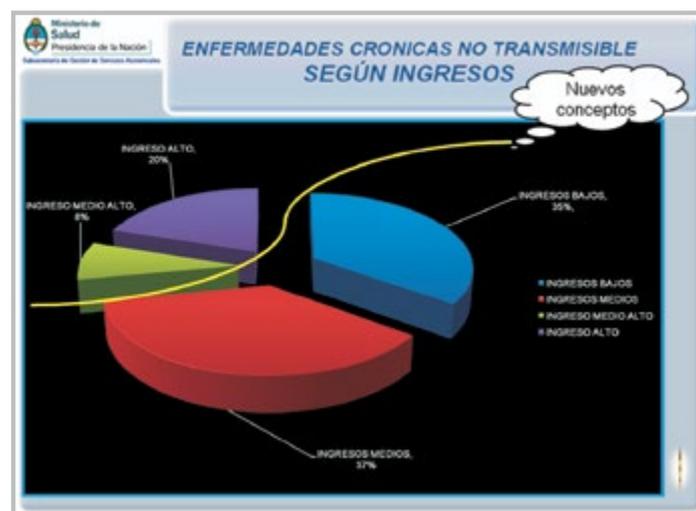
- **El uso del tabaco:** en Argentina hay 8 millones de personas que fuman, entre ellos el 34% son adultos, en tanto que el grupo de 15 a 18 años representa el 40%, hay una prevalencia de mujeres y se estima que mueren por el consumo unos 40.000 tabaquistas por año.
- **Abuso del consumo de alcohol:** en Argentina tenemos aproximadamente 2,5 millones de personas que hacen abuso del alcohol. Entre ellos debemos desglosar los compulsivos (175.000) y los dependientes

(125.000), agregando que en esto el impacto en los hombres es más significativo (83% hombres vs. 15% mujeres), y cabe también mencionar que es una de las principales causas de muerte en lo que respecta a los accidentes de tránsito, donde las muertes en un 50% de los casos tienen relación con el alcoholismo.

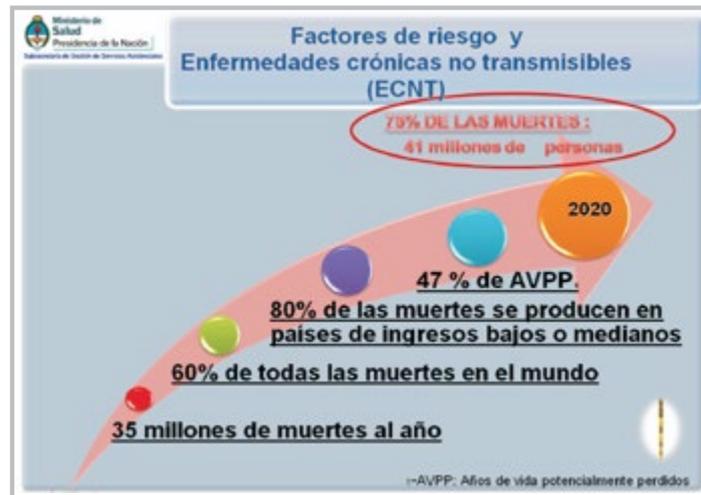
- **Dieta insalubre:** es otro aspecto negativo que tenemos los argentinos, y esto tiene un fuerte impacto sobre las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Según los datos que tenemos acumulados en el área de economía de la salud, generan unas 250 muertes anuales cada 100.000 habitantes. Es la principal causa de muerte en la Argentina, y hoy podemos mencionar que el impacto de estas enfermedades en la muerte de los argentinos es casi el 30%, y agregar que el costo estimado total de hospitalización por evento coronario está alrededor de los u\$s 2000 por paciente.
- **Inactividad física:** otro aspecto que genera estilos de vida que comprometen la calidad de la misma.

Quiero destacar que todos estos aspectos tienen que ver no sólo con las políticas que desarrolla el ministerio, sino con el conjunto de la comunidad. Cuando hablamos de la alimentación, la calidad de vida o la falta de actividad física, hablamos de aspectos que impactan fuertemente en nuestra sociedad y que fundamentalmente tienen que ver con la diabetes. Y algunos de los principales eventos que esta enfermedad trae aparejados son eventos coronarios, amputaciones no traumáticas y diálisis crónica. En esta encuesta que mencionaba recién Luis Pérez, hay un dato preocupante que es un crecimiento en la prevalencia de la enfermedad, que hace unos años era del 7% del total de la población, y dentro de este porcentaje un 50% de los casos éramos capaces de detectarlos e incorporarlos al programa de recuperación. Pero en esta última encuesta que va del año 2005 al 2009, esto creció al 11,9%.

Respecto a las enfermedades crónicas no transmisibles, hay un concepto que durante años tuvo bastante fuerza en los equipos de investigación y las sociedades científicas, en cuanto a en qué segmento de la sociedad tenía mayor impacto este tipo de enfermedades, y se consideraba que era en el de mayores ingresos. No obstante y como puede observarse en el gráfico que sigue, en las últimas encuestas hemos detectado que la población más vulnerable para este tipo de enfermedades está ubicada en el segmento de ingresos medios, que representa un 37% del total, y en el de ingresos bajos que tiene una participación del 35%. El gráfico es de por sí elocuente en cuanto a la participación de los segmentos de ingresos alto y medio alto, en conjunto un 28%, vs. los de ingresos medios y bajos, con el 37% y el 35% respectivamente.



Nos pareció importante mostrar la tendencia de los factores de riesgo y las ECNT para los próximos 10 años, y el cuadro de abajo es bastante ilustrativo al respecto.



Esto nos hace pensar que en términos mundiales vamos a tener un impacto de 35 millones de muertes al año, y que el 60% de todas ellas van a ser producto de estas enfermedades. A su vez el 80 % de las muertes van a estar planteadas en los segmentos de ingresos bajos y medianos, en tanto que los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) tendrán un impacto de casi el 47%, constituyendo el 75% de las muertes que vamos a padecer (alrededor de 41 millones de personas). Claramente entonces tenemos la obligación de incorporarlas dentro de las políticas centrales de desarrollo y en la construcción de una política sanitaria en nuestro país, conjuntamente con los demás países de América y del mundo.

Impacto en Argentina. Acciones del Ministerio de Salud de la Nación

Para esto en el Ministerio y tal cual lo planteaba Luis Pérez, hemos desarrollado **tres ejes centrales: el tema de la prevención, el control de las enfermedades crónicas y el control de los factores de riesgo.**

Creo que es importante señalar la constitución del Instituto Nacional del Cáncer que hicimos en la Academia de Ciencias con la presencia de todas las sociedades científicas. Mencionemos como un breve dato estadístico, que en el país se detectan unos 100.000 casos nuevos de cáncer anualmente, y que esta enfermedad es la segunda causa de muerte, con unas 150 muertes anuales cada 100.000 habitantes.

Este Instituto Nacional del Cáncer va a tener entonces la preocupación y el esfuerzo centrados en la elaboración de políticas de promoción y de prevención que tengan que ver con el cuidado de la salud, que tengan que ver con atenderlos, querernos y cuidarnos más, y hacer todos los controles preventivos tanto en el hombre como en la mujer, sobre todo en lo que respecta a los tres tipos de cáncer de mayor impacto y de mayor frecuencia, como son el cáncer de colon en el hombre y el de cuello uterino y mamario en las mujeres.

Para esto estamos planteando una política de salud con líneas de acción interdependientes: control de factores de riesgo y abordaje a la población con políticas y estrategias de prevención, la reorientación de los servicios de salud y un manejo integral de las enfermedades crónicas en el sistema de atención, y un sistema de vigilancia tanto de los factores de riesgo como de las enfermedades crónicas.



Esto último no sólo tiene que ver con las estadísticas y los controles que hicimos desde el Ministerio en el período 2005 -2009, sino con el seguimiento y la vigilancia de los pacientes incorporados a programas. Muchos de estos datos y muchos de estos elementos cuentan tanto de los ministerios como de las obras sociales, pero el problema no es tan sólo juntar los datos y acumular información, sino poder utilizar y analizar a las mismas. O sea poder individualizarlas, poder estudiar el individuo, saber quién es el paciente, cómo está atendido, e incluso hacer el seguimiento de estos pacientes, todo esto es realmente necesario para que tenga el impacto que merece.

Para eso, el Estado Nacional a través del Ministerio ha desarrollado **políticas de prevención y promoción**, como son la Comisión Nacional de Salud Investiga, el Programa Nacional de Control de Tabaco, el Programa Nacional de Alimentación Saludable, el Plan Nacional de Vida Saludable y el Plan Nacional Argentina Camina. Todos estos planes apuntan a poner por delante el cuidado de la calidad de vida de los argentinos, y poner el acento en todas las políticas de promoción y prevención.



¿Cuáles son los programas que desarrolla nuestro Ministerio en la actualidad?

Para poder llevar adelante este tipo de enunciaciones y este tipo de acuerdos donde estamos avanzando día a día con financiamiento externo y con el Banco Mundial fundamentalmente, se trabaja en distintos programas:

- **Médicos Comunitarios:** Son médicos que tienen la tarea de identificar las familias vulnerables con la participación activa de la comunidad, y la búsqueda de soluciones consensuadas para esa población objetivo. Este programa cuenta con un recurso humano de 7000 profesionales que actúan a través de los Centros de Atención Primaria de la Salud, y existen más de 3500 becas de apoyo para que este plan pueda concretarse. Hoy estamos hablando de 8633 profesionales y estamos atendiendo unas 24.480 personas.
- **Programa Remediar:** Es un programa que todos conocemos, pero es interesante señalar que en la actualidad hemos llegado a 40.091.700 tratamientos con 145.000 botiquines, y cuando digo 145.000 botiquines quiero decir que hace un año teníamos un retraso de casi 80.000. Y además hemos alcanzado casi los 7.000 efectores, que son los lugares de atención con los cuales abordamos a toda esta población.
- **Plan Nacer:** Este plan tiene como objetivo disminuir el componente de la morbimortalidad materno-infantil en la Argentina, y fortalecer la red pública de servicios de salud. Este año 2010 ha alcanzado ya 1.174.626 beneficiarios. Respecto al modo de financiamiento, digamos que la Nación transfiere a las provincias una cápita por beneficiario inscripto. Estas transferencias están sujetas a resultados de dos tipos: un 60% se asigna al momento de captar e incorporar beneficiarios al Plan Nacer, o sea al momento de la inscripción, y el 40% restante se otorga en función de resultados sanitarios.



- **Asistencia de medicamentos para pacientes trasplantados:** Este es otro plan que estamos desarrollando, donde hoy tenemos unos 1250 pacientes que atendemos a través de instituciones de prestigio como el INCUCAI. Además realizamos la provisión gratuita con cobertura del 100% de medicamentos inmunosupresores, que en términos anuales implica un presupuesto de \$38.166.510.
- **Plan de desarrollo de trasplante renal:** Este es un plan que el Ministerio lanzó hace prácticamente un mes y cuyo objetivo es el desarrollo del trasplante renal, que ya ha entrado en vigencia y ha sido aprobado en el COFESA. El objetivo fundamental es acercar la brecha entre los pacientes que están en diálisis y los que están en distintas fases del plan de trasplante. Hay que tener en cuenta que en Argentina hay 26.000 pacientes en diálisis, de los cuales tan sólo 8000 pacientes han iniciado el proceso de inscripción, y otros 3800 ya están en lista de espera. Lo que queremos es acortar la brecha que existe entre estas tres franjas, de tal suerte de poner a nuestros pacientes en diálisis en condiciones de poder ser trasplantados y poder definir así una mejor calidad de vida para ellos. Las actividades que se contemplan en este programa son: la inscripción en la lista de espera para trasplante renal, el desarrollo y fortalecimiento de los servicios públicos para trasplante renal, el fortalecimiento de las capacidades operativas de los organismos provinciales de ablación e implante, y el último elemento es el tema del hospital donante. Digamos que en cuanto al fortalecimiento de las capacidades operativas, hay una fuerte inversión por parte del INCUCAI, que rondará

aproximadamente los \$23.000.000 para equipamiento y para capacitación, y en lo que hace al tema del hospital donante, afortunadamente en este año hemos recuperado en Argentina los índices de donantes con respecto a la década anterior, hemos alcanzado ya 62 trasplantes y vamos en franco ascenso. La idea del Ministerio es poder alcanzar entre diciembre de 2010 y junio de 2011, la eliminación de la brecha entre los pacientes que están en proceso de inscripción y los que están ya incluidos en lista de espera, y el crecimiento de los hospitales donantes para que exista suficiente cantidad de órganos para atender sobre todo en el trasplante de paciente con deficiencia renal crónica, y pueda así pasar a una situación de mejor calidad de vida.

Digamos para concluir que creemos que abordar las enfermedades crónicas no transmisibles es una tarea de todos y es una tarea que tenemos que abordar ya. Hoy es el principal capítulo y preocupación por parte del Ministerio, y no tomarla con responsabilidad, o no evitar y abordar seriamente los riesgos a través de todos estos programas, lamentablemente tendrá sus consecuencias.

Experiencia desde la Seguridad Social

Dr. Guillermo Capuya

Introducción

Quiero agradecer a FEFARA que me haya invitado y tener la oportunidad de estar acá en esta nueva edición de las Jornadas en Mar del Plata, un lugar que me trae recuerdos especialmente agradables, ya que de chicos vivíamos prácticamente enfrente y todas las imágenes del mar y del Hotel Provincial fueron parte de mi infancia. Si bien al comienzo de esta mesa me han presentado magníficamente, quiero resumir mi quehacer diciéndoles que soy médico y trabajo en la Obra Social de Viajantes, y también soy comunicador científico y periodista de radio y TV, y en otras palabras, mi función es divulgar ciencia.

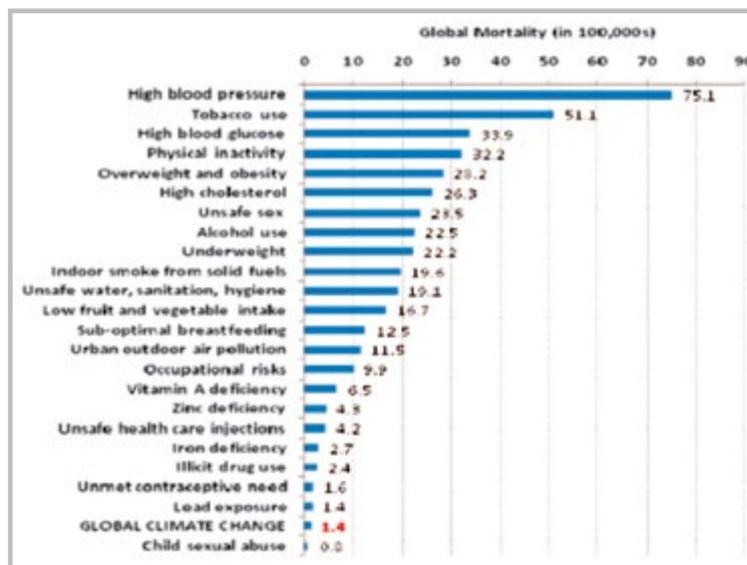
Cuando me convocaron para hablar de factores de riesgo, un primer pensamiento que me vino fue asociar riesgo y juego, pero lo cierto es que cuando se habla de riesgo uno en cierto modo también habla de vulnerabilidad, porque aceptamos el juego pero sabemos que arriesgamos algo, y ese algo se puede perder. Dicho de otra manera, cuando uno habla de “factores de riesgo”, habla siempre también de que algo arriesga.

Busqué lo que era riesgo y vi que venía del italiano, pero a su vez también era un término “risk” que venía del árabe, y en esa lengua significaba “lo que depara la providencia”. O sea que es un poco azaroso, y también que tiene que ver con el juego. Frecuentemente se toman riesgos sin importarnos quién esté por encima de nosotros. Y hay un adagio que seguramente hemos escuchado miles de veces “Más vale prevenir que curar”. ¿Tienen idea de quién es este adagio y de que época es? Es de Erasmo de Rotterdam, del siglo XVI, a quien debemos otros muchos dichos conocidos, probablemente más de mil... “Poner el carro adelante del caballo”, “En el país de los ciegos el tuerto es rey”, y otras tantas frases que decían los abuelos, las seguimos diciendo nosotros, y en este caso muestran que en cierto modo siempre hemos hablado de prevención.

Factores de riesgo. Datos y tendencias

El gráfico de abajo muestra el listado de los 24 factores de riesgo que determinó recientemente la OMS. Lamentablemente está en inglés, pero sólo vamos a referirnos sucintamente a los seis primeros, a modo de complemento de los temas que han expuesto quienes me precedieron hoy en la mesa.

Ranking global de factores de riesgo en la salud para 2004. Basados en la mortalidad global



Los seis principales riesgos de mortalidad, responsables del 25% de las muertes en el mundo son los siguientes:

- Hipertensión Arterial (13% de las muertes a nivel mundial)
- Consumo de tabaco (9%)
- Hiperglucemia (6%)
- Sedentarismo (6%)
- Sobrepeso y obesidad (5%)
- Hipercolesterolemia

Son temas que ya han mencionado el Dr Pérez y el Cdor. Koltan, pero realmente esto pasa en el mundo. Fijémonos en la tercera causa, la hiperglucemia, y claramente la diabetes es una epidemia del siglo XXI, se calcula que para el año 2025 va a haber 350 millones de diabéticos en el mundo. Y esta situación la estamos viviendo acá en Argentina, las encuestas de riesgo del Ministerio recientemente lanzadas el día martes, muestran que la gente aumenta de peso, y también aumenta la Diabetes tipo 2. Justamente ayer mencionaba esto en la radio y decía "La Argentina para arriba, los argentinos para arriba. Parece una buena noticia, pero es una mala noticia. ¿Por qué? Porque aumentamos el sobrepeso y la obesidad." Tenemos un 53,4% de la población con sobrepeso, y de ese porcentaje el 18% es obeso, o sea que tiene Índice de Masa Corporal mayor a 30. Y también vemos que en el listado sugestivamente figura en sexto lugar la hipercolesterolemia.

Un listado puede parecer frío o engañosamente inocuo, probablemente no impacte, pero cuando uno mira alrededor se encuentra a veces con imágenes, con situaciones que sinceramente impactan, conmuevan. Recuerdo que cuando era chico vi una película que me asustó mucho que se llamaba Scanner, y que cuando la persona se

ponía nerviosa le explotaba la cabeza. Impactante... pero sirve para recordar que la primera causa de muerte es justamente la hipertensión arterial.

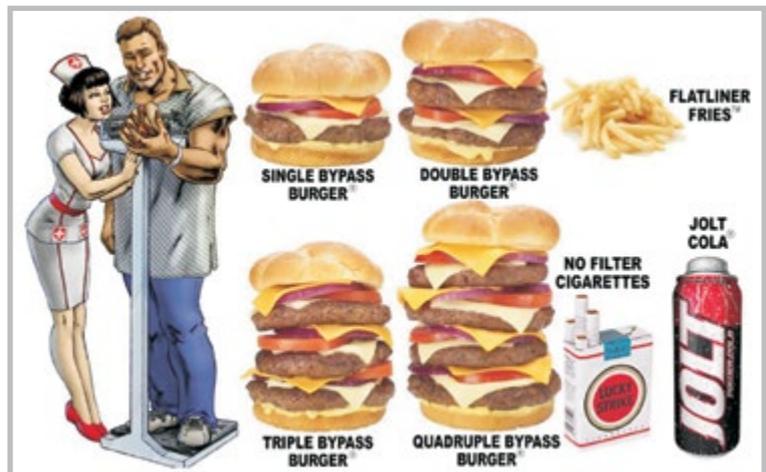
Otro video patético que circula por YouTube que tiene que ver con el segundo riesgo de mortalidad, el tabaco, muestra a un chiquito de dos años fumando, porque en Indonesia los chicos fuman y este nenito fumaba 40 cigarrillos por día... (<http://kenia178.blogspot.com>). Pero a niveles más digamos, corrientes, las tabacaleras están apuntando no a chicos así sino a mujeres jóvenes, en Rusia por ejemplo están diseñando marquillas especiales para que las mujeres jóvenes rusas comiencen a fumar, y lo están logrando, están apuntando a chicas de 12 o 14 años. Esto lo pueden ver ustedes en la página de la OMS, las cifras no las recuerdo pero son alarmantes las chicas que fuman en todo el mundo. Por supuesto esto tiene que ver con las muertes por cáncer de pulmón, por año mueren 1.300.000 personas, 71% de ellas debido al cáncer y el 8% por un mix entre polución ambiental y fumar.

Hiperglucemia, sedentarismo y obesidad, términos que oímos cada vez más, que en distinto grado nos rodean cada vez más... pero tenemos también aquí casos o situaciones extremas que nos muestran que los límites van más allá de lo pensado corrientemente. Es el caso del hombre más gordo del mundo, es un mexicano, se llama Manuel Uribe. Y pesa más de 550 kg, más de ½ tonelada.

Otra cosa impactante, detrás de esta foto con una linda chica hay toda una situación extrema que tiene mucho que ver con lo que estábamos hablando y con el colesterol. Éste es un restaurante, llamado Heart Attack Grill, que significa "La parrilla del infarto", es uno de los 10 restaurantes más insanos del mundo, donde el nombre del establecimiento lo dice todo, que se encuentra en EEUU, concretamente en Chandler (Arizona). Es una casa de comidas fast food, donde las hamburguesas (obviamente sin lechuga) se llaman "Simple bypass", "Doble bypass", Triple y Cuádruple bypass" Y como dato, el "Cuádruple bypass" (U\$12,95) tiene 8000 calorías... Las chicas son enfermeras que toman el pedido en recetas y les colocan a los comensales la identificación donde figura la comida que reciben. Ah, hay salud bar free. ¿Pero saben lo que es? Papas fritas fritadas en grasa de cerdo... lo concreto es que no existe nada light, no existe la lechuga ni nada verde... Y es todo un éxito, porque los avisos en la puerta dicen: "Esto es un lugar para el infarto", "Éste es un lugar insalubre", etc...pero hay cola para entrar a comer allí.



Esto es real: si uno come un "cuádruple by-pass" lo sacan en silla de ruedas a la calle. Y si el cliente pesa más de 160 kg, puede comer gratis lo que quiera... Pareciera que el dueño pensó en el antimarketing ... pero siempre hay cola para entrar. Me pregunto y les pregunto, si uno pusiera este negocio en nuestro país, ¿piensan que no funcionaría? Seguramente que funcionaría... porque a la gente le gusta comer estas porquerías y como decíamos recién, desafía el riesgo.

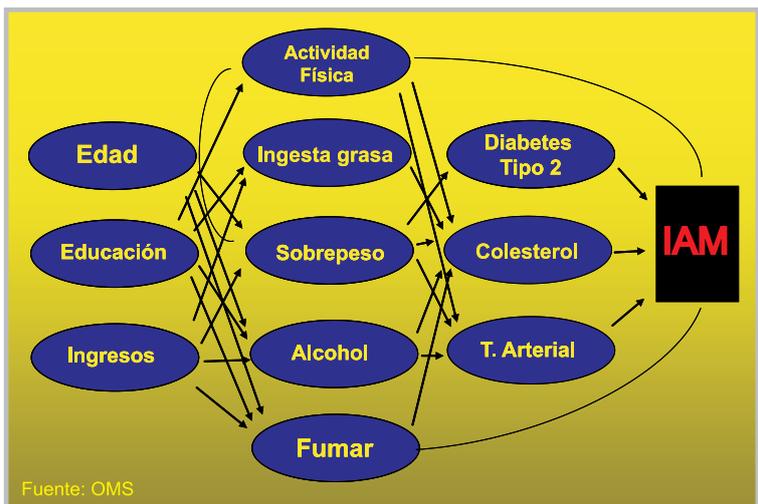


Los principales riesgos de carga de morbilidad en el mundo son los siguientes:

- Bajo peso (6% de los AVAD global)
 - Prácticas sexuales de Riesgo (5%)
 - Consumo de Alcohol (5%)
 - Insalubridad del agua, el saneamiento y higiene (4%)
 - Hipertensión Arterial
- } Responsables del 25% de las muertes en el mundo

En el siguiente cuadro mostramos **la cadena causal del infarto de miocardio**. Es medio complicado a primera vista, pero muestra cómo todo se entrelaza y tiene que ver: la edad, la educación, los ingresos, la actividad física, la grasa que uno come, el sobrepeso, el alcohol, el fumar, la diabetes, el colesterol y la presión. Todo este combo de alguna manera nos va a llevar al infarto.

La cadena causal del infarto del miocardio



Y lo anterior engancha perfectamente con este otro cuadro que es un buen disparador para la reflexión sobre hacer o no hacer prevención en Argentina.

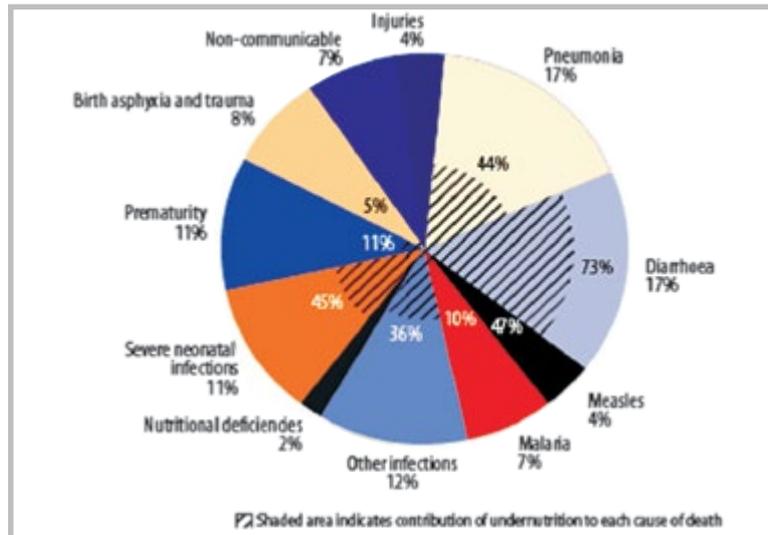
EL COSTO DE LA INERCIA EN PREVENCIÓN
Proyección según datos de ENFR 2006

- En Argentina hay alrededor de 1.700.000 personas con 3 ó más FRCV
- En los próximos 10 años el 40% de ellos tendrá un evento coronario (680.000 eventos)
- Esto significa 186 eventos diarios
- El costo promedio de atención de un evento es alrededor de \$ 8.000 (~ US\$ 2.000)
- En consecuencia alguien deberá pagar alrededor de US\$ 372.000 diarios!!

Análisis CENEXA 2008, Riesgo según Wood et al 1998

Miremos un poco ahora en el gráfico que sigue, **las mayores causas de muerte de chicos menores de 5 años y el efecto del bajo peso o la desnutrición**, ya que en las líneas rayadas puede verse cómo incrementa la mortalidad.

Mayores causas de muerte en niños menores de 5 años y el efecto de la desnutrición

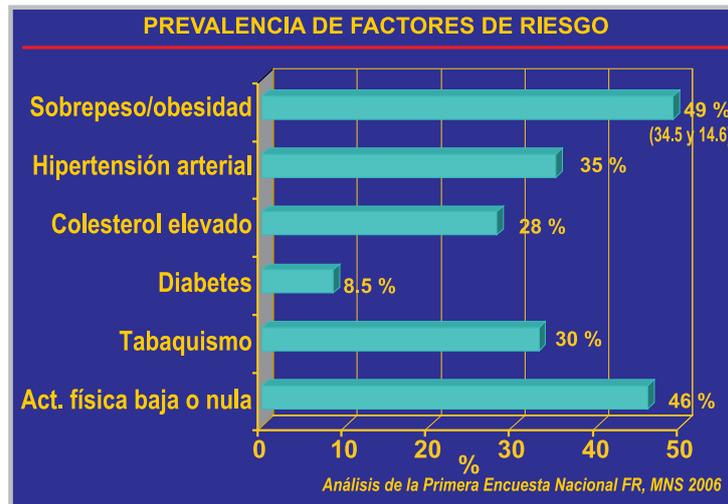


Volviendo al tema de la obesidad, cabe preguntarnos dónde nos encontramos ahora los argentinos, estadísticamente hablando. Estamos entre los checos, entre los de Luxemburgo que son muy paquetes, y los húngaros, porque tenemos un 18% del total de la población (mayor de 15 años) con masa corporal superior a 30. El país con más obesos es Estados Unidos y los más flacos resultan ser los japoneses.

En el siguiente cuadro mostramos toda una serie de patologías que están relacionadas a la obesidad. Desde ya el gasto que ocasiona en salud la obesidad es enorme, y la expectativa de vida (EV) se reduce drásticamente en una persona obesa, y puede considerarse prácticamente 20 años menos que la EV de una persona sana. Esto significa por ejemplo que una persona normal con un índice de masa corporal (IMC) igual a 20, un hombre en este caso, vive aproximadamente 75 años contra una persona de la misma edad con un IMC > 45 que vive apenas 50 y pico de años.

El exceso de peso y la obesidad elevan el riesgo para:	
<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes tipo 2 • Hipertensión arterial • Hipercolesterolemia • Enfermedad coronaria • Paro cardíaco • Angina de pecho • Trastornos de movimiento • Asma • Osteoartritis • Desórdenes musculoesqueléticos • Litiasis vesicular • Apnea del sueño y problemas respiratorios • Gota • Trastornos miccionales • Degeneración macular 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos en salud reproductiva femenina <ul style="list-style-type: none"> - complicaciones del embarazo - irregularidades menstruales - infertilidad - ovulación irregular • Cánceres <ul style="list-style-type: none"> - útero - mama - próstata - riñón - hígado - páncreas - esófago - colon y recto

Si bien lo que sigue tiene que ver un poco con lo que presentaron los disertantes que me precedieron, demos un nuevo repaso a la prevalencia y **estadísticas de factores de riesgo en Argentina**. Las que siguen son de otros años, pero como decía hoy Mario Koltan, estamos más obesos, estamos prácticamente igual de hipertensos, hay un 35% de prevalencia de hipertensión en la Argentina, en colesterol mantenemos iguales valores, 28% que es una cifra alta, la diabetes creció, bajó el tabaquismo y aumentó la inactividad física.



Los **factores de riesgo en Argentina** son realmente un tema muy importante, cambiando el punto de enfoque desde lo individual o personal a los colectivo o ambiental, simplemente pensemos que un país que no tiene agua potable y no tiene cloacas suficientes está en problemas. Y lo que sintetizamos abajo nos muestra que verdaderamente estamos en problemas:

- Más de 8.5 millones de argentinos no tienen agua potable.
- Más de 21 millones no tienen desagües cloacales.
- CABA tiene 8.5 veces más cloacas y 1.7 más agua de red que Misiones.
- Sólo 10 provincias dan agua de red a más del 90% de su población.
- Sólo CABA y T. del Fuego brindan el 90% de cloacas.
- La red de agua potable creció sólo un 10% promedio en una década.
- La Pampa y Misiones creció un 19% y Formosa, La Rioja y Santiago un 5%.
- Cloacas: Neuquén y Sta. Cruz 20%. Formosa y Santiago sólo un 3%.

Otro tema importante son los suelos. Si miramos solamente el tema del arsénico, tenemos 16 provincias con arsénico, entonces estamos tratando chicos con hidroarsenicismo crónico. Según artículos difundidos en la prensa, se ha detectado que en 31 distritos se consume agua con arsénico, en tanto que otro estudio reveló que el agua potable que consume la población posee índices de contaminación superiores a los tolerados, con riesgos para la salud. (Infobae.com). Por beber agua con arsénico hay 4 millones de personas en riesgo. El consumo prolongado puede provocar lesiones en la piel y cáncer. La Argentina es uno de los países con mayor población expuesta. (Clarín.com)

Pero se puede prevenir, y lo malo es que no estamos yendo a la solución del problema, porque éste es un problema de Estado. Y obviamente en todo esto tiene que ver el dinero, como siempre.

Estilos de vida, prevención y costos

Ya se ha hablado sobre la **influencia del estilo de vida y cómo impacta en el gasto de la salud**, los fumadores, los obesos y los sedentarios, cuanto más gastan en salud y en internaciones, son cifras bastante llamativas. El siguiente cuadro lo refleja de un modo bastante contundente.

Influencia del estilo de vida		
Condición	Gasto en salud	Internación
Fumadores	25% mayor	114% mayor
Obesos	8% mayor	85% mayor
Sedentarios	36% mayor	54% mayor
Stress	48% mayor	56% mayor

Fuente: American Washington University - Encuesta Mercer 2003

Y respecto a la prevención y sus costos, me parece interesante compartir con todos algunas cosas que vi mientras estuve trabajando en Estados Unidos, en un hospital en Detroit, donde me llamó la atención ver que las empresas enviaban a los trabajadores al hospital para hacer controles. Esto me llevó a investigar un poco qué hacían las empresas en los Estados Unidos, algo que es muy interesante y que sirve para preguntarse qué pasaría con algo así en las obras sociales, porque en este caso estamos hablando de empresas que tienen 100 o 200.000 empleados.

Las empresas están analizando que el exceso de peso y la obesidad, la carencia de la actividad física, y el uso del tabaco están afectando la salud de sus empleados y en definitiva está alterando, en menos, la rentabilidad.

Por cada dólar invertido, los cocientes costo beneficio oscilan en el rango entre \$1.49 a \$4.91 (punto medio de \$3.14). Aclaro que se incluyen en este análisis varias compañías premiadas con programas de ahorro de costos en promoción y prevención de la salud de sus empleados. A modo de simple ejemplo mencionamos algunos casos líderes:

- Programa de la salud de Motorola, ahorró \$3.93 para cada \$1 invertido.
- Programa vida sana de Caterpillar, proyecta a largo plazo ahorrar antes del 2015 \$700 millones.
- Daimler-Chrysler ahorró entre \$112 y \$200 por empleado al año (95.000 empleados).
- Johnson & Johnson con su programa de salud produjo ahorros anuales de \$224.66 por cada empleado.

Miremos un poco más en detalle un caso, por ejemplo el Programa de la salud de CIGNA, una empresa transnacional estadounidense dedicada al ramo de los seguros con unos 34.000 empleados, que invierte \$2.5 millones. Dado que el 76% de sus empleados son mujeres, tres cuartos de las cuales están en edad fértil, fomenta la lactancia materna: el 72% de las madres dan pecho hasta los 6 meses y el 36% hasta los 12 meses. Los resultados son realmente auspiciosos: un 62% menos de prescripciones en farmacias, disminución del ausentismo, vacunación antigripal 3 a 1 y muy buenos resultados en un programa antitabaco, donde dejó de fumar el 67% a los 12 meses (ROI 1 a 9.5).

¿Cuál es el índice de costo efectividad de la prevención? Veamos algunos ejemplos concretos:

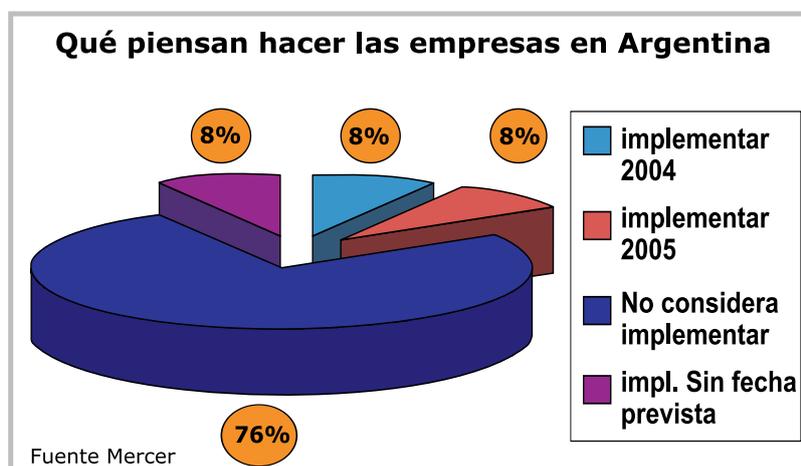
- Por cada \$1 gastado en programas de preconcepción para mujeres con diabetes, \$1.86 puede ser ahorrado para prevenir trastornos en los nacimientos.
- Por cada \$1 gastado en un programa de autoayuda en Artritis, \$3.42 fueron ahorrados en consultas y costos hospitalarios.
- Una mamografía cada 2 años en mujeres entre 50 y 69 años produce un ahorro de aproximadamente \$9,000 por cada año de vida sin patología o tratada precozmente.
- Por cada 100 pruebas de Papanicolau para mujeres mayores, se ahorran cerca de \$5907 y se ganan 3.7 años de vida.
- El sedentarismo provoca 1,9 millones de muertes (año 2000), la pérdida de 19 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), y entre el 15% y el 20% de los casos de cardiopatía isquémica, diabetes y algunos cánceres.
- Se estima que más del 60% de la población adulta de todo el mundo no realiza suficiente actividad.

¿Qué nos pasa a los argentinos? ¿Le damos importancia a la salud?

Relativamente... como puede verse en el gráfico, nos importa más la seguridad laboral, el crimen y la inseguridad, la economía, otras cosas y por último la salud.



Las empresas argentinas piensan igual que como pensamos nosotros, o sea no van a hacer planes de prevención, no quieren invertir en prevención porque como vimos la prevención también tiene un costo.



Y extrapolando el tema a nuestras obras sociales, si yo trabajo en la obra social y le digo al presidente de mi obra social que me dé el 10% del presupuesto o de la recaudación para hacer una campaña de prevención, seguramente me tirarían por el balcón porque nadie lo hace. Pero sin embargo seguramente estamos gastando un 30%, en marketing... Y de hecho hay estudios que han mostrado que el afiliado o beneficiario no tiene interés en pagar por la medicina preventiva, ya que el costo de esta educación puede fácilmente ser incluido en el costo de la medicina terapéutica, y por tanto, serle más conveniente. Por otro lado, los grandes hospitales, clínicas y sanatorios no se ven obligados a ofrecer “solamente” medicina diagnóstica y terapéutica. Esta es una decisión de gestión.

Ahora bien, quiero ser honesto con esto, y tengo que decir que creo que esto no sirve, creo que todas las obras sociales lo hacen para cumplir con el programa pero no sirve. ¿Y por qué no sirve? En mi caso voy a estas charlas, no solamente a mi obra social sino que voy a otras obras sociales que me invitan a escuchar estas jornadas de prevención, pero lo que observo es que en realidad van apenas 20, 30 o 40 personas, y son reuniones abiertas a la comunidad. Y como quizá sepan la preparación es fuerte, se difunden, se confirma la asistencia llamando 50 veces con un sistema de llamado automático, se ofrece un lunch y un peluche para que vengan... y no vienen. Quizá es sólo mi idea personal, pero creo que esto no sirve.

Pero concretamente sí cumplimos con los programas de prevención acorde a la resolución de la Superintendencia: Dislipemias, Cáncer de cuello de útero, Cáncer de mama, Programa de prevención y detección precoz de la diabetes, Obesidad, Cáncer colorrectal, Hipertensión Arterial, Programa de prevención y tratamiento antitabaco y Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25673).

¿Qué hacemos nosotros en ANDAR, nuestra obra social?

En ANDAR cumplimos con los requisitos de la Superintendencia de acuerdo a la Resolución 806/2007, de Programas de Prevención para los Beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Algo del material de difusión y las actividades que hacemos



Y antes de pasar a las conclusiones quiero decir una sola cosa con respecto a los fármacos, hay un punto que para mí va a ser el fracaso de la prevención. Y creo que vamos por ese rumbo porque si nosotros miramos un poquito para atrás y miramos para adelante, los valores suben o sea que la gente se enferma más, hay más diabetes, hay más sobrepeso, entonces vamos a terminar medicalizando a la gente. ¿De qué manera? Polipíldoras por ejemplo. Se acaba de publicar en la revista científica The Lancet, un artículo donde un cardiólogo inglés propone que en vez de dar ketchup o sal, habría que dar una estatina que es un medicamento para bajar el colesterol. Parece descabellado, sin embargo es para tener esto muy presente porque también viene la polipíldora, que se va a empezar a comercializar en breve y va a contener seguramente un antilipídico, una estatina, algo para bajar la presión arterial, y posiblemente contenga algo para licuar un poco la sangre. Seguramente van a haber combos

para la salud sexual, va a haber un combo de Viagra con estimulante sexual y cosas para no dormir... y vamos a terminar matando a la prevención medicalizando a la gente. Y ese es el camino porque nosotros mismos vamos a elegir ese camino.

Conclusiones

Para terminar esbozamos sintéticamente algunas conclusiones:

- La presión arterial alta es el principal factor de riesgo para la mortalidad, responsable de 13% de las muertes a nivel mundial.
- La desnutrición infantil es el factor de riesgo principal para la carga de enfermedad y es responsable de más de 2 millones de niños muertos por año.
- Los riesgos ambientales como el agua no potable, cloacas, la higiene y el humo de combustibles sólidos (carbón, hulla, maderas) causa alrededor de 2 millones de muertes de niños al año.
- El tabaco es responsable de 5,1 millones de muertes. Casi 1 de cada 8 muertes de adultos mayores de 30 se debe al tabaquismo.
- Tener sobrepeso o ser obeso es el principal riesgo y la quinta causa de muerte. Es responsable de un 7 % de las muertes a nivel mundial.
- Pese a todo esto vemos que aumenta la expectativa de vida y crece el porcentaje de personas mayores de 65 años sin discapacidad. Y también disminuye la mortalidad por enfermedad coronaria. Pero...
 - 2/3 del aumento de la EV al nacer ocurrieron antes de 1950.
 - > un tributo a las intervenciones en salud pública
 - 2/3 del aumento de la EV a los 65 ocurrieron después de 1950.
 - > En gran medida debido al avance tecnológico de la medicina
- Bajo consumo de frutas y verduras, sedentarismo de ejercicio, el alcohol, tabaco, índice de masa corporal, colesterol alto, hiperglucemia y presión arterial son factores de riesgo responsables de más de la mitad de las muertes debidas a enfermedades del corazón, la principal causa de la muerte en el mundo.
- Las prácticas sexuales peligrosas, lo que conduce a la transmisión HPV, es responsable de casi todas las muertes por cáncer de cuello uterino y responsable del 11% de las muertes por prácticas sexuales de riesgo, y es la principal causa de muerte por cáncer en África.

Para cerrar quiero mostrar un esquema muy clásico y sencillo, que pertenece al Dr. Gagliardino, porque creo que sintetiza conceptos centrales de todo esto que venimos hablando, y ayuda a poner todos estos temas en foco para su abordaje integral.



Riesgo y prevención en salud, abordaje y situación en la Provincia de Entre Ríos

Dr. Pablo Basso

Introducción

Antes que nada, deseo dar gracias a los organizadores por la invitación. Yo voy a renunciar a la presentación que traía preparada por varios motivos. No hay problemas, no tiene nada que ver el tema del tiempo o el tema de no repetir algo de la información que ya se ha dado. La verdad es que la presentación mía es muchísimo más modesta conceptual y estéticamente que las anteriores, y en lugar de ceñirme a lo que tenía preparado me parece una mejor opción tirar un par de ideas sobre el tema por el que fui convocado, que es ver de qué manera las gestiones provinciales estamos diagramando programas sanitarios en base a los factores de riesgo que se pueden llegar a detectar.

Dificultades en el abordaje de distintos factores de riesgo

Acá hay varios puntos importantísimos, y voy a tratar de seguir un poco el hilo de lo que se vino charlando. Es cierto que los factores de riesgo están bastante determinados, tenemos bastantes números, la encuesta nacional que se terminó para fines del año pasado es muy importante porque nos va a aportar a nosotros información muy valiosa para tomar medidas, pero lo cierto es que después, a nivel operativo, los programas sanitarios no resultan ser lo efectivos que uno pretende en la programación original, o bien la parte de operatividad falla en algún punto y termina siempre con algún sesgo de fracaso.

Permítanme dar algunos ejemplos. He escuchado hoy que uno de los programas que se diseñan para trabajar sobre la prevención y sobre factores de riesgos es el de Médicos Comunitarios. Nosotros en la provincia de Entre Ríos hemos terminado con muchos médicos comunitarios trabajando en las guardias de los hospitales centrales, tratando de cubrir la famosa cuestión asistencial que es la que nos desvela, sobre todo a los gestores regionales. Y esto es por la lógica que venimos siguiendo hace muchísimos años: nosotros tenemos un aumento creciente de morbilidad y de mayor internación que ya es una tendencia, o sea más carga de enfermedad en la población. A esto nosotros respondemos adecuando los sistemas asistenciales: más centros de salud, tratar de poner más recursos humanos, más ambulancias, más hospitales grandes y mayor complejidad.

Es fácil ver que todo esto es una cosa de nunca acabar y evidentemente termina explotando, por eso cuando hablamos de factores de riesgo y cuando hablamos de prevención y de programas adecuados para esto, en realidad habría que tomarlo con una seriedad con la que creo que el sistema de salud no lo está tomando. Y el por qué no lo está haciendo es algo que tiene varias aristas, más allá de esto que yo les decía previamente acerca de la necesidad de cubrir la cuestión asistencial porque es lo que urge, e incluso es lo que muchas veces ocasiona hasta que nos echen a los funcionarios. Pero además creo que hay otras cuestiones que se involucran, hay muchas variables que cruzan las decisiones finales para ver cómo actuamos sobre los factores de riesgo. Por un lado puede ser la indiferencia, pero muchas veces la indiferencia nace de la falta de información, por eso hablaba

de lo que podría llegar a aportar la encuesta de factores de riesgo o de perfeccionar algunos indicadores que ya tenemos disponibles para actuar sobre factores de riesgo sanitarios propiamente dichos, como los indicadores de morbilidad, mortalidad, internación, hospitalización, letalidad y otros.

Hay muchísimos indicadores habituales que nosotros podemos perfeccionar y en base a ellos diagramar políticas, pero tenemos otros riesgos que no son los sanitarios propiamente dichos y que son los riesgos sociales devenidos de los famosos determinantes sociales que impactan en salud, y a los que yo agregaría también, aunque no hablamos mucho del tema ahora, los riesgos ambientales o algunos condicionamientos ambientales que están causando un impacto muy serio en la salud.

Sobre estos dos tipos de riesgos el sistema de salud en sí realmente tiene poco que hacer, porque los programas sanitarios que estamos ideando lo estamos haciendo desde los ministerios de salud provinciales, para decirlo de alguna manera, y son muy poco integrales. ¿Cómo hacemos nosotros desde el sistema de salud para resolver el uso abusivo de glifosato en los campos de Entre Ríos. Como se sabe éste es un caso bastante serio, estamos usando abusivamente los agroquímicos y esto está impactando directamente a la salud. Y lo sabemos, inclusive algunos datos y algunas investigaciones recientes no publicadas lamentablemente, dan parte de que esto está ocurriendo. Ahora bien, yo no puedo poner a los enfermeros con hondas a bajar los aviones que pasan con glifosato por encima de nuestras poblaciones, evidentemente necesitamos otro tipo de regulaciones que no salen o no pueden diagramarse desde el sistema de salud, por eso hablo de soluciones integrales a factores de riesgo distintos, respecto a los cuales desde el sistema de salud realmente muchas veces estamos un poco con las manos atadas para intervenir.

El enfoque de riesgo en sí y como estrategia por supuesto uno lo sigue usando. Definitivamente fue muy efectivo con las infectocontagiosas, por ejemplo para todas aquellas enfermedades contra las que hoy se dispone de vacunas hay un conocimiento más integral y concreto, conocemos en quiénes se produce y en qué magnitud, y disponemos de una herramienta efectiva para curarlas, lo cual nos lleva a tener operativamente coberturas bastante buenas. Pero en estos casos hay todo un sistema en donde se identifica el factor de riesgo en este caso, y también se identifica la herramienta para solucionarlo. Entonces la operatividad después es como que nace sola: la vacuna en sí, la forma de vacunar y todas las herramientas que ponemos. Por supuesto que todo esto tiene que estar financiado, y siempre y cuando haya un financiamiento adecuado suele ser eficiente.

Pero cuando hablamos de todos estos otros factores de riesgo que estuvimos discutiendo acá es mucho más difícil, porque en la estrategia de enfoque de riesgo para este tipo de enfermedades, aparte de la identificación del problema y su magnitud, todavía posiblemente que nos esté faltando a nosotros esta cuestión intermedia de no tener la herramienta para solucionarlo. Y la herramienta muchas veces termina siendo una campaña publicitaria para que la gente deje de fumar, pero como decía recién Guillermo Cabuya, la difusión de material educativo o las reuniones o jornadas de educación para la salud carecen de peso, o muchas veces pese al esfuerzo terminan en charlas para pocas personas, y de algún modo fracasando.

En casos como la provincia de Entre Ríos muchas veces también tenemos la dificultad de que no disponemos de los formadores a nivel local, éstos suelen venir de las grandes capitales, y se da el caso de gente muy formada en el tema que terminan dando charlas para 20 o 30 personas que muchas veces ya tienen en la mano los sandwichitos... Está bien y es lindo igual, pero en realidad el impacto que causan es muy menor.

En cuanto a cómo llegamos a la población, también esto sigue siendo un desafío, desde ya son útiles y necesarios los debates sobre los factores de riesgo y cómo prevenirlos, y convengamos que hay mucha información dando vueltas, pero los resultados que tenemos desde hace muchísimo tiempo fíjense que son bastante pobres,

mas allá de que haya disminuido por ejemplo el consumo de tabaco, que es algo muy beneficioso pero no sé si disminuye tanto en relación al esfuerzo que se hizo y se sigue haciendo en este tema. Es cuestión de pensar, de imaginar que más podemos hacer ahora aparte de los programas nacionales, que para mi gusto fueron excelentes al menos en la forma como estuvieron diagramados, y sin embargo el impacto no termina siendo de la magnitud del esfuerzo que se hizo para abarcar ese factor de riesgo en particular.

Así que me parece que todavía estamos en pleno debate sobre los mecanismos y las herramientas que deberíamos utilizar para abordar estos factores de riesgo en particular, e inclusive me parece que habría que aportar a la integralidad no solamente al sector salud sino también de los otros sectores, difícilmente se pueda construir una vivienda saludable con agentes sanitarios y médicos comunitarios, esto no se puede hacer, no se puede llevar agua potable con odontólogos y farmacéuticos. Y digo esto porque nosotros no es que lo descubrimos ahora, pero por ejemplo en Entre Ríos el tema del dengue nos golpeó como una cachetada en pleno rostro... Dijimos: hagamos la campaña para el dengue, salgamos a descacharrizar, y resultó que no teníamos ni tenemos gente para descacharrizar desde los centros de salud y desde los hospitales, así que tuvimos que empezar a hacer toda una política de acercamiento con Desarrollo Social, municipios, juntas de gobierno y ONGs también por supuesto, para ver de qué manera hacíamos eficiente una cosa que era tan obvia como que teníamos que evitar el dengue descacharrizando. Ahora cabe preguntarse quién estaba a cargo de hacerlo. La respuesta es el ministerio de Salud, pero la pregunta clave es ¿con quién? Realmente hasta el día de hoy me pregunto cómo es que hacemos una cosa así, cómo es que no podemos darle integralidad a los programas sanitarios que diseñamos, y que parecen tan lindos cuando los escribimos.

Este tipo de cosas que uno ve y vive, un poco es lo que me motivó a buscar este debate y no abundar mucho más en lo que ya se habló anteriormente tan bien y extensamente, acerca de cuáles son los factores de riesgo más habituales. Es decir, provocar un poco como para empezar a ver que en realidad, mas allá de lo que diagramemos y lo que declamemos, los inconvenientes en el terreno, en el campo operativo siguen existiendo. Y creo que por eso el impacto de todas las medidas que estamos tomando no suele ser el que soñamos cuando las aplicamos.

Yo no sé cómo va a ser la dinámica pero me encantaría que podamos discutir sobre algunos de los puntos que tiramos anteriormente, o sobre éste si se quiere. Por eso y antes de concluir, quisiera contar algo que nos pasó en Entre Ríos. Nosotros tenemos algo de experiencia con el tema del uso del medicamento como prevención para el caso de la leptopirosis, particularmente con las inundaciones que tenemos bastante seguido en nuestra provincia. Concretamente tenemos que usar un medicamento para bloqueo, de alguna manera para no tener casos o como preventivo, que es la doxiciclina. Nos encontramos que en el año 2007 en Gualeguaychú, teniendo la doxiciclina disponible, con un gran número de personas voluntarias para trabajar en terreno yendo casa por casa distribuyendo este antibiótico, igualmente hubo una muy baja aceptabilidad del medicamento por parte de la población, en realidad más de 80 casos en Gualeguachú en aquella época.

En el año 2009 tuvimos dos grandes inundaciones que fueron bastante famosas, una provocada por lluvias en Paraná y otra en Concordia, y sin embargo esta misma estructura que utilizamos en el 2007, o sea el medicamento disponible y la distribución casa por casa, fue muy efectiva. Casi no tuvimos casos de leptopirosis debido a inundaciones por lo menos, somos endémicos así que siempre tenemos casos, pero en esta oportunidad no se detectaron nuevos casos debido a las inundaciones. Y esto fue el resultado de que esta vez tuvimos una alta aceptabilidad.

A primera vista esto parece muy lineal: aceptabilidad de medicamentos, pocos casos de leptopirosis. Pero uno busca indagar más y entender más que llevó a una aceptabilidad mayor, incluso descartando las posibilidades de que haya cuestiones culturales con fuertes diferencias entre Gualeguaychú, Concordia y Paraná, como para

sospechar que unos tomen y otro no tomen el medicamento, simplemente porque se les ocurre. La única hipótesis que se nos ocurrió y la diferencia que encontramos, es que la aceptabilidad del medicamento dependió de quién lo estaba suministrando. Porque cuando lo hicimos en Gualeguaychú lo hicimos con mucha gente voluntaria y con muchos voluntarios de los hospitales, pero que creo que no tenían claro este concepto de que el medicamento no solamente sirve para curar sino que también podría servir para que la gente no enfermara, para prevenir.

Y cuando esto lo repetimos en Concordia y Paraná lo hicimos con residentes de Epidemiología y con gente que habitualmente trabaja en prevención y promoción, muchos agentes sanitarios y promotores municipales que tienen otra concepción con respecto a la prevención, y que no hacen mucha discriminación entre la lavandina y el medicamento, que no le tienen tanto miedo a la diferencia que puede haber entre una cosa y otra. Y lo cierto es que fue mucho más efectiva.

Preguntas y comentarios

Dr. Luis Pérez: yo creo que es muy rico lo que acaba de aportar Pablo Basso. Sin duda que el tema de cambiar el eje de los sistemas de salud es todo un desafío, y no es fácil. Yo tenía un secretario de salud que decía que si fuera fácil alguien ya lo habría hecho y esto era como la regla de oro para el equipo. Creo que la primer frontera que hay que romper, y coincido con Pablo, es la definición del sistema de salud. En principio, desde mediados de la década del '90 hay toda una corriente que se aleja del enfoque que considera al sistema de salud tan sólo como el gerenciamiento de la red de establecimientos de salud, y establece que la salud debe cortar transversalmente todas las políticas de gobierno. Dicho de un modo fácil, como modelo es casi el de las evaluaciones de impacto ambiental. Porque la preocupación por el ambiente trasciende todas las políticas cualquiera sea el objeto de inversión que se vaya a hacer, desde un puente hasta un edificio, cualquier cosa que sea tiene que pasar por una evaluación de impacto ambiental. Los países escandinavos desde 1996 están trabajando en forma sistemática en la evaluación de los determinantes de salud de cualquier emprendimiento nuevo, y revisando las cosas históricas que trabajan esas sociedades.

Hay una publicación muy interesante que se llama Salud en todas las políticas (Health in all the politics), que lamentablemente no está traducida al castellano pero que plantea muchas de las herramientas que ya se están usando para cambiar este paradigma y poder trabajar desde los determinantes sociales. En esto, una de las herramientas donde más campo de acción hay, es el liderazgo del sector salud en el tema regulatorio, sobre los otros compañeros de gabinete de los equipos de gestión. También la coordinación de los espacios saludables a nivel territorial, ya sea local, provincial o nacional como políticas activas. Enfoca el concepto de entorno saludable y la generación del entorno saludable empezando por la propia casa, por los ministerios y por los propios establecimientos de recuperación de la salud.

Pero yo coincido que el primer problema que tenemos es un problema de derribar nuestra propia conceptualización de lo que es el sistema de salud, y el segundo atrevernos a copiar sin prejuicios lo que en otros países está resultando. Nosotros tenemos una muy buena posibilidad, durante mi presentación mostré cómo la ganancia rápida económica generaba más carga de enfermedad, y Mario Koltan después mostraba cómo se da esta situación en Argentina, donde esto está afectando mayormente a la clase media y cómo las personas de ingresos medios acá en la Argentina tenemos el 37% de la carga de enfermedad. Si nosotros pudiésemos apelar a la inteligencia colectiva podríamos ahorrarnos el desfase que tiene esto, la evolución histórica es que los más ricos, los que van ganando más, van teniendo más factores de riesgo, pero a medida que ganan también más en capacidad de educación, reconducen sus vidas y entonces cambian la asignación del gasto, recuperan políticas activas a través de jugar al golf o ir al club, invertir en gimnasio y en comida diet. No es otra cosa que la famosa onda verde, pero

ésta tiene un costo en los países desarrollados que no lo pueden soportar los hogares de ingresos medios y de ingresos bajos, por eso es que la epidemia a medida que la sociedad en su conjunto va ascendiendo en su nivel socioeconómico, se va trasladando a las clases menos pudientes económicamente. Este es un fenómeno que ya está estudiado, que tiene 25 ó 30 años en la literatura. Una de las herramientas que sí tenemos en el sector salud es la capacidad de liderazgo sobre la opinión pública porque todavía, para bien o para mal, se mantiene muchísimo de los restos del pensamiento médico hegemónico. Pero el tema es por qué no lo usamos para cosas positivas en vez de para otras cosas como el síndrome del yo-yo: tiro el paciente y lo traigo 2 veces más para que me deje unas facturitas más. Me parece que tenemos que cambiar nuestra frontera de pensamiento y no es fácil, porque como decía mi amigo si fuera fácil ya alguien lo habría hecho.

CPN Mario Koltan: A partir la exposición de Pablo Basso y tratando de enfocar lo que falta por hacer, lo que creo que es importante enmarcar es tener la información, conocer el diagnóstico, tener el programa, tener los recursos y por sobre todas las cosas construir una política de estado sostenida. Yo creo que en salud, y es algo que probablemente todos lo que estamos acá vamos a compartir, no tenemos resultados que puedan medirse en días o en meses, tenemos que construir en años. Quienes hemos avanzado, hemos estudiado, nos hemos capacitado y hemos leído literatura sobre salud pública, sabemos que construir en salud pública es construir de un modo sostenido en una dirección, pero no con la rigidez de no ser capaces de corregir, de mirar al mundo y de actualizarnos, y entender por sobre todas las cosas que este papel rector del Estado en salud significa no el papel rector del ministerio de salud únicamente, sino un Estado rector que integre todos los sectores en función de este programa o de esta política de abordaje de estas enfermedades de altísimo impacto en nuestra población.

Creo que nos falta en este país federal, desarrollar de manera sistemática en cada una de las provincias una política sostenida de integración de todas las áreas en función de los objetivos determinados. Por eso cuando hablamos de mortalidad infantil, cuando hablamos de enfermedades crónicas no transmisibles, cuando hablamos de dengue y cuando hablamos de todos los capítulos que venimos mencionando, creo que lo más importante de todo y esto lo hemos vivido desde el Ministerio cuando hablábamos del tema de la pandemia de la gripe o abordábamos el tema del dengue, el primer compromiso desde el Ministerio tratábamos de hacerlo con el gobernador de la provincia y las estructuras de gabinete. Porque no hay modo de enfrentar a estos cuadros, a estas enfermedades, a estas patologías, si no comprometemos a las más altas autoridades, para que desde allí hacia abajo el conjunto de las estructuras del Estado más la sociedad civil se involucre para el logro de estos objetivos.

- **Audiencia:** *Voy a ser breve, pero la verdad es que ha sido una Mesa muy motivadora, que nos estimula a pensar las situaciones y la gestión desde un marco macro y meso, que no voy por supuesto a abordar porque están los doctores y sería una falta de respeto, pero también desde lo micro, cosas sencillas y alcanzables. Se dijo que hay un 35% de prevalencia de hipertensión arterial, todos nosotros podemos ser hipertensos, probablemente un 30% de los que estamos acá somos hipertensos, entonces me permito proponer una medida sencilla y práctica que bajo a la sociedad. Propongo, y esto va a salir seguramente en breve, una campaña que se va a llamar “Sal de la mesa”. La propuesta que hago es sacar todos los saleros de la mesa de los restaurantes y bares y que el sobre de 2 g tenga medio gramo. De este modo si logramos reducir solamente 1 g de sal, piensen ustedes que la recomendación de la OMS es de 5 g diarios y en la Argentina se consume promedio 13 g de sal por día, y si reducimos 1 sólo gramo, esto sería un blister de Cafiaspirina, eso lleno de sal, eso es un gramo, si reducimos eso nos ahorramos en Argentina 20.000 eventos cardiovasculares y 2000 muertes por año. Así que mujeres, maridos, saquen los saleros y traten de comer sin sal. ¿Parezco Doña Rosa, no?*

CPN Carlos Vassallo: Un comentario que me parece pertinente en función de lo que se estuvo discutiendo. Creo que el sistema de salud, no sólo de Argentina sino de cualquier país del mundo, es insuficiente para poder responder a esta problemática, y que a veces del laberinto no se busca la salida sino que se sale por arriba. Y

lo que me parece que se podría intentar, por lo menos algo interesante que están haciendo algunos países, es cambiar determinados comportamientos de las personas y de las empresas a través de algunos instrumentos económicos que no los tiene el Ministerio de Salud sino que los tiene el Ministerio de Economía. Es decir, un capital importante del país son las personas que viven en él y la salud que las mismas tienen, en consecuencia lo que empieza a pasar en algunos países, por ejemplo Inglaterra, es que se empiezan a introducir incentivos a determinados comportamientos riesgosos para desincentivarlos. Por ejemplo en el tema de la sal se pacta con las empresas de productos congelados para que saquen sal de los productos congelados. Otro ejemplo es que se empiezan a introducir mecanismos de incentivo para que las empresas den una hora de tiempo libre para que las personas puedan hacer gimnasia, también se introducen mecanismos de incentivo para que las personas puedan comer frutas y verduras dentro de la oferta, y que por ejemplo no suceda lo que sucede en la Argentina en donde los productos de bajas calorías y saludables salen más caros que los que más daño a la salud hacen. Entonces esto es una lógica que necesita complementarse, no es una lógica que se pueda resolver solo desde lo sanitario, aunque tengamos los mejores programas para poder hacer el abordaje.

Dr. Luis Pérez: Un comentario adicional. Yo coincidí con Carlos Vassallo que algunos resortes están fuera de lo que es la atribución administrativa del Ministerio de Salud, pero mucho de ellos no están fuera de su capacidad de liderazgo, e incluso algunos están dentro del ministerio de salud. Por ejemplo, la sal argentina es conocida en el mundo por ser una de las más finas y corredizas, el Instituto Nacional de Tecnología Alimentaria está dentro del ejido del Ministerio de Salud y es éste el que autoriza la granulometría de la sal que se comercializa. Acá vino hace años en el Proyecto Vigía un sociólogo inglés que es Director de Políticas Poblacionales del Centro de Control de Enfermedades de los EEUU, y con él apoyamos al Ministerio en desarrollar un proyecto que recién ahora se está poniendo en marcha y que estuvo en el freezer por años, que es el de disminución de la sal en los panificados industriales y en los comerciales, que se hace a través de la Federación Argentina de Cámaras de Panaderos. Se ha hecho un jarrito para medir la sal, porque son temas culturales. Por ejemplo se les preguntaba a los panaderos cuánta sal le ponían a la bolsa de harina, y como respuesta generalmente decían "Esto". Y mostraban un cacharro como hacen las amas de casas para preparar el arroz, que suelen tener una taza azul o una taza rosa y de acuerdo a cuántas personas son, echan dos o tres de esas tazas. Pero así el arroz no sale normalizado y el pan tampoco. Se hizo un trabajo con el INTI, a doble ciego, buscando en ese momento la sensibilidad a la sal en el pan de los consumidores, en una muestra se disminuía hasta que decían que estaba sin sal, y la otra se mantenía normal. Entonces se puede disminuir hasta 3 y 6 gramos por día en la carga de sal, de sodio, en las personas de la Argentina simplemente si se normaliza eso.

Este sociólogo inglés del que les hablaba había notado esto inmediatamente. En cada bar que entrábamos miraba los saleros que estaban sobre las mesas y preguntaba qué tamaño tenían los agujeros del salero, y si no se podían hacer saleros con agujeros más chicos y sal con granulometría más gruesa. Ese tipo de medidas son el lugar donde poner el foco, la mirada inteligente en la vida cotidiana de las personas. El diseño de los recorridos del transporte de colectivo, el diseño de las playas de estacionamiento, esos son temas de entorno saludable donde nosotros en los ministerios como funcionarios públicos debíamos tener la capacidad de liderazgo para discutir con el intendente, y decirles que aunque nos valga una catarata de insultos, por ejemplo las playas hay que dejarlas más lejos, hay que dejar que la gente camine, hay que forzar que las líneas de micros no vayan por las principales calles comerciales sino 2 ó 3 cuadras más allá, porque todo eso genera una carga de hábito de caminar que empata parte del sedentarismo de la vida diaria.

La instalación de la pausa activa en los ministerios de salud, ¿Cuántos de los 24 ministerios de salud de la Argentina tienen instalada la pausa activa? Esto es que cada hora los empleados se levanten y se muevan 5 minutos, hay muchísimas cosas muy interesantes que están ya en vigencia en muchos países que debieran adoptarse, y hay que empezar a trabajar en eso.

Farm. Mariano Figueroa: En mi caso además de farmacéutico soy representante la comunidad en el Hospital Iturraspe de la Ciudad de Santa Fe. Desde ya pido disculpas si no logro ser lo suficientemente claro. Digamos que hay un matrimonio norteamericano que establece que la sociedad se divide en tres partes, el Estado, el mercado y la sociedad civil, ellos sostienen que ni al Estado ni al mercado les preocupó el problema de la mujer, de la discriminación, tampoco les preocupó la discriminación hacia los negros y no les preocupó el medio ambiente. Fue la sociedad civil la que conquistó a través de su participación el reconocimiento de los negros, de la mujer y puso el tema del medio ambiente en el tapete o en el debate público.

¿A qué viene esto? Primero a lo que decía Carlos Vassallo, es clave que ni el Estado ni el mercado son suficientes para revertir la situación que estamos atravesando, y si seguimos pensando en las mismas fórmulas que aplicábamos siempre creo que no vamos a avanzar, creo que hace falta dar una vuelta de tuerca. Y en esto me quiero parar en lo que mencionaba Luis Pérez del Banco Mundial: el capital social. Y esto es algo que también estudió Robert Putnam, cuando vio que una localidad en Estados Unidos, Roseto, un pequeño pueblo al este de Pennsylvania tenía la mitad de cardiopatías que las dos localidades vecinas. Y buscando una explicación, el único elemento que encontró en la década del '70 fue una red social muy fuerte, como describe en su libro "*Bowling alone*", o sea "Jugando al *bowling* solos". Putnam observó además que sus habitantes eran inmigrantes que llegaron a los EEUU desde una pequeña villa al sur de Italia, escapando de la guerra mundial. Estas personas armaron un tejido social muy fuerte con cooperativas, mutuales, parroquias y diarios. A medida que desde 1960 las nuevas generaciones fueron abandonando las costumbres de esta generación inicial, la tasa de cardiopatías comenzó a subir en forma sostenida.

En el capital social de que habla en Argentina Bernardo Kliksberg, la participación es salutogénica. Se refiere a estas rondas donde la palabra circula, donde la gente es protagonista, donde se siente integrada a un proyecto. Un grupo de jubilados que juega a las bochas a veces conlleva mejores acciones de salud que el sistema de salud que tenemos, porque los contiene y los acompaña. Lutzky, un psiquiatra argentino estudió un paciente deprimido en quien no había forma de encontrar el problema que tenía, hasta que vio que si bien tenía sólo 70 años y una familia, el cuadro comenzó cuando se jubiló el diariero que pasaba por su casa, y que era la única persona en Estados Unidos con la cual conversaba después que terminaba de recorrer y repartir los diarios. Una simple muestra de la soledad en la sociedad actual.

Entonces mi planteo intentaba mostrar que es fundamental generar nuevos canales de participación donde la gente discuta estos temas, donde la gente sea protagonista en la elaboración de los programas, porque como se dijo recién los programas son muy bien elaborados desde el Ministerio, pero cuando llegamos al terreno muchas veces la gente no se siente propietaria ni protagonista de ese programa. Y una experiencia que hemos hecho en el Hospital Iturraspe, donde hemos conformado un consejo de organizaciones de la comunidad santafesina, una red de todas las instituciones de la ciudad es justamente construir este capital social. Entre otras cosas hemos hecho con éxito bicicleteadas para movilizar a toda la ciudad y tratar de cambiar los hábitos. Es un aporte sencillo, pero quizás habrá que empezar a cambiar la lente para que la misma sociedad comience a ser protagonista.



Mesa III

El rol del farmacéutico y el valor agregado a la efectividad del sistema de salud

Coordinador: Farm. Hugo Robatta¹

Vamos a dar comienzo a esta tercera mesa que se va a desarrollar bajo el título “El rol del farmacéutico y el valor agregado a la efectividad del sistema de salud”. Luego de lo que hemos tenido el placer y el orgullo de escuchar en el primer tramo de estas Jornadas, creemos que se vienen desarrollando muy bien y estamos seguros que van a seguir mejor. De modo que somos realmente optimistas y en particular sobre esta Mesa, que por el título y el tema tiene mucho interés para nosotros, no sólo para los farmacéuticos, sino para todos los que están vinculados a la profesión farmacéutica.

Vamos a escuchar cuáles son las nuevas ideas y los nuevos proyectos que los farmacéuticos hemos estado elaborando y llevando a la práctica, con el objetivo de hacer a nuestra profesión más eficiente cada día, con instrumentos renovados que nos permitan desarrollarnos mejor y siempre al servicio de la salud de la población. Para eso vamos estudiando, perfeccionando nuestros conocimientos y debatiendo estrategias. Y es un aporte interesante que dos profesionales de la talla de nuestros disertantes hayan respondido a nuestra convocatoria y estén ahora aquí, dispuestos a hacer aportes que vamos a tomar

¹ Tesorero del Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe.

seguramente en cuenta, tanto para nuestro quehacer diario como para la discusión y elaboración de nuevas estrategias. Y como éste es un tema de tanto interés, desde ya reservaremos un espacio al final de las exposiciones para quienes quieran preguntar, aclarar o sumar ideas.

Pasemos entonces a presentar brevemente a nuestros dos disertantes, que según el orden de exposición son en primer lugar Pedro Domingo Armando, quien es Licenciado en Química Farmacéutica, egresado de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Bioquímico, Master Universitario en Atención Farmacéutica, con título otorgado por la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada, España. Es además Doctor en Farmacia, egresado de la misma Universidad, y profesor del Departamento de Farmacología de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

En segundo término nos vamos de Córdoba rumbo a Misiones y sus magníficas Cataratas de Iguazú, porque tendremos oportunidad de escuchar la exposición de nuestra colega la Farmacéutica Natalia Rodríguez, quien es vicepresidenta del Colegio de Farmacéuticos de Misiones e integrante del Sistema Federal de Actualización, Certificación y Recertificación Profesional, y tiene además una destacada participación en FEFARA.

¿Evolucionamos hacia la implantación de servicios cognitivos en las farmacias comunitarias?

Mag. Pedro Armando

Introducción

Muchas gracias, buenas tardes. La idea de la presentación de esta tarde es agregarle un título adicional al nombre de la Mesa, que es en realidad una pregunta y también una invitación a trabajar hacia nuevos servicios en las farmacias comunitarias. La idea es preguntarnos si evolucionamos hacia la implantación de servicios cognitivos en las farmacias comunitarias.

Por evolucionar, de acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española, entendemos que algo se desenvuelve, se desarrolla y va pasando de un estado a otro. Si hiciésemos un paralelismo entre la evolución humana y la evolución de la profesión farmacéutica, no sería muy bueno pensar que la humanidad podría evolucionar hacia un cuadrúpedo (sin ánimo de ofender a los cuadrúpedos), es esperable que de la evolución de la profesión farmacéutica surjan aspectos positivos, que redunden en mejoras de las condiciones de salud de la población a la que prestamos diariamente nuestros servicios en las farmacias comunitarias.

Entonces, a partir de una evolución favorable podríamos imaginar un posible escenario, y llegar a responder si esta realidad evolutiva es posible, o bien si se trata sólo de pura ficción. Quiero mencionar algo que fue dicho y escrito por profesionales que están coordinados por la Organización Mundial de la Salud y la Federación Farmacéutica

Internacional y es lo siguiente²: “Los farmacéuticos deben salir de atrás del mostrador y empezar a servir al público, proporcionándoles atención, entendida por cuidado farmacéutico, en vez de únicamente medicamentos”. Hay un papel profesional muy importante y muy demandado por los farmacéuticos, más allá de la gestión y dispensación de medicamentos. Los medicamentos no deben verse como un fin en sí mismo –a menudo tan remarcado en la actual formación y profesión farmacéutica– sino como un medio para conseguir un fin.

Y dicen después: “No hay futuro en el mero acto de la dispensación. Esa actividad puede hacerse por Internet, por máquinas expendedoras y/o por técnicos entrenados para ello”. Nosotros como profesionales farmacéuticos sabemos el valor que tiene la dispensación, porque no sólo entregamos un medicamento sino la información adecuada para que se use correctamente. Pero lo que se piensa es que la dispensación en el futuro puede cambiar y evolucionar hacia esto. En los casos en los que los medicamentos se usen para conseguir el mayor beneficio posible en cada paciente y para la sociedad en su conjunto, se conseguirán tanto mejoras en la salud, como ahorro de costos. Los nuevos farmacéuticos deberán tener los conocimientos y las habilidades necesarias para asumir su nuevo papel y sus nuevas responsabilidades, y para actuar como un miembro colaborador del equipo de salud.

Y otro pensamiento o proposición para rescatar y aplicar dice: “El hecho de que los farmacéuticos tengan una formación académica y actúen como profesionales de la salud, les ofrece la oportunidad de servir mejor a la sociedad de lo que lo hacen hoy en día.”

Los farmacéuticos pueden facilitar la obtención de resultados terapéuticos adecuados y evitar o resolver, en gran medida, la aparición de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a los medicamentos (RNM). La actitud proactiva en la Dispensación y en la Indicación Farmacéutica se encuentra arraigada en la práctica profesional del farmacéutico, aunque sería necesaria una mayor orientación hacia el paciente y su generalización, así como la adecuada documentación y protocolización de las actuaciones. Por el contrario, el Seguimiento Farmacoterapéutico, como nuevo servicio, precisa una diferente implicación de los farmacéuticos y requiere del acceso a la información/historial farmacoterapéutico compartido, como consecuencia del compromiso continuo con los resultados del tratamiento integral del paciente.

Lo siguiente está extractado del prólogo de este libro que les recomiendo leer, que se publicó en el año 2006 y en el 2009 se tradujo al español: se llama “*Desarrollo de la práctica de la farmacia. Centrada en la atención del paciente*”.



Establece básicamente cuatro puntos, o cuatro pasos para poder trabajar en la atención de nuestros pacientes:

1. Evaluar las necesidades de farmacoterapia del paciente e identificar los problemas reales y potenciales
2. Desarrollar un plan de asistencia para resolver y/o prevenir los problemas relacionados con la farmacoterapia o medicación (PRM)
3. Implementar el plan de asistencia
4. Evaluar y revisar el plan de asistencia, o sea revisar los resultados obtenidos e ir valorando nuevamente las necesidades de nuestros pacientes.

² Organización Mundial de la Salud y la Federación Farmacéutica Internacional, *Desarrollo de la práctica de la farmacia centrada en la atención del paciente*, 2006.

Un nuevo escenario profesional

Farmacia comunitaria: establecimiento sanitario

Este posible escenario profesional que estoy planteando requiere que pensemos y tengamos en cuenta algunas cosas. **La farmacia comunitaria por ley es un establecimiento sanitario** porque lo habilita la autoridad de salud, de jurisdicción provincial o nacional de acuerdo a la localización. Y en ese ámbito pensamos en **el medicamento como una tecnología sanitaria**, no como un mero objeto de consumo susceptible a una transacción comercial, sino como decía anteriormente como un medio para conseguir un fin.

Está ampliamente documentado que si los medicamentos no se usan adecuadamente, no logran los resultados terapéuticos que se esperan y pueden ocasionar efectos no deseados. Algo para tener en cuenta es que en algunos países desarrollados se hicieron estudios epidemiológicos serios, y han mostrado lo siguiente:

- Por ejemplo, en España, más de la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas no cumplen adecuadamente el tratamiento prescrito.
- Un tercio de las visitas a los Servicios de Urgencias son consecuencia de un resultado no deseado del medicamento, de los cuales más del 70% son evitables.
- Los farmacéuticos pueden facilitar la obtención de resultados terapéuticos adecuados y evitar o resolver, en gran medida, la aparición de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a los medicamentos (RNM).

Entonces hay que pensar en el medicamento como una tecnología sanitaria, y trabajar fundamentalmente en valorar los efectos de los medicamentos, en cuanto a lograr el objetivo terapéutico y evitar que aparezcan problemas no deseados.

Aquí ya estamos hablando de un nuevo rol profesional del farmacéutico además de la dispensación. Para desempeñar ese nuevo rol profesional que está basado fundamentalmente en dar un servicio farmacéutico, tenemos que ser y parecer realmente un establecimiento sanitario. En este momento muchas farmacias comunitarias no tienen similitud a un establecimiento sanitario, y más bien se parecen en realidad a un polirrubro antes que a una farmacia con carácter de establecimiento sanitario. Creo ha tenido mucho que ver el haber identificado mal desde un principio el enfoque del marketing, porque los marketineros nos enseñaron a trabajar en marketing de productos y no en marketing de servicios profesionales. Entonces armamos muy bien la estantería, la exhibición, etc, etc, y sabemos cómo rentabilizar un espacio, pero no sabemos cómo ofrecer adecuadamente los servicios profesionales para los cuales nos formamos en la universidad.

Además, es preciso recordar que los servicios farmacéuticos deben ser servicios sostenibles, para lo que es necesario un pago, y un sistema de gestión. Está claro que con el tiempo necesitamos que se pague por ese servicio, porque no podemos seguir trabajando y dar el servicio que implementamos de forma gratuita, no es sostenible. Lo debemos gestionar adecuadamente para que en la farmacia aparte de la dispensación, que la vamos a tener que seguir haciendo porque es la base de la farmacia comunitaria, podamos ir agregando una cartera de servicios nuevos para ofrecer a los pacientes. La clave es entender que son dos cosas que deben ir juntas: que lo podamos implantar y luego sostener a lo largo del tiempo.

Tendencias en la atención sanitaria

Qué pasa en paralelo a esta evolución de la farmacia comunitaria, a nivel de la atención sanitaria? Ya otros expositores hablaron de este tema durante la primera parte de estas Jornadas. Hay una tendencia hacia ciertas conductas sobre todo en los países desarrollados, principalmente hacia la atención sanitaria centrada fundamentalmente en el paciente, ya que todos sabemos que el paciente es el principal actor en el sistema de salud. Está además orientada a producir resultados en salud. Toda atención que no produzca resultados en salud no es costo efectiva y por lo tanto no es útil. Y tiene que ser obviamente más efectiva y eficiente, o sea lograr los objetivos que se esperan, y si es posible con la menor cantidad de recursos.

Calidad de la atención ofrecida

Para valorar la **calidad de la atención ofrecida** se toman en cuenta tres aspectos:

- La **estructura, los recursos físicos y humanos** que tenemos en nuestra farmacia.
- Los **procesos** y esto se refiere fundamentalmente a las interacciones que ocurren entre los profesionales y los pacientes.
- Los **resultados** de esos procesos, y en un rato vamos a ver más en detalle de qué se trata esto.

Entonces para abordar esta nueva evolución de la profesión farmacéutica, tenemos que cambiar sustancialmente el paradigma, cambiar el chip como decimos, o sea cambiar la un poco forma de pensar.

Esta nueva filosofía de la práctica conlleva un cambio de paradigma, ya que supone pasar de centrar los esfuerzos de los profesionales en el proceso de uso de los medicamentos a distintos niveles, a orientar toda la actividad hacia la mejora de los resultados de la farmacoterapia.

Se trata, en suma, de pasar de un modelo de ejercicio profesional a otro. El modelo antiguo consistía en “dispensar un medicamento al paciente sin errores”, y allí se terminaba nuestra función y nuestra responsabilidad. Ahora con nuevos servicios farmacéuticos, el nuevo modelo consiste en “ayudar al paciente a hacer el mejor uso de sus medicamentos”, o sea a que los medicamentos que utilice sean los más efectivos y seguros posibles, es decir que obtenga el mayor beneficio posible con esos medicamentos.

Cambio de paradigma y servicios cognitivos

Todo esto va a hacer también que los farmacéuticos tengamos una mayor implicación y responsabilidad en los resultados de la farmacoterapia de la que tenemos actualmente. Conlleva como habíamos dicho anteriormente un cambio central en las actividades, en las actitudes y en los comportamientos, en suma en las formas que planteamos nuestra profesión, y en la manera que nos vamos a relacionar diariamente con los pacientes y con los otros profesionales del equipo de salud.

Esto implica la evolución desde la farmacia dispensadora hacia una farmacia que ofrece asistencia farmacéutica. Durante la evolución de la Farmacia Dispensadora hacia lo que denominaremos una Farmacia Asistencial, más orientada al paciente, han ido definiéndose diferentes servicios que han venido a denominarse servicios profesionales o Servicios Cognitivos.

Ésta es una denominación que se está extendiendo a nivel mundial, y podemos definir los **servicios cognitivos** como aquellos servicios ofrecidos por farmacéuticos que utilizan su **conocimiento y pericia para mejorar la farmacoterapia y la gestión de la enfermedad**, mediante la **interacción con el paciente o con otro**

profesional sanitario, cuando ello sea necesario. Esta es una definición de Roberts y colaboradores que me gusta mucho, y que muestra que ya acá no hay sólo un medicamento de por medio, sino acciones específicas a partir del conocimiento y la pericia de los farmacéuticos e incluyen la interacción con otros profesionales cuando la situación lo requiera.

Otra definición que también me gusta mucho está hecha por un farmacéutico español que hizo su tesis de doctorado en el área de servicios cognitivos, Miguel Ángel Gastelurrutia, quien además es un gran amigo. Él los define en su tesis como aquellos servicios orientados al paciente y realizados por farmacéuticos que, exigiendo un **conocimiento específico**, tratan de **mejorar** tanto el **proceso de uso de los medicamentos** como los **resultados de la farmacoterapia**.

Entonces podemos dividir a los servicios cognitivos que se deberían dar en las farmacias comunitarias en dos grandes grupos: aquellos **servicios orientados hacia el proceso** del uso de medicamentos y los **servicios orientados hacia los resultados** que se obtienen al utilizar los medicamentos.

Servicios cognitivos en la farmacia comunitaria

Servicios cognitivos orientados al proceso	Servicios cognitivos orientados a resultados
Educación para la salud	Seguimiento farmacoterapéutico
Consejo farmacéutico	Gestión de la farmacoterapia (MTM)
Revisión de la medicación	Farmacovigilancia
Formulación magistral	Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)
Dispositivos de ayuda al cumplimiento (sistemas personalizados de dosificación).	
Cribados/tamizaje de pacientes/	
Mejora continua de la calidad	

Dentro de los **servicios orientados al proceso** tenemos algunos servicios que habitualmente los hacemos en las farmacias pero no de una forma protocolizada, documentando las intervenciones y evaluando el impacto de esas intervenciones. Como puede leerse en la tabla precedente, dentro de los servicios orientados al proceso tenemos algunos más conocidos como la educación para la salud, el consejo farmacéutico, la revisión de la medicación y la formulación magistral. También otros no tan conocidos como los dispositivos de ayuda al cumplimiento, que son los que, tratan, intentan o logran mejorar la adherencia en cumplimiento al tratamiento de los pacientes que tienen patologías crónicas, y habitualmente se utilizan sistemas personalizados de dosificación. También todos aquellos servicios que tienden hacia el cribado o el tamizaje de pacientes, o gestión de pacientes con enfermedades crónicas, como el caso de los diabéticos, hipertensos, etc. Y finalmente dentro de los servicios cognitivos orientados al proceso se incluyen todas aquellas actividades que tiendan hacia la mejora continua de la calidad. Si la idea es mejorar la calidad de servicio que prestamos, entonces obviamente los servicios van a estar orientados hacia la forma en que se utilizan los medicamentos dispensados en las farmacias.

El otro gran grupo de servicios, son los **servicios cognitivos orientados a resultados**, dentro de ellos uno de los más conocidos es el seguimiento farmacoterapéutico, también la gestión de la farmacoterapia y la farmacovigilancia, agregando a esto que en algunos países ha tenido mucho auge la terapia sustitutiva con nicotina para aquella gente que quiera abandonar el hábito de fumar.

Veamos ahora **algunos aspectos importantes a considerar**. Y aquí vale preguntarse para qué ofrecer nuevos servicios en las farmacias, si la sociedad en general está satisfecha con el servicio que recibe habitualmente en las mismas.

Los pacientes o los usuarios de las farmacias habitualmente esperan que la farmacia esté abierta cuando ellos necesiten el medicamento, que se los atienda adecuadamente, que tengan el medicamento que buscan en stock y al menor precio posible, un entorno agradable, no tener que esperar mucho y que los atiendan con simpatía. Eso es lo que la gente habitualmente espera de las farmacias.

Pero los usuarios desconocen todo lo que hablamos antes: que **existe un problema de salud pública muy prevalente y evitable**, al cual el farmacéutico puede hacer frente. Desconoce que esos medicamentos, a pesar de que sean los mejores o los de máxima calidad posible, habitualmente fallan, no se obtienen los efectos terapéuticos esperados, y eso ocasiona morbilidad relacionada a los medicamentos. Está documentado el impacto económico de esa morbilidad relacionada a medicamentos, por ejemplo en países como EEUU se gasta el doble en tratar este problema de morbilidad que lo que se gasta al año en medicamentos, o sea que el gasto en morbilidad relacionada a los medicamentos duplica el gasto en medicamentos. Se habla incluso de una epidemia silente, por que nadie habla del tema, pero que existe. Desde ya la morbilidad relacionada a medicamentos es muy prevalente y evitable, y los farmacéuticos tenemos mucho por hacer al respecto.

También los usuarios desconocen que además de proporcionarles el medicamento con la información sobre el correcto uso del mismo, podemos ayudarlos a que la farmacoterapia que reciben sea lo más efectiva y segura posible.

Entonces estos nuevos servicios cognitivos en realidad van a tratar de abordar necesidades que habitualmente la gente no nos pide en la farmacia, o sea necesidades no demandadas. Tenemos que tener en cuenta que son **nuevos servicios asistenciales**, y por ser desconocidos para la población no existe demanda. La demanda está directamente relacionada con la visibilidad, los estudios indican que a medida que aumenta el número de pacientes que reciben un servicio aumenta la demanda, y de nosotros depende que los hagamos visibles, porque está demostrado que cuando la población los detecta o ve que ese servicio está establecido en la farmacia, comienza a demandarlo, tal como indican los distintos estudios que se han realizado en otros países.

También son generalmente **desconocidos** para los médicos y para la administración de salud, tanto por los ministerios de salud, las autoridades sanitarias provinciales o nacionales, como por las obras sociales. Entonces también hay que hacérselos conocer a ellos, consensuar esa cartera de servicios para evitar que se genere la idea de que hay una superposición de campos, lo cual no es así en absoluto. La idea es poder difundir estos servicios y las características de los mismos entre otros profesionales de la salud. Y finalmente también hay que decir que en otros casos a nivel nacional no han demostrado su eficiencia ni su efectividad.

Pasos para la implantación de nuevos servicios farmacéuticos

Si queremos implementar nuevos servicios farmacéuticos, servicios cognitivos tenemos que plantear tres etapas fundamentales.



- La primera de ellas se relaciona a **diseñar adecuadamente el servicio**, a ir dividiéndolo, tratando de no hacer todo una sola vez sino hacerlo por etapas, y esto es muy importante.
- La segunda es **analizar el servicio evaluando fundamentalmente los resultados**, que son los resultados que se valoran para cualquier tecnología sanitaria: clínicos, económicos y humanísticos, sobre lo que luego voy a extenderme un poco más.
- Y en tercer lugar luego que valoremos los resultados y veamos si ese servicio realmente produce esos resultados en salud, es el momento de proceder a la **implantación**.

Veamos ahora **cómo diseñamos el proceso de atención para los servicios cognitivos**, que en general y como se diseña cualquier proceso de atención sanitaria, involucra básicamente cuatro etapas:

1. Análisis del entorno

- Lo primero para analizar el entorno es ver las necesidades y las demandas. Entonces analizamos lo interno, o sea nuestra farmacia, las debilidades y fortalezas y luego a nivel externo las amenazas y oportunidades. Se puede hacer tranquilamente para esto un análisis DAFO o FODA como se hace en marketing.
- Pasamos luego a valorar las necesidades de los pacientes ya que no podemos ofrecer un servicio que los pacientes no necesiten
- También debemos priorizar adecuadamente los problemas, e identificar cuáles son las necesidades más demandadas.
- Y de acuerdo a lo anterior ir diseñando el servicio, y obviamente hacer una jerarquización de las actuaciones en función de la importancia.

2. Establecimiento de los objetivos

Una vez que analizamos adecuadamente qué servicios necesitan nuestros pacientes, analizamos las posibilidades de poder cubrirlos por nuestra cuenta, y aquí ya hay que establecer los objetivos.

- Hay que determinar los recursos, los conocimientos y las actitudes que necesitamos para poder llevar a cabo esa gestión de servicios.

3. Planificación y desarrollo de la estrategia

- Fundamentalmente hay que determinar y diseñar los procedimientos, mediante protocolos o procedimientos normalizados de trabajo para actuar siempre de la misma manera.
- Puesta en práctica.
- Control y evaluación

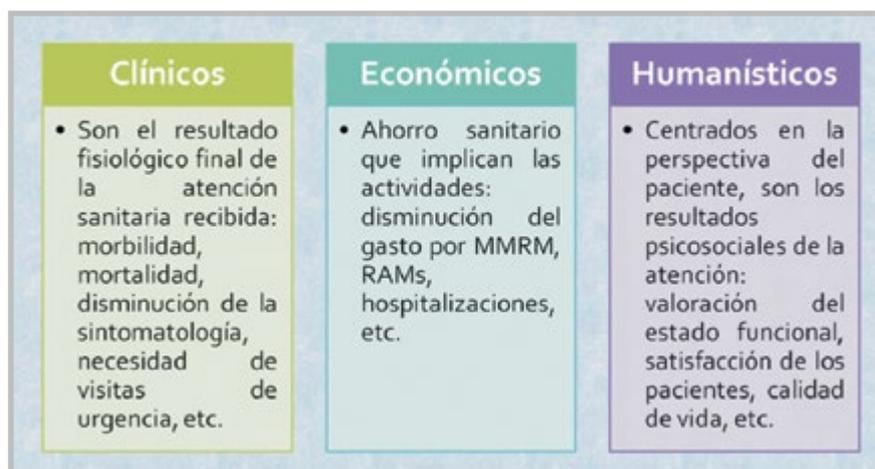
4. Medición de resultados

- La medición de los resultados que es el cuarto paso, la vamos a hacer en función de los resultados asistenciales, clínicos, económicos y humanísticos que hablaba anteriormente.
- También haciendo un control de calidad y evaluación de ese proceso.

Para **evaluar la atención sanitaria** se usa el paradigma de **Estructura, Proceso y Resultados**, la sigla en inglés es **SPO**. Para dar un servicio nosotros necesitamos primero una estructura adecuada en la farmacia, tanto de recursos físicos como de recursos humanos, que estén adecuadamente capacitados para dar ese servicio. Posteriormente aparte de esa estructura necesitamos diseñar procesos de atención como los que mencionamos anteriormente y que van a dar lugar a interacciones entre el farmacéutico, el profesional y los pacientes. Y luego ese proceso de atención va a generar resultados en los pacientes. Si tenemos una estructura muy buena, con excelentes farmacéuticos, digamos una estructura muy bien formada y una estructura física espectacular en la farmacia, pero los procesos son deficientes, los resultados no van a ser los que esperamos. En consecuencia es muy importante al evaluar la atención que damos centrarnos en estos tres aspectos: estructura, proceso y resultados.

Y dentro de los resultados en salud es importante considerar el modelo ECHO. Éste es un modelo de evaluación de resultados inglés cuyas siglas ECHO significan en castellano Clínicos, Económicos y Humanísticos, que fueron planteados por Kozma y colaboradores en 1993, que esquematizamos en el cuadro más abajo y que es muy útil para valorar el aporte del farmacéutico al sistema de salud.

Resultados en salud (ECHO Model- Kozma et al. 1993)



O sea que los resultados clínicos están fundamentalmente relacionados al resultado fisiológico final de la atención recibida: morbilidad, mortalidad, disminución de la sintomatología, disminución de la necesidad de visitas de urgencia, etc. Los resultados económicos a su vez están relacionados fundamentalmente al costo efectividad de ese servicio, y podemos citar algunos como la disminución del gasto por morbimortalidad relacionada a medicamentos (MMRM), disminución de reacciones adversas a los medicamentos (RAMs), disminución de consultas de atención primaria, disminución de hospitalizaciones por problemas relacionados con medicamentos, etc. Y

finalmente los resultados humanísticos que tenemos que valorar y que están centrados a la perspectiva del paciente, son los resultados psicosociales de la atención, vale decir lo que el paciente percibe de la atención que está recibiendo. Dentro de ellos podemos citar la valoración del estado funcional, la satisfacción de los pacientes, calidad de vida, etc.

Imagen profesional de farmacias comunitarias: estrategias de mejora aplicando técnicas de investigación cualitativa

En función de estos nuevos servicios profesionales y a raíz de un curso de postgrado que dimos en el 2008 en la Facultad de Ciencias Químicas, enfocado fundamentalmente a farmacéuticos comunitarios, planteamos un taller en el cual utilizamos una técnica de investigación cualitativa que se denomina Técnica de Grupo Nominal, y tratamos de definir estrategias para aumentar la visibilidad de los servicios profesionales en las farmacias comunitarias. Entonces lo que hicimos fue calificar diferentes estrategias con la intención de ver cómo abordamos este tema de la problemática de hacer que los pacientes, la comunidad en general y el sistema sanitario, tanto de obras sociales como del gobierno, puedan percibir estos servicios profesionales que puede llegar a desarrollar el farmacéutico.

Vimos así **varias estrategias**, y las fuimos agrupando en distintos temas que a su vez tenían distinta relevancia:

Formación continua. Relevancia alta

- Para poder hacer servicios profesionales primero hay que aprender a hacerlos. Para ello necesitamos que el farmacéutico se forme y capacite adecuadamente, y obtenga un perfil adaptado a los servicios profesionales requeridos.

Marketing profesional. Relevancia alta

- También es necesario hacer marketing profesional o marketing de servicios de salud, ya que ese servicio que vamos a ofrecer tiene que estar adaptado a la necesidad de nuestros pacientes.
- Atender obras sociales de gran demanda (de acuerdo al impacto en la población).
- Gestión exclusiva de servicios profesionales (orientada al mercado).
- Información al paciente antes que la entrega del producto (contrarrestar la publicidad).
- Motivación de farmacéuticos (hacer causa común/ aumentar la participación).
- Priorizar atención profesional cliente / presencia de farmacéutico/servicios profesionales.
- Priorizar el impacto sanitario frente al impacto económico.
- Priorizar la dispensación de medicamentos.

Ética profesional y compromiso ciudadano. Relevancia alta

- Otro aspecto que surgió de esa técnica de investigación fue el compromiso ético que el farmacéutico tiene que tener, y que implica la participación real en cuerpos colegiados y presentación de proyectos de ley o normativos.
- Además es fundamental el tema de regirse por la ética profesional.

Gestión de la farmacia. Relevancia media

- Aumento en la capacidad de la toma de decisiones por el farmacéutico (independientemente si es propietario o empleado)
- Mejorar la gestión de stocks de medicamentos
- Mejorar la gestión de stocks de perfumería y accesorios (equilibrar el stock de otros rubros)

- Minimizar la baja rentabilidad de las obras sociales
- Negociar rentabilidad con proveedores (laboratorios)
- Optimizar las actividades de gestión
- Organización de distribución/entregas
- Organización interna (mejora) Local limpio y ordenado Cuidado de la imagen de la farmacia
- Organizar la atención a proveedores
- Reducir descuentos para aumentar servicios profesionales

Educación sanitaria y comunicación. Relevancia media

- Comunicación con prescriptores
- Comunicación farmacéutico-pacientes para consultas
- Educación sanitaria sobre medicamentos (población)
- Integración al Equipo de Salud

Gestión de recursos humanos. Relevancia media

- Asignar tareas de tarjetas de créditos a una persona
- Capacitación de RRHH en atención de clientes y aspectos sanitarios
- Organizar RRHH en tareas de gestión interna, reorganización general y de tiempos
- Política clara de RRHH (establecida)

Infraestructura. Relevancia baja

- Aumentar la seguridad externa (para disminuir barreras en la comunicación)
- Crear un área de vacunatorio

Conclusiones

- **Aumentar la visibilidad de los servicios públicos profesionales** en las farmacias comunitarias, implica acordar y abordar estrategias en el corto y en el mediano plazo, las que deben sustentarse en la **participación conjunta** de cada uno de los **“actores claves”** para su implementación: los propios **farmacéuticos**, las **asociaciones profesionales** y las **universidades**. Si trabajamos separados, la universidad por un lado, las asociaciones profesionales y los farmacéuticos por otro, no vamos a obtener resultados ni vamos a lograr que estos servicios profesionales lleguen a buen puerto y sean visibles para la sociedad.
- Más allá del interés y la motivación personal del farmacéutico, tanto las **asociaciones profesionales** como las **universidades** deben conocer las **necesidades del medio y promover el desarrollo de la farmacia como establecimiento sanitario** a través del acompañamiento a los profesionales.

Los resultados que habíamos obtenido anteriormente podemos también extrapolarlos a la tesis de doctorado de Miguel Angel Gastelorrutia en España³, y quizás después los colegas españoles nos puedan hablar un poco más de esto. En España, él pudo determinar que para implantar servicios cognitivos el farmacéutico en primer lugar tiene que querer implantarlos, o sea que es fundamental la actitud y la predisposición. Esto no implica que todas las farmacias tengan que hacer servicios cognitivos, van a hacerlos las que realmente tengan la actitud y quieran hacerlos, en tanto que las otras van a seguir trabajando fundamentalmente en dispensación.

³ Gastelorrutia, M.A. Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española [Tesis Doctoral], Universidad de Granada, España, 2006

El farmacéutico tiene además que “poder” implantarlos, y necesita formación y estructura en la farmacia para poder llevarlos a cabo.

Tiene también que resultarle “interesante” en términos económicos, de satisfacción personal, etc.

Y finalmente para poder implantarlos tiene que hacerlo de una manera “eficiente” poniendo todos los medios necesarios suficientes, como por ejemplo estructura, proceso, organización del tiempo etc.

Algunas experiencias en el diseño y evaluación de servicios cognitivos

Ahora para terminar y darle paso a nuestra colega Natalia Rodríguez, voy a contar algunas experiencias en el diseño y evaluación de servicios cognitivos, que han sido experiencias de trabajo que tuvimos desde la universidad a lo largo de todos estos años.

Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias (2000-2001)

El primero de ellos es un trabajo que fue una de las primeras experiencias y que se llevó a cabo en los años 2000-2001. Consistió en un seguimiento farmacoterapéutico de pacientes a través de un convenio con la Universidad de Córdoba, el Colegio de Farmacéuticos y el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. El seguimiento farmacoterapéutico tiene como objetivo buscar identificar y resolver problemas relacionados con medicamentos.

- Se desarrolló durante un año, participaron 38 farmacéuticos y atendimos a 202 pacientes. De los 38 farmacéuticos participantes, un 68,4% realizaron intervenciones farmacéuticas (IF), sobre un 53,5% de los 202 pacientes.
- En estos 202 pacientes se identificaron e intervinieron 280 problemas relacionados con medicamentos (PRM).
- En el 53.5% de los pacientes se detectaron problemas relacionados con medicamentos.
- La efectividad en la resolución de esos problemas relacionados con los medicamentos fue un 77,9%, o sea prácticamente se obtuvo un 80% de efectividad en resolver PRM.
- En la siguiente tabla mostramos la distribución y los resultados de las intervenciones farmacéuticas:

RESULTADOS DE LAS IF		
	PS RESUELTO n (%)	PS NO RESUELTO n (%)
ACEPTADAS	218 (77,9)	21 (7,5)
NO ACEPTADAS	14 (5,0)	27 (9,6)

Algunas se resolvieron con el paciente pero la mayoría requirieron de la participación del médico, muchas veces los farmacéuticos somos reacios y decimos que el médico no va a aceptar nuestra intervención, pero los resultados mostraron que más de un 85% de las intervenciones fueron aceptadas, con un problema de salud resuelto en un 78% de las veces, y sólo un 15% de las intervenciones no fueron aceptadas.

A este trabajo lo publicamos en la revista *Atención Primaria*, la referencia por si les interesa verlo es “*Aten Primaria 2005;36(3):129-136*”, está en Internet y es de libre acceso.

Indicación farmacéutica

Otro trabajo, el más reciente prácticamente ya que lo presentamos el pasado año 2009, y que también hicimos con un grupo de farmacias comunitarias de Córdoba del Colegio de la Seccional 1^a, está relacionado a la **Indicación Farmacéutica (IF), o consulta farmacéutica**.

Como vemos en el cuadro, la frase habitual de los pacientes en estos casos, que motiva la IF, es “¿Qué me da para...?”, refiriéndose a un determinado problema de salud, y obviamente se refiere a esos síntomas o trastornos menores a los cuales la legislación permite al farmacéutico la dispensación de cualquier medicamento calificado como de venta libre.

Al momento de la consulta farmacéutica el farmacéutico debe valorar la sintomatología del paciente, y decidir en caso de que no se pueda atender con un medicamento de venta libre, su derivación a un médico. O en el caso de que sí se pueda atender con medicamentos de venta libre, se le aconseja el medicamento más indicado y se sigue su evolución.



Nosotros trabajamos con una metodología protocolizada en donde registrábamos las intervenciones. Si hacía falta derivar al médico habíamos diseñado una ficha de derivación al médico, y luego el paciente iba a consultar al médico con la ficha que le habíamos confeccionado en la farmacia.

- Trabajamos durante un mes en 9 farmacias comunitarias de Córdoba.
- Atendimos a 124 pacientes con un rango de edad de entre 4 y 83 años y una edad promedio de 38,1+/-19,1 años. El 54,5% de los pacientes fueron de sexo femenino y el 45,5% masculino.

Resultados

- Dentro del 100% de los pacientes, a 115 o sea el 92,7% de los pacientes, se les hizo una indicación de un medicamento de venta libre, y tuvieron una mejora total o parcial de la sintomatología. Y sólo a 9 pacientes (7,3%) se los derivó al médico.
- A esos 9 pacientes que fueron derivados a un médico, en el 100% de los casos se les prescribió medicamento de venta bajo receta, y éste es un resultado que nos sirve a nosotros para evaluar la calidad de la derivación al médico que hicimos.
- Y dentro de los 115 pacientes que recibieron una IF, 53 pacientes (60,9%) tuvieron una mejora total, 31 pacientes (35,6%) tuvieron una mejora parcial, y 3 pacientes (3,5%) no tuvieron mejora alguna.

Satisfacción de los pacientes

Otro de los aportes que hicimos a lo largo de todos estos años ha estado relacionado a la valoración de la satisfacción de los pacientes. De hecho mi tesis de doctorado, que fue hecha en la Universidad de Granada, puso a disposición de los farmacéuticos una serie de cuestionarios que nos permiten valorar la satisfacción de los pacientes con los servicios que reciben en las farmacias comunitarias.

¿Por qué valorar la satisfacción de los pacientes? Hemos dicho anteriormente que es un indicador de resultados humanísticos en salud, y que refleja básicamente la habilidad del proveedor de atención sanitaria para cumpli-

mentar las necesidades de los pacientes. Es también un indicador importante para los propósitos de evaluación de desempeño y de calidad de la atención que reciben, y también es una dimensión de la calidad de la atención sanitaria como dijimos anteriormente.

La idea o el objetivo del trabajo de mi tesis de doctorado era proporcionar instrumentos de valoración de satisfacción de pacientes que fueran válidos, fiables, sensibles al cambio y aceptables. Entonces desarrollamos tanto como para la Argentina como para España instrumentos para valorar la satisfacción de los pacientes con los servicios de dispensación, indicación y seguimiento. Y también propusimos un cuestionario para valorar la satisfacción con todos los servicios de atención farmacéutica en su conjunto.

Vuelvo a algo que les comentaba al principio, el tema de evolucionar hacia estos servicios cognitivos, y acá les traigo una noticia que también los colegas españoles después nos pueden comentar y es de esta semana, del diario de sanidad “El Global” de España, en donde se dice que las farmacias catalanas van a ser las primeras en trabajar con una cartera de servicios farmacéuticos remunerados. Y esto no sólo pasa en España, sino que ya está remunerándose por servicios profesionales en Canadá, EEUU, Portugal, Suiza y Australia, de hecho hay muchos países que ya están remunerando por servicios cognitivos.

Como un ejemplo ilustrativo de lo que mencionamos, en la siguiente tabla se muestra el panorama en Australia, donde se muestra cómo se les paga a los farmacéuticos por servicios cognitivos. Pueden verse los montos u honorarios que se pagan para implementar un sistema de calidad en la farmacia, o un sistema personalizado de dosificación, programas pilotos para gestión de diabetes, para asma, etc.

Pago por servicios en Australia

SERVICIOS	PAGO
Incentivos para el cambio de la práctica y implantación de un sistema de calidad	Asignación anual de \$3,000-\$5,000 (≈ 2000€-3500€) en función del volumen de prescripciones.
Sistemas personalizados de dosificación	Pago por inscripción en el programa (\$1,000 ≈ 680€), datos iniciales (\$1,900 ≈ 1300€), datos durante 12 meses (\$6,000 ≈ 4100€), contribuciones del paciente (\$5 ≈ 3.40€ semanales)
Elaboración del perfil de la medicación del paciente	Pago por inscripción en el programa y datos iniciales (\$1,200 ≈ 820€), datos durante 12 meses (\$3,000 ≈ 2000€), contribuciones del paciente (\$5 ≈ 3.40€ semanales)
Programa piloto para la gestión de la Diabetes	Pago por disponibilidad del servicio (\$500 ≈ 340€), subvención para formación (\$1,120 ≈ 765€), solicitudes de servicio por paciente (\$320 ≈ 220€ x 14 pacientes), contribuciones del paciente (\$2.50 ≈ 1.70€)
Programa piloto para la gestión de la Asma	\$5,620 (≈ 3840€) total. Pago por la preparación de la disponibilidad del servicio (\$500 ≈ 340€), subvención para formación (\$1,120 ≈ 765€), solicitudes de servicio por paciente (\$400 ≈ 273€ x10 pacientes).
SFT a pacientes ambulatorios	\$187.09 (≈ 127.84€), por cada revisión más incentivos de acreditación de \$1,500 (≈ 1025€), más \$750 (≈ 512€), cada 12 meses hasta renovación de la acreditación
SFT en residencias de ancianos	\$130 (≈ 89€), por cada revisión y mismo pago que en SFT a pacientes ambulatorios (ver fila superior)
Consejos en la dispensación con información escrita	Pago por dispensación para todas las prescripciones, incluye un pago de 10 céntimos (≈ 0.07 céntimos €), por CMI

Fuente: Ars Pharmaceutica. Tomo 51, suplemento 1. 2010.

¿Qué pasa en nuestro país?

Volviendo a la realidad argentina, veamos cómo están las cosas, qué pasa y qué estamos haciendo en servicios cognitivos.

Para saber eso recurrí a una base de datos de publicaciones, Medline, que es la base de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU, donde se publican virtualmente los trabajos que se hacen a nivel biomédico en general, y deberían publicarse trabajos relacionados a la mejora o al aporte que hacemos los farmacéuticos al sistema sanitario. Entonces buscando por palabras claves (*Pharmaceutical care - Argentina*) en los últimos 10 años, encontré muy pocos trabajos: dos trabajos hechos en farmacias hospitalarias, uno sólo en farmacia comunitaria que es el que yo mostré aquí y que habíamos hecho nosotros, y tres publicaciones sobre evaluación de resultados, dos de las cuales son también de nuestro grupo de trabajo. Esto no implica que no haya otros trabajos, pero por el hecho de que no se hayan publicado y no se hagan visibles, la sociedad no los conoce.

La idea es que las publicaciones sean en revistas del ámbito de la salud en general y no en revistas que leen exclusivamente los farmacéuticos, para que el resto de los profesionales también conozca el trabajo que hacemos nosotros. Pero en definitiva lamentablemente hay muy pocas experiencias y muy pocos resultados en el tema de los servicios cognitivos.

Para terminar vuelvo al comienzo y al título que elegí para esta presentación, donde preguntaba si evolucionamos hacia la implantación de servicios cognitivos en las farmacias comunitarias, porque es una pregunta pero también una invitación a que lo hagamos. Y creo que esa implantación exige que diseñemos entre todos desde la universidad, las asociaciones profesionales, los farmacéuticos, los organismos gubernamentales y las obras sociales, un programa para que lo podamos integrar y llevar a la práctica. La única manera de que podamos demostrar un impacto sanitario es desarrollando servicios cognitivos, y obviamente evaluando los resultados.

Muchas gracias por esta oportunidad de compartir este tema con todos en estas Jornadas, quedo a disposición y dejo mi correo electrónico por si quieren comunicarse conmigo: e-mail: pdarmando@yahoo.es.

Demostrando el valor agregado por el farmacéutico a los servicios de salud

Farm. Natalia Rodríguez

Introducción

Gracias por la invitación a participar de las Jornadas y de esta Mesa, y gracias también por la respuesta de todos ustedes a la convocatoria, porque realmente es estimulante ver un auditorio tan nutrido, y comprobar que no merma sino que a lo largo de este primer tramo o primer día, cada vez el salón está más colmado.

Voy a abordar el tema buscando ver y mostrar cómo las herramientas tecnológicas que tenemos a disposición nos pueden brindar ayuda para agregar ese valor extra a los servicios del farmacéutico. Es exclusivamente una visión desde la oficina de farmacia. En principio me gustaría hacer algunas apreciaciones personales sobre la farmacia y contar por qué soy farmacéutica. Hasta que cumplí 6 años de vida pasé siempre horas y horas en una farmacia, y lo sentí y lo viví siempre como un ambiente donde se brindaba bienestar a las personas. Hace de esto ya 30 años y sigo sintiendo lo mismo, aunque por supuesto lo entiendo un poco más. Lo que antes registraba como gente que venía a la farmacia hoy sé que son *pacientes*, los *remedios* ahora son *medicamentos*, lo que antes era *vender* hoy es *dispensar*, y lo que antes era un juego hoy es un trabajo del cual vivo. O sea que cambiaron algunas cosas, las entiendo un poco más, pero sigo pensando que es un ambiente capaz de brindar bienestar a las personas.

Hace 30 años en la primer farmacia que conocí, teníamos un farmacéutico que utilizaba como única fuente de información el Manual Farmacéutico. Tenía muchas tareas administrativas y todavía realizaba ciertos preparados. Imagínense cómo se realizaba en ese momento la búsqueda científica o cómo se podía buscar medicamentos por patologías, verdaderamente era bastante complicado al igual que todo lo administrativo. Hace 10 años que trabajo en mi farmacia como directora técnica y atendiendo efectivamente las tareas concretas de la farmacia. Obviamente ya para esa época estábamos mucho mejor, ya teníamos sistemas informáticos desarrollados aunque todavía en Misiones hacíamos las actualizaciones, con suerte semanales, usando diskettes como soporte de datos. Y si bien teníamos cuentas corrientes informatizadas, seguíamos teniendo mucho trabajo administrativo con las obras sociales.

Hoy considero que estamos mucho mejor. Ya estamos todos conectados online desde FEFARA, integramos una red de más de 5 mil farmacias online en 21 provincias y atendemos más de 2 millones de cápitas. Se ha transitado y desarrollado un largo camino a través de estos diez años, desde que se empezó a trabajar en todas estas cuestiones tecnológicas hasta que se llegó hoy a la digitalización de recetas, con lo cual estamos nuevamente disminuyendo toda la carga administrativa, han cambiado y se han ampliado los roles del farmacéutico. Y básicamente es de todo esto sobre lo que vamos a hablar ahora.

Nuevos roles del farmacéutico

Hace un tiempo, teníamos la botica y un farmacéutico dedicado al medicamento, pero durante el siglo XX los medicamentos se comenzaron a industrializar, razón por la cual atravesamos un largo periodo sin tener un rol definido dentro del sistema de salud, y eso motivó a la Organización Mundial de la Salud y a todos nosotros a ver y definir qué nuevo rol ocupábamos.

- **OMS:** El papel del farmacéutico en el sistema de Atención de Salud Nueva Delhi 1988 y Tokio 1993 (Atención Farmacéutica).
- **FIP:** Declaración de Tokio (BPF) - 1993.

Si bien es un tema que ya ha tratado recién Pedro Armando, con un excelente aporte sobre la parte académica, y sin intención de extenderme mucho en este aspecto, quería rescatar algunos puntos, **algunas conclusiones de la OMS que me parecieron importantes respecto a los nuevos roles del farmacéutico**, que vamos a citar sintéticamente:

- Entendemos todos los principios de garantía de la calidad que se aplican a los medicamentos.
- Comprendemos las complejidades de la cadena de distribución y los principios de almacenamiento y reposición eficientes de medicamentos.

- Conocemos los esquemas de fijación de precios de productos medicinales que se obtienen dentro de los mercados en que se trabaja.
- Podemos dar consejos con conocimiento de causa tanto a los pacientes como a los demás profesionales de la salud respecto a enfermedades leves, y a menudo en los casos con afecciones crónicas que reciben terapia de mantenimiento.
- Constituimos un eslabón entre la responsabilidad de recetar y la de vender medicamentos, y al hacerlo se elimina cualquier conflicto de interés real o posible entre esas dos funciones.
- Tenemos experiencia para la administración pública y en la fabricación y suministro de medicamentos.
- Estos organismos concluyeron también que la dispensación de medicamentos es la principal responsabilidad de los servicios farmacéuticos, sin quitar por ello el resto de los servicios que podamos brindar, y que los farmacéuticos oficinales somos los profesionales de salud más accesibles para el público.
- Las actividades profesionales incluyen la orientación de los pacientes, información farmacológica a los profesionales de salud, los pacientes y el público en general, y participación en programas de promoción de la salud.
- Han definido las principales actividades de las farmacias oficinales: Despacho de recetas, Atención de los pacientes o farmacia clínica, Vigilancia del empleo de medicamentos, Preparación extemporánea y fabricación de medicamentos en pequeña escala, Medicamentos tradicionales y alternativos, Tratamiento de los síntomas de afecciones leves, Información a los profesionales de salud y al público, Promoción de la salud.
- Definieron la atención farmacéutica como un concepto de práctica profesional en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico, es el compendio de las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente.
- Dividieron las acciones del farmacéutico en las que se refieren al público en su conjunto, y reconocieron asimismo al farmacéutico como un dispensador de atención sanitaria, que puede participar activamente en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Sabemos entonces que somos parte del sistema de salud y siempre estuvo claro que somos expertos en medicamentos. **En la Argentina también se tomaron, o en algunos casos se intentaron tomar, medidas para que el farmacéutico pudiera ocupar estos nuevos roles.**

En el año 2002 la **ley N° 25.649** de Prescripción por Nombre Genérico nos dio un nuevo rol, nos permitió una dispensación mucho más activa y fue muy positiva para la profesión, aunque faltaría que se aplicara en un 100%.

En el año 2005 la **Resolución 468** de la Superintendencia de Servicios de Salud, fue un intento lastimosamente fallido de considerar al farmacéutico como un prestador de servicios. Esa resolución se modificó en el año 2006 donde se sacaron todas esas funciones que estaban planteadas y que íbamos a hacer, y finalmente se dio de baja en el 2009 (modificatorias 24/2006, 94/2006 y 43/2009). Quizás fue un paso hacia lo que estaba planteando Pedro Armando, pero lamentablemente nos quedamos ahí.

En el año 2009 la **Ley 26.567** de venta de medicamentos sólo en farmacias se anunció también como la gran jerarquización de la profesión farmacéutica. Y si bien como ley es excelente, también tendríamos que enfocarnos en la implementación y ver si realmente se está implementando, y en la regulación de otros aspectos como la propiedad de la farmacia en algunas provincias o la distancia entre farmacias, y allí queda aún mucho camino por recorrer. En este sentido pienso que muchas leyes están, pero el problema está en la implementación, la fiscalización y control de la aplicación de esas leyes, pero eso es lo que tenemos hoy en Argentina.

Resumiendo sabemos que el farmacéutico es un experto en medicamentos que tiene gran accesibilidad para los pacientes, que está permanentemente capacitado y agrupado en instituciones de pares, y que lamentablemente está desaprovechado profesionalmente.

Los farmacéuticos tenemos que estar dispuestos enfrentar este nuevo paradigma que se plantea en nuestra profesión. Sabemos que el medicamento es la herramienta sanitaria más utilizada y que tiene un triple impacto: social, sanitario y económico. Recorrer este camino implica por un lado mantener la viabilidad económico financiera de la farmacia y de los farmacéuticos, y por otro lado actuar realmente como profesionales de la salud y poder realizar todas estas tareas que planteaba recién Pedro Armando.

¿Qué hacemos hoy en la oficina de farmacia?

Hacemos todas las **actividades orientadas al medicamento**: adquisición, custodia, almacenamiento, conservación y monitorización de calidad de los medicamentos. Y también algunas **tareas básicas orientadas al paciente**, como la dispensación y la información.

Los **valores que podríamos agregar a los servicios en las farmacias** son la automedicación responsable, la detección de patologías crónicas, el seguimiento farmacoterapéutico del paciente, la detección de problemas relacionados con medicamentos, vacunación, farmacovigilancia, trazabilidad y campañas de educación sanitaria.

Que nosotros podamos hacer algunas o todas estas acciones en nuestras oficinas de farmacia, nos puede causar una gran satisfacción personal y profesional, pero no tendría ningún impacto sanitario si no lo hacemos cumpliendo una serie de requisitos. Esos requisitos consisten en hacerlas de manera uniforme, cuantificable o sea con resultados concretos, universal, aplicable en todas las farmacias de la red y de un modo registrable. Y respecto a la necesidad de monitoreo, entendemos que nosotros somos quienes debemos regular nuestras acciones a través de las instituciones farmacéuticas que respeten la idiosincrasia de cada provincia y de cada región. Además debemos hacerlas de un modo tal que realmente faciliten todas las tareas administrativas de la farmacia y que no nos agreguen más tareas.

Y cuando nos planteamos cómo hacer eso para trabajar con las obras sociales, para mantener los libros de recetarios, psicotrópicos y estupefacientes al día, y para mantener la viabilidad económico financiera de la farmacia y vivir, por supuesto resulta un poco complicado. Obviamente no lo podríamos hacer sin el respaldo de una infraestructura informática que sea adecuada, versátil, ágil y ya conectada a fuentes de información científica, o sea como dirían los informáticos, amigable.

Al respecto, hoy FEFARA tiene desarrolladas las herramientas necesarias para, además de la validación online de recetas, generar otras aplicaciones y obtener otras utilidades. Por ejemplo:

- Controlar la trazabilidad de medicamentos para conocer el origen de un medicamento y para garantizar al usuario la legalidad y la calidad del mismo.
- Recoger datos de consumo de medicamentos, parámetros clínicos, patologías y estilos de vida de los pacientes-clientes.
- Facilitar la detección y prevención de problemas relacionados con los medicamentos (interacciones, contraindicaciones, reacciones adversas, etc).
- Brindar al paciente información sobre el buen uso de los medicamentos, además durante el acto de la dispensa, debemos cargar todos los datos del usuario para construir una base de datos de nuestros pacientes.

Es decir que nosotros podemos tener dos clases de información: la información para el farmacéutico y para los profesionales de la salud y la información para el paciente.

- Llevar a la práctica los seguimientos farmacoterapéuticos con un sistema de fichas, ya que todo lo que cargamos va quedando registrado respecto a nuestros pacientes y facilita el análisis de los datos.
- Ofrecer servicios más personalizados, porque al conocer cuál es nuestra población y cuáles son nuestros pacientes podemos tomar las medidas específicas en cada farmacia de cada zona y orientar las actividades dirigidas a la comunidad.
- El farmacéutico puede acceder de un modo ágil a la información farmacológica que requiere. Hoy en la farmacia nos encontramos con esquemas terapéuticos complejos o medicamentos nuevos que de pronto no conocemos y también con prescripciones múltiples, y todo esto nos va a permitir disminuir los errores en la dispensación.
- Tener toda esta información constituye una fuente para la toma de decisiones de los diversos actores del sistema de salud y de la cadena de comercialización del medicamento.

Conclusiones

La conclusión es clara: al trabajar de esta manera obtenemos beneficios tanto para la farmacia, como para las obras sociales, la comunidad y sobre todo para los pacientes. Porque en la farmacia vamos a saber quiénes son nuestros pacientes, qué necesidades tienen, y fundamentalmente los vamos a conocer mejor y los vamos a poder ayudar mejor.

La necesidad de realizar esto, y coincido con Pedro Armando en cuanto a que no es una necesidad que el paciente tiene o visualiza hoy, sino que es una necesidad de la que primero tenemos que tomar conciencia nosotros, y luego generarla en la población. Por ejemplo podríamos conocer en una provincia o en un determinado lugar cuál es la incidencia de hipertensión arterial, y actuar en la prevención de factores de riesgo, mediante campañas adecuadas y personalizadas, y colaborar activamente con la salud de la población, tema que se trató de modo excelente en la Mesa anterior. Esto mismo se puede hacer conjuntamente con las obras sociales, por ejemplo conocer cuántos pacientes tienen tratados por diabetes o por hipertensión, para poder tomar acciones al respecto. Tener toda esa información epidemiológica puede servir a los decisores de los distintos niveles y ámbitos para tomar medidas acertadas en esos temas.

Creo que considerar a la farmacia como el centro de atención de la salud que es, no tiene que ser una utopía sino que tiene que ser el horizonte de todos los farmacéuticos que estamos orgullosos de serlo. Y es con esa convicción y por esa convicción que trabajamos en el Colegio y en FEFARA.

Preguntas y comentarios

Coordinador Farm. Hugo Robatta: Mis sinceras felicitaciones a nuestros dos disertantes. Ha sido todo muy interesante, nos han tirado muchas ideas, y como siempre lo más importante es poder llevarlas a la práctica. Y creo que tenemos una sola posibilidad para llevarlas a la práctica, recordando lo que decía un colega esta mañana somos parte de la sociedad civil y tenemos que trabajar entendiendo a los otros factores que inciden en nuestro medio, como los productores, la industria, los distintos sectores del medicamento, y los sectores de la administración o como dicen los españoles a los sectores del gobierno y de la política. Pero nunca olvidarnos que los avances, si queremos que sean importantes y definitivos, tienen necesariamente que pasar por lo que hagamos nosotros. Es fundamental lo que hagamos los farmacéuticos y es clave nuestra capacidad de trabajo, de lucha, de organización y de estudio, y estar atentos y abiertos a incorporar ideas claras como las que hoy nos aportaron. Por ahí va la cosa.

• **Participante de Misiones:** *Me gustaría destacar las palabras del Dr. Luis Pérez, cuando mencionó que los colegios de farmacéuticos tienen un enorme valor agregado, que puede estar orientado a la vigilancia y otras acciones de acuerdo a la prevalencia de enfermedades y de riesgos. Y hacer una breve consideración en cuanto a que los farmacéuticos constituyen el primer punto de apoyo hacia el paciente, o sea es el primer lugar donde el paciente recurre cuando tiene alguna dolencia o alguna enfermedad. También me gustaría agregar que el farmacéutico en este momento es un profesional prácticamente subutilizado en todo lo que sea política sanitaria o de prevención, tanto por parte del Estado como de las obras sociales. Sinceramente les pediría que a los farmacéuticos nos tuvieran en cuenta, porque creo que con todo el instrumental informático que tenemos y utilizamos hoy, tenemos más posibilidades de acceder a información relevante, como por ejemplo en el caso del control de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo. Y preguntar concretamente a Natalia Rodríguez si el sistema que nos refirió se está ya aplicando en alguna obra social o provincia.*

Farm. Natalia Rodríguez: Sí, está en periodo de prueba y está implementado en algunas farmacias de la provincia de Santa Fe.

Farm. Susana Muñoz: Quería destacar dos cosas: primero felicitar a los jóvenes expositores que son el futuro de nuestra profesión, y luego agregar un comentario a lo que Pedro Armando dijo respecto a que tenía que haber una relación entre la universidad, los colegios profesionales y la sociedad. Creo que algo de esto ya se está dando porque la universidad está proponiendo cuál es la formación que va a entregar a sus estudiantes y futuros egresados, y que coincide con lo que está planteando la Presidenta del Colegio de Misiones. Y con respecto a lo que decía recién el colega, que no somos tenidos en cuenta, sinceramente creo que debemos hacer marketing de nuestra profesión y de nuestros conocimientos. No tenemos que esperar que nos vengán a buscar, tenemos que decir nosotros qué sabemos hacer y para qué estamos capacitados, y entonces la autoridad sanitaria nos va a tener en cuenta.



MESA IV

Enfermedades raras y medicamentos huérfanos

Coordinadora: Farm. Teresa Albizúa¹

Hoy tengo realmente el privilegio de presentar a disertantes de gran valor como son el Dr. Manuel Pérez Fernández, nuestro invitado extranjero, la Dra. María Rosa Mazzieri y el Dr. Sergio Sosa Estani. Realmente es una Mesa sobre un tema que no estamos muy acostumbrados a abordar, como son las enfermedades raras y los medicamentos huérfanos, en consecuencia, pienso que debemos aprovecharla muy bien.

Vamos entonces a presentar a nuestros distinguidos expositores. El Dr. Manuel Pérez Fernández es Presidente del ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla, España, desde el año 2000 a la actualidad. Es Licenciado en Farmacia con título otorgado por la Universidad de Sevilla y Master en Farmacia por la misma Universidad. Se desempeña como titular de la oficina de farmacia de Sevilla, Plaza de San Marcos, desde 1984 a la fecha, y también es 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).

¹ Integrante del Colegio de Farmacéuticos de Neuquén, Tesorera de FEFARA.

La Dra. María Rosa Mazziери es Licenciada en Química Orgánica con título otorgado por la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Córdoba y se ha doctorado en Química Orgánica por la misma universidad. Desde 1994 a la fecha se ha desempeñado como Profesora Adjunta del Departamento de Farmacia de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Córdoba, cumpliendo en la actualidad funciones docentes como responsable de la organización, dictado, evaluación, coordinación de actividades, preparación de material didáctico y supervisión de los auxiliares docentes de la asignatura Farmacoquímica II, con colaboración asimismo en la asignatura Farmacoquímica I.

El Dr. Sergio Sosa Estani es médico cirujano, título otorgado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, Magíster en Salud Pública en el área Epidemiología de Grandes Endemias con título otorgado por la Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Instituto Oswaldo Cruz de Río de Janeiro, Brasil. Tiene además un Doctorado en Medicina otorgado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y un Postgrado en Salud Global otorgado por la Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane, New Orleans, EEUU.

Dada la riqueza del tema y la talla de nuestros disertantes, a favor del tiempo disponible que seguramente resultará escaso, concluimos esta breve presentación para ceder la palabra al primero de ellos, el Dr. Manuel Pérez Fernández.

Enfermedades raras y medicamentos huérfanos

Dr. Manuel Pérez Fernández

Introducción

En primer lugar muchísimas gracias a FEFARA, a la persona de Manuel Agotegaray y todo el equipo directivo por el tremendo honor que me han hecho invitándome a volver a participar en estas Jornadas. Para mí la verdad es un privilegio estar aquí, primero por la categoría humana de las personas que forman FEFARA, y en segundo lugar por su categoría profesional y por la lucha que sostienen para defender algo en lo que todos creemos. Estemos en una u otra orilla del Atlántico, todos nosotros defendemos una farmacia profesional, una farmacia sanitaria, así como defendemos a los buenos profesionales, y eso realmente nos une, independientemente de la distancia que haya entre nuestros países. Es un auténtico placer disfrutar de la Argentina, de la maravilla de país que tienen ustedes y de la diversidad de esta tierra. Sinceramente me siento como en casa, como les dije el día que me despedí en el 2007, cuando me iba ya no me sentía extranjero en la Argentina, y lo digo de corazón.

Para mí hablar de enfermedades raras y medicamentos huérfanos es prácticamente un todo, porque me encuentro identificado desde hace un tiempo importante con esta problemática que afecta a un gran número de personas, como ya veremos, y todo comenzó a raíz de un colega que en su farmacia atiende a una persona que está aquejada de de estas patologías raras. Y a partir de allí comenzamos a transitar un camino en el cual

empezamos a encontrarnos con personas, empezamos a encontrarnos con seres humanos que tenían una gran necesidad de ayuda, y también empezamos a detectar una serie de problemas. Decidimos entonces embarcarnos en una bendita locura que consistió en ayudar a estas personas. Trece o catorce años después de aquello, hemos tenido tanto este farmacéutico como yo mismo, multitud de reconocimientos en España, pero con los que nos quedamos siempre es con el cariño de los enfermos que es lo que de verdad vale. Los reconocimientos pasan, se ponen en una estantería en casa o se cuelgan de la pared, pero lo que queda es el cariño de los enfermos, sobre todo cuando uno se encuentra con ellos en la calle, la verdad que es impresionante.

Siempre empiezo esta ponencia diciendo una premisa inicial importantísima y que no se puede olvidar nunca, y es que vamos a hablar de personas, que vamos a hablar de seres humanos, y pido por favor que eso no se olvide nunca. Pero por otra parte no hablamos aquí de caridad, hablamos también de ciudadanos y de contribuyentes cuyas obligaciones y derechos tienen que ser respetados.

He dividido esta disertación en diez puntos fundamentales, tal como sintetizo abajo a modo de guía, probablemente los primeros van a ser un poquito más largos y los últimos más rápidos:

1. Definiciones y punto de partida
2. Situaciones cotidianas que rodean estas patologías
3. Denuncias y alertas públicas
4. Prevalencia de las enfermedades raras
5. Afectados célebres
6. Colaboradores necesarios: asociaciones y medios de comunicación
7. Farmacéuticos españoles y enfermedades raras
8. Aspectos terapéuticos de las enfermedades raras
9. Aspectos éticos y morales en las enfermedades raras
10. Reflexiones finales

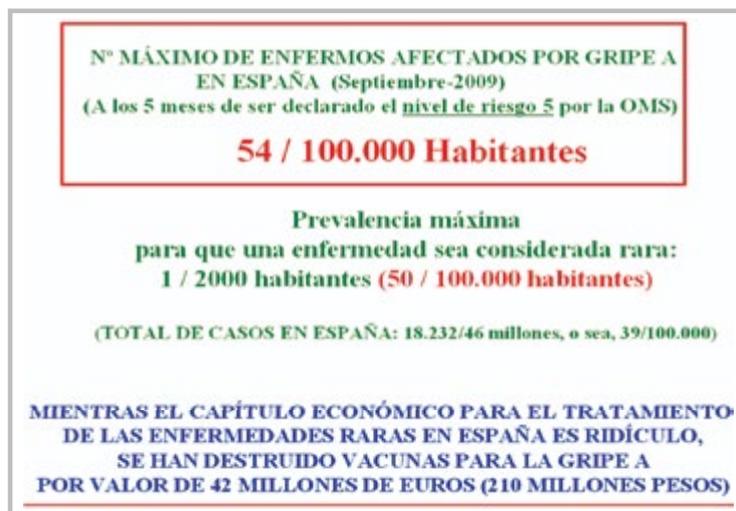
Definiciones y punto de partida

Vamos a empezar con una definición y punto de partida. Una **enfermedad rara** según la OMS e independientemente del país del que hablemos, es aquella que afecta como máximo a 1 de cada 2.000 personas. Esta definición también la da la Regulación Europea de Medicamentos Huérfanos, y la importancia de esta cifra, que no es que se ponga arbitrariamente, es que se corresponde con el límite de rentabilidad para la industria farmacéutica. Todo medicamento que no vaya destinado como mínimo a más de 1 cada 2000 habitantes, a la industria farmacéutica no le es rentable y no lo va a fabricar.

Y un **medicamento huérfano** es aquel producto destinado a la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad rara o poco frecuente, cuyo desarrollo y fabricación no se producen con normalidad, debido como hemos dicho, a su baja rentabilidad económica.

¿Cuáles son los **problemas a los cuales se enfrentan los pacientes que padecen una enfermedad rara**? En primer lugar llegar a establecer el diagnóstico de esa patología, y en segundo lugar encontrar el tratamiento. Entonces podríamos preguntarnos por qué no se establece el diagnóstico ni se encuentra el tratamiento, o sea por qué no se investigan adecuadamente estas patologías como debería ser lógico. Mantengo personalmente la creencia, y esta mañana ha habido alguna discrepancia en ese sentido, que se debe a que no son infectocontagiosas. Al no ser patologías en su mayoría infectocontagiosas, no producen alarma social ni preocupación por su transmisión.

Y para verlo más claro alcanza con comparar las enfermedades raras con el mal de las vaca loca, con la gripe aviaria, con el síndrome respiratorio agudo severo, con el SIDA que en sus orígenes fue una patología rara, o recientemente con la gripe A que tanta polémica ha ocasionado. Respecto a esto último, la OMS alertaba el mes de abril del 2009 de una pandemia inminente, y además la Directora General de la OMS, Margaret Chan, comentó públicamente que toda la humanidad estaba en peligro. Se llegó a producir el caso de que tripulantes a Air France rechazaron volar, o que en Ucrania cerraron un avión a cal y canto porque uno de los 190 pasajeros de ese avión se había quejado de dolor de cabeza... Para esa época también había comentado la prensa, que un bebé de 23 meses se había convertido en el primer caso mortal registrado en EEUU, y eso era todavía más raro, y hasta los establecimientos de comida no recibían clientes y sólo abrían para repartos a domicilio o para llevar y comer en otro lado. Y he agregado un cuadro donde muestro cuáles fueron las cifras reales en España respecto a esta epidemia, para poder de alguna manera comparar la situación con lo que sucede con las enfermedades raras.



Veamos entonces de cuántas patologías raras estamos hablando, a cuántas personas afectan y cuál es el problema fundamental de estas patologías. Aclaro que a partir de ahora me baso fundamentalmente en noticias aparecidas en la prensa, fundamentalmente porque la prensa ha tenido muchísimo que ver en estas patologías. Y también me baso en la prensa porque según la Ley de protección de datos y de la intimidad personal de España, resulta que hay que tener mucho cuidado en la fotografías que se ponen, y en las actuaciones públicas y demás.

- Estadísticamente según la OMS **existen más de 7.000 enfermedades raras** conocidas.
- Afectan **entre 28 y 35 millones de pacientes en la Unión Europea**.
- **A más de 3 millones en España**.
- **A más de 35 millones de pacientes latinoamericanos**.
- **Y a casi 3 millones de argentinos**.

Estos son datos estadísticos, y si no me salen mal las cuentas también afectarían a más de 40 mil marplatenses, contando con que Mar del Plata tiene 520.000 habitantes. Pero claro, no son infectocontagiosas, con lo cual tampoco le preocupan mucho a la gente.

Para ver las **características de estas patologías** tenemos que recurrir a dos informes, uno de ellos es la encuesta EURORDIS (European Organization For Rare Diseases), que ha realizado la Unión Europea para Enfermedades Raras, y otro informe realizado por la propia OMS.

Los siguientes son los datos y cifras centrales que surgen del **informe de EURORDIS de julio de 2005**:

- El 40% de los enfermos recibe un diagnóstico erróneo antes del definitivo
 - Terapia Psicológica Innecesaria 10%
 - Cirugía Innecesaria 16%
 - Tratamientos Inadecuados 33%
- El 25% de los pacientes ha tenido que desplazarse fuera de su lugar de residencia buscando el diagnóstico.
- El 80% de las enfermedades raras tiene origen genético, pero el 25% de los enfermos no ha sido informado de ello.
- Existe una gran demora diagnóstica: El 25% de los enfermos tarda entre 5 y 30 años en ser diagnosticado. Según el informe de la OMS las enfermedades raras tienen una serie de características, en las que no voy a detenerme mucho sino que simplemente las enumeraré a continuación;
- Las Enfermedades Raras se caracterizan por un comienzo precoz en la vida: En 2 de cada 3 casos aparecen síntomas antes de los dos años de edad.
- 1 de cada 5 enfermos padece dolores crónicos.
- 1 de cada 3 pacientes sufre déficit motor, sensorial o intelectual, lo que en la mitad de ellos origina incapacidad.
- El pronóstico vital está en juego en el 50% de los casos. A las Enfermedades Raras se les atribuye el 35% de las muertes de niños menores de un año, y del 10% de las de 1 a 5 años.
- El 30% de los pacientes fallece antes de los 5 años de edad.
- La mitad de los enfermos fallece antes de los 30 años de edad.
- No existe cura para la mayoría de las Enfermedades Raras.
- El 7% de la población está afectada por estas enfermedades.

Situaciones cotidianas que rodean estas patologías

Vamos a hablar un poco de las situaciones cotidianas que rodean a estos pacientes. Pero antes de proseguir recordemos algo que dije al principio: que detrás de los fríos datos estadísticos se encuentran siempre las personas.

En todos estos casos se viven situaciones de incertidumbre cuando llega el diagnóstico, cuando los padres se enteran que su hijo tienen una enfermedad rara, lo primero que surge es la incertidumbre y la angustia respecto a lo que le va a pasar al pobre niño y también a la familia.

Otro tema son las situaciones que se generan por el retraso del diagnóstico. Les presento a Emilio Martín, delegado de la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) en Sevilla, que tardó 21 años en ser diagnosticado de Síndrome de Gilles de La Tourette. A esta persona evidentemente 21 años de retraso de diagnóstico le han marcado la vida. Y lo siguen llevando a enfrentar situaciones difíciles permanentemente, como puede verse por ejemplo en una carta de queja que mandó al director de un periódico en el cual a estos enfermos se los llama "los giles", con todo el significado de mofa y burla que tiene catalogarlos como tontos o retrasados.



Hay siempre situaciones de preocupación, como la que vive Susana Sempere, enferma de acondroplasia, que ha tenido un hijo que ha here-

dado la enfermedad y al que ella prepara a para la dura realidad a la que se va a enfrentar, ya que la obsesión por la imagen que caracteriza la época actual cierra la puerta laboral a muchos afectados, pese a no tener discapacidad intelectual o física para las tareas propuestas.

También se generan situaciones de movilización ciudadana, como el caso de tres pueblos de Cádiz, Las cabezas de San Juan, Utrera y Bornos, que se han unido en actividades benéficas y solidarias para recaudar dinero para operar en Londres a un chico con una patología rara, una neuropatía hipomielinizante congénita que afecta sus nervios y le impide moverse o comer, y lo ha llevado a respirar por traqueostomía.

Se dan situaciones de desconocimiento, porque a veces los padres se dan cuenta en determinado momento o cuando cuidan a sus hijos que algo no anda como debiera, y no saben por qué el niño no gatea, o no se ríe, o se le erosiona la piel cuando lo tocan.

Y situaciones de entereza ejemplar como la que vive Marta Parareda, quien tiene 37 años y padece esclerosis múltiple desde hace 9 años, quien dijo que el mismo día que le dieron el diagnóstico decidió que no se iba a acobardar, y enfrenta las situaciones de limitaciones y discapacidad que le genera la enfermedad con vitalidad incansable, y encuentra en su hijito la mejor motivación.

Los ejemplos abundan y también se dan a su alrededor situaciones de movilización social, como la que tiene que vivir una niña, Vanessa Jiménez que tiene una enfermedad rara, el Síndrome de McCune-Albright, una enfermedad degenerativa incurable, también conocida como “huesos de cristal” o “niños de cristal”, y que incansablemente recorre España recogiendo firmas para presentar una iniciativa europea a fin de que se aumentara las asignación que cobraban los menores de 18 años discapacitados, y que estaba fijada en 48 euros mensuales, no llegaban ni a 200 pesos.

Otras veces somos testigos de situaciones de desprecio de las autoridades o de desinterés sanitario, como el caso de Carmen, afectada de pseudoxantoma elástico, cuyo doloroso reclamo es la falta de información y de interés que le muestran dentro del campo sanitario.

Vemos también situaciones en las cuales el enfermo decide vivir intensamente, como es el caso de Sonia Arribas, que tiene una fibrosis quística y a quien le dijeron que no llegaría a los 15 años de edad, pero hoy con más de 30 sigue viviendo todo lo intensamente que puede.

Tenemos situaciones de lucha por retrasos burocráticos como el que denuncia Dolores Montero, madre de una joven cacereña con hemoglobinuria paroxística nocturna, que pide que se legalice en España un medicamento que ya está legalizado en EEUU, y sabe que su hija puede morir por un retraso burocrático auténticamente inhumano e innecesario.

De una u otra manera, siempre está la preocupación por el día de mañana, como es el caso de los padres de Javier, de 25 años y enfermo del “Síndrome de X frágil”, la forma más común de retraso mental, y a quien ellos están empeñados en dotarlo de la máxima autonomía posible, porque evidentemente según la ley de la vida y salvo que ocurra una desgracia, ellos van a faltar antes que el hijo, y el hijo se va a encontrar solo, entonces la preocupación por formarlo de la mejor manera se redobla, por el presente, el día a día, y también por el futuro.

Conocemos situaciones de esfuerzo sobrehumano, como la que vivió Lola, una joven española madre de tres niños con Síndrome de Hunter, que es una enfermedad hereditaria de carácter recesivo, con un 25% de posibilidades en cada de embarazo de tenerla cuando son portadores padre y madre. En su caso tuvo la desgracia de

tener los tres hijos con esta enfermedad rara, y tiene que desplazarse semanalmente con dos de ellos a Alemania para recibir un tratamiento como parte de un ensayo clínico.

Las enfermedades son raras, pero los protagonistas se vuelven visibles y son muchos. Podemos citar a Mónica, quien está afectada por la enfermedad de Gaucher y le fue denegado un tratamiento porque tenía un alto costo económico. O a Fide Midon, una chica auténticamente encantadora que tiene una Porfiria Eritropoyética de Günther. Es una niña fantástica y optimista frente a su problema sin solución, porque tiene el rostro destrozado, las manos destrozadas, todo fatal, pero ella vive con una intensidad tremenda y cuando la gente la mira, porque ella siempre habla públicamente, dice algo conmovedor “Yo no soy rara, la rara es mi enfermedad”.

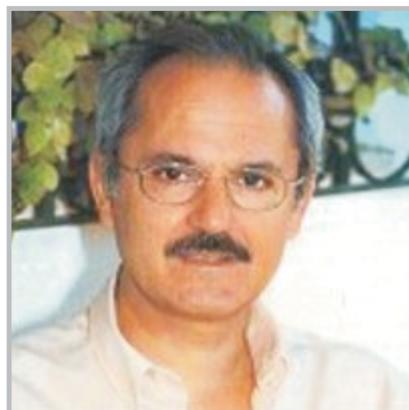
Y aparecen también situaciones de lucha contra reloj, como la que vive Pedro Giménez, padre de un chico con leucodistrofia metacromática, que lo que pide es que su hijo no se muera por culpa de la burocracia... Pero claro, estos problemas si seguimos en este plan, son problemas que van a caducar pronto porque, como hemos dicho al principio, según la OMS el 35% de los niños con enfermedades raras muere antes de ser adulto.

Les recomiendo dos películas en las cuales se describen perfectamente estas situaciones que les acabo de comentar, una es *Lorenzo's Oil*, que en castellano se llama *El aceite de Lorenzo*, que narra la vida de Lorenzo Don, un chico que tenía una leucodistrofia, pero lo que les pido si ven esta película es que luego de que la terminen de ver busquen en Internet Lorenzo Don y vean el resto de la vida de Lorenzo, pero primero vean la película y después busquen. O una más reciente llamada *Medidas Extraordinarias* y protagonizada por Harrison Ford y Brendan Fraser, que se ha estrenado hace escasos meses y que describe más o menos, la problemática de estos pacientes, aunque a veces sea algo frívola.

Denuncias y alertas públicas

En tercer lugar les voy a hablar de las denuncias de alertas públicas, porque todos estos escándalos que les acabo de contar algún tipo de denuncia han debido seguramente tener. El Defensor del Pueblo español la primera vez que habla de estos problemas es en el año 2006. Y ayer por la mañana se habló acerca de cierto protagonismo que están teniendo estas patologías en los últimos años. Las citó también en el 2007, 2008 y 2009, o sea que al menos se ha conseguido que estas enfermedades no sean patologías invisibles para el Defensor del Pueblo.

Pero también la sociedad civil ha actuado denunciando estas situaciones. Les presento a Moisés Abascal que es el farmacéutico sevillano al que les hice mención anteriormente, y es el auténtico artífice de que esta semana España haya cambiado radicalmente. Moisés Abascal, del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, fue el que consiguió que nos implicáramos en este problema y desarrolláramos todo tipo de actividades que hemos hecho y que luego mostraré. Moisés Abascal ha dicho públicamente en muchas ocasiones que echaba en falta un mayor compromiso de la administración española con las enfermedades raras, y que era necesario crear centros de referencia que eviten retrasos en dar el diagnóstico y garanticen una equidad en el tratamiento. Estos centros de referencia están en creación en España o sea que esta demanda de Moisés después de dar y machacar, se está consiguiendo.



Permítanme una autocita y contarles que personalmente también muchas veces he dicho públicamente que una sociedad avanzada, que se autodenomina del bienestar y del conocimiento, no puede dejar desprotegido un sector de su población simplemente porque sus enfermedades sean raras. Y esto me ha llevado a escribir diversos artículos en la prensa reclamando **investigación ya** para estas enfermedades raras.

También han habido denuncias públicas en medios de comunicación, como la de Emilio de Benito en el diario *El País*, que pregunta quién investiga para José Miguel, y un titular menor dice debajo de este encabezado que la sanidad pública no cubre los 400 euros al mes de la fisioterapia, porque este chiquito de 7 años sufre una enfermedad degenerativa neuromuscular que lo obliga a movilizarse en silla de ruedas. En España como ustedes saben la sanidad es universal y gratuita, pero hay diversos vacíos que en estos casos son muy llamativos, por ejemplo el de José Miguel, porque no hay muchos chicos en España que necesiten esto, pero a este chico la sanidad no le cubre los 400 euros al mes que necesita.

El Dr. Manuel Elkin Patarroyo se ha pronunciado en muchísimas ocasiones sobre este tema y ha dicho que a la OMS la salud mundial no le importa, y una afirmación tan dura como ésta dicha de una boca como la del Dr. Patarroyo, Director de la Fundación Instituto de Inmunología de Colombia, es un auténtico aldabonazo.

Y me gusta especialmente esta cita de Richard J. Roberts, quien es un inglés Premio Nobel de Medicina en 1993, publicada en *La Vanguardia* el 27 de julio del 2007, "*El fármaco que cura de todo no es rentable*". A lo largo de la entrevista dice que la investigación en salud humana no puede depender tan sólo de su rentabilidad económica, ya que lo que es bueno para los dividendos de las empresas no siempre es bueno para las personas. Y además dice que la industria farmacéutica y la industria del medicamento no es como cualquier otra industria, ya que en este caso estamos hablando de nuestra salud, nuestra vida y la de nuestros hijos y millones de seres humanos, y que si sólo piensas en los beneficios dejas de preocuparte por servirle a los seres humanos. Esto no lo dice cualquiera, lo dice un Premio Nobel de Medicina, y como el caso del Dr Roberts, muy respetado en Europa.

El propio ministro de sanidad en el gobierno Zapatero, Bernat Soria, dijo en la semana del 23 al 29 de julio del 2007 en el semanario *El Global*, al que también se ha hecho referencia en la mesa anterior, que la industria farmacéutica no presta la debida atención a la investigación en las enfermedades raras. No lo dice solamente el ministro del gobierno de Zapatero, también Ana Pastor, la ministra de sanidad del gobierno de Aznar, dijo que en España tenemos grandes investigadores, pero no se estaba haciendo nada con los medicamentos huérfanos y las enfermedades raras.

¿Y la industria farmacéutica qué dice a todo esto? Pues en la industria farmacéutica hay una parte que investiga en enfermedades raras y medicamentos huérfanos, y una parte de la industria que decide no investigar, y que evidentemente también está en su derecho. Pero lo peor no es que la industria farmacéutica no investigue, lo peor es la demagogia que se emplea a veces, y les cito esto porque en el año 2007, la patronal de la industria farmacéutica española dijo que iba a invertir 300 millones de euros en investigación en enfermedades raras si el gobierno armonizaba las patentes con la Unión Europea. Y 300 millones de euros son mil quinientos millones de pesos, entonces ahí se puso todo el mundo con los ojos a cuadritos como decimos en España, e incluso la propia Federación Española en Enfermedades Raras vio la iniciativa como un punto de partida idóneo.

Lo que ocurre es que ahí detrás había algo tremendo, y fue denunciado por un servidor de ustedes en el año 2007, en un artículo publicado en *EL Mundo*, titulado "*Investigación sí, sin demagogia*", en el cual descubrimos que detrás de esta apuesta por las enfermedades raras que hacía la industria farmacéutica de destinar 300 millones de euros, este cambio normativo de patentes en España le iba a reportar a ellos de beneficios estimados en 4000 millones de Euros. Eso hubo que decirlo públicamente y ocasionó una polvareda en España en las relaciones entre nuestro Colegio con la industria farmacéutica, pero estas cosas había que decirlas y se dijeron. A partir de esto,

muchos medios de comunicación empezaron a decir en aquel momento que había que dedicar más dinero a I+D y menos dinero a publicidad y *marketing*, por lo cual se demostró evidentemente que la industria farmacéutica no invertía adecuadamente.

Y el Dr. Patarroyo, lo vuelvo a citar, decía por aquellos días que el 90% de los recursos dedicados a la investigación médica, va destinado a enfermedades que matan al 10% de la población mundial, y sólo queda el 10% de ese dinero para combatir a las que provocan la muerte del 90% restante. Esta es una afirmación dura, pero es una realidad. Nadie la ha desmentido.

¿Y qué dicen a todo esto la administración y los políticos? Bueno, pues en España y en Europa y en el mundo en general, hasta hace pocos años casi nada. Hoy día existe la preocupación aunque es claramente insuficiente, por ejemplo hay una serie de actuaciones desde el año 1983 para que en EEUU se cree el *Orphan Drug Act*, luego también se actuó para legislar los medicamentos huérfanos en Japón, Singapur, Australia y en la Unión Europea, y en el año 1997 se crea la Asociación Europea de Enfermedades Raras. En España la creamos en 1999 y luego en el 2000 se aprobó un reglamento importante, que es el Reglamento de Incentivos a la Industria Farmacéutica, que fue un punto de partida para un cambio que en pequeña medida se fue produciendo después.

En **España** se han creado institutos, se han realizado encuentros específicos y se han dictado leyes sobre el tema, como enumeramos abajo:

- Creación de EURORDIS (1997)
- Creación de FEDER (España 1999)
- Aprobación del reglamento EC-141/2000 (Incentivos Investigación)
- I CIMHER² (Sevilla, febrero 2000)
- El CISAT se transforma en CISATER.
- I Reunión del Comité de Medicamentos Huérfanos en Europa (17-IV-2000)
- Creación del CERER (Burgos-2003)
- II CIMHER (Sevilla, Febrero-2004)
- El CISATER³ se transforma en IIER (Inst. de Salud Carlos III).
- Nace el CIBERER.
- III CIMHER (Sevilla, febrero 2007)
- Ponencia del senado de españa (febrero 2007)
- Ley de dependencia (febrero-2007)
- Plan andaluz de enfermedades raras (2008-2012)
- Declaración de sevilla sobre enfermedades raras
- IV CIMHER (Sevilla, febrero 2009)
- Estrategia de er del sistema nacional de salud (2009)

Partiendo de la creación del centro de referencia de investigación EURORDIS (1997), se llegó en febrero de 2007 a una ponencia del Senado Español muy importante, donde se intentó que hubiera un análisis sensato y serio de la situación de los pacientes y las medidas sanitarias, educativas y sociales que habría que hacer para llevar esto a buen término. En el 2007-2008 en Andalucía, la región a la que pertenece Sevilla, el colegio que represento, se elaboró el Primer Plan Español de Enfermedades Raras, bastante influenciado por el trabajo que habíamos realizado nosotros, y en año 2009 el ministerio de sanidad y acción social de España elaboró una estrategia en enfermedades raras del Sistema Nacional de Salud. O sea que si bien infradotada económicamente, al fin y al cabo ahí esta la estrategia.

² Congreso Internacional de Medicamentos Huérfanos y Enfermedades Raras.

³ Centro de Investigación del Síndrome del Aceite Tóxico y de las Enfermedades Raras (CISATER), dependiente del Instituto Carlos III.

El CIBERER, el Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras, es uno de los nueve consorcios públicos establecidos para servir de referencia, coordinar y potenciar la investigación sobre las enfermedades raras en España. Está formado por 61 grupos de investigación ligados a 30 instituciones. Estos grupos de investigación son las unidades básicas de funcionamiento y se agrupan dentro de cinco áreas científicas (patologías mitocondriales, enf. metabólicas hereditarias y endocrinas, neurogenética, genética clínica y defectos congénitos e inestabilidad genética y predisposición al cáncer), lo que facilita sinergias entre grupos e instituciones en diferentes áreas y disciplinas dentro del campo de las enfermedades raras.

Creemos que veremos buenos resultados, evidentemente si son capaces también de coordinarse con todos los centros de investigación biomédica en red de otro países. Porque en este tema no podemos andar cada país investigando por su cuenta, ya que los fondos son pocos y hay que establecerlos adecuadamente. La distribución geográfica de los grupos de investigación en España comprende 27 grupos en Madrid, 18 en Cataluña, 7 en Valencia y 3 en Andalucía.

Prevalencia de Enfermedades Raras

Los datos obtenidos por extrapolación en toda España son similares a los de la Argentina porque la población es similar. (45 a 46 millones de habitantes en España y poco más de 40 millones en Argentina).

- 12.000 personas afectadas de Síndrome de Marfan
- 8.000 enfermos de diversos tipos de Ataxias
- 6.000 afectadas de Esclerosis Lateral Amiotrófica
- 5.000 enfermos de Fibrosis Quística
- 3.000 casos de Miopatía de Duchenne
- 2.500 casos de Fenilcetonuria
- 2.500 casos de Síndrome de Gilles de la Tourette
- 2.000 afectados de Osteogénesis Imperfecta
- 1.000 casos de Patologías Mitocondriales
- 200 pacientes de Enfermedad de Wilson
- 150 enfermos de Anemia de Fanconi
- 100 casos de la Enfermedad de Pompe
- 80 afectados por Síndrome de Apert
- 6 enfermos de Síndrome de Joubert.

Pero lo importante de estos datos, que los he puesto en orden decreciente para que se vaya viendo la importancia, es que **en el Sistema de Información y Orientación de Enfermedades Raras (SIO) creado por la FEDER, han habido en el año 2008, 325 llamadas de enfermos aislados, que son aquellos enfermos o aquellos pacientes que padecen enfermedades en las que se conoce un solo caso en España, que son ellos mismos. Y también 300 llamadas de pacientes sin diagnosticar.** Evidentemente pacientes sin diagnosticar hay muchos más, en este caso señalamos sólo los que llamaron al SIO de FEDER.

¿Quiénes contactan con el SIO? Fundamentalmente afectados (39,08%) y familiares (44,02%), pero también hay un 8,63% de profesionales sanitarios que consultan al servicio de información, y esto también es importante saberlo.

¿Por qué los pacientes deben ser quienes asuman esta labor de coordinación? Sencillamente porque la sociedad vive de espaldas a la realidad que sufren estas personas. ¿Y por qué viven de espaldas a lo que sufren estas

personas? Porque jamás se piensa que le pueda pasar a uno mismo, jamás pensamos que nos pueda pasar a nosotros. Si fuéramos conscientes que estas patologías raras son de orígenes genéticos en su mayoría, alrededor del 80%, seríamos conscientes de que nos puede pasar a cualquiera. Todo consiste en que por las casualidades de la vida haya una unión de un hombre con una mujer ambos portadores de la patología, y se surja un caso como el de Lola con sus tres hijos con Síndrome de Hunter... y por cierto todo cambiaría bastante.

Afectados célebres

Vamos a mencionar brevemente a algunos de los afectados célebres:

- **Stephen Hawking:** científico, esclerosis lateral amiotrófica. Una actividad cerebral superdotada en un cuerpo inmóvil.
- **Henri de Toulouse-Lautrec:** famoso pintor, Picnodisostosis o Síndrome de Toulouse-Lautrec. (Sólo un centenar de casos en el mundo)
- **Michel Petrucciani:** pianista, Osteogénesis imperfecta o "Huesos de cristal".
- **William Amadeus Mozart, Napoleón y Emperador Claudio:** Síndrome de Guilles de La Tourette.
- **Abraham Lincoln:** Presidente de EEUU, Síndrome de Marfan.
- **Sergei Rachmaninov:** virtuoso pianista, Síndrome de Marfan.
- **CARLOS II, Rey de España (1665-1700), Último monarca "Austria":** Síndrome de Klinefelter.
- **En el cuadro "Las meninas" de Velásquez, puede verse a la Infanta Margarita** (Síndrome de Albright) y a **Mari Barbola** (Acondroplasia).
- **Joseph Merrick:** "El hombre elefante", Síndrome de Proteus. Fue durante años la atracción especial de un circo.
- **Maurice Tillet:** "El ogro del cuadrilátero", Acromegalia. Dominaba 14 idiomas y tenía una gran cultura, pero tuvo que dedicarse a la lucha libre profesional.

Colaboradores necesarios: asociaciones y medios de comunicación

Vamos a hablar un poco sobre asociaciones de enfermos y medios de comunicación, porque ahí es donde está la clave de todo esto, ya que sin la participación de los pacientes a través de las asociaciones el problema no sería conocido en absoluto. Es más, en estas asociaciones de pacientes que existen en el mundo, entre las cuales está la Fundación Geiser aquí en Sudamérica, la importancia que tienen los enfermos es tremenda. Y tal es así que en Europa en el ámbito de la agencia europea EMEA, al desconocerse muchos aspectos de la patología los enfermos están considerados como "expertos en su enfermedad", o sea que los enfermos están sentados en los ámbitos de decisión.

La Federación Española de Enfermedades Raras, FEDER⁴, de la cual he hecho mención anteriormente, ha conseguido que se pase del aislamiento de los enfermos individuales al poder de las asociaciones de enfermos, pero poder real. FEDER es una organización que creamos en Sevilla en el año 1999 entre farmacéuticos y pacientes, bajo la tutela y el amparo de nuestro Colegio. Es una entidad sin ánimo de lucro y está dirigida en la actualidad únicamente por afectados, y eso ha sido el gran éxito de todo esto.

Promueve la necesidad de un Plan de Acción para las Enfermedades Raras, capaz de abordar de forma integral la dramática situación que sufren los pacientes, sus familias y cuidadores. Y persigue un mundo en el que los niños, jóvenes y adultos afectados tengan las mismas oportunidades, sin importar la rareza de la enfermedad. FEDER tiene cuatro áreas de acción:

⁴ FEDER: www.enfermedades-raras.org

- **Acción Política:** encaminada a que las Administraciones Públicas mejoren el acceso a la información, diagnóstico, cuidados, tratamientos y ayudas socio sanitarias para afectados y familiares.
- **Atención Psicosocial:** orienta y ayuda a afectados, familiares y cuidadores para fortalecer el movimiento asociativo y la creación de redes de apoyo.
- **Difusión:** realiza campañas de sensibilización para movilizar a la sociedad y facilitar la integración de los afectados.
- **Impulso a la investigación:** para conseguir desarrollar medidas preventivas, diagnósticos y tratamientos (medicamentos huérfanos).

¿Cuáles son los principales problemas de los afectados por ER?

- Ausencia de centros de referencia, especialistas, medicamentos y protocolos, lo que acentúa el aislamiento y la incertidumbre tras el diagnóstico.
- El empobrecimiento causado por las enfermedades raras como resultado de los gastos ingentes que deben soportar las familias, al no estar cubiertas muchas necesidades por el Sistema Nacional de Salud.
- Descoordinación entre profesionales de la salud y falta de experiencia ante las enfermedades raras, lo que dificulta la estrategia terapéutica.
- Dificultades de acceso a medicamentos huérfanos y tratamientos.
- Impacto social para las familias ante el escaso apoyo escolar y laboral y para su integración en la sociedad.
- Falta de dispositivos de ayuda sociales y sanitarios.

¿Y qué debe buscar un Plan de Acción para ER?

- Conocer mejor la epidemiología de las enfermedades raras.
- Reconocer estas patologías como crónicas y de interés prioritario.
- Desarrollar la información para los enfermos, profesionales de la salud y sociedad en general.
- Formar adecuadamente a los profesionales de la salud.
- Organizar el acceso a los tests de diagnóstico genético.
- Impulsar Centros de Referencia para mejorar el acceso a los cuidados y la calidad de la atención.
- Iniciar el esfuerzo a favor de los Medicamentos Huérfanos.
- Atender las necesidades de dependencia de los afectados.
- Promover la investigación en patologías y terapias.
- Coordinar estudios y trabajos conjuntos entre las regiones y las redes existentes en España y Europa (La coordinación mundial a través de EURORDIS).

Cuando nosotros empezamos a hablar con los enfermos vimos que había una necesidad importante de ser apoyados porque ellos comparten una serie de problemas comunes, y un problema central y es que avanzan “en dientes de sierra”. Explico un poco más a qué nos referimos. Por ejemplo, se detecta una patología a una persona, fundamentalmente a un chico, se crea una asociación y los padres se preocupan por conocer a otros chicos de esa misma patología. Pero claro, alguien tiene que ser el presidente, y habitualmente el presidente es el padre del chico, el domicilio social de la asociación es la casa del chico y el teléfono de la asociación es el teléfono celular del padre del chico: Y cuando eventualmente este chico empeora y fallece, este padre tiene un bajón en su actividad, con lo cual se da un avance en “dientes de sierra”, y esto es lo que hacía que ese tema no avanzara en España.

Cuando nos metimos los farmacéuticos, fundamentalmente Moisés Abascal, él asumió el papel de Presidente de FEDER, se comenzó a dar apoyo a los enfermos, y ahí estábamos al principio un grupo de personas no vinculadas

a estas patologías. Y cuando se montó toda la infraestructura de la Federación Española y ésta estaba ya con todo funcionando y con fondos disponibles, recién allí fue cuando los enfermos tomaron el peso de la dirección de FEDER. Actualmente esto implica una gran actividad que llevan ellos de forma totalmente autónoma.

Tienen una serie de publicaciones, o sea que además de la revista de FEDER, cada asociación distribuye sus propios folletos. Pero todo está muy vinculado a través de la Federación Española, por ejemplo un integrante de cada asociación distribuye folletos en congresos y jornadas, e incluso por la calle.

Y llegamos a un punto en que lo que hacía falta no era solamente esta divulgación de persona a persona, sino que hacía falta que los medios de comunicación se implicaran adecuadamente en este tema, por que sin la participación o la denuncia de los medios de comunicación el problema no habría sido conocido en absoluto. Fue a través de los medios que la sociedad ha visualizado el problema, se ha sentido culpable y ha empezado a pedir soluciones. También hubo artículos de fondo en tribunas de opinión, como la del Profesor Grisolia, quien es el presidente de los Comités Científicos CIMHER, y es una persona muy querida en España, un gran investigador que nos ha ayudado muchísimo en todo lo referente a enfermedades raras.

Y finalmente se llega a las **campañas divulgativas a gran escala**, no solamente pequeñas campañas sino se creó hasta el Día, Mundial de las Enfermedades Raras que como es un día raro se celebra el 29 de febrero, pero no sólo cada cuatro años sino que igualmente se celebra anualmente el 28 de febrero.

No sé si conocen al jugador de futbol Andes Iniesta, que fue el que nos llevó a la gloria, el autor del gol contra Holanda en el mundial de Sudáfrica, él ha colaborado muy activamente en estas campañas de FEDER, igual que Fernando Torres un jugador del Liverpool y de la selección española que ha sido la cara de otra campaña donde el lema era **Somos más de 3 millones y aun así estamos solos**.

También se llevó a cabo otra campaña muy bonita con el lema de **Haz tu parte por las enfermedades raras**, en las cuales un argentino muy querido en España como es Diego Torres, cedió su canción Color Esperanza para que fuera la canción que se oyera cada vez que esta campaña saliera anunciada. Y de hecho mucha gente ha relacionado la campaña con la canción de Diego Torres, al cual desde aquí le doy un fuerte abrazo y nuestro agradecimiento. Y finalmente mencionemos que se han sacado diversos libros de testimonios sobre enfermos, que significan un aporte de divulgación sostenido en el tiempo.



Hemos visto que realmente hay una actividad importante rodeando a estas patologías. ¿Por qué los farmacéuticos españoles decidimos meternos en esta historia? **Veamos algo de la cronología de los hechos:**

- En principio se trató de los farmacéuticos de Sevilla fundamentalmente, y como comentáramos antes, hasta 1997 había un “avance en dientes de sierra”, o sea que en España no se hablaba ni se publicaba absolutamente nada de las enfermedades raras, y esto era un escandaloso problema de salud pública. El Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, gracias a D. Moisés Abascal, (Farmacéutico), tuvo conocimiento del tremendo problema y tomó la iniciativa de apoyar a los enfermos. Para ello, decidió organizar diversas iniciativas, entre ellas un CIMHER, a fin de conseguir la progresiva sensibilización de la sociedad y de las administraciones acerca de la situación de estos pacientes.
- En 1999, D. Moisés Abascal, D^a Teresa Barco, D. Miguel Gil y otros miembros de ADAC, con la colaboración de nuestro Colegio, fundan la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER).
- En el 2000 tuvimos la osadía de hacer el I Congreso Internacional de Medicamentos Huérfanos y Enfermedades Raras (RICOFSSE), porque siempre pensábamos en hacer más y ahí lo conseguimos. Sirvió como revulsivo para la toma de conciencia de este auténtico problema de salud pública.

La administración empezó a destinar recursos económicos para el sector. Se consiguió que las Asociaciones de Pacientes se convirtieran en un organismo imprescindible en la gestión y el control de los programas sanitarios, asistenciales y de investigación relacionados con estas patologías. E incluso en el Colegio pudimos crear un fondo con dinero para este tema.

- Pero en el 2004, esta bendita locura se convirtió en un segundo congreso en el cual se constataron algunas mejoras, tanto en el ámbito de las prestaciones sociales, como en el de la investigación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y donde además pudimos dotar con los fondos que tenía el Colegio dos becas en investigación en enfermedades raras y un primer premio periodístico.
- Y en el 2007 llegamos a la tercer locura, que fue organizar el tercer congreso internacional, en el cual dotamos tres becas de investigación y además un segundo premio periodístico para que hubiera mayor difusión.
- En el 2009, o sea el año pasado, hicimos en febrero lo que se llamó Declaración de Sevilla sobre Enfermedades Raras, en la cual denunciábamos públicamente la situación en la que vivían estos pacientes y pedíamos una serie de medidas. Pareciera que los políticos tomaron buena nota de ellas y algunas se están implementando, o sea que fue un acto bastante importante.
- Y también en el 2009 desembocamos en el cuarto congreso internacional que se celebró nuevamente en Sevilla, organizado como los otros anteriores por nuestro Colegio desde la Asociación Española, y aquí dotamos dos becas de investigación y el tercer premio periodístico.
- Y la quinta locura viene el 17 al 19 de febrero del 2011, también en Sevilla, organizado por nuestro Colegio y la Federación Española, donde también estamos dispuestos a dotar becas de investigación y premios periodísticos.



Además de todo eso el Consejo Federal de Farmacéuticos de España anualmente da premios a los medicamentos más innovadores, a los mejores medicamentos, y del **2003 al 2007 ha sido premiados diversos medicamentos huérfanos que han ido apareciendo en el mercado:**

- **Año 2.003:** Agalsidasa alfa (“Enfermedad de Fabry”), REPLAGAL, (Lab° TKT) y FABRAZYME (Lab° Genzyme).
- **Año 2.004:** Ácido Carglúmico (“Déficit de NAGS”) (Lab° Orphan Europe).
- **Año 2.006:** Alglucosidasa (“Enf. De Pompe”) : MYOZYME (Lab° Genzyme) y Nitisinona (“Tirosinemia tipo I”): ORFADIN (Lab° S. Orphan).
- **Año 2.007:** Idursulfasa (“Síndrome de Hunter”): ELAPRASE (Lab° Shire).

De todas formas, los farmacéuticos aún tenemos un gran reto y es cubrir los vacíos terapéuticos mediante la formulación magistral, porque si la industria no fabrica el medicamento pero el principio activo se conoce, pues bueno, que hagan las modificaciones legales pertinentes y nos autoricen a acceder a él mediante la formulación magistral. Eso es un gran reto que los farmacéuticos tenemos que atender.

Aspectos terapéuticos de las enfermedades raras

Respecto de los aspectos terapéuticos de las enfermedades raras, en primer lugar es necesario fomentar las políticas de investigación, las políticas de apoyo a las empresas de biotecnología, y es también fundamental fomentar el acceso a los tratamientos y acelerar los procedimientos de registro nacionales.

Hablando de medicamentos huérfanos, digamos que en primer lugar son “huérfanos” porque a la industria no le interesa hacer líneas de investigación en ese sentido. En segundo lugar porque a veces se establecen estas líneas de investigación pero no se encuentra el camino. Evidentemente hay muchas que se están investigando pero no encuentran desgraciadamente el camino, pero lo peor empieza cuando el camino se abandona porque hay falta de perspectiva en la rentabilidad del medicamento, o cuando se llega al principio activo pero no se desarrolla el medicamento por falta de rentabilidad. Y el aleluya recién llega cuando se desarrolla y se comercializa el medicamento.

En el siguiente diagrama mostramos una serie de círculos que grafican la situación de los pacientes. El sector más externo en verde oscuro representa a todos los pacientes, o sea la prevalencia, luego aquellos que están diagnosticados, en verdes más claros cuando además el tratamiento es conocido, y vemos luego en color naranja un sector que finalmente es muy pequeñito, y representa el número de pacientes que lo utilizan aún cuando el tratamiento sea conocido y esté disponible en el país del enfermo.



Y aquí ustedes tienen una gran paradoja, porque de todo lo que hemos estado hablando, de 7 mil patologías, investigación y demás, el resultado es que en EEUU después de todo esto y desde el año 2000 al 2009 se han autorizado 103 medicamentos para 7 mil patologías, pero lo peor es que en Europa se han autorizado sólo 50. Claro que lo primero que salta a la vista es que son muy pocos medicamentos pero también salta a la vista que es urgente unificar los criterios de autorización de medicamentos huérfanos a nivel mundial. Lo que no puede ocurrir es que un enfermo argentino, un enfermo español o un enfermo francés no tenga su tratamiento por un problema burocrático de registro en el país donde reside. Habrá que establecer en estos casos un único registro internacional de medicamentos.

Otras terapias para las Enfermedades Raras

- **Programas de Cribado Neonatal** (Espectrometría de masas en tandem o “tandem de masas”). Son esenciales en enfermedades raras porque las detectan de forma temprana, lo que permite su prevención. Además facilita y permite el establecimiento de tratamientos de los recién nacidos afectados. Y la rápida intervención evita daños orgánicos y reduce la morbimortalidad y las posibles discapacidades asociadas a estas enfermedades. Se detectan los siguientes tipos de patologías generales: Defectos de la beta-oxidación, Acidemias orgánicas, Aminoacidopatías, Hemoglobinopatías y otras patologías. Y mediante estos procedimientos se está llegando cada vez más a la prevención de mayor número de patologías. E incluso en estos momentos en algunas regiones de España se estaría hablando de alrededor de 30 patologías que están cribadas con este sistema. Abajo mostramos las enfermedades incluidas:

PATOLOGÍAS INCLUIDAS	
- Hiperfenilalaninemias (PKU)	- Enfermedad de jarabe de arce
- Hipotiroidismo congénito	- Aciduria isovalérica
- Galactosemia	- Aciduria propiónica
- Hiperplasia suprarrenal congénita	- Aciduria metilmalónica
- Hemoglobinopatías	- Aciduria glutárica
- Deficiencia de biotidasa	- Defectos de la beta-oxidación de ácidos grasos
- Enfermedad de jarabe de arce	- de cadena media
- Homocistinuria	- Deficiencia de carnitina palmitoil-CoA transferasa 1 y 2
- Fibrosis quística	- Deficiencia de carnitina-ácilcarnitina translocasa
- Defectos de la beta-oxidación de ácidos grasos	- Defecto de transporte de carnitina
- de cadena media	
- Tirosinemia	

- **Trasplantes de órganos** Podemos tomar por ejemplo los casos de Fibrosis Quística, que aún es una enfermedad incurable, y cuando se deteriora mucho la función pulmonar y no responde a otras terapéuticas, el trasplante pulmonar pasa a ser la opción.
- **Terapia Génica** También aparecen opciones terapéuticas que son una esperanza genética para algunas enfermedades raras. Tenemos el caso de la enfermedad llamada “Dedos de Zinc”, descubierta por Aaron Klug, Premio Nóbel de Química 1982. Para esta patología hay una molécula que llega a la cadena de ADN, corta la parte dañada y une el ADN. Es un experimento que le significó recibir el Nobel de Química de 1982, pero aunque han pasado 28 años el tema no termina, hace mucha falta investigación ahí.
- **Ingeniería tisular: trasplante de tejidos** Es una terapia importantísima en los llamados “niños mariposa”, que están afectados por epidermolisis bullosa distrófica recesiva, una enfermedad rara que hace piel sea tan frágil como las alas de los lepidópteros. Se los ha tratado con sustitutos de piel generados por ingeniería tisular, y en España hay tres niños que han sido sometidos a este tratamiento que concluiría en el 2010 y cuyos resultados restan evaluar. También para esta enfermedad se ha recurrido a trasplantes de médula de alto riesgo que consiguieron una cura parcial en cinco niños donde hubo una mejor curación, menos ampollas y la calidad de vida se vio afectada positivamente, si bien un niño murió en la fase de preparación por

los efectos colaterales de un medicamento, y otro falleció por complicaciones infecciosas postrasplante.⁵ La terapia génica está tomando una gran fuerza para tratar a los niños burbuja, y la utilización de la células madres también es importante en este campo.

Y a esta altura empezamos ya a meternos en los que se pueden llamar **los límites de la ciencia**, porque empezamos a hablar de trasplantes de células madres del cordón umbilical de un hermano seleccionado genéticamente, y concebido con el objetivo de posibilitar una terapia de este tipo para su hermano enfermo, y empezamos a hablar de lo que se llama “el bebe medicamento”.

También empezamos a hablar del **diagnóstico genético preimplantacional**, que consiste en una selección genética de embriones para evitar la transmisión de estas patologías raras. Se está utilizando con éxito en el caso de la enfermedad de los huesos de cristal y en el Sme de Huntington, que era el caso de la enfermedad del Lorenzo de la película que les refería anteriormente.

Aspectos éticos y morales en las enfermedades raras

Después de lo anterior es fácil ver que ya transitamos los terrenos pantanosos de la ciencia, y entramos de lleno en lo que pueden ser los aspectos éticos y morales de las enfermedades raras.

Hoy día parece que el autismo podría detectarse en el feto, ya que investigadores británicos relacionaron la aparición de este desorden con la presencia de altos niveles de testosterona en el líquido amniótico de las mujeres embarazadas. Pero paralelamente ya se empieza a hablar de abrir un debate para ver si en este caso se justificaría también el aborto.

En la edición del 12/08/09 del Correo de Andalucía, apareció un artículo con un gran titular diciendo que el Vaticano cargaba contra el “Bebé Medicamento” del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, porque el Vaticano, al igual que la Conferencia Episcopal se habían pronunciado en contra de la experiencia que se estaba llevando allí de seleccionar el chico, considerando al diagnóstico genético como no ético.

Y también recientemente en agosto del 2010, la revista Jano publicó un artículo sobre la paralización judicial de la investigación pública con células madre en EE.UU. Esto se debía a que el juez de distrito Royce Lamberth emitió el mandato tras determinar que la demanda presentada por dos médicos tenía posibilidades de tener éxito, debido a que la ley estadounidense bloqueaba la financiación federal para investigaciones sobre células madre embrionarias que implicaran destruir embriones humanos. Rápidamente salieron las autoridades americanas a decir que apelarían esa orden de paralización, y días más tarde la Corte Federal de Apelación de Washington suspendió temporalmente la prohibición de financiación pública de esta investigación.

Y hay quien dice que con este tipo de experimentos nos estamos acercando un poco a lo que escribiera Aldous Huxley en el año 1932 en su célebre libro *Un mundo feliz*, a tal punto que cabría preguntarse si en realidad es una hipótesis o una realidad futura.

No obstante, después de todo esto que acabo de contar, nos encontramos a veces con dos preguntas: una muy humana y otra muy perversa. Porque cuando hablamos de Ética o de otra cosa, la pregunta típica del padre es “¿Mi hijo se muere y usted me va a hablar a mí de la ética de los investigadores?” Y la pregunta que siempre queda en el ámbito administrativo o la pregunta del típico funcionario español, y en este caso cito “español” para

evitarme problemas, que en uno de estos casos le pregunta al padre “¿Usted sabe cuánto cuesta el medicamento que necesita su hijo?”... y la respuesta del padre es decirle que le da igual, si no es que antes lo estampa de un puñetazo, porque él lo único que quiere es que su hijo no muera por culpa de la burocracia, como vimos en un ejemplo real que conté anteriormente.

Reflexiones finales

La primera de ellas es que la investigación de estas patologías no debe considerarse un gasto sanitario sino una inversión en salud, y debe hacerse urgentemente por justicia social.

Las enfermedades raras son tarea de todos. Y entre todos debemos conseguir, como primer objetivo, que los enfermos recuperen la esperanza y la confianza perdida.

Los gobiernos deben dejarse de promesas y dotar fondos suficientes para potenciar la investigación, prevención, diagnóstico y tratamiento de estas patologías.

La industria farmacéutica debe dedicar los máximos esfuerzos a encontrar soluciones para estos enfermos porque son personas.

Es necesario establecer un debate social objetivo sobre las enfermedades raras, ya que la legislación debe establecer límites claros a la investigación.

Es necesario unificar los criterios de la utilización de medicamentos huérfanos para que ningún enfermo se vea discriminado por causas burocráticas.

Y sobre todo una última reflexión, que es la que siempre hago cuando doy esta ponencia, es que no podemos olvidar que detrás de las frías estadísticas y de las cifras, se encuentra siempre la persona, y si nos sirve, hay que pensar que podría habernos tocado a uno de nosotros.

Bueno, me despido aquí, con un fuerte abrazo de todos los compañeros de España y la reiteración de mi agradecimiento por el honor que me han conferido al convocarme. Les dejo mi correo electrónico y la dirección de la página web de la Federación Española por si lo llegan a necesitar.



manuelperez@redfarma.org
www.enfermedades-raras.org

Una experiencia académica sobre medicamentos huérfanos desde la Universidad de Córdoba

Dra. María Rosa Mazzieri

Introducción

Muchas gracias al Dr. Carlos Vassallo por convocarme para participar de esta Mesa, y como han dicho al inicio en mi presentación, vengo de la “academia”, aunque a veces no sé si eso no es un estigma. Quisiera establecer primeramente algunas coincidencias con la presentación tan brillante que acaba de ofrecernos el Dr. Manuel Pérez Fernández.

Una es el apasionamiento por el tema, que como suele pasar fue haciendo algo que hacemos los académicos, o sea dando clases. Como profesora e investigadora del Departamento de Farmacia de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Córdoba, tuve la necesidad de preparar el tema de medicamentos huérfanos para los estudiantes de Farmacia. Y fue un tema que me movilizó mucho y me motivó especialmente, no sólo a nivel personal, sino para ver qué podía hacer como profesora e investigadora, que era para lo que estaba formada, ya que había aprendido a hacer muy pocas cosas en lo profesional que no fuera enseñar e investigar.

Lo primero que se me ocurrió pensar además de dar clases, porque los investigadores siempre nos estamos preguntando y cuestionando, fue qué pasaba en la ciudad de Córdoba con los medicamentos huérfanos. Entonces decidí salir de mi laboratorio e ir al terreno para preguntar si había medicamentos huérfanos en la ciudad de Córdoba. Esto significó sentarme en las salas de los hospitales a esperar que los médicos tuvieran un ratito para contestarme esta pregunta, fue hace 10 años, y a partir de ahí me fue imposible separarme del tema, porque además descubrí que sorprendentemente, había muchos medicamentos huérfanos.

Por supuesto había leído y estudiado toda la literatura científica que encontré sobre el tema, aunque debo decir que en español había muy poco, tanto a nivel de investigaciones como de trabajos de divulgación, en Argentina concretamente, por supuesto no había nada. Así que mi información inicial fue ver qué se hacía o cómo se abordaba el tema en otros países, pero siempre quise comparar y contrastarlo con nuestra realidad, y preguntarme si lo que hacen o dicen en otros países nos podría servir a nosotros. Como siempre sucede cuando queremos extrapolar soluciones que se dan a determinados problemas en otros países, seguramente podemos rescatar muchas cosas que son transferibles o trasladables, y muchas cosas que no lo son. Entonces ese fue el gran desafío que me planteé, y al que se sumó un grupo de colaboradores muy importante.

Una investigación académica de medicamentos huérfanos en Córdoba

El escenario en que me muevo es la academia, y es también donde me gustaría seguir moviéndome, por eso quise aportar desde la academia usando la fortalezas y las posibilidades que puede dar. Y es fundamentalmente el tener experiencia en investigación, experiencia en transmitir conocimiento, experiencia en generarlo, y eventual-

mente en función de ese conocimiento generado y si uno está comprometido con un problema social, a través de la función de extensión de la universidad puede tratar de resolver un problema particular.

Ese fue el gran desafío en que nos involucramos el grupo de trabajo de jóvenes y entusiastas colaboradores que me acompañan, y yo. Eso significó que teníamos que incluir el tema en proyectos de investigación y hacer formación de recursos humanos sobre el mismo, conseguir subsidios y dar clases del tema a los alumnos.

Cuando me embarqué en este desafío, sentí que era imposible manejar el tema exclusivamente desde lo químico y tecnológico, aunque eso era lo que me surgió más fácilmente en un comienzo. Al principio y después del relevamiento que hice en el medio con los farmacéuticos, los médicos y las enfermeras de los hospitales de la ciudad de Córdoba, había descubierto una lista de medicamentos que no estaban, y me pregunté si el hecho de que no estuvieran no implicaba que eran huérfanos. En el mundo de los países ricos se decía que si eran huérfanos eran para enfermedades raras, y me dije ¿Qué son las enfermedades raras? Las poco prevalentes, o sea que hay pocos pacientes que las padecen. Y entonces son medicamentos huérfanos porque la industria no los quiere fabricar y no los quiere investigar. Pero muchas veces está todo, absolutamente todo, investigado. E igual no lo quieren hacer, y había muchos ejemplos de eso.

¿Qué era entonces lo que podíamos hacer en el laboratorio, desde lo que nos permite la academia y sus límites legales y éticos? Propuse hacer dos desarrollos a nivel de medicamentos: uno era para una enfermedad rara, en este caso la **porfiria aguda intermitente**. Hay dos laboratorios en el mundo que fabrican dos medicamentos para esta enfermedad: uno es Orphan Europe que es un laboratorio europeo que desarrolla y distribuye medicamentos huérfanos para el tratamiento de enfermedades raras, y el otro era en ese momento Abbott en EEUU. Pero ninguno de los dos medicamentos estaba disponible en Argentina.

Vimos cómo se elaboraba y cómo se conseguía el principio activo, y esto parecía sencillo, pero si un paciente quería conseguir acá el medicamento que elaboraba Orphan Europe lo tenía que importar a través del recurso de la vía compasiva, y le salía U\$S2000 el tratamiento puesto en el puerto europeo, y después además había que ocuparse del traslado. Ese desarrollo se elaboró como un similar, no llevó mucho tiempo poner a punto toda la elaboración del medicamento porque tuvimos el apoyo del Laboratorio de Hemoderivados, ya que el principio activo se extrae de glóbulos rojos. El Laboratorio de Hemoderivados es un laboratorio de alto prestigio, aprobado por ANMAT, que trabaja de acuerdo a las normas de Buenas Prácticas de Fabricación aceptadas a nivel internacional, y que es un laboratorio de producción pública de la Universidad Nacional de Córdoba.

Finalmente se logra transferir ese desarrollo a este laboratorio después de 10 años de perseverancia y lucha. Y estamos hablando del modo más sencillo de hacer una propuesta desde la academia a la sociedad, a través de transferir un desarrollo totalmente cerradito, que lo único que hay que hacer es escalarlo a nivel de una empresa elaboradora, en un escalado que no tiene una gran diferencia con el laboratorio porque los pacientes son muy poquitos, así que no estamos hablando de elaboraciones de miles de unidades ni por casualidad.

Voy a festejar el día que el medicamento esté disponible y accesible para un paciente con porfiria aguda intermitente, que cuando necesita la hematina es porque está en una etapa crítica y en pocos días empieza con una cuadriplejía que si no es tratada termina con la muerte, porque es así de sencillo, y de hecho es una enfermedad rara.

¿Qué otra cosa vi en esa larga lista de medicamentos a los que no tenían a disponibilidad los pacientes?

Por ejemplo el **Ácido para-aminosalicílico**, un viejo medicamento utilizado para tratar la tuberculosis, que si bien como opción primaria no es el adecuado, es imprescindible para los pacientes que tienen tuberculosis multi-

farmacorresistente. Se trata de un viejo medicamento muy conocido y que tiene todas las etapas de investigación superadas, en Argentina sólo lo elaboran los talleres protegidos de la Municipalidad de Buenos Aires, razón por la cual sólo los pacientes de la Ciudad de Buenos Aires pueden acceder a esto, pero para el resto de los pacientes como entra dentro de los medicamentos que provee el Programa Nacional de la Tuberculosis, tiene que ser importado. Y por esta razón a veces está y hay una buena provisión, y otras veces no la hay y no está disponible.

Hacer ácido para-aminosalicílico es una cosa muy sencilla y es incluso un principio activo muy barato, el problema es que la única forma a la que tenían acceso los pacientes aquí era una forma que traía muchas complicaciones al momento de la administración. Se propuso entonces una nueva forma farmacéutica de administración mucho más amigable. Todavía estamos en la búsqueda de un padre para este desarrollo tecnológico.

Reflexiones sobre el tema

Entonces aparecen algunas reflexiones y preguntas que nos hacemos. La tuberculosis multifarmacorresistente no entra dentro de las enfermedades metabólicas, y no entra aparentemente dentro de las enfermedades raras. Ahora, ¿por qué no entra dentro de las enfermedades raras? ¿Porque es infecciosa y no es metabólica? ¿O no entra porque afecta a los países pobres? Son preguntas que me hago. Como decía al comienzo, si una enfermedad rara es una enfermedad de muy baja prevalencia, en EEUU y en Europa ésta es una enfermedad rara, pero no entra dentro de las políticas de enfermedades raras. Como así también son raras la malaria, el chagas, el dengue, todas son raras en Europa o en EEUU, donde tienen leyes que promueven que la industria se ocupe de elaborar medicamentos para enfermedades raras, pero no para estas raras, que entonces no son raras mundialmente.

En algunos países si vamos a usar el término prevalencia para definir una enfermedad rara, estas enfermedades son raras en donde definen enfermedades raras, pero no son raras en países donde no tienen leyes de medicamentos huérfanos porque están afectando a miles de millones de personas.

Entonces qué hicimos, me voy a poner dentro del conjunto de los habitantes del mundo, inventamos una nueva definición: esas son **enfermedades olvidadas o desatendidas**. No son raras, encajarían perfectamente dentro de la definición de bajas prevalencias en los países que tienen la definición de bajas prevalencias, pero no encajan dentro de la definición de bajas prevalencias en los países donde esas enfermedades matan a millones de personas. Y entonces se les inventa un nuevo nombre.

Cuando uno sigue haciendo este análisis, así puede seguir, seguir y seguir, y cada vez se llena más de preguntas y se llena más de incongruencias. Entonces dijimos en un momento: “Basta deshagámonos de todos estos eufemismos. ¿Quiénes son los huérfanos? Los huérfanos son los pacientes, esos son los huérfanos. Qué importa si son pocos o son muchos, el hecho concreto es que no tienen medicamento. **Ese tiene que ser el medicamento huérfano: el que no está disponible para los pacientes, no importa cuántos sean.** Ésta es una de las hipótesis que plantea una de las tesis que dirijo en el grupo de investigación, usando estudios farmacoepidemiológicos. Es tanta la cantidad, ustedes empiezan a encontrar las palabras medicamentos catástrofes, medicamentos vitales no disponibles, medicamentos para enfermedades olvidadas, para las de baja prevalencias, y para las raras.

Entonces quiero establecer aquí la segunda coincidencia con la presentación de Manuel Pérez Fernández, y es que no olvidemos que estamos hablando de seres humanos, y de seres humanos que tienen un problema con su salud, lo cual significa que son pacientes. Y estos son los huérfanos, y creo que la universalidad en las políticas tiene que estar dirigida a ellos, y que lo que defina a un medicamento huérfano sea aquello que vincule directamente el medicamento con el paciente que no lo tiene.

Eso es lo que creo que debe universalizarse. Las definiciones se podrían universalizar, es terriblemente complicado meterse en definiciones, cada vez que nosotros quisimos plantear una hipótesis de trabajo para encarar un proyecto de investigación, esa definición se caía a pedazos cuando encontrábamos los resultados de la investigación. Porque el punto es así. Bienvenidos sean todos los esfuerzos que está haciendo todo el mundo que quiera involucrarse en el tema de las enfermedades raras y los medicamentos huérfanos, partiendo de la definición que le guste, porque seguramente va a hacer algo, como dice la hermana Teresa de Calcuta, considerada universalmente una persona que fue ejemplo de abnegación, de generosidad y de servicio a la sociedad, pero que solamente atendió a los indios.

Entonces acá es más o menos lo mismo, y hay algo que me preocupa: las leyes de medicamentos huérfanos tuvieron un gran impacto y sigue teniendo un gran impacto, el tema es que logran con acciones promovidas a través de los medicamentos que algunas empresas se comprometan con la puesta en el mercado de algunos medicamentos para enfermedades raras. Para las enfermedades de los pobres, olvidadas, desatendidas, muchas veces infecciosas, muchas veces parasitarias y muchas veces de los países tropicales, todos adjetivos calificativos existentes para diferenciarlas de las raras, que no son raras en Europa, las acciones tienen que estar promovidas a otro nivel. Entonces si nosotros los argentinos queremos hacer algo por nuestros pacientes huérfanos, tenemos que tener mucho cuidado de no usar una definición que sirve, ex profeso, a países cuyas realidades son completamente diferentes. Es muy útil que aprendamos de la experiencia, porque sirve, y sirve mucho, y algunas de estas experiencias por extrapolación nos han servido a nosotros.

Quiero contar aquí un caso de un medicamento, porque dentro de los muchos estudios farmacoepidemiológicos que hicimos, quisimos hacer uno de comparación de precios. Hay un medicamento llamado riluzol que se usa para una de las enfermedades que ha mencionado acá Manuel en su exposición, para tratar la Esclerosis Lateral Amiotrófica. El costo anual de este tratamiento para un europeo, porque el riluzol tiene el status de medicamento huérfano en la Comunidad Europea, es equivalente a la mitad de su salario promedio anual. Por su lado, un argentino necesita dos salarios y medio promedio anual para hacer frente al mismísimo tratamiento con el mismísimo medicamento y producido por el mismísimo laboratorio. Entonces no pueden extrapolarse ciegamente las realidades, y necesariamente no pueden globalizarse las definiciones ni las experiencias.

Puedo seguir contando muchos más resultados de nuestras investigaciones, tanto farmacoepidemiológicas como farmacoquímicas y tecnológicas, en el campo de los medicamentos huérfanos. La industria farmacéutica sí suele interesarse y cada vez se interesa más, el crecimiento en medicamentos huérfanos aprobados ha ido exponencialmente en aumento, porque han logrado establecer en el mundo de los países ricos que un medicamento huérfano **tiene** que ser caro. Pero nadie, ninguno, quiere ponerse en la mesa donde tendríamos que estar todos sentados. Ellos mismos dicen que nos tendríamos que sentar en una mesa que tiene cuatro patas: la academia, la industria farmacéutica, los gobiernos y los pacientes, pero cada una de las negociaciones que establecen no son entre cuatro, sino que siempre son con las combinaciones que les gusten.

A la academia los de la industria nos presionan para que investiguemos en enfermedades raras, pero yo les podría asegurar que si se hace una búsqueda bibliográfica de lo que ha aportado la academia en investigación básica para muchos diagnósticos y medicamentos de enfermedades raras, es muchísimo. Esto se lo puedo probar con evidencias científicas, y se trata de investigaciones de campo, no les estoy hablando de tubitos en un laboratorio sino de investigaciones de campo hechas en los hospitales de la Ciudad de Córdoba. Podemos probar que hay medicamentos archiconocidos y no les interesa, hay medicamentos que están aprobados por ANMAT, lo cual es decir que la autoridad sanitaria ha creído que era importante tenerlos en disponibilidad en Argentina, pero muchos de esos medicamentos cuando uno los detecta en el campo como no disponibles y va a consultar a ANMAT, ve que están aprobados. ¿Entonces por qué no están disponibles? Y allí ya tiene que consultar a la industria farma-

céutica, porque no hay información acerca de por qué no están disponibles. Hay que llamar a cada uno de los laboratorios autorizados, para encontrarse con la noticia de que no los están elaborando. ¿Y por qué? Bueno, hay muchas razones de por qué, pero lo que importa es que el paciente está huérfano de ese medicamento, y él es el que importa, y ahí es donde todos los discursos no cierran.

Para concluir, quiero remarcar que es importante que se pongan en la mesa muchos expertos y estudiosos involucrados en el tema, para resolverlo. Y no son solamente los pacientes huérfanos, fíjense que cada dos por tres encuentran en los informativos padres que están haciendo campañas porque necesitan la donación de órganos, y son pacientes huérfanos, eso es lo que importa. Hay que tener mucho cuidado con importar leyes que no se aplicarían a nuestra sociedad o a nuestra realidad, sin hacer o cometer un acto de injusticia muy grande con todos nuestros pacientes huérfanos.

Enfermedades olvidadas

Dr. Sergio Sosa Estani

Introducción

Agradezco a los organizadores de estas Jornadas por tener esta oportunidad de compartir temas y experiencias, como decían esta mañana, con otro sector fundamental en lo que hace al área de atención de la salud, y confieso que si bien no se trata hoy de un público al que normalmente estoy acostumbrado a hablar, resulta claro que es un área absolutamente estratégica, como ya se vino manifestando desde las presentaciones desde esta mañana. Y es para mí un gran placer estar compartiendo la Mesa y haber conocido en el día de hoy a los Dres. Manuel Pérez Fernández y María Rosa Mazzieri.

Y en tren de confesiones, les cuento que en realidad me vine muy ajustado al término o al rol de comentarista, y hoy durante el almuerzo conversamos con Manuel y María Rosa un poco más sobre el desarrollo de la Mesa y ahí me surgió la necesidad de preparar algunas pocas diapositivas para hacer un abordaje un poco más desde la experiencia personal. Esto resultó en un popurrí de cosas que rescaté, un poco para ejemplificar y tratar de hacer un puente entre enfermedades raras, enfermedades huérfanas y enfermedades olvidadas, y básicamente voy a utilizar en alguna de las diapositivas un documento de la OPS donde se trata de abordar esta problemática en la Región, que es un documento que estuvieron trabajando desde el 2009, cuyo título es “Perfiles Epidemiológicos Provisorios de Enfermedades Olvidadas y otras infecciones relacionadas a la pobreza en América Latina y el Caribe”.

Manuel Fernández ya presentó definiciones de la EURORDIS, y en mi caso he rescatado estos tres conceptos: Enfermedades Raras, Enfermedades Olvidadas y Enfermedades Huérfanas.

En las **Enfermedades Raras**, como muy bien describió él, el concepto fundamental está basado en la baja prevalencia, que es la principal característica.

En cuanto al concepto de **Enfermedades Olvidadas**, por definición suelen ser generalmente transmisibles y suelen tener una prevalencia más alta en países en desarrollo, pero la característica fundamental es que faltan

medicamentos, y la falta de medicamentos es esencialmente por falta de la producción y de interés por parte de la industria, como ya fue dicho en varias oportunidades.

Y el concepto de **Enfermedades Huérfanas** que en realidad le cabe tanto a enfermedades de alta o baja prevalencia que no tienen medicamentos, es que además suelen estar asociadas con una falta de políticas de salud para la búsqueda de su resolución. Aquí también hay falta de interés de la industria y su atención se da en el ámbito de la salud pública.

Enfermedades olvidadas en la región de América Latina y el Caribe

A través de este documento de la OPS se pueden ejemplificar algunos abordajes, y ver qué tipo de eventos son los que afectan a las patologías abarcadas por este concepto de enfermedades olvidadas, que es parte del título o la temática de esta Mesa: Enfermedades Raras y Enfermedades Olvidadas. Con la intención entonces de aportar algo más sobre estas últimas, digamos que la OPS definió **dos dimensiones geográficas a la problemática de las Enfermedades Olvidadas:**

- Un conjunto de enfermedades que están muy localizadas, digamos en pequeños espacios geográficos, y que son analizadas a un primer nivel subnacional, como son la filariasis linfática, la oncocercosis o Ceguera de los ríos, la esquistosomiasis, el tracoma y la rabia humana transmitida por perros.
- Otro conjunto de enfermedades que pueden llegar a afectar a todo un país, y son analizadas entonces a nivel país, como los parásitos intestinales o helmintiasis transmitidas por el suelo, la Enfermedad de Chagas, la lepra, la sífilis congénita y el tétanos neonatal.

Y como un ejercicio al mencionar este conjunto de enfermedades, pensemos rápidamente cuántas opciones de tratamientos tenemos para todas ellas. O podemos ir a otra variable y ver qué edad tienen los medicamentos. Pongamos un ejemplo al cual estoy más aproximado que es el de la Enfermedad de Chagas, y allí tenemos un medicamento desarrollado en los '50 como el Nifurtimox, y en los '60 otro que es el Benznidasol. El Nifurtimox es colocado en el mercado a fines de los '70 y a principios de los '80 lo es el Benznidasol. Y desde entonces estamos con estos dos medicamentos, que por cierto son útiles, porque hoy y desde siempre es mandatorio su uso para tratar a todo paciente con fase aguda de la infección por *Tripanosoma Cruzi*, pero también es mandatorio tratar a todo paciente en fase crónica que tenga 15 años de evolución de su infección, es decir lo mismo hasta los 15 años de edad.

Y esto no es tan nuevo, tiene unos 15 años y luego veremos que hemos hecho investigaciones clínicas en su momento con el objetivo de buscar nuevas prescripciones de viejos medicamentos, es decir alguna estrategia alternativa para ir tratando de dar posibilidades de soluciones al acceso para que esta población reciba tratamientos.

La siguiente tabla muestra este conjunto de enfermedades y en la última línea muestra Argentina, simplemente para posicionarnos en este grupo de enfermedades. Puede observarse que para Argentina están marcadas las parasitosis intestinales, el Chagas, la lepra, el tétanos neonatal y la sífilis congénita.

Distribución de las Enfermedades Olvidadas en la Región

Country	Disease									
	Lymphatic filariasis	Onchocerciasis	Schistosomiasis	Trachoma	Soil-transmitted helminths	Human rabies transmitted by dogs	Chagas Disease	Leprosy	Neonatal tetanus	Congenital syphilis
<i>Total number of countries in which the diseases are present in Latin America and the Caribbean</i>	4	6	4	3	All	10	21	25	16	25
Anguilla	-	-	-	-	X	-	-	-	-	...
Antigua and Barbuda	-	-	-	-	X	-	-	-	-	...
Argentina	-	-	-	-	X	-	X	X	X	X

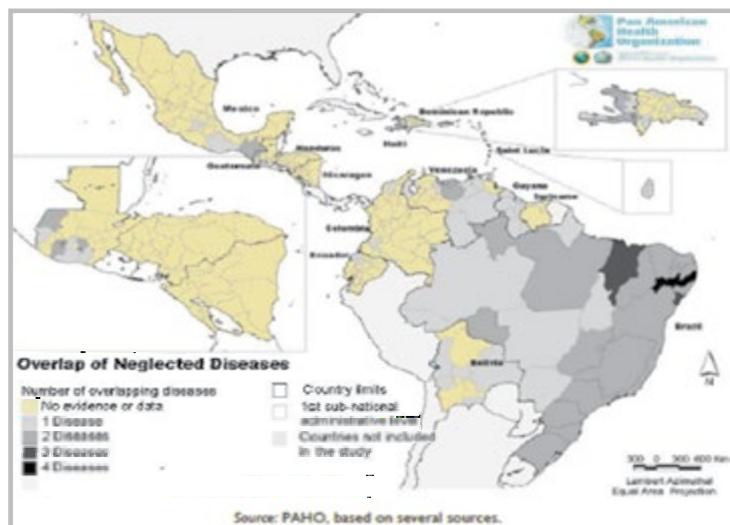
Fuente: OPS, 2009.

Son 230 millones de personas que viven en áreas donde existen entre una o hasta cinco de estas enfermedades que mencionamos antes, o sea los parásitos intestinales o helmintiasis transmitidas por el suelo, la Enfermedad de Chagas, la lepra, la sífilis congénita y el tétanos neonatal. Y quiero decir que coincido plenamente con lo que se dijo de que cuando hablamos de millones esto es la sumatoria de a uno, y que hay que pensar siempre que efectivamente son personas, y coincido también con que los olvidados, más que las enfermedades, muchas veces son los pacientes.

Mostramos en el siguiente cuadro la distribución apenas para ilustrar o visualizar la situación, particularmente la superposición de enfermedades en los distintos países de América Latina y el Caribe.

Lo más oscuro es adonde hay hasta cinco de estas enfermedades seleccionadas en un mismo lugar. Es decir que tenemos en nuestra Región, en nuestra Latinoamérica, lugares tan críticos que tienen cinco de estas enfermedades superpuestas, de alta prevalencia y con pocas o casi nulas opciones terapéuticas.

Superposición de enfermedades olvidadas en la Región de las Américas Enfermedades superpuestas presentes en los países a un primer nivel subnacional en América Latina y el Caribe



Fuente: OMS, basado en varias fuentes.

Si miramos la situación en América Latina y el Caribe, el panorama es más o menos el siguiente:

- 127 millones de personas viviendo en condiciones de pobreza, con un ingreso de menos de U\$2 por día.
- 50 millones en extrema pobreza, con un ingreso diario de U\$1 o menos.
- Grupos vulnerables viviendo en áreas pobres, como comunidades aborígenes o comunidades de bajos recursos, habitantes rurales, ancianos y mujeres y niños empobrecidos.

O sea que es mucha la población que se encuentra en estas condiciones de alta vulnerabilidad. Y aquí quiero enlazar esto con un concepto que recién comentó Manuel Pérez Fernández, cuando mencionó como una característica de las enfermedades raras la baja frecuencia. Él mostró muchos ejemplos y demostró que pese a la baja frecuencia no obstante en conjunto eran muchos miles y hasta millones de personas si se lo miraba a nivel mundial, y que también señaló que en general necesitan de la alta complejidad médica para ser diagnosticados y también en la mayoría de los casos para tener los tratamientos adecuados. Y por supuesto muchos casos además deben estar viviendo en estas áreas pobres donde con bastante seguridad no están siendo diagnosticadas.

Pero en el caso de las enfermedades olvidadas de las que estamos hablando ahora, resulta claro que sí hay desarrollos tecnológicos que nos permiten tanto el diagnóstico como el tratamiento, y que éstos en muchos casos pueden ser utilizados en el primer nivel de atención. Podemos decir que hoy las nuevas tecnologías y estrategias y la mejora de la infraestructura de los servicios de salud, particularmente el creciente apoyo a la atención primaria, hacen que su control y su eventual eliminación sean posibles y se pueda mejorar el escenario actual.

Quería hablarles de una **iniciativa** cuyas siglas son **DND**, que en inglés corresponde a **Drugs for Neglected Diseases**, o sea en castellano **Iniciativa de Medicamentos para Enfermedades Olvidadas**, que podemos en principio considerar como un modelo entre otros tantos modelos. Porque es cierto que la industria es una empresa, y como empresa tiene que ganar y esa es la primera ecuación que hace. Pero sin embargo hay otros actores, e incluso la propia industria cuando adopta la decisión de invertir con responsabilidad social empresaria y no sólo por ganancia, o bien el Estado que cuando asume la posibilidad puede actuar en este campo. Hay ya muchísimos ejemplos en la propia Argentina donde se están planteando políticas estratégicas de desarrollo, políticas públicas de medicamentos o diferentes estrategias que mejoren esta posibilidad.

Éste es un modelo que va mas allá de un país y que es un consorcio internacional donde hay tres países, India, Brasil y Malasia, que se han unido en esta Iniciativa para el desarrollo de drogas para Enfermedades Olvidadas, de modo tal que invierten como Estados. Por otro lado, la OMS actúa como observadora y hay otra organización internacional también como observadora.

¿Qué es lo que hace esta organización? Busca cuáles son los problemas e identifica las necesidades, y sus **objetivos principales** son los siguientes:

- Desarrollar para el 2014 entre **6 a 8 nuevos tratamientos o medicamentos** para la Enfermedad del sueño, el Chagas, la leishmaniasis y la malaria. Ya ha desarrollado 5, 2 para paludismo y 3 para la Enfermedad del sueño. Y la próxima etapa sigue con la Enfermedad del sueño, la Enfermedad de Chagas, la leishmaniasis y la malaria.

Para ello lo que hace es identificar cuál es el foco a resolver, buscar en la academia o las universidades y hacer un mapeo para ver cuál es el grupo que mejor está desarrollando. Y cuando encuentra una base de conocimiento científico adquirido, muchas veces en la academia pública, porque es el sector académico público el que generalmente hace investigaciones de esta línea, entonces va y busca un socio en la industria farmacéutica, lo interesa y lo convence de mil maneras porque son ellos los que se dedican a hacer eso y tienen todo el componente necesario. Cuando lo consiguen hacen esa sociedad de la academia con la industria farmacéutica

para lograr un objetivo, y como dijimos ya lograron 5 medicamentos desde el 2004, y van por este objetivo de 6 a 8 medicamentos para este grupo de enfermedades para el 2014.

- **Establecer una robusta línea de I&D (pipeline) y ensayos clínicos de nuevas drogas de este tipo para futuras necesidades.**
- **Usar y fortalecer la capacidad existente en los países donde este tipo de enfermedades son endémicas.**
- **Crear responsabilidad pública y respaldo social para la búsqueda de tratamientos y soluciones para estas Enfermedades Olvidadas.**

Estrategias y nuevos escenarios

Hay nuevos escenarios, con una actitud del conjunto de actores y el Estado que crea una luz de esperanza de poder dar respuesta al problema de las Enfermedades Olvidadas. Y por supuesto se necesita mucha gestión porque hay mucho para hacer, y se necesitan muchos quijotes como Manuel Pérez Fernández porque es necesario gestionar y pelear para que estos otros actores más corporativos tengan la posibilidad de realmente concretar los objetivos. Es mucho lo que hay que remar.

Si bien hay muchas estrategias para conseguir nuevos medicamentos, traje acá solamente **algunas que se están discutiendo para conseguir medicamentos para tratar la infección por *Tripanosoma Cruzi* en la Enfermedad del Chagas:**

- **Nuevos esquemas / Nuevas prescripciones (por ej. Proyecto BENEFIT. Eficacia de Bz en pacientes con enfermedad cardíaca)** O sea que uno puede tomar los medicamentos viejos y probar nuevos esquemas y de hecho esto se está realizando justamente en este Proyecto Benefit, que está ensayando el uso del Benznidazol, la vieja droga, para ver si es eficaz en la prevención de la morbimortalidad. Participamos Argentina, Brasil, Colombia, Bolivia y El Salvador.
- **Fórmula pediátrica** (i.e. comprimidos solubles y suspensión-LAFEPE-DNDi, UNR). Ésta es una gran brecha en el tratamiento del Chagas, porque hay 15 mil chicos en Latinoamérica, y 1.500 chicos en Argentina nacen con Chagas congénito, y hay que estar triturando el comprimido para poder tratar los neonatos, con todas las dificultades que ello significa. Afortunadamente ya se desarrolló un comprimido que se comienza a ensayar en Argentina este año, un comprimido con concentración pediátrica de Benznidazol, que si bien no elimina completamente la necesidad, facilita y da mayor precisión al tratamiento. También hay un desarrollo del Benznidazol en suspensión, o sea que algunas alternativas van apareciendo.
- **Drogas registradas para otros medicamentos con acción anti -T. cruzi** (por ej. Posaconazole, Itraconazol (antimicótico), Bisfosfonatos (osteoporosis), Miltefosine (antineoplásico, antiprotozoario), Clomipramina (antidepresivo), Anfo Liposomal (antimicótico, antiprotozoario). Dentro de este grupo hay dos, una pro droga y una que ya existe como antimicótico que están por empezar a ser ensayados.
- **Evaluación de combinaciones (por ej. Combinación de componentes registrados** (Benznidazole/ Nifurtimox) con drogas con demostrada acción tripanocida). En Brasil están ensayando una combinación donde uno puede bajar las dosis de los medicamentos viejos.
- **Evaluación de bibliotecas de compuestos** (por ej. Furazolidona, Clemastine).
- **Desarrollo de una nueva droga específica** (por ej. inhibidor de la trans-sialidasa, cistein proteinasa, trypanotion reductasa y otras). Es decir que todavía seguimos con los viejos medicamentos pero también dentro de las estrategias posibles está la expectativa de conseguir nuevas drogas.

Reflexiones finales

Quiero concluir volviendo a los que decía Manuel Pérez Fernández, cuando se refería dejar de hablar de cifras, estadísticas y millones y volver a las personas, y tomar una frase que cité en una reunión en Nueva York donde esta Iniciativa de DND reúne a muchas personas, para convencer y ver el giro que iban a imprimir y hacia dónde dirigían la nueva línea de atención del Consorcio.

Tuve allí el privilegio de ser invitado para hablar de Chagas, y terminé la presentación diciendo que para esta problemática hay que trabajar rápido porque es mucha la gente, son muchas las personas que están esperando. La imagen que muestro aquí no es Brasil ni India, sino que es Formosa, el centro de Formosa. Son mujeres y niños de la comunidad Wichi y esperan por nosotros. Esperan que investiguemos porque ahora podemos investigar y obtener la herramienta, y luego necesitamos gestionar para que esa herramienta que conseguimos investigar con mucho sacrificio, el nivel político decida implementarla, porque si no se implementa por salud pública, este tipo de atención es complicada. Entonces hay que hacer la gestión y el político tiene que tomar la decisión de usarlo. Pero aunque el político tome la decisión de usarlo, si el efector, o sea el equipo de salud no actúa, no vamos a obtener los resultados buscados y esperados.



Tenemos que trabajar más rápido... Los pacientes están esperando. Están esperando para que el investigador investigue, para que el político decida, y para que los trabajadores de la salud actuemos.

Voy a poner un ejemplo acaso arriesgado y que no sé si corresponde, pero más ligado a los farmacéuticos: Si no ponen el medicamento en la góndola, de nada va servir que hayamos investigado, ni vamos a obtener lo que hubiéramos obtenido cuando el poder político haya decidido que en Chagas se debe diagnosticar todo niño hasta los 15 años de edad. Porque si bien la brecha del diagnóstico no es mala, la del tratamiento es terrible, y estamos trabajando para reducirla.

Estoy hablando en realidad, desde el camino andado como investigador del CONICET y de una institución pública, y a partir de un nuevo desafío con el que me han honrado en esta oportunidad, de crear una Dirección en el Ministerio de Salud de la Nación de Enfermedades transmisibles por vectores. Y quiero concluir diciendo que no es fácil, porque luego de haber investigado y de haber encontrado algunas alternativas, y de haber convencido a los políticos de que eso se tenía que hacer, ahora viene la batalla terrible para concretar esa última frase: que los efectores de salud actuemos.

Quería compartir estos conceptos, porque sinceramente creo que sean pocos o sean muchos los casos, como hemos dicho todos en la Mesa, son personas. Y aunque sea una sola, para esa persona hay que trabajar.

Preguntas y comentarios

Dr. M. Pérez Fernández: Quisiera hacer una pequeña intervención. Una frase que he oído con mucha frecuencia, es que la industria es una empresa que tiene que ganar. Evidentemente también tiene que haber límites, porque así como no se puede ir por una autopista en España a más de 120 km /h, la industria farmacéutica tiene que tener obligaciones, y éstas deben ser fijadas por los estados. Lo que ocurre es que los políticos no son capaces de establecer esos límites. ¿Y por qué no son capaces? Simplemente porque las campañas electorales en gran parte están financiadas por la industria farmacéutica. Entonces, ¿qué ocurre? Si a la industria farmacéutica se le pone esa cortapisa, esa limitación, pues evidentemente la industria farmacéutica va a fabricar coches o cañones, que más da. Quieren ganar dinero, pero habrá que establecer esos límites claramente.

En segundo lugar, mientras perdamos tiempo en debatir semánticamente no estaremos empleando ese tiempo en buscar soluciones a los dos problemas. Es necesario cierto pragmatismo, porque todo lo que estamos hablando, desde el punto de vista de la investigación y desde el punto de vista de la política, es una tremenda injusticia.

Lo que ocurre es que el ser humano se mueve fundamentalmente por tres fuerzas, y son tres fuerzas correlativas: la primera fuerza es comer, cuando el ser humano no tiene nada por hacer lucha por comer porque tiene que comer para vivir, y ahí le importa muy poco si está sano o está enfermo. Entonces la primera necesidad es comer. La segunda necesidad del ser humano una vez ya que ha comido es saber, necesita conocer el mundo que lo rodea, conocer a los demás, tener conocimiento, porque desde este segundo punto quiere saber si llega al tercero, que es el poder.

Se come, se aprende y se sabe, y se puede, y ya aquí se llega. En el primer punto sin importar nada si se está sano o enfermo, en el segundo punto ya comienza a preocuparse por sanar, que es un poco lo que ocurre con estas enfermedades que comentaba yo, y en el tercer punto cuando se llega ya al poder, lo que se quiere es vivir eternamente, lo que se quiere es llegar a un grado de conocimiento de la enfermedad tal que se pueda vivir más tiempo y vivir mejor. Y ahí ya empiezo a olvidarme un poco del segundo escalón y del primero, porque ya tengo la comida asegurada y el conocimiento también.

Me encuentro muy a gusto en este debate, porque creo que es necesario por parte de los profesionales sanitarios discutir sobre la justicia de la sanidad. He comentado antes lo que decía el profesor Roberts: que el medicamento que cura del todo no es rentable, hemos hablado de la hipocresía de la industria farmacéutica y también de los políticos, porque todos oímos las declaraciones de la Directora de la OMS, Margaret Chan, cuando dijo que toda la humanidad estaba en peligro por la Gripe A. Pero yo no he oído a Margaret Chan decir que la humanidad está en peligro por culpa del Mal de Chagas o por culpa de la malaria por ejemplo, eso no lo ha dicho. Y no lo ha dicho porque no afectaba a los países del Primer Mundo, a los que en cambio sí afecta la Gripe A, porque en este mundo globalizado hay tanto movimiento de personas, virus y contagio, que eso sí le preocupa a la humanidad, el resto no le preocupa.

Como comentamos en la reunión previa, al investigador que está metido en su laboratorio, a la industria farmacéutica o al socio inversor, le importa un comino que la gente en Sudán muera de lo que muera, le da igual. Es más, en Sudán da igual casi todo porque están todavía en el primer escalón del comer.

Eso hace que el mundo se mueva como se mueve, y si bien evidentemente los que tenemos la cabeza sobre los hombros y tenemos algún cargo de responsabilidad no podemos cambiar el mundo, seríamos estúpidos si creyéramos que podemos hacerlo, lo que sí podemos es aportar todos un granito de arena para hacer una montaña que sea capaz al menos de cambiar la dirección. Creo que tenemos un gran reto, y da igual que la patología sea o no muy prevalente, aquí, en China, en Sudán o en Francia, lo importante es que los profesionales sanitarios estemos a la altura de las circunstancias, que es como debe ser.

• **Participante:** Quería preguntar al Dr. Sosa Estani, respecto a lo que comentó que se está realizando en otros países, mencionó el caso de Brasil, si se están haciendo trabajos o acciones similares en Argentina, respecto al Chagas, o como contó la Dra Mazzieri respecto a porfiria o a tuberculosis, u otros males importantes que aquejan a nuestro país.

Dr. S. Sosa Estani: Sí, hay varias iniciativas, y justamente de interacción entre diferentes sectores. Por ejemplo, para hablar en cuanto a visión y desarrollo estratégico, el Ministerio de Salud está discutiendo estrechamente con el Ministerio de Ciencia y Técnica, un ejercicio que se está desarrollando muy satisfactoriamente en estos momentos. Esto se dio cuando el Ministerio de Ciencia y Técnica va y le pregunta al Ministerio de Salud qué es lo que necesita en términos pragmáticos en los próximos 6 años, que pueda traducirse en un producto tangible y en manos de la población, o sea algo accesible para la población. Hubo mesas de discusión y se utilizaron matrices y otras formas de trabajo, y esto le permitió al Ministerio de Ciencia y Técnica en alguna medida, no en todos sus componentes pero sí en algunas líneas de inversión específica, abrir ya a convocatorias para dar una respuesta concreta a estas demandas, que desde el Ministerio de Salud Pública se identificaron como necesarias. Hago este comentario en general, pero de esto hay varios ejemplos puntuales. Y específicamente en relación a políticas de medicamentos hay un grupo que está discutiendo intensamente, por ejemplo en cuanto al desarrollo de medicamentos, de hecho hay varios laboratorios de provincias que tienen producción de medicamentos, en esta línea de medicamentos críticos en el ámbito de salud pública, y particularmente en Enfermedad de Chagas existen varios laboratorios con disposición en este momento. Podemos citar al laboratorio Roche, que ha producido y facilitado esta disponibilidad, ha hecho una transferencia a otro laboratorio, y en este caso fue un laboratorio de Brasil el que lo tomó. Pero hay un permanente intercambio entre los niveles de gobierno dispuestos a hacerlo si fuera necesario, siempre hay un potencial en laboratorios Argentinos para producir. En este sentido creo que por ejemplo la interacción entre Brasil y la Argentina también está haciendo muy rica, he tenido oportunidad de participar en varias discusiones, resta ver si se define, pero por ejemplo ya hay líneas de trabajo para la vacuna de Fiebre Amarilla, ya está firmado el convenio y ya está establecida la inversión. Hay dos productores en el mundo de Vacuna de Fiebre Amarilla, uno de ellos está en Brasil, y se incorpora a la Argentina en esta línea de producción con el Instituto Maiztegui, que pertenece al Ministerio de Salud de la Nación, y éste es un producto para una enfermedad olvidada. O sea que la respuesta es afirmativa.

Juan Rafael Vargas, Universidad de Costa Rica: Dada la restricción de tiempo que nos acaban de comentar, haré un par de preguntas para los dos disertantes argentinos y el disertante español. En Costa Rica ocurre que algunos medicamentos no están disponibles porque son medicamentos que pueden haber estado autorizados por autoridades americanas o por autoridades europeas, pero las autoridades de Costa Rica quieren que se cumplan todos los protocolos locales, y entonces se tardan meses y años llenando papeles. Entonces quería saber si además de los otros problemas que había, si este problema en particular ocurría en el caso de Argentina. La otra pregunta tiene algo que ver con Paraguay y Bolivia, que a diferencia de Argentina y Brasil serían países pequeños, pero donde estos problemas posiblemente son mayores y los laboratorios que podrían dar la solución en este caso serían por ejemplo los argentinos, y allí habría una situación de orfandad que podría darse en la frontera norte de la Argentina.

Y respecto a todo lo que nos comentaba el Dr. Pérez Fernández que sucedió en España con el tema de las enfermedades raras y los Farmacéuticos de Sevilla, como soy un poquitito periodista, me intriga que haya sido el colectivo de los farmacéuticos de Sevilla el que se interesó en este tema, que es un tema por supuesto relacionado, pero no es un tema natural. Es decir por qué fue ese colectivo y no los periodistas o los abogados, y por qué en Sevilla y no los farmacéuticos de Almería o de Madrid por nombrar algunas otras provincias. Ahí debe haber habido una cosa que posiblemente sería interesante conocer, si el tiempo nos lo permite.

Dr. M. Pérez Fernández: Ahí sencillamente lo que hubo fue una sensibilización hacia el problema de algunos pacientes, y que una vez que lo analizamos nos dimos cuenta de que fracasaban siempre por este avance en

dientes de sierra que comentamos al principio. Lo que pasaba era que al detectarse una de estas patologías, se intentaba crear una asociación a través de familiares y allegados a ese enfermo, y la dependencia hacia el enfermo es tremenda. Porque cuando el enfermo fallece o el hijo fallece, la base de datos por ejemplo que tenía esa familia pues se pierde, y se pierden todos los contactos. Entonces por una cuestión sencillamente humana decidimos meternos en este tema, acaso más por lo humano que por el punto de vista o el abordaje profesional de los farmacéuticos. Y la satisfacción ha sido tremenda y el resultado final ha sido fantástico.

Dra. María Rosa Mazzieri: De las preguntas que me hace a mí, voy contestando a la primera que es la que escuché mejor. Respecto a los problemas de medicamentos huérfanos, según la definición que nosotros planteamos como hipótesis, o sea que el problema de medicamentos huérfanos radique en la falta de disponibilidad del medicamento, que ese sea el eje conceptual que incluya a la definición, va a involucrar a medicamentos en muy diferentes situaciones. Una puede ser la de que al no comercializarse en el país, deba recurrirse a las leyes de importación y algunas de ellas traigan inconvenientes, o no. Otra situación puede ser que tengan que usar la vía de uso compasivo, lo cual significa que va a traerse para un solo paciente y va a haber que llenar varios papeles. En general hay buena voluntad de las autoridades para resolver estas situaciones, pero hay muchas otras situaciones que conducen a la no disponibilidad del medicamento y son más sencillas. Muchas veces puede ser que el medicamento esté, pero para su indicación en personas adultas y no en niños, entonces no existe el medicamento con la posibilidad de ser administrado en niños, así esos pacientes de hecho no tienen disponibilidad del medicamento que necesitan. En estos casos hay medicamentos que se están usando para una indicación para la cual no fueron aprobados, que los llamamos Off Label, y es otro problema de disponibilidad de medicamentos. Hay medicamentos que son para enfermedades raras u olvidadas, que entran en los programas oficiales y no obstante muchas veces entran también en los problemas burocráticos incluidos dentro de la vía, o en el ritmo que llevan los papeles en la burocracia gubernamental. Entonces hay muchas situaciones asociadas a la no disponibilidad del medicamento, y a esos casos apuntamos a que se llamen no disponibles. Uno de los decretos del Ministerio de Salud de Argentina felizmente ha usado este criterio, que nosotros propusimos en dos publicaciones en nuestro país, para definir los medicamentos huérfanos en Argentina: la no disponibilidad, esté asociada a la situación que sea.

Dr. S. Sosa Estani: Creo que la segunda parte de la pregunta se refiere a qué posibilidades hay en los casos en que un medicamento de este tipo esté disponible en Argentina, pero no lo esté en los países vecinos con una industria farmacéutica local menos desarrollada, como puede ser el caso de Bolivia o Paraguay, cómo se solucionan los problemas de frontera, y si concretamente desde el Ministerio de Salud de la Nación se está avanzando en cooperaciones internacionales.

Efectivamente, si uno ve la Región y específicamente la región que se denomina Mercosur, que involucra el conjunto de países que se mencionaron, Brasil, Argentina y Chile tienen la mayor capacidad de desarrollo, sin embargo existe una estrecha cooperación de intercambio, siempre respetando las regulaciones. Y uno de los grandes componentes de los grupos de trabajo en el Mercosur son los de regulación, que trabajan para armonizar, y en todo caso para que dentro del marco regulatorio se facilite al máximo posible esta posibilidad de intercambio. Desde nuestro lado como personal técnico, cuando tenemos esta situación de compartir necesidades o de visualizar una necesidad en el país vecino, se hacen gestiones muy rápidas y se resuelve, y el acceso está disponible en situaciones particulares. La OPS ha establecido ahora lo que llaman Fondo Estratégico, tratando de establecer un mecanismo que facilite el acceso justamente a estos medicamentos, que a veces están más disponibles en un país que en otro, y que se tenga una posibilidad de acceso similar, al menos en la región.

- **Participante:** Primero quiero decir que celebro lo que acaba de decir el Dr. Sosa Estani, que Ciencia y Técnica y Salud se están entendiendo y están trabajando por el otorgamiento de subsidios a inves-

tigadores que realmente trabajen para un desarrollo social. Y quería hacerle una pregunta a la Dra. Mazziери, si el medicamento lo está produciendo el laboratorio de Hemoderivados actualmente, porque dijo que se lo había transferido al laboratorio de Hemoderivados. Y también había dicho que cuando hizo sus investigaciones académicas después tuvo que buscar subsidios, y querría saber en ese caso si había recibido subsidios del CONICET o del Ministerio de Salud. Y finalmente si en el caso de ese segundo medicamento, ese segundo desarrollo huérfano, si no sería posible la transferencia a algún otro laboratorio de la red de laboratorios públicos con que contamos en este momento, y que justamente el Ministerio de Salud estaría fomentando.

Dra. M. R. Mazziери: Con respecto a la hematina, la transferencia ha sido realizada hace muy poco tiempo, y el laboratorio inicia ahora como cualquier industria farmacéutica la elaboración de los lotes pilotos, que luego serán analizados, habrá que seguir su curso de desarrollo para que se haga según las reglas de la autoridad sanitaria, para poder ser aprobado como cualquier otro medicamento. Así que eso lleva un tiempo de por lo menos ocho meses a un año, si se empezara ahora. Respecto a lo segundo, sí, se está en tratativas desde hace un tiempo porque la idea era justamente transferirlo a laboratorios de elaboración nacional, pero justamente con todo este tema de la creación de laboratorios para la elaboración nacional de medicamentos se están resolviendo problemas internos de implementación, y tratando de que los laboratorios que estaban funcionando puedan llegar a un nivel de calidad mínima, para que puedan ser aprobados como laboratorios de elaboración de medicamentos. Esa es la idea principal, mientras tanto otro laboratorio de Latinoamérica que trabaja con una gran cantidad de países, cuya problemática para la tuberculosis multifarmacorresistente es todavía peor que para Argentina, también se ha interesado. Y finalmente en cuanto a los subsidios que he recibido, solamente me subsidió en este tema la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Córdoba.



MESA V

Ley de obesidad, enfermedades reumáticas y tratamientos oncológicos: la financiación de los medicamentos S

Coordinador: Farm. Miguel Osio¹

Antes de comenzar con la presentación de esta Mesa, quiero agradecer la presencia de los disertantes, y también que me hayan permitido coordinar la misma. Al principio no estaba muy en claro si lo iba a hacer como representante de FEFARA o bien como un alcanzado por la Ley de obesidad, pero ya tengo en claro que afortunadamente es como lo primero.

De acuerdo al tema que nos convoca, vamos a tratar fundamentalmente tres temas: la Ley de obesidad, la Enfermedad Reumática y los Tratamientos Oncológicos, con la salvedad que en este caso, al decir tratamientos oncológicos estamos hablando en definitiva de tratamientos especiales que incluyen otras patologías como SIDA, esclerosis múltiple, etc.

¹ Vicepresidente 2° de FEFARA, Presidente del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de La Pampa, profesor en la Universidad Nacional de La Pampa.

La Ley de obesidad fue sancionada en el año 2008 y fue reglamentada en el 2009, y explícitamente se pone en su artículo 15 la obligatoriedad de incluir los alcances de esta ley dentro del Plan Médico Obligatorio. Alcanza a las obras sociales incluidas en las leyes 23.660 y 23.661, como también a las entidades de la medicina prepaga y a otras obras sociales.

Las enfermedades oncológicas y las otras patologías que he citado tienen un impacto importante en la economía del sistema, que se va dando no sólo por un incremento en las nuevas tecnologías sino también por una cuestión de judicialización del sistema, que hace que los amparos obliguen a las obras sociales a cubrir a veces prestaciones con importes que son difíciles de alcanzar. Seguramente los expositores van a explicar con más detalles y con datos concretos de la realidad, cómo se hace en la práctica para enfrentar desde la perspectiva que ellos tienen estos tres temas. O sea cómo se hace para poder dar esta prestación, con qué medios, y cómo se trata de controlar los costos y mantener la razonabilidad de una cobertura en base a criterios sanitarios objetivos.

Son disertantes en esta Mesa el Dr. Miguel González, Bioquímico, egresado de la Universidad de Bioquímica y Ciencias Biológicas de la UNL y que ha cursado el Postgrado Universitario de Maestría en Gestión y Sistemas de Salud en la Universidad Nacional de Rosario. Actualmente y desde mayo del 2008 se desempeña como Director Provincial del Instituto Autárquico Provincial de Obra Social de la Provincia de Santa Fe (IAPOS), siendo además Director del Comité Técnico de la Confederación de Obras Sociales Provinciales de la República Argentina (COSPPRA), desde mayo de 2010.

Nuestro segundo disertante es el Dr. Roberto Antonio Cario, médico cirujano, egresado de la Universidad Nacional de Córdoba, que ha cursado la Maestría en Gerenciamiento y Administración de Servicios de Salud también en la Universidad Nacional de Córdoba, en su Escuela de Salud Pública, y es además Especialista en Terapia Intensiva y Medicina del Deporte, se desempeña actualmente como Médico auditor a cargo de Planes Especiales y Jefe del Departamento de Asesoría Profesional de la Dirección Obra Social del Estado Provincial (D.O.S.E.P.) de la Provincia de San Luis.

Finalmente va a disertar el Dr. Daniel Palumbo, quien es médico con título otorgado por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, Especialista en Medicina del Trabajo y Especialista en Medicina Interna, desempeñándose actualmente como Presidente del Instituto del Seguro de la Provincia de Jujuy.

Comenzamos entonces con la disertación del Dr. Miguel González de la Obra Social IAPOS de la Provincia de Santa Fe.

Visión y experiencia desde el IAPOS

Bioq. Miguel González

Introducción

Quiero primeramente agradecer a los organizadores de estas Jornadas esta nueva invitación para participar en las mismas, lo que nos brinda una segunda oportunidad de comentar en este ámbito algunos aspectos de nuestra gestión. Dado que nuestra Mesa cierra este primer día que ha sido muy intenso y enriquecedor, trataremos de dar un enfoque rápido y lo más ameno posible al tema, para dar algunas ideas de lo que pensamos y hacemos hoy en día desde el IAPOS en lo referente a los tratamientos y financiación de las enfermedades reumáticas y oncológicas y tal vez con una breve mención de la Ley de Obesidad.

Pero antes de desarrollar el tema, quisiera dar algunos datos para que nos posicionemos en nuestra obra social, que es desde donde vamos a abordarlo. La Obra social de los Trabajadores del Estado Provincial y Municipal de la Provincia de Santa Fe cuenta con aproximadamente 500.000 beneficiarios, lo cual representa un universo de algo más del 30% del total de personas que tienen cobertura social en gran parte de las ciudades de la Provincia de Santa Fe, y este porcentaje aumenta a más del 45% en las ciudades más grandes. Esto habla del impacto que tiene el IAPOS en la cobertura de salud de la provincia a través de la seguridad social.

Si bien es un ente autárquico, nuestra obra social pertenece a la órbita del Ministerio de Salud debido a una decisión política de la gestión del Dr. Hermes Binner, quien la ha incluido en ese lugar como un paso necesario desde la perspectiva sanitaria de un modelo integrado de salud para la provincia. Ésta es la perspectiva en que venimos trabajando en primer lugar en la Municipalidad de Rosario, donde se hizo la primer gran experiencia en la gestión de salud, y luego cuando se accede al Gobierno Provincial se piensa que es posible tomar alguna de las ideas que se habían empezado a desarrollar en la etapa anterior, y pensar un modelo integrado de salud para toda la Provincia de Santa Fe.

Actualmente todavía estamos transitando una etapa en la que se busca ganar más adhesión a la idea de que el modelo de salud no puede tener el grado de fragmentación que tiene hasta ahora, por lo menos si pretendemos que sea más eficiente de lo que ha sido hasta el presente. Sabemos de las enormes dificultades para integrar un modelo de provisión público-privado, y seguramente va a ser uno de los grandes desafíos que tengamos que enfrentar en el futuro. Esto tiene que ver con que siempre desde nuestra gestión estamos pensando en que no puede haber ciudadanos de primera y de segunda en función del financiamiento que tengan, ya sea que el mismo provenga de un sistema de seguridad social o del Estado.

Nuestra obra social, como la mayoría de las obras sociales, ha tenido un momento de cambio muy fuerte que se dio alrededor de 1992, donde comenzó a comprar los servicios de salud a través de modelos de pago por cartera. Estos modelos de pago global, de cartera fija, que en el caso específico de los medicamentos puede ser contado más exactamente, han permitido que de alguna manera se pueda ir teniendo un criterio más o menos razonable en cuanto al financiamiento y que sea sostenible en el tiempo. Podemos decir que ha sido un modelo que ha perdurado, y que nosotros hemos pretendido mejorar con algunas políticas que trataré de comentar acá. Encuadre teórico y políticas directrices del modelo.

Vamos a tratar de mostrar los ejes teóricos en que apoyamos el modelo, muy rápida y simplemente para que pueda visualizarse el encuadre teórico sobre el que estuvimos trabajando, para después pasar específicamente al tema de la Mesa.

Hemos trabajado fundamentalmente en dos aspectos, un aspecto que creemos que no es menor que es la mejora de la accesibilidad, y otro que es el de reforzar el rol de compra de la obra social.

- **Mejora de la accesibilidad**

En cuanto a lo que entendemos como una mejora de la accesibilidad, lo que fuimos haciendo es primeramente **incorporar todas las prácticas de diagnóstico y tratamiento que estuvieran disponibles y que fueran, a nuestro criterio, razonables de ser incorporadas a los contratos**. Obviamente hoy la presión para la incorporación de nuevas prácticas de diagnóstico y tratamiento es muy fuerte y éstas aparecen en lapsos cada vez más cortos en el tiempo, por lo tanto luego comentaremos cómo pensamos el rol de compra para de alguna manera ser más eficientes a la hora de la incorporación de nuevas prácticas.

Otro elemento fue la **reformulación del Vademécum** incorporando nuevas moléculas. El Vademécum es el que se definió desde el propio Ministerio de Salud, con algunas variaciones que hemos hecho en acuerdo con los Colegios de Farmacéuticos de la 1^a y 2^a circunscripción que son quienes nos brindan el servicio a la obra social. También hemos logrado **mejorar la cobertura**, pasando del 30% al 56% promedio, y en las coberturas de tratamientos prolongados para pacientes crónicos hemos logrado llevar la cobertura al 70% y el 90% dependiendo de las marcas comerciales. Ésta es una cuestión que debe ser trabajada permanentemente porque los precios que se van modificando hacen que esta cobertura se desactualice, por lo tanto después vamos a comentar también cómo es el mecanismo que hemos adoptado para tratar de que esta situación sea lo menos perjudicial posible.

Y otro objetivo tendiente a mejorar la accesibilidad que hemos logrado es **quitar barreras**, y por ejemplo hemos pasado a mecanismos de autorización online, algo que ha sido muy valorado por nuestros afiliados. También en este sentido hemos implementado algunos aspectos operativos, como la compra de bonos y órdenes por cajeros automáticos y trámites de autorización de medicamentos desde las farmacias, y aclaro que esto es un servicio que brinda la red de farmacias de los dos Colegios con los cuales tenemos contrato desde la obra social.

- **Reforzar el rol de compras de la obra social**

Otro aspecto que hemos abordado y que ya no es una cuestión operativa sino una tarea más de fondo, es reforzar el rol de compra de la obra social, básicamente mediante la redefinición de los contratos y la explicitación de los criterios de utilización.

Redefinición de los contratos

Hasta ahora nuestra obra social, creemos que a semejanza de muchas otras obras sociales, había estado con un modelo de financiamiento cuyo rol de compra era más débil, y que la llevó a ir perdiendo justamente la explicitación de qué es lo que se compra. Entonces lo que hicimos fue una **redefinición de los contratos de servicio**, con algunos aspectos que mencionamos abajo de modo sintético:

- Se acotó el riesgo de los prestadores acordando semestralmente las tasas de utilización por regiones.
- Incorporamos el Criterio de “Patología Resuelta”

- Modelo de pago mixto Cartera y pago por acto (caso Rosario)
- Mejora en el vademécum ambulatorio.

El primer punto, o sea **acotar el riesgo de los prestadores acordando semestralmente tasas de utilización por regiones**, se refiere a que nosotros lo que estamos haciendo es trabajar permanentemente con las tasas de utilización construyendo un tablero de comando propio, ya que como todos sabemos en la Argentina las tasas de utilización tienen una posibilidad de utilizarse muy relativa en tanto que no haya una homogeneidad de criterios en este sentido. Esto nos llevó a trabajar permanentemente para mantenerlas actualizadas, de tal modo que los recursos que disponemos no estén desfasados y se produzca en forma reactiva lo que sucede en los pagos globalizados, que es la tendencia a la subprestación.

¿Qué hicimos? Como les decía hoy, para salir de la lógica de compra por un listado de prestaciones, y en esto me refiero a los contratos médicos sobre todo, el listado de prestaciones se explicita con un valor de referencia, pero se compra, sobre todo en los dos grandes contratos de Santa Fe y Rosario, con un **criterio de “Patología resuelta”**. Esto significa que no hay ninguna práctica que esté fuera de la cobertura de la obra social, y no se da por lo tanto la situación tan frecuente de que una nueva tecnología incorporada sea ofrecida y no esté financiada por la obra social, y con este modelo de compra de alguna manera esto disminuye su impacto, ya que lo que se dice es que se compra el servicio para resolver el problema de salud, independientemente de la tecnología utilizada. Con eso no queremos decir que en la incorporación de una tecnología nueva no se tenga que discutir su valor de referencia, y por supuesto esto que se comenta tan fácilmente obviamente que no está libre de conflictos y tensiones.

También se ha pasado a un **esquema de pago mixto de cartera y pago por acto**, pero como esto es específicamente para el caso médico me parece que no vale la pena comentarlo acá.

Y con referencia a la **mejora del vademécum ambulatorio**, lo comento también muy brevemente porque no es el tema específico de la Mesa, lo que se ha hecho es ir a un sistema con riesgo acotado con el prestador, en este caso el Colegio, donde se explicitan las cantidades, se paga por cápita y se explicita la cantidad de unidades vendidas, con todo un esquema de análisis prospectivo para que el dinero alcance para financiar la demanda. Al hablar de un riesgo acotado nos referimos a que hay una banda de seguridad que se toma tanto para la obra social como para el prestador del sistema y que se ajusta trimestralmente, y ahora estamos en esa situación.

Explicitación de los criterios de utilización

Lo otro que sí nos pareció central fue trabajar en explicitarle a los prestadores los criterios de utilización. Esta situación creo que es muy novedosa en nuestros contratos porque en general se compra un servicio, se dice cuáles son las prácticas que están incorporadas y compradas, pero no se explicita cuáles son los criterios de utilización de esas prácticas. Y justamente esto último es sin duda la clave de la conflictividad, porque una Resonancia Magnética puede estar comprada, pero en la medida que no esté claro para qué se compra y en qué situaciones, obviamente luego cuando interviene la auditoría y no acuerda con el criterio con el que el médico ha prescripto, la tensión es muy fuerte y generalmente esto se traslada al gasto de bolsillo, porque cuando la obra social no paga quien finalmente termina pagando es el afiliado.

En general y ante una diferencia de criterio de prescripción entre el financiador y el médico tratante, ninguno de nosotros puestos en el lugar de pacientes dudamos de creerle al médico, aunque éste solamente base su

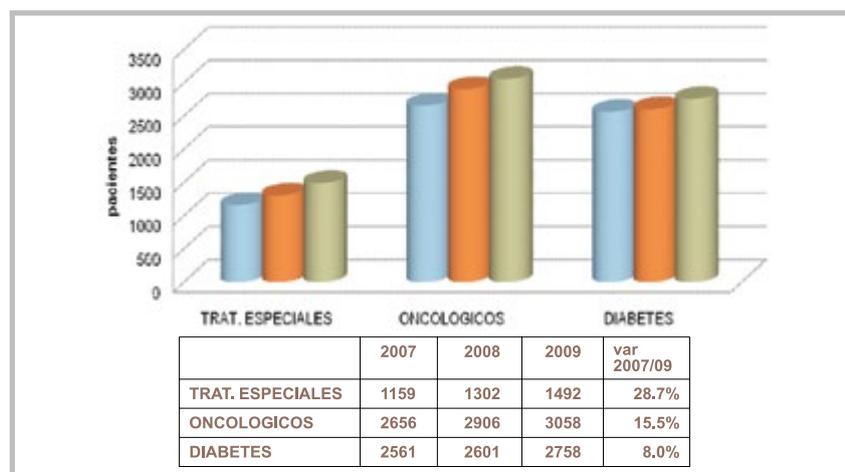
definición en su experiencia personal, cosa que como sabemos es el más débil de todos los criterios electivos de una prescripción. Sin embargo creemos que la práctica médica liberal en la que todavía están muchos de los médicos que se han formado en nuestro país, hace que crean que ese es el criterio de más peso a la hora de tomar una decisión, y creemos asimismo que ahí está gran parte de los problemas que luego les vamos a comentar apoyándonos en algunos números. Hemos recurrido entonces al **uso de Protocolos basados en la evidencia científica con criterios de ámbitos académicos nacionales e internacionales, y logrado que tengan el respaldo académico de las dos unidades académicas que trabajan en el ámbito de nuestra región, como son la Universidad del Litoral y la de Rosario.**

Tratamientos especiales

Luego de este breve posicionamiento en nuestra obra social, vamos a pasar ahora al tema por el que nos convocaron a estas Jornadas. En el siguiente gráfico mostramos algunos datos simplemente a efectos de ilustrar el tema desde las tendencias, que es lo que nos interesa discutir, porque creemos que más importante que ver puntualmente los números es pensar más el tema con un enfoque de tendencias, y ver qué es lo que está pasando para que esas tendencias ocurran.

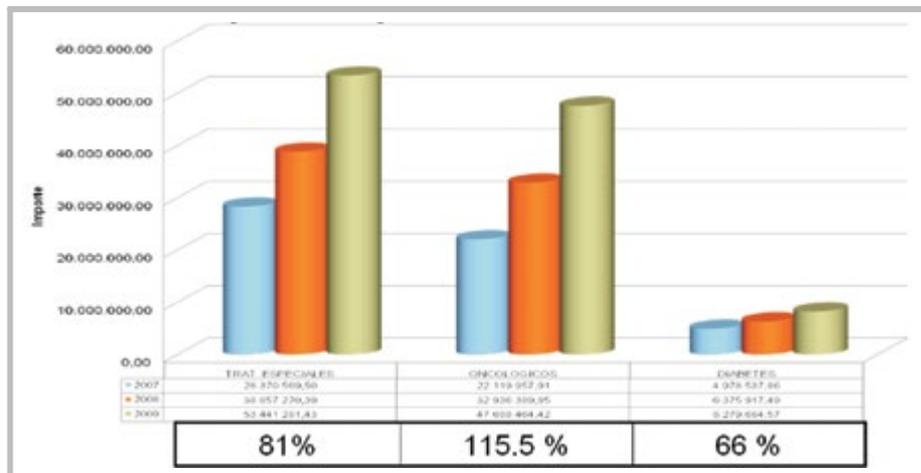
Como puede verse en el gráfico, nosotros solamente tomamos el periodo que va desde el 2007 al 2009, con la salvedad que, como sabrán todos ustedes que están trabajando más que yo en el tema de medicamentos, este corte probablemente vaya a tener un sesgo en el análisis de la progresión del gasto, sobre todo en el caso de la diabetes, y también en el caso de tratamientos especiales donde la explosión de la utilización estuvo desde fines del 2006 para adelante. Por lo tanto si tomáramos un poquito hacia atrás, en el 2005 o el 2006, seguramente la curva asustaría tanto a los financiadores que seguramente estaríamos más espantados todavía de lo que estamos hasta ahora. En el caso particular de la diabetes en aquel momento el modo de utilización de la insulina humana era bastante distinto, y por lo tanto ahora la curva parece ir estabilizándose pero con una base bien diferente.

Cantidad de pacientes Cantidad de pacientes por tipo de tratamiento



Fuente: IAPOS, 2010.

Gasto por tipo de tratamiento



Fuente: IAPOS, 2010.

Si miramos entonces cuántos pacientes teníamos bajo tratamiento en los años 2007, 2008 y 2009 para tratamientos especiales, oncológicos y diabetes, puede verse que la progresión de la cantidad de pacientes bajo tratamiento va aumentando entre el 28,7%, el 15% y el 8% en estas tres enfermedades. Acá no está hecha la corrección por cantidad de afiliados, pero desde esta fecha hasta ahora la cantidad de afiliados, aunque no he hecho el cálculo exacto, sé que ha variado muy poco con lo cual el porcentaje se conserva.

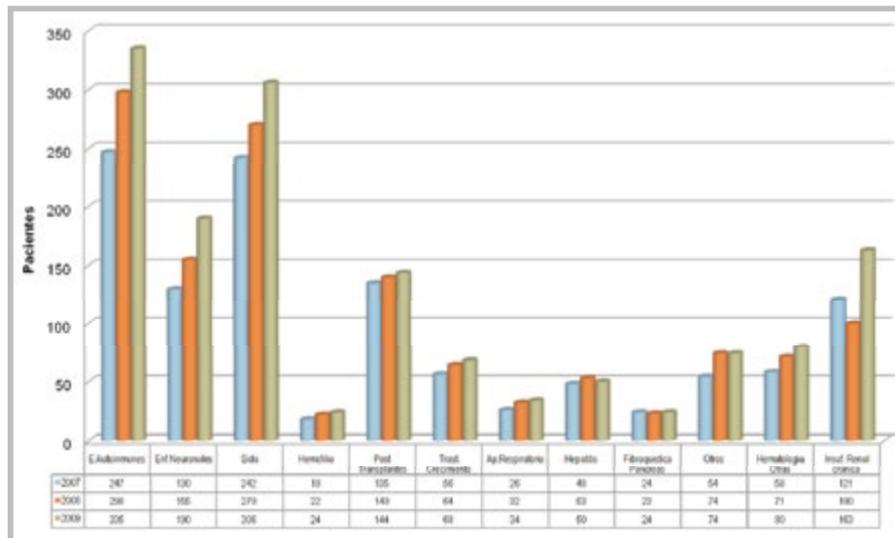
Es cierto que la cantidad de pacientes tratados va con una curva de crecimiento, pero en realidad lo que preocupa es otra cosa que está reflejada en este segundo gráfico, y es que cuando vemos el gasto por tratamiento la pendiente de la curva es bastante más pronunciada, como puede verse claramente.

Entonces en casos de tratamientos especiales, donde el aumento de la cantidad de pacientes en el periodo 2007-2009 era en promedio del 28,7%, en el caso del gasto estamos en el 81% de crecimiento. Y si miramos los oncológicos que parecía que no habían crecido tanto en número de pacientes, un 15,5%, en el caso del gasto estamos en un 115% de aumento. Y finalmente en el caso de los diabéticos, donde como decíamos pareciera que se la situación se estabiliza, ese 8% de aumento de cantidad de pacientes se transforma en un 66% de aumento del gasto.

Vamos a ver ahora más específicamente los pacientes con tratamientos especiales. Para que pueda entenderse mejor o al menos verse más claramente, he desglosado el gráfico mostrando primero una tabla con la cantidad de pacientes de este tipo en el periodo 2007-2009, y luego el gráfico completo.

Cantidad de pacientes con tratamientos especiales

	Enf. auto-inmunes	Enf. Neuro-nales	SIDA	Hemo-filia	Post Traspl.	Trast. Crecim.	Ap. Respir.	Hepatitis	E. Fibroq Páncreas	Otros	Hemat. Otras	I.R.C
2007	247	130	242	18	135	56	26	48	24	54	58	121
2008	298	155	270	22	140	64	32	53	23	74	71	100
2009	335	190	306	24	144	68	34	50	24	74	80	163



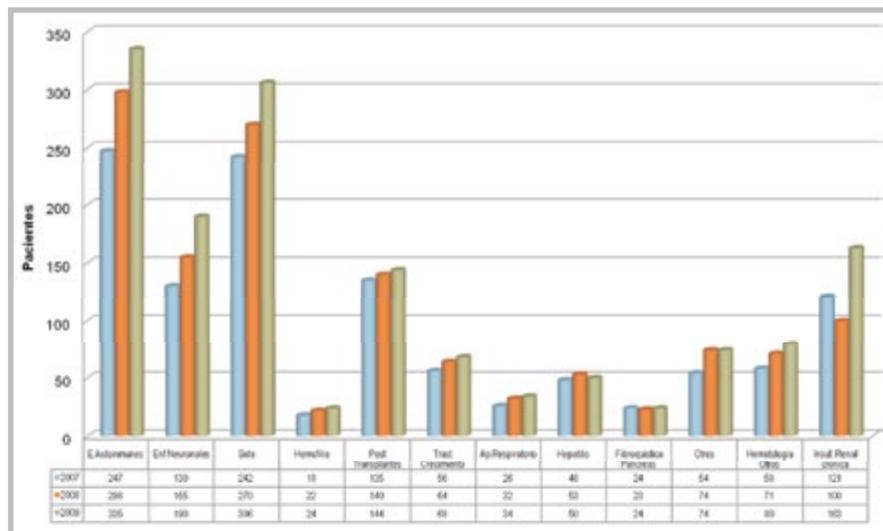
Fuente: IAPOS, 2010.

Hay un par de cosas que destacar acá, que luego mostraremos más en detalle, pero es interesante ver la curva de progresión de la cantidad de pacientes tratados en el caso de las enfermedades reumáticas, la hemofilia y las enfermedades neurológicas (los tres primeros agrupamientos de barras), donde pareciera ser que la curva es mayor y más preocupante dentro del conjunto de los tratamientos especiales. Entonces cuando vemos la cantidad de pacientes tratados que va creciendo, y en la forma que va creciendo año a año, si pensamos que teníamos más o menos la misma población en 2007 que ahora, y tenemos esa cantidad de pacientes tratados con esa curva que mostramos, esto quiere decir que los criterios de utilización han ido variando.

Veamos nuevamente la graficación del gasto, en el caso específico de los tratamientos especiales. Por ahora mostramos los números y después vamos a hacer nuestra valoración, obviamente política y técnica también, de cómo vemos este fenómeno donde la curva del gasto vuelve a asustarnos aún más todavía.

Gasto en tratamientos especiales

	Enf. auto-inmunes	Enf. Neuro-nales	SIDA	Hemo-filia	Post Traspl.	Trast. Crecim.	Ap. Respir.	Hepatitis	E. Fibroq Páncreas	Otros	Hematol. Otras	I.R.C
2007	7.748.859	6.341.600	4.042.537	2.021.133	2.496.043	2.156.937	1.298.757	815.620	614.931	362.319	213.625	241.233
2008	11.499.727	8.709.508	5.556.584	3.037.298	3.089.925	2.555.450	1.425.515	1.086.850	502.388	576.535	355.683	371.403
2009	15.959.410	12.461.897	7.444.139	4.892.179	3.808.232	3.061.867	2.240.555	1.131.590	674.375	651.324	603.399	798.378



Fuente: IAPOS, 2010.

Lo que queremos comentar es que siempre cuando se habla del financiamiento, lo primero que piensa el prestador es que están teniendo el sesgo de no querer gastar plata, y cuando los financiadores tomamos el tema decimos, bueno lo que pasa es que nos quieren hacer gastar plata. Esta disociación hay que trabajarla, si nosotros no trabajamos los criterios de utilización de los medicamentos de alto costo y de las nuevas tecnologías, seguramente el grado de conflictividad que vamos a ir teniendo ambas partes va a ir en aumento, además de la conflictividad que se genera no sólo con nuestros afiliados sino también con la judicialización permanente de casos donde difiere criterio de auditoría con el criterio de prescripción.

De todos modos si no hay un punto de acuerdo en esto es muy poco probable que logremos resolver el problema de los afiliados, porque lo que sí pasa es que cuando la obra social explicita el criterio de utilización y el médico no adscribe a dicho criterio, bueno, resolvemos el problema del financiador, resolvemos el problema del médico, pero no resolvemos el problema del afiliado y trasladamos eso al gasto de bolsillo, es tan simple como eso. Por lo tanto ahora vamos a charlar algunas de las cosas que estamos intentando hacer con los prescriptores para que esta situación tenga un impacto sostenible en el tiempo. La situación es sencilla, es fácil de ver, y aunque parece que no tiene solución, si queremos tener un sistema sustentable en el tiempo la solución hay que buscarla, porque sino la posibilidad de sostener los tratamientos de alto costo con gasto de bolsillo creo que en nuestro país es realmente muy poco sostenible en el tiempo.

Tratamientos especiales: tendencias detectadas

Respecto de los tratamientos especiales hay algunas tendencias que podemos explicitar claramente:

- **Representan el 20% de los afiliados en tratamiento pero casi el 50% del gasto.**
- Los grupos de mayor impacto en el gasto son:
 - Autoinmunes (Artritis Reumatoidea)
 - Neurológicas (Esclerosis Múltiple)
 - SIDA
 - Hemofilia

- Las Neurológicas son las que presentan además mayor incremento de la cantidad de afiliados y del costo por afiliado.
- Aparato Respiratorio (Asma, Hipertensión Pulmonar) si bien tiene menor volumen total, se ha incrementado significativamente el gasto y el costo por paciente.
- Las drogas que más impactan en el gasto son: Etanercept, Adalimumab, Interferón Beta 1 A y 1 B.

La pregunta que surge es **¿cómo vamos a sostener la equidad con este esquema?** Tendríamos que repensar varias cosas, porque todas las obras sociales van a plantear esto y hoy estuvimos hablando con el presidente de la COSPRA que va a hablar sobre un criterio común que estamos tomando todas las obras sociales provinciales, porque vemos que si no abordamos seriamente y con un criterio sanitario este problema, seguramente lo que va a pasar es que nuestras obras sociales se van a desfinanciar a una velocidad tal que no vamos a poder sostener estos tratamientos con equidad y con razonabilidad.

Oncología. Tendencias detectadas

Sintéticamente podemos decir que la situación que tenemos en Oncología hoy en el IAPOS muestra las siguientes tendencias:

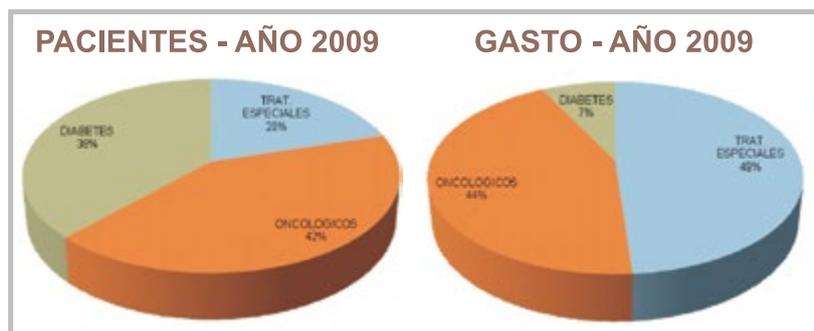
- **Representa el 42% de los afiliados y el 44% del gasto.**
- Las patologías de mayor impacto en el gasto (57%) y con mayor cantidad de pacientes (71%) son:
 - Mama en la Mujer - Tumor Maligno
 - Leucemia Mieloide Crónica
 - Colon - Tumor Maligno
 - Próstata - Tumor Maligno
- Mieloma Múltiple: ha aumentado un 373% el costo del tratamiento sin incremento en la cantidad de pacientes.
- Tumor de Recto: aumentó un 85% el costo por paciente y un 30% la cantidad de casos.
- Las drogas de mayor impacto en el gasto son: Trastuzumab, Rituximab, Bevacizumab e Imatinib (38%).

Acá el problema no se reduce solamente a poner o no poner en un listado o en un vademécum de tratamientos especiales los medicamentos, sino que además hay que ponerse de acuerdo en cuanto a cuáles son los criterios de utilización. No es posible que sigamos ofreciendo tratamientos y salteando protocolos graciosos y alegremente sin darnos cuenta del impacto que esto está teniendo. Y por supuesto todos sabemos que acá no estamos hablando de un impacto económico solamente, sino del poco y muy bajo resultado sanitario que tienen muchas veces.

Comparación de la distribución de los pacientes y el gasto

Vamos a ver muy brevemente y en base a gráficos cómo es la distribución de la cantidad de pacientes entre las patologías analizadas y el gasto que generan, de acuerdo a los datos de nuestra obra social del 2009.

Distribución del gasto y de los pacientes



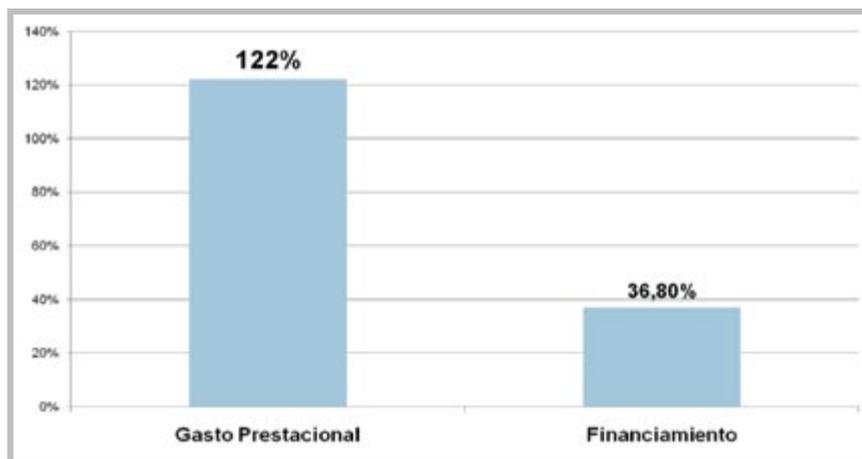
Fuente: IAPOS, 2010.

Aquí tenemos la comparativa del total del gasto de este segmento de medicamentos analizados, donde puede verse correlativamente el impacto que tiene cada grupo de pacientes con las patologías que estamos tratando en esta charla.

Puede verse que en el caso de la diabetes tenemos un 38% del total de los pacientes y si bien siempre teniendo presente por supuesto que el gasto es creciente, impactan en el gasto total de este segmento de tratamientos sólo en un 7%. Por su lado los que están bajo tratamientos especiales que son los de los que hablamos antes son el 20% del conjunto de los pacientes y representan el 49% del total del gasto. Y en los oncológicos las proporciones más o menos se mantienen, ya que un 42% del total de estos pacientes generan un 44% del total del gasto del grupo.

Y en el gráfico que sigue aparece la cifra que mete miedo, porque esto no es invento, y puede verse cómo creció el gasto prestacional y como creció el financiamiento de la obra social. Es el total del gasto prestacional, no sólo medicamentos sino el gasto prestacional total con las nuevas tecnologías, la tecnología anterior, etc.

Relación Ingreso-Egreso 2007-2010 (Proyectado)



Fuente: IAPOS, 2010.

Es impactante, pero para no asustar a nadie aclaremos que todavía estamos financiados, porque la obra social tiene de 3 o casi 4 años, un superávit sostenible incluso de cuando hemos dado mayor cantidad de servicios. Lo que estuvo pasando es que la brecha de lo que sobra es cada vez menor, y objetivamente y sin intención de autoelogio, a raíz de nuestra gestión hemos bajado muchos costos en cuestiones banales, como la muy mala utilización de algunas tecnologías sobre todo en Traumatología, donde se ha bajado mucho el gasto y se ha podido transferir parte de estos recursos a poder mejorar la cobertura.

Pero si analizamos esto, que es una proyección al 2010, uno se da cuenta que con esta curva de aumento donde en el mismo periodo analizado el gasto prestacional creció el 122% versus un 36,80% de aumento en financiamiento, es preocupante. Porque, ¿de dónde viene la plata de la obra social? Del 6% que pone el Estado Provincial y del 3,5 o 4,5% dependiendo si tiene o no tiene familia, del afiliado, y eso es lo que ha crecido el aporte que se ha hecho a través de los aportes salariales, aunque aquí falta el último aumento, un 5% más, pero no mejora mucho más...

Tareas pendientes

Para concluir vamos a ver qué tareas tenemos pendientes, para poder pensar que algunos de estos criterios que hemos estado pensando vayan a sostenerse en el tiempo.

- **Adhesión plena a los criterios de utilización con los siguientes objetivos:**

- Reducir la conflictividad ante una discordancia entre la prescripción y el criterio de autorización de IAPOS.
- Mantener una sustentabilidad que garantice la equidad y solidaridad del Sistema.

Creemos que una de las cosas en las que hay que trabajar fuertemente es, como mencioné anteriormente, en lograr que estos criterios de utilización, que no son antojadizos y no están basados en el tema de gastar menos plata, tengan una adhesión plena. Aquí no se trata de decir que no tengo tal o cual prestación o no la quiero, porque nuestra idea no es tapar el sol con la mano, por el contrario entendemos que la tecnología viene y se instala, y si es útil y es costo-efectiva, debe ser instalada con ese criterio.

Por el contrario, si una tecnología no viene a mejorar absolutamente nada, sobre todo si tomamos indicadores sanitarios y no solamente indicadores económicos, seguramente la discusión y la explicitación de esos criterios es más sostenible desde nuestro punto de vista. Paralelamente también se pretende que los prestadores se den cuenta que no es posible trabajar para un sistema de seguridad social con recursos acotados sino se adhiere a normas de utilización, y que va a ser imposible seguir trabajando de otra forma. Esto supone adherir en forma plena a los criterios de utilización, y si bien éstos son muchos según las escuelas, nuestra idea es explicitarlos, y si el prestador no adhiere a los mismos lo que debería hacer es no ser prestador nuestro. Y esto lo digo porque si nos entrapamos en la discusión médica la cuestión no termina nunca, porque seguramente el prescriptor va a tener también otro criterio sobre el cual sostener su decisión. Entonces nuestra idea es que esos criterios sean antes que nada sostenibles y que se expliciten claramente antes de la firma del contrato, y si alguien considera que las normas que pone la obra social lo obligan a estar en el límite de la mala praxis, entonces lo que debe hacer es sencillamente no trabajar para nosotros.

Ese sería el planteo, y si bien se dice muy fácilmente, el problema es que se luego se vulnera el acuerdo. Los objetivos que pretendemos conseguir con esto es reducir la conflictividad ante una discordancia entre la prescripción y el criterio que explicitemos previamente, porque si yo se lo dijera después el prescriptor tendría razón cuando me planteara que yo no le explicité previamente cuál era mi criterio.

Y un segundo objetivo es mantener una sustentabilidad que garantice la equidad y solidaridad del sistema, porque sino lo que va a pasar es que vamos a tener que aumentar los seguros para sostener esto, y allí la cosa no va a ser tan simple.

- **Incorporación de Indicadores Sanitarios en los contratos con los siguientes objetivos:**

- Diferenciar la calidad de la oferta disponible.
- Acordar incentivos basados en criterios de costo efectividad.

Por ejemplo en el caso nuestro pagamos \$40 la orden de consulta, para que el paciente se siente frente al médico y el éste lo atienda según su saber médico. Ahora, cabe preguntarse cuáles son los resultados de esta consulta, y es muy difícil saberlo, porque en este país que no abundan los indicadores sanitarios y en el sector privado prácticamente no hay nada, es muy difícil que podamos medir su trabajo, o sea el trabajo

hacia el interior de los consultorios. Creemos que hay mucha gente que trabaja muy bien y muy seriamente, porque de hecho si no fuera así no tendríamos los indicadores sanitarios que tiene en general el país y que no son tan malos. Pero también creemos que hay una brecha entre los que trabajan bien y los que trabajan mal y que es necesario diferenciar la calidad de la oferta disponible. Por lo cual otro de los objetivos en este punto es acordar incentivos basados en criterios de costo efectividad.

- **Alianzas estratégicas entre financiadores de los subsistemas de la Seguridad Social para optimización de la utilización.**

No nos planteamos al prescriptor, o sea el médico que presta un servicio, como el enemigo que está gastándonos la plata, porque si lo pensáramos así y ellos a su vez nos consideraran como unos enemigos que quieren sacarles la plata de la billetera para que ellos utilicen su saber, sería seguramente muy difícil que nos pudiéramos poner de acuerdo. Entonces hay que pensar este tema con un criterio de alianza estratégica, con un criterio que busque sostener esto sobre acuerdos muy fuertes, explicitarlos primero, y después que nos pongamos de acuerdo hacer que esos acuerdos se cumplan.

La alianza estratégica para optimizar la utilización tenemos que pensarla entre todos los financiadores de los subsistemas de la seguridad social, y esto es justamente lo que estamos haciendo. Yo no voy a avanzar hoy sobre el tema porque mañana va a venir Antonio La Scaleia, que es hoy el titular de la Confederación de Obras Sociales Provinciales, quien seguramente les va a comentar que estamos trabajando en un criterio de aunar responsabilidades, de juntarnos no para poner freno a nadie sino para racionalizar la situación y ver cómo vamos a financiar estos medicamentos de alto costo, esta serie de nuevas tecnologías que van impactando cada vez más fuertemente, a un punto tal que si no ponemos un grado de organización superior, va a ser difícil sostenerla en el tiempo.

- **Disminución del gasto de bolsillo producto de los incumplimientos contractuales**

Como también dije anteriormente nuestra idea no es ahorrarle plata a la obra social, sino mejorar el rol de compra y la simetría de información entre el beneficiario y el paciente con respecto al médico tratante. Está claro que si nosotros no explicitamos y no nos ponemos del lado de clarificar esa compra, la asimetría de saber, la brecha de conocimiento y por qué no decirlo, también de poder, lleva a que nuestros afiliados estén en el estado de indefensión que han estado durante mucho tiempo, porque las obras sociales no han tomado un rol activo en este sentido.

No hay que olvidar que esa asimetría de conocimientos y de poder se da en uno de los momentos de mayor vulnerabilidad que tenemos, que es cuando perdemos nuestro estado de salud y que hace que no podamos tomar una decisión libre y estemos fuertemente presionados. Obviamente en esta situación, tanto a nivel personal como familiar, si tenemos la plata muchas veces la ponemos aunque no estemos seguros de que deba hacerse este financiamiento o este gasto desde nuestro bolsillo. Creemos que en este sentido hay que concentrar un mayor esfuerzo en reducir entonces ese gasto de bolsillo, muchas veces difícil y angustiante, producto de los incumplimientos contractuales.

Y con esto y lo más brevemente que me ha sido posible, he redondeado las tareas que tenemos pendientes en el tema y sobre las que continuamos trabajando en el día a día hoy desde el IAPOS. Muchas gracias.

Visión y experiencia desde la Obra Social Provincial de San Luis

Dr. Roberto Antonio Cario

Introducción

Gracias a los organizadores de estas Jornadas por la invitación que me han hecho para participar en las mismas, y a todos los participantes que nos acompañan ya en el final de este primer día. En mi caso particular, al haber escuchado todas las Mesas que se han llevado a cabo hasta ahora, me he replanteado un poco la presentación, y he ido cambiando un poco la hilación de los temas que traía desde San Luis para compartir en este espacio de diálogo y debate. Fui tomando algunos apuntes, y me gustaría hacer un breve repaso de algunos temas que son de mucha importancia para la discusión respecto a los medicamentos que aplican en enfermedades que no son tan raras como las tratadas en la Mesa anterior, pero tampoco son tan frecuentes.

En la primera parte de esta primera jornada, hablábamos bastante sobre la macrogestión y la visión que se tenía desde las políticas nacionales respecto a la salud. Y un poco más tarde escuchábamos algunas formas de ejercer la microgestión en la oficina de farmacia. El punto actual tiene que ver con lo que hacen las obras sociales para financiar estos medicamentos que son de alto costo, entonces esto se enmarcaría en la mesogestión, es un problema que está a un nivel intermedio y prácticamente nos obliga a estar en una situación de fusible.

Como se trata de hablar de financiación aquí uno corre el alto riesgo de ser malentendido porque son temas de los cuales no se habla frecuentemente, en este caso el auditorio es heterogéneo y con una gran concurrencia de gente joven, así que aún con el riesgo de ser malentendidos, vamos a ir desarrollando el tema y mostrando algo de nuestras experiencias en la obra social DOSEL.

Creo que uno de los ejes centrales para discutir sobre los medicamentos que se aplican sobre la obesidad, los biológicos en artritis reumatoidea y los modernos medicamentos para oncología, tienen que ver con la falta de un marco regulatorio claro. Las leyes en la Argentina, somos testigos en los grandes debates televisivos, tardan en aprobarse, el proceso es muy lento, pero una vez que son aprobadas quedan allí y no son revisadas y actualizadas. Como dice nuestro Gobernador en la Provincia de San Luis, son momentos para actuar a la velocidad del zapping, y esto se vincula con lo que se comentó temprano respecto de la gran demanda de incorporación de tecnologías sanitarias. Y hablando desde la perspectiva del financiador, parece ser que no estamos preparados para aceptar recibir adecuadamente este bombardeo de tecnología sanitaria, incluyendo en la misma concretamente a los medicamentos.

Recién se mencionaba aquí la posibilidad de evaluación de la costo efectividad, y la idea es que si esto es positivo debería ser incorporado. A nuestro juicio no podemos extrapolar fácilmente las experiencias de otros países al nuestro, y tampoco la de algunas regiones de nuestro país a regiones menores y con menos posibilidades de financiamiento. Sabemos también que cuando se toma una decisión y se opta por algo, se renuncia a otra cosa, ese costo de oportunidad o esas posibilidades deben ser muy tenidas en cuenta a la hora de la toma de decisiones para incorporar estos medicamentos.

Luego de su exposición le pregunté a Manuel Pérez Fernández acerca del modelo de financiación de España, porque me parecía algo sumamente importante y que tenía que ser considerado cuando él mencionaba su sistema de salud y las luchas por las enfermedades raras, sobre todo si tenemos en cuenta que la industria farmacéutica no estaba dispuesta a la investigación de medicamentos cuya rentabilidad final no era visible. El sistema español se financia de una manera muy superior a nuestras posibilidades, recordemos que nuestro sistema está fragmentado en subsistemas, predominando en el conjunto el subsistema de las obras sociales, actualmente más de 200. Para ilustrar esto les quiero contar mi caso particular, soy esposo de María Luz, que es docente y psicopedagoga, por lo tanto como cónyuge tengo la obra social OSPLAD, y como además soy monotributista tengo la cobertura de OSECAC, agreguemos que soy empleado del Gobierno de la Provincia de San Luis y por lo tanto tengo la Obra Social del Gobierno de San Luis, DOSEP. Resulta así que yo mismo tengo tres obras sociales, y sin embargo tengo una conflictividad de cobertura tremenda. Ésta es nuestra realidad a la hora de hablar de quién financia nuestras enfermedades.

Financiamiento de este tipo de medicamentos

Muy brevemente les comento los datos centrales de nuestra provincia, San Luis, como para posicionarnos y entrar luego en la temática específica de la Mesa.

La Provincia de San Luis tiene una superficie de 76.000 km₂ y una población de 420.000 habitantes. La Dirección de la Obra Social del Estado Provincial D.O.S.E.P., es una de las tres Obras Sociales provinciales más pequeñas del territorio nacional en cuanto a la cantidad de afiliados, que actualmente son 75.000.

Avanzando un poquito sobre los tres temas, trastornos alimentarios y ley de obesidad, y patologías oncológicas y reumáticas, digamos en primer lugar que el impacto que tuvo la **Ley de Obesidad** en la obra social ha sido menor, y personalmente creo que son pautas culturales las que rigen el patrón de demanda. Recordemos que la LEY 26.396 de Trastornos Alimentarios, declara de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios, que comprenderá la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, su asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, y las medidas tendientes a evitar su propagación. Además incluye la prevención y control de trastornos alimentarios. En los últimos 5 años la Obra Social ha financiado 3 cirugías bariátricas, y en cuanto a medicamentos no hemos tenido problemas.

Respecto de la **cobertura de tratamientos oncológicos**, el modelo de atención tiene que ver con que la obra social y el estado provincial de San Luis han establecido la existencia de un Centro Modelo Integral de Oncología, que cubre a través de su vademécum en forma total una amplia gama de medicamentos oncológicos “en general”. Por su lado los afiliados de la obra social DOSEP están dimensionados hacia allí en un sistema capitado. La Obra Social cubre al 100% los medicamentos monoclonales incorporados y aprobados en protocolos, y el 80 % a los coadyuvantes y otros que requiera el afiliado. El siguiente gráfico muestra lo que ha ocurrido.

Puede observarse la evolución mensual de anticuerpos monoclonales que la obra social ha entregado a nuestros pacientes oncológicos. En el 2009, o sea el año pasado, que está representado por las barras en verde claro, vemos que en el primer semestre teníamos un consumo que correspondía a entre 15 a 20 pacientes (no está en porcentajes) bajo este tratamiento. Y en el mismo periodo del 2010, esto subió a 25 a 35 pacientes, o sea que se duplicó o más, ¿Qué ocurrió ahí en el medio, en el mes de julio? Cambió el prestador, cambió la Dirección del Centro Modelo de Oncología, y eso es una clara expresión de la variabilidad de la práctica médica y de la situación

de un financiador una vez que se ha establecido un contrato que lo obligaba a financiar algunas cuestiones. En este momento estamos midiendo el impacto en cuanto a resultados, porque es posible que los pacientes bajo este tratamiento tengan mejores resultados que antes, pero lo que tratamos de señalar aquí es lo que pasa cuando el marco regulatorio no está claro.

Análisis de la evolución mensual de medicamentos monoclonales entregados por la Obra Social (Patología Oncológica).

Periodo enero a diciembre 2009 - n= 250 / Periodo enero a julio 2010 - n=176



Respecto de la **artritis reumatoidea y los llamados “agentes biológicos”**, tenemos dos tipos: los inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF), que son un tipo de medicamentos relativamente nuevos que bloquean moléculas involucradas en la producción de inflamación, como el Adalimumab (*Humira*), Etanercept (*Enbrel*) e Infiximab (*Remicade*), y los Moduladores específicos de acción terapéutica distinta, como el Orencia (*abatacept*) y el Rituxan (*rituximab*).

Aquí es importante tener en cuenta el modo de producción, el modo de fabricación de los nuevos medicamentos y los avances tecnológicos de otras ciencias distintas de las de la salud que vienen a compartir sus inquietudes en el área de salud. Entonces desde la informática, desde la nanotecnología y desde las ingenierías, se producen nuevos avances que luego se aplican sobre la atención de la salud, y esto culmina por ejemplo en la posibilidad de desarrollar medicamentos de otra manera. Estos nuevos desarrollos de medicamentos tienen por detrás una gran inversión tecnológica, que hace que al final de cuentas terminen siendo medicamentos de alto costo, pero esta definición, esta terminología de “alto costo” ha superado las instancias de uso habitual que teníamos cuando hablábamos de hemofilia por ejemplo, y este avance de la forma de fabricación de medicamentos hace que la industria tenga ventajas que aprovecha bien. Y está bien que así sea, siempre y cuando uno observe que se desarrollan además los medicamentos que están faltando para las enfermedades raras o las olvidadas, como hablábamos hace un rato.

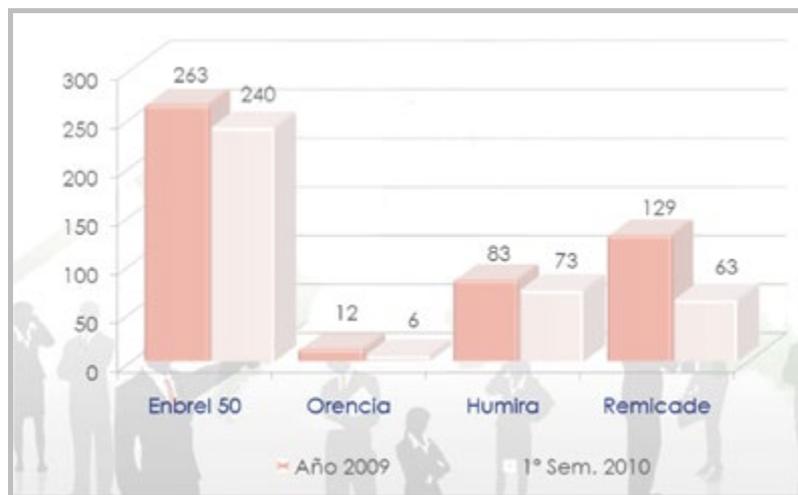
En nuestro caso, como en la Obra Social se financian estos medicamentos como el Adalimumab (*Humira*), Etanercept (*Enbrel*) e Infiximab (*Remicade*) a los pacientes con artritis reumatoidea, tenemos bastantes inconvenientes. Creo que esto es compartido con la mayoría de las obras sociales donde no queda muy claro el protocolo de ingreso de los pacientes a estos tratamientos, porque además son enfermedades crónicas y por lo tanto el costo impacta directamente en los presupuestos.

Nuevamente mostramos a través de un gráfico cuáles son los productos por monodroga que han sido utilizados y cubiertos, y cuál ha sido la evolución de los casos que requirieron este tipo de medicamentos en nuestra obra social.

Y finalmente digamos además que han aparecido también nuevos tratamientos para pacientes que se han declarado con resistencia a los efectos de los anteriores, y que vienen a prácticamente duplicar el costo de los precedentes.

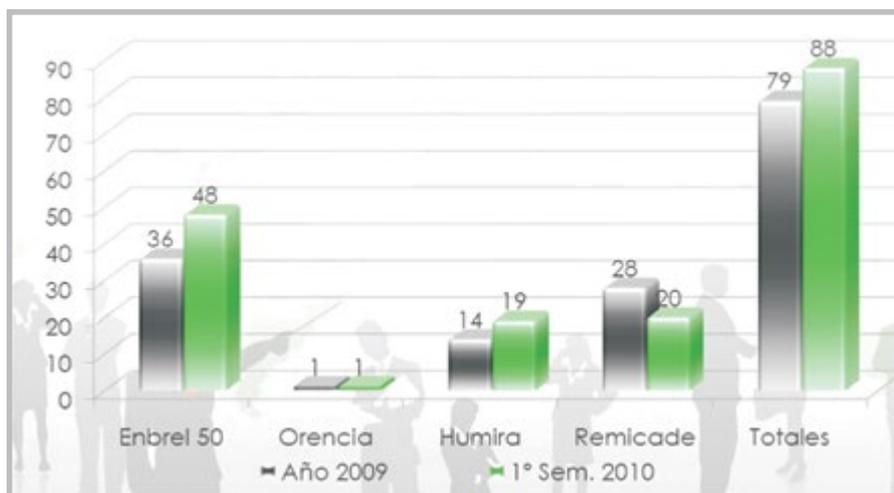
Y a riesgo de finalizar con un tono sombrío, el horizonte, la perspectiva que se ve es poco clara si queremos ser muy sutiles, por no decir que directamente se avizora un panorama bastante oscuro.

Total de productos por monodroga



Fuente: DOSEP, 2009 2010.

Total de Afiliados que reciben medicamentos Biológicos



Fuente: DOSEP, 2009 2010.

Comentarios y experiencias desde el Instituto del Seguro de la Provincia de Jujuy

Dr. Daniel Palumbo

Introducción

Deseo en primer término agradecer al presidente de FEFARA la invitación, e igualmente al amigo Carlos Vassallo y a Miguel Osio. En mi caso es la primera vez que me invitan a exponer en estas Jornadas tan interesantes y puede que tenga algo que ver con ciertos antecedentes de ser medio polémico en mis exposiciones, así espero no hacerlos quedar mal en esta oportunidad, y que me inviten de nuevo.

En principio, respecto del o los temas específicos de esta Mesa, yo haría dos o tres consideraciones porque decidí cambiar mi presentación, que en realidad no es una exactamente una presentación ni una charla académica, sino de más bien una exposición de la realidad diaria que vivo desde los ya 36 años que soy médico y los 25 años que me dedico a la gestión de servicios de salud.

Comenzando con el caso de la obesidad, nuestra provincia no adhirió todavía a la Ley Nacional de Obesidad N° 26.396, dictada por la Resolución 742/2009, si bien hay una fuerte presión para que lo haga. Desde la obra social, con una concepción de que la obesidad es un trastorno de hábitos de conducta, consideramos que es un problema clínico y debe tratar de resolverse clínicamente, sin negarnos por ello a la posibilidad de llegar al tratamiento quirúrgico.

Ley de Obesidad

En realidad y quizá empezando con lo polémico, creemos que esta ley fue disfrazada para incorporar dentro del tratamiento de la obesidad a la cirugía, aclarando que si bien tengo mi postura al respecto, no estoy en contra de ella en este caso. Pero creo que su discusión a nivel del Congreso debería haber sido mucho más honesta y más sincera, inclusive respecto al concepto de definirla como enfermedad. Porque si el concepto que primó fue un concepto estadístico de que por arriba de la cifra o peso normal uno es obeso, entonces deberíamos considerar con el mismo concepto estadístico al desnutrido como un enfermo, y sin embargo por el desnutrido nadie pelea.

Entonces en este sentido lo que nosotros hicimos fue dictar una resolución y crear un procedimiento especial, y definir que esto no va a ser de libre demanda y antes de llegar a la opción de una cirugía bariátrica van a tener que darse determinadas situaciones, y no va a ser un año de tratamiento que no sea nada más que hacer una dieta. Va a ser un año de tratamientos monitoreados con un equipo profesional, con incorporación de la nutricionista y el médico de cabecera. Y si en un año se demostraba el fracaso, con Junta Médica y con consentimiento informado, podíamos llegar a acceder a cubrir parcialmente la cirugía. Porque como bien decían esta mañana cuando se hablaba de los factores de riesgo en el tema de la diabetes, cuando se trató de instalar empezaron a llegar a la obra social los pacientes diciendo que se querían operar porque con la cirugía se curaba la diabetes. Sabemos que esto no es así, no se cura con la cirugía sino porque se baja de peso, o sea que si baja de peso sin

la cirugía también se cura la diabetes estable de Tipo II, no significa que con esta técnica les empiece a funcionar el páncreas. O sea que creamos un procedimiento especial y eso es lo que está funcionando, tenemos 2 pacientes operados, uno de ellos porque era un caso con doble cobertura y entonces como la obra social sindical le cubrió una parte nosotros ayudamos para cubrirle la otra.

Enfermedades reumáticas

Con respecto a la patología de las artritis y los tratamientos biológicos, nosotros en esto nos manejamos con la gestión del paciente, con Guías Clínicas y con Protocolos basados en la Medicina Basada en la Evidencia, teniendo en claro que tratamos pacientes y no patologías. O sea que ya no se trata de que el que tiene una artritis viene simplemente a buscar el Enbrel (Etanercept). Hay formas y protocolos para determinar las drogas de primera línea, y dada la escasez de resultados y en función de la valoración y la aplicación de índices de actividad compuestos como el DAS 28 (Disease Activity Score), decidimos o no la cobertura de este tipo de medicamentos que tienen alto impacto económico para nuestras obras sociales.

Hay algo que decían muy bien quienes me precedieron en la exposición, yo pertenezco a una obra social provincial en donde tenemos esquema de financiamiento totalmente distinto al sistema nacional, porque tenemos 3 o 4 factores que nos ponen en inferioridad de condiciones respecto de la seguridad social nacional. Uno de ellos por ejemplo es que no tenemos fondos de reembolso de enfermedades catastróficas, para nosotros todo eso es gasto. O sea que si tratamos a un sidoso es un gasto, si tratamos a un hemodializado es un gasto, si tratamos las enfermedades raras y huérfanas de medicamentos también es un gasto... y no hay reembolso de ningún tipo de recurso.

Un segundo factor es que en la provincia transferimos la cajas de jubilaciones pero nos quedamos con los jubilados. O sea que si bien en las otras obras sociales se consolidó la atención de los pacientes de alta demanda y con una epidemiología distinta en la obra social del PAMI, nosotros tenemos nuestros propios jubilados. El 23% de nuestro padrón son jubilados, y sin embargo tenemos que darles los mismos servicios que el PAMI con el 4% de retención, o sea de la masa salarial. Estas diferencias o variaciones son un tema que discutimos permanentemente a nivel de compras todos quienes actuamos en nuestras obras sociales, porque las afecta a todas, ya que unas más y otras menos, todas tienen entre el 35% y el 40% del presupuesto afectado al 3% de los afiliados. Estamos caminando hacia el precipicio y sin paracaídas, estamos caminando hacia la anti- solidaridad del sistema.

Y agreguemos que esto no es una realidad que le toca solamente a la Argentina, esto es un problema de los sistemas de salud de todo el mundo, pero algunos en vez de frenar y repensar el sistema, refundar el sistema, pareciera que queremos correr hacia el precipicio. Creo que hay que ser muy prudentes en esto.

En ese sentido entonces hacemos gestión de pacientes, tratamos pacientes y no patologías en el caso de los monoclonales, y esta gestión la realizamos con el soporte académico de la Universidad de Córdoba, con una auditoría especializada para tratamientos de todo lo que es oncológico, que está contratado de una manera similar a la de Santa Fe, con un sistema de cartera fija. Y en el caso de los obesos primero tienen que cumplir los deberes.

La problemática de fondo

Me voy a salir un momento del tema para hacer algunas consideraciones, porque creo que es imposible desperdiciar un ámbito así, mas allá que se genere algún tipo de polémica, para instalar algunos temas que se me ocurre denominarlos “mis verdades”. Porque son mías, y son las que me acompañan todas las mañanas cuando me levanto y voy a las obras sociales, y llevo unos 7 años levantándome y yendo a las obras sociales a tomar decisiones. No es fácil tomar decisiones, y de hecho en este foro la palabra economía es parte de la convocatoria, cuando la mayoría de mis colegas médicos aún considera que es una herejía en salud hablar de economía. Pues lamentablemente tenemos que hablar de economía, y eso lo entendí claramente. Y tuve que aprender, me fui a Barcelona e hice un postgrado en la Universidad Católica de Chile, porque tenemos una realidad que es el límite de los recursos, no tenemos fuente ilimitada de los recursos y hay que tomar decisiones, y eso justifica estos ámbitos y por eso estamos acá. Si tuviéramos una posibilidad infinita de recursos no estaríamos hablando acá, o no estaríamos hablando de las enfermedades raras ... todo sería factible, el problema es que hay una frontera de recursos.

Entonces esto me remonta, permítanme aquí salirme del tema, a que tuve la oportunidad y la suerte cuando era ministro de salud de Mendoza, que nos visitara el Director General de la OMS que pasaba a retiro en ese momento, y dio una conferencia. Estábamos en la década del '90, mirando el fracaso del objetivo de Alma Ata y ya estábamos a 8 años del 2000 y de este tema de *Salud para todos*, pero nos dimos cuenta que estábamos muy lejos de eso. Y justamente este funcionario nos decía que en fin, si no era para todos, que fuera entonces para la mayoría, lo cual es prácticamente un cambio de paradigma. Por supuesto yo quisiera que fuera para todos, porque permanentemente a nosotros nos toca jugar de malos de la película cuando tenemos que decir no. ¿Pero porque existe el no? Existe porque tenemos que tomar una decisión, y cuando uno toma una decisión por el “sí”, de la otra cara de la moneda esta el “no”. Y lo que dijo entonces se me grabó para toda la vida: *“La salud es un derecho que se termina cuando se termina la plata.”* Y esto es para grabárselo... porque por más que vaya al Pacto de Costa Rica o lo que está escrito en la Constitución, yo les digo que si al paciente no se lo manda con el cheque no hay derecho que lo salve.

Hablaba recién con el profesor Guerrero, y es verdad lo que decía y que en el país se da mucho con el tema de discapacidad, que por una ausencia del Estado las organizaciones civiles se encargan finalmente del tema de discapacidad. En general el proceso era que un padre tenía un hijo con una determinada enfermedad, y empezaba a buscar padres que tenían hijos con esa misma enfermedad, y terminaban formando una organización como las que nos prestan servicios a 1800 discapacitados en Jujuy, que son organizaciones sin fines de lucro con subsidio del Estado, pero que no me reciben un paciente si no mando el cheque, y si no está la plata no atienden al enfermo. Entonces ésta es una verdad absoluta: la salud es un derecho que se termina cuando se termina la plata, sea la entidad que sea la que está en juego.

Como decía antes todos los sistemas de salud del mundo comparten hoy la misma problemática, que es una tendencia natural a desfinanciarse. Esto está estudiado desde hace muchos años y Carlos Vassallo lo sabe mucho mejor que yo porque es especialista en temas económicos de salud. Hay estudios hechos por allá en la época de los '80, algunos en Alemania y muy serios, donde hacían una aseveración de que los costos de la atención médica se incrementaban entre el 2,5 y el 3%, 3 veces más que los recursos para asistir a esas necesidades. Y ellos hacían a su vez un simulacro, un ejercicio económico de ir aumentando el porcentaje del PBI año a año para cubrir ese aumento de los costos, llegaba un momento que creo que era el año 2037, que el 100% del PBI estaba destinado a salud, seguía habiendo gente fuera del sistema. Y creo que hablar de esto es importante, porque nuestra frontera diaria en la toma de decisiones es la frontera de lo posible. Es muy difícil, yo quisiera que las cosas fueran de otra manera, pero no lo son.

Y el aumento de los costos, a diferencia de la posibilidad de recursos para atender estos costos, sigue desfasándose día a día, alejándose más y aumentando la brecha, como decía al comienzo Miguel González. Dicho sencillamente, nosotros necesitamos año a año más plata para hacer lo mismo, no para hacer más cosas, y esto los legisladores no lo entienden. Nosotros necesitamos más recursos para hacer lo mismo y no para dar no más prestaciones, porque hoy un paciente diabético no tiene el mismo costo que 10 años atrás, cuando lo tratábamos con insulina porcina, bovina y derivados de la purina. Hoy manejan sus controles, tienen las lapiceras e insulinas supermoleculares que valen \$1000, \$2000 y que hay que cubrir al 100%.

Hoy un paciente de SIDA no tiene el mismo costo que hace 10 ó 15 años, y lo mismo sucede con un paciente artrítico o uno artrósico. Quienes tenemos unos cuantos años de médicos, sabemos que desde que se incorporó la cirugía en el tratamiento de la artrosis cambiaron totalmente los costos. Y acá ya no estamos hablando de enfermedades de baja incidencia y alto costo, la artrosis no es de baja incidencia, la artritis no es de baja incidencia y tampoco la diabetes, todo lo contrario. Los pacientes renales no son de baja incidencia y los sidosos tampoco, y afortunadamente con algunas de las mejoras que se han dado en la tecnología y en la farmacología hoy la expectativa de vida de estos pacientes ha mejorado sustancialmente, por lo tanto son poblaciones inflacionarias. Cada año se agregan más pacientes para diálisis o más pacientes diabéticos que requieren insulinas, por lo tanto necesitamos más recursos para hacer lo mismo, esto es importante tenerlo presente.

Este desfasaje presupuestario hace que para no afectar la accesibilidad, la cobertura y la provisión de quienes reciben tratamientos bajo normas especiales, garantizadas por leyes especiales, nos veamos obligados quienes debemos tomar decisiones ante la falta de crecimiento del recurso, a hacer ajustes al resto de los que están adentro del sistema. Y esto se llama reasignación de recursos. Entonces cada vez limitamos más las prácticas rutinarias, aumentamos en los coseguros incluso en algunos casos provocando situaciones de inaccesibilidad, porque en algunos casos obviamente no le podemos fijar un coseguro a una medicación que vale \$12000 mensuales, porque ¿quién va estar en condiciones de pagar el 50% de bolsillo?

Entonces el ajuste se traduce en que nosotros, si miramos la cobertura que damos, tenemos dos poblaciones de afiliados: unos que cada vez tienen menos y los otros que van creciendo y que tienen todo. Ahora cabe preguntarse que va a pasar cuando a alguien que está aportando al sistema pero está sano, le digamos que hay que por ejemplo demorar tal o cual operación para su hijo, por ejemplo una apendicitis o una colecistectomía. O yendo más lejos, le digamos que no tenemos cobertura para eso, pero que él está colaborando para que el diabético tenga la insulina al 100% y el sedoso tal o cual tratamiento también al 100%...

Lo que quiero recalcar con esto es que el sistema es solidario, pero las personas no son solidarias, las personas quieren que le resuelvan su problema. Las personas desconocen lo que le pasa al resto de la población de afiliados, vienen a buscar la prótesis del papá, que aportó durante 25 años, y quieren la prótesis de \$60.000 porque el médico les dijo que es la mejor. Y la situación con la que nos encontramos entonces es que el individuo pretende la solución a su demanda, desconoce lo que pasa y no es solidario.

Lo que tenemos que procurar es que sea solidario el sistema, porque si yo voy a aportar a un sistema que cuando lo necesite no me va a dar nada, en la medida que no haya reciprocidad no va a existir, y de hecho no existe, la solidaridad. Y esto es lo que está pasando, porque es fácil buscar documentación y analizar la estructura del gasto de salud de los últimos 15 años, y nos vamos a encontrar como en un gráfico de tortas con que cada vez hay menos recursos para atender las patologías comunes. ¿Y cuál es el recurso de gestión que tenemos frente a esto? Pagar un poco más de coseguro en la consulta, o limitar la consulta, o buscar bajar una franja de medicamentos en vez del 50% al 40% de cobertura. Claramente esto no pasa de ser parches en el sistema, esto es buscar salir de esa situación sin resolver estructuralmente el problema.

Esto nos lleva también adentro de los ocho principios sobre los cuales idealmente se debería construir un sistema de salud, a una compulsa entre la universalidad y la integralidad, o sea universalidad vs integralidad. Si yo no le puedo dar todo a todos, le tengo que dar lo más que puedo a la mayoría. Pero acá resulta que cuando volcamos los recursos en un gráfico (lamentablemente no lo pude preparar), vemos que estamos priorizando de otra manera dentro de la población, porque estamos incorporando a través de planes especiales, como cirugía bariátrica o fertilización asistida, y todo estos proyectos que andan en danza con una cobertura del 100%, y haciendo del justo en el resto de la masa de afiliados, y en algún momento esto se va a percibir dentro de la misma masa de afiliados y de gente común.

Sigo creyendo que cuando los recursos no permiten resolver todos los problemas al 100%, me refiero al 100% de cobertura y sin gastos de bolsillos para el paciente, lo que tenemos que procurar como cualquiera hace con la economía familiar, es priorizar. Y hay herramientas de gestión que están avaladas por la ética y la bioética para asignar recursos. ¿Por qué yo tomo una decisión de esto y omito otra cosa? Esto en la economía se llama costo de oportunidad, el costo de oportunidad es cuando yo tengo dos alternativas, y me decido por una. Asumo el costo de no hacer la otra, es decir yo pinto la casa pero no cambio el auto, mando mi hijo a la universidad pero no me voy de vacaciones, y si pudiera hacer todo no estaríamos hablando acá. Ese costo de oportunidad significa que cuando yo digo tengo que financiar u\$s 500 000 del tratamiento de un paciente, del otro lado de la moneda yo tengo que decir cuántos pacientes que están del otro lado del sistema tengo que ajustar para poder hacer eso. Y la batalla, con la ayuda de los amparos, la va a ganando la integralidad es decir 100%, 100%, 100%... produciendo lo que yo humildemente denomino el costo y el daño por omisión.

Yo creo que así como está hoy planteado el sistema, realmente si no se toma algún viraje y alguna decisión en serio de buscar soluciones estructurales, estamos yendo hacia el colapso del sistema.

Los daños por omisión son tremendos, y les digo por qué cambié el tema de la exposición de hoy. Hago escala en Buenos Aires, me suena el celular y me dicen "Doctor, la medida cautelar salió en contra".

Esta mañana en la Mesa anterior se trataron las Enfermedades Raras, las Olvidadas y los medicamentos huérfanos, y creo que se mencionó esta enfermedad. Yo vi la película *Medidas extraordinarias* pensando que iba a ver una película policial, sin saber que era sobre la Enfermedad de Pompe. Bueno, tenía justo después una reunión con el juez, el día miércoles, y la entrevista era sobre un caso de la Enfermedad de Pompe, de un paciente de 68 años que tenemos en la obra social, hay 14 en el país, y por ejemplo hay 100 en toda España, bueno a mi me toco 1 en 150.000 personas, o sea que la mayoría de las patologías están asociadas a la edad y no a la Enfermedad de Pompe. Porque esta enfermedad tiene tres presentaciones, me he vuelto un experto en la Enfermedad de Pompe. Pero vean la película que es bastante buena. Es causada por un defecto en la enzima alfa 1-4 glucosidasa o maltasa ácida, cuya localización genética está en el cromosoma diecisiete. Si se da en forma grave, o sea cuando el déficit de la enzima sea absoluto, no viven más de 5 ó 6 años. Dicha enzima tiene como función la degradación en menor grado del glucógeno, para producir glucosa, que ingresa al metabolismo, por lo que al fallar total o parcialmente su función, desencadena un depósito de glucógeno en las células. Es importante señalar que por su naturaleza ácida y de degradación, esta enzima se localiza en los lisosomas celulares, principalmente en las células nerviosas, musculares y del corazón, por lo que su disfuncionalidad se ve reflejada en la atrofia muscular paulatina e hipertrofia cardiaca por acumulo excesivo de glucógeno.

O sea que la acumulación de glucógenos dentro de la fibra muscular lleva a una miopatía progresiva y un aumento al tamaño de los órganos, especialmente del corazón, que hace que el paciente fallezca por paro cardiaco. Habitualmente pasa entre los 5 o 6 años de edad y esa es la forma grave, pero hay una forma que se presenta en la edad juvenil y una tardía, que es la que tiene este hombre, que es un déficit parcial de la enzima que tiene más

de 10.000 microunidades. En este paciente obviamente la mayoría de las patologías que tiene están asociadas a la edad, entonces no tienen nada que ver con la Enfermedad de Pompe, como por ejemplo una psoriasis. Bueno ¿saben cuánto le sale el tratamiento a este hombre? \$500.000 por mes, o sea 6 millones de pesos al año. Ahora yo tengo que tomar una decisión, porque esto equivale a 100 pacientes en diálisis, y me están diciendo que no les dé más diálisis... Si todo esto fuera posible nadie tendría que tomar una decisión, como no lo es entonces vamos al juez y le planteamos cómo hacemos, porque yo no puedo desatender al resto de los afiliados. Estamos hablando de solidaridad y equidad, y solidaridad y equidad no es quitarle a todos los demás para que un paciente tenga esto.

Entonces traen a la gente de la Universidad de Córdoba, y el especialista que le había hecho el diagnóstico dice que no tiene curación, pero podemos retardar el momento en que muera. A todo esto se plantea hacer el "Six minutes walking test" (TM6-Prueba de marcha de 6 minutos), o sea ver cuánto camina el paciente en 6 minutos de marcha. Y con esta medicación que tiene se observa puede caminar 6 pasos más de lo que camina sin la misma. Como decía Miguel Osio, unos \$100.000 por paso.

Lo vuelvo a decir, a nadie le gusta esto, uno no es el malo de la película, ojalá uno no tuviera que enfrentarse a esta situación, pero esto es lo que pasa. Esto es la realidad de todos los días cuando uno entra a esas organizaciones, y las decisiones hay que tomarlas, y hay que tener un criterio para tomarlas. No estaría en discusión, y lo decía al profesor Fernández, no estaría en discusión si la decisión no importara afectar el derecho del resto de los componentes del sistema, el problema es que la decisión tiene un impacto tremendo en el resto de los que cotizan.

Y otro punto que se me ocurrió comentar y que lo vimos en la reunión del COFESA, es la falta de discusión. Y por eso creo que hay que ser polémico para que se dé la discusión, y de la discusión surja la verdad. Porque la verdad es compartida, no es que uno diga la verdad y otro diga la mentira, esto es como un dado y entonces yo veo una cara y digo lo que a mí me pasa, y el otro ve otra cara y dice lo que le pasa a él, y en realidad estamos hablando de la verdad pero tenemos que buscar el consenso de cómo buscamos la soluciones.

Y no sirve plantear o decir que todos tienen que tener todo, porque sabemos que en la realidad eso no pasa, y repito: la salud es un derecho que se termina cuando se termina la plata. El sistema solidario de seguridad social de la argentina que en algún momento fue modelo en el mundo, se basa en que a través de la incorporación en el sistema existe el derecho colectivo, nunca el derecho individual puede estar en contra del derecho colectivo, ni nunca el derecho de uno puede causarle un daño a otro, pues entonces no es derecho.

Quiero decir que acá hay una compulsión donde los jueces con los amparos toman medidas y decisiones, que producen a veces severas situaciones de daños por omisión. El Myozyme, el medicamento para la Enfermedad de Pompe, que es del laboratorio Gemzyme, que tiene dos productos de este tipo: el Myozyme para la Enfermedad de Pompe y otro para la Enfermedad de Gaucher, el Cerezyme, que son dos enfermedades que podría decirse que son primas hermanas.

Coincido con lo que decía esta mañana Luis Pérez cuando planteaba cuál es el límite del sistema, porque para esos temas que son rípidos, que son difíciles, que son polémicos, hay que plantearse cuál es el límite. Nosotros estamos en un país garantista donde a todo lo queremos tener. No existe el PMO, el PMO que fue uno de los avances más grandes que se produjo en el sistema de seguridad social, donde se pasó de la anarquía al orden por lo menos en lo teórico, es decir todas las obras sociales van a tener que cumplir con un Programa Médico Obligatorio, y le vamos a garantizar el financiamiento para cumplir con ese PMO, fue un avance conceptual tremendo, pero hoy para un juez el PMO es todo, esté o no esté incluido. Una vez diagnosticada la enfermedad, listo: derecho constitucional. Yo no digo que no deba que ser así, yo creo que nos tenemos que dar un debate muy serio sobre esto, porque si no creo que vamos a perder la oportunidad de repensar el sistema.

Lo otro que hemos hablado en distintas oportunidades en la COSPRA, es que durante mucho tiempo, 30 años o más, el sistema se ha nutrido financieramente del impuesto al trabajo con las retenciones al salario y las contribuciones patronales. Yo no sé, sabrán más los economistas, si esto es suficiente para el futuro, y no sé si qué sucederá en un mundo globalizado donde se exige cada vez mayor competitividad, y ganar mercados externos para producir y para aumentar la productividad del país y el PBI. Se puede seguir aumentando el impuesto al trabajo que genera después empleo en negro, subempleo y todo esto que nosotros estamos acostumbrados a ver; a punto tal que hasta el mismo Estado, para evadir a veces los aportes previsionales genera modelos de contratación como las famosas locaciones de obras y todo ese tipo de “contratos” donde los trabajadores ni siquiera están incorporados a un sistema de seguridad social.

Entonces creo que estos son los grandes temas que a raíz de lo que escuchaba esta mañana y de lo que nos viene pasando y venimos conversando en la COSPRA me parecía interesante comentar aquí. Espero que me vuelvan a invitar, sé que me he apartado probablemente del tema, pero me parecía importante dejar estos planteos, estos temas, para que se piensen. Porque reitero, nosotros todos los días tenemos que tomar decisiones, y a veces les aseguro que no es nada fácil y uno se llena de angustia, se carga de angustia, ve llorar a la gente, escucha reclamos en todos los tonos, etc. Pero tenemos que tomar decisiones y tenemos que hacerlo con herramientas de gestión que estén avaladas por la bioética y la moral, y esto está consensuado a nivel de los organismos internacionales y se puede hacer. Muchísimas gracias.

Preguntas y Comentarios

Dr. D. Palumbo: Respondiendo a un planteo que me hizo el Dr. Russo, de Chubut, respecto a las diferencias o particularidades que tenemos en el sistema provincial respecto al nacional, el sistema nacional como bien decía el colega de San Luis está muy atomizado, y hay diferencias y asimetrías tan importantes del punto de vista cuantitativo y cualitativo, y cuando digo cuantitativo me refiero al pool de afiliados que es lo que permite diluir el riesgo. Tenemos obras sociales de 3 millones de afiliados y obras sociales de 30.000. Y desde lo cualitativo porque obviamente los ingresos por actividad son diferentes, ya que los afiliados están nucleados en los distintos convenios colectivos de trabajo según su rama laboral. No es lo mismo lo que gana un bancario de lo que gana un afiliado de OSPRERA, por lo tanto tenemos obra sociales grandes y pobres, tenemos obra sociales chicas y pobres y también tenemos obra sociales chicas y ricas, si se quiere en función de las actividades por las que están nucleadas. El sistema nacional prevé que de la recaudación total del sistema, un 10% constituye lo que se llama la Administración de Fondos o Programas Especiales (APE), este fondo tiene como finalidad evitar que esas obras sociales pequeñas que no tienen la fortaleza para enfrentar por ejemplo un paciente con E. de Pompe, puedan hacerlo porque le reembolsan el dinero. O sea que en su caso no es un gasto definitivo, pero nosotros lamentablemente carecemos de ese reaseguro de poder reembolsar esos recursos, para nosotros siempre es un gasto definitivo.

Y respondiendo a la pregunta de Carlos Vassallo, de por qué no se avanza en un sistema de reaseguro similar al APE para todas las obras sociales provinciales, tema desde ya interesante, voy a comentar algo. A mi me tocó la oportunidad de estar once años en la COSPRA, y estuve del 1995 al 2000 cuando fui presidente de la Obra Social de Mendoza, y en esa oportunidad consensuamos diez puntos entre los cuales estaba generar nuestro propio APE.

No es fácil, es mas fácil decir las cosas que hacerlas, esto lo hemos retomado ahora porque se ve que el espanto nos une. Obviamente que los más grandes están más fortalecidos que los más chicos. Y en este sentido Miguel González es un referente técnico, ya que él conduce los equipos técnicos dentro de la COSPRA, y dentro de la agenda de trabajo está la posibilidad de generar un reaseguro entre nosotros mismos o buscar alternativas. Lo tenemos que hacer de modo urgente, y les doy un solo ejemplo, imaginense el resultado si este paciente con E. de Pompe le toca en vez de a mi obra social, a la de Tierra del Fuego, que son 25 mil a 30 mil afiliados. No les da el pool para soportar el financiamiento de por vida de un paciente de este tipo. Entonces obviamente tenemos que buscar alternativas. Y le doy la palabra a Miguel, quien está trabajando en diversos temas, entre los cuales como decía está la posibilidad del reaseguro y de generar nuestros propios APEs.

Dr. M. González: Yo creo que no se hizo por cuestiones de naturaleza y decisión política, como dice Daniel. Indudablemente las obras sociales más grandes estamos en condiciones de disminuir el pool de riesgo, pero también es cierto que nos llegan primeros los problemas, porque la verdad que estamos instalados en lugares donde la oferta prestacional tiene una potencia de demanda muy fuerte, y también es bastante difícil también el hecho de que se nos vea como un financiador fuerte, porque hace que la demanda sobre nuestro sistema sea más fuerte. Hasta ahora las obras sociales grandes han pensado este tema tal vez viendo al estado provincial como garante, al ser parte de los estados provinciales, porque creo que solamente el IOSPER de Entre Ríos es la que menos relación tiene con el Estado. Y creo que esto ha sido uno de los temas que han impedido que se formen el Fondo. Pero es mi opinión que en los últimos 4 ó 5 años se está produciendo esta fuerte presión que hace que tengamos que rever este tema.

Solamente voy a agregar una apostilla para aportar a lo que decía Daniel recién respecto de la E. de POMPE. En nuestro caso tenemos a este paciente con E. de Pompe tratado ya hace un año y pico, nos sale un poco más barato que lo que le salió ahora al colega, y a pesar de que no progresó ni a favor ni en contra, y el juez había asumido un compromiso de rever el criterio según el progreso ya que es también un paciente muy mayor. Aún con la progresión que ya llevamos en el tiempo y analizado el caso con el mismo estudio que usaron en el caso que contó Daniel, en nuestro paciente sigue caminando el mismo tiempo e hizo la misma cantidad de pasos sin agitarse. Y sin embargo cuando volvimos a la justicia a ver si se reconsideraba a la luz de los resultados obtenidos, pero aún con los resultados de no progresión la justicia insiste, argumentando que quizás lo que le pasó al paciente es que no desmejoró. Es muy impresionante.

Dr. D. Palumbo: Junto con Miguel Gonzalez los dos integramos la Mesa Ejecutiva de COSPRA a nivel nacional, y también ambos estamos en el análisis. Nos encontramos el año pasado con que muchas obras sociales provinciales estaban en una situación de desfinanciamiento con cesación de pagos, e incluso en varias provincias hubo que votar refuerzos de emergencia en la Legislatura para hacer que la obra social saliera de esa situación. Pero hay que fijarse por ejemplo que cuando yo fuerzo en Mendoza, para que para una obra social que tiene 500 millones de pesos de presupuesto la legislatura tenga aprobar 60 millones de pesos de refuerzo del gobierno de la provincia a la obra social, esos 60 millones de pesos se los está sacando a los hospitales públicos y a los centros de salud. Y eso ya no es un recurso que proviene de mi salario y de la contribución patronal, eso es de los impuestos provinciales y debe estar destinado a cubrir el sistema sanitario. Entonces se está violando otro segundo principio importante del sistema de solidaridad, que es el principio de subsidiaridad, y el impacto recae sobre los más pobres y los más necesitados, o sea los que dependen del hospital público, que terminan con menos cosas porque el Gobierno tiene que asistir económicamente a la obra social que está desfinanciada, pero donde que hay gente que tiene trabajo y que tiene una mejor situación económica.

Entonces acá no se trata de pedir ayuda, acá se trata de tomar decisiones y de trabajar con la realidad. A mí me gustaría que las cosas fueran distintas, te lo aseguro, no es fácil mas cuando tomar decisiones cuando vienen y te dicen por ejemplo que el abuelo tiene 92 años y le quieren poner un cardiodesfibrilador de 140 mil pesos. Pero tiene 92 años, con un DDD anda perfecto, pero el médico que lo trata opina distinto... Y tomar decisiones implica a veces poner límites para defender el derecho de los que no están presentes y transformarse en el malo de la película. Esto es una aberración y es un tema de nuestra agenda, porque nosotros tenemos que ordenar que los sistemas que tienen financiamiento busquen legítimamente financiamiento si hace falta, yo estoy de acuerdo con eso como dije antes nosotros necesitamos año a año más plata para hacer lo mismo, esto es verdad. Pero lo que no puede ser es que yo se le saque a los más pobres la plata que necesito, tengo que buscar una alternativa, no puedo desvestir a los hospitales públicos o los centros de salud, o aquellos sitios donde concurren los que no tienen otra opción de elección para que a mí me financien la obra social que tengo desfinanciada, eso sería una inmoralidad desde mi punto de vista.

Nosotros estamos trabajando en la idea de que no hay que plantearse los temas en un sí o un no y hay que darles alternativas terapéuticas a los pacientes, el problema de hecho es que si bien hay alternativas terapéuticas y muchas, el tema es que cuando uno compara una tecnología promisoría versus lo que venimos dando ya como resolución de ese problema el resultado es adverso. Desde la Confederación estamos trabajando con el concepto de que se sofisticuen o no, no se puede decir que no porque no, sino porque hay una alternativa o porque la alternativa promisoría todavía no tiene la suficiente contundencia como para mostrar un resultado sanitario diferente. No es que solamente porque no queremos gastar.

Quizás hayan visto, porque es una imagen fuerte citada bastante en algunas presentaciones sobre temas de costo efectividad, la comparación de una tecnología de altísimo nivel como era la que prometía ser el transporte aéreo con el Concord versus el transporte más lento que se producía con los aviones habituales como los Boeing. Pero luego y en poco tiempo, en muy poco tiempo se demostró que realmente no tenía ningún sentido gastar casi el doble de combustible para llegar un poco más rápido de una conferencia a otra, y encima de eso los Concord mostraron en muy poco tiempo que no eran tan seguros como decían ser... Entonces hay que tener cuidado cuando hablamos de una tecnología instalada de alto costo en cuanto a si realmente es una tecnología apropiada. Acá en la década del '70 se hablaba de la tecnología apropiada versus la tecnología de punta pero todo era una discusión ideológica. Nosotros ahora estamos pensando en que a esto hay que darle una vuelta de tuerca y hay que pensarlo con criterios sanitarios, y creo que es de alta responsabilidad no sólo de los financiadores sino de toda la seguridad social en Argentina, ver quién está haciendo el análisis para evitar sesgos.

Todavía no existe una agencia de evaluación de tecnologías, más allá del tema del listado, porque el listado puede estar y yo puedo adherir a ese listado determinado medicamento, lo puedo incorporar, es razonable, me la juego con un chico que tiene la variante que es grave, porque para eso fue diseñado el medicamento. Ahora, la pregunta es si es razonable dárselo al paciente de 60 años o más que en realidad la progresión de su enfermedad fue tan lenta que recién ahora acaba de diagnosticarse. En el caso del paciente nuestro ni siquiera está confirmado el diagnóstico de E. de POMPE, porque es tan lábil en el modo que se demuestra que es posible que se trate de otra falta enzimática distinta a la que tiene ahora. Entonces daría la impresión que todos los elementos confluyen para que el tema sea demasiado complejo para que se tomen decisiones con la liviandad que se están tomando en nuestro país.

Y quiero agregar algo que está bastante claro y es que Argentina esta siendo una de las puertas de entrada a las nuevas tecnologías en forma absolutamente acrítica. Esto no le está pasando a otros países que tienen modelos integrados de provisión de salud, por ejemplo en Brasil creemos que no tiene el mismo impacto. Y si bien todos los jugadores juegan muy fuerte en todos lados, nosotros creemos que Argentina está teniendo un déficit muy fuerte de respaldo a la seguridad social y a los financiadores que va a poner en jaque y muy pronto, incluso a las obras sociales grandes que tenemos este pool de riesgo disminuido. Recuerden el gráfico que mostré hoy donde se veía cuánto había

crecido el gasto versus el financiamiento en nuestra obra social. Por ahora estamos con la cabeza afuera del agua, pero si no adoptamos ya algún criterio ni las obras sociales grandes como IOMA o IAPOS o como la obra social de Córdoba vamos a poder sostener esta situación.

Pero quisiera complementar estas respuestas con un mensaje esperanzador. Hace tiempo atrás cuando Favalaro hizo la primer cirugía, es de imaginarse el impacto desde el punto de vista económico que eso trajo aparejado. Durante mucho tiempo se debatió la cobertura que esta práctica o tecnología y el impacto que iba a tener, y hoy por hoy es una práctica cubierta sin mayores problemas. Todas estas novedades también pienso que van a decantar, pero es necesario tener las evaluaciones pertinentes, porque a diferencia del by pass que llegó como una novedad, acá llegan todas juntas y pueden competir entre sí. Lo que pasa es que uno no puede establecer el filtro apropiado o incluso el momento de aplicación que tienen, el debate está hoy instalado, pero el mensaje esperanzador es que la expectativa no es estudiar para decir que no a un paciente, sino para decir que sí pero adecuadamente.

Como dijeron la Dra Mazzieri y el Dr. Cario antes y que quizá pasó algo desapercibido, falla el marco regulatorio del Estado. No puede ser que el Estado no tenga intervenciones y en general marcos regulatorios de rentabilidad y de precio de estas cosas. Resulta que regulamos el precio de la carne, la leche, el pan, o los jabones, y un marcapaso vale lo que vale un camión, o un medicamento de estos vale 50 casas por mes. Entonces obviamente el Estado no puede estar ausente, eso en primer término. Y para terminar y darle paso a la palabra del Dr. Cario, hay algo que se me olvidó y que lo transmito como algo nuevo que hemos instalado en Jujuy. Esto era sistemático porque cada vez entran más proyectos para que la obra social cubra, es como que casi se legisla en contra de las obras sociales y no a favor de las personas. Entonces yo hice una presentación en la Comisión de Salud por ejemplo para decir que si se estaba hablando de reconstrucción mamaria, esto era para el 100% de las mujeres que necesitan reconstrucción mamaria, porque pareciera ser que estamos haciendo leyes discriminatorias donde el paciente que tiene seguridad social tiene derecho a recibir el beneficio, y si el paciente depende de la obra social del ministerio público, que es la verdadera obra social de los pobres, no tiene el beneficio. Entonces acá legislamos discriminatoriamente, yo tengo que hacer cirugía bariátrica y el ministerio no, yo tengo que comprar peluca para la poliqui-mioterapia transitoria o la alopecia transitoria y el ministerio no, o sea acá se está dando un sesgo de legislar en contra de la seguridad social y no a favor de la persona. Si los legisladores dicen que todas las mujeres con mutilación mamaria tiene derecho a la reconstrucción, esto debe abarcar a las que tienen la obra social provincial y las que no la tienen, a las que tienen otras obras sociales y a las que no tienen ninguna.

Dr. R. Cario: Complementando lo anterior, creo que una de las causas por lo cual esto no se da tiene que ver con las asimetrías. Las asimetrías económicas de países de primer orden comparados con el nuestro son el origen de este problema en cuanto al desarrollo de tecnologías, pero existe la asimetría del conocimiento que entra en juego desfavorablemente en más de una ocasión. Y como lo decía Manuel Pérez Fernández en su exposición, después de comer la importancia está en el saber porque esto da poder. Es decir, a veces deberíamos nosotros declararnos ignorantes en la materia y preocuparnos por saber más, esto nos va a dar poder, que es lo que estamos necesitando para hacerle frente a esta problemática.



MESA VI

Información, regulación y calidad en el sector medicamentos

Coordinador: Farm. Miguel Russo¹

Ya han transcurrido ocho años desde el inicio de estas Jornadas y de uno de nuestros logros más queridos, porque podemos compartirlo no sólo con quienes nos acompañan en cada reunión, sino también, con mucha más gente de todas las disciplinas, tal cual es la publicación de los libros con el contenido de estos encuentros. Libros que publicamos cada vez en un plazo más breve, y ahora también en formato CD. Estamos editando cada vez una mayor cantidad de libros y este año ya hemos distribuido más de 4.000 CD de las últimas Jornadas realizadas en Córdoba.

Esta Mesa se va a desarrollar bajo el título “Información, regulación y calidad en el sector medicamentos”. Son sus disertantes el Dr. Javier Adrián Lombar, quien es abogado egresado de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora, posee una Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social y también en Economía y Gestión de la Salud en la Universidad ISALUD. Ha cursado un Programa de Desarrollo Directivo en el IADE Business School. Previamente se ha desempeñado como Gerente de Comercialización y Farmacopolítica en el laboratorio Astrazeneca y trabajó durante ocho años en Roche Argentina. Actualmente el Dr. Javier Lombar es Gerente General de IMS Health Argentina.

¹ Integrante de FEFARA, Presidente del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Chubut.

Contamos asimismo con la presencia del Dr. Jorge Luis Leguiza, quien es médico egresado de la Universidad Nacional de Rosario, Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social egresado de la Universidad ISALUD, graduado en Epidemiología en el Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan Jara, y cuenta con un Postgrado en Informática Médica en la Universidad del Salvador. Actualmente es Gerente de Gestión Estratégica en la Superintendencia de Servicios de Salud del Sistema Nacional del Seguro de Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Nuestra tercera disertante es la Farm. Silvia Liliana Boni, quien es farmacéutica egresada de la Universidad Nacional de Buenos Aires, con experiencia en Farmacia oficinal y farmacia hospitalaria, y en el ámbito de la salud pública. Es magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social egresada de la Universidad ISALUD, miembro de la Comisión Directiva del Colegio Oficial de Farmacéuticos y Bioquímicos de la Capital Federal, y desde 1992 está en funciones en la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), como Coordinadora del Programa de Pesquisa de Medicamentos Ilegítimos, Jefe de Área de Comercio Exterior y Jefa del Departamento de Registros de ANMAT.

Luego de presentar a nuestros prestigiosos disertantes, vamos directamente a dar la palabra al Dr. Javier Lombar.

Perspectivas para el mercado farmacéutico mundial 2010-2014

Dr. Javier Adrián Lombar

Introducción

Qué difícil es arrancar un segundo día del evento por la mañana, en una ciudad tan hermosa como Mar del Plata. Pero vamos a ello, y quiero decirles que necesariamente mi presentación se apoya en muchos números y gráficos, para ilustrar y sustentar lo que iremos comentando. Mi intención es hablar del mercado farmacéutico a nivel mundial y a nivel de Latinoamérica, para después decantar en lo que es el análisis de Argentina.

Creo que es interesante mirar las perspectivas entre el 2010 y hacia el 2014 vía IMS, que una consultora multinacional que analiza datos de la industria farmacéutica desde hace 55 años, y como lo hace en más de 105 países, de alguna manera esos datos proyectan la historia. Debo decir que nos ha ido bien proyectando, pero en países de Latinoamérica y en especial en la Argentina proyectar es muy difícil, lo sabemos todos, sin embargo las perspectivas son muy buenas, por lo cual vamos a poder ir viendo a través del desarrollo que estamos en un buen camino.

Visión global

Mirando el mercado farmacéutico a nivel mundial, podemos decir que proporcionará un crecimiento de \$300 mil millones de dólares y nuevas oportunidades para las compañías farmacéuticas en los próximos cinco años, o sea del 2010 al 2014.

El entorno del mercado sigue cambiando, y esto se ve especialmente en **mercados farmergentes**. Los mercados farmergentes son aquellos que de acuerdo a cómo se comportan respecto al crecimiento y al movimiento, crecen por encima del promedio. Ahí se encuentra la Argentina, y vamos a ver que para el año 2009 y 2010 se incorporaron varios países más, son 17 los que forman los llamados mercados farmacéuticos emergentes o farmergentes, y la adaptación de las compañías farmacéuticas va a ser esencial para captar las futuras oportunidades.

Proyectando al 2014, el mercado farmacéutico global excederá los \$1.000 billones de dólares. En el siguiente gráfico estamos proyectando ese crecimiento de 300 billones, pero si miramos al día de hoy, en el 2010 estamos aproximadamente en 800 billones en lo que representa el mercado mundial de medicamentos. Cuando leamos en los gráficos la sigla "MP", significa que es la proyección que nosotros hacemos, no solamente tomando los datos que realmente medimos sino aquellos que proyectamos a nivel mundial, en tanto que cuando figure como fuente *Midas*, es lo que nosotros estrictamente medimos, por lo cual van a notar que el número es sensiblemente inferior.

Puede decirse que las fuentes de crecimiento geográficas y de producto en los próximos 5 años se diferenciarán del 2009, como mostramos en el gráfico que sigue.

Ventas y crecimientos globales, 2005-2014



Fuente, IMS, 2010.

Tamaño de mercado 2009 y crecimiento 2010-14 \$Bn



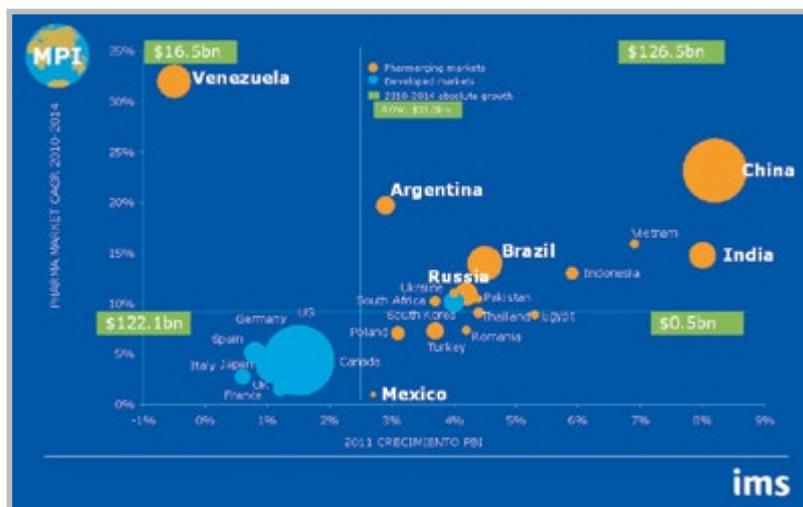
Fuente, IMS, 2010.

O sea que si nosotros miramos cómo va a estar dado ese crecimiento, es decir esos 837 billones hacia el 2009 o principios del 2010, y los 300 billones que estimamos que va a crecer y vemos cómo está compuesto, estamos diciendo que el mayor crecimiento va a estar dado en los mercados farmergentes, que son países como Brasil, China, India, Indonesia, Argentina, Venezuela, Rusia. En el caso de EE.UU. y Japón aunque ha sido muy fuerte en su *market-share*, no van a ser parte de ese crecimiento en gran medida, sigue por debajo. Sí lo va a hacer China que está considerado un mercado farmergente. Y el resto del mundo acompaña por debajo del crecimiento general.

Si cambiamos la óptica y miramos en definitiva cómo se comporta en cuanto al origen de los medicamentos, vemos que el mayor crecimiento va a estar dado por las marcas & no protegidos, y los genéricos de marca acompañando a los genéricos sin marca, por lo cual sensiblemente los protegidos van a caer hacia el año 2014.

En el siguiente gráfico, como se observa, se pronostica un fuerte crecimiento en lo económico y farmacéutico para los mercados farmergentes.

Crecimiento económico y farmacéutico pronosticado para mercados farmergentes

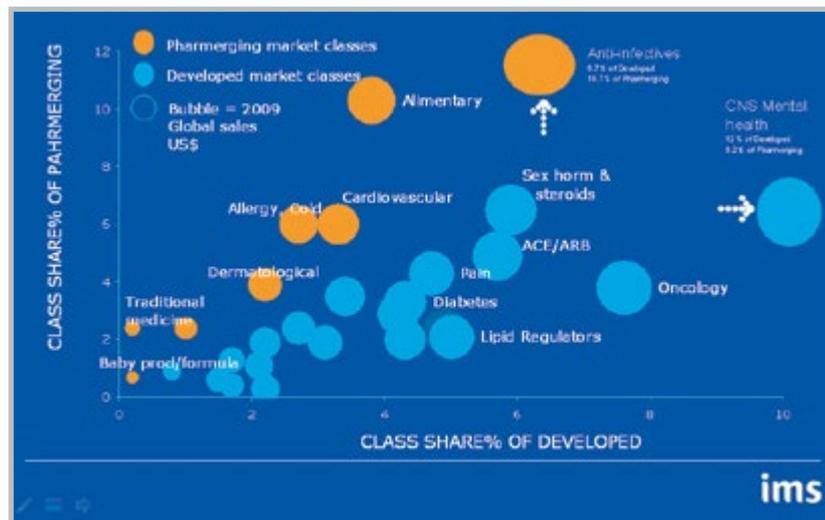


Fuente, IMS, 2010.

Pueden verse en las burbujas naranjas los mercados que nosotros llamamos farmergentes, agrupados en distintos cuadrantes según el crecimiento económico que tengan medido en crecimiento del PBI. O sea que si nosotros medimos el crecimiento promedio del mercado, los que crezcan por encima del promedio del mercado serán los farmergentes, y el tamaño de la burbuja también habla del tamaño del mercado. Ahí se ubica China, que está en el primer tier de estos mercados emergentes, Brasil, India y Rusia están en el segundo tier y en el tercer tier se ubican el resto de los países donde Argentina y Venezuela forman parte y también tienen un crecimiento importante. Para el resto de los mercados, EE.UU., Canadá, Japón, España y los otros mercados de Europa, si bien son importantes en tamaño y en lo que pesan, el crecimiento no es favorable para lo que se viene en los años siguientes.

En otro enfoque y mirando las distintas Áreas o Clases Terapéuticas de los medicamentos, puede verse seguidamente que algunas de ellas toman una porción de mercado mayor de los mercados farmergentes.

Participación de las distintas clases terapéuticas en los mercados farmergentes



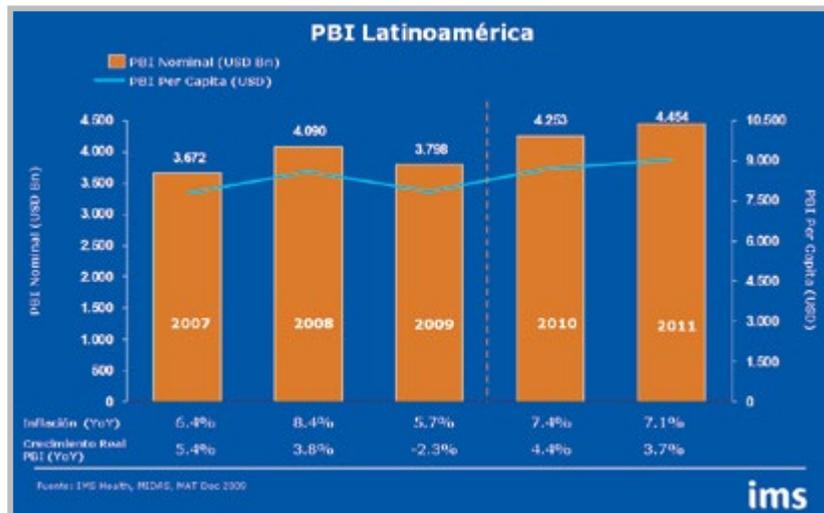
Fuente, IMS, 2010.

Si vemos entonces lo que significa en áreas terapéuticas o en las clases terapéuticas de medicamentos, vamos a notar que las azules representan estos mercados ya desarrollados y son patologías más relacionadas o más evolucionadas, mientras que los mercados emergentes tienen gran desarrollo de productos más de base, como antiinfecciosos, relacionados a alimentación, cardiovasculares, alergia y dermatológicos.

Panorama del mercado farmacéutico latinoamericano

Vamos a ver ahora cómo se comporta esto en Latinoamérica, donde si bien después de la crisis mundial del 2008 cuyo impacto se sintiera en los próximos años, los países van a recuperar el crecimiento a tasas históricas, por eso proyectamos 2010-2011 recuperando esas tasas.

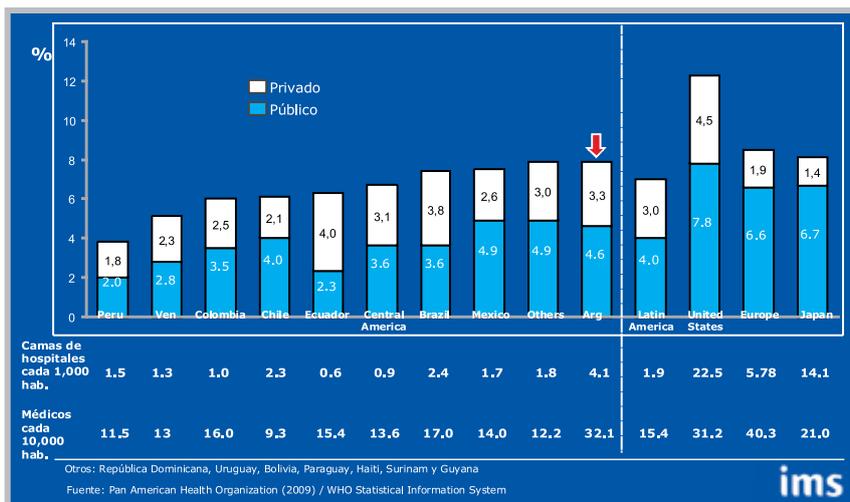
Crecimiento del PBI en Latinoamérica 2007 - Projectado a 2011



Fuente: IMS Health, MIDAS, MAT, Dic. 2009.-

Esto es interesante cuando medimos los **gastos en salud por países**. Estamos lejos de los países desarrollados en todo lo que es Latinoamérica, pero no pensé que en el caso de Argentina y contando el gasto privado y el gasto público, todavía tengamos cuatro camas por cada mil habitantes, desde ya mejor respecto a lo que es en promedio de Latinoamérica, pero lejos por supuesto de lo que son los países desarrollados. Y en el caso de médicos cada 10 mil habitantes puede verse que tenemos un número bastante importante, esto implica que tenemos un sistema de salud bastante comprensivo, y por lo tanto esto también se traslada al consumo de medicamentos.

Gastos por países en salud en % de PBI

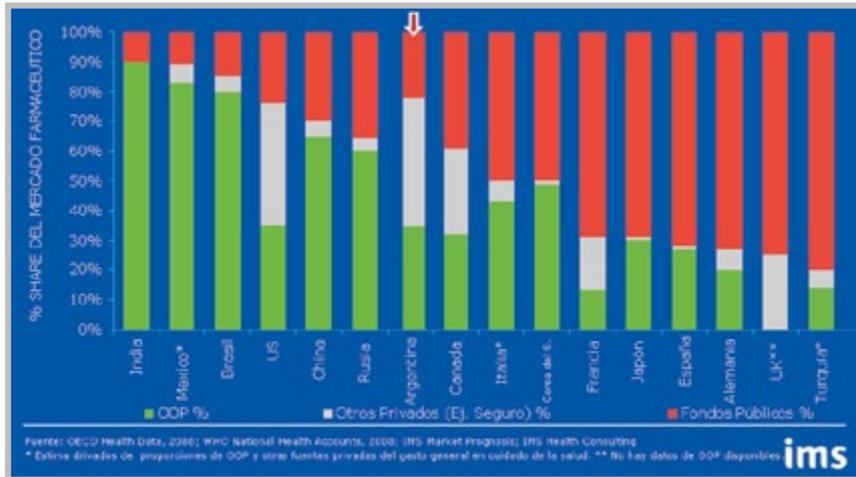


Fuente: Pan American Health Organization (2009) / WHO Statistical Information System.

Cuando vemos el **consumo de medicamentos** nos preguntamos quién paga, y analizando los países notamos en el caso de Argentina, digamos que todavía es muy importante lo que se le suele llamar *out of pocket* o gasto de bolsillo, que en este caso ronda en unos 33 puntos, pero es superior y llega al 40% si incorporamos las primas de la aseguradora privada. Esto sigue siendo importante, porque si bien hay cobertura tanto en lo público que

ronda en 30% o 34%, y también están los seguros privados, el gasto de bolsillo sigue siendo muy importante. En definitiva, el consumo del producto farmacéutico en los países depende fuertemente del pago del paciente, y la demanda tiende a ser fuertemente influida por el crecimiento del ingreso per cápita y la distribución.

Mercados farmacéuticos. Fuente de Financiación estimada, % de demanda



* Estima derivados de proporciones de OOP y otras fuentes privadas del gasto general en cuidado de la salud.

** No hay datos de OOP disponibles.

Fuente: OECD Health Data, 2008; WHO National Health Accounts, 2008; IMS Market Prognosis; IMS Health Consulting.

Veamos el siguiente gráfico, donde la fuente es MIDAS. Las ventas en América Latina crecieron 12.5% vs. el crecimiento del mercado de 6.7%. Como había mencionado, el mercado mundial que pesaba 837 billones sin proyectar, pesa 752 billones donde el 43% lo tiene EEUU con Canadá, Europa tiene un 31%, Asia y Australia un 10% y Japón también 10%. América Latina pesa un 4.6%, y esto sirve para entender cuánto pesa realmente toda América Latina en el mundo como mercado. Sin embargo, si nosotros miramos el crecimiento anual compuesto del 2004 al 2008 y lo proyectamos hacia el 2009, podemos decir que los que crecen por encima del crecimiento mundial son Asia, África, Australia y también América Latina, y esto es lo que ven las empresas a la hora de invertir, y esto es de lo que de alguna manera impulsa la economías mundiales. Por eso se consideran también mercados farmergentes, o sea aquellos mercados que crecen por encima del promedio.

Mercado auditado en MAT Dic 2009

Mercado Mundial Auditado	Ventas MAT Diciembre 2009		% Crecimiento US\$ Constante	
	US \$ Billones	% Market Share	2009	CAGR 2004-2008
Mundial	752.0	100.0	6.7	6.4
América del Norte	321.8	42.8	5.5	5.1
Europa	235.0	31.3	4.9	6.7
Asia/Africa/Australia	80.3	10.7	15.7	13.7
Japón	80.0	10.6	5.9	3.2
América Latina	34.9	4.6	12.5	11.9

Fuente: IMS Health, MIDAS, MAT Dic 2009.

Si esto lo vemos desglosado por país, vamos a notar que en el caso de América Latina, que pesa 35 billones al año, en el 2009, Brasil, Venezuela, Argentina y República Dominicana crecieron por arriba del 12.5% promedio de la región. En el cuadro que sigue se muestran los datos del 2009, puede observarse el peso de Brasil con un *market share*, una participación de casi 38 puntos, México sigue siendo muy importante con 20 puntos, y Venezuela ha tenido un crecimiento muy fuerte en los últimos 10 años y tiene una participación del 16,4%. Esto está acompañado no solamente de un crecimiento en unidades con mayor cobertura, sino también por un tipo de efecto precio correcto, tanto por aumento de precios o por devaluación o reevaluación de la moneda.

Mercados farmacéuticos en países de América Latina, 2009

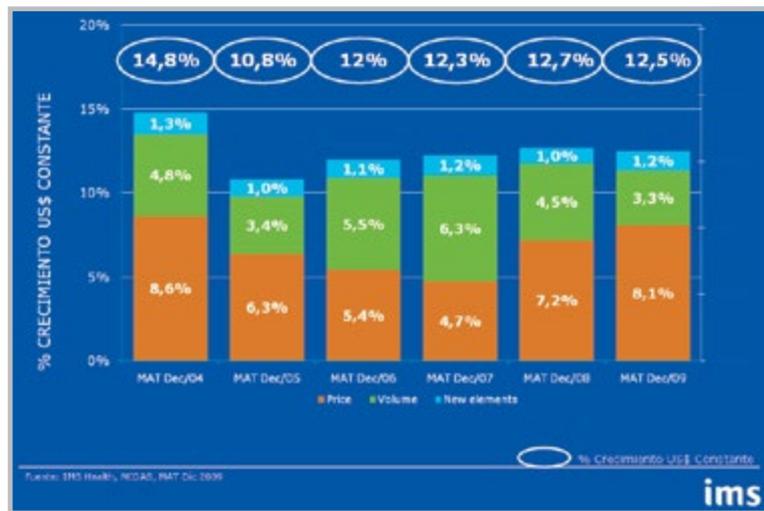
	2009		US\$ Constante	
	Ventas US\$ bn	% Market share	% Crecim. 2009	CAGR 05-09
América Latina	\$34,880	100.0	12.5	12.0
Brasil	\$13,116	37.6	14.5	11.6
México	\$7,071	20.3	0.6	5.6
Venezuela	\$5,727	16.4	31.2	32.3
Argentina	\$3,332	9.6	21.4	18.5
Colombia	\$1,506	4.3	2.8	4.1
América Central	\$1,064	3.1	-0.7	10.4
Chile	\$1,041	3.0	6.1	7.2
Ecuador	\$742	2.1	9.4	11.9
Peru	\$618	1.8	-1.5	11.8
República Dominicana	\$379	1.1	12.6	8.4

Fuente: IMS Health, MIDAS, MAT, diciembre de 2009.

En el caso de Argentina tenemos una participación de casi 10 puntos, pero si se miran los crecimientos que mencionábamos sobre un promedio de 12.5 en el 2009, los países que crecen por encima son Venezuela (31.2%), y hoy podemos decir que junto con Brasil (14,5%) y Argentina con el 21.4% actúan como motor de la región. Es de notar aquí que México, si bien es muy importante como mercado, no ha tenido un crecimiento en el último año que lo justifique.

Cuando nosotros queremos entender cuáles son los *drivers*, los motores que mueven ese crecimiento, tomamos como análisis específicamente el precio y el volumen, llamándole volumen y *mix* a la cantidad de cajitas vendidas, no sólo de aquellas presentaciones que existen, sino de aquellas presentaciones que tienen combinaciones y aquellos nuevos elementos que son los nuevos productos o nuevas presentaciones lanzadas. Vemos entonces que en el ultimo periodo del año, tomando diciembre de 2009 y diciembre de 2008, sigue siendo muy importante en Latinoamérica el efecto del incremento de precios en el crecimiento de estos volúmenes. América Latina continúa creciendo a doble dígito, impulsada cada vez más por el aumento de precios, aunque como veremos seguidamente, este comportamiento varía entre países.

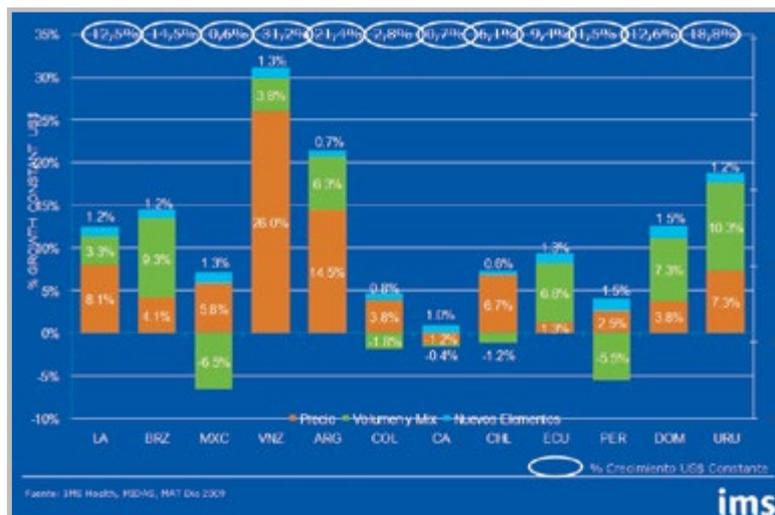
Crecimiento de los mercados farmacéuticos en América Latina, 2004-2009



Fuente: IMS Health, MIDAS, MAT, diciembre 2009.

Cuando lo miramos por país, en el gráfico siguiente, puede verse en Venezuela qué importante que es el efecto precio, y también en Argentina donde si bien hay un cierto control de precios, ronda el 14.5% promedio. Y también hay un crecimiento de volumen, porque el mercado está creciendo, y la barra verde siempre implica un crecimiento del mercado en unidades.

Comportamiento de los países de América Latina



Fuente: IMS Health, MIDAS, MAT, diciembre 2009.

Si esto lo vemos y lo tratamos de entender a través de cómo se comporta el mercado según las compañías farmacéuticas, notamos en el ranking de las Top 10 que no todas tienen un buen desarrollo en función del crecimiento. Si el crecimiento es el 12.5% promedio en la región, pocas son las compañías que crecen por encima de ese promedio, o que en definitiva hacen el crecimiento de la región. Se destaca EMS, que es una compañía

brasileña que está creciendo muchísimo, y Astrazeneca con un crecimiento del nuevo compuesto que estaría bien ubicada, pero en líneas generales las 10 compañías más grandes crecen por abajo del mercado, con excepción de EMS y AZ.

Y si vamos al Top 11-20 de posiciones, acá sí vemos que se destacan algunas compañías regionales, y por encima de los promedio estarían Merck, Roche, Ache Labs que es un laboratorio brasileño, Roemmers que es un laboratorio regional originario de Argentina, Eurofarma otro laboratorio brasileño que acaba de adquirir en agosto de 2009 al laboratorio Quesada de Argentina y Teva, que es un laboratorio multinacional pero que también tiene un buen desarrollo. Y puede notarse que en el resto de los laboratorios los crecimientos están por debajo del promedio en América Latina.

Ranking Regional de las compañías farmacéuticas, TOP10

Rank	MAT Dic 2009		US\$ Const.	
	US\$bn	% Market Share	% Crecim.	CAGR 04-08
América Latina	34,9	100,0	12,5	11,9
1 Pfizer	2,0	5,7	3,5	3,7
2 Sanofi-Aventis	1,9	5,5	8,3	9,1
3 Novartis	1,7	5,0	12,2	11,8
4 Merck & Co	1,7	4,9	3,3	6,9
5 Bayer	1,7	4,8	10,3	8,0
6 GlaxoSmithKline	1,2	3,3	9,7	5,3
7 EMS	1,1	3,0	20,6	29,1
8 Johnson & Johnson	1,0	2,8	7,7	9,0
9 Boehringer Ingel	0,9	2,6	6,1	8,1
10 AstraZeneca	0,8	2,3	12,4	20,5
Top 10	13,9	40,0	8,7	9,1

Fuente: IMS Health, MIDAS, MAT Dic 2009

Fuente: IMS Health, MIDAS, MAT, diciembre 2009.

Ranking Regional de las compañías farmacéuticas, TOP 11-20

Rank	MAT Dic 2009		US\$ Const.	
	US\$bn	% Market Share	% Crecim.	CAGR 04-08
América Latina	34,9	100,0	12,5	11,9
11 Merck KGaA	0,8	2,2	13,9	13,0
12 Roche	0,8	2,2	-3,7	6,1
13 Ache Labs	0,7	2,1	16,0	6,4
14 Roemmers	0,7	2,1	16,8	13,7
15 Abbott	0,7	2,1	11,9	10,2
16 Medley (S-A)	0,7	2,0	4,2	27,2
17 Nestle	0,7	1,9	7,2	14,7
18 Eurofarma	0,6	1,6	28,4	24,2
19 Teva	0,5	1,5	22,2	20,4
20 Nycomed Pharma	0,5	1,4	7,4	8,5
Top 20	20,6	59,0	9,6	10,3

Fuente: IMS Health, MIDAS, MAT, diciembre 2009.

Veamos ahora esto agrupando los productos en función de clases terapéuticas.

Crecimiento según clases terapéuticas

CT de Estilo de Vida	MAT Dic 2009		% Crecim. US\$ Constante	
	US\$bn	% Market Share	MAT Dic 2009	CAGR 04-08
Analgésicos No Narcóticos	1.5	4.2	8.0	8.9
Antirreumáticos, no-esteroides	1.4	4.0	6.5	6.2
Angiotensina-II antagonistas	1.3	3.7	25.5	30.6
Vitaminas y Minerales	1.2	3.4	13.3	7.6
Anticonceptivos	1.2	3.4	11.5	13.1
Antiulcerosos	1.0	3.0	16.2	17.9
Agentes Dietéticos	1.0	2.9	11.1	18.0
Reguladores de Lípidos	1.0	2.8	19.2	19.8
Antidiabéticos	0.9	2.6	17.7	20.5
Antidepresivos	0.8	2.3	16.3	13.5
10 Clases Líderes	11.2	32.2	13.8	13.8

Fuente: IMS Health, MIDAS, MAT, diciembre 2009.

En el corte tomamos todas las clases que medimos y las ranqueamos para tomar aquí las primeras 20. Puede notarse que aparecen las resaltadas en un gris más oscuro vitaminas y minerales, anticonceptivos y antidiabéticos orales, que incluyen productos relacionados a los estilos de vida. Las 10 principales clases terapéuticas continúan creciendo a un ritmo mayor que el mercado, habiendo ganado 3 p-p el 2009.

Y en el siguiente cuadro vemos los productos resaltados en el anterior enfoque por clases terapéuticas, ya que entre los productos líderes de la región, existen cuatro relacionados al Estilo de Vida.

Productos líderes en ventas en la Región, TOP 10

Marcas Líderes	MAT Dic 2009		% Crecim. US\$ Const. 2009
	US\$Mn	% Ventas	
1 Voltaren (diclofenac)	228,6	0,7	7,6
2 Cialis (tadalafil)	217,0	0,6	13,7
3 Lipitor (atorvastatin)	195,6	0,6	17,1
4 Nexium (esomeprazole)	177,5	0,5	16,7
5 Yasmin (drospirenone/ethinylestradiol)	159,3	0,5	6,1
6 Nan (infant milk)	153,7	0,4	5,7
7 Crestor (rosuvastatin)	147,5	0,4	39,0
8 Aspirin Bayer (acetylsalicylic acid)	140,3	0,4	4,6
9 Viagra (sildenafil)	132,4	0,4	4,9
10 Co-Diovan (hydrochlorothiazide/valsartan)	130,6	0,4	18,4
Total 10 Marcas Líderes	1.682,8	4,8	12,6

Fuente: IMS Health, MIDAS, MAT, diciembre 2009.

Productos Líderes en Ventas en la Región, TOP 11-20

Marcas Líderes	MAT Dic 2009		% Crecim. US\$ Const. 2009
	US\$Mn	% Ventas	
11 Dorflex (cafeína/metamizolol sodio/orfenadrina)	113,3	0,3	7,9
12 Plavix (clopidogrel)	111,8	0,3	9,4
13 Diovan (valsartan)	108,4	0,3	16,3
14 Rivotril (clonazepam)	108,3	0,3	5,6
15 Sere tide (fluticasona/salmeterol)	90,6	0,3	18,0
16 Celestone (betametasona)	89,4	0,3	1,3
17 Cipralex (escitalopram)	89,2	0,3	25,6
18 Profenid (ketoprofen)	86,7	0,2	30,4
19 Dalfon (diosmin/hesperidina)	86,2	0,2	12,7
20 Vytorin (ezetimibo/simvastatin)	86,0	0,2	2,8
Total 20 Marcas Líderes	2.653,0	7,6	12,4

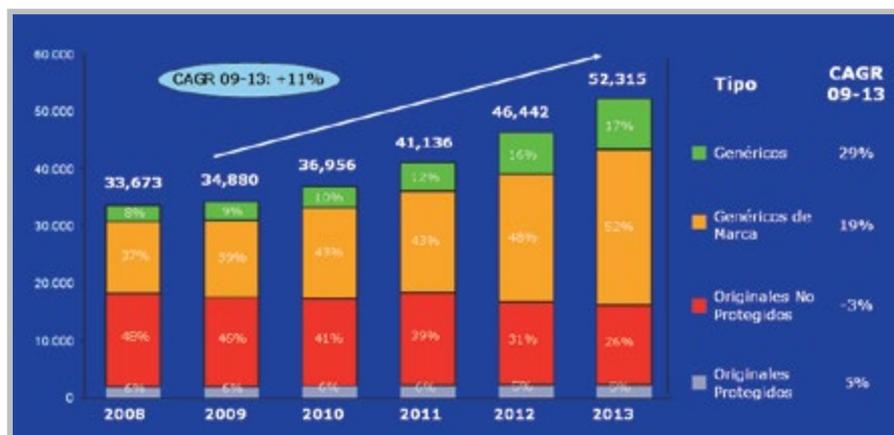
Fuente: IMS Health, MIDAS, MAT, diciembre 2009.

En un ranking de 1 a 10, primero está un producto básicamente para el dolor como es el Voltaren, pero luego enseguida tenemos a Cialis, Yasmin, Nan y Viagra que son productos que tienen mucho que ver con calidad de vida, o en algún caso podemos considerar que tienen mucho que ver con el amor y con los niños de la pareja.

Y si vamos al ranking de la posición 11 a la 20, acá vemos ya que aparecen productos más ligados a tratamientos crónicos y destacan los productos para el dolor, antihipertensivos y para el sistema nervioso central.

Por lo tanto cuando miramos el comportamiento del mercado farmacéutico latinoamericano, nosotros podemos decir que esperamos que se empiece a recuperar, y ya se está recuperando en el 2010, pero continúe con tasas de crecimientos moderados hacia el año 2013, 2014 cercanas al 10 u 11%, impulsado por genéricos y genéricos de marca.

Mercado farmacéutico de América Latina

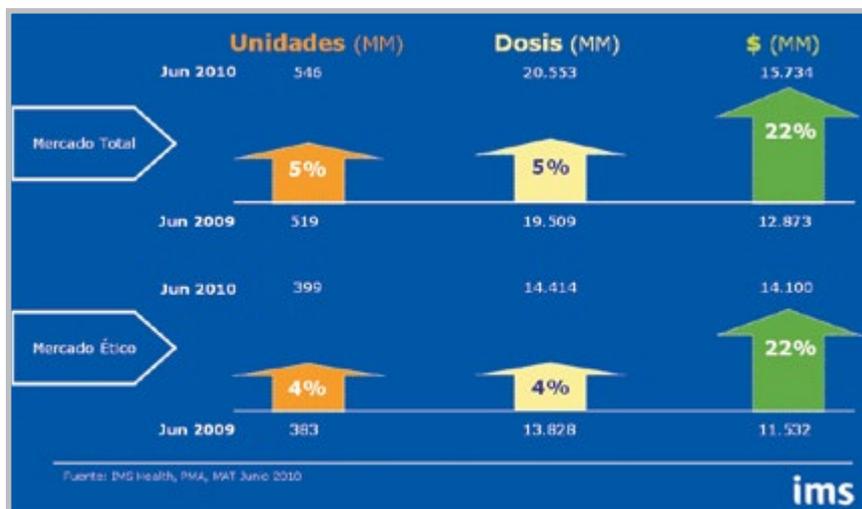


Fuente: IMS Health, MIDAS, MAT, diciembre 2009.

Panorama del mercado farmacéutico argentino. Primer semestre 2010

Un poco trasladando todo esto a la Argentina, veamos qué ha pasado en nuestro país en el año 2009 y la primera mitad del 2010. En la primera mitad del año el crecimiento en unidades estuvo en línea con el crecimiento registrado en 2009. Si miramos el cuadro de abajo donde tenemos los valores medidos en el 2009 y llevados a junio del 2010, estaremos hablando de un crecimiento anual de un 22% en moneda local. Nosotros también medimos dólares, donde obviamente es significativamente menor por el tipo de efecto evaluatorio, pero en moneda local está creciendo nuevamente a esta tasa del 22%, y en unidades un 5% sostenido para este año, y quizás recuperándose un poquito más hacia el próximo año.

Evaluación reciente del mercado farmacéutico en Argentina

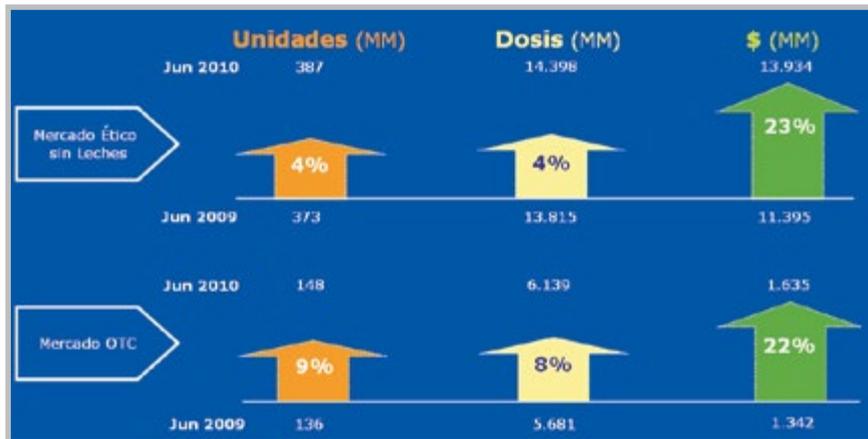


Fuente: IMS Health, MIDAS, MAT. Junio 2010.

Podemos ver el mercado total en unidades y también incorporamos la medición de dosis, porque vamos a notar que hay una variación en la presentación de algunos productos, por lo cual cuando medimos en dosis la dispersión es mayor, esto es medimos dosis iguales ya sea para comprimidos, jarabes o gotas oftálmicas, y el crecimiento es similar medido en el mercado total. En el mercado ético sucede exactamente lo mismo, las cajas tienen las mismas cantidades y referido a dosis los crecimientos son similares.

Pero cuando nosotros vamos al mercado OTC, notamos que ahí hay una pequeña distorsión en un año, que cuando se ve en varios años se nota que los productos éticos van teniendo menos cantidades y en muchos casos van manteniendo el precio, por lo cual también nosotros medimos a veces mercados éticos sin leches, porque las leches pesan muy fuerte en cantidad de unidades, entonces a la hora de medir medicamentos específicamente hace que se tenga que tomar este parámetro.

Evaluación reciente del mercado farmacéutico en Argentina



Fuente: IMS Health, MIDAS, MAT. Junio 2010.

Vamos a ver ahora cómo se compone ese crecimiento. Decíamos que en principio está dividido en tres elementos: lo que llamamos precio, volumen y mix, y renovación.

Factores de crecimiento del mercado farmacéutico



Fuente: IMS Health, MIDAS, MAT. Diciembre 2009.

El precio sigue siendo el factor más importante de crecimiento. El aporte al crecimiento del factor precios volvió a los niveles de 2008 en la primera mitad de 2010. Es cercano visto al año al 14%, daba 14,5 pero acá estamos tomando desde enero a junio por lo cual va a impactar de esa manera, y quizás cuando tomamos diciembre del 2008 a diciembre del 2009, esto significa MAT, estamos midiendo un 15% porque las aplicaciones de precios a veces se hacen trimestralmente y puede ser que caiga una de un lado en el análisis, y medido en años a veces no es año calendario.

¿Qué pasa con los laboratorios y el ranking de laboratorios actualmente en Argentina? Lo vemos en los siguientes cuadros, donde van a notar en la columna 2010 y en color verde las variaciones 2009-2010 en

cuanto a posición, y en rojo aquellos que han perdido posición respecto de la primer columna, que es el 2009, pero mantienen el liderazgo y permanecen entre los Top10. Salvo Casasco que ha ganado dos posiciones, o el caso de Montpellier que también ha ganado estas dos posiciones, el resto, se movió una posición, por ejemplo Elea con Gador.

Ranking de laboratorios actual en Argentina

Rank		Compañía	\$ MM Jun 10	Share	Rank		% Crec.
'09	'10				Ético	OTC	
Top 10			\$ 15,734	100.0	-	-	22.2
1	1	Roemmers	1.339.7	8.5	1	98	22.2
2	2	Bago	852.4	5.4	2	6	24.9
3	3	Bayer	739.2	4.7	6	1	16.6
4	4	Ivax Argentina	651.5	4.1	3	29	19.5
6	5	Gador	596.6	3.8	4	30	29.9
5	6	Elea	590.1	3.8	7	3	20.4
9	7	Montpellier	505.4	3.2	5	73	29.4
8	8	Phoenix	480.4	3.1	9	12	20.6
8	9	Raffo	467.7	3.0	10	20	37.6
12	10	Cesasco	451.6	2.9	8	163	26.5
Top 10			\$ 6,673	42.4	-	-	23.7
Lideres Rank en 2010							
Secas Rank en 2010							
Sostienen Rank en 2010							

Fuente: IMS Health, PMA, MAT Jun 2010

Fuente: IMS Health, PMA, MAT. Jun 2010.

Y lo mismo para los siguientes diez. Aquí han perdido alguna posición Pfizer y Sanofi Aventis, y Baliarda en cambio tiene ahora una muy buena.

Ranking de laboratorios actual en Argentina (Cont.)

Rank		Compañía	\$ MM Jun 10	Share	Rank		% Crec.
'09	'10				Ético	OTC	
Top 11-20			\$ 3,592	22.8	-	-	19.1
7	11	Pfizer	447.9	2.9	13	10	12.4
10	12	Sanofi Aventis	432.8	2.8	11	150	16.8
14	13	Baliarda	428.9	2.7	12	-	33.6
13	14	GSK Ph	393.1	2.5	14	2	21.5
15	15	Novartis Pharma	363.1	2.3	15	122	22.2
16	16	Boehringer Ing	353.4	2.2	20	4	20.6
19	17	Bernabo	317.7	2.0	16	16	25.6
20	18	Andrómaco	296.6	1.9	22	5	21.8
18	19	Beta	284.4	1.8	17	-	11.5
17	20	Roche	273.8	1.7	18	-	5.5
Top 11-20			\$ 3,592	22.8	-	-	19.1
Lideres Rank en 2010							
Secas Rank en 2010							
Sostienen Rank en 2010							

Fuente: IMS Health, PMA, MAT Jun 2010

Fuente: IMS Health, PMA, MAT. Jun 2010.

Notamos que las compañías nacionales vienen creciendo, pero si este análisis nosotros lo hacemos considerando las incorporaciones y las adquisiciones, como mostramos en la tabla que sigue, estamos viendo que Elea se mantiene en la posición número cinco a pesar del resto de las adquisiciones, por la incorporación de la línea oftálmica de Phoenix. Y el caso de Pfizer que adquiere Wyeth y mide como una división aparte la línea de S-26, por lo cual también mejora un poco su posición. Phoenix por supuesto pierde una posición sin esta línea, y recordemos que Phoenix fue adquirida por Glaxo Smith Kline. El resto se mantienen más o menos de la misma manera y con las mismas variaciones.

Algunas variaciones ranking de laboratorios en Argentina para julio 2010

Rank	09	10	Compañía	\$ MM Jun 10	Share	Rank		% Crec.
						Ético	OTC	
				\$ 15.734	100.0			22.2
1	1		Roemmers	1.339.7	8.5	1	98	22.2
2	2		Bago	852.4	5.4	2	6	24.9
3	3		Bayer	739.2	4.7	6	1	16.6
4	4		Ivax Argentina	651.5	4.1	3	29	19.5
5	5		Elea (+S01 Phoenix)	611.2	3.9	7	3	20.8
7	6		Gador	596.6	3.8	4	30	29.9
6	7		Pfizer (+ Wyeth - S26)	548.5	3.5	5	10	10.5
9	8		Montpellier	505.4	3.2	6	73	29.4
8	9		Phoenix (-S01)	459.3	2.9	13	12	20.1
12	10		Raffo	467.7	3.0	10	20	37.6
Top 10				\$ 6,772	43.2	-	-	22.4
Legend Rank en 2010								
Legend Rank en 2010								
Legend Rank en 2010								

Fuente: IMS Health, FMA, MAT Jun 2010

Rank	09	10	Compañía	\$ MM Jun 10	Share	Rank		% Crec.
						Ético	OTC	
				\$ 15.734	100.0			22.2
11	11		Casasco	450.6	2.9	9	163	26.5
10	12		Sanofi Aventis	432.8	2.8	11	150	16.8
14	13		Baliarda	428.9	2.7	12	-	33.6
13	14		GSK Ph	393.1	2.5	14	48	21.5
15	15		Novartis Pharma	363.1	2.3	15	122	22.2
16	16		Boehringer Ing	353.4	2.2	20	4	20.6
19	17		Bemabo	317.7	2.0	16	16	25.6
20	18		Andrómaco	296.6	1.9	22	5	21.8
18	19		Beta	284.4	1.8	17	-	11.5
17	20		Roche	273.8	1.7	18	-	5.5
Top 11-20				\$ 3,594	22.8	-	-	20.9
Legend Rank en 2010								
Legend Rank en 2010								
Legend Rank en 2010								

Fuente: IMS Health, FMA, MAT Jun 2010

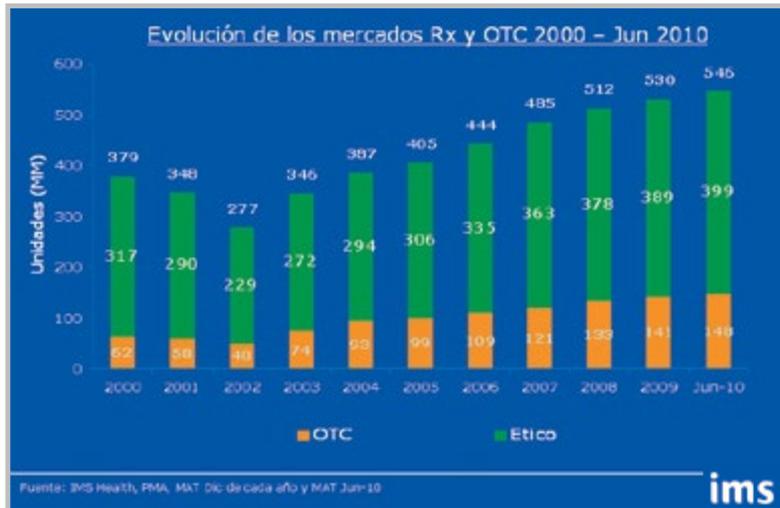
Hay que tener en cuenta el caso de Roche, que aparece en la posición 20 porque acá nosotros estamos midiendo el mercado *retail*, el mercado retail es todo aquello que va a través de farmacias. Si nosotros incorporáramos el billón punto cuatro de dólares al año del mercado no *retail*, probablemente Roche estaría en el Top10, y así sucedería con otros tantos laboratorios.

Esto tiene que ver con lo que comentaba antes, **el medicamento ético versus el OTC. Durante la primera mitad de 2010, los mercados ético y OTC siguieron creciendo en volumen.** Puede observarse que mientras

en la crisis el mercado ético era de 229 millones de unidades, hoy no alcanzó a duplicar, mientras que el de OTC, que era de 48 millones hoy triplicó la cantidad.

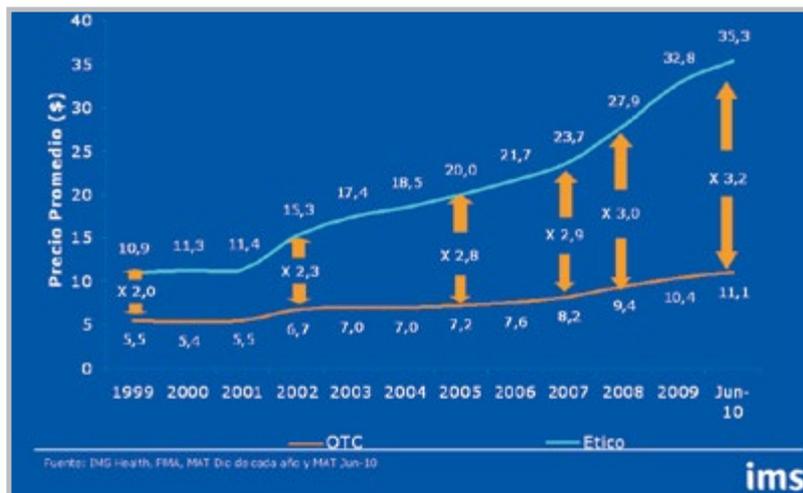
Y si vemos **la relación de precio por presentación entre productos éticos y OTC, veremos que se mantuvo 3:1 sin considerar descuentos.**

Evolución de los mercados Rx y OTC Argentina, 2000-Jun 2010



Fuente: IMS Health, PMA, MAT Dic de cada año y MAT. Junio 2010.

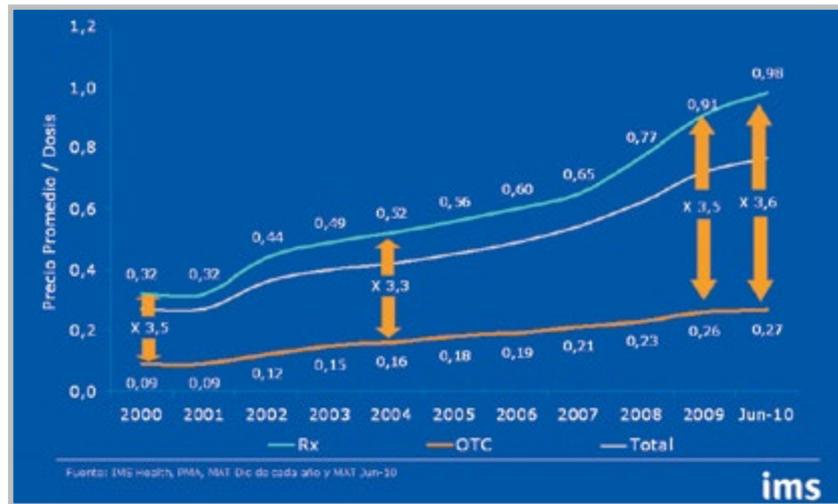
Relación de precios entre los mercados Rx y OTC Argentina 2000-Jun 2010



Fuente: IMS Health, PMA, MAT Dic de cada año y MAT. Junio 2010.

Y existe una proporción mayor de precios a favor de los éticos tomando Unidades de Dosis. La diferencia es 3.6 o 3.5 en el 2009.

Proporción de precios tomando unidades de dosis entre los mercados Rx y OTC. Argentina 2000-Jun 2010

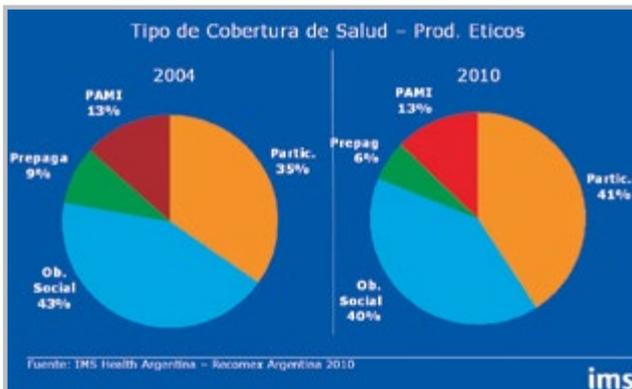


Fuente: IMS Health, PMA, MAT Dic de cada año y MAT. Junio 2010.

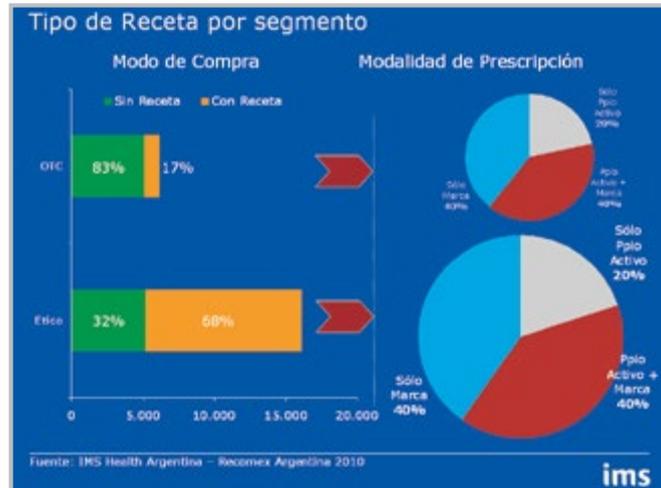
Resultados de estudios muestrales para entender hábitos de consumo

Antes de terminar, quisiera mostrarles algo que creo que les va a interesar, es un estudio muestral que se realiza en pacientes que salen de la farmacia para entender los hábitos de consumo. Lo hicimos en el año 2004 y lo volvimos a realizar en el año 2010, y hay algunos cambios. Si bien es consistente con todas las mediciones que nosotros realizamos del mercado, hay algunos datos que son interesantes.

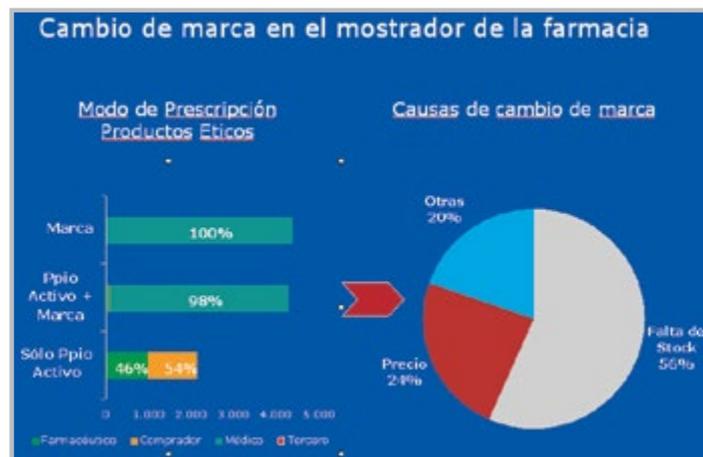
- La compra de medicamentos éticos sin hacer uso del seguro de salud, alcanza el 41% de las unidades. Notamos acá que se ha incrementado el pago del particular, y esto un poco acompaña el hecho que posteriormente a la crisis ha ido incrementado lo que cada uno de nosotros pagamos de bolsillo. Pero sigue siendo importante la obra social, el PAMI y las prepagas. Las prepagas han disminuido un poco en la cobertura, pero se mantiene bastante fuerte el tema del gasto particular.
- Respecto de cómo es la compra, si es con o sin receta, en el mercado ético se puede observar que hay un porcentaje elevado de compras sin recetas, no sé si los farmacéuticos tienen esta experiencia en el mostrador, pero acaso podría significar algo alarmante, mientras que con recetas es el 68%. En el caso de los OTC llamativamente hay un 17% que todavía tiene receta.



- Cuando nosotros miramos nuevamente el modo de compra y la modalidad de prescripción, en OTC se mantiene la misma relación del 40% cuando es sólo marca y cuando es del principio activo más la marca, y un 20% donde solamente va por principio activo. En el ético sin receta, y con receta el 68% se mantiene la misma relación.



- En el siguiente caso, cuando miramos el cambio de marca en el mostrador de la farmacia, cuando la marca es sugerida por el médico se respeta la marca, esto es lo que muestra este estudio, sin embargo cuando la marca va acompañada del principio activo en el 98% se respeta la marca, en el 2% hay una sustitución, y esto se da en el 56% por la falta de stock, por precio la decisión es del 24% y otras el 20%. Y cuando es sólo principio activo, el comprador decide en el 54%, y en el 46% decide, o mejor dicho sugiere o tiene mayor prevalencia la decisión o la recomendación del farmacéutico.



- Cuando miramos cuáles son las clases terapéuticas predominantes, nosotros estamos viendo que entre las primeras cien ATCs, las de mayor crecimiento en 2010 fueron los Antirreumáticos esteroides combinados, las Insulinas de acción lenta y los Tests de diabetes en sangre.

Rx		Fecha	
Ranking Crec.	Ranking	YTD Jun 09	YTD Jun 10
	TOTAL	22,80%	22,34%
1	48 N01A2 - Antirreum No Ester Comb	58,28%	96,99%
2	A10D5 - Insul Humfanalog Acc Lem	40,59%	95,71%
3	T02D2 - Tests De Diabetes Sangre	21,59%	49,78%
4	A10D3 - Ins Hfanalog Acc Intrap	21,69%	46,55%
5	A10D1 - Insul Humfanalog Acc Rap	18,79%	44,45%
6	R03J2 - Anbisma Antidreus Sist	38,20%	42,19%
7	N05A1 - Antipsicoticos Atipicos	43,16%	41,13%
8	C09D5 - Angiotensin-II Antag Solo	40,39%	40,87%
9	A10J1 - Acid Biguanida Solas	37,96%	39,14%
10	B01B2 - Heparnas Fraccionadas	32,17%	39,06%

Fuente: IMS Health, IPA, YTD Jun 2009 vs YTD Jun 2010

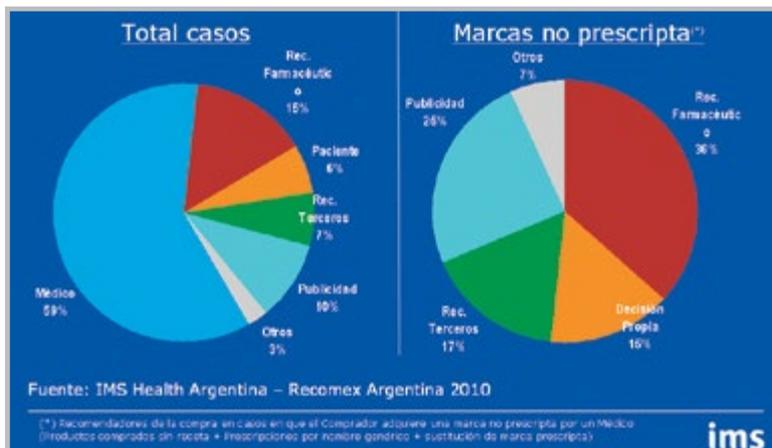
- Y si lo miramos en productos, abajo mostramos el ranking de las moléculas o asociaciones lanzadas en los últimos doce meses en mercado ético, que imprimen realmente un gran crecimiento a este mercado.

Nuevas moléculas o asociaciones lanzadas en los últimos 12 meses en el mercado ético

MOLECULA	Meses Méc.	C.T.	Descripción de C.T.	Producto (Laboratorio)
Prindolol	10	M03B0	Miorrelaj Activo Central	Prinil (Trio) - Relaxedan (biagó)
Dapoxetine	1	G04K0	Dtr-Productos Urológicos	Extensil (Biembo)
Alikin + Hydrochlorothiazide	11	C09X0	Dtr-Agent Angioten-renin	Ravilez D (Novartis)
Eplerenone	9	C03A1	Agentes Aldosterol Pat Solos	Suficard (Ivax) - Aldectone Ep (Pfizer)
Prasugrel	9	B01C2	Inhib P2a1 Recept Ant. Adp	Effient (Eli Lilly) - Nefagrel (Phoenix) - Procardia (Roemmers)
Briazolamide + Etenolol	5	B01E2	Miel Preper Antigl Topic	Alcon Azarga (Alcon)
Rupatadine	12	R06A0	Antihistaminicos	Rupafin (Nycomed)
Hyaluronic Acid + Moxifloxacin	11	S01K0	Lagr. anti/Rubric.ocular	Osmolagrimas (Phoenix)
Stacaglitin	2	A10N1	ANTID INHIB DPP-IV SOLOS	Onglyze (BMS)
Paracetamol + Etenolol	3	R05A0	Antigripales Exc.antiinf.	Gripaben T Descong (Savant Pharm)
Follitropin Alfa + Lutropin Alfa	3	G03G0	Gonadotropinas	Pergoveris (Serono)
Tocilizumab	5	M01C0	Agenc. Antirreumatic Espec	Actemra (Roche)

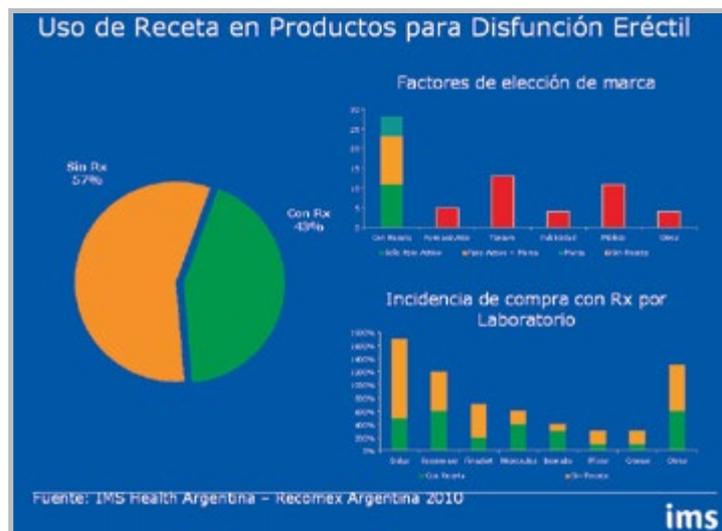
Fuente: IMS Health, IPA, Mkt 3 Jun 2010

- Ahora cuando nosotros miramos la decisión de marca comprada, puede verse que el 59% en el total de los casos es la decisión o la recomendación del médico.

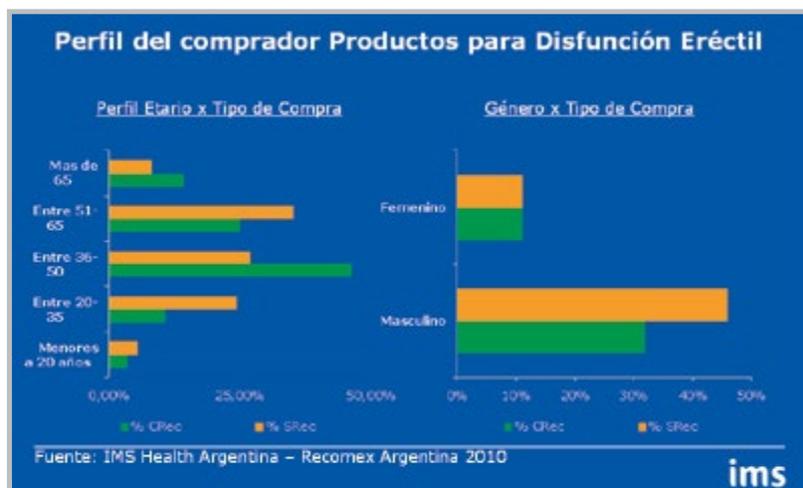


En tanto que cuando miramos la marca no prescrita directamente, vemos que toda esa porción se abre de una forma diferente donde la recomendación del farmacéutico es muy importante, pero también la publicidad, la recomendación de terceros y la decisión propia impactan en esa decisión.

- En el siguiente gráfico tomamos un caso de productos para la disfunción eréctil, y notamos que sin receta se compra el 57% y con receta el 43%, y respecto de cuáles son los factores elección de marca, se destaca la recomendación de un tercero, aunque yo no se si acá es la recomendación de un tercero o es el que compra que dice que es para un tercero, también la recomendación del médico, la publicidad y la recomendación del farmacéutico.

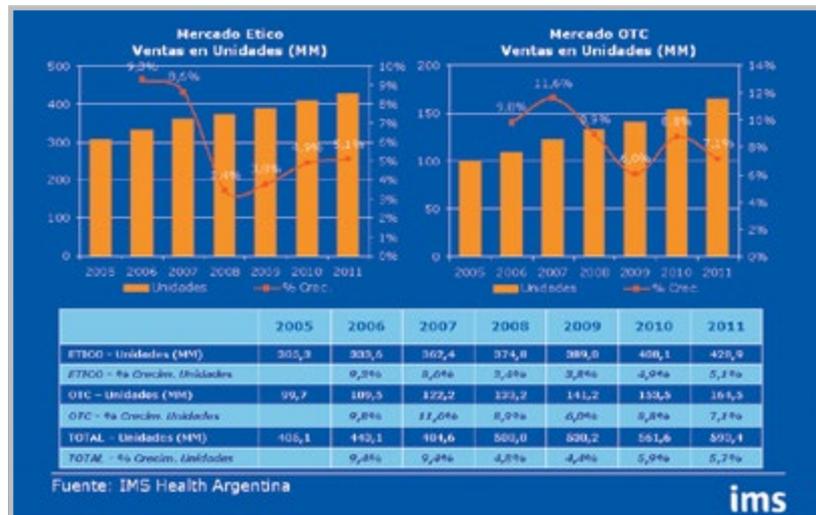


- Lo siguiente está un poco relacionado a qué edades afecta, vemos que es bastante importante la decisión entre 20 y 35 años y entre 36 y 50... qué cosa increíble, no voy a hacer una encuesta acá porque tengo miedo de los resultados.



Y finalmente mostramos la proyección para el mercado de Argentina 2010-2011. Estaríamos hablando de mantener un crecimiento en el orden del 5% para el mercado ético, y del 8%, 7% y casi 9% para el OTC. Y en promedio para el año 2010-2011 estaríamos rondando tasas del 6% en unidades.

Proyección del mercado farmacéutico de Argentina, 2010-2011



Tecnologías sanitarias y Sistema Nacional del Seguro de Salud

Dr. Jorge Luis Leguiza

Introducción

La verdad es que no sé si hacer mi presentación o ponerme a desglosar la presentación de Javier Lombar, porque verdaderamente tiene muchas cosas interesantes que se prestan a ser comentadas, aunque quizá lo haga luego Silvia Boni. Como se dijo en la presentación, yo trabajo en la Superintendencia de Servicios de Salud, que como saben es un organismo que debe realizar el control de lo que es el Sistema Nacional del Seguro de Salud. O sea que entre sus funciones debe controlar el funcionamiento de las obras sociales nacionales, que están adheridas a este Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Hoy por hoy este sistema nacional comprende más o menos 18 millones de beneficiarios, pero voy a cambiar el discurso y voy a entrar en la lógica de Javier Lombar, y entonces podemos decir que nosotros tenemos en la organización un seguro que tiene 18 millones de accionistas, sólo 18 millones de accionistas pagan la cuota parte mes a mes. Y lo que esperan como resultado es que si le pasa algo puedan curarse, y también esperan que no les pase nada, o sea que se prevenga, y si realmente les pasó puedan rehabilitarse. Esto es lo que se espera, porque en definitiva es la lógica del seguro, aunque a veces uno pierde la visión, pierde esta lógica y este enfoque, y para serles franco inclusive a nosotros, el organismo de control, los sueldos nos los pagan los beneficiarios, que son quienes pagan el gasto operativo de la Superintendencia. O sea que son ustedes los que pagan el mismo control, a pesar de que tengamos una dependencia del Ministerio de Salud.

Hay cosas como éstas que habitualmente no son dichas porque a veces uno cambia la óptica, pero si bien éste es el Sistema Nacional de Seguro de Salud, hay que tener en claro que no lo subsidia nadie sino que lo paga la gente con sus aportes, sean trabajadores de la industria o sean empresarios y sus familias. Entonces en realidad si yo me paro en la lógica de mis accionistas tengo que defenderlos, y es lógico que sea así, eso espera la gente que nosotros hagamos y se nos sanciona y critica muchísimo cuando no lo hacemos. Pero el responsable directo de lo que es la administración de este Seguro son la obras sociales, que son los agentes naturales de este sistema, son aquellos en los cuales el beneficiario confía para la administración de los recursos y a la vez son aquellos que deberían darle los recursos. Y éste es el esquema que se ha perdido.

Si uno lo mira de esa óptica debe decir que Argentina tiene un seguro nacional de salud, pero lo que pasa es que no está instalado en todo el país. Creo que esto es importante entenderlo y ver dónde estamos parados. Y si me preguntaran qué hago yo acá, la respuesta es que yo no vengo a defender las obras sociales ni tampoco vengo a defender plenamente al Ministerio, en realidad yo trabajo en el organismo que debe controlar cómo esos agentes administran los recursos que esta gente les confió. Hecha esta aclaración y tomada la posición, agrego que yo tengo la camiseta puesta en ese esquema en este momento y mientras dure mi rol de funcionario, que todo el mundo sabe que es de prestado y por un rato, porque si no se entiende eso tampoco se entiende toda la lógica del sistema que hay atrás.

Considerando lo que planteó recién Javier Lombar, en realidad yo miro la otra parte o la otra cara de la moneda, él nos habló del tema de producción, de consumo y demás, y yo voy a hablar un poco de necesidades, o sea de lo que necesita nuestra gente realmente y no de lo que consume. No es lo mismo consumir que necesitar. Obviamente se supone que si alguien tiene un problema de disfunción eréctil a lo mejor compra Viagra, el punto es ver si en realidad el sistema con lo que esta persona aporta alcanza para poder financiar esto. Yo no digo que un profesional no pueda prescribir un medicamento, digo en que en realidad en función de los aportes que hace a ese seguro, la gente tiene que tener la retribución adecuada, y eso tiene que tener de alguna manera un piso y un techo.

El piso es la garantía, o sea aquello que la gente sabe que le tienen que dar, sabe que tiene que tener una guardia que lo pueda atender, o sabe que la medicación que está en un listado se la tienen que dar para tratar su enfermedad. Y a la vez tienen que existir un techo, el seguro no es infinito, para que el seguro fuera infinito los aportes tendrían también que ser infinitos. La lógica que yo pongo en lo que le pido a mi seguro tiene que ser la misma lógica que pongo en mi casa, pero esto también se ha perdido en este esquema y la gente a veces reclama mucho más de lo que tiene derecho a reclamar.

Con estas aclaraciones, además de fijar un poco mi posición, pretendo dar cierta continuidad a la introducción que pudo haber hecho en el primer día de estas Jornadas el Superintendente. Entonces pensando el tema dentro de esta lógica y admitiendo que partimos de un seguro, es interesante citar un estudio privado de la Universidad del Salvador donde se planteó que el costo del Programa Médico Obligatorio, o sea de esta cobertura piso que hay que darle a la gente, estaba más o menos en 100 ó 110 pesos en promedio. Pero como todos sabemos, los promedios o sea las medias, son muy buenas para los pies, pero en la realidad las situaciones varían. Hay diferentes costos para lo que es brindar salud en diferentes lugares del país, hay diferentes maneras de acceder a la canasta, en particular en el caso de los medicamentos, sobre lo que ahora voy a también dar mi opinión a partir de una experiencia previa.

En este contexto el costo que daba era aproximadamente como dije de 100 a 110 pesos, y ahora yo me hago una pregunta: un monotributista que aporta alrededor de \$70 o un poquito más, no llega a aportar el mínimo que necesita para cubrir la canasta, pero como hablamos de promedios, este esquema debe ser lo suficientemente

solidario para que un montón de gente sea capaz de completar los recursos. Y no se trata de un caso aislado de una obra social, acá estamos hablando de 2.000.000 de personas que necesitan esto, porque al tener una obra social deben tener miedo o deben tener un problema, o bien deben tener miedo a tener un problema y eso es lo que los amerita a estar de acuerdo en el seguro, porque acá es electivo, y en el monotributo se puede elegir tener o no una obra social.

La lógica del sistema nuestro es sencilla, la lógica es que la gente quiere vivir más tiempo y mejor. De hecho a lo largo de una serie de acciones que se han hecho en todo sentido, y los medicamentos han cumplido un rol muy menor en esto, la gente vive más tiempo en promedio, la pregunta es si vive mejor. Y ahí hay un rol y un espacio muy interesantes. Javier hablaba de temas que a lo mejor están relacionados al vivir mejor, el Viagra a lo mejor no es necesario para mantener viva a la gente pero sí para hacerla vivir mejor. Y con este tipo de cosas es donde uno empieza a mirar en función de que es más o menos necesario, o qué significa para cada uno vivir mejor, y esos son valores sociales que uno tiene que determinar. Esos son valores que la industria todavía no ve, digamos que yo los veo porque estoy de este lado, aunque en algún momento estuve del otro lado y trabajé años del otro lado del mostrador en un área parecida a la que planteaba él, pero ahora estoy en esta otra área, en este otro lado.

Medicamentos es un mercado muy particular, yo no sé bien cómo es en otros países porque en realidad estoy más formado en lo que es sistemas de información que en medicamentos, así que pido perdón si tengo la indiscreción de venir a hablar de esto. Estuve entre el 2002 y el 2006 trabajando en la Superintendencia en algo que voy a contar y que es el motivo específico de la charla, y en el año 2007 me tocó trabajar junto a un grupo de técnicos que estábamos en ese momento en el Ministerio, en el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Estuve a cargo del área de logística y me encargué del tema de adquisiciones, concretamente de anticonceptivos. Y fíjense que interesante, hice la compra de tres millones de blisters de medicamentos después de reunirme, de hablar con la gente, de ver lo anterior, el uso y todo lo previo, o sea veo si estaba bien hecho y lo reviso, eso me da continuidad y hace que los proveedores me vean como “confiable”. Vale decir que les garantizo el pago como contratado estatal, y si está bien armado me da la posibilidad de aprovechar una dinámica previa.

Para dar una idea, en una compra de tres millones de blisters de anticonceptivos, yo me reúno con los proveedores que había como posibles oferentes en esto y les digo que con el presupuesto estimado yo podría pagar más o menos \$4 el blister. Lo que siguió fue una carcajada general, me dijeron que no era posible, que sí, que no, se pusieron todos a discutir porque este producto salía \$23 en farmacias. Y la cuestión fue que después del concurso de precios nosotros terminamos pagando \$1,80 el blister distribuido en los depósitos provinciales, y en la provincia de Buenos Aires distribuido en los depósitos regionales. Fíjense la diferencia que hay entre \$1,80 y \$23, y no crean que nos entregaron productos de menor calidad, nada de eso, concretamente y voy a decir la marca, fueron del laboratorio Schering.

La lógica de esto se llama economía en escala. La explicación que dio después laboratorio Schering, porque en gestiones posteriores quisieron replicar esto y no lo pudieron hacer, es que con tres millones de blisters prácticamente pagaban una buena parte de la producción nacional, pagaban todo el gasto fijo y el resto era ganancia. Fíjense que está bien y que hay algo de lógica en eso, pero ¿ustedes conocen algo que tenga tanto margen...? Porque por ejemplo cuando Garbarino hace una muy buena oferta, hace a lo sumo un 40% o un 50% de descuento...

Este mercado es complejo, el mercado de medicamentos es muy difícil de manejar, muy difícil de entender y muy difícil de regular. Y les voy a decir el motivo: en mi opinión tampoco es un mercado en sí mismo, porque cuando la señora va al mercado y quiere comprar leche busca la leche que le gusta, y sino busca otra, y si no está esa busca en cartón, y si no está en cartón compra la leche en polvo, y si no hay leche en polvo, no compra. No pasa

esto que plantea Javier Lombar de que la persona va a buscar leche de tal marca y si no la compra teme morir, esto no pasa en otras áreas, este mercado es demasiado imperfecto para ser considerado un mercado, está bien que funciona con las reglas de mercado, pero reconozcamos que es un mercado muy particular.

Vamos a entrar ahora en el tema específico de la charla. Quería hacer esta introducción para entender y marcar diferencias y similitudes, yo creo profundamente en el tema de la innovación y la industria, creo que en realidad necesito el sistema y el sistema necesita la innovación, porque yo necesito que mi gente viva más y viva mejor. De hecho para eso se me paga, mi gente quiere vivir más tiempo y vivir mejor, y cuando digo mi gente hablo también de quienes hoy comparten conmigo este encuentro, muchos de los cuales seguramente están aportando a las obras sociales de las que estoy hablando y quieren una innovación medida y controlada, regulada y estimulada, que contribuya a configurar ese objetivo, esa meta.

En este marco vamos a contar desde la Superintendencia qué estamos haciendo a la fecha y en qué camino vamos durante esta gestión, dentro del espacio que podamos tener para trabajar. Pido nuevamente disculpas por esta introducción tan extensa, pero mi intención fue situarlos en la gestión actual. La persona que vino ayer es un técnico muy viejo en la Superintendencia, hace 25 años que está y empezó como cadete, yo mismo no hace mucho que estoy acá pero trabajé antes en seguros y por ahí tengo una formación en este área, y una gran parte del grupo técnico que está hoy es netamente técnico y nos van a ver salir poco en los medios. Pero más allá de lo que pudo pasar en una gestión previa, proponemos soluciones y ejecutamos, sabiendo que probablemente algunas cosas nos van a salir bien y otras no.

La gestión en la Superintendencia

Programa Médico Obligatorio y ETS

¿Qué nuevas tecnologías hay? Hoy para resolver que nuestra gente viva más tiempo y mejor tenemos la biología molecular, los anticuerpos monoclonales, la terapia génica, avances en Bioingeniería, nuevos materiales disponibles, nuevos abordajes de viejos problemas y tecnologías de la comunicación.

Hay muchas cosas, hay cosas que son nuevas para tratar cosas nuevas, hay cosas que son nuevas para tratar cosas viejas, y también hay cosas que son nuevas para tratar cosas que no conocemos y generan problemas que ni sabemos que son problemas, y otras alternativas que probablemente no lo sean.

Este es un problema para la definición de cualquier canasta, nosotros con un horizonte de recursos limitados obviamente debemos evaluar y seleccionar qué debería estar en esa canasta básica garantizada. Una de las herramientas que se usó para esto es la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS), que es una metodología por la cual yo tomo una tecnología cualquiera, que puede ser un medicamento, y veo qué problema resuelve, cuánto lo resuelve, cuánto de esto se aplica y finalmente si esto se puede financiar de alguna manera y si es seguro. Después está el tema de las prioridades, es decir cómo priorizo esto en función de la salud, y en este caso y desde mi puesto la evaluación de tecnología sanitaria utiliza herramientas como la Medicina basada en la evidencia, es decir la disponibilidad de evidencia y que la misma sea comprobable.

Para el **2002**, que es el momento en que se propuso el actual Programa Médico Obligatorio que es la canasta básica, tan sólo 12 países de América tenían definido un Conjunto de Prestaciones Esenciales (CPE) de manera explícita. De todos ellos Argentina fue el primero en definir que su CPE, el PMO, se diseñara conforme a criterios de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, es decir observando la efectividad clínica y la costo-efectividad de las

acciones. Esto partió de reconocer que en la canasta básica previa se cubrían cosas que no deberían cubrirse y otras que no tenían evidencia, pero nadie sabía bien por qué. Entonces la idea en ese momento fue definir una canasta de base para después definir un mecanismo de actualización que fuera transparente. Esto es muy complejo, hay que fijarse que cuando se agrega una línea en el producto esto involucra un cambio importante en el mercado y tiene impacto sobre la gente, pero aparte tiene impacto sobre la industria. Esto intenta garantizar la transparencia de la empresa y es un derecho en sí mismo.

Se organizó un Grupo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (GETS) en la SSSalud para apoyar esta tarea, que incluía gente interna y además contratados. Algunos de los contratados para dar una idea del nivel técnico que se manejaba en ese momento, venían trabajando en un postgrado en Efectividad Clínica y hoy tienen un instituto de Efectividad Clínica, el IEC. Y así se implementó un proceso formal de propuestas de modificación del PMO apoyado en evidencia.

Se elaboró la **Resolución 674/2003** que estandariza la metodología evaluativa, que lo que permitía es que de alguna manera la industria, o toda el área e inclusive un beneficiario podían decir por qué no podía estar algo incluido en el Programa Médico Obligatorio. Algo interesante que se puede decir en este punto, es que se dice “proponer”, y cabría preguntarse por qué no incluir directamente. Y la respuesta es porque la Superintendencia de Servicios de Salud nunca tuvo delegada la función de modificar el PMO, y esta canasta básica de prestaciones a las que se tiene derecho está definida por el Ministerio de Salud de la Nación. Lo que pasa es que habitualmente e históricamente, las superintendencias eran las organizaciones en la que se hacían las presentaciones.

Y esto no es caprichoso. ¿Por qué nos pedían opinión a nosotros? Porque de hecho, nosotros recibíamos las consultas de todos los beneficiarios del país, más las consultas y reclamos de los agentes y las obras sociales y también en algunos casos de prepagas, más la industria, más los prestadores en sí mismos, más las instituciones académicas, y de alguna manera terminamos siendo una especie de referente válido en lo que es recibir todo este *background* de información, y obviamente lo aplicábamos cuando se hacían actualizaciones de canasta. A partir de esto en realidad tenía mas lógica para el Ministerio pedirnos opinión porque nosotros teníamos la evidencia, y a la vez nosotros éramos los encargados de controlar que esto se cumpliera.

Desde la vigencia de la R674 (**octubre 2003**) el 80% de las evaluaciones realizadas, (88% solicitadas por la industria farmacéutica), demostraron no tener sustento en cuanto a efectividad y costo-efectividad. Pese a ello se reconoció en este instrumento una vía de mayor transparencia y reglas claras en la determinación de los medicamentos que conforman el FT de la Seguridad Social.

La **Resolución SSSalud 674/2003** dice textualmente lo siguiente: *“Las personas físicas o jurídicas que deseen proponer altas, bajas y modificaciones en las prestaciones garantizadas en los Anexos II, III y IV del Programa Médico Obligatorio, deberán completar los formularios que, como Anexo I, forman parte integrante de la presente”*.

Abajo mostramos el modelo, y puede verse que en realidad ya esa norma permitía presentar niveles, o sea calificar la evidencia por grados o niveles.

Resolución SSSalud 674/2003. Anexo 1

Print ANEXO I

**Superintendencia de Servicios de Salud
Solicitud de gestión de tecnologías – Altas/Bajas/Modificaciones**

7. Grado de evidencia

PARA ESTUDIOS DE TERAPEÚTICA

Grado de evidencia	Significado
I	Evidencia obtenida al menos de un ensayo clínico aleatorizado bien controlado o un metanálisis
II 1	Evidencia obtenida de ensayos no aleatorizados bien diseñados y controlados
II 2	Evidencia obtenida a partir de estudios de cohorte o casos y controles bien diseñados, preferentemente en más de un centro o por más de un grupo de investigadores.
II 3	Evidencia obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo con o sin grupo control, incluye resultados contundentes producidos por experimentos no controlados (ej. penicilina en los años 40)
III	Opciones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

¿Como calificaría el grado de evidencia para la incorporación/eliminación/modificación de la tecnología/indicación en evaluación?
I - II 1 - II 2 - II 3 - III

PARA ESTUDIOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Grado de evidencia	Significado
IA	Revisión sistemática / Ensayo aleatorizado de test diagnóstico
IB	Estudios de corte transversal con una muestra adecuadamente tomada, una comparación ciega e independiente, con la utilización de un adecuado test de referencia (gold standard), en MAS de 50 pacientes

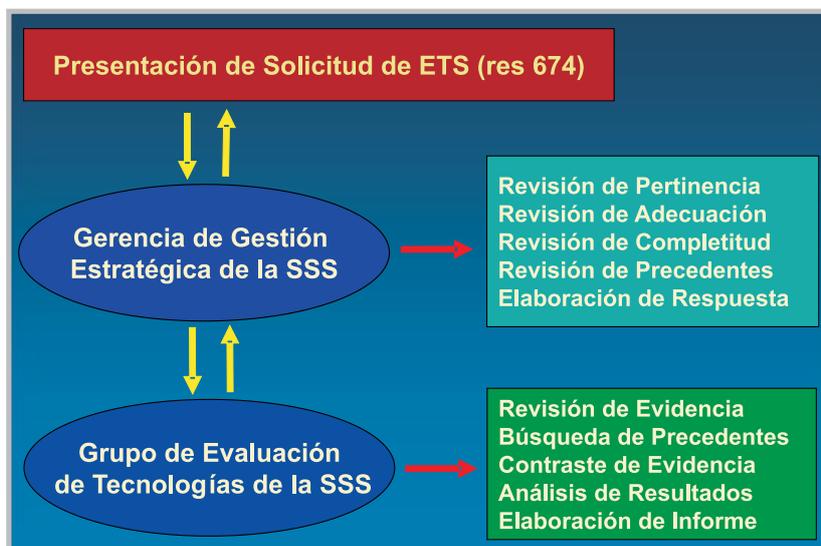
¿Como calificaría el grado de evidencia para la incorporación/eliminación/modificación de la

Fuente: SSSalud, Argentina, 2010.

Hay algunas cosas de mucha evidencia y otras de poca, cabe preguntarse qué es mucha evidencia, y por ejemplo en este caso puede tratarse tal vez de un estudio que se hizo con el mismo modelo en muchas instituciones a la vez, y conlleva una enorme carga de evidencia, eficacia, eficiencia y seguridad de que un producto sirve. ¿Y qué es un nivel bajo de evidencia? Por ejemplo un consenso de expertos, y un consenso de expertos es un nivel bajo de evidencia porque son opiniones personales basadas en lo que les parece según la experiencia clínica de los años que llevan en este tema. No es que no sea válido, es válido, pero como evidencia digamos que en este esquema en general suele tener un nivel bajo. ¿En qué momento es elevado esto? Si yo no tengo evidencia de niveles superiores, voy usando niveles más bajos cada vez hasta llegar en algunos puntos por ejemplo al consenso de expertos porque no hay mucho publicado. Y no nos olvidemos que hay que tamizar también las publicaciones, porque una cosa es lo que sucede o se publica en Inglaterra, en EEUU u otro lugar del mundo, y otra cosa lo que sucede en nuestra realidad inmediata. Por ejemplo en el caso de la cirugía bariátrica, cuando se empezó a hacer el Colegio Americano decía que la mortalidad era cero y acá había estudios que decían que la mortalidad era del 5% al inicio de este tipo de cirugía, que además es electiva. Y no es divertido que en una cirugía que yo puedo elegir tenga un 5% de chances de morirme, además del riesgo del acto quirúrgico en sí mismo. A lo que voy es que algunos datos externos no son aplicables y hay que ajustarlos mucho por consensos de expertos.

Muy brevemente en el cuadro siguiente muestro cómo es el proceso. Les comento que yo estaba en ese momento en la misma Gerencia en la que estoy ahora, era subgerente, y fíjense que hay un paso administrativo y hay un paso técnico en esto. Un paso administrativo que consiste en recibir, procesar, armar los expedientes y transparentar así los procesos. Y el paso técnico tiene que ver con el trabajo técnico de revisión de los medicamentos, productos y demás.

Proceso de evaluación de tecnologías en la SSSalud



Fuente: SSSalud, Argentina, 2010.

En la tabla siguiente puede verse lo que nos pedían. Puede verse que 98 casos, o sea el 60% de las tecnologías solicitadas correspondían a laboratorios, pero aparecen también otras entidades, por ejemplo el APE (Administración de Programas Especiales) nos pedía opinión técnica sobre si un producto había que cubrirlo en determinada situación. E inclusive acá aparece algo que es interesante y que en cierto modo es premonitorio, aparece la Defensoría, abajo también dice Juzgado y después dice Defensa del Consumidor. En ese momento, en el 2003, empezamos a hacer de referentes respecto a este tema de la cobertura por vía de excepción para todo aquello que no estaba en el PMO y la gente quería que se lo cubriesen. En este momento ya habíamos empezado a trabajar bastante fuerte con esta área, por que ya había latente un grado importante de conflictividad.

Tecnologías solicitadas por solicitante N=163 (2003-2004)

SOLICITANTE	Nº	%
LABORATORIOS	98	60,12%
APE	19	11,66%
OTROS	15	9,20%
INTERNA (PMO)	9	5,52%
ASOC. MÉDICAS - CAMARAS	9	5,52%
O. SOCIALES	5	3,07%
PAMI	2	1,23%
DEFENSORIA	2	1,23%
MEDICINA PREPAGA	1	0,61%
JUZGADO	1	0,61%
DEFENSA DEL CONSUMIDOR	1	0,61%
ANMAT	1	0,61%
TOTAL	163	100,00%

Fuente: SSSalud, Argentina, 2003-2004.

Estas son algunos de los productos de que fueron revisados y que tenían un dictamen positivo de incorporarse.

**Programa Medico Obligatorio - Resolución 757/2004 -
Propuestas de incorporación de medicamentos al PMO (al 10/2004).
Evaluaciones efectuadas con dictamen favorable**

Insulina Glargina (A10AE01)	Ezetimibe (C10AX09)
Piribedil (C04A X13)	Ramipril (C09AA05)
Perindopril (C09AA04)	Itraconazol (J0A2)
Leflunomida (M01AX)	Glucágon (H04AA01)
Cefadroxilo (J01DA01)	Bromuro de tiopropium (R03BB04)
Glicazida (A10BB09)	Raloxifeno (G03XC01)
Valsartán (C09CA03)	Metilfenidato (N06BA04)
Etoricoxib (M01AH05)	Valdecoxib/Parecoxib (M01AH03)
Escitaloprem (N06AB10)	Caspofungin (J02AX04)
Linezolid (J01XX08)	Voriconazol (J02AC03)
Budesonide en combinación con fenoterol inhalados	

Fuente: SSSalud, Argentina, 2004.

Mirando la tabla precedente, los productos que aparecen en rojo son los que están incorporados actualmente al Programa Médico Obligatorio, porque según este proceso de revisión nosotros informábamos al Ministerio que este producto en estas condiciones, o estos elementos en estas condiciones, deberían estar incorporados al PMO, pero el Ministerio no incorporaba todo. Lo examinaban en el marco de diferentes niveles de propiedades y trabajos que se hacían, así como de recursos disponibles, y luego definían qué iban a incorporar y que no. Era un procedimiento armado completo.

Ayer en estas Jornadas cuando habló el Superintendente del tema de recuperar la propuesta básica del Programa Médico Obligatorio que se había hecho antes, estaba hablando de todo esto, que implicó un trabajo de consenso hecho durante más de cuatro años, tanto con los beneficiarios como con la industria, las asociaciones y demás. La idea es un poco recuperarlo y plantear una actualización de esta propuesta.

Otro tema importante es que si bien lo que estábamos produciendo allí era una propuesta de actualización del PMO, nosotros también usábamos este mecanismo para resolución de temas a nivel del área. Por ejemplo si una persona venía y decía que quería que le cubriesen la fertilización asistida, y como no estaba en el PMO hacía un reclamo en la Superintendencia al respecto, nosotros elaborábamos un informe técnico para responder a este reclamo. En realidad existe la vía de excepción y existía en ese momento, pero el planteo entonces respecto a la no cobertura de esta tecnología fue no tanto debido a que la tecnología fuese mala sino por otros motivos, y no viene al caso ahora entrar en detalles porque es un tema complejo y conflictivo que daría de por sí para un congreso completo.

Realmente se hizo mucho, se trabajó mucho, y lo voy a esbozar muy sintéticamente para dar una idea de ello:

Gestión del PMOE y propuesta para un nuevo PMO en 2005

- Resolución mensual promedio de:
 - 40 expedientes, notas y memos interpretativos PMOE, de solicitud de modificación o relacionados.
 - 80 notas interpretativas (e-mail, fax, etc.)
 - 64 consultas telefónicas interpretativas
 - Numerosas consultas de otros tenores y/o por otros medios (TV-radio, personales, en eventos, etc.).
- Actualización de Precios de Referencia en el sitio Web de la SSS, con distribución entre Agentes del Seguro que solicitan matriz mensual
- Otras actividades
- Reuniones formales con más de 200 sociedades, instituciones, profesionales, obras sociales y otros interesados, por propuestas de inclusión / exclusión o modificaciones.
- Recepción y respuesta directa de más de 1.500 pedidos de incorporación / modificación de cobertura previa (PMOE) desde beneficiarios, instituciones y actores del sistema.
- Recepción de cientos de solicitudes y recomendaciones provenientes de otras áreas de la SSS y MSAL.
- Recepción y elaboración de más de 150 evaluaciones de tecnología y reportes desde el GETS, en el marco de la Resolución N° 674/03 y por pedido interno.
- Revisión de nueva normativa vigente o en trámite de resolución (leyes nacionales, normas de MSAL, etc.)
- Actividades con Sociedades Científicas:
 - El paradigma de la aceptación de la Medicina Basada en la Evidencia y la efectividad y costo-efectividad de los procedimientos se impone frente al paradigma de los consensos de expertos implementado en la década anterior.
 - Consensuar los Dictámenes a partir de la mejor evidencia disponible, vs. el trabajo por Consenso de Expertos que conlleva en sí mismo conflictos de intereses. (Ej. Protocolos Oncológicos)
 - Definir áreas de trabajo en común a fin de poder alcanzar Recomendaciones, Guías o Protocolos en base a la Evidencia. Ej. la Sociedad Argentina de Diabetes ha hecho llegar al GETS una propuesta de un nuevo PRONADIA, que protocoliza las insulinas análogas e incluso propone la modificación en la Res. 310/04 de algunos medicamentos incorporados, en base a la evidencia que ellos han encontrado. Igual caso se está dando con la Sociedad Argentina de Cardiología, quienes han puesto a consideración sus protocolos y el GETS se encuentra evaluando la evidencia científica presentada (requisito indispensable en todos los casos).

Realmente se hizo mucho y en este periodo se respondieron miles de expedientes. La gente lo empezó a tomar como un esquema de consulta, llamaban y preguntaban y pedían opinión, como estábamos haciendo la actualización del PMO era muy sencillo porque se tomaban a lo mejor algunos de los dictámenes ya hechos vinculados al PMO y los aplicábamos al caso, ya que lo aplicable a la población en general puede aplicarse también en la instancia de resolución de un caso particular.

No puedo explayarme en todo lo previo, pero quiero decir que es un poco lo que le está dando base al trabajo actual. Las tecnologías con dictamen positivo eran publicadas en la web de la Superintendencia (www.sssalud.gov.ar) como guías, y así había por ejemplo guías sobre la aplicación del Interferon para el tratamiento de hepatitis crónica entre otros casos. Esto le daba una idea tanto al beneficiario como al seguro de salud o a la industria, es decir si nosotros avalábamos o no la cobertura de tal o cual tecnología sanitaria, tanto la cobertura de excepción como el ingreso al PMO de esta tecnología, y si veían algo con lo que no estaban de acuerdo hacían la presentación porque lo tenían en la web, y esto era muy importante porque el proceso era transparente. En diciembre del 2005 y antes que se fuera el Dr. Rubén Torres que estaba entonces a cargo de la Superintendencia, mandamos una propuesta de actualización del PMO al Ministerio, una propuesta integral con un cambio hasta en el modelo de

gestión, que tenía mucho impacto en el tema de medicamentos y cambiaba bastante el Formulario. Esta propuesta todavía está en estudio en el Consejo Consultivo, y un poco lo que se está planteando ahora es la posibilidad de actualizar ese Listado, actualizarlo al día de hoy y proponerlo de vuelta, o por lo menos trabajar en el esquema de actualización en el listado.

Otra cosa interesante es que mucha de la gente que estuvo trabajando en este tema de las obras sociales están utilizando esta metodología para revisar la vía de excepción Y los juzgados por ejemplo toman la evidencia y la leen, eso es interesante, me he encontrado con pedidos de juzgados donde les mandamos un informe y después piden mas información de un tema específico concerniente al caso particular.

Podemos entonces esbozar **algunas conclusiones** respecto a lo que se ha hecho en el tema en el periodo que estuvimos considerando:

- Mas allá de la producción y respuestas que se han dado, esta política ha penetrado en financiadores y prestadores, estableciendo un nuevo paradigma basado en la racionalidad antes que en el racionamiento.
- Los decisores de políticas en la Seguridad Social han tomado mayor conciencia de la relevancia de los reportes de Evaluación de Tecnología en la toma de decisiones.
- Por otra parte, ha comenzado a ser utilizado en forma frecuente por quienes toman decisiones en instancias no médicas, tales como los Juzgados, Defensoría del Pueblo, de Consumidores, Cámaras Legislativas, etc.
- Todos los actores reconocen en esta nueva estrategia mecanismos de mayor transparencia y eficiencia en la toma de decisiones sobre políticas de cobertura.
- Otras acciones deben ser llevadas adelante para fortalecer y formalizar estos mecanismos entre las Evaluaciones de Tecnología Sanitaria y los tomadores de decisiones. Para ello, la creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías, tal cual lo plantea el Plan Federal de Salud, es un objetivo a cumplimentar.

Acciones actuales en Evaluación de Tecnologías Sanitarias en la SSSalud (2010)

¿Qué esta pasando hoy? ¿Qué estamos haciendo hoy a la fecha en evaluación de tecnología sanitaria? En estos momentos la Superintendencia no tiene encargado elaborar una propuesta de actualización. Como dije esto era y es una prerrogativa del Ministerio, y si bien nos han pedido algunas propuestas de actualizaciones puntuales, todavía no tenemos totalmente definido este mecanismo, aunque sí lo tenemos propuesto.

Sin embargo también está el mecanismo de Vía de excepción y la resolución de los casos conflictivos, como el PMOE anterior todavía no se aprobó, todo lo que estaba ahí de nuevo la gente lo está pidiendo igual, con lo cual se genera mucho conflicto y en realidad a este mecanismo de evaluación de tecnología lo volvemos a tomar.

¿Qué sucede cuando la gente hace un reclamo a la Superintendencia? Lo que hace muchas veces es preguntar si esto o aquello no se lo quieren cubrir, entonces el Control de Servicios al Beneficiario o de prestaciones se fija si realmente está adentro de lo que debería cubrirse, si está en la red, y si tiene una discapacidad, si corresponde a la discapacidad que tiene con cobertura y demás. Es decir que se hace toda una revisión previa y se resuelve la mayoría de los casos, pero algunos casos son complejos y podrían entrar por vía de excepción, y muchos de esos casos son derivados a nuestra Gerencia. En la Gerencia nuestra este tema de evaluación de tecnología se está institucionalizando, y de ser antes solamente un grupo ahora estamos armando el Departamento de Evaluación de Tecnología. Esto va a salir probablemente por una Resolución y va a estar incluido en un Decreto, con lo cual la gente que esté ahí no va a ser ya más un gerente que vino contratado sino que la gente va a ser de planta, estamos

formando nuestros propios albergues para que no se vayan afuera. Estamos formando un grupo en evaluación de tecnología que queda dentro de la Superintendencia, y aunque cambie el gerente de las diferentes gestiones se pueda dar una continuidad en esto, porque nuestros beneficiarios nos piden continuidad.

¿Que hicimos ahora?

- Desarrollo de revisiones de tecnologías sanitarias para toma de decisiones de cobertura > todos los dictámenes de cobertura por excepción deben acompañarse de evidencia de soporte > Gestión Basada en la Evidencia.
- Estandarización del modelo de revisiones de apoyo siguiendo el formato de las “Guías para la Elaboración de Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias MERCOSUR -2008” . ¿Qué significa formato Mercosur? Argentina hizo un acuerdo con los países del Mercosur para trabajar en lo que es la evaluación de tecnología en forma conjunta. Una de las primeras cosas del acuerdo es que hasta que definamos la agenda de lo que vamos a evaluar en conjunto, por lo menos hagamos un formato común así podemos compartir información para cobertura entre los países del Mercosur. Y nosotros lo que hicimos es homologar para nuestras guías ese formato, y esto no es algo menor ya que nos ha obligado a buscar información que antes no teníamos, y nos deja la posibilidad de tener piezas que son por lo menos compatibles con países que trabajan mucho en esto como Brasil.
- Implementación del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la SSSalud como Unidad de Apoyo al SNSS: a la fecha con tres profesionales médicos, un farmacéutico y un economista.

¿En qué estamos ahora?

- Salimos de nuevo a nivel público y vamos a estar ya en unos días en la web de Superintendencia con la evaluación de tecnologías sanitarias ya instalada con una lógica de trabajo. Hay un equipo de trabajo en la Superintendencia y entre los integrantes hay un farmacéutico, porque es un área muy particular y es muy difícil manejar a los farmacéuticos.
- Hemos elaborado los informes técnicos y ya hay tres publicados: Implante de lente intraocular para corrección de miopía y astigmatismo, Trombofilia: rastreo en población general y profilaxis durante el embarazo, y un informe técnico que sirvió de base para trabajar el tema de Influenza A (H1N1) y la vacunación en la seguridad social. En lo que es guías e informes vamos a publicar todos los informes desde el año 2002, con lo cual la Superintendencia, digamos para este tipo de información, va a ser convertida probablemente en la base más grande del país en revisiones de tecnología sanitaria. Alguien puede decir u objetar que son informes del 2002, pero si alguien ve un informe y no está de acuerdo con lo que allí se expone, presenta una nota y dice por qué habría que actualizarlo.
- Otra cosa interesante es que en el Ministerio se hizo una Unidad Coordinadora de Evaluación y Ejecución de Tecnologías en Salud (UCEETS), ya que Argentina todavía no tiene una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, sino que en realidad tiene grupos trabajando. Eso está coordinado por el Ministerio de Salud, por el Área de Calidad. Antes trabajábamos separados y ahora lo hacemos juntos, y esto nos dio una gran ventaja. Para darnos una idea la UCEETS está haciendo una coordinación con Brasil, y ya empezamos a trabajar en temas puntuales con Brasil en evaluación de tecnologías.



Nuevas líneas de trabajo

Revisión de la cobertura y acceso a los productos medicinales

- Se están llevando a cabo desde junio pasado tres proyectos de investigación con respecto a esta temática, en el marco del Convenio Colaborativo con el CIESS (Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social) sobre Uso y Acceso a Medicamentos por la Población Amparada por el Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS).
- **El primer estudio** se está desarrollando por investigadores del CIESS y de la UBA, y tiene como objeto estimar la utilización y accesibilidad de los medicamentos en pacientes cubiertos por el SNSS, haciendo énfasis en la población Adulta Mayor. Es una encuesta que se está haciendo en públicos y privados, en los cuales a la gente que ingresa a internación y tiene cobertura de seguro se le pregunta qué seguro tiene y se le hace una serie de cuestionarios base. Este estudio se ha hecho en otros países, con lo cual tenemos una herramienta para comparar qué es lo que está reclamando la gente, por lo menos la gente que se interna.
- Este estudio es de tipo observacional, retrospectivo y longitudinal, basado en una encuesta directa sobre 500 pacientes antes de ser hospitalizados en Unidades de internación de Hospitales que atienden a los beneficiarios del SNSS, en el AMBA.
- El **segundo estudio** busca desarrollar un análisis metodológico crítico del actual listado de medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico del SNSS, y de los criterios de aplicación de los mismos, en función de una utilización racional. En este segundo estudio y también en el tercero, participó gente del CIESS y gente de la Oficina Panamericana para la Salud.
- Se definen aquí Casos de Estudio a analizar por grupos terapéuticos en patologías prevalentes, y se contrastan opciones disponibles de tratamiento. El problema que tenemos al no haber actualizado el PMO, es que en realidad en la OMS y el Formulario probablemente haya productos que sean mejores y que tengan más lógica de efectividad y de seguridad. Hay un grupo de tres investigadores, uno de ellos de La Plata, y cada uno trabaja en tres líneas totalmente distintas, son externos, no son contratados por nosotros, o sea que dicho de otro modo no los pago yo para que me digan lo que quieren.
- El **tercer estudio** busca evaluar la utilización y grado de financiamiento de los medicamentos de uso crónico en el SNSS, revisar distintos escenarios planteados en casos concretos en función de modificaciones de la modalidad o cuantía de cobertura, y proponer mecanismos de mejora en la modalidad de cobertura vigente.
- El estudio es observacional sobre datos disponibles. Los proveedores de información son la SSSalud, los Agentes del Sistema (Obras Sociales), las gerencadoras de datos de convenios de prestaciones farmacéuticas para el Sistema, la Organización Mundial de la Salud, y la bibliografía accesible.

Antes de terminar, quiero comentarles que nosotros detectamos un problema muy importante que es el tema de la cobertura del 70%. Una de las pocas cosas que se ha determinado que la Superintendencia haga por delegación, es actualizar lo que es la lista de precios en el nivel de cobertura de los considerados como productos de uso crónico, que tienen cobertura del 70%. Para darles una idea son 2700 líneas, y la autorización se hace por grupos terapéuticos basados en antecedentes. Es un trabajo de varios años e incluso lo hacemos con Alfa-Beta, con lo cual llevamos un correlato de lo que tendría que pagarnos un beneficiario cuando va a la farmacia.

La cobertura del 70% no dice que se paga el 70% directo, la idea es que se subsidiaran los productos que son más caros, y en algunos casos de acuerdo a eso el farmacéutico le tendría que devolver plata al beneficiario. Pero finalmente se optó por un sistema mixto que cubría el 70% a los que tienen costo mayor al promedio, y en aquellos que tienen menos se cubre el 70% del más bajo. Esto está muy bueno y es fácil de calcular, y muchos farmacéuticos pueden entenderlo claramente, pero puede suceder que en una línea determinada de un grupo terapéutico, el producto más barato a veces no esté disponible en una farmacia, e incluso ni siquiera esté disponible en el mercado. Estos temas fueron consultados y reclamados, tenemos un semiprueba plena, pero la pregunta sigue siendo cómo salimos de este tema. Este sistema de trabajar así pagando el 70% de uno y el 70% de otro, hizo un efecto muy interesante, nosotros tenemos hecho un estudio del periodo 2004 - 2005 donde los productos del Convenio PAMI iban acá, y los nuestros no habían aumentado prácticamente. Con lo cual la industria se acomodó a este esquema y no tienen impacto, es más, se están agregando convenios.

El grupo de investigadores lo que está haciendo es revisar a la Resolución 331 de la Superintendencia, que tiene los datos de utilización de medicamentos en la seguridad social. Hicimos una revisión de todos los datos de esta Resolución y tenemos una idea de la prevalencia y de cuáles son los temas jerárquicos. Y empezamos a trabajar con los *carriers*, y algunos analistas le pedimos colaboración a los *carriers*, es decir los intermediarios de datos, ya que la idea nuestra es ver qué está usando el beneficiario, ver qué nivel de cobertura realmente se da y ver si podemos llegar a un mix asistido. Nuestro objetivo es mantener un sistema viable, pero también que la gente pague el menor costo.

Para terminar, digamos que nuestra intención fue contarles en qué líneas trabajamos y decirles qué estamos haciendo. No les voy a decir qué es lo que vamos a hacer todavía, porque eso será todo en base a los resultados que obtengamos en estos grupos de investigación. No es improbable que elaboremos una propuesta de modificación de la forma de cobertura, por lo menos en productos crónicos, y no es improbable que lo usemos para lo que habló aquí Ricardo Bellagio en referencia al sistema de actualización continua de PMO, y que el PMO tenga entre las variables el uso razonable y un esquema de competitividad.

Finalmente dejamos algunos datos de contacto, y si alguien está trabajando con gente que maneje información de este tipo, este proyecto creemos que tiene aspectos interesantes, queremos ver qué está pasando con el beneficiario, no tomamos a la gente como variable de ajuste, sino que usamos datos regionales, datos de tasas de uso y el costo del producto. En definitiva y como creo que se ha visto a través de esta charla, estamos trabajando en algo que es más técnico y que va más allá de un discurso político.



www.sssalud.gov.ar - ets@sssallud.gov.ar - pmo@sssallud.gov.ar

Comentarios y experiencias desde el ANMAT

Mgter. Silvia Boni

¿En qué estamos trabajando hoy en ANMAT?

Página institucional

Mi idea es hacer una presentación de algunos ítems separados, para mostrar en qué estamos trabajando en este momento en el ANMAT.

En principio queríamos contar lo que quizá algunos ya habrán visto en la última semana, y es que tenemos una nueva página institucional, que básicamente lo que tiene son distintos accesos según sea comunidad, profesionales y sector regulado. Se está trabajando en los perfiles de la información que se va a colgar en el caso de cada uno de los usuarios. Fundamentalmente para el sector regulado va a estar lo que sean las guías de trámites, para la comunidad va a estar todo lo que sea retiro de mercado y para los profesionales todo lo que son las advertencias según las disposiciones que emite ANMAT. Los perfiles se están construyendo en este momento y es una página de libre acceso.

“Despapelización” del ANMAT

Otro tema que estamos trabajando es la “despapelización” del ANMAT, y se está comenzando con el área de Comercio Exterior, INAL. O sea que las empresas desde su punto de trabajo online hacen los pedidos de importación, o los de libre tránsito de productos. Esto implica que tanto los funcionarios de ANMAT como las empresas reguladas tienen que tener una firma digital, que va a ser otorgada en el caso de las empresas por la AFIP, y en el caso de los funcionarios del ANMAT por la Agencia Nacional de Tecnología Informática. También se va a trabajar con exportación e importación de productos médicos, con los testimonios de productos cosméticos y con los ensayos clínicos.

Esto es un avance muy importante, porque además de disminuir errores a la hora de emitir las autorizaciones y actos dispositivos permite un ahorro de espacio y una optimización de los tiempos. Las empresas en el caso de ensayos clínicos presentan todo el dossier, se llevan luego un número de expediente y desde su oficina cargan por ejemplo todos los datos sobre los investigadores o tipo de molécula, y esa información es evaluada directamente en soporte digital. Tenemos mucha experiencia, ya que desde el año '96 estamos trabajando con un sistema para el registro de especialidades medicinales que si bien no es el mismo, es muy similar.

Nuevo sistema de registro por imagen

También se está trabajando y antes de fin de año ya va a estar en funcionamiento, en un nuevo sistema de registro por imagen, que es una modificación y un avance sobre el ya existente, y lo que lo modifica básicamente es que las empresas van a cargar toda la fórmula cuali-cuanti, la formas farmacéuticas, excipientes y elaboradores. Se supone que las empresas tienen más tiempo de preparar el propio dossier y de cargar, y esto va a minimizar también los errores de tipeo. Además tiene una ventaja al momento de emitir el proyecto dispositivo, ya que cada empresa va a poder mirarlo desde su oficina, y hasta que no le dan el OK informático diciendo que están de acuerdo, el trámite no pasa a la firma del Director Nacional. Esto, como decíamos, nos va a permitir disminuir los

errores que en este momento estamos tratando de bajar, digamos que en los errores que salen hacia afuera hay un nivel importante, alrededor del 10%, pero nosotros internamente tenemos el *loop* para volver hacia el área que se cometió el error, y eso implica un *delay* en el pin.

Proyecto base de datos de medicamentos del ANMAT

En el marco de esta nueva página se empezó a trabajar hace tres meses un nuevo proyecto en la base de datos de medicamentos, para hacerla completa y confiable respecto a la información.

También habrán podido observar, y si no los invito a que lo hagan, la nueva forma de consulta. Antes teníamos que hacer dos o tres ingresos para obtener toda la información respecto a un medicamento, y en este caso se puede realizar una consulta puntual sobre medicamentos registrados sólo haciendo una búsqueda de acuerdo al criterio que se desee. O sea que permite acceder con cualquier tipo de campo: por el nombre comercial del producto, por el laboratorio titular, por el número de certificado, por el principio activo tanto si es uno como si es una combinación, por el código ATC, o incluso por la condición de venta.

Les muestro por ejemplo la pantalla de una consulta donde pedí un producto al azar, y ya directamente en la imagen tienen todos los datos disponibles sobre el certificado.

En este caso para trabajar sobre esta actualización de la página, como les comenté, empezamos a hacerlo en julio a través de un convenio con las cámaras de laboratorios y ya estamos en una etapa a la que yo denomino consolidación de datos. Se convocó a todos los laboratorios para que en principio chequeen cada uno de ellos los datos que publicamos nosotros respecto a los laboratorios titulares. Si encuentran alguna discrepancia tienen que hacer el aporte de la documentación respaldatoria para la corrección del dato que está cargado erróneamente. Y lo mismo sucede con los datos de los medicamentos inscriptos, donde por ahora van a estar inscriptas especialidades medicinales. Permítanme recordarles que para nosotros los medicamentos incluyen las especialidades medicinales, los productos fitoterápicos, los reactivos de diagnóstico de uso in vivo, los alérgenos y los radiofármacos. Es decir que en esta página hasta ahora sólo figuran las especialidades medicinales en la carga de todos los medicamentos.

Para ello se hizo una revisión de de los 55 certificados que se otorgaron en el país desde el primer medicamento inscripto en 1937, que es el Anusol, que sigue actualmente en comercialización con un cambio en principios activos. Se llevó a cabo entonces una revisión manual y sistemática para detectar cuáles eran los productos que estaban faltando, y en función de ello sólo se van a cargar aquellos que están vigentes y que tengan el registro actualizado.

Hay un ejemplo de un certificado que es del año 1968 y como acabamos de ver el primer producto es de 1937. Y este certificado la verdad que es apabullante, porque hay una frasecita que yo les remarco aquí, y que dice que **“como este permiso no implica abrir juicio sobre las propiedades medicinales de esta especialidad, se hará constar así en el certificado que se extienda”**. Por suerte desde entonces hemos avanzado mucho en el país.



¿Qué encontramos como datos alarmantes y que se están trabajando caso por caso?

Encontramos hasta el día de la fecha y nos falta terminar, porque de los 55.000 certificados nos faltan revisar unos 6.000, pero hasta ahora de esos 55.000 encontramos 7.000 certificados que no están ni reinscriptos ni cancelados. A pesar que el Papa dice que el Limbo no existe, pareciera que para nosotros todavía existe. Por supuesto se han convocado a las empresas a que cancelen esos registros, por ahora se hace una invitación, si no lo hacen vamos a tener que hacer una acción judicial, porque hay que cancelar los permisos de venta.

Hemos encontrado certificados transferidos sin expediente ante ANMAT para registrar el cambio de la titularidad. O sea que entre empresas hacen transacciones comerciales de certificados que nunca denuncian en el ANMAT, vale decir que no piden ese cambio de titularidad.

Y después hemos encontrado algunos casos bastantes paradigmáticos, aunque por suerte hasta el momento ninguna de estas situaciones que voy a comentar ahora están presentes en el mercado. Por ejemplo detectamos que un mismo laboratorio tiene para un mismo nombre dos certificados con dos principios activos diferentes. Es decir registraron la marca y con el tiempo les interesó una y después la otra.

Ahora bien, ¿por qué todo esto no se detectó antes? Porque el sistema que yo les comenté, se los recuerdo brevemente aunque seguramente todos lo conocen, es un sistema en el que circula la imagen del expediente, entonces es casi demasiado inteligente y perfecto, cuestión de que si hay un producto ya inscripto con ese nombre la imagen no se transfiere a la página, y por eso en ANMAT no detectábamos que teníamos estos problemas.

Ahora que estamos haciendo la carga manual tenemos distintos tipos de hallazgos:

- **Tipo 1: 1 Laboratorio 1 Nombre 2 Certificados 2 Principios activos.** Y esto lo vimos cuando a veces queríamos incorporar un producto pero ya había otro del mismo laboratorio.
- **Tipo 2: 1 Laboratorio 2 Nombres 1 Certificado 2 Principios activos.** Este caso es cuando un laboratorio tiene para un mismo certificado dos productos, es decir dos nombres. Históricamente pidieron a partir de un colutorio una forma farmacéutica de comprimido, pero el principio activo y la acción terapéutica no tenía nada que ver con el certificado originalmente extendido.
- **Tipo 3: 2 Laboratorios 1 Nombre 2 Certificados 2 Principios activos.** En este tipo de hallazgos encontramos que dos laboratorios comparten un nombre, cada uno tiene su certificado y su principio activo. Esto nos genera a nosotros una inquietud importante a la hora de responder un oficio judicial, ya sea por marca o por algún otro pedido, es decir no sabemos bien y tenemos incertidumbre respecto a qué laboratorio y de qué principio activo nos están haciendo la consulta.
- **Tipo 4: 2 Laboratorios 1 Nombre 2 Certificados 1 Principios activo.** Y este último caso, es el caso Albendazol, donde hay dos certificados y un principio activo, con dos laboratorios que comparten un albendazol cada uno con su certificado pero que tienen el mismo nombre. Es decir que si alguien nos hiciera la consulta, ahora no recuerdo el nombre de marca, no sabemos a qué albendazol se está refiriendo, si al del laboratorio A o al del laboratorio B.

ANMAT federal

Todo esto se da como sustento y se enmarca en lo que pretendemos llamar el ANMAT Federal. El ANMAT depende por supuesto de la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, la cual a su vez depende del Ministerio de Salud. Nuestras funciones básicas son el registro, el control y la fiscalización y vigilancia de los productos de competencia, y tenemos competencia en todo el territorio nacional.

El **objetivo principal** del ANMAT es **garantizar** la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, alimentos y dispositivos médicos disponibles para la población, y **controlar** la composición, calidad, eficacia e inocuidad de dichos productos.

Detectamos que teníamos una escasa o nula articulación formal entre las distintas instancias de Fiscalización y Vigilancia de productos para la salud y una ausencia de normativas armonizadas. Cada provincia tenía su propia normativa en la jurisdicción, y esto hacía que la vigilancia y la fiscalización poscomercialización se hiciera muy complicada y no fuera muy eficiente. Estas y otras situaciones permitieron durante todos estos años algunas irregularidades e ilegalidades respecto a los productos que se comercializan en el país.

Como la fiscalización, la regulación y la vigilancia no es monopolio del ANMAT y todos somos responsables ante la sociedad, nos preguntamos si ANMAT realmente cubría las expectativas de las autoridades sanitarias jurisdiccionales, o sea de las provincias, se hizo un replanteo y se vio que era necesario trabajar en conjunto.

Entonces nos preguntamos qué hacer en este momento, y la idea fue a partir de una actitud activa, desarrollar **un programa estratégico a nivel nacional que involucre a la Regulación, Fiscalización y Vigilancia en productos para la salud**, o sea en todos los productos que son competencia de ANMAT, que recordamos nuevamente, son medicamentos, alimentos y dispositivos médicos disponibles para la población.

¿Qué nos iba a permitir esto? Reconocer el problema, compartirlo con las autoridades de las distintas jurisdicciones, compartir una posible solución vigilando el problema, evaluando la solución, y si ésta no es acorde redefiniendo el problema. Porque además el problema en función de una solución o una acción tomada puede modificar el cauce.

Y así se está haciendo un trabajo en conjunto entre la Nación, las provincias y los municipios, en donde se retroalimentan las tres instancias, y los **objetivos específicos** sintéticamente son los siguientes:

- Generar una estructura nacional de fiscalización articulada, con referentes en cada jurisdicción
- Desarrollar mecanismos de conectividad entre las distintas jurisdicciones
- Articular las actividades de cada jurisdicción según normativas que permitan optimizar la eficacia del accionar fiscalizador
- Homogeneizar los componentes de los sistemas de fiscalización de las distintas jurisdicciones
- Promover el intercambio de información entre las jurisdicciones
- Homologar los instrumentos de fiscalización
- Desarrollar sistemas de información
- Promover la actualización técnica de los recursos humanos mediante programas de pasantías, intercambio de funcionarios y capacitación

Se articularon actividades, se están haciendo actualmente los martes y miércoles, hubo una reunión por el ANMAT Federal en San Juan, porque nos estamos reuniendo en distintas provincias y no sólo en Buenos Aires. Como mencioné sintéticamente antes, se está tratando de homogeneizar los componentes de los sistemas de fiscalización de las distintas jurisdicciones, y lo que es más importante y que a nosotros nos resulta clave en este tema, es promover el intercambio de la información entre las distintas jurisdicciones. Por supuesto tendremos que hacer una homologación de los instrumentos de fiscalización para facilitar el trabajo, desarrollando sistemas de información que contengan a esos instrumentos. Y finalmente otro aspecto necesario es hacer una actualización técnica de los recursos humanos, tanto desde Buenos Aires yendo al interior para conocer en qué problemas podemos ayudar y ayudarnos, y desde el interior bajo la forma de pasantías o de capacitaciones de los funcionarios, que realmente están muy interesados.

Para llevar a cabo este ANMAT Federal se ha pensado en una RED:

- Porque los límites jurisdiccionales existen y se manifiestan a la hora de implementar acciones comunes, y
- Porque existen las diferencias institucionales, orga-nizacionales y operacionales, que no se logran superar sólo con las normas del organismo regulador, sino con otras formas de integración de los actores, tales como las redes.
- Podríamos optar por una red que produjera un ordenamiento de las cosas reproduciendo un modelo central y a partir de esas normativas multiplicar las acciones.
- Si esto fuera así, la propuesta estaría orientada hacia la eficacia del centro (ANMAT).
- Esto no debe ser así, se propone generar una red con múltiples nodos (Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales).
- Una red que se constituya en un ámbito de trabajo colaborativo entre organismos de nivel nacional, provincial y municipal, orientado a fortalecer el sistema estatal de fiscalización y a generar procesos de articulación de acciones que favorezcan el cumplimiento de las regulaciones vigentes.
- Esto significa no colocar el acento en la concentración de la información en un organismo único, sino en la constitución de múltiples vínculos entre todos los puntos de la Red los nodos de manera tal que la proliferación de flujos de información entre ellos origine estímulos para la acción.

Resumiendo: es importante generar una Red porque genera un entramado vincular que se establece entre distintos actores sociales y sectores para la Vigilancia Sanitaria, se traduce en flujos de información para la acción y se amplía el universo de lo posible en el abordaje y resolución de problemas relacionados con la fiscalización de medicamentos, alimentos y productos médicos.

En el ANMAT ya tenemos experiencias en algunas **redes**: la **RENAFI** que es la Red Nacional de Fiscalización de la Sanidad de los Productos para la Salud Humana, la **RENALOA** que es la Red Nacional de Laboratorios Oficiales de Análisis de Alimentos, y la **RENAPRA** que es la **Red Nacional de Protección de Alimentos**. Tenemos también otras **herramientas** que son las Vigilancias: **Farmacovigilancia**, **Tecnovigilancia** y **Vigilancia Alimentaria**, que ya están funcionando desde hace muchos años y tienen bastante camino recorrido.

Pero además lo que se pretende ahora es trabajar con los **Efectores Periféricos Primarios (EPP)**, que van a estar en los ministerios de salud provinciales, y con los **Efectores Periféricos Secundarios (EPS)**, constituidos por Colegios de Profesionales, Universidades, Obras Sociales y Asociaciones de Profesionales provinciales.

Comité técnico de sustancias químicas y medicamentos

Otros de los puntos en que estamos trabajando en el ANMAT es en un Comité Técnico de Sustancias Químicas y Medicamentos, al principio este Comité se generó con la crisis de la efedrina y después le fuimos dando distintos cauces.

A este Comité reportan cuatro subcomités:

- **Subcomité de Asociaciones a dosis fijas**, que ya tiene un trabajo prácticamente listo sobre la asociación de antibióticos con AINES, y donde se está comenzando un trabajo de asociaciones de psicotrópicos.
- **Subcomité de Registros especiales**, que está trabajando y ya tiene el borrador sobre una disposición donde se va a definir lo que son Enfermedades Raras, Enfermedades Olvidadas y Drogas Huérfanas. Y además está trabajando en la evidencia de la similaridad. Nos estamos replanteando el modo, ya que nuestro país tiene un registro de medicamentos en base a la demostración de vigencia de registro, pero mirando otros países supuestamente de alta vigilancia sanitaria, en este momento estamos viendo cómo van a demostrar los laboratorios la similaridad para solicitar el registro en nuestro país.
- **Subcomité de Vigencia Terapéutica**, que está trabajando respecto de los ingredientes farmacéuticos activos, viendo realmente si tienen vigencia terapéutica el día de hoy. La idea es que a aquellos que realmente no logren demostrarla se les va a invitar a cancelar el registro o a actualizar el principio activo, todo esto sustentado con los listados de medicamentos esenciales de la OMS.
- **Subcomité de Condición de Venta**, que está trabajando en una Guía de Evaluación que se va a aplicar en el momento en que los laboratorios pidan la condición de venta libre en alguna molécula determinada, o en algún principio determinado y se está evaluando. En octubre se va a hacer un taller al que se los va a invitar a médicos y farmacéuticos, es decir prescriptores y dispensadores, y también a los usuarios, a evaluar esta Guía como para evaluar el instrumento a aplicar en el ANMAT.

Se hizo un análisis de los productos comercializados en mayo del 2010 a partir del Manual Farmacéutico, excluyendo del conjunto de medicamentos las leches y todos lo que sean reactivos de diagnósticos de uso in vitro, las tiras diagnósticas y los suplementos dietarios y cosméticos, o sea que se consideró sólo a los medicamentos. Pudo observarse que el **9% (765) del total de medicamentos disponibles tienen la condición de venta libre**.

Nuevo enfoque de bioequivalencia

Finalmente y ya para concluir, les comento que estamos trabajando con un nuevo enfoque de la Bioequivalencia, en este momento se está trabajando en el **Programa de Bioequivalencia** como una prueba más de la calidad de los medicamentos que contienen los Ingredientes Farmacéuticos Activos considerados de Alto Riesgo.

Este trabajo se está fundamentando en dos pilares: definir aquellas drogas que son de uso crítico y aquellas drogas destinadas a patologías prevalentes. Como drogas de uso crítico, aquellas que tengan una estrecha ventana terapéutica, o por el estado de criticidad del paciente, o aquellas que tengan una curva dosis respuesta demasiado empinada. Y también se está trabajando sobre el estado de drogas destinadas a patologías prevalentes basándonos en el listado de la OMS.

También se está trabajando para dar otro giro sobre los nuevos registros de aquellos productos inscriptos con drogas que requieran Bioequivalencia previa, o sea demostración de la Bioequivalencia previa del registro, y se está trabajando con un programa de monitoreo de eventos de prescripción, obligatorio para el titular del registro.



Mesa VII

La distribución de medicamentos: organización, eficiencia y servicios

Coordinador: Farm. Manuel Agotegaray¹

El objetivo que tuvimos en FEFARA al formar esta Mesa y tener el honor de contar en ella como disertante a nuestro colega de España, el Dr. Antonio Mingorance Gutiérrez, fue atender la preocupación que se ha generado con respecto al tránsito de medicamentos que se produce en la Argentina. Porque cuando decimos que seguimos trabajando sobre la seguridad del medicamento, esto fundamentalmente tiene que ver con lo que pasa afuera de la cajita y cómo se maneja la distribución. Y de eso estamos hablando en reuniones diarias, porque a través de distintas informaciones sabemos que hoy en la Argentina prácticamente la segunda droguería que vende medicamentos, es un circuito que no pasa ni por las droguerías oficiales, ni por las farmacias. Y un dato de “radio pasillo” muy impactante, es que entre el 20 y el 22% del mercado argentino está en este circuito.

Entonces, el que quiera aportar de alguna manera al mercado de medicamentos y a darle seguridad a la población, tiene que tener a su disposición información sobre este problema. Creo que es inevitable empezar a abordar estos temas, y va a serlo cada vez más en los tiempos que vienen.

¹ Presidente de FEFARA.

La propuesta de la Mesa es comenzar a analizar esta problemática a través de nuestros disertantes que van a abordar la realidad de dos países distintos pero con muchos puntos en común. Veremos el enfoque, las acciones y experiencias de nuestros colegas en España y luego tendremos una mirada al escenario nacional a través del Asesor Académico de estas Jornadas, Carlos Vasallo, que hizo un trabajo de investigación sobre cómo es la distribución de medicamentos en Argentina.

El Dr. Antonio Mingorance Gutiérrez es Licenciado en Farmacia egresado de la Universidad de Granada, Especialista en Análisis Clínicos con título otorgado por la Universidad de Barcelona y Licenciado en Óptica por la misma Universidad. Desde que se licenció ha ejercido como propietario de oficina de farmacia, primero en Torrenueva, más tarde en Armilla, y actualmente en Marbella (Málaga). Formó parte de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Granada como Vicepresidente y luego como Secretario, es ex presidente de Asecofarma y ex vicepresidente de Fedifar, y también Consejero en el Comité Ejecutivo del Consejo Andaluz de Colegios de Farmacéuticos. En la actualidad es presidente de Hefagra, Secretario del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Presidente de FEDIFAR, Presidente del Grupo Cooperativo Farmanova y Vicepresidente del SIGRE (Sistema Integrado de Gestión y Recogida de Envases).

Es comentarista y disertante en esta Mesa el CPN Carlos Vassallo, egresado de la Universidad Nacional del Litoral, cuya trayectoria todos conocemos ya que nos acompaña en estas Jornadas desde su mismo inicio.

La distribución de medicamentos en España

Dr. Antonio Mingorance Gutiérrez

Introducción

En primer lugar quiero dar las gracias a Manuel Agotegaray y a la organización de FEFARA por haberme dado la oportunidad de estar participando en estas Jornadas, decir que aquí uno se siente casi como en su casa, sino mejor, y sinceramente espero que no sea la última vez que no veamos.

Voy a comenzar diciendo qué es FEDIFAR. FEDIFAR es la Federación Nacional de Asociaciones de Mayoristas y Distribuidores de Especialidades Farmacéuticas. Se funda en 1979 y está integrada por ocho asociaciones de empresas que suponen aproximadamente el 95% del sector, y de hecho las empresas vinculadas a FEDIFAR emplean a más de 7500 personas y suman una facturación anual superior a los 13.000 millones de euros. Quiero señalar que esta Federación es la patronal de la distribución, pero aquí se aúnan todas aquellas empresas, tanto las que son de capital farmacéutico como las que no lo son, y tanto las que son sociedades anónimas como las de capital privado. Esto quiere decir que lo que hicimos fue una federación para defender los intereses de todos como sector, independientemente de que cada uno tuviese una visión distinta de lo que debía de ser la distribución de especialidades farmacéuticas de nuestro país.

En España en general el mercado está regulado. Hay un **producto** que es el medicamento que siempre exige una autorización de comercialización, hay un precio intervenido para todos los medicamentos de reembolso, que constituyen el 80% del mercado español, y hay precios referencia para medicamentos sin protección de patente (20% de genéricos y marcas).

Hay un **mercado minorista**, ya que es la farmacia quien hace llegar el medicamento a todos los ciudadanos, una farmacia cuenta siempre con un farmacéutico y está planificada con una limitación de apertura relativa a población y distancias.

Y hay un **mayorista** que también necesita una autorización administrativa, y que tiene fuertes exigencias de funcionamiento, como frecuencia mínima de repartos, número de referencias, y debe también tener el código de Buenas Prácticas de Distribución. Próximamente, después de la Ley de Garantía y Uso Racional de Medicamentos que se publicó en España en el 2007, está pendiente de emitirse el Decreto sobre distribución farmacéutica que estará regulado por la autoridad sanitaria, que en este caso es el Ministerio de Sanidad Nacional.

Veamos ahora **algunas cifras** para posicionarnos y tener una idea más aproximada de lo que estamos hablando en España:

- **Minorista:**

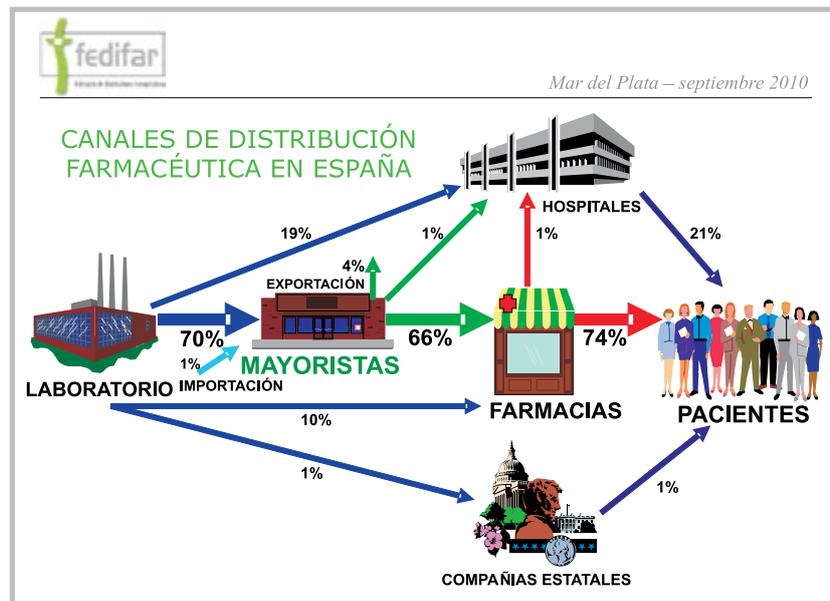
- Número de farmacias: 21.166
- Habitantes por farmacia: 2.209
- Facturación anual: 650.000-850.000 €
- El margen oficial es del 27,9%, pero está limitado para todos aquellos productos que superan los 120 € de precio de venta al público, en donde el margen máximo es 38,37 €, lo que lleva a un margen medio en nuestro país del 26,29%

- **Mayoristas:**

- Número de mayoristas de gama completa: 40
- Número de almacenes de estos mayoristas: 160
- Cooperativas Farmacéuticas (son propiedad de los farmacéuticos: 85% (78% + 7%). Hay otras empresas o S.A. que después veremos que representan el resto.
- El margen oficial es de 7,6 € máximo y está limitado para aquellos productos que llegan a ventas de farmacia con un precio superior a 90 €, donde el margen máximo es de 7,54 €, con un margen medio aproximado de 7,02 €.

La distribución farmacéutica en España. Modelo solidario de distribución

En el cuadro siguiente se muestra de modo gráfico dónde nos situamos.



Si nos situamos inicialmente en el laboratorio de donde parten los medicamentos, vemos que el 70% de la producción de un laboratorio va a mayoristas y un 19% va a hospitales. Los mayoristas abastecen a hospitales aproximadamente el 1% del mercado y a las farmacias prácticamente el resto, el 66%. Y puede verse que el 74% de todos los medicamentos que llegan a los pacientes lo hacen a través de la farmacias, y un 21% les llegan de los hospitales, esto por supuesto no significa que los hospitales le den o le distribuyan medicamentos a los pacientes, sino que este 21% es el consumo interno de medicamentos en los hospitales de España y son medicamentos de uso hospitalario. Vemos también que por las diversas compañías estatales llega a los pacientes un 1%, éstas son las mutualidades de funcionarios de la administración civil del Estado y del ejército y alguna más, pero la tendencia es que estas compañías estatales desaparecerán y estarán todos integrados en la seguridad social española o en el Sistema Nacional de Salud.

En España hay varias formas de distribuir medicamentos a farmacias:

Una es la **venta directa del laboratorio a farmacias**, y esto lo hacen generalmente a través de operadores logísticos. Hay otro tipo de **distribución mayorista de corta gama o distribución especializada**, que son mayoristas que tienen apenas unos pocos productos de todo el vademécum y tienen poca implantación en nuestro país. Y finalmente tenemos la **distribución mayorista tradicional o mayoristas de gama completa**, que son aquellas que dominan el mercado español.

- **Venta directa de laboratorio a farmacias:** El laboratorio es responsable de distribuir los productos, recibe los pedidos de la farmacia, los entrega, factura y cobra de ellas. Aunque en algunos casos el laboratorio distribuye con sus propios medios, lo normal es que use **operadores logísticos**, que operan bajo licencia del laboratorio comercializador. La farmacia **compra con condiciones:** pedidos mínimos, tiempo de entrega y condiciones de pago, que varían en función de la capacidad de compra de la farmacia y de su ubicación. Puede observarse que ésta es una forma de venta selectiva por parte de los laboratorios, que sólo se ocupan de hacer llegar sus productos a las farmacias que le son rentables por volumen, por ubicación y por el punto de venta que tienen. Pero solamente les hacen llegar **productos de alta rotación y caros**, y ningún laboratorio importante usa este modelo exclusivamente.
- **Distribución mayorista de corta gama o short-line wholesalers:** Son operadores bajo licencia de almacén mayorista, que suministran **únicamente referencias económicamente interesantes:** alta rotación, o productos exportables. No ofertan todos los productos **ni se dirigen a todas las farmacias** y son competitivos sólo en precio. En España esta actividad representa menos del 3% del mercado.

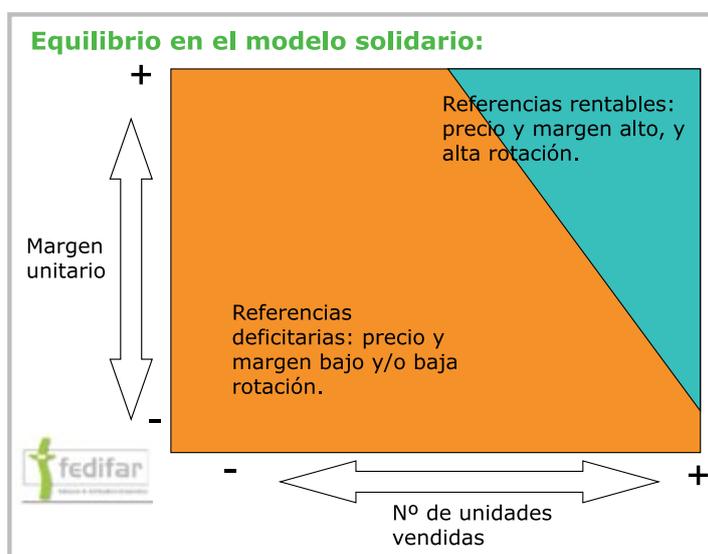
- **Distribución mayorista tradicional *full line wholesalers* o mayoristas de gama completa:** Representa como dijimos antes el 80% del mercado español, y su objetivo fundamental es que **todos y cada uno de los medicamentos** comercializados en España estén a disposición **de todas y cada una de las farmacias**, para que **todos los ciudadanos tengan inmediato acceso** a éstos. Las empresas de distribución tradicional **garantizan el abastecimiento** en todo su ámbito geográfico. Esta **labor sanitaria** se ejerce para todas las referencias, con independencia de su precio o de su rotación, y para todas las farmacias con independencia de su tamaño o ubicación. Por eso nosotros le llamamos el modelo solidario de distribución.

Modelo solidario de distribución

La idea central de este modelo es que todos los medicamentos deben estar en todas las farmacias, porque no puede ser que en una farmacia tengan un determinado medicamento y en otras no.

Desde ya suministrar a farmacias con gran capacidad de compra y ubicadas en lugares de fácil acceso es muy rentable, y suministrar a pequeñas farmacias en lugares remotos es deficitario. Y también resulta claro que distribuir productos caros y de gran venta es muy rentable, en tanto que distribuir medicamentos baratos, o sea con un margen pequeño, y de baja rotación es deficitario. Les doy como ejemplo una cooperativa en Granada de la que yo soy Presidente, donde nosotros tenemos farmacias en pueblos con 175 habitantes, y en este caso le hacemos llegar de igual modo el medicamento, en el mismo tiempo y en las mismas condiciones económicas a esta farmacia que a la que está en el centro de Granada. Y lo que es más: le hacemos llegar en las mismas condiciones el producto que sale 500 € y aquel que sale 10 € o 2 €.

Las empresas de distribución tradicional detraemos recursos de las operaciones rentables para subsidiar o financiar las no rentables y de este modo se garantiza el abastecimiento de todos los medicamentos a todas las farmacias. Por eso se trata de un verdadero **modelo solidario de distribución farmacéutica**. Abajo mostramos gráficamente y de modo esquemático que el equilibrio en este modelo se toma en base a dos variables, el margen unitario y el número de unidades vendidas, y que las referencias de bajo precio y margen bajo son muchas y muy numerosas, en tanto que en que la referencias rentables poca venta y margen en alto y alta rotación son muy pocas.



La distribución solidaria en España está considerada como un servicio público esencial. La distribución de amplia gama desarrolla un verdadero servicio público y garantiza inmediato acceso a todos los ciudadanos a cualquier medicamento. Si no se hiciera así nadie abastecería a las farmacias de los núcleos rurales y a su población, porque esto nos llevaría a perder dinero, esto sólo es posible con un modelo como el nuestro que no tiene ningún ánimo de lucro. Y nadie almacenaría y suministraría los medicamentos que apenas se demandan y muy baratos, porque igualmente supondría perder dinero.

Nosotros tenemos en una cooperativa media española entre 20 y 27.000 referencias en nuestra estantería, en nuestros almacenes hay medicamentos que son demandados dos veces al año en toda la cooperativa, pero están para las farmacias que los piden y que los necesitan, quienes de esta manera se los pueden hacer llegar al paciente. Este es uno de los grandes puntales de la farmacia española, que se puede hacer así por la distribución de la que se dispone desde hace muchos años.

Como dije **antes la distribución de gama completa forma parte del Sistema Nacional de Salud.** Nuestro modelo de distribución tiene como función esencial asegurar el acceso del ciudadano a su medicación. Además son bastante frecuentes las colaboraciones, muchas veces desinteresadas, de la Distribución con las autoridades sanitarias a favor de la salud pública, y les voy a poner tres ejemplos recientes, ya que estuvimos participando en un programa de Seguimed, otro de Trazabilidad y en la Campaña de Vacunación de la Gripe A.

- **Seguimed:** Esto forma parte del Programa Coordinado de Control de Abastecimiento de Medicamentos, que está operativo desde 2007. Su objetivo es detectar cuando hay un desabastecimiento e identificar a qué se debe y quién es el responsable. Los almacenes mayoristas informan electrónicamente sobre el destino de unas 180 presentaciones de especialidades que van cambiando, no es un nomenclador fijo sino que van cambiando con el tiempo. FEDIFAR participó muy directamente en el diseño de este sistema, y en las distintas Comunidades Autónomas se han establecido sistemas parecidos.
- **Trazabilidad:** El Ministerio de Sanidad y Política Social ha desarrollado una prueba piloto para estudiar la funcionalidad de Datamatrix y RFID. Nos preocupaba mucho el tema de detectar la trazabilidad de medicamentos desde su origen hasta el paciente, pero también el tema de las falsificaciones, y por ello hemos participado en todos los comités de Dirección y Seguimiento desde una perspectiva estrictamente técnica. FEDIFAR participa para que el pilotaje se desarrolle en un entorno lo más real posible, y que los resultados sean analizados con total objetividad. Estamos abiertos a los resultados de la prueba y colaborará en el desarrollo del proyecto, que se está haciendo desde un almacén real, con farmacias reales y con laboratorios reales, se están haciendo las pruebas y creo que al final del año estarán los resultados.
- **Campaña de vacunación contra la gripe A (H1N1):** En cuanto a la campaña de vacunación contra esta gripe a que se produjo en el año 2009, las autoridades sanitarias señalaron los grupos prioritarios para la vacunación, y a semejanza de lo que sucedió aquí en la Argentina, se vacunaron aproximadamente unos 10 millones de personas (9.500.000).
 - Se utilizaron cinco presentaciones de vacunas:
 - * Focetria precargada monodosis y Focetria multidosis (Novartis);
 - * Pamdenrix multidosis (GSK);
 - * Panenza precargada panodosis y Panenza multidosis (Sanofi Pasteur), para embarazadas.
 - La campaña se inició el 16 de noviembre: la Distribución hizo cuatro entregas en más 2.000 puntos designados por las Consejerías de Sanidad, en un tiempo récord, de los 9,5 millones de dosis. Desde que las vacunas entraban en España hasta llegar a los puntos de vacunación para ser administradas pasaba menos de una semana.
 - Este servicio se prestó sin contraprestación económica. Las autoridades regionales y la propia ministra de Sanidad y Política Social felicitaron a FEDIFAR y a la Distribución por este traba-

jo. Pero lo más importante es que se reconoció la capacidad que para cualquier situación de emergencia, al disponer de la Distribución que tenemos, tenemos un país preparado para en cualquier momento hacer frente a este tipo de contingencias.

Un párrafo aparte merece el **SIGRE**, que es un sistema integrado de gestión, para el adecuado tratamiento medioambiental de los medicamentos y sus envases. Está destinado a los medicamentos caducados en los domicilios, los medicamentos deteriorados y sus envases. La Distribución se ocupa de recoger y almacenar las bolsas situadas en contenedores en todas las farmacias y entregárselas a un gestor, que clasifica y da el tratamiento de destrucción a los residuos. Este sistema se ha sostenido con la aportación económica de los laboratorios, la logística la hace la Distribución, y las farmacias no recibimos ninguna contraprestación económica.

Otros servicios a las farmacias

La Distribución en nuestro país no consiste sólo en una empresa o unas cooperativas que entregan medicamentos a las farmacias, les cobran y demás, sino que tienen una cartera de servicios muy importante, puesto que como veremos después, la misma composición jurídica de la Distribución en España les obliga a ello.

Todas las cooperativas, prácticamente, hacen cursos de formación en todos los sentidos e implementan campañas promocionales e informativas. Todas tienen su propio servicio de consultoría en marketing y merchandising, gestión por categorías, diseño interior para las farmacias, escaparatismo, asesoramiento en ventas cruzadas y atención al cliente. Esto no podría hacerse en forma generalizada de otro modo, siempre habría por supuesto farmacias que pudieran hacerlo, pero mirando al conjunto no podrían hacerlo todas individualmente porque la mayoría de las farmacias no podrían sostenerlo.

Hay canales televisivos específicos para la farmacia. Hay asesoría y servicios financieros, como por ejemplo Asesoría fiscal, Asesoría laboral, Asesoría de imagen, Acuerdos con entidades financieras, Facilidades en pagos y gestión de albaranes y facturación, y Plataformas online de seguimiento de contabilidad. Nosotros en Granada, por ejemplo, en nuestra cooperativa HEFAGRA, hemos implementado un sistema sin papeles: a la farmacia llegan ya los pedidos sin ningún tipo de documentos, llegan las cubetas y en el momento que llegan reciben por computadora el pedido que la farmacia ha solicitado y el pedido que el almacén ha puesto. Y la farmacia solamente con una pistola pasa el scanner, recibe el pedido y comprueba lo que ha recibido. Automáticamente, porque eso lo hace un programa que tenemos, se les dice las líneas que no han recibido de todo lo que se ha pedido. Esto se hace en tiempo real, en un minuto.

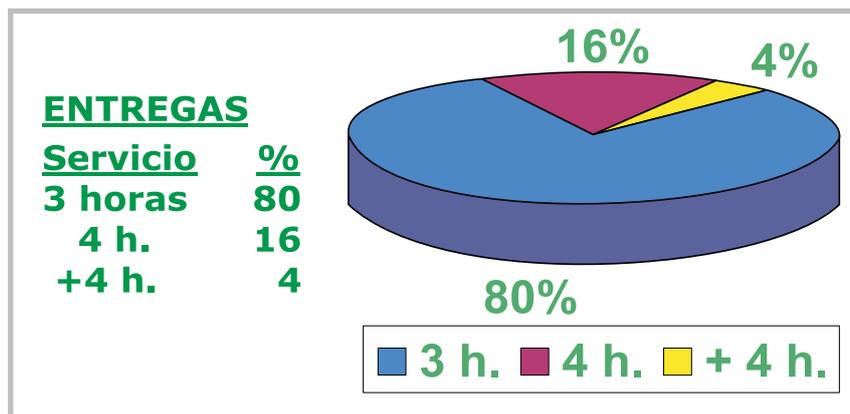
El mercado español de distribución

Vamos a presentar primero el mercado español en cifras:

- **Facturación: 13.189 millones €**
 - 82% prescripción
 - 3% OTC
 - 15% otros
- **3 empresas con implantación nacional, 64 almacenes y 42% cuota de mercado.**
- **55 mayoristas locales/regionales con 127 almacenes y 58% cuota.**

- 25.000 referencias almacenadas de media.
- 3 repartos al día de media.
- Más del 95% de los pedidos se recibe electrónicamente.
- Más del 70% de las líneas se despacha automáticamente. En muchos almacenes las líneas automatizadas superan el 85%.
- 7.500 empleados.
- Más de 600.000 m2 de superficie en almacenes.
- 1.400 millones de unidades servidas al año.
- 21 millones de repartos por año, lo que supone más de 2.000 rutas que cubrir y de 365.000 Km/día (8 vueltas a la Tierra cada día).

En cuanto al **nivel de servicios**, en España está demostrado que de 100 veces que va un ciudadano a la farmacia en cualquier punto del país, en el 94% de los casos obtiene lo que solicita, si acepta que se le cambie el medicamento por otro de igual composición y forma farmacéutica, en el 97% de los casos se va con el medicamento que ha pedido, y en ese 3% que falta si no lo tiene, en menos de tres horas lo puede tener en sus manos. Y a la derecha mostramos gráficamente cómo está en tiempos el servicio de distribución.



Respecto al **margen de cada agente de la cadena del medicamento** en los productos estándar, de precio normal, vemos cómo los márgenes de la distribución, tanto mayorista como minorista, han ido disminuyendo en los últimos 10 años en cuanto a su PVL.

	Año 1990	Año 2010
Laboratorio	62,8	66,6
Distribución	8,5	5,5
Farmacia	28,7	27,9

¿Qué operadores hay en España?

Predominan las empresas de capital farmacéutico, que son las cooperativas farmacéuticas que representan el 71,2% y las sociedades de capital farmacéutico con el 6,4%, Luego las multinacionales con el 12,7%, y otras sociedades con el 9,7%. Esto hace el 100% de nuestro sector.

Para comprender el sector en España, hay que observar que más del 75% del mercado de distribución farmacéutica mayorista corresponde a **empresas propiedad de las oficinas de farmacias**, es decir **propiedad de los farmacéuticos**. Hay 31 cooperativas y 4 centros farmacéuticos, que son sociedades anónimas de capital farmacéutico. La estrecha vinculación entre la distribución mayorista y la oficina de farmacia hace que los almacenes estén volcados en el servicio a la botica y que la farmacia, por su parte, esté acostumbrada a ser tratada como propietaria de la distribución, de modo que ésta le suministra todo tipo de información sanitaria, legislativa, etc y de otros servicios, además del suministro de medicamentos.

Los **principales operadores** son los siguientes:

Cofares	20,21 %
Alliance Healthcare	11,92 %
Grupo Hefame	9,58 %
Grupo Cecofar	7,35 %
Federación Farmacéutica	5,94 %
TOTAL	55,00 %
FARMANOVA	13,60 %
EDIFA	10,68%

- **COFARES:** es la cooperativa más grande de España, fundada en 1944, en la actualidad tiene 9500 socios. Vende 2666 millones de euros, opera en 49 de las 50 provincias españolas, emplea 1400 personas, tiene 27 almacenes en España que suministran a 12.000 farmacias, y es líder en Madrid y Valencia. Es decir que tienen la mayor parte de la cuota del mercado en Madrid y Valencia, y después tienen pequeños porcentajes en cada unas de las provincias que suman el 20%. Es una cooperativa propiedad de farmacéuticos.
- **ALLIANCE HEALTHCARE:** es una multinacional de distribución que está en toda Europa pero en España como podemos ver en sus números, está funcionando muy bien. Se fundó en Zaragoza en 1919 como centro farmacéutico y después fue adquirido por Alliance Healthcare, pero lo que está claro es que en España está minoritariamente. Sus ventas se acercan a los 1400 millones de euros, emplea a 800 personas. Tiene 26 almacenes en España que suministran a 7200 farmacias y cobertura nacional, si bien es especialmente activa en Aragón, Cataluña, Levante y Madrid. Es líder en Aragón y Cataluña. Esta compañía fuera de España tiene cadenas de farmacias en Inglaterra, en Alemania y en Italia, pero en España no le queda más remedio que adaptarse y hacer lo que hacen las cooperativas propiedad de los farmacéuticos, tiene que funcionar prácticamente como una cooperativa, porque sino de momento en nuestro país no tendría cabida en esta lista.
- **GRUPO HEFAME:** ésta es otra cooperativa de ámbito más nacional, fundada en Murcia en 1950. En la actualidad cuenta con 3.650 socios, en los '80 se expande por el área mediterránea y Madrid, sus ventas se acercan a los 1.300 millones de euros y emplea a 800 personas. Tiene 14 almacenes que suministran a 5000 farmacias, con amplia cobertura en Levante y Madrid. Es líder en Murcia y Alicante, con una fuerte presencia en Cataluña y Madrid.
- **CECOFAR:** es una cooperativa fundada en Sevilla en 1930. En la actualidad cuenta con 2.900 socios, sus ventas se acercan a los 1.000 millones de euros y emplea a 620 personas. Tiene 11 almacenes que suministran a 3.500 farmacias, con amplia cobertura en Andalucía, Extremadura y Castilla-La Mancha. Es líder en Andalucía.
- **FEDERACIÓ FARMACÉUTICA:** se trata de una cooperativa catalana fundada en Barcelona en 1919. En la

actualizada cuenta con 2.900 socios, sus ventas rondan los 900 millones de euros y emplea a 600 personas. Tiene 7 almacenes que suministran a 4.500 farmacias. Es líder en Cataluña, Castellón y tiene fuerte presencia en Levante.

- **FARMANOVA:** Es una cooperativa de 2º grado constituida por cooperativas con fuerte cuota de mercado provincial, por encima del 80%. Éste es su punto fuerte. Es reciente ya que se formó como grupo hace cuatro años, en el 2006, y sus socios son cooperativas de Jerez, Granada, Jaén, Málaga, Almería, Las Palmas, Tenerife, Baleares y Cáceres, si bien aclaramos que la cooperativa de Granada se fundó en el año 1932, la cooperativa de Sevilla en 1930, y la Federación Farmacéutica en 1927. Sus ventas agregadas superan los 2.000 millones de euros. Tiene una forma diferente de integración que evoluciona satisfactoriamente, y desde la constitución de Farmanova, otros grupos de empresas buscan alianzas estratégicas parecidas. En este modelo la gestión de compra y otra serie de gestiones y servicios que se prestan a las farmacias se hace en común, entre todos. Para poner un ejemplo, antes FADRA misma si montaba un servicio de marketing para los socios de Granada lo podía hacer, pero los costos eran bastante altos. Al hacer este grupo ya hemos montado un servicio de marketing para todos los socios del grupo, con lo que todo esto ha bajado sustancialmente los precios. De estar el servicio de marketing en la calle, en el mercado a 250 €, ahora mismo nosotros se lo brindamos a cada socio de la cooperativa a 20 €, y un asesor especializado va todos los meses, está cuatro horas en la farmacia y les va diciendo qué cosas deben de modificar y qué cosas deben ir mejorando. También tenemos nuestro programa de gestión informática que es el Unycop WIN, que prácticamente es propiedad de los farmacéuticos, es muy bueno y lo tenemos a un precio muy razonable, pero creo que lo importante es que tanto el programa como la información, todo es propiedad de los farmacéuticos.

La Distribución farmacéutica en Europa

¿Cómo está en Europa la distribución? Como podemos ver con las cifras, no existe un mercado europeo de medicamentos como tal. El modelo farmacéutico no se puede dissociar del modelo sanitario de un país y, en Europa, cada país tiene un sistema sanitario distinto adaptado a las necesidades de su población. Por tanto, cada país tiene su propio mercado, como podemos ver en los ratios y en el número de empresas. El número de empresas en Alemania, Austria, Bélgica o Dinamarca varía mucho, y también varía mucho el ratio de habitantes por farmacia. Lo mismo ocurre con el número de oficinas de farmacia, la ordenación obedece al modelo sanitario al que pertenezca, y vemos por ejemplo cómo Dinamarca con una orografía sencilla tiene un número de habitantes por oficina de farmacia enormemente superior a Grecia, con una orografía más compleja. Lo mismo sucede con el número de oficinas que varía mucho también, tenemos países como España donde hay 21.500 y otros como Dinamarca donde hay 295 farmacias y 20.000 habitantes por farmacia, con un ratio de 1833.

Distribución y Farmacias en Europa

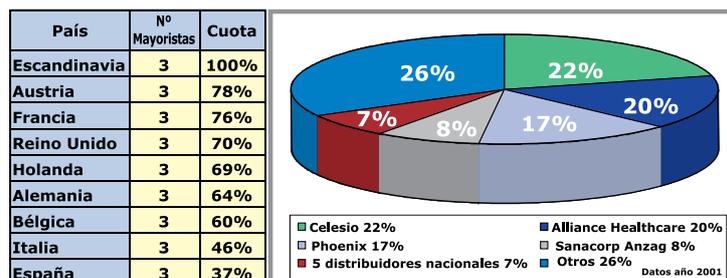
Países	Número de Oficinas de Farmacia	Habitantes por Oficina de Farmacia	Miles habit.	Nº de empresas	Ratio
Alemania	21548	3800	82.300	15	5.487
Austria	1113	7291	8.355	9	928
Bélgica	5135	2028	10.400	11	945
Dinamarca	295	19837	5.500	3	1.833
España	21500	1934	40.500	40	1.013
Finlandia	811	6473	5.250	2	2.625
Francia	22462	2767	62.150	5	12.430
Grecia	10000	1130	10.700	130	82
Holanda	1976	8600	16.716	5	3.343
Irlanda	1631	2557	4.200	3	1.400
Italia	17796	3538	58.126	193	301
Noruega	580	8200	4.660	3	1.553
Portugal	2900	3400	10.700	8	1.338
Reino Unido	12612	4832	61.113	10	6.111
Suecia	880	10000	9.059	2	4.530
Suiza	1670	4540	7.600	35	217

Fuente: Mingorance Gutiérrez, A., FEDIFAR, 2010.

¿Los mayoristas como están? El grado de concentración es variopinto y va del 100 % en Escandinavia donde los mayoristas son tres, hasta el mismo número de tres mayoristas en España, pero que sólo tienen el 37%. Tengo que decir que en el resto de Europa hay países donde las cadenas influyen bastante, pero en el caso de España que el 80% de la distribución de medicamentos esté en manos de cooperativas farmacéuticas ha sido determinante para apuntalar el modelo de farmacia español, puesto que hubiese sido imposible seguir manteniéndolo después de las presiones y maniobras que todos estos grupos de mayoristas europeos han intentado hacer para entrar en nuestro país. Si esto no hubiese sido así, y además no se hubiese gestionado convenientemente toda la distribución de medicamentos en nuestro país, la realidad hubiese sido otra.

En el siguiente gráfico mostramos la concentración de mayoristas y los principales mayoristas europeos.

Concentración de mayoristas en Europa. Principales mayoristas europeo



Fuente: Mingorance Gutiérrez, A., FEDIFAR, 2010.

En cuanto a las **empresas paneuropeas**, existen tres grandes grupos bien implantados en Europa: **CELESIO, ALLIANCE HEALTH CARE y PHOENIX.**

- **CELESIO:** Es una filial del Grupo alemán Haniel, que compró OCP (Francia) y AAH (Reino Unido). Tiene un 22% participación de mercado en Europa y cuenta con 1.750 farmacias de su propiedad. Opera en: Alemania, Gran Bretaña, Bélgica, Francia, Italia, Portugal y países de Europa del Este.
- **ALLIANCE HEALTH CARE:** La facturación alcanza 11.800 millones de euros lo que supone una cuota del 20% del mercado europeo, y suministra a más de 150.000 farmacias. Opera en Gran Bretaña, Francia, Italia, Portugal, España, Grecia, Marruecos, Noruega, Turquía, Suiza, Holanda y República Checa.
- **PHOENIX:** Está controlado por la familia Merckle, tiene el 17% del mercado europeo y el 31% del mercado alemán. Opera en Alemania, Austria, Francia, Holanda, Italia, Escandinavia, Reino Unido, Polonia, República Checa y Hungría.

Como dije antes, no se puede decir que exista un mercado europeo de medicamentos, cada estado miembro de la UE es responsable del modelo sanitario más conveniente para sus ciudadanos y el modelo farmacéutico está ligado al modelo sanitario, por lo que su comparación es muy compleja.

Hay tres compañías cuyos crecimientos se basan en adquisiciones de otras empresas y no en la competencia, por ejemplo en España Alliance Health Care irrumpió comprando un centro farmacéutico, pero todo lo que ha crecido ha sido a posteriori con compras de empresas, aunque por supuesto ha podido comprar empresas mientras eran de capital privado y cuando han llegado a las cooperativas farmacéuticas se han encontrado con que ahí no se puede comprar. Una cooperativa farmacéutica está formada en España por un Consejo Rector que es quien toma las decisiones, pero las decisiones políticas no económicas. Y además están reguladas con una ley de cooperativas y con unos estatutos, que pueden ser modificados por la asamblea de los socios y no pueden ser modificados por un Consejo. Solamente el Consejo Rector tiene la capacidad para tener un poco de flexibilidad a la hora de actuar como una empresa, pero no puede ir mas allá. Los que forman parte del Consejo Rector son farmacéuticos ejercientes de oficinas, y los socios se pueden presentar como quieran a la elección. Después generalmente la gestión de la empresa está en manos de un Director General con un equipo económico, que es quien rinde cuentas al Consejo Rector, pero siempre dentro de los estatutos y las normas, que están marcadas por los mismos estatutos que aprueban sus socios dentro del marco de la ley de cooperativas española. Por eso digo que el modelo farmacéutico nuestro está ligado al modelo sanitario, y la comparación es compleja.

Hay cinco grandes mercados en Europa: Alemania, Francia, Reino Unido, Italia y España. Son bastante parecidos Italia y España, Francia y Alemania se parecen algo, pero el Reino Unido es totalmente distinto. Todos tienen limitaciones en cuanto al establecimiento de farmacias, y todos salvo el Reino Unido tienen limitaciones en cuanto a propiedad. Curiosamente en el Reino Unido sin limitaciones a la propiedad hay una farmacia cada km y pico, y sin embargo en España con limitación hay una farmacia cada 250 m.

Entorno económico de la distribución

Vamos a ver ahora el entorno económico de la Distribución que es lo que preocupa en España. Los factores que complican el futuro en Europa y en España, es que **prevemos un crecimiento casi plano del mercado en los próximos años**, ya que crecerá en número de unidades pero no en la facturación. Vemos que cada vez hay más recetas, más prescripciones, pero el precio no va subiendo, y pensamos que los precios y los márgenes disminuirán.

Las medidas de control del gasto público por parte del Gobierno cada vez son más acentuadas, puesto que el gasto se va desbordando más. Hace poco en este año 2010 en España hemos tenido dos decretos, los decretos Nº 4 y Nº 8, que han tenido un fuerte impacto sobre la farmacia española y la distribución. Y todo esto crea muchas tensiones con los laboratorios farmacéuticos que también preocupan al entorno económico.

- **Crecimiento del mercado casi plano:**

En Europa esperamos un crecimiento del mercado por debajo del 5% en los próximos años. Se producirá por el aumento de unidades, en tanto que el precio medio de la presentación tiende a disminuir. Se sentirá cada vez más el efecto de la polarización de precios: los nuevos medicamentos son cada vez más caros, mientras que el precio de los genéricos es cada vez más barato. Recordemos que el margen en España y en muchos otros países de la UE, es proporcional al precio pero limitado por arriba, y con la polarización disminuye el margen.

- **Medidas que han tomado para controlar el gasto público en medicamentos:**

El mercado español depende del consumo del sistema público: más del 80% de la prescripción es financiada con fondos públicos. Para ser viable económicamente, el Estado de Bienestar europeo necesita controlar el gasto público. El gasto farmacéutico es un claro candidato para este control, y de hecho el gasto farmacéutico es el único dato de la sanidad española que está perfectamente controlado. No obstante respecto al gasto farmacéutico de hospitales no se tienen datos de qué es lo que pasa, y es por ello que todas las medidas que se toman para esto se ceban en controlar el gasto de la receta en farmacias. En el 2010 como dijimos, dos regulaciones, los decretos 4 y 8 han tenido un impacto en el sector (Industria, Distribución y Farmacia) de unos 2.000 millones de euros, eso ha supuesto la rebaja.

- **Tensiones con la industria farmacéutica.**

Evidentemente las vamos a tener, ya que para ellos el panorama se complica porque el vencimiento de patentes deteriora los ingresos de los laboratorios, lo que provoca tensión en esas empresas, especialmente cada vez que vencen patentes de productos "estrella" (atorvastatina, clopidrogel, fluvastatina, olanzapina...). Además tienen dificultades para registrar nuevos *blockbusters* y en contrapartida, el impulso de los genéricos supone una fuerte competencia, que es importantísima.

Hay un comercio paralelo de medicamentos como consecuencia de que en los diversos estados miembros los precios son diferentes, nace un mercado intracomunitario de especialidades y esto origina grandes tensiones entre laboratorios y distribuidores.

Los laboratorios toman medidas para un mayor control del canal y una mayor transparencia: algunos han adoptado políticas de cupos como el *DTP* en el Reino Unido, o contratos de suministro con *precio libre* en España o selección de distribuidores.

En España en el 2002 hubo una tentativa por parte de un gran laboratorio que todos conocemos, Pfizer, que decidió unilateralmente abordar el tema de la distribución de sus medicamentos selectivamente. Es decir no a través de toda la distribución y sí con la venta directa a farmacias. Esto fue el punto de inflexión donde se pudo haber roto el sector farmacéutico, pero entre que el 80% de este mercado estaba en mano de cooperativas farmacéuticas, más la buena sintonía que hay en nuestro país entre los distribuidores y las farmacias, se evitó que esto prosperara, pese a que se intentó desde todos los puntos de vista, desde todos los ángulos, se quiso hacer todo lo posible para romper esto. Hubo una coordinación bastante importante entre colegios de farmacéuticos, distribución, FEDIFAR, Consejo General, Consejo Andaluz, y finalmente Pfizer tuvo que rectificar, echar marcha atrás y volver al modelo tradicional de venta a través de la distribución. Y la venta directa en España en estos momentos yo creo que puede rondar en torno al 7 o al 8% y bajando, por lo que prácticamente aquello se zanjó allí y afortunadamente lo superamos.

El futuro de la distribución: retos y oportunidades

¿Cuál es el principal riesgo que vemos en la distribución?

El principal riesgo es que la balanza se desequilibre. Si disminuyen las ventas de los productos rentables, que son cada vez más, de mayor precio, caros y de alta rotación, además de tener limitado el margen, no se va a poder subsidiar el suministro de los productos deficitarios, porque los de bajo precio no tienen margen. Si esta balanza se rompe, pues la verdad que será un riesgo, pero esta ahí y veremos cómo se arregla en un futuro próximo.

¿Cuáles son los puntos fuertes de la distribución en España?

- **Está reconocida como un servicio esencial dentro del Sistema Nacional de Salud.**

Ésta ha sido una labor que se inició hace muchos años, y que poco a poco se ha consolidado y ya se consiguió en la Ley de Garantía y Uso Racional de Medicamentos, que el Estado español regulara la distribución farmacéutica en España. O sea que en la misma Ley de Medicamentos se está considerando a las almacenes como un eslabón de la cadena sanitaria. Esto ha costado trabajo a los políticos y a todos los gobiernos, que tuvieron que ver y reconocer la necesidad de que era un servicio público y que lo cumplían. Por eso nosotros hemos estado muy implicados en cualquier acción que el Gobierno ha llevado a cabo, cualquier medida que luego ha sido muy comentada, como el caso de la vacuna contra la gripe, siempre hemos estado abiertos a eso. Y yo creo que todo eso al final ha tenido sus frutos.

- **Resulta fundamental el estrecho vínculo con el canal minorista.**

Es verdad que la farmacia española siente la distribución como suya, a la cooperativa como suya, y hay un grado de implicación muy grande entre cada oficina de farmacia con su almacén. Un farmacéutico en España no tiene por qué pertenecer a un almacén determinado, sino que puede pertenecer a cualquier cooperativa de las que existen en España. Hace una aportación de capital, y esta aportación de capital es bastante medida para que no resulte gravoso para nadie, cuando el farmacéutico decide darse de baja de la cooperativa y marcharse se le reintegra su capital y no pasa nada. Pero sí es verdad que cada farmacéutico es un voto y esto siempre lo hemos cuidado mucho, no porque un farmacéutico tenga alta capacidad de compra puede tener alguna prebenda en el almacén o en la cooperativa, ni en cuanto a servicio ni a nada. Por eso digo que el estrecho vínculo con el canal minorista es una cosa que siempre se ha cuidado, y creo que es algo que lo estamos cuidando todos.

- **Hay un excelente nivel de servicios con fuertes barreras de entradas.**

Venir a hacer la competencia en nuestro país en distribución es muy difícil, del margen que he comentado del 7,6%, prácticamente el margen de intermediación que queda más todo lo que obtiene la distribución, está entre un 2 a un 2,5 % del precio total del medicamento, además de tener que darse todos los servicios que dan. Con lo que montar una sociedad para hacer una competencia en estas condiciones, pues es una barrera de entrada que es imposible de superar con éxito. En la distribución mayorista de amplia gama contamos, por ejemplo, con la frecuencia de reparto como una de las principales barreras de entrada, ya que es muy difícil competir con los niveles alcanzados. Una evidencia de esto es que, hasta donde nosotros sabemos, en los últimos 40 años no se ha creado en Europa ninguna nueva empresa de distribución farmacéutica de amplia gama.

- **Hay una alta valoración por parte de las autoridades sanitarias** de nuestro sistema de distribución farmacéutica en España.

¿Qué puntos débiles creemos que tenemos?

- **Hay un entorno económico delicado y cambiante.**

- **El sector se encuentra muy atomizado:** las empresas no tiene la dimensión suficiente para abarcar ciertos

proyectos y tienden a agruparse. Como ya he comentado antes ha habido iniciativas como el grupo FARMA-NOVA, donde cooperativas medianas, de facturación entre 200 y 300 millones de euros, hemos hecho un grupo donde hemos reducido de 10 a un sólo grupo el número de cooperativas, pero cada una manteniendo su identidad geográfica en cada provincia, porque cada una de las cooperativas tiene el 80% del mercado de la provincia. Y si bien la gestión económica empresarial está en una cabecera, cada cooperativa actúa en forma autónoma con su realidad social y geográfica.

- **Es un sector prácticamente desconocido fuera del ámbito sanitario**, mientras que la industria y las farmacias sí tienen proyección social.
- **Hay una fuerte competencia** que le hace operar con estrechísimos márgenes reales: la competencia entre almacenes hace que se trabaje con estrechos márgenes, y que por lo tanto no haya recursos propios importantes. Las cooperativas nos hacemos la competencia entre nosotras también de cara a los socios, pero sin perder de vista que los intereses son los mismos para todos y están orientados al servicio a la oficina de farmacia, puesto que los propietarios y los que están en los consejos rectores de estas cooperativas son farmacéuticos con oficinas de farmacias. No van a tirarse piedras contra ellos mismos, salvo algún loco que siempre puede ser que lo haga, pero la verdad es que son los menos.

¿Qué retos y oportunidades vemos?

- La estrecha vinculación con la farmacia sitúa a la Distribución en una buena posición porque:
 - Jugamos un papel antiguo en la competencia de genéricos. Las cooperativas suministramos genéricos a todas las farmacias, pero también todas las bonificaciones que llegan se le hacen llegar a la oficina de farmacia, con lo que la farmacia no tiene que hacer un alto grado de compra para obtener estas bonificaciones.
 - Aportamos transparencia a los laboratorios salvando las normativas de protección de datos. Los laboratorios tienen información puntual de los productos que salen de cada laboratorio, pero sin saber evidentemente a qué farmacia van, aunque por supuesto tienen un conocimiento perfecto de sus productos.
 - Después también aportamos información de seguimiento y control para los tratamientos especializados.
 - La actual estructura nuestra permite aportar servicios a los laboratorios, aportamos servicios logísticos, comerciales, administrativos y de información, entre otros. Y por eso hay que tener cierto volumen y por eso he dicho antes que un poco la concentración de empresas está empezando a ser necesaria.
 - Pero nunca olvidamos que lo fundamental de la distribución es garantizar el inmediato acceso de cualquier paciente a su tratamiento, y esto es a través de la oficina de farmacia, y nosotros no estamos volcados a ganar dinero sino a cumplir con esto.

Para concluir, creemos que el futuro nos traerá nuevos retos, como presentaciones de medicamentos que requieran de la formación para el paciente y el seguimiento de los tratamientos, un campo en el que la distribución puede ser protagonista junto a la oficina de farmacia. Sin duda, nuestro punto fuerte fundamental es que somos los únicos que garantizamos el acceso inmediato de cualquier paciente a su tratamiento. Llegamos a todas partes, en todo momentos y a todos.

Y quiero finalmente decirles que yo sé que la realidad de Argentina es un poco distinta, pero si les ha servido de algo todo lo que les he contado, déjenme agregar que a nosotros no ha llevado 30 años. Muchas Gracias.

La distribución farmacéutica en Argentina

CPN Carlos Vassallo

Introducción

Bueno, terminamos de vivir en España y ahora aterrizamos en la realidad del sector salud de Argentina. En primer lugar quiero hacer un comentario para que no se malinterpreten mis palabras: yo no creo en las teorías conspirativas, creo en lo que me ha enseñado la Microeconomía clásica, que el hombre es una persona egoísta y básicamente individualista. Y en lo que me ha enseñado la Microeconomía no convencional o la Microeconomía Institucional. Y que además el hombre es una persona con un componente oportunista bastante importante, que utiliza la información cuando la información está disponible, y que esa persona no tiene una racionalidad muy amplia sino que tiene una racionalidad limitada. Si uno pone todos estos elementos y los suma a un sector salud en donde lo que prevalece es la asimetría informativa entre uno y otro sector, se encuentra en un escenario muy complejo para poderse manejar.

Y este comentario inicial también nos lleva a que las reflexiones que podamos hacer, las vamos a hacer desde el punto de vista de actores individuales buscando estrategias y opciones, y no pensando en una gran conspiración que hace que todos se dirijan hacia un determinado lugar. Probablemente, la necesidad y la razón de estos comentarios iniciales que estoy haciendo ahora, los van a entender cuando avance en los comentarios posteriores.

La distribución en Argentina

Argentina era un país con una realidad similar a la que recién describió Antonio Mingorance para España, no tanto por la presencia tan amplia de cooperativas farmacéuticas, sino por algunas de las cosas que mencionó, que ellos han hecho bien y que han permitido que los farmacéuticos pudieran consolidar un espacio de poder muy importante en el sector de la distribución, que es que las cooperativas se manejen como cooperativas empresarias. Esto significó haberse dado reglas de juego que básicamente establecieron los límites de los directivos en cuanto a las cosas que podían hacer y otras que no podía hacer. Y a esto se sumó otro elemento importante, que fue haberlas dotado de un management profesional en esa materia, que les permitió tener una posición importante en la distribución dentro del juego del manejo de la cadena.

Como todos saben, en la Argentina en un momento existieron cooperativas farmacéuticas, pero que luego fueron cayéndose a medida que fuimos avanzando en el tiempo. Por otro lado, en Argentina y a diferencia de España, dado que es un país con un sistema sanitario muy fragmentado, nosotros tenemos una modalidad o un tipo contractual distinto, porque no tenemos un sólo comprador de servicios como es el caso de España en donde el Estado es el gran contratante de los servicios. Acá la fragmentación de obras sociales y demás, hace que el otro componente importante del financiamiento, que es la administración de contratos, esté dispersa, y también en esa materia los farmacéuticos en los años '80 tenían muchos de los contratos de la seguridad social, yo diría que la mayoría.

¿Qué pasó en los '90?

Cabe preguntarse qué fue lo que transformó entonces la situación del sector, e hizo que la industria avanzara como en un movimiento de pinzas hacia dos sectores fundamentales por su importancia estratégica, para poder tener hoy un manejo clave del sector.

Cuando digo aquí la industria reconozco que es un reduccionismo, porque no todos los laboratorios son iguales y no todos los laboratorios tienen las mismas estrategias, no obstante ello hay estrategias coincidentes en determinados momentos que se utilizan y que pueden dar sus resultados.

La primera estrategia que uno empieza a observar en los años '90, es que la industria toma nota de lo que estaba pasando en un país hermano que fue Chile, en donde empezaron a surgir cadenas farmacéuticas, empezaron a construirse droguerías que a su vez empezaron a armar cadenas farmacéuticas, y que comenzaron a controlar de manera importante las condiciones de negociación que se tenían para la compra, y empezaron también a controlar el precio. Eso fue una señal de alerta bastante importante como para que la industria consolidara algo que ya había sido creado con anterioridad. Ya antes de los '90 existían dos distribuidoras, ROFINA Y DISPROFARMA, creadas por dos laboratorios: Bagó y Roemmers, básicamente por cuestiones de logística, pero también de separación de funciones para lograr mayor eficiencia organizacional en el funcionamiento del mismo laboratorio. Eso en los '90 esto comenzó a expandirse, se crearon dos distribuidoras más, y fueron avanzando hacia la consolidación de un espacio de mercado realmente muy importante.

En la edición 2003 de estas Jornadas vinieron las distribuidoras a hacer una presentación, y la verdad que es un documento casi único porque no hay otros antecedentes de las distribuidoras explicando qué es lo que son y qué es lo que hacen. Y en ese momento y siempre hablando del año 2003, Disprofarma, Farmanet, Rofina y Globalfarm declaraban que el 78% de los medicamentos pasaban por ahí, y eso significaba hablar de una facturación de \$3.671.000.000 y un volumen de 219 millones de unidades. Y por otro lado el resto de las distribuidoras manejaba el 22% del mercado, \$1.033.000.000 de facturación y 93 millones de unidades. Eso era lo que se manejaba por ese lado.

El avance de las distribuidoras estuvo claramente destinado y orientado a generar un proceso de integración vertical, que condicionó fuertemente a las droguerías y minimizó el rol que esas droguerías tenían.

Cuando uno revisa el tema de las droguerías puede llevarse algunas sorpresas, porque a pesar de todo lo que pasó y si uno mira en el ANMAT, pese a los escándalos que hemos tenido en los últimos tiempos con el tema de las droguerías, todavía seguimos teniendo 450 droguerías inscriptas y autorizadas para funcionar.

Sin embargo el mercado de las droguerías se ha achicado a partir de este avance de la industria sobre la distribución, se ha achicado enormemente, y yo les podría decir que tres o cuatro droguerías, algunas de ellas controladas fuertemente por la industria a través de las distribuidoras o a través de fondos fiduciarios, como Monroe Americana o como algunas otras de las que se fueron cayendo a lo largo del tiempo, son básicamente controladas por los laboratorios a través de las distribuidoras. También tenemos algunas que otras que han crecido o se han expandido en los últimos tiempos, como algunas droguerías regionales por ejemplo en Rosario o en Córdoba, que se hacen cargo de esa parte.

Este proceso por un lado ha traído algunos inconvenientes y por otro algunos beneficios para la industria, como la capacidad de cobro y la capacidad de condicionamiento. Ya la droguería no puede dar plazo sino que es el laboratorio el que fija las condiciones, y ya la droguería no trata vis a vis con cada laboratorio sino que trata con la distribuidora. Es decir que cuando uno se pelea, o una droguería intenta pelearse con un laboratorio, en realidad

se está peleando con todos los laboratorios que forman parte de la distribuidora. Imagínense lo que eso significa en términos de poder y de alineamiento en cuanto a la posición de mercado que uno puede llegar a tener.

Entonces yo diría que en eso se logró un alineamiento bastante importante, que hace que el rol de la distribución esté bastante concentrado, a diferencia de lo que pasa en España donde esas funciones son cumplidas por los farmacéuticos, lo cual les da un margen de negociación importante con alguien clave de la cadena del medicamento como es el laboratorio. Porque no nos olvidemos que el laboratorio es el que produce el bien, es el que produce el medicamento, en consecuencia ya de entrada tiene un poder importante por ser el productor. Esta descompensación que se generó en un momento, en algunos casos por impericia de los mismos farmacéuticos que perdieron ese espacio o que no supieron profundizarlo, hizo que la balanza se descompensara hacia un sector, que es el sector de los laboratorios.

Ahora bien, la historia no se termina con esto, porque vuelvo a repetir lo que dije al comienzo, en un sistema como el argentino nosotros no tenemos un comprador único, nosotros tenemos una profunda dispersión de los compradores y los financiadores, si bien tenemos un financiador o algunos financiadores que son más fuertes que otros, y uno de ellos fue históricamente el INSSJyP con el PAMI.

La otra medida muy importante que se dio y de lo cual se ha hablado poco en realidad, tiene que ver con el INSSJyP, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, o la Obra Social para Jubilados y Pensionados de la República Argentina. Sería bueno que en alguna otra oportunidad podamos profundizar sobre el tema del Instituto y de PAMI. ¿Qué pasó con PAMI? En los años 96-97 me tocó hacer un trabajo, el primer trabajo de medicamentos que tuve que hacer, en el marco del Instituto, en un proyecto financiado por el Banco Mundial para introducir algún tipo de criterio que permitiera seleccionar medicamentos. No se pretendía hacer una gran revolución en materia de medicamentos, sino que simplemente con un grupo de farmacólogos y un grupo de economistas de la salud, intentamos trabajar en introducir una especie de vademécum, nada acotado, no las 200 drogas, sino más bien una cosa amplia pero de alguna manera con cierto margen de racionalidad, que sería un poco lo que el PAMI brindaría como señal.

No olvidemos que en el caso del PAMI, si uno suma el valor total de los medicamentos que se mueven en el país y lo que mueve el PAMI, estamos hablando del 25% del total del producto medicamento que se mueve en el país. Entonces tiene una fortaleza muy importante en términos de alineamientos, en términos de determinados comportamientos y de poder alinear determinadas posiciones. EEUU hace políticas sanitarias no con el ministro de salud que dice lo que se tiene que hacer, sino que hace política sanitaria con Medicare, que contrata o no contrata, y que tiene una capacidad de compra que le permite establecer criterios por los cuales seleccionar o clasificar a los distintos proveedores.

Fue en el PAMI que se dio el primer avance en otra área en la cual también empezaban a surgir inconvenientes, recordemos que estamos hablando de los años '90, más concretamente del año '96 o '97, en donde la convertibilidad empezaba a impactar fuertemente en el financiamiento de las obras sociales, los aportes y contribuciones, y las obras sociales estaban buscando dinero debajo de la lata. Además de esta situación de fondo, por otro lado el PAMI también estaba con un problema de financiamiento muy grave, y en consecuencia en esa instancia se terminó armando un contrato, con el cual emerge otra figura clave del proceso que es Farmalink, que aparece administrando el contrato de PAMI, y a partir de ahí una serie de contratos sobre los cuales empieza a trabajar y a gestionar desde el punto de vista financiero al medicamento, con suerte variada. Uno podrá mirar y ver que algunos contratos se pudieron sostener y otros contratos tuvieron problemas, creo que en realidad nunca se pudo hacer todavía una discusión muy seria respecto del tema, y que los aseguradores han sido capturados o cooptados en lo que podría llegar a significar su capacidad de compra.

Ayer Daniel Palumbo hablaba respecto de lo que a las obras sociales les interesa, que es aquello que tienen que pagar el 100%, y allí claramente hay una preocupación muy importante de los aseguradores. Y la verdad es que yo creo que va a ser interesante ver cómo se aborda esa discusión respecto de los medicamentos que tienen una cobertura al 100% por parte de los aseguradores. Distinto es cuando estamos hablando de los otros medicamentos en ambulatorio, que van por otro canal y sobre lo cual los aseguradores no tienen que pagar el total de la facturación, allí uno ve que adoptan un comportamiento diferente, porque en definitiva el costo lo termina pagando el paciente, el usuario. Y entonces tendría que ser este paciente/usuario quien de alguna manera se parase frente a la oferta para poder discutir precios y condiciones. Aquí se hacen oídos sordos con respecto del tema y se van hacia otro lado.

Como consecuencia, el sistema en realidad está como hemos visto muy descompensado. Muy descompensado en el sentido de que, como se dijo en estas Jornadas, si hay un sector que se ha vuelto demasiado fuerte se tiene un problema serio de regulación en la materia, porque no tenemos ningún actor que pueda establecer cuáles son las reglas de juego. En ese medio es en donde tienen que sobrevivir los farmacéuticos, a los cuales en algunos casos les ha ido bien.

En ese marco nosotros tenemos aproximadamente unas 13.000 farmacias en la Argentina que están distribuidas en diferentes tipos de redes, en diferentes tipos de opciones, y que prestan servicios desde distintos ámbitos. Pero podría decirse que están también fuertemente condicionadas, porque en realidad son casi el único eslabón de la cadena que mantiene un margen de independencia como para poder sentarse a negociar como se pueda, determinadas condiciones dentro de ese mercado de trabajo.

Conclusiones

Para concluir estos breves comentarios, digamos que yo no quiero ser muy optimista porque el optimismo a veces puede ser un poco naif, un poco trivial, pero tampoco quiero ser demasiado pesimista, porque ser un pesimista implica también tener cierta pereza intelectual para hacer un abordaje del problema. En realidad quiero empezar a tener algún tipo de esperanza respecto de la posibilidad de redefinir y empezar a rediscutir este sistema, desde alianzas diferentes o desde una discusión diferente que empiece a involucrar mucho más a la aseguradora en el manejo del tema, y que empiece a responder a algunas de las necesidades que los aseguradores empiezan a tener. Porque la demanda es muy alta y hay que establecer algún mecanismo o algunos instrumentos de control y de gestión.

Quiero agregar que en Argentina se habla mucho de medicamentos desde el punto de vista del impacto en los costos, pero se habla poco desde mi punto de vista del uso racional del medicamento. Nosotros así como tenemos medicamentos a los cuales las personas individualmente o a partir de pagos de bolsillo no pueden acceder, también tenemos programas para que las personas accedan a ellos, y las más de las veces con coberturas al 100%. Pero no estamos verificando claramente en realidad quiénes acceden, y si tienen necesidad de acceder a tantos medicamentos con tanta displicencia. Creo que este tema está pendiente y hay que hacer una discusión interesante respecto a los modelos contractuales, como para empezar a introducir algún tipo de criterio que nos permita adoptar conductas racionales con un grado de certeza en cuanto a la necesidad real de los mismos y al impacto en la solidaridad y sustentabilidad del sistema en su conjunto. Es decir, no podemos llenar a una parte de la población que puede pagar el medicamento, por el sólo hecho de poder pagarlo, de medicamentos de última generación y dejar a otros sectores sin acceso al medicamento. Creo es posible y es necesario construir políticas que vayan hacia un manejo mucho más racional en materia de uso del medicamento, y mucho más sustentables en el tiempo en función de lo que se discutió ayer, respecto de lo que significan el impacto tecnológico, las innovaciones y lo que va entrando nuevo dentro de este mercado.



Mesa VIII

Nuevos escenarios de la salud y la seguridad

Coordinador: Farm. José Cid¹

Vamos a comenzar con la última Mesa de estas Octavas Jornadas Federales y Séptimas Internacionales de Política, Economía y Gestión del Medicamento, que se va a desarrollar bajo el título “Nuevos escenarios de la salud y la seguridad”.

En primer lugar quiero agradecer a todos los integrantes de la Federación Farmacéutica la distinción y la confianza de haberme pedido que coordinara esta Mesa, tan próxima ya al cierre de las Jornadas, y aprovechar esta instancia para algunas muy breves palabras.

Realmente también quiero agradecer a todos aquellos profesionales que se han acercado a nosotros en estos dos días de formación continua, y en particular a todos los profesionales del exterior que han dedicado una parte de su tiempo, que para mí es lo mas valioso, para venir a darnos un aporte tan constructivo. Hoy en nuestro país se celebra el Día del Profesor, y quiero extender este agradecimiento a los alumnos universitarios que también se están incorporando a la familia farmacéutica y a los que ya son parte de ella, y nos han acompañado en este encuentro en una actitud de esfuerzo intelectual y económico, aprendiendo y tomando los valores que heredarán en el ejercicio profesional en muy corto plazo.

¹ Integrante del Equipo de Formación de la Federación Farmacéutica (FEFARA), especialista en Educación Superior, docente investigador de la Universidad Nacional de San Luis.

Quiero decirles que he disfrutado profundamente de estas Jornadas, y que a esta altura después de las profundas reflexiones que se hicieron en lo que va de estos dos días, si tuviera que ensayar algunas conclusiones, yo diría que es necesario quizá hacerlo con un abordaje desde la Bioética. Y digo esto porque todos debemos recordar que desde la Bioética se consideran cuatro principios fundamentales: la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia. Creo que son estos dos últimos conceptos, de autonomía y justicia, los que deben disponerse en todos los actores del sistema de salud.

Estamos ahora aquí con actores relevantes de la conducción de la salud en la Provincia de Buenos Aires, y cabe imaginarse lo que les debe costar implementar justicia tanto macro o micro, cuando por ejemplo hoy a la mañana en el diario de Mar del Plata uno lee que el 35% de los juicios a la salud pública son recursos de amparo, con verdades o no verdades, porque esto está pasando y tanto el Ministerio como los otros actores tienen un trabajo arduo e impostergable para implementar justicia en este terreno.

Y de ahí viene el concepto de autonomía, yo creo que en todo este marco la necesidad del abordaje desde la Bioética se debe a que es necesario generar una contracultura, o sea que cuando yo coloco como estudio o análisis la salud, evidentemente los ministros y los distintos actores van a tener que resolver, y de hecho resuelven cotidianamente, situaciones dilemáticas. Y para resolver situaciones dilemáticas hay que estar formados, yo diría en una contracultura, hay que tener hasta una ideología. Y eso me lleva a disfrutar más de esta Mesa porque seguramente los disertantes de la misma tienen una definición ideológica y seguro tienen también una definición cultural. Y es por eso que critico desde la Bioética toda la antinomia a la autonomía, y entendiendo a la autonomía como una toma de decisión propia, la antinomia es la heteronomía. ¿Qué es la heteronomía? Es un conjunto de valores que vienen a través de nuevas tecnologías y a través de nuevos y necesarios medicamentos, pero hay que tener cuidado con esto, hay que hacer un análisis a fondo. Nadie está en contra de la innovación tecnológica en la medicina, pero todo esto hay que incorporarlo dentro de una contracultura para dar el justo valor en el justo equilibrio, y esto es un gran compromiso.

Y respecto a este concepto de autonomía, quiero destacar que mucho tiene que ver con la Bioética con la cual se gestó la Federación Farmacéutica. Yo realmente me siento orgulloso de formar parte de la Federación Farmacéutica, y me animo a decir que todo lo que se discute en estas Jornadas y que está en estos libros que se editan anualmente recogiendo fielmente todo ese material, me animo a decir que ya son incunables. Porque nunca se han tratado con tanta libertad temáticas tan complejas, donde el medicamento se aborda en un sistema de salud y al servicio de un proyecto.

Quiero presentar ahora a nuestros disertantes. El Dr. Antonio La Scaleia es médico y especialista jerarquizado en Cirugía General, formado en Administración Hospitalaria y Auditoría Médica, asesor en salud de la Municipalidad de La Matanza entre los años 2002 y 2006, Director General de Prestaciones del IOMA del 2000 al 2006, Vicepresidente del Directorio del IOMA en el periodo 2006-2010 y Presidente dicho Directorio desde marzo del 2010 a la actualidad. Es además Presidente de la Junta Ejecutiva del Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina.

También nos acompaña el Dr. Alejandro Salvador Costas, actual Subsecretario de Planificación de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, quien asiste en representación del Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dr. Alejandro Collia. El Dr. Costas es médico y especialista en Sistemas y Seguridad Social, en Clínica Médica y en Terapia Intensiva. Le cedemos a él la palabra en primer término.

Nuevos Escenarios Sanitarios

Dr. Alejandro Salvador Costas

Introducción: marco institucional, principios y valores

Muy buen día a todos, tal cual como fui presentado mi nombre es Alejandro Costas, soy médico y luego del trayecto asistencial he incursionado también en la búsqueda de conocimientos y trabajar por los demás en la progresiva formación. Dentro de este ámbito tengo varios compañeros y maestros con quienes estamos trabajando en ello desde el punto de vista de la salud pública, en este momento con la responsabilidad de la Subsecretaría de Planificación, y desde este rol seguimos trabajando en pos de ese objetivo. Quiero agradecer a las autoridades de FEFARA y a los organizadores del evento por la invitación, y transmitir inicialmente las disculpas y el saludo afectuoso de nuestro ministro de salud de la Provincia de Buenos Aires, el Dr. Alejandro Collia, quien lamentablemente por cuestiones de agenda de último momento no ha podido llegar a horario. Y me ha pedido que en su representación trate de comentar aquí cuáles son los nuevos escenarios, desafíos, propuestas y lineamientos que desde el Ministerio estamos llevando adelante.

Creo que la introducción a esta Mesa no pudo ser más acertada y oportuna, ya que en primer lugar la idea que fue propuesta por la autoridades de la organización fue avanzar sobre los nuevos escenarios en salud, y compartir esta Mesa con Antonio La Scaleia, quien es actualmente Presidente del Instituto Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires, IOMA, es un doble placer. Primero obviamente por su experiencia y capacidad, y segundo por la amistad y el trabajo diario que nos une.

Comencemos diciendo que obviamente se tiene que generar un marco para poder enfrentar los nuevos escenarios y los nuevos desafíos que la salud pública impone y propone. Esto requiere de un marco de estabilidad política y democrática como el que tenemos desde hace ya 25 años, un marco que se va buscando y logrando en base a distintos modelos, pero que al existir una estabilidad económica, esto es lo que va permitiendo un fortalecimiento institucional progresivo que nos permite plantear políticas públicas de Estado, que justamente busquen de diferentes maneras lograr el beneficio social que todos anhelamos.

Realmente digo que no pudo ser mejor la introducción de José Cid, porque sin conocerlo y sin haber hablado con respecto al encuadre que se le iba a dar a la charla de cierre final de estas importantísimas Jornadas, a la hora de pensar en políticas públicas coincido que hay que tener una ideología y hay que tener un fondo cultural, que acompañen al objetivo al cual queremos llegar. Y desde el punto de vista de la conformación ideológica, obviamente que la existencia de principios y valores es algo fundamental para poder establecer hacia dónde y cómo llegamos a ese objetivo.

Y hablando de **principios y valores**, en nuestro caso buscamos tres: **la justicia social, el beneficio social y la humanización de la salud**. Creo que estamos todos de acuerdo que desde el punto de vista de la **justicia social**, es necesario un sistema universal que permita el acceso a todo aquel que lo necesite y lo requiera. Esto de manera solidaria y equitativa, basándonos en la justicia pero también en el consenso, tratando de encontrar los espacios de diálogo donde en base a la mejor información, el interés común prevalezca sobre cualquier interés personal o sectorial. Creemos que estas son las actitudes que nos permiten lograr el principio de justicia social.

En lo referente a la **humanización de la salud**, pensamos que hay que trabajar para dotar a la salud de ca-

racterísticas como la personalización, la participación social y la responsabilidad, que son pilares con respecto al logro del objetivo que uno se propone.

Y finalmente digamos que vemos al **beneficio social** como un fin o un final además de ser un principio, donde lo que se busca es tener oportunidad en la atención, integralidad en la misma, continuidad, eficiencia y ética. Y me estoy refiriendo a la ética en las distintas acciones de todos los responsables. Quienes somos actores de un sistema de salud, con la amplitud que tiene esa palabra, tenemos la responsabilidad de lograr como objetivo ese beneficio.

Lineamientos estratégicos

En los nuevos escenarios que se van produciendo se consolidan distintos lineamientos estratégicos. Hay distintos escenarios y obviamente los distintos sectores, el sector privado, el sector público y dentro del sector público el sector estatal y el de la seguridad social, tienen también distintos grados de avances. Pero en cuanto a políticas públicas tenemos que posicionarnos en una provincia que tiene una población que ha superado ya los quince millones de personas, y donde según el censo previo un 48% de esa población cuenta con una cobertura estatal exclusiva, y aclaro que no me gusta llamar a este grupo “población sin cobertura” porque tiene una cobertura estatal de salud, en tanto que el resto cuenta con la cobertura de la seguridad social y del modelo privado. Pronto vamos a tener los datos frescos del censo que se hizo durante este año 2010, pero por ahora tenemos disponibles sólo los del censo previo.

A partir de este escenario donde nos plantamos, quisiera charlar un poco sobre la manera que estamos pensando y desarrollando la política pública, y ver las distintas estrategias sobre las que estamos trabajando, que son las siguientes:

- **Estrategia de Atención Primaria de la salud (APS)**
- **Modelo de Redes en salud**
- **Alternativas al financiamiento local**
- **Modelo alternativo de atención y gestión**
- **Educación, Comunicación e Información**
- **Integración sectorial para el logro de objetivos**

Recordemos siempre que estamos posicionados en Buenos Aires, donde por ejemplo hay que entender el financiamiento local con una mirada provincial en lo que es el financiamiento municipal, dado que la provincia de Buenos Aires son 134 municipios, que poseen dentro de su estructura de oferta sanitaria 253 hospitales municipales y más de 1700 centros de atención primaria de la salud, y que supera los 46 millones de consultas y los 875.000 egresos hospitalarios al año en el ámbito público. Entonces llevar adelante todo esto en una provincia tan compleja y grande como es Buenos Aires requiere, y esto está en trabajo de diseño en este momento, **un marco legislativo sanitario actualizado** que permita establecer derechos y responsabilidades.

Estrategia de Atención Primaria de la Salud

Dentro de lo que es la estrategia de Atención Primaria de la Salud, el **fortalecimiento de la gestión local** es

de absoluta relevancia. Creemos que el fortalecimiento debe darse sobre todo desde el conocimiento, desde las capacidades, el compromiso y la integración de las autoridades nacionales y provinciales, y a nivel local municipal de su sector privado y de la seguridad social. Y es de máxima importancia que haya un logro de resultados en el punto de la administración que más cercano está a la gente dentro de lo que es el nivel de organización estatal, que son los municipios.

En segundo lugar creemos igualmente importante el **fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención**. Ha habido cambios paradigmáticos en las actitudes que se adoptan frente a este tipo de estrategias, hemos visto como por ejemplo respecto a las enfermedades transmisibles, que desde las políticas públicas se pensaba el tema de la prevención y promoción como algo que daba resultados a largo plazo, y entonces alguien podía pensar para qué invertir en esto si igualmente los resultados no los vería en su gestión. Esto afortunadamente ya no es así, porque el fortalecimiento y la maduración institucional hoy generan que la política pública de largo plazo y el logro de resultados sean una búsqueda permanente, y no haya una cuestión de intervalos entre gestiones gubernamentales para poder pensar políticas de este tipo.

La mirada actual implica considerar lo que son los beneficios a corto plazo de las estrategias de promoción y prevención, y esto lo hemos visto con enfermedades transmisibles, reemergentes o emergentes, como han sido el Dengue y la Gripe A, donde con el trabajo mancomunado de los tres sectores y el compromiso de todo el mundo, se han logrado reducir las tasas de incidencia que se tenían en la provincia. Porque nadie va a poder negar que era una altísima preocupación cómo podría impactar esto en un conurbano bonaerense donde viven aproximadamente 9.000.000 de personas.

Esto nos muestra que debemos redoblar la apuesta hacia la promoción y la prevención de la salud, porque da resultados, brinda impactos, y además lo logra en el corto plazo, situación quizás diferente de la de las enfermedades no transmisibles o las enfermedades crónicas, en las cuales los impactos sobre morbilidad y mortalidad pueden tardar un poco más en observarse.

Obviamente, en la estrategia de Atención Primaria de la Salud el hecho de trabajar sobre **Municipios Saludables**, sobre estilos de vida saludables y sobre un mejor ambiente resultan aspectos claves. Y en ese sentido se han llevado adelante avances muy interesantes en lo que es un estilo de vida mejor. El Ministerio de Salud de la Nación ha llevado adelante la segunda Encuesta de Factores de Riesgo que realizó inicialmente en el 2005, y hoy podemos estar viendo cómo son nuestros hábitos de vida como para poder generar un plafond de información que nos permita decir cómo estamos. Debemos mejorarlo, ya que el valor y el peso que tiene el estilo de vida en la salud individual y comunitaria está totalmente demostrado desde los años '70, y junto con el ambiente deben ser temáticas a abordar porque realmente tienen un altísimo impacto e incidencia sobre la vida de cada uno de nosotros, nuestra familia y la comunidad en la cual vivimos.

En ese marco en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires se lleva adelante la creación del Programa de Salud Ambiental, lo cual realmente es un avance dado que a nivel provincial se ha generado como estrategia de gestión la creación, desde hace ya algunos años, del Organismo Provincial de Desarrollo Sostenible. Pero Salud necesitaba dentro de su estructura un área que abordara la temática ambiental, dado que tenemos problemáticas de absoluta importancia como es enfrentar el impacto sobre la salud que tienen por ejemplo la Cuenca Matanza-Riachuelo, la Cuenca del Río Reconquista, la utilización de agroquímicos o el grado de arsénico en el agua.

Por otro lado es absolutamente necesario para llevar adelante una estrategia de APS, entendiéndola a ésta con la integralidad que tiene desde el primer nivel de atención hacia la máxima complejidad, como un modelo de organización de recursos humanos, propender y trabajar en un **modelo de organización de Recursos Humanos y en la nominalización de la atención**.

Actualmente como nuevo escenario lo que estamos buscando es generar una organización en los recursos humanos del primer nivel de atención: la salita de primeros auxilios o el centro de atención primaria de la salud. Esto implica pensar en 1700 centros de salud, en los cuales trabajan más de 7.000 médicos y un personal total que llega a las 20.000 personas, por lo cual necesitamos tener un ordenamiento de los recursos humanos desde el punto de vista de sus perfiles, sus acciones, sus procesos, los resultados que obtienen y su financiamiento.

Este ordenamiento es un nuevo escenario, dado que en un mismo centro de salud cohabitan recursos humanos profesionales y otros no profesionales, que forman parte del equipo pero que tienen diversos tipos de financiamiento provincial, municipal y nacional, y obviamente distintos regímenes horarios. Y eso lo que genera es que un grupo de trabajo que tiene esta diversidad, a veces se complique a la hora de poder generar procesos en común, tener acciones mancomunadas y lograr resultados que sean homogéneos.

Está presente acá Don Juan Rafael Vargas, gracias a quien hemos tenido la oportunidad de ver cómo funcionaba un sistema de salud como es el de Costa Rica, y nos ha dado una idea absolutamente acabada y convencida de que la conformación de los **equipos básicos de atención integral de la salud**, es un camino que permite y conduce a la humanización de la atención de la salud. Aquí el equipo es responsable de esa población que tiene a cargo y de su salud, y a su vez la población se siente identificada con ese equipo formado por el médico, la enfermera y el promotor de la salud. Mediante este modelo buscamos tener un impacto en el primer nivel de atención, obviamente con un financiamiento homogéneo lógico, que permita no sólo que no que existan diferencias sino que existan coincidencias dentro de la gente que trabaja en la salud.

Estuvimos hablando hoy por la mañana con el ministro sobre la necesidad de destacar el rol del farmacéutico dentro del equipo de salud. No sólo el farmacéutico que trabaja en el hospital o el farmacéutico que trabaja en un centro de salud, sino también aquel que trabaja desde su farmacia. Porque justamente éste último es la cara de la salud a la hora de brindar el bien social que es un medicamento a la población que acuda hacia ellos, y realmente lo consideramos parte del equipo de salud.

Por otro lado es necesaria la **jerarquización y capacitación del equipo de salud**, el equipo de salud tiene que ser jerarquizado y capacitado, y para llegar a estos objetivos el Ministerio se propone tener una fuerte política en lo que es la rectoría de la capacitación y su impacto. Actualmente estamos desarrollando y haciendo una prueba piloto para lanzar en breve una plataforma electrónica a través de Internet, para que pueda existir capacitación a distancia. En una provincia con la extensión que tiene la provincia de Buenos Aires, llegar a la capacitación a través de las actividades presenciales es una forma espectacular y muy importante de intercambio, pero creemos que hoy se exigen nuevos escenarios y debemos hacer uso de las herramientas electrónicas que permiten la conectividad, la conexión, la unión, y utilizarlas para el proceso de capacitación.

Desde el punto de vista de la capacitación, y acá comenzamos a acercarnos a un tema que después voy a desarrollar y que comentaba en la introducción, además de conocer y tener buena información sobre las necesidades de la gente, también tenemos que saber cómo manejar y brindar, siempre con ese principio solidario en base a las necesidades, la oferta tecnológica que aparece debido al desarrollo científico, llámese medicamento o equipamiento. Y en ese punto qué mejor que la evidencia científica y la mejor información para la toma de decisiones, para lo cual es clave desarrollar un adecuado **sistema de información en el Primer Nivel de Atención**. Un anhelo que tenemos es que los profesionales del equipo de salud puedan tener acceso a bibliotecas electrónicas, que les permitan consultar la Medicina basada en la evidencia. Esto es un desarrollo que estamos llevando adelante con una de las universidades, para que el equipo de salud pueda consultar, leer, formarse e informarse mejor.

Y esto es fundamental para tomar decisiones, porque la toma de decisiones no se realiza solamente en los

ámbitos ministeriales, ahí se realiza la toma de decisiones de lo que significa y compete a la macrogestión. El director del hospital toma decisiones institucionales, pero también cada uno de nosotros cuando estamos junto a la cama del paciente o en nuestro escritorio en el consultorio, o cuando estamos en nuestra farmacia, estamos tomando decisiones de microgestión. En todos estos niveles, tener información disponible, acceder a la mejor información, y buscar estos principios sobre los que habíamos hablado inicialmente, son aspectos básicos para obtener ese máximo beneficio social.

Otra de las propuestas de capacitación en este nuevo escenario y que hoy se encuentra también en etapa de planificación, es el hecho de generar un Centro Provincial de Estimulación, adonde se puedan acercar profesionales y no profesionales, y tener un espacio de capacitación que les permita simular una situación administrativa o clínica, con el objetivo de generar las respuestas adecuadas. Conocemos lo que puede hacer la capacitación a través de la utilización de actores, pero hoy existen además otras tecnologías que han mostrado un altísimo impacto de interés. Y aunque pueda sonar algo raro, se puede contar con la presencia de robots que hasta tienen la capacidad de transpirar, toser o sangrar, y esto permite un mayor alcance y flexibilidad al llevar al profesional a enfrentarse a situaciones simuladas, que no son sobre la voluntarios o pacientes, e ir adquiriendo capacidades para poder tener un mayor desarrollo profesional.

Buscamos actualizar programas de capacitación y generar una política de calidad en este sentido, y estamos trabajando con el Ministerio de Salud de la Nación para lograr la acreditación de las residencias que tiene nuestra provincia en el ámbito profesional, un sistema mediante el cual se capacitan todos los años más de 3.000 residentes y actualmente unas 6.000 enfermeras en todo el territorio provincial.

Por otro lado obviamente la estrategia de Atención Primaria de la Salud requiere de la unificación de los sistemas de información, en esto ya tenemos un desarrollo que se está implementando en 15 municipios, en los cuales buscamos pasar de las 135 planillas que tenemos en un centro de salud provenientes de los distintos programas, a una planilla unificada e informatizada que facilite el relevamiento y la transferencia de la información. Porque esta información, reitero, es de absoluta importancia para quien tiene que tomar decisiones.

Y finalmente desde el punto de vista de la Atención Primaria de la Salud, es fundamental el concepto de la **participación social**, tanto en lo que es la recepción de la asistencia curativa y preventiva, como también en la toma de decisiones. Hay anhelos en la Atención Primaria de la Salud sobre los cuales venimos bregando todos quienes estamos trabajando en salud pública, desde hace ya tres o cuatro décadas, desde Alma Ata. Pero desde una ideología y de una concepción, tengo que decir que esto es un anhelo que comienza en nuestro país desde hace más de 50 años, basado en los preceptos del Dr. Ramón Carrillo en la década del '50.

Modelo de redes en salud

Habíamos mencionado dentro de los principios y valores, el principio y valor de la solidaridad, y realmente trabajar en red es desde el punto de vista de la integración prestacional una forma de ser solidarios. Desde esta óptica, desde el ámbito público se está ahora trabajando en un plan de reducción de la mortalidad infantil y materna, estamos buscando llegar a fines del 2011 con una tasa de mortalidad infantil del 10.2 por 1.000 nacidos vivos, recordemos que actualmente es de 12.4 por 1.000 nacidos vivos, y de reducir de 3.9 a 2.8 la mortalidad materna, en este caso cada 10.000 nacidos vivos. Lograr esos resultados exige un gran esfuerzo, pero realmente con compromiso y con trabajo en red esto se puede conseguir.

La planificación participativa que estamos llevando adelante con el Ministerio de Salud de la Nación, está integrando justamente la participación de los distintos niveles, desde el ministro al jefe de servicio, e involucrando a todos los trabajadores, y estamos absolutamente convencidos que no hay forma de conseguir estos objetivos si no es todos juntos trabajando en red. Por eso surgen las **redes de atención materno infantil, las neuroquirúrgicas, la red de emergencias y las redes de atención cardiovascular** entre otras.

Otro punto es la **atención por complejidad creciente**, que lo que permite es poder hacer una distribución y organización de la oferta sanitaria, porque aunque todo el mundo quiera tener todo, realmente sabemos que eso no es posible, y esto es similar a lo que nos pasa en nuestra vida cotidiana o en nuestras familias. Pero si bien no todos podemos tener todo, juntos podemos tener muchísimo, por eso el hecho de organizar la atención en complejidad creciente y en formato de red va a hacer probablemente un impacto en los servicios de salud pública.

Otro tema de gran importancia obviamente, es la conexión a través de **la referencia y la contra referencia**.

Y finalmente agreguemos que todos y cada uno de **los servicios que forman parte de la red tienen que ser permanentemente fortalecidos**. Esto implica obras, equipamientos, capacitación del recurso humano, protocolización y normatización de los procesos, asistencia técnica y control de gestión, porque eso ayuda a los mejores resultados y a tener un idioma en común que permita lograr el objetivo.

Alternativas al financiamiento local

Veamos ahora algunas cuestiones de los nuevos escenarios desde el punto de vista del financiamiento, y sobre todo lo que es el fortalecimiento del punto de contacto inicial que hoy estamos teniendo con nuestra población.

Nuestra población se atiende en un gran porcentaje dentro de los Centros de Salud de la Provincia de Buenos Aires, que como dije antes son actualmente más de 1700. En consecuencia uno de los requerimientos que tenemos pasa por fortalecer el financiamiento del eslabón administrativo que desde el punto de vista recaudatorio es quizás el más débil, que es el fortalecimiento a nivel municipal. En ese tema, lo que se está trabajando como nuevo escenario es un **nuevo esquema de distribución de la coparticipación en salud**, de la coparticipación provincial.

Es necesaria una **jerarquización en la fórmula coparticipable de las acciones de promoción y prevención**. Hoy la fórmula que genera la distribución de la coparticipación municipal, tiene como términos en el ámbito de salud la cantidad de consultas, la cantidad de camas, la cantidad de egresos, la cantidad de pacientes por día y la cantidad de establecimientos de salud sin internación. Es claramente una fórmula coparticipativa que está mirando fuertemente hacia la capacidad de oferta y producción. Obviamente todos buscamos esto en la vida personal, pero también con visión social es muy importante el hecho de cuidarnos en salud, de promover la salud y prevenir la enfermedad, y creemos que esas acciones y el logro de los objetivos a través de las acciones de promoción y prevención deben tener también un correlato en el impacto financiero para los municipios.

Otro tema a mejorar en el financiamiento es la utilización de índices de riesgo sanitario que tengan un impacto de equidad distributiva, o dicho de otra manera, implementar formas de **distribución por riesgo sanitario y equidad distributiva**. Estos son dos aspectos que es necesario desarrollar para que, justamente, quien más lo necesita más acceda.

El Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante programas que en su conceptualización tienen una trans-

ferencia de fondos a los ámbitos provinciales y municipales, en los cuales se hace la transferencia en base a la gestión por resultados y la gestión por procesos. El plan NACER, como un plan de transferencias de fondos por nominalización de mujeres embarazadas y de chicos de 0 a 6 años, es una muestra de este modelo de transferencias. La ejecución de funciones esenciales de salud pública que llevan al cumplimiento de programas que apuntan a mejorar la prevención y atención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, son ejemplos de ello. Entre los farmacéuticos, por la función que desempeñan, es bien conocido el programa REMEDIAR el cual genera la distribución de botiquines de medicamentos a los Centros de Salud. Todo esto, el **fortalecimiento del Plan NACER, las FESP o Remediar**, significan también un fortalecimiento desde el punto de vista financiero para la gestión local.

Por otro lado tenemos la **producción de productos medicinales, de medicamentos**. El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires tiene el Laboratorio Central de Salud Pública Tomás Perón, ubicado en La Plata, otro laboratorio importante en Bahía Blanca, y una serie de laboratorios satélites que están recuperando la producción de medicamentos, lo cual es realmente importante desde lo que es una política pública de producción de medicamentos, especialmente en cuanto a la cantidad que podemos producir. Hoy la planta del Laboratorio Tomás Perón está en condiciones de producir 120 millones de comprimidos al año como capacidad potencial. Actualmente ya ha producido en lo que va del año desde su inauguración como laboratorio productor de medicamentos, 22 millones de comprimidos con drogas como la metformina o el atenolol.

Esto está generando realmente un impacto a nivel de diversos puntos, uno en lo que es la accesibilidad de la gente al medicamento, y por otro lado sobre los precios, los costos y las compras que estaba haciendo el Ministerio. En estos medicamentos hoy el costo de producción, el cual está analizado, es seis veces más bajo que el menor precio al cual estamos accediendo por medio de las licitaciones que ha realizado el Ministerio. Y como política pública, mediante la producción de medicamentos también lo que se ha logrado es tener un impacto en la formación de precios. Hoy los precios que recibe el Ministerio a la hora de licitar son en promedio un 30% más bajos, y esto lo hemos visto por ejemplo con la metformina.

Pero no todo es una cuestión de cantidad en lo que es producción, sino que también hay un serio componente de calidad y de información para la toma de decisiones en cuanto a qué producir y qué no. Desde el punto de vista de la calidad se está trabajando de manera mancomunada con la Universidad Nacional de La Plata, con la Facultad de Ciencias Económicas y con la de Farmacia y Bioquímica. Los controles son realizados por el laboratorio del Ministerio, por el laboratorio de la Universidad y también participa el laboratorio del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires.

Agreguemos que desde el punto de vista de la información, la toma de decisión para la producción de medicamentos tiene que estar basada en el análisis de los costos, a nadie se le va a ocurrir producir algo que desde la producción en escala que pueda llegar a tener un emprendimiento que no sea público, sea más barato que lo que uno podría llegar a producir. Justamente el análisis de la información de los costos es lo que termina generando la toma de decisión respecto de qué puede producir el ámbito público, qué es lo que debe producir y qué es lo que no le conviene producir, y en esos casos debe recurrir a la producción a nivel empresario.

Veamos ahora qué alternativas hay en el **financiamiento del 2º nivel de atención**, o sea los hospitales. El impacto que tiene el financiamiento de los hospitales públicos municipales sobre el presupuesto es de aproximadamente un 40%, y otro de los escenarios que se están dialogando y estudiando es la organización y el financiamiento de los hospitales municipales con apoyo provincial.

Modelos alternativos de atención y gestión

Desde el punto de vista de los modelos alternativos de atención y de gestión, quiero mencionar algo que se perfila como una necesidad muy importante de abordar, donde en el ámbito privado y de la seguridad social se ha avanzado mucho y con muy buenos resultados, pero que desde el ámbito público es todavía una materia a fortalecer, como son los **cuidados domiciliarios y Centros de Hospital de Día**, y en esto último ya hemos comenzado. Estas variantes le permiten a las personas poder atenderse en un ámbito familiar cuando es a nivel domiciliario, y posibilitan el hecho de poder tener un alta rápida que reduzca las posibilidades de complicaciones, y un seguimiento en su casa o su lugar de residencia, obviamente con una reducción de los costos para el sistema de salud. Son realmente proyectos muy interesantes, que se transforman en un nuevo escenario y un nuevo desafío a abordar desde el ámbito público.

Mirando la organización y los modelos de atención a nivel hospitalario, en muchos de los hospitales pueden verse esquemas de **Internación por Cuidados Progresivos y Atención Multidisciplinaria**, complementados con **organigramas funcionales**. Es decir que en lugar de la habitual organización por servicios, el servicio de Traumatología, el de Cirugía, el de Ginecología o el de Clínica Médica, la opción es la organización a través de y por cuidados progresivos: Cuidados Básicos, Cuidados Intermedios y Cuidados Intensivos, con equipos multidisciplinarios en donde el clínico sea un equipo transversal que junto con los cirujanos tomen conductas en cada uno de los pacientes internados, y creemos que este tipo de modelo permite una atención multidisciplinaria y de mejor impacto para la salud del paciente.

El recurso humano que trabaja a nivel hospitalario actualmente trabaja en el hospital y en el ámbito privado y la dedicación no es de tiempo completo. Tenemos ya hospitales que están trabajando con **modelos de dedicación a tiempo completo**, y creemos que estudiar cómo puede llegar a ser el impacto a nivel de la gestión, tanto de la microgestión clínica y la meso gestión hospitalaria, de equipos médicos y no médicos trabajando a tiempo completo en el ámbito hospitalario, para que no solamente sea un centro asistencial sino un centro de docencia e investigación, es una alternativa muy importante para fomentar a futuro.

Obviamente la **gestión por resultados y los presupuestos por programas**, o sea los presupuestos evaluados tomando en cuenta lo que es contabilidad analítica de costos y no presupuestos históricos, son también estrategias para dar una mejor salud y conseguir un mayor beneficio.

Las **áreas de comunicación, control de gestión e informática** pasan a ser esenciales en el centro de atención, que tiene que fortalecer sus capacidades de comunicación para atender al usuario, para informar, para controlar su capacidad de gestión y tener como dijimos antes, un acceso a la información que le permita una mejor toma de decisión.

Otro punto en el cual la provincia de Buenos Aires como desafío y como nuevo escenario se propone tener un altísimo impacto, es el tema de la **investigación sanitaria**. Por una ley a nivel provincial, que tiene más de 20 años y fue sancionada en la década del '90 y una reglamentación aprobada el año pasado con el propósito y la necesidad de impulsar la investigación en la provincia, estamos llevando adelante la operativización del Programa de Investigación en la provincia de Buenos Aires. El 40% de la investigación a nivel nacional se desarrolla en nuestra provincia, y si no tenemos una política de investigación que sea efectiva se reducen notablemente las posibilidades de investigar como país. Es de interés absoluto que la investigación que luego pueda darnos el conocimiento para decidir mejor y satisfacer las nuevas necesidades que tiene nuestra población en materia de salud, sea exitosa.

Desde esta óptica se está trabajando en la coordinación administrativa con el ANMAT, a fin de que se facilite todo

procedimiento administrativo para quien quiera investigar. A esto apunta también el hecho de generar los Comités de Ética y los Comités de Investigaciones, que faciliten que toda buena investigación se pueda llevar adelante, y que también que sea fortalecido el Estado desde el punto de vista de la información de lo que se está investigando, y obviamente pueda ser el Estado un propulsor de la investigación a nivel público. Hay investigaciones y temáticas que no son abordadas desde el punto de vista de la investigación a nivel de la industria, porque si bien tenemos más de un punto en común también tenemos un interés distinto, y para el Estado el rédito social muchas veces supera, de manera absoluta, lo que pueda llegar a ser el rédito económico. De hecho, hoy por hoy investigar en nuevas drogas para el tratamiento de la tuberculosis, el Chagas y otros problemas que afectan a la sociedad es necesario que lo aborde el Estado.

Esto lleva a un punto que también se comentó en la introducción, y es que enfrentarnos con los nuevos desarrollos tecnológicos requiere que a nivel nacional y provincial tengamos una **política de evaluación de tecnologías sanitarias**. Hoy, el reconocer cuál es la evidencia científica que avala la utilización, la efectividad y la eficacia de un producto o de una tecnología, el poder hacer un análisis del costo y la efectividad, saber que sirve, que se puede financiar y que es aceptable para la comunidad profesional y la comunidad ciudadana, es lo que nos permite tomar decisiones. No podemos financiar, por una cuestión de recursos finitos, todo para todos, para eso existe la economía, por eso debemos priorizar, y la mejor información y el mejor análisis en la evaluación de tecnologías sanitarias es una herramienta que permite llevar adelante este objetivo.

Finalmente, con buena información y con evaluaciones de tecnología sanitaria, otro nuevo desafío y escenario está en las **Guías de Prácticas Clínicas**, que le permitan al profesional actuar en base a evidencias científicas en la toma de decisiones de esa micro gestión, a la hora de prescribir un medicamento o una determinada prótesis. Todo es bueno, pero hay algo que seguramente es mejor para que llegue a la máxima cantidad de personas que debemos atender.

Educación, comunicación e información

Desde el punto de vista de la educación ya hemos hablado de la capacitación, pero creemos que lo importante es llegar no solamente al equipo de salud sino desarrollar una mejor **educación comunitaria, escolar, docente, profesional y de técnicos**, porque esto es el pilar de la promoción y la prevención. Esta es una tarea y una estrategia que tenemos que seguir abordando entre todos, con distintas alternativas, como la capacitación a distancia, o generando una comisión mixta entre el Ministerio de Salud y Educación, algo que ya hemos hecho.

El Ministerio debe comunicarse, hay que desarrollar un **sistema de comunicación institucional**, debemos informar y hoy disponemos para ello de herramientas como la **página web del Ministerio** y también las **redes sociales**, como Twitter o Facebook. Hoy el Ministerio se abre a través de todas esas nuevas tecnologías para que podamos intercambiar información. Es habitual, a esta altura, que a través de una red social como es por ejemplo el Twitter, a la Secretaría Privada del Ministerio estén llegando mensajes, y eso dispere una respuesta inmediata. En definitiva, tenemos que abrirnos y conocer la problemática para poder solucionarla.

Finalmente y para ir ya terminando, el hecho de generar **sistemas de información on-line en la red ministerial**, el hecho de poder tener sistemas a nivel hospitalario de gestión ambulatoria, de camas, de compras y de facturación en hospitales, un **sistema de gestión Georreferenciado de Mortalidad materno infantil** y un **Tablero de Mando Ministerial, Regional y Municipal**, son elementos importantes para que podamos llevar adelante una gestión hospitalaria de mayor calidad.

Integración sectorial

En estos distintos lineamientos y estos nuevos escenarios que debemos enfrentar uno puede hacer un poco, pero indudablemente todos podemos hacer mucho más. El **integrarnos con la seguridad social y el ámbito privado** en lo que es redes de servicio, sistemas de información, políticas de calidad e integración de financiamientos prestacionales, es de una necesidad absoluta.

Esto debe complementarse con la **integración institucional**, a nivel interministerial por ejemplo con los ministerios de Desarrollo Social y Educación y el Ministerio de Salud de la Nación, con las universidades, los colegios profesionales, los municipios, y entidades internacionales como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, que son cosas absolutamente necesarias para que podamos lograr estos objetivos que queremos.

Conclusiones

Los escenarios futuros son variables y pueden cambiar, y cuanto mejor sea la información de que dispongamos, mayor previsión tendremos para enfrentarlos. Pero esta variabilidad de escenarios futuros la debemos enfrentar fundamentalmente con la continuidad del compromiso y el fortalecimiento del conocimiento que tenemos, porque todos soñamos y todos trabajamos para conseguir el beneficio de la gente que vive en este momento en nuestra provincia de Buenos Aires.

Muchísimas gracias por la invitación y por la posibilidad de compartir estos temas con ustedes, y por el trabajo que llevamos todos adelante, cada uno desde su lugar.

Los nuevos paradigmas de las Obras Sociales Provinciales

Dr. Antonio La Scaleia

Introducción

Agradezco a Manuel Agotegaray, Presidente de la FEFARA, por la invitación a participar y disertar en estas Jornadas, y a José Cid por la introducción que generosamente ha hecho sobre mi persona. Realmente me enorgullece que en ámbitos y eventos de este tipo se puedan volver a refrescar valores y principios éticos buscando un bien común, buscando alternativas que nos unan a desafíos que nos encuentran, y fundamentalmente tratando de discernir cuál es el lugar que nos tenemos que dar para poder agregar a esto que brillantemente expuso recién Alejandro Costas, y que él ha tomado como una bandera en la provincia de Buenos Aires. Alejandro es uno de los subsecretarios brillantes con los que cuenta la provincia de Buenos Aires, y sabemos de la entrega, el compromiso

y todo el esfuerzo que pone en el día a día para buscar estos objetivos que acaba de plantear.

En mi caso quiero hablarles en nombre de la COSSPRA, el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina, que representa un espacio de todas las obras sociales provinciales del país, donde se discuten muchas de estas cosas que mencionaban los oradores anteriores. Y realmente es un gran compromiso para mí contarles un poco nuestra realidad actual y los desafíos que vislumbramos.

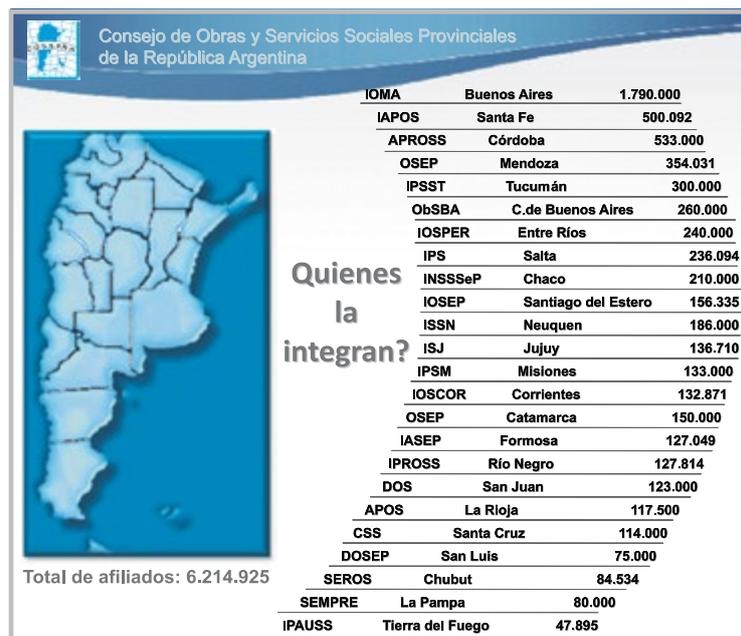
COSSPRA es una Institución Civil, sin fines de lucro, que nuclea las veintitrés Obras Sociales Provinciales y la Obra Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, brindando cobertura a 6.214.925 afiliados. Nace en 1966 como una inquietud de ocho mutuales de empleados Provinciales (Buenos Aires, Córdoba, Chubut, Entre Ríos, La Pampa, Salta, Santa Fe y Tucumán) p. Se configura como confederación en el año 1973, y en 1976 consigue la adhesión de todos los Estados Provinciales. Actualmente cuenta con Personería Jurídica otorgada por la Inspección de Personas Jurídicas de la Nación, a partir de octubre de 2009.

Partiendo de un amplio concepto de federalismo, sus **objetivos** apuntan a la normal interrelación entre las distintas Obras Sociales Provinciales de nuestro país y a la coordinación de todo lo referente a convenios de atención recíproca.

Su **misión** es asesorar, investigar, coordinar acciones, colaborar con las Obras Sociales Provinciales, y constituirse en un Organismo de consulta, que realmente pueda hacer un aporte para el Estado Nacional y las Provincias en la materia de su competencia.

La **integran** las 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y en el cuadro de abajo mostramos cuál es hoy su realidad. Vemos que incluye a algo más de 6.200.00 personas que se encuentran representadas en ella y son atendidas, con aciertos y desaciertos, por nuestras queridas obras sociales.

COSSPRA 2010

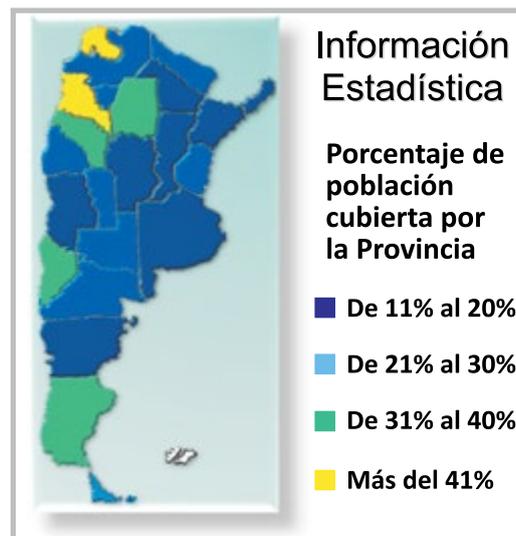


Fuente: La Scaleia A., COSSPRA, 2010.

En cuanto a cómo está conformada la **organización de COSSPRA**, nosotros tenemos cinco regiones, Sur, Cuyo, NOA, NEA y Centro, una Junta Ejecutiva donde hay representación de Buenos Aires, Santa Cruz y Chaco a través de las autoridades actuales y también hay cinco vocales regionales, que corresponden a las cinco regiones y en este momento están representadas a través integrantes de Tierra del Fuego, Córdoba, Jujuy, Formosa y Santa Fe. Lo que a nosotros nos interesa es tener en este espacio común la problemática que plantea nuestro país, porque todos tenemos muchos puntos en común respecto a lo que se plantea en la Seguridad Social y la salud de nuestra querida Argentina.

Tenemos también un **Comité Técnico**, hoy conformado con gente de Santa Fe, Formosa, Salta, Buenos Aires, Santa Cruz y Córdoba, cuyos integrantes representan esas zonas que habíamos mencionado y donde se plantean las problemáticas que puedan estar viviendo cada una de estas obras sociales. A partir de este Comité tratamos de emitir documentos con el objetivo de que sean orientadores o rectores desde el punto de vista que establece la Seguridad Social, y en particular la Obras Sociales como sistemas solidarios.

Nuestra realidad vista en cifras y a título simplemente ilustrativo, es la que mostramos en este cuadro, para que vean el peso que significan las obras sociales provinciales. Salvo en 8 provincias donde la cobertura oscila entre el 11 y el 20% de la población, en el resto más del 20% de sus habitantes tienen como cobertura la obra social de su provincia, y en algunos casos esto supera el 40%.



Este peso no es un tema de orgullo solamente, sino que es un tema de altísima responsabilidad donde debemos administrar los recursos con un criterio de equidad en el sistema, para que no haya gente que accede y otra que no accede a lo que nosotros pretendemos ofrecer con calidad prestacional.

Respecto al **financiamiento del sistema**: Los trabajadores aportan el 47% de los ingresos que tienen las obras sociales provinciales, tomado esto como promedio general a nivel país, y un 53% lo aporta el Estado Provincial (patronal).

¿Cuáles son las características de las obras sociales provinciales?

- Contienen al 14% de la población del país
- Gastan el 10% del total del sector salud
- Son instituciones autárquicas

- Se basan en sistemas solidarios de atención
- Ofrecen un único modelo prestacional, independiente del aporte que el afiliado realice a la O. S.
- Son organizaciones de gestión estatal
- Los beneficiarios participan en la conducción. En todos los directorios de las obras sociales hay representación por parte de los trabajadores a través de los gremios o sindicatos mayoritarios.

Claramente son un seguro para el personal público y su grupo familiar, con mínimos costos, y donde se ofrece un sistema de salud integral con una respuesta prestacional integral, adecuada y oportuna. Esto implica que nosotros debemos administrar los recursos con responsabilidad, con el objetivo de lograr una sustentabilidad basada y orientada a la equidad y solidaridad del sistema.

Evidentemente muchas veces fallamos en estos objetivos y obligaciones, y esto en algunos casos genera recursos de amparo como se mencionara en estas Jornadas. Pero en otros casos y aún haciendo bien las cosas, se alteran estas ecuaciones, este propósito de una responsabilidad como sistema con una respuesta integral, adecuada y oportuna que conlleva la exigencia de administrar los recursos limitados de que disponemos, si queremos que realmente haya una equidad en ese sistema solidario, y que el mismo sea sustentable.

Nos basamos en **dos principios**: el de **aseguramiento** y el de **solidaridad**, en todas nuestras organizaciones el sano financia al enfermo, y se aporta según lo que se cobra pero se recibe según lo que se necesita. Estos son pilares básicos de nuestra organización y es un desafío constante para poder desarrollarla y seguir representando este esquema de equidad.

Es importante señalar en qué basamos nuestro sistema prestacional, y estamos tratando que los jueces y los abogados, o aquellos que litigan contra las obras sociales provinciales entiendan qué estamos obligados a prestar. Nuestro **Programa Prestacional** tiene en cuenta el PMO y sigue los lineamientos del Ministerio de Salud de la Nación y de cada Provincia. Nuestras normativas no salen de un hongo, sino que siguen protocolos basados en la evidencia científica, criterios y consensos de los ámbitos académicos nacionales e internacionales y normativas de entidades reguladoras como el ANMAT y la FDA, y atienden en particular los aspectos del perfil sanitario de la población afiliatoria.

Este es el gasto que tenemos en salud en Argentina, y de estos 102 mil millones de pesos que se invierten en salud, el 10% pertenece a nuestra organización.

Gasto de salud en Argentina, 2009

O. S. Sindicales, Nacionales y Provinciales	29,072
PAMI	9,181
Subsistema Privado	12,807
Estado	29,016
Otros	21,931
TOTAL	102,007

Fuente: Informe 2010 de Key Market sobre el gasto de salud en la Argentina.

Luego de esta necesaria presentación introductoria, vamos a ver un par de escenarios con los que pensamos que nos vamos a encontrar, para luego discutir un poco los desafíos que vienen hacia adelante, y terminar con una reflexión para compartir con todos, respecto a dónde nos toca estar, o en qué punto vamos a tener que reflexionar o encontrarnos.

Escenarios futuros

Es oportuno recordar que hay una **carga de enfermedad** que la OMS ha definido como la afectación de la población económicamente activa que impacta sobre el bienestar general, y también hay un **listado de enfermedades** que no es un listado de mortalidad, sino que está basado en la inhabilitación que la enfermedad produce hasta que se resuelva o pueda ocasionar la muerte. Es necesario comprender esto por el impacto que va a significar en la economía para administrar los sistemas de salud. Esto conduce a tener en cuenta entonces la **relación costo (inversión) efectividad (salud)**, y ver lo que se invierte para lograr el estado de salud es algo que nosotros estamos analizando y discutiendo.

Variación de la Carga de enfermedad en función del desempeño de la productividad



Fuente: *Smoking related disease impact. ARGENTINA. World Health Organization.*

La OMS desde el año 1990 al año 2020 hizo una proyección de la carga de enfermedad, y reitero que no estamos hablando en este caso de mortalidad sino de comorbilidades, de cómo se enferma la gente, y de cómo esas enfermedades influyen sobre los recursos y en la administración estratégica de lo que se tiene que utilizar para financiar los sistemas de salud.

¿Por qué digo esto? Si miramos el cuadro y la proyección de las enfermedades de 1990 al 2020, y nada más tocamos dos o tres enfermedades, vemos como por ejemplo la depresión unipolar que estaba en el cuarto puesto en 1990, ya se ubicaría en el segundo lugar para el 2020, o en el caso de la enfermedad coronaria, vemos que del quinto puesto pasa a proyectarse al primero. Otro dato importante es la proyección ascendente de la accidentología, los accidentes de tránsito dónde estaban y dónde van a aparecer.

No voy a mencionar todo, pero quiero hacer una breve reflexión al respecto. Esta carga de enfermedad es una carga económica, pero cuando la depresión unipolar se establece en una población como tenemos nosotros en

las obras sociales provinciales, donde los docentes ocupan una línea muy particular, y en este punto voy a hablar de nuestros números de IOMA solamente, porque tenemos una evaluación de lo que nosotros conocemos y estamos articulando toda la información general. Actualmente unos 300.000 docentes están dentro del IOMA, esa carga de enfermedad que estamos evaluando es un análisis que nosotros queremos realizar, porque de lo contrario cada vez que tiene que ser suplantada una de estas maestras hay que buscar 3 o 4 alternativas en muchos de los casos. Y éste es un ejemplo concreto de cómo un costo que termina afectando la ecuación de esta inversión para cuidar la salud.

Mirando solamente las diez enfermedades que encabezan esta lista de carga de enfermedad, vemos que son las que ocasionan la mayor alteración en el estado activo, en la población activa, en el que trabaja, en el que genera movimientos y en el que está sano, y nuestro sistema solidario se basa en tener una población cada vez más sana. Y cuando Alejandro Costas hablaba recién de los programas de prevención de salud, esto es sin duda un problema que nuestra organización tiene que enfocar y encaminar. Y esto es así porque hay una carga importante de enfermedad, que si no la comprendemos no terminamos tampoco de comprender cómo son nuestro sistemas, y dónde tenemos que ajustar un poco las clavijas para ir mejorando y siendo cada vez más eficaces.

Escenarios actuales de la seguridad social

Voy a mostrar dos o tres interpretaciones de los **escenarios** en que se mueven las obras sociales provinciales, las obras sociales sindicales y nacionales, y yo diría la seguridad en general y la salud toda. Hay una demanda creciente y anárquica con información distorsionada, con deterioro de la relación medico paciente y con una convivencia social conflictiva. Estos factores no pueden ser desconocidos, porque si nosotros no los comprendemos en sus causas, en su etiología, y como médicos estudiamos y crecemos, no podremos encontrar ni el medicamento ni la solución de los problemas. Porque la misma situación y el mismo tipo de problemas que suceden a nivel de los medicamentos o con la enfermedad, también pasan en los mismos sistemas de salud. Hoy cualquiera encuentra algo en Internet y lo quiere tener, y luego alguien dice que es el derecho individual de esa persona y hay que dárselo, pero no dice nunca bajo qué criterio. Por eso nosotros debemos conocer esta demanda creciente y anárquica.

Paralelamente tenemos el aumento de costos, sobre todo en productos e insumos importados, y como planteaba Alejandro Costas, la importancia de discutir la incorporación de tecnología es fundamental, porque no todo el desafío como médicos es conocer cada vez más, saber en el momento oportuno, llegar lo más rápido y tener la mejor tecnología o la mejor herramienta, sino que además debemos hacer un buen uso de eso, de lo contrario no hay recurso que alcance para que realmente aquel que lo necesita, lo pueda usar.

Hoy tenemos innovaciones y nuevas tecnologías, tanto diagnósticas como la resonancia magnética de última generación, PET y videocápsulas endoscópicas, o terapéuticas como procedimientos miniinvasivos, medicamentos de alta especificidad y cirugía robótica. Tenemos un montón de cosas que son importantes porque podemos mejorar la sobrevida y la calidad de vida de muchos de nuestros pacientes, o de muchos de los afiliados. Pero hay que estar alertas porque este costo que estoy mencionando tiene que estar dentro de un criterio de utilización lo más finito y adecuado, porque sino la distorsión es tan grande que la resonancia empieza a ser más importante que el estetoscopio, o que sentarse y escuchar a un paciente, y así la resonancia o cualquier tecnología de alta complejidad pasa a ser más importante que el arte de curar. Y nadie se cura por un medicamento, uno se cura cuando alguien diagnostica bien, cuando alguien contiene al paciente, cuando alguien continua atendiendo esa enfermedad y le da un medicamento.

Ahora, si nosotros invertimos esta carga y creemos que esto es lo que va a resolver la enfermedad, creo que vamos a estar en un camino totalmente equivocado. Todos queremos que aparezca la última tecnología y nos maravillamos de una videocápsula que hace 50.000 fotografías, pero la pregunta que sigue es si siempre hay que usarla. Y también habrá que discutir si cada vez que se opera una vesícula por laparoscopia se necesita hacer esto con un sistema de robótica.

Hay otro escenario que se ha metido con nosotros y que ya parece el hermano más distorsionado del sistema, que ya se sienta en nuestra mesa y ya decide lo que hay que comer y qué hay que hacer. Y esto es ni más ni menos que la intromisión de la Justicia en las decisiones y los alcances de la responsabilidad de las Obras Sociales, sin considerar en muchos casos la evidencia científica, las normas y protocolos, anteponiendo el derecho individual sobre el colectivo y afectando la ecuación económico- financiera, que empieza a ser trastocada.

Y resulta un tema clave e importante, que nuestros abogados y nuestros jueces entiendan que como funcionarios públicos también son responsables del uso de los recursos en salud, porque no somos nosotros solos los que malversamos, o los únicos funcionarios que hacemos mal uso y desfinanciamos a las obras sociales. Esto también es una forma de desfinanciar, porque no sucede solamente cuando quizá no llegamos en el momento oportuno o cuando teníamos que haber dado lo que correspondía y no lo hicimos, sino cuando aún llegando cuando corresponde, hemos dado o quisimos dar lo que la evidencia establece, o lo que los consensos internacionales o los 20 años de estudios sobre una determinada patología dictaminan como conducta. Si eso se viola, si ellos lo violan, también deben sentir la responsabilidad que tienen y el desfinanciamiento que están produciéndole a la salud, porque si desfinancian a la salud va a haber gente que no va a acceder. Entonces esta intromisión es un escenario que nos toca a todos, dentro de presupuestos limitados, y que uno quiere discutir celosamente.

Nuevos desafíos de la seguridad social

¿Cuáles son los nuevos desafíos que nosotros tenemos?

- **En primer lugar enfrentar los mayores costos del sistema.**

Hay una **mayor longevidad y hay aumento de las patologías crónicas y oncológicas**. Tenemos mejores tratamientos y sabemos tratar mejor las patologías crónicas, pero cada vez que entra un protocolo en la industria farmacéutica, con un desafío y un acompañamiento, no son protocolos que disminuyen los gastos, son protocolos que los aumentan porque son otros costos que ayudan a esa sobrevivencia y a esa calidad de vida, pero en definitiva lo cierto es que tenemos que hacernos cargo de estos mayores costos. Otro aspecto nada menor es el **incremento en la atención de la discapacidad**, y esto tiene mucho que ver con lo que hablábamos antes sobre la carga de la enfermedad. Los accidentes de tránsito son uno de los nuevos indicadores de la sociedad que impactan en la probabilidad de una persona de estar sana o quedar discapacitada. Pero paralelamente la discapacidad que produce la patología coronaria tiene un peso tan importante como el que les estoy mencionando.

Y otro factor importante es la **mayor sobrevivencia de patologías congénitas**. Hay muchas patologías congénitas que hoy gracias al avance de la ciencia las podemos resolver de otra manera, pero objetivamente esto tiene obviamente un impacto tanto en los costos directos como en los indirectos cuando se ve en el contexto de la carga general de enfermedad.

- **Incorporar los avances de la ciencia.**

Nosotros hoy hemos pasado del trasplante de hígado al trasplante de intestino y luego también al

trasplante de cara. Porque esto va a aparecer en la Argentina, y vamos a tener que discutir y que estar preparados. Y hemos pasado de los medicamentos biológicos, a los inteligentes y a la nanomedicina, del corazón humano al artificial, de las prótesis mecánicas a las biónicas, y de la piel sintética a las células madres... y así podría seguir hasta el cansancio hablando de lo que viene y lo que ya está, y que si bien todos queremos que esto suceda, el tema es administrarlo, ponerse de acuerdo y actuar racionalmente.

- **Fortalecer el sentido de pertenencia de nuestra población**

Nosotros tenemos una población que es cautiva, y justamente por esto tenemos más responsabilidad, porque no pueden elegir otra cosa y reciben lo que nosotros consideramos que hay que darles y no tienen otra alternativa. Nuestra gran responsabilidad entonces es fortalecer la pertenencia al sistema, **mejorando la accesibilidad, la calidad prestacional y la satisfacción de los beneficiarios**. Respecto a mejorar la accesibilidad, esto pasa por dar una información adecuada sobre la cobertura, implementar mecanismos de autorización ágiles y eficientes y la posibilidad de utilización de toda la red prestadora. Es decir que nos debemos ganar esa población, debemos asegurarnos que realmente que se sientan representados por su obra social al momento que la necesitan.

- **Incrementar el conocimiento de los sistemas (Para la toma de decisiones estratégicas de la Obra Social.)**

Como mencionara antes Alejandro Costas, el conocer los sistemas y los procesos para la toma de decisiones es fundamental. Y nosotros tenemos información distorsionada y fragmentada, no sólo en nuestra propia obra social sino en todo el país. Éste es un gran desafío que tiene la COSSPRA, tratar de estimular a que **se unifiquen los circuitos de información, y se conforme la Historia Clínica Única** de consumos, dado que esto permitirá realizar una evaluación y un seguimiento sanitario exhaustivos.

- **Fortalecer la calidad institucional (Financiadores Entidades prestadoras)**

Otro desafío que tenemos es fortalecer la calidad institucional, evidentemente a través de la **acreditación de prestadores** porque todos no somos iguales, y eso implica un desafío y un crecimiento muy importante para nuestra organización.

Pero evidentemente si nosotros a la calidad institucional no le incorporamos la **medicina sistemática** vamos a estar en un problema, y quiero detenerme un poco en este punto, porque creo que aquí hay cosas en las que nos hemos equivocado. ¿Pero en que nos hemos equivocado? Yo creo que nos hemos equivocado en pretenderla y en instalarla como un estado filosófico, en marcar lineamientos y acordar ideas, pero no terminamos de plasmarlas. Evidentemente si esta situación la establecemos como normas, como indicadores y como protocolos, pero fuertemente como un análisis de resultados, incorporado todo esto en el cuerpo de los convenios, vamos a empezar a tener un punto de medición, un punto de comparación, con aciertos y desaciertos. Hay que establecer pautas en los servicios, marcar normas y protocolos, pero indefectiblemente hay que analizar resultados, porque si no lo hacemos podemos creer que vamos bien o que vamos mal, pero eso puede no ser cierto, y ahí es donde se nos caen y fracasan todas las estrategias.

- **Disminuir el riesgo de enfermarse**

Esto por supuesto a través de los programas de **atención temprana de las enfermedades y de una estrategia de promoción de la salud**. Un tema donde hay que trabajar cada día más.

- **Sustentabilidad económico - financiera**

Por último hay que sustentabilizar nuestro sistema, no hay sistema que pueda sustentarse si no hay un planteo económico financiero muy serio para poder cumplir con muchos de los objetivos que mencionaba

antes. Esto significa **redefinir las políticas de aportes y contribuciones, de pensiones graciabiles y los subsidios que el Estado Nacional hace a las obras sociales provinciales.**

Esto no existe en este momento, pero por ejemplo hay casos de patologías excepcionales, de enfermedades raras con terapéuticas posibles a veces pero de muy alto costo, y para esto se necesita una política de Estado. Se necesita discutir con los laboratorios productores del país que corresponda o surja, no puede ser que cada uno de manera individual tenga que resolver la problemática, o que de acuerdo a cómo es su escala tengamos valores diferentes del mismo producto o de la misma empresa que se contacta con nosotros. Y sé que ustedes como Federación Farmacéutica también están en la búsqueda de encontrar estos caminos y estas soluciones.

Hay que hacer una **reingeniería de contrataciones a gran escala por fusión de financiadores**, esto es un planteo que cuesta mucho pero que lo estamos discutiendo y lo estamos poniendo sobre la mesa, porque todas las obras sociales provinciales tienen una misma problemática. Yo no digo comprar todo, pero si tenemos por ejemplo muchas patologías raras o tecnologías de alto costo, donde muchas veces el mismo prestador es el que está con una, dos, diez o todas las obras sociales provinciales, y no obstante no podemos decir qué costo tienen porque en la realidad son costos diferentes.

Y por último hay que aumentar la base solidaria buscando el crecimiento de las adhesiones o afiliaciones voluntarias, porque esto es una manera también de tratar de bajar y disminuir la carga de enfermedad. Cuanto más adhesiones voluntarias haya, con gente sana y joven que ingresa a la organización, nos llega un poco de aire fresco para que podamos ir equilibrando nuestros presupuestos.

Reflexiones finales

Antes de cerrar la mesa queremos compartir algo que nos parece de mucha profundidad, que creo que muchos van a entender y van a acompañarnos. Y como dicen en las películas, los hechos o los dichos que a partir de este momento se muestran pueden no ser reales para algunos, pero realmente queremos mostrarlos y queremos discutirlos.

El concepto de **corresponsabilidad clínica** evidentemente busca un equilibrio financiero, y no es un equilibrio económico ni es una mirada que apunta nada más que a los pesos, sino que es tratar de ver dónde se generan las distorsiones del sistema. Y por eso el primer análisis es meternos nosotros como médicos en la primer cadena de responsabilidades, donde se origina el diagnóstico y donde se origina la orden terapéutica, y ver qué pasa cuando realmente las decisiones no son racionales o acertadas, o sea no están basadas en la evidencia y en la oportunidad terapéutica.

Aún cuando realmente creamos que todo se basa en la evidencia, yo puedo llegar a tener una evidencia analizada desde distintos puntos de vista, y decir cómo conformo esta botella, este envase, o qué hay adentro, pero eso no me alcanza para decir qué voy a hacer con esto. Yo puedo meterme en el mercado, forzar las voluntades, instalar una condición determinada, pero no me alcanza para discutir en salud y administrar los sistemas si nosotros no nos ponemos de acuerdo en las oportunidades para hacerlo.

Y cuando digo esto lo puedo decir con muchísimos ejemplos de cuando se usan determinados protocolos o cuando se saltan determinados protocolos, forzando desde adentro del consultorio que esto es lo mejor para mi paciente. Entonces a esa evidencia científica que está escrita en todos lados, la rompo y la desestructuro en una

decisión irracional, no acertada y sin oportunidad terapéutica. Y así se nos han muerto un montón de pacientes, adentro del quirófano y con la mejor prótesis endovascular, aunque la evidencia científica me pueda hablar de las bondades que tiene esa prótesis y de lo que me puede resolver.

Hoy hay una responsabilidad que nos cabe a todos, y vuelvo a levantar la mano, a nosotros primero, pero donde también la industria farmacéutica, los prestadores, los responsables de los sistemas, los políticos y aún la sociedad en su conjunto, deben hacer una discusión de a qué salud se quiere y puede acceder. Si no entendemos esto y no establecemos el uso sobre normas y estándares, no podremos lograr que haya una salud para más personas y una mejor salud para todos. Si nosotros rompemos este esquema o este lineamiento, las consecuencias van a ser cada vez más complicadas.

Recién hablamos de los escenarios en que nos movíamos, y luego vimos qué desafíos creemos que nos esperan por delante. Y ahora viene, no sé si es una fantasía, lo que queremos lograr, y para lo que hay que administrar con un sentido estratégico y con una responsabilidad, pero sobre todo con generosidad para poder poner lo que cada uno tiene que poner. Sea como financiadores, como proveedores o como prestadores, y digo también como sociedad toda.

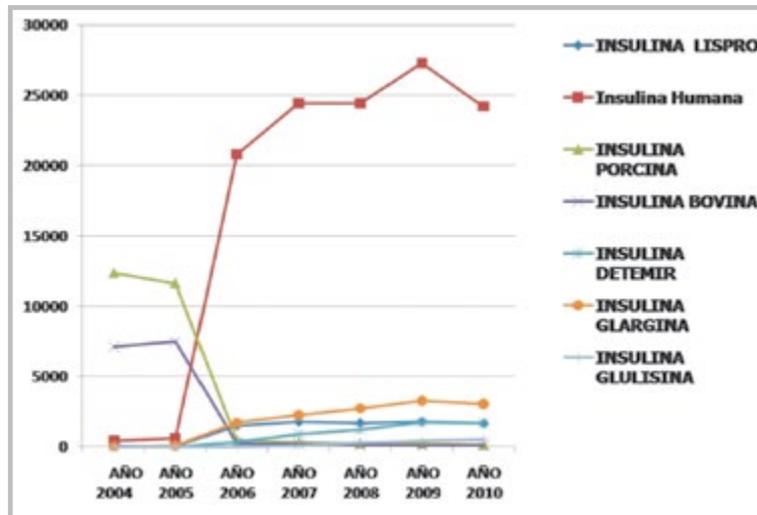
Voy a hacer una aclaración respecto a lo que voy a comentar seguidamente: no quiero analizar con este caso la insulina humana *versus* la insulina porcina, sino que a través de este ejemplo pretendo mostrar esta corresponsabilidad que les mencionaba. Sí quiero decir no obstante que para la insulina porcina no se hicieron estudios comparativos a largo plazo, sin embargo el mercado nos metió una insulina espectacular, la botella que yo les contaba, la que más se acerca al diseño humano, a lo fisiológico de la persona, lo mejor y lo que nadie discute. Y cuando la industria farmacéutica, sobre todo los laboratorios líderes, estudian, estudian en serio. Y cuando hacen las cosas, las hacen bien, nadie discute eso. Pero cuando se meten en el mercado yo no sé si lo hacen tan bien. Porque en EEUU desapareció la producción de la insulina porcina, y mucha gente podía haber seguido perfectamente con esa medicación que ya estaba recibiendo.

Yo muestro esto a partir del IOMA para no comprometer a mis amigos de las otras obras sociales provinciales, y acá hablo de esos escenarios, de los dichos y hechos que algunos pueden no ser de la realidad, pero igualmente se los quiero mostrar.

Nosotros en el año 2005 teníamos casi un paralelismo en el uso de insulina porcina y bovina, y empezaban a aparecer las insulinas humanas, rápidamente fíjense lo que pasó, arriba en el gráfico puede verse la curva con la que creció, pasamos a la utilización de un 95% de las insulinas humanas sobre las porcinas.

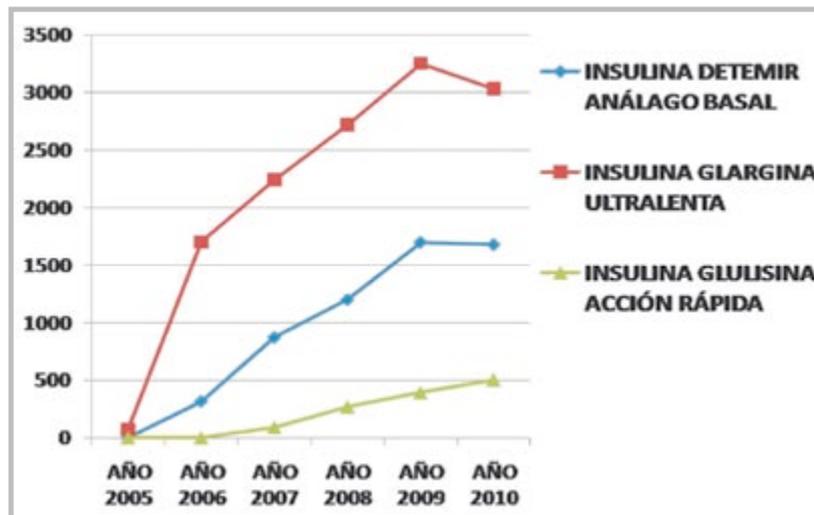
Y en este otro gráfico mostramos lo que está pasando en el crecimiento del 2004 al 2010, con la análoga basal, que es la insulina detemir, ultra lenta y de acción rápida. Obvio que todas tienen indicaciones y que todas tienen evidencias científicas, pero la pregunta es si era necesario que todo pasara de una magnitud a la otra. Y si era absolutamente necesario pagar 4 ó 5 veces más el costo que nosotros teníamos del manejo de las insulinas de origen animal versus las insulinas humanas.

Tendencia del uso de insulinas, IOMA 2004-2010



Fuente: La Scaleia Antonio, IOMA, 2010.-

Introducción y Tendencias del uso de las Insulinas, IOMA 2004-2010



Fuente: La Scaleia Antonio, IOMA, 2010.-

Vuelvo a decir no hago un análisis metafísico ni comparativo sobre unas y otras. Estoy hablando de decisión, de estrategia, de oportunidad y de responsabilidad del sistema. A esta altura del partido no estoy pretendiendo volver para atrás, pero si estoy planteando acá, y sé que hay gente de la industria y los laboratorios que son muy serios y que están presentes, que queremos discutir con ellos un montón de cosas. Porque si nosotros esto no lo planteamos en este momento, cuando vengan todas las otras monodrogas, y cuando empiecen a discutir las simvastatinas sobre los efectos que tienen hoy y que regulan bien el colesterol y que disminuyen la patología coronaria, vamos a tener un desfinanciamiento del sistema muy importante. Tampoco hablo sólo de una droga, hablo de procedimientos, de tecnologías, de prótesis, medicamentos, protocolos, etc, etc. Todos somos responsables, cada uno desde su lugar todos compartimos la responsabilidad y nadie puede hacerse el distraído.

Conclusiones

El planteo de COSSPRA es un planteo más universal, a partir de estar preocupados en ver cómo sostenemos nuestro sistema solidario de salud. Porque en plena crisis nuestro sistema solidario siguió dando respuesta, con pagos atrasados, con proveedores que no cobraban, con una situación económica del país terrible, pero la gente bien o mal siguió atendándose y nuestros centros prestadores bien o mal siguieron abiertos, y eso lo hizo la seguridad social, eso lo hicieron las obras sociales provinciales, de cara a los 6.200.000 afiliados que nosotros representábamos.

Para terminar, quiero decir que COSSPRA hace los esfuerzos para dar a la seguridad social una orientación hacia los determinantes sociales de la salud, hacia un enfoque sistémico y epidemiológico, hacia la promoción y prevención, hacia la intersectorialidad y hacia la concepción integral de los modelos de salud.

Agradezco nuevamente la oportunidad de compartir este espacio, hoy se hablaron ciertas cosas que realmente nos pueden hundir o nos pueden enorgullecer, porque hablar de filosofía, hablar de determinados compromisos, hablar de equidad, de responsabilidades compartidas y de qué lugar nos toca a cada uno para proteger el bien común, son cosas que habitualmente no las escuchamos muy seguido en nuestra querida Argentina. Por eso nosotros como COSSPRA desafiamos a todos para que realmente seamos capaces de buscar las mejores alternativas, porque mucha gente depende de las discusiones, de los aciertos o desaciertos que nosotros hagamos desde los sistemas solidarios de salud. Muchas gracias.

Coordinador: Farm. José Cid

Con esta Mesa hemos llegado ya al momento de cierre de estas Jornadas, las disertaciones han sido magníficas en su contenido y su alto grado de sinceridad, y simplemente quiero recordar un viejo apotegma que siempre me marcó profundamente, que las masas y los pueblos no valen por su número sino por la calidad de los dirigentes que las encuadran y conducen. Gracias nuevamente a todos nuestros disertantes por la calidad intelectual que han tenido, y quedamos con Manuel Agotegaray, quien cerrará formalmente estas Jornadas 2010.

Acto de cierre

Farm. Manuel Agotegaray

Sinceramente, considerando que participantes de la talla de los que hemos tenido hayan cedido parte de su tiempo para que yo pueda decir unas palabras realmente me obligan a que sean muy breves, y con el solo propósito de darles un cierre formal a estas hermosas Jornadas. Quienes constituimos FEFARA estamos muy orgullosos de la respuesta de todos los participantes y particularmente de los disertantes, hemos tenido dos días intensos donde hemos dado una mirada al sistema de salud de Uruguay y de Costa Rica, conocido diferentes experiencias y realidades en lo que hace a los colegas españoles, tanto en la distribución de medicamentos como en el tema de enfermedades raras y medicamentos huérfanos. Y hemos recibido un interesante y actualizado aporte con expositores como los que acaban de concluir la última Mesa, y los directores de algunas obras sociales provinciales.

La gente del ANMAT y de la Superintendencia, así como todos los gestores, no vinieron a dar cátedra sino, a contar qué les esta pasando y cómo están buscando las soluciones a los problemas y dilemas que se les presentan.

Y una clara prueba de nuestro entusiasmo es que pese a la intensidad de este encuentro, las disertaciones eran tan sustanciales que anoche que eran las 21 horas, y la verdad es que no nos queríamos ir.

Y rescato algo que me gustó especialmente y es el desafío que nos dejó Antonio La Scaleia, y decirle que en FEFARA asumimos el desafío y le vamos a dar respuesta, que no tenga ninguna duda de ello, porque estamos convencidos que para la solución de la salud en general pero específicamente de una política de medicamentos en la Argentina, no hay una fórmula mágica, hay prueba y error, hay voluntad de avanzar y hay valores con los cuales creemos que se deben hacer las cosas. Es cierto que hemos sido tentados miles de veces de avanzar por otro camino, pero ninguno vale la pena, y el orgullo queda en encontrar gente como quienes nos han acompañado en este encuentro, que estén en la función pública pero se animen a repetir aquí lo que a veces se habla en privado.

Esto no se da muchas veces, entonces yo celebro profundamente encontrar estas actitudes entre gestores del sistema de salud, porque creo que es la única manera de superar los problemas. Tenemos que ser solidarios con ellos cuando están en función porque sabemos muy bien que en esos lugares es mucho mas difícil ser justos que buenos, y ahí esta la clave. Porque ser bueno puede ser muy fácil, pero de ahí sale un poco la frase tan mentada de que en salud los recursos son finitos y las demandas son infinitas.

Por eso y para terminar, como un humilde aporte de FEFARA pero que para nosotros tiene mucho valor, yo les quiero hacer entrega a nuestros dos últimos disertantes, para que el Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires tenga en su despacho y Antonio Scaleia en el suyo en la Presidencia de COSSPRA, de los ocho libros que hemos editado desde el 2002, plasmando en ellos estas Jornadas que venimos realizando en diferentes lugares del país. No sé si serán de consulta, pero la verdad es que son libros donde están absolutamente todas las posiciones políticas que se puedan imaginar, con disertantes nacionales e internacionales.

Es probable que no haya en ellos mucho para enseñarles, pero seguramente sí habrá cosas para reflexionar juntos, y simplemente queremos desde la profesión farmacéutica que nos tomen como compañeros en esta difícil ruta de servirle a la población, porque pensamos que no hay nada más inmoral que algún argentino no tenga en la Argentina el medicamento que necesita, con lo que se gasta en este sentido a nivel país.

Muchísimas gracias a todos, hasta el año que viene, y sigamos trabajando año a año para poder realizar juntos todo lo que anhelamos. Muchas gracias.

