

# **13<sup>ras</sup>** Jornadas Federales y **12mas** Internacionales

**Política, Economía y Gestión de  
Medicamentos**

**2das Jornadas Profesionales Farmacéuticas**



**2 y 3 de Julio de 2015**

**Howard Johnson Pilar**

**Pilar - Bs. As. - Argentina**



# **13<sup>ras</sup>** Jornadas Federales y 12<sup>mas</sup> Internacionales

Política, Economía y Gestión de  
**Medicamentos**

**2das Jornadas Profesionales Farmacéuticas**



**2 y 3 de Julio de 2015**  
**Howard Johnson Pilar**  
**Pilar - Bs. As. - Argentina**

Robatta, Hugo

13<sup>ras</sup> Jornadas Federales y 12<sup>mas</sup> Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos y 2<sup>das</sup> Jornadas Profesionales Farmacéuticas / Hugo Robatta; Manuel Agotegaray; Natalia Rodriguez. - 1<sup>a</sup> ed. - Santa Fe: Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe, 2016.

408 p.; 24 x 15 cm.

ISBN 978-987-29972-3-6

1. Farmacología. 2. Acceso a la Salud. 3. Medicamentos. I. Agotegaray, Manuel II. Rodriguez, Natalia III. Título  
CDD 615.1

Primera Edición 500 ejemplares, mayo 2016

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

### **Publicación**

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

### **Producción Editorial**

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

### **Edición Final**

Farm. Hugo Ignacio Robatta  
Farm. María Rosa Pagani

Este libro se terminó de imprimir en el mes de mayo de 2016  
en los Talleres Gráficos de Imprenta Lux S.A.  
Hipólito Irigoyen 2463 - (3000) Santa Fe - Argentina  
[www.imprentalux.com.ar](http://www.imprentalux.com.ar)

**Agradecimiento** por la colaboración en la edición de esta publicación



**Laboratorio Monserrat y Eclair S.A.**

**Estas Jornadas organizadas por FEFARA  
fueron auspiciadas por:**

*Honorable Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires*

*Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe*

*Universidad Nacional de La Pampa*

*Facultad de Ciencias Exactas, Química y Naturales.*

*Universidad Nacional de Misiones*

*Departamento de Farmacia. Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia.*

*Universidad Nacional de San Luis*

*Departamento de Biología, Bioquímica y Farmacia.*

*Universidad Nacional del Sur*

**Declaradas de interés por:**

*Comisión de Salud de la Honorable Cámara de Senadores  
de la Provincia de Buenos Aires*

*Cámara de Representantes de la Provincia de Misiones*

*Ministerio de Salud Pública. Provincia de Misiones*

*Comisión de Salud. Honorable Cámara de Senadores  
de la Provincia de Santa Fe*

*Comisión de Salud. Honorable Cámara de Diputados  
de la Provincia de Santa Fe*

*Municipalidad de la Ciudad de Santa Fe*

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

*Asociación de Farmacias Mutuales y Sindicales de la República Argentina*

# ÍNDICE

## **ACTO DE APERTURA**

Dr. Gustavo Niotti - Farm. Manuel Agotegaray - CPN Carlos Vasallo.....	9
---	---

## **MESA N° 1**

### **INTEGRACIÓN EN SALUD: UN CAMBIO CON INCLUSIÓN Y EQUIDAD**

*Coordinador:*

Farm. Manuel Agotegaray .....	21
-------------------------------	----

*Disertante:*

Marcelo Carignani .....	22
-------------------------	----

## **MESA N° 2**

### **LA AGENDA ECONÓMICA DE LA PRÓXIMA DÉCADA**

*Coordinador:*

CPN Carlos Vassallo .....	35
---------------------------	----

*Disertantes:*

Cristian Nieto.....	37
---------------------	----

Pablo Lavigne.....	44
--------------------	----

Agustín D'Attellis.....	54
-------------------------	----

## **MESA N° 3**

### **DINÁMICAS Y PERSPECTIVA DEL MERCADO FARMACÉUTICO EN AMÉRICA LATINA Y ARGENTINA**

*Coordinadora:*

Farm. Teresa Albizúa.....	63
---------------------------	----

*Disertante:*

Juan Manuel Santa María .....	65
-------------------------------	----

**MESA N° 4**

**UNA PANORÁMICA DE LOS CAMBIOS EN LOS SISTEMAS  
DE SALUD DE LA REGIÓN**

*Coordinador:*

CPN Carlos Vassallo .....105

*Disertante:*

André Medici .....107

**MESA N° 5**

**UNA AGENDA PRESIDENCIAL EN SALUD:  
MIRADAS POLÍTICAS CON SUSTENTO TÉCNICO**

*Coordinador:*

Farm. Hugo Navarro.....135

*Disertantes:*

Hugo Magonza.....137

Javier Vilosio .....147

Luis Scervino .....160

**MESA N° 6**

**LOS SISTEMAS PROVINCIALES DE SALUD ANTE EL DESAFÍO  
DE LA UNIVERSALIZACIÓN Y LA CALIDAD PRESTACIONAL**

*Coordinador:*

Farm. Juan Carlos Rucci .....175

*Disertantes:*

Néstor Abel Pérez Baliño .....178

Ricardo Izquierdo.....197

**MESA N° 7**

**FARMACIA HOSPITALARIA: CUÁNTO Y CÓMO APORTA  
A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

*Coordinadoras:*

Farm. Marisa Bazzano - Farm. Gisela Carignano .....211

*Disertantes:*

Ana Fajreldines .....	215
Heidi Wimmers .....	229
Gabriel Cantello .....	247

**MESA N° 8**

**CALIDAD, REGULACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS**

*Coordinador:*

Farm. David Campos .....	257
--------------------------	-----

*Disertantes:*

Silvia Boni .....	259
Guillermo Daniel Cleti .....	272
Pablo Miguel Barenboim .....	293

**MESA N° 9**

**LA AGENDA LEGISLATIVA DE PRODUCCIÓN, REGULACIÓN,  
DISTRIBUCIÓN, PRESCRIPCIÓN, DISPENSA Y  
CONSUMO DE LOS MEDICAMENTOS**

*Disertante:*

Farm. Miguel Ángel Osio.....	307
------------------------------	-----

**ACTO DE CIERRE**

Natalia Rodríguez .....	319
Manuel Agotegaray.....	321

**PRIMERAS JORNADAS PROFESIONALES FARMACÉUTICAS .....331**





## **ACTO DE APERTURA**



Ocupan el estrado el Dr. Gustavo Niotti, Subsecretario de Salud de la Municipalidad de Pilar; el Farm. Manuel Agotegaray, Presidente de FEFARA y el CPN Carlos Vasallo, Secretario Académico de estas Jornadas, profesor de Salud Pública en la Universidad Nacional del Litoral.

***Dr. Gustavo Niotti***

*Subsecretario de Salud de la Municipalidad de Pilar*

Buenos días a todos, muchas gracias a las autoridades de FEFARA por habernos cursado esta invitación. En nombre del Intendente del Pilar, Dr. Humberto Zúccaro les doy la bienvenida al distrito.

Es un honor que hayan elegido Pilar para hacer tan magnas y necesarias Jornadas, en lo que respecta a gestión, política y economía de medicamentos. Personalmente creo que son cuestiones muy importantes para la utilización adecuada del medicamento en Instituciones como las que nos toca gestionar en nuestra Ciudad y en nuestro Partido. Desde aquí también estamos trabajando para que los medicamentos de calidad asegurada y correctamente trazados lleguen al vecino de Pilar o al de cualquier otra localidad en tiempo y forma y, de esa manera, todos podamos aportar desde el medicamento al mejoramiento permanente de la Salud Pública.

Para finalizar, nuevamente agradezco por habernos invitado a mí y a mis compañeros en la Gestión de salud de nuestra ciudad, les deseamos que tengan unas exitosas Jornadas y esperamos que todos disfruten su estadía en Pilar.

***Farm. Manuel Agotegaray***

*Presidente de FEFARA*

Buenos días a todos, muchas gracias a las autoridades por su presencia, a André Medici por acompañarnos nuevamente en estas Jornadas, a todos los colegas, a los estudiantes de las diferentes Universidades y asistentes en general.

Estas Jornadas comenzaron en el año 2002, es el decimo-cuarto año que estoy en la apertura y siempre pienso cuando terminan qué voy a decir el año próximo para no repetir el discurso. La realidad donde nos toca ejercer la profesión, en este querido país, y la dinámica que tiene el mercado en el cual nos movemos, hace que sea muy cambiante el escenario cada año. Por eso, como primer medida, debo decir que éstas son una de las Jornadas que nos resultaron más difíciles de organizar ya que nos propusimos abordar prioritariamente temas referidos a la política sanitaria, y para ello intentamos incluir a diferentes legisladores o funcionarios y nos encontramos con la imposibilidad de que las distintas opiniones que necesitamos de quienes ocupan los cargos públicos y sobre todo en el ámbito legislativo, puedan estar presente tal cual esperábamos. Afortunadamente tenemos excepciones como el colega Marcelo Carignani y el Dr. José Guccione que son verdaderos amigos. Por lo expresado habrá algunos cambios en el programa y les pedimos disculpas por ello, son obviamente situaciones ajenas a nuestra voluntad y, en algunos casos, con avisos de última hora. Así que les propongo, como hacemos todos los años, que disfrutemos los que estamos presentes, aprovechemos estos dos días donde seguramente habrá opiniones muy interesantes sobre los diferentes temas que hacen al medicamento y al servicio farmacéutico en la Argentina.

Siempre decimos que estas Jornadas, son para nosotros una fuente de inspiración y de ideas para tratar de aplicarlas, para poder defender desde las Instituciones el modelo Sani-

tario de Farmacia que, más que nunca, hoy está en peligro en Argentina.

En la reunión que tuvimos ayer en FEFARA con representantes de las distintas Instituciones Farmacéuticas del País, cuando escuchaba las diferentes opiniones llegué a la conclusión que, desde el lugar que nos toca a nosotros como dirigentes, hay que ser más militantes, porque la verdad que no alcanza con el esfuerzo que hicimos hasta ahora para poder asegurar que la profesión farmacéutica va a tener algún futuro en forma independiente en la Argentina.

Les agradezco muchísimo la presencia en estas Jornadas que son más viejas que FEFARA, que este año festeja los 10 años. Éste es el décimo cuarto año que las organizamos y siguen siendo financiadas con el trabajo exclusivo de los farmacéuticos porque, como decimos siempre, cuidamos la independencia política de las cuestiones que planteamos y de las posiciones que creemos favorecen a la población y también a la profesión farmacéutica. Desde el año 2002 en adelante, como lo pueden leer en los libros de las Jornadas, repetimos lo mismo, no hay independencia política sin independencia económica.

En el año 2002, en otras condiciones del país, nos propusimos hacer las Jornadas sobre política, economía y gestión de medicamentos porque queríamos impulsar que los farmacéuticos fuéramos incluidos como un actor más en el Sistema de Salud.

En este país nos encanta discutir sobre política de medicamentos y luego regular desde la producción pero después no dicen nada de cómo la gente llega a ese medicamento ni tampoco si el modelo de farmacia que le conviene a la población es el que acerca responsablemente el medicamento a la gente con farmacias comunitarias distribuidas por todo el país o, por el contrario, se favorece la concentración y la proliferación de cadenas comerciales que, muchas veces, ni siquiera viven del medicamento.

Al respecto, desde FEFARA, como ya sabrán, hemos creado

muchísimas herramientas para competir con cualquier sistema o empresa que quiera vivir del medicamento. Solamente estamos en desventaja cuando muchas cadenas de esas farmacias están más en el negocio financiero que en el negocio del medicamento.

Frente a esta realidad evaluamos que los farmacéuticos teníamos que empezar a hablar más del Servicio Farmacéutico que del mercado del medicamento, porque ya del mercado, después de estos 13 años, no queda nada novedoso para decir. Así que decidimos, a través de un Comité Científico conformado por farmacéuticos de excelencia, de diferentes lugares del país, organizar las Jornadas Profesionales Farmacéutica. En esta segunda edición se presentaron más de cuarenta y seis trabajos los que fueron elaborados por profesionales de diferentes partes del país y de distintos ámbitos profesionales. Aquéllos que fueron seleccionados por el Comité Evaluador, se expondrán mañana.

Creemos que en esta evolución que necesita la profesión hay que invertir muchos recursos, por ejemplo, en las Jornadas Profesionales y en todas las actividades de actualización. Por ello, también, hacemos un esfuerzo grande con los jóvenes de las diferentes universidades para facilitarles su participación en estos eventos.

Por eso simplemente en esta apertura les quiero reiterar la bienvenida y decirles que en FEFARA no sólo hay farmacéuticos sino, también, todo un grupo de colaboradores que nos acompañan en la organización de este encuentro y están a disposición de todos ustedes, así que estamos para ayudarlos y para todo lo que necesiten.

Esperamos que los diferentes temas que hemos elegido y las distintas opiniones que escucharemos, sean la inspiración para el trabajo que las instituciones farmacéuticas tenemos que hacer en beneficio pura y exclusivamente de los colegas de todo el País.

Muchas gracias y esperamos disfrutar estos dos días junto a todos ustedes.

***CPN Carlos Vasallo***

*Secretario Académico de las Jornadas*

*Profesor de Salud Pública en la Universidad Nacional del Litoral*

Buenos días a todos y, como mencionaba Manuel Agote-garagay, cuando empezamos a pensar estas Jornadas en el año 2002, siempre las concebimos como una especie de puerta o de ventana a algunos temas macroeconómicos, macro políticos que escapan a la situación cotidiana del profesional de salud que vive inmerso en una realidad micro, que muchas veces le impide comprender el entorno. Y desde ahí en más con un carácter interdisciplinario y una mirada pluralista, se han mantenido a lo largo de trece años.

Siempre hemos tenido invitados internacionales y en los últimos años, también, una mirada regional con respecto a la evolución de los Sistemas de Salud y, en particular, con el tema de medicamentos.

Hemos puesto en la agenda temas que, de alguna manera, emergen cada vez con más fuerza, como es el de los medicamentos biológicos, los medicamentos catastróficos para los cuales hay que empezar a encontrarle algunas soluciones y algunas respuestas. Esto bajo una mirada desde distintos puntos de vista, jurídico, administrativo, político, económico y, también, gerencial.

Como ustedes saben, la gestión es parte de la esencia de la Federación Farmacéutica, si hay algo que la diferencia respecto a otras entidades profesionales es que tomó el toro por las astas en materia de gestión, se animó a administrar contratos y a demostrar que los farmacéuticos no son solamente dispensadores de medicamentos sino que también pueden ser administradores de contratos, armando sistemas de información, herramientas de gestión, que le permiten llevar a cabo con mucho éxito ese trabajo en distintas provincias que forman parte de FEFARA.

Todo esto se puede hacer con un perfil profesional no vinculado al fin de lucro, en el sentido de que no haya una rentabilidad concentrada, sino que esa rentabilidad fundamentalmente esté en el trabajo profesional que cada uno de los farmacéuticos aporta a esa red y que se hace fuerte con esa red.

Como bien dijo Manuel éste ha sido un año muy particular porque las circunstancias políticas de las elecciones hicieron que tuviéramos muchas altas y bajas con respecto a los disertantes que habíamos pensado e invitado. Por ello les voy a comentar cómo se va a desarrollar el programa en estos dos días.

Mañana tenemos las Jornadas Profesionales Farmacéuticas. Se presentaron una cantidad importante de trabajos que le empiezan a dar una impronta profesional y específica, y convocan a profesionales con otras miradas muy necesarias de incorporar a este debate.

Respecto de la presentaciones, después de esta breve introducción, va a ver una pequeñas mesa de diálogo entre el farmacéutico Carignani, quien nos acompañó en el año 2002 cuando se inauguraron las Jornadas en Santa Fe y está ahora presente siendo presidente de la Comisión de Salud del Senado de la provincia de Buenos Aires, y Manuel Agotegaray.

A continuación, se va a desarrollar una mesa sobre Economía, en la cual hay una disculpa especial del licenciado Miguel Peyrano, ex Ministro de Economía de la Nación que circunstancialmente tuvo que viajar y no puede asistir. Esa mesa va a estar compuesta por tres economistas, Agustín D'Attellis, asesor en el Ministerio de Economía de la Nación; Cristian Nieto, asesor económico del Ministerio de Economía de la Nación y Pablo Lavigne, economista vinculado al Banco Ciudad de Buenos Aires. Nos hubiese gustado contar también con alguna opinión más cercana a la mirada del Gobernador de la provincia de Buenos Aires. La idea es que después de las presentaciones se puedan hacer preguntas y podemos hablar de la perspectiva económica

del país. Hay muchos interrogantes por lo que va a ser interesante escuchar que es lo que piensa la gente que está cercana a los posibles presidenciables que tiene la Argentina.

En segundo lugar, hemos invitado y ha aceptado de muy buen gusto, al Director de Tecnología y Servicios Cono Sur, Latam IMS Health, Juan Manuel Santa María. Anteriormente hemos tenido la presencia de IMS Health en las Jornadas. Como ustedes saben, IMS es una empresa multinacional que sigue y analiza el mercado farmacéutico de los distintos países del mundo, tiene una visión muy interesante respecto de cuáles son las tendencias tanto del consumo como de la utilización del medicamento en América Latina y asimismo en materia de producción. También nos va a plantear el tema de la distribución que, como ustedes saben, es central por el rol que tiene el farmacéutico y los diferentes actores que participan dentro de un subsector muy difícil de manejar. Siempre menciono que los farmacéuticos, a diferencia de otros subsectores de salud, tienen que enfrentarse con los laboratorios que están acostumbrados a lo comercial y a ver todos los días, cómo venden más medicamentos. En consecuencia tiene que estar haciendo frente a todo esto y defendiendo duramente su cuota de servicio profesional.

Es necesario estar atentos a estas situaciones y lo que ha demostrado FEFARA es que para poder estar al día y discutiendo en igualdad de condiciones, sin considerar que los laboratorios son un mal que se debe erradicar sino que producen los medicamentos con los cuales se trabaja, hay que sentarse en la mesa con información en igualdad de condiciones. No se puede ser un amateur en materia de "dirigenciar". Muchos dirigentes creyeron que se podía estar en la farmacia veinte horas y solamente cuatro horas en este rol sin comprender el contexto en donde se movía. Eso es anacrónico y ya no funciona. Si el directivo no conoce con quién va a negociar, precios, regulación, es un directivo que no va a poder defender concretamente los intereses del sector, que dice representar.



La charla de Juan Manuel es muy interesante porque nos va a dar información macro sobre un sector en el cual ustedes trabajan todos los días, las tendencias, cuáles son los medicamentos más vendidos, los laboratorios mejores posicionados.

Por la tarde contamos con la visita de un gran amigo de Argentina, André Cesar Medici. Él es brasileño y hace varios años que vive en Estados Unidos. Ha sido consultor del Banco Interamericano de Desarrollo, actualmente se desempeña como consultor del Banco Mundial. Tiene un recorrido sobre los países de América Latina, en particular, sobre los sistemas de salud de América Latina. Nos va a comentar qué está pasando con la meta del Universalismo y de alcanzar aquel objetivo de "Salud Para Todos" que ha sido de alguna manera tan negado y perseguido. Además va a hablar sobre las reformas que se están llevando a cabo a nivel de Latinoamérica. Todo ello nos va a permitir comprender por dónde están pasando dichas reformas, cuáles son las luces y las sombras que tienen cada uno de los sistemas.

Esta charla nos permitirá reflexionar acerca de cómo estamos nosotros y hacia donde podemos ir, en un momento en el cual, como ustedes saben, salud no aparece en la agenda económica de los candidatos. Esto ocasiona un problema importante porque no nos permite discutir sobre un tema tan crucial. Argentina es un país que con cambios pequeños puede conseguir buenos resultados, pero necesita un trabajo fuerte de integración y coordinación del sistema, y recuperar de alguna manera capacidad de gestión para poder empezar a articular los subsectores público, privado y de las obras sociales.

Posteriormente, vamos a contar con una mesa en donde, si bien las personas que están invitadas no son los asesores de los candidatos presidenciales, son representantes de sectores de la sociedad civil pensante que tiene Argentina quienes han armado algunas propuestas para organizar el sistema de salud y que va hacer muy refrescante poderlas escuchar y ver cuál es la visión que ellos tienen. Uno de los disertantes es el Dr. Luis Scervino

que pertenece al Instituto de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social. Este instituto va a tener mucho que ver con el futuro de la administración de la seguridad social, seguramente, gane quien gane. Es un grupo de perfil técnico, son gerentes médicos de las obras sociales, por lo que va a ser muy importante escuchar que es lo que tiene que decir Luis Scervino sobre cómo se está organizando el modelo, básicamente, de seguridad social.

Continuando con esta mesa, escucharemos al Dr. Hugo Magonza, director del Cemic y presidente de ACAMI. Es miembro de un grupo llamado Medeos en donde participa la Academia Nacional de Medicina, integrantes de la medicina prepaga, de los sectores más privados del sector salud. Nos va a comentar sobre el documento que han elaborado de consenso básico sobre lo que debería hacerse en salud en los próximos años.

Finalmente el Dr. Javier Vilosio, ex Ministro de Salud de la Provincia de Río Negro va a relatar acerca del estado de situación de la propuesta del grupo PAIS, conformado por personas vinculadas al ámbito académico, a la gestión y a la política de Salud Pública.

Para finalizar el primer día de las Jornadas, a las 19 h, vamos a tener un debate sobre los Sistemas Provinciales de Salud ante el desafío de la universalización y la calidad prestacional. Como ustedes saben el Sistema de Salud argentino es cada vez más federalista y, desgraciadamente, no está aprobada una Ley de coparticipación que nos permitiría tener organizado el sistema de tal manera de poder tener definido qué hace la Nación, las provincias y los municipios. Sin embargo la tendencia de que las provincias se conviertan en el eje del modelo, son muy fuertes. Contaremos con la presencia del Dr. Néstor Pérez Baliño, secretario de salud de la Capital Federal, quien nos va a hablar del programa Cobertura Porteña de Salud. En esta mesa también estará presente el Dr. Ricardo Izquierdo.

El viernes por la mañana se van a llevar a cabo las II Jornadas Profesionales Farmacéuticas, donde se presentarán los trabajos seleccionados.

Por la tarde, a las 14:30 h, se va a desarrollar una mesa sobre gestión farmacéutica en el ámbito de la farmacia hospitalaria, cuánto y cómo aporta a la seguridad del paciente en materia de calidad asistencial. Vamos a contar con la presencia de tres farmacéuticos Ana Fajreldines (Hospital Universitario Austral), Ingrid Heidi Wimmers (Hospital Alemán) y Gabriel Cantello (Santuario Finochietto). Esta mesa va a estar coordinada por las farmacéuticas Marisa Bazzano y Gisela Carignano.

El último panel sobre calidad, marco regulatorio y evaluación de medicamentos va a estar conformado por el Farm. Guillermo Cleti (LIF-Santa Fe), Pablo Barenboim (Lab. Monserrat) y Silvia Boni de ANMAT.

El LIF yo les diría que dentro de los diez o doce laboratorios públicos que existen en el país, es uno de los tres mejores y reconocido por ser uno de los proveedores de REMEDIAR y uno de los laboratorios más activo en materia de calidad y de trabajo sobre nuevas moléculas y sobre nuevos medicamentos que están sacando al sector. El laboratorio farmacéutico de Santa Fe es un laboratorio que no solo produce medicamentos para la provincia sino que al tener aprobada su certificado por ANMAT permite que esos medicamentos circulen hacia otras provincias, esto es una especie de demostración de un laboratorio señero en esta materia. Podríamos mencionar también el de Hemoderivados de Córdoba que ya tuvimos en nuestras jornadas.

A continuación el Farm. Miguel Ángel Osio disertará sobre la Agenda Legislativa de la producción, distribución y dispensa de los medicamentos.

Finalmente, el cierre de las Jornadas estará a cargo del presidente de FEFARA, Farm. Manuel Agotegaray y de la vicepresidente de esta entidad Farm. Natalia Rodríguez.

Los invitamos a participar activamente de este encuentro. Muchas gracias por acompañarnos.





## **MESA N° 1**

### **Integración en Salud: Un Cambio con Inclusión y Equidad**

*Coordinador: Farm. Manuel Agotegaray  
Presidente de FEFARA*

Tengo el orgullo de presentar y darle una afectuosa bienvenida a un amigo, Marcelo Carignani. Él es un colega que tiene muchos años de trabajo y participación a favor de nuestra Profesión. Además, hoy, llevado por esa vocación de servicio y su compromiso político, ocupa un cargo de gran responsabilidad en el gobierno de la provincia de Buenos Aires, es Senador Nacional y Presidente de la Comisión de Salud del Senado de la Provincia de Buenos Aires.

Lo hemos invitado para que nos informe acerca de la política sanitaria que se lleva adelante en esa importante provincia argentina. Luego que Marcelo haga su presentación y, transgrediendo un poco la dinámica de estas Jornadas donde siempre priorizamos la opinión de los invitados, queremos comentar algunas de las iniciativas que estamos impulsando desde nuestra Federación Farmacéutica, FEFARA.

*Marcelo Carignani*

Muchas gracias por la presentación. Buen día a todos y a todas. Es un gusto estar acá, fundamentalmente, porque es un honor compartir con todos ustedes estas Jornadas tan prestigiosas que durante más de una década han posibilitado el debate democrático de todos los temas importantes relacionados a la Salud y al Medicamento. Además, es muy grato estar acompañado por dirigentes y especialistas de primer nivel de nuestro país y del exterior.

En ese sentido, lo veo en primera fila al Dr. José Guccione, uno de los grandes Ministros de Salud que ha tenido la Argentina y que desarrolló su gestión en Misiones una provincia con más dificultades y menos posibilidades que muchas otras. Recuerdo especialmente, aquellos momentos críticos donde tuvimos que batallar juntos para dar salud en la Argentina quebrada de principio de siglo, cuando me desempeñaba como Subsecretario de Control Sanitario de la provincia de Buenos Aires.

En ese tiempo en todo el país, los hospitales no tenían medicamentos, no había recursos para pagar los sueldos al personal técnico y mucho menos a los profesionales que trabajaban en esos establecimientos. En nuestra provincia contábamos con 177 hospitales que dependían de la provincia o de los municipios, esto da una dimensión de la problemática que enfrentábamos.

Mientras tanto, la industria farmacéutica como otros sectores poderosos y, espero que si se encuentra presente algún representante me sepa entender, porque todos saben que soy peronista, se dedicaban a seguir trabajando en lo que más les convenía mientras el pueblo ponía el esfuerzo y el sacrificio.

En nuestro sector, el poderoso es la industria y los pobres somos los farmacéuticos que además debemos poner la cara

frente a las demandas de la gente. Estoy seguro que en algún momento se me va a cruzar en la conversación mi rol de funcionario político con el de farmacéutico porque no dejé de serlo y sigo pensando igual que ustedes, en la mayoría de los temas. Por ello, digo que frente a estos sectores los farmacéuticos siempre llevamos las de perder y en aquellos tiempo la accesibilidad a los medicamento dependía de la buena voluntad de estos señores. Y, por ejemplo, cuando queríamos comprar la droga para producir medicamentos en el laboratorio Tomás Perón de la provincia de Buenos Aires dependíamos de la buena voluntad, del precio y de todas las condiciones que nos impusieran los poderosos productores de esas materias primas.

Hoy vivimos una etapa distinta en la Argentina, hemos venido evolucionando, pero la relación entre la población, los farmacéuticos y la industria creo que más o menos es la misma. En algunos momentos la hemos peleado mucho mejor, en otros nos "aburguesamos" y creo que dejamos pasar una gran oportunidad en un momento clave en la historia de nuestro país que fue cuando tuvimos como Ministro de Salud de la Nación a Ginés González García. A mi criterio, uno de los tres grandes sanitaristas que ha dado la Argentina, el más farmacéutico de los médicos o el único médico que piensa como un farmacéutico. Además creo que unos cuantos de los que estamos aquí somos los "Salieris" de Ginés porque hemos aprendido algunas cosas, en mi caso muy mal, pero lo poco que he aprendido he tratado de volcarlo.

Volviendo al tema que veníamos desarrollando creo que en ese momento tuvimos una interesante apertura para poder participar y cambiar en alguna medida esta relación desfavorable, con la Industria.

Tuvimos, por decisión del presidente Néstor Kirchner, la posibilidad de enfrentar al poder de los laboratorios y creo que no nos dimos cuenta de la oportunidad que se nos ofrecía. En aquel momento el genérico nos abarataba el stock, nos permitía

hacer competir a la industria, nos daba la posibilidad de hacer más rentable la farmacia y beneficiar a la gente. Nosotros en lugar de avanzar nos “aburguesamos” y nos quedamos discutiendo cuál era la mejor estrategia.

Ginés dejó de ser Ministro y la industria se agarró contra los pobres, que éramos nosotros, y avanzó. Y ahora tenemos el desbarajuste que tenemos. Y, perdónenme que lo diga crudamente pero lo hago asumiendo con autocrítica nuestro error porque yo fui dirigente de mi Colegio en San Nicolás más de 10 años, fui 8 años dirigente del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires, delegado en la COFA y, durante un mandato, Prosecretario de su Mesa Ejecutiva, y por lo tanto no me puedo hacer el tonto y mirar para otro lado porque yo también estaba en ese momento en las decisiones.

No digo que todos los dirigentes se hayan echado a menos porque hubo honrosas excepciones pero lo concreto es que perdimos poder y la industria se quedó con la administración de la mayoría de los convenios de la Seguridad Social. O sea que estos convenios están gestionados por quienes deciden qué medicamento tiene que prescribir el médico, qué tenemos que tener en la estantería y, como si esto fuera poco, nos pagan cuando quieren.

Bueno, creo que estas Jornadas y el trabajo que viene haciendo Manuel Agotegaray con todo el equipo, es de un valor inmenso y demás está decirles el afecto que tengo por los que integran esta gran Institución. Es por eso que quiero opinar sobre la preocupación de algunos de ustedes acerca de la poca participación de dirigentes políticos en estas Jornadas. Quiero decirles que esta época para los Políticos es similar a cuando en la farmacia tenemos que presentar Pami o estamos a 48 horas de facturar la obra social provincial o a una semana de la asamblea del Colegio donde vamos a cambiar autoridades. Hoy la cabeza de la dirigencia política está en la coyuntura electoral que es muy importante porque se va decidir el futuro de aquellos



proyectos que podemos llevar adelante para la Argentina y para nuestra provincia y que muchos tienen que ver con lo que se va a reclamar y debatir acá.

En lo que a mí respecta, no me van a ver nunca en una mesa de dirigentes políticos o en el debate en el Senado olvidándome de defender mi profesión porque antes que nada soy farmacéutico pero hay otras obligaciones, en estos días, que han hecho que muchos de mis colegas hoy no hayan podido estar.

Además, en lo personal, tengo un compromiso muy grande con los amigos, porque les debo mucho, es decir ninguno de nosotros llega a donde llega solo. Estoy convencido que uno llega por el apoyo y el empuje de quienes están a su lado y, muchos de los que están acá, me han dado una gran mano en mi modesta formación y me han impulsado a ocupar estos roles y por eso trato siempre de responder con el máximo esfuerzo a esa responsabilidad.

Por esa relación, me permití reflexionar entre amigos y decirles, como recién, que nosotros en aquellos tiempos perdimos una gran oportunidad, refiriéndome a la época de Ginés, pero quiero decirles para cerrar ese tema que todavía estamos a tiempo.

Al respecto, estas mesas de debate sirven para volver a replantear nuestro futuro y el que se nos viene a la Argentina. Para comenzar con la discusión quiero aclarar que disiento con algunos amigos que han participado antes que yo y está bien que tengamos disenso porque yo soy peronista y otros no, y no está mal que así sea porque si todos pensáramos igual seríamos otra cosa, no seríamos seres humanos. También hay que entender que muchas veces las ideologías prevalecen y que lo que a nosotros nos parece correcto a veces no es correcto para la sociedad o a veces no es lo apropiado en ese momento.

Por ejemplo, si usted le pregunta a la gente qué es lo que quiere, le va a responder que lo que necesita es tener el medicamento en la puerta, lo más barato posible y si es posible no

pagar nada. Bueno, de atender esa demanda debemos preocuparnos y ocuparnos el Estado, la seguridad social, las entidades profesionales y los pacientes. Además, reitero, hay que tratar que ese paquete no lo maneje la Industria Farmacéutica porque está claro, y no quiero ser redundante, que a la hora de tomar decisiones, siempre son más populares e inclusivas las que toman los representantes del pueblo que aquéllos que tienen intereses materiales. Está claro que esta gente quiere producir y hacer dinero y en este país han hecho mucho porque, como ustedes saben, éste es uno de los pocos países en vía de desarrollo donde la industria nacional es más poderosa que la industria internacional.

Por todo eso creo que hay que seguir insistiendo con esta propuesta, que Manuel Agotegaray y su gente lleva adelante desde hace muchos años y que con el acompañamiento de los jóvenes que están acá, y tanta gente trabajadora que colabora, finalmente va a prosperar. Porque creo, que a la larga, siempre avanzan las ideas que son inclusivas y apuntan a la justicia social y a la defensa de los derechos de todos.

Veamos la Argentina de estos tiempos y comparemos con lo que sucedía cuando asumí como Intendente en el 2003 en San Nicolás, una ciudad industrial donde teníamos casi 22 puntos de desocupación. En aquel momento fuimos una de las ciudades con mayor desocupación de la Argentina y cuando fui reelecto en el 2007 la desocupación había bajado a los 6 puntos, con lo cual, si bien no estuvimos en plena ocupación, no era la misma Argentina del 2002.

En lo que yo disiento con Carlitos Vassallo es en que el gobierno provincial y nacional, hoy, se están ocupando de la Salud y, la consecuencia, es que la gente no reclama tanto como en aquellos tiempos porque evidentemente se siente más satisfecha.

A pesar de ello creemos que hay que seguir luchando y trabajando para mejorar los servicios de Salud en la provincia de

Buenos Aires y en el País. Pero debemos reconocer que la política sanitaria ha tenido sus logros, con los niveles que hoy tiene la mortalidad infantil, con los calendarios de vacunación, con los programas de accesibilidad a los sistemas de salud, etc. Además, contamos con una amplia cobertura en los distintos hospitales, hoy tenemos hospitales que hacen trasplantes, hospitales que son de avanzada en fertilización asistida. En relación a este último tema, en Buenos Aires, nuestra Ley fue previa a la Ley Nacional y ahora el gobernador hizo un decreto de promulgación para la adecuación de la Ley Provincial a la Ley Nacional otorgando en materia de fertilización, mayor accesibilidad y ampliando aún más la edad para ser beneficiario de esta cobertura.

Creo que se ha avanzado mucho pero que todavía falta más y, específicamente, en el rubro medicamentos. Digo esto desde la pertenencia a un proyecto político donde decimos con todo orgullo que hemos tratado de combatir a las corporaciones y que hemos avanzado contra muchas de ellas. Por ejemplo, las de la comunicación, las de la soja, etc. En algunas nos fue mal, en otras mejor y, la verdad, es que muchas veces lo hemos sabido comunicar y otras no, ya que si hubiese sido suficientemente bueno, la Presidenta Cristina tendría 80 % de aceptación y no habría tanta gente que está enojada.

Creo que lamentablemente en materia de medicamentos el problema es que no hemos dado esa lucha como corresponde o no hemos encontrado los actores que nos acompañen y ahí es donde debemos trabajar los farmacéuticos porque ese es el espacio que tenemos que ocupar.

Nuestro mejor logro es que el medicamento sea accesible a toda la población y que a nosotros nos vaya mejor como Profesión. Además, que los farmacéuticos participemos junto con el Estado en las decisiones políticas, como nos permitió Ginéz. Para ello, tenemos que formar parte de la discusión política. En mi caso empecé participando de estas Jornadas como Subsecretario de Salud, después como Intendente y ahora como Senador y no

me quiero poner de ejemplo, sino decirles que hay que participar compañeros y amigos, no hay que dejar pasar la oportunidad y deben existir cada vez más farmacéuticos participando en la vida política. A mí se me dio por cuestiones de la suerte y de una vocación que se despertó hace mucho tiempo cuando era estudiante en la Facultad de Rosario.

Imagínense, en tantos años, cuantas tengo perdidas pero nunca hay que bajar los brazos porque lo mejor que le puede pasar a la Profesión es que muchos farmacéuticos estemos en la legislatura, en los ministerios, las municipalidades, en los concejos deliberantes, en las secretarías de salud, etc., porque ahí es donde uno vuelca su pertenencia y sus propuestas. Además, recordemos que la Salud fue y sigue siendo manejada por médicos y la lógica corporativa se impone a las buenas intenciones. En mi legislatura soy el único farmacéutico, en diputados también hay uno solo, pero afortunadamente me eligieron por segunda vez como Presidente de la Comisión de Salud. Esto nos permitió tener algo más de influencia en favor de nuestra Profesión.

Colegas, otra cuestión importante es que nosotros no podemos participar únicamente para quejarnos, además debemos entender que el Estado debe gobernar para todos y debemos sumarnos a la gran tarea de conseguir que el medicamento, que es un bien social, esté al alcance de toda la población.

Por ejemplo, cuando el gobierno implementó el Programa REMEDIAR no fue por casualidad, y respondió a una lógica razonable para aquel momento donde faltaba de todo pero lo que más faltaba eran medicamentos. Por ejemplo, en los pueblos alejados y en los barrios de las grandes ciudades, ahí donde por ejemplo Farmacity no va a instalar Farmacias. Ginés, con esa visión espectacular que tiene, crea este programa y hace participar a los intendentes que por primera vez tuvimos la posibilidad de decirle a la gente mira acá te traigo la solución a través de los centros de salud, dispensarios o centros de atención primaria.

Está bien, ustedes dirán que al medicamento se lo daban a los pacientes a través de una enfermera. Ante esa cuestión, llamé al Colegio para que un farmacéutico acompañe la entrega del botiquín y vean que el medicamento llegaba en condiciones seguras, respaldado por un farmacéutico. Pero bueno, no todos hicieron eso y tampoco no todos los farmacéuticos se comprometieron y tampoco esa experiencia duró mucho.

Desde la política hemos cometido muchos errores, desde el peronismo también y reconozco que el ambiente farmacéutico es bastante hostil para mi ideología política. Pero, realmente creo que, más allá de las distintas posiciones, lo primordial es que el medicamento le llegue al pueblo a través de esa hermosa ventanilla que es la Farmacia. Tenemos que ver como acompañamos las políticas públicas y ser el profesional que la gente espera, el profesional que nuestros padres y el Estado ayudaron a formar para servir a la Salud de la población.

Para terminar quiero decirles que si en algo les pueda servir estoy a disposición de ustedes, tengo mandato hasta diciembre de este año y formo parte de las listas para las próximas elecciones. Espero volver a entrar a la Legislatura. Por ello, llevo una carpeta color naranja y tengo una estrecha relación con el hombre que creo va a ser el futuro presidente de los argentinos. Considero que alguna participación podemos llegar a tener para que el medicamento sea seguro y accesible a toda la población y para defender el rol de nuestra querida Profesión. Colegas, participemos, ayudemos al Estado y construyamos juntos una Argentina más justa, sobre todo en materia de medicamentos. Muchas gracias.

*Manuel Agotegaray*

Amigos, reitero mi agradecimiento a nuestro querido colega Marcelo Carignani y coincidiendo con él voy a comenzar diciendo que efectivamente tenemos cuestiones inconclusas en la Argentina, en materia de medicamentos. Todavía no tenemos un medicamento genérico en serio y seguimos con las discusiones sobre patentes y genéricos en síntesis química. Mientras tanto los sectores que, desde las primeras Jornadas en Santa Fe, nos siguen acusando de "generistas", hoy ante la aparición de los medicamentos biotecnológicos, nos piden que los apoyemos en el desarrollo de los biosimilares.

Efectivamente, un sector de la Industria que defendió la "marca" en la producción por síntesis química hoy impulsa la producción de biosimilares entre los biotecnológicos, y pretenden que las instituciones de los farmacéuticos no digamos lo que pensamos y lo que nos conviene. En definitiva, que seamos funcionales a su estrategia.

Afortunadamente, con la participación de muchos jóvenes en FEFARA, hemos podido comprobar que las cosas van cambiando positivamente. Por ejemplo, cuando nos graduábamos, hace 30 años, inmediatamente instalábamos la farmacia y nuestra participación en las Instituciones era muy limitada. En cambio, nuestros jóvenes, afortunadamente para ellos, han elegido la mejor profesión pero saben que hoy no alcanza con poner una farmacia además tienen que participar en sus Instituciones farmacéuticas y en la vida política para defender exitosamente nuestra Profesión en todos los ámbitos.

Ellos saben que tienen que tomar el ejemplo de Marcelo que cuando vino en el 2002 lo hizo como Subsecretario de Salud de la provincia de Buenos Aires, en el 2008 cuando hicimos estas Jornadas en el hotel Colonial de San Nicolás, era Intendente

de esa ciudad y hoy es Presidente de la Comisión de Salud del Senado Bonaerense.

Lamentablemente, lo primero que le exigimos a los colegas que llegan a ocupar un cargo público es que sigan siendo dirigentes farmacéuticos o sea que legislen exclusivamente para nosotros. Los farmacéuticos debemos revisar ese concepto y afortunadamente, como dijimos, los jóvenes que participan en las actividades de nuestra Federación tienen al respecto un criterio más amplio y mayor disposición para la participación en Política.

Debemos comprender, en definitiva, que las cosas que nos sucedieron como Profesión y lo que nos pasa en el día a día no es culpa de ningún complot mundial contra los farmacéuticos sino que son producto de nuestras propias limitaciones y nuestra falta de compromiso y participación. O sea que cuando había que actuar no se actuó y ello sucedió porque no se pudo, no se supo, o no se quiso.

Desde FEFARA seguimos proponiendo discutir en forma clara y transparente la política de medicamentos y de farmacia que debemos consensuar para que el Estado pueda garantizar que el medicamento le llegue a todos pero con el respaldo profesional de los farmacéuticos.

Al respecto, hoy nos hemos reunido con las otras tres Instituciones Nacionales representativas de los farmacéuticos y hemos firmado lo que denominamos el Manifiesto de Pilar. En ese sentido vamos a seguir trabajando para consensuar propuestas comunes de nuestro sector para atender a la problemática cotidiana y al futuro de nuestra Profesión.

Para definir una estrategia no hay que demonizar a ningún integrante de nuestro sector porque de lo único que estamos hablando es de intereses y cómo cada uno defiende los suyos. Por ejemplo, cuando nosotros convocamos a estas Jornadas en 2005, teníamos una posición diferente a la COFA y consi-

derábamos que había que profundizar el modelo de gestión y los farmacéuticos teníamos que aportar a la Red de farmacias. La verdadera discusión fue de quién eran las farmacias en la Argentina. Nosotros, desde aquel momento, pensábamos que iban a ser de quien las gestionara, la informatizara y realmente conociera lo que pasaba con los contratos de la seguridad social.

Para cumplir ese nuevo rol necesitábamos dirigentes capacitados al frente de nuestras Instituciones. Estábamos y estamos convencidos que si los dirigentes no se forman, no se actualizan y luego participan de mesas donde ni siquiera comprenden lo que está pasando, el resultado de esas gestiones no puede ser otra cosa que el fracaso.

El documento que firmamos ayer para impulsar un proyecto de Ley para que la Farmacia sea reconocida como un Servicio Público apunta no sólo a que podamos pedir alguna exención impositiva sino a que nos consideren realmente dentro de la cadena sanitaria y no dentro de la cadena comercial de medicamentos.

El medicamento si no se lo regula desde lo sanitario es imposible que se lo haga desde lo económico. Si logramos que sea considerada seriamente una herramienta sanitaria, será mucho más factible impulsar un vademécum único por mono droga, garantías de calidad, uso racional de los medicamentos, etc., y no importa si uno es un excluido social o beneficiario de una obra social sindical, son todos argentinos y todos tendrán el mismo servicio. Mientras tanto, nosotros seguimos preparándonos a través de la informática, de la actualización profesional, para contar con los recursos humanos capacitados para ofrecer esos servicios profesionales.

Al respecto, en FEFARA estamos trabajando a través de nuestro Instituto de Formación de Dirigentes en el cual en los últimos cuatro años cursaron más de 200 alumnos y colaboradores de Colegios e Instituciones de diferentes provincias. El objetivo es formar gente que comprenda mejor la problemática



del medicamento y de nuestra profesión y tenga las herramientas para impulsar las soluciones necesarias.

Por todo ello, FEFARA junto a las otras entidades Farmacéuticas reclama que se discuta urgentemente la regulación del medicamento en las Legislaturas Provinciales y en el Congreso Nacional porque debemos conseguir que la Farmacia sea considerada y respetada como un Servicio Público Impropio.

Queridos colegas, tenemos que ser militantes de esta causa porque si no en poco tiempo va a desaparecer definitivamente la Red de Farmacias sanitarias de Argentina y vamos a caer en lo que han caído ya muchos países vecinos. Nosotros, aquí, todavía tenemos mucho para defender y para hacer.

Como dijimos al principio todavía no está cerrada la discusión sobre genéricos de síntesis química y uno escucha llorar en los rincones a la mayoría de los Ministros de Salud, a los distintos funcionarios de las obras sindicales, a los de las medicina privada porque ya un porcentaje importante de sus recursos para medicamentos se gastan en medicamentos biológicos. Mientras tanto a los farmacéuticos nos pagan migajas, cuando nos pagan y ni siquiera nos están teniendo en cuenta para ese medicamento que se viene.

Amigos, en Argentina, nos van a cambiar las cajitas que tenemos en las estanterías, en los próximos 6, 7 años, y nadie ha pensado qué lugar va a tener la red de farmacias en la provisión de esos nuevos fármacos. O sea que, si no lo pensamos, lo trabajamos y lo enfrentamos los farmacéuticos, difícilmente alguien lo va a hacer por nosotros.

Muchas gracias a todos por su presencia y su atención.





## **MESA N° 2**

### **La agenda económica de la próxima década**

*Coordinador: CPN Carlos Vassallo  
Profesor de Salud Pública de la Universidad Nacional del Litoral*

Buenos días, vamos a dar comienzo a la primera mesa “formal” de estas Jornadas. Contamos con la presencia de los economistas Cristian Nieto, Pablo Lavigne y Agustín D’Attellis, con quienes vamos a discutir sobre el futuro, particularmente, los desafíos y las perspectivas económicas de la Argentina.

Cristian Nieto es Licenciado en Economía egresado de la Universidad Nacional de Rosario. Está cursando una Maestría en Economía Política en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Es integrante del Centro de Estudios Scalabrini Ortiz (CESO). Se desarrolla laboralmente en la Presidencia del Bloque del Frente para la Victoria, como asesor económico.

Pablo Lavigne es economista, su especialidad es la macroeconomía y el análisis de las finanzas públicas. Se desempeña como Jefe de una consultora (Datarisk), es uno de los coordinadores de macroeconomía de la Fundación Pensar. Además es

asesor en el directorio del Banco Ciudad y en el Ministerio de Desarrollo Urbano de la Ciudad de Buenos Aires sobre presupuesto público. Profesor de la Universidad del CEMA, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) y Universidad Católica Argentina (UCA).

Agustín D' Attellis es Licenciado en Economía de la Universidad de Buenos Aires (UBA), y Master en Economía de la Universidad Torcuato Di Tella (UTDT). Especialista en Macroeconomía y Mercados Financieros Internacionales. Fue asesor en la Honorable Cámara de Senadores de la Nación, en la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, en la Secretaría de Política Económica del Ministerio de Economía de la Nación y en la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. Fue Coordinador de Proyectos de Fortalecimiento Institucional de la Secretaría de Política Económica, Asesor de Gabinete del Ministro de Economía de la Nación, Gerente Comercial para Inversores Institucionales de SBS Sociedad de Bolsa, Jefe de Inversiones de Nación AFJP, Jefe de Research y Portfolio Manager de Exprinter Administradora de Valores, entre otras. En el ámbito académico se desempeña como Profesor de Posgrado en la Maestría en Gestión Económica y Financiera de Riesgos (UBA); Profesor Adjunto en la Facultad de Ciencias Económicas (UBA); Profesor Asociado Ordinario en el Departamento de Economía y Administración (UNM); y Profesor Invitado en el Centro de Educación Empresaria (UdeSA). Investigador en el Centro de Métodos Cuantitativos Aplicados a la Economía y la Gestión (CMA-FCE-UBA), y en el Departamento de Economía y Administración de la UNM. Es Jefe de la Unidad Ejecutora Agente de Calificación de Riesgo (UNM). Presidente de Calific.ar UNM ACR UP. Cuenta con diversos artículos publicados en revistas especializadas y capítulos de libros.

*Cristian Nieto*

Buen día, muchas gracias a FEFARA por la invitación, es un gusto poder participar de estas Jornadas.

Para comenzar esta charla sobre la Agenda Económica para la Próxima Década, me gustaría trazar una línea de tiempo porque dicha agenda va a estar marcada por lo que deja la actual gestión de doce años de gobierno con un modelo económico diferente al de los noventa. En ese sentido, la política de los noventa estuvo orientada a un proceso de desnacionalización, desempleo, exclusión y endeudamiento, totalmente distinta a la actual que está más orientada a la inclusión, a la creación de empleo y la industrialización.

Un hecho histórico destacable del actual período democrático, desde el año 1983 hacia adelante, es que el próximo traspaso de mandato entre presidentes se dará ordenadamente. Seguramente ello estará relacionado con el hecho que la economía argentina está, en las variables principales, mostrando solidez. Condición que no se dio, por ejemplo, en el traspaso del Dr. Alfonsín al Dr. Menem ya que las circunstancias que estaban dadas eran la hiperinflación, una economía que no despegaba y Alfonsín tuvo que entregar el gobierno seis meses antes. Qué decir del traspaso del Dr. Menem al Dr. De La Rúa donde el desempleo alcanzaba los dos dígitos y la recesión un año, además, el endeudamiento externo era cada vez mayor. Todo esto condicionó al gobierno del Dr. De La Rúa en el que la salida fue, como todo sabemos, con eclosión social, en helicóptero y entrega del mandato dos años antes de lo que marcaba la Constitución.

Como mencioné anteriormente, es un hecho histórico que después de doce años de un mismo partido en el gobierno y de dos mandatos de un mismo presidente, hoy la presidenta tiene

más imagen positiva que lo que tienen, por ejemplo, los actuales candidatos a sucederla.

Entonces éste es el piso que queda establecido para la próxima década o para el próximo gobierno.

Por otra parte la próxima agenda también va a estar dada por el contexto y estamos ante una situación mundial muy distinta a la anterior. Estados Unidos todavía no despega de la crisis internacional que se inició en el año 2008. Los últimos datos arrojan que no solamente crece menos sino que decreció comparado anualmente. China ya no crece a tasas de 10 % anual. El valor es cercano al 7 %, que no es para nada despreciable pero que ya no tracciona lo mismo, por ejemplo, la demanda de soja que es lo que más exportamos.

El caso que más nos importa, por nuestra cercanía, es Brasil, que si nosotros pensamos que le va mal en el futbol, en la economía no le está yendo mejor. Desde prácticamente el año 2011, tiene un crecimiento casi escueto, 1 ó 2 %, y las propias proyecciones del Banco Central brasilero dicen que por lo menos le quedan tres años más con estas condiciones dadas.

Además, Brasil tuvo un viraje interno hacia la política más alineada con las salidas orientadas al recorte del gasto público. Estas son cuestiones que tuvo que llevar a cabo la presidenta Dilma Rousseff para conseguir el apoyo de determinados sectores, principalmente del financiero local de San Pablo como del internacional y, también, de determinados grupos concentrados, porque Brasil es muy dependiente de la exportación de hierro.

También debemos mencionar el precio de la soja que el año pasado estaba a 512 dólares la tonelada y ayer cerró a 388 dólares. Hice el cálculo de la caída de los valores de la soja tomando los precios de la semana pasada que estaba a 370 dólares, y es del 25 % del valor. Es un nuevo ciclo que comienzan los "comodities" a nivel internacional y que afecta las cuentas

públicas y fundamentalmente a los productores agropecuarios. A estos les representa una caída aproximada a los 30.000 pesos por hectárea y, para el Estado en recaudación por las retenciones, una pérdida de 27.000 millones de pesos. Esto es casi el total del gasto de la asignación universal por hijo.

Creo que no se da una tendencia que llegue a valores históricos porque hubo un gran cambio tecnológico, principalmente en Estados Unidos. Por ejemplo, en Argentina estamos hablando constantemente de cosechas record, como se dio con el petróleo en otros países, el salto tecnológico posibilitó que hoy los rendimientos sean mayores.

También existe un fuerte componente especulativo. En el caso de la soja casi el 30 % del precio está explicado por estos factores que en realidad son producidos por fondos de inversión que ingresan en el mercado financiero comprando futuros de soja tratando de resguardarse. Eso le da un componente que nada tiene que ver con la lógica de la oferta y la demanda del producto sino la lógica financiera.

El próximo gobierno también va a tener su agenda marcada por el litigio con los "fondos buitres", este conjunto de estudios jurídicos internacionales que están en una batalla férrea contra la Argentina. Estos fondos, hoy, no quieren sentarse a negociar con el gobierno a menos que les aseguren la tasa de rentabilidad que les aseguró el Juez Griesa de 1600 %. Por eso están tratando de cerrar todos los caminos del ámbito financiero internacional para condicionar al próximo gobierno y obligarlo a sentarse con ellos para poder conseguir el financiamiento externo. Hay que recalcar que el actual equipo económico está sorteando de buena manera esos desafíos a través de una emisión propia de bonos con los que salió a buscar 500 millones de dólares y obtuvo una oferta de casi 2000 millones de dólares.

Por otra parte están los convenios con China que, además de poder incorporar tecnología y generar infraestructura, son

convenios por 17.000 millones de dólares que van a permitir que casi el 70 % ingresen a la Argentina para financiar empresas locales.

Además, debemos hablar del Swap o trueque acordado con China que también permite sortear todo los canales que van cerrando los "fondos buitres" y no solamente los canales financieros porque también operan sobre canales comunicacionales a través de Organizaciones No Gubernamentales que conformaron directamente para contratar periodistas o figuras del espectáculo internacional y locales que se dediquen a desprestigiar la imagen del gobierno.

Con respecto al tema de la inflación, en la historia económica mundial siempre que una economía está creciendo hay tensiones entre sus estructuras productivas que generan variaciones de precio, y la inflación va de la mano del crecimiento. Si queremos seguir creciendo y desarrollándonos, la inflación va a seguir estando. Discutamos, por nuestra propia historia, por qué la inflación tiene tasas más altas que otras economías pero la inflación es inherente al proceso de crecimiento. Sin embargo, debemos reconocer que este modelo económico también distribuye y crece en base al crecimiento.

Lo importante es que ajustando las variables se ha mantenido el resguardo del salario, de los derechos sociales o sea que la inversión social se ha ido ajustando a las variaciones de la inflación.

Entonces eso permitió que se mantenga el poder adquisitivo del salario y que, al contrario, el salario haya tenido ganancias por arriba de la inflación permitiendo mejorar la capacidad de ingreso de la población.

Perdón, no mencioné el por qué me importa tanto Brasil. Dicho país además de ser nuestro vecino, es nuestro principal mercado de ventas al exterior. El 22 % de nuestras exportaciones



van a Brasil y casi el 50 % de nuestras exportaciones industriales también. Si tomamos el indicador de variaciones industriales que habla de 22 meses de caída y le sacamos la industria automotriz observamos que prácticamente hace un año que viene creciendo el resto de la industria, es decir, el resultado se ve muy afectado por el caso de Brasil porque la mitad de la producción automotriz de la Argentina se exporta y 8 de cada 10 autos van a Brasil. Es por ello que la caída de Brasil impacta tanto en nuestra economía.

En cuanto a los desafíos para la próxima década, el tema del empleo informal es una cuestión que hay que atacar, actualmente es del 32 % y en el año 2003 era de 50 %. Por otra parte el desempleo hoy se encuentra en valores de 7 % con variaciones por factores estacionales. Pero existe un componente estructural, los desempleados son casi un millón en Argentina y la mitad de ellos lo son desde hace más de un año y eso en términos económicos se considera como desempleo estructural. Se habla de personas que no tienen las capacidades para insertarse al mercado laboral. Esto me parece que sería también fundamental que lo incorporemos en la próxima agenda económica.

Por otra parte, lo que empieza a surgir es el tema de la restricción externa que es una cuestión que se ha dado a lo largo de la historia Argentina. Prácticamente desde el año 1930 hasta la fecha cuando el País quiere empezar su proceso de industrialización comienza la restricción externa. Esta se da porque la industria comienza a demandar cada vez más cantidades de divisas para poder incorporar maquinaria e insumos que no producen la propia economía argentina. Esos dólares, los consigue principalmente el sector agropecuario pero llega un momento que el sector agropecuario no tiene la capacidad, ni por precio, ni por cantidad para generar todas las divisas necesarias. Entonces se produce un desfase y se da el ciclo que se llama "stop and go".

Actualmente podemos identificar tres principales sectores que son los que más demandan divisas en Argentina, el sector automotriz, el electrónico, principalmente el radicado en Tierra

del Fuego, y el sector petrolero. En cuanto al sector automotriz para que tengan una idea, el 70 % de los componentes de un auto es importado. La industria local podría producir un buen porcentaje de esos componentes pero hay una lógica global de cómo las automotrices distribuyen su producción. Así que ahí tenemos un hecho no menor, en 2003 importábamos autopartes por 1700 millones y el año 2014 importamos 8800 millones entonces es un déficit que crece más y más, se venden más autos pero también se van más dólares.

Con respecto a Tierra del Fuego, se generaron más de 15000 puestos de trabajo en la industria electrónica. Algunos la estigmatizan diciendo: es nada más que ensamblaje. Pero, sin embargo, permitió generar no sólo puestos de trabajo sino también alguna adquisición de transferencia tecnológica, en un modelo de escala global. Generalmente los televisores se desarrollan en dos fábricas a nivel mundial y después los distribuyen. La inversión necesaria para poder desarrollar en un modelo tecnológico que cada tres meses va cambiando, es muy grande y hoy se concentra prácticamente en Corea del Sur y Taiwán para después distribuirse para todo el mundo, lo mismo ocurre con los teléfonos celulares.

Otro hecho que hay que discutir para la próxima agenda económica es el de la soberanía energética. Haber recuperado la principal empresa nacional que es YPF, sin duda jugará un rol central.

En el año 2011 se da el mayor déficit energético del último tiempo donde prácticamente quiebra el superávit gemelo que tenía siempre la gestión kirchnerista, el superávit fiscal y el comercial. Ello sucede a partir de que se da el salto de 110 % el valor de las importaciones de combustible.

La lógica de Repsol, la principal empresa, era vender lo máximo posible, no invertir y tratar de destruir los activos locales. Mientras tanto, Argentina para seguir con una economía

en crecimiento, necesitaba importar cada vez más combustible. Allí es cuando cambia la ecuación de las cuotas fiscales en el año 2012 aparece el primer saldo negativo. Entonces cambia la situación con la sanción de la Ley de Recuperación y el petróleo deja de ser un "comodities", una mercancía y empieza a ser un activo estratégico para el desarrollo de un país. Argentina hasta que aparece el fenómeno de Vaca Muerta consideraba que podía autoabastecerse pero a partir de ese acontecimiento cambia totalmente la posición porque según cálculos de la propia comisión de energía de Estados Unidos, si se llega a desarrollar Vaca Muerta en términos de shale gas y shale oil, Argentina tendrá la segunda reserva internacional de shale gas y la cuarta a nivel internacional de shale oil.

Entonces, esto convierte a nuestro país en, prácticamente, un país árabe en términos de petróleo. Esto posiciona a la Argentina a la hora de potenciar inversiones, y ya están viniendo determinadas empresas porque Argentina tiene poder de negociación, tiene el potencial para explorar, lo que le permitirá generar un desarrollo local y romper las restricciones externas.

La importancia de la restricción externa es el estímulo obligado a la inversión en innovación y desarrollo. Y esto tiene que ser y lo quiero remarcar, una bandera de los propios sindicatos porque si las empresas no invierten, no mejoran su capacidad de producir, llega un momento que es imposible mejorar los ingresos. Entonces tiene que ser una bandera de los propios sindicatos, el tema de la inversión y desarrollo. Hoy de cada 100 pesos que se invierten en investigaciones, en I+D, 75 pesos lo pone el Estado y solamente el 25 los ponen los privados.

Además, y para finalizar, el Estado tiene un problema que solucionar en la próxima agenda y es el de la transferencia del mundo científico al mundo productivo.

Muchas gracias.

## Economía Argentina: actualidad, desafíos, metas y objetivos de mediano y largo plazo

Pablo Lavigne

Buenos días a todos. Me tocó ser el pesimista de la mesa, evidentemente. Primero voy a disentir un poquito con lo que dijeron recién, Argentina no ha tenido un buen desempeño en los últimos 4 ó 5 años, está estancado el Producto Bruto Interno, el PBI per capita no creció y en el resto no se ven valores similares en otros países de la región. Si bien Brasil no está pasando por un desempeño como fue en el año 2010- 2011, a la Argentina le ha ido tal vez incluso peor.

### En un mundo heterogéneo, nuestro desempeño:

Indicadores seleccionados de países de América Latina, proyectado a 2015

	Rating	PBI	Inflación	Resultado primario	Deuda pública	Deuda externa	Reservas int.
	S & P	Var. anual	Var. anual	% del PBI	% del PBI	% del PBI	% del PBI
Chile	AA-	3,6	2,6	-2,1	16,7	59,3	15,5
Colombia	BBB	3,2	4,2	-0,2	38,5	28,5	14,7
México	BBB+	2,6	3,2	-1,6	44,6	22,9	15,8
Perú	BBB+	3,3	2,5	0,9	20,7	28,6	30,0
Brasil	BBB-	1,4	8,4	0,8	62,3	30,1	19,6
Argentina	SD	-0,5	25,2	-5,0	15,9	26,5	5,1
Ecuador	B+	1,0	4,6	4,0	34,3	21,7	
Venezuela	CCC	-4,5	96,0	-7,1	35,2	15	3,2

Fuente: Bancos Centrales, Bloomberg y S&P.

El único indicador macro que nos deja cierto margen es el ratio de deuda/PBI con privados

Quiero dividir la presentación en dos partes, primero los seis meses de lo que le queda al gobierno con una herencia que para mí es más compleja de lo que dijeron y los otros seis meses que es la transición, si se quiere, a una normalidad que espero se logre después de dicho lapso.

Estos próximos seis meses dejarán una herencia un poco compleja pero manejable totalmente. Aquí, tal vez, se encuentra el mayor punto de diferencia con lo hemos escuchado hasta ahora. Porque creo que la situación que van a enfrentar cualquiera que asuma el próximo gobierno va a tener que ajustar en más o en menos porque es imposible seguir manejando así la economía. Y esto es así, básicamente, porque ya no crecemos y, además, tenemos la inversión más baja de América Latina, después de Paraguay, comparando 2007 a 2014.

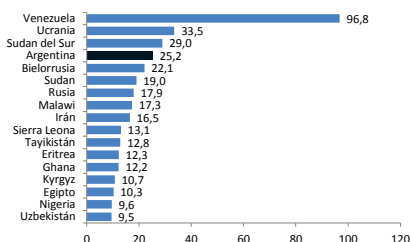
Vamos a observar algunos números en las siguientes diapositivas. Primero, en un mundo que ha tenido, especialmente toda América Latina, inflación crónica y alta durante mucho tiempo hoy vemos que solamente tienen inflación mayor al 10 % anual, 15 de casi 150 países. Entre ellos, se encuentran: Venezuela, Ucrania, Sudan del Sur y Argentina. De éstos, dos tienen guerra civil en este momento.

Por otra parte, 173 países tienen inflación menor al 10 % ciento y 137 países tienen inflación menor al 5 %. Evidentemente, la inflación ya no es un problema en el mundo, en otras palabras el próximo gobierno va a tener que lidiar con ella.

No se puede seguir creciendo y tener niveles de 25-30 % de inflación porque, como ha pasado en Argentina, no todo crece al mismo ritmo. Es decir que se van generando complicaciones porque el dólar no crece al ritmo de la inflación, entonces los productos que se exportan pierden competitividad. Además, las tarifas públicas se retrasan y obligan a una cuenta de subsidios cada vez mayor y también una necesidad de mayores importaciones etc., etc.

## 1) Una inflación crónica, en valores elevados

Inflación, proyección 2015



Fuente: FMI.

Argentina tiene, en un contexto de un mundo sin inflación, uno de los valores más altos

Países con inflación mayor a:

- > 10% anual = 15 países
- > 10% anual = 173 países
- > 5% anual = 137 países

En estas condiciones, independientemente del nivel de gasto, se produce dominancia fiscal de la política monetaria. Esto quiere decir, básicamente, la creación de base monetaria pura y exclusivamente para financiar al tesoro Nacional. Hoy casi el 65-66 % de los activos del Banco Central son letras o adelantos transitorios.

Chile lleva más de 20 años tratando de darle un patrimonio neto positivo al Banco Central y todavía no lo ha logrado. Es cierto que no es indispensable que el patrimonio neto del Banco Central sea positivo pero cuando se tiene debilidad en las instituciones monetarias y cambiarias, se tiene menos poder de fuego y de ayuda. Al respecto, consideramos nosotros que si no sucede nada extraordinario y todo sigue como hasta ahora, el poder de fuego del Banco Central para, por ejemplo, abrir el cepo cambiario va a ser más o menos de entre 2000 y 5000 millones de dólares, lo cual es muy poco.

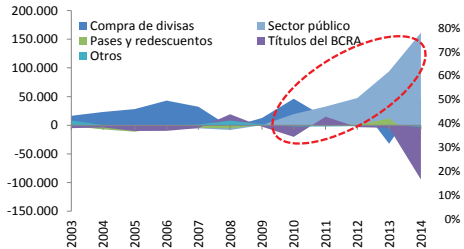
Además, tenemos una presión fiscal record. Cada uno sabe cuánto se lleva el Estado de sus bolsillos. Podemos comparar

más o menos con la presión fiscal que tiene Australia y Canadá y no creo que los servicios públicos sean los mismos.

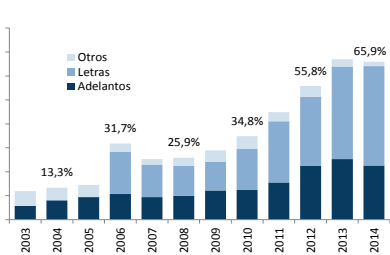
Y como si esto fuera poco tenemos un déficit fiscal creciente y es el más alto desde el año 1989. La pregunta es, ¿se puede

## 2) Dominancia fiscal de la política monetaria

**Factores de creación de la base monetaria (en millones de pesos)**



**Exposición del BCRA al Tesoro (como porcentaje del activo total)**

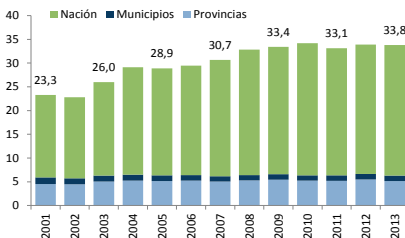


Fuente: BCRA.

No solo mantuvo un piso de inflación alta sino que fue cambiando los recursos del BCRA de activos de alta calidad por otros de dudosa realización

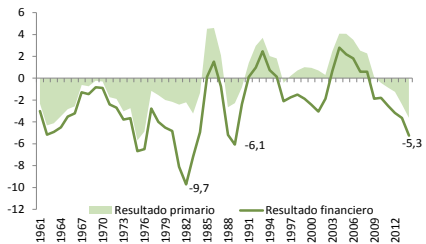
## 3) Presión fiscal record y déficit creciente

**Ingresos por nivel de gobierno (como porcentaje del PBI)**



Fuente: MECON y OJF.

**Resultado de la Administración Central (como porcentaje del PBI)**



A pesar de una presión fiscal cada vez mas elevada, se perdió el equilibrio fiscal en 2009. En la actualidad, el desequilibrio es mas elevado desde 1989.

crecer y desarrollar la economía con déficit? Sí, porque la mayoría de los países tiene déficit pero no de este nivel.

En cuanto a los problemas de competitividad, hoy el tipo de cambio real bilateral con Estados Unidos está en el mismo nivel que a fines de los 2000. En cuanto al tipo de cambio real con Brasil, éste devaluó muy fuerte la moneda como ustedes sabrán, más o menos 35 % en el último año. Y como si esto fuese poco, no es sólo un tema cuantitativo es también cualitativo ya que no tenemos mejores rutas, ni mejores servicios, ni pagamos menos impuestos y estos son tan altos como en Noruega y, además, es complejo pagarlos.

El ranking de competitividad mundial nos informa que Argentina está en el puesto 138 y debajo nuestro está Mauritania, Haití, Venezuela. Esto quiere decir que el problema de competitividad de Argentina no sólo es cuantitativo, de tipo de cambio, sino también cualitativo.

En relación al costo de fondeo, independientemente de lo que sea el acuerdo con los "holdouts", que será una negociación que llevará más o menos tiempo, pero que en algún momento habrá que enfrentar porque la economía, como un todo, paga el doble de tasas de lo que pagan países como Colombia, México, Brasil, Paraguay, Bolivia.

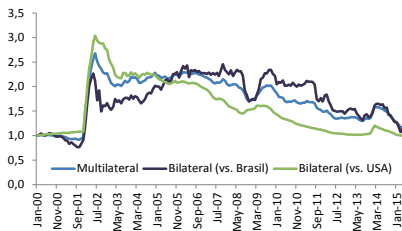
Estos intereses no los paga solo el Estado argentino, lo que rinde el bono soberano es el faro para todo el costo de fondeo del país. YPF se financia aproximadamente al 9 % y todas las empresas grandes de Argentina que quieren ir a fondearse afuera lo hacen a este valor. Esto termina en menor inversión, por eso digo que Argentina tiene la segunda menor tasa de inversión de América Latina.

Otros temas que van a tener que resolver el próximo gobierno, ya sea en la transición o en el largo plazo, por shock o gradualismo, es el de la balanza de pagos. Con la imposición del cepo cambiario se ha ido restringiendo la demanda. Primero



## 4) Problemas crecientes de competitividad

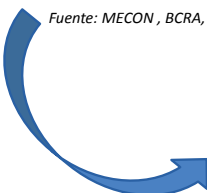
Tipo de cambio real multilateral y bilateral (enero de 2000 = 1)



Puesto en el ranking mundial de competitividad

País	Ranking	País	Ranking	País	Ranking
Finlandia	1	Taiwán	16	Estonia	31
Singapur	2	Dinamarca	17	Arabia Saudita	32
Suiza	3	Suecia	18	Mauricio	33
Reino Unido	4	Alemania	19	Jordán	34
Luxemburgo	5	Sudáfrica	20	Namibia	35
Hong Kong	6	Francia	21		
Qatar	7	Australia	22	Myanmar	136
Noruega	8	EAU	23	Guinea	137
Canadá	9	Belgium	24	Argentina	138
Nueva Zelanda	10	Estados Unidos	25	Mauritania	139
Japón	11	Malaysia	26	Chad	140
Puerto Rico	12	Islandia	27	Angola	141
Irlanda	13	Ruanda	28	Zimbabue	142
Holanda	14	Bahréin	29	Haití	143
Austria	15	Omán	30	Venezuela	144

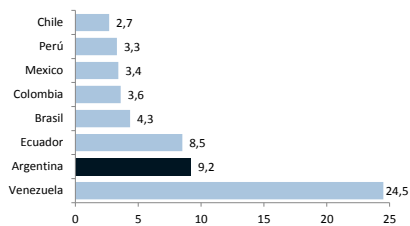
Fuente: MECON, BCRA, BLS, BCB y WEF.



Calculamos que el atraso cambiario se ubica en torno al 30%. Además, la caída en la competitividad fue en términos cuantitativos (TCR) y cualitativos

## 5) Elevado costo de fondeo

Rendimiento de bonos soberanos



Fuente: Reuters.



Argentina tiene tasas muy elevadas de fondeo en un mundo en el que financiarse es muy barato. Esto impacta también el sector privado.

se empezó con la compra de divisas, segundo lo que era fuga de divisas mutó a aumento de turismo, tercero se restringió la entrada por préstamos, lógicamente si no puede salir, no puede entrar y después se empezó a restringir las importaciones con algún costo sobre la actividad.

A esto se le suma las utilidades que también se han restringido. Calculamos que hay 12000 millones de dólares en utilidades que quieren salir en algún momento y más o menos 5500 millones de dólares las importaciones que quieren salir. Cuando haya que abrir el cepo con las pocas reservas que quedan disponibles se producirá un efecto embudo.

Se suma a esto que se ha producido lo que se llama *money overhang*; el cepo obligó a muchos a mantenerse en pesos, tal vez la demanda de pesos es mayor a la que uno querría y cuando se libere el cepo evidentemente van a ir a buscar dólares. Al respecto pueden observar estos ejemplos, de crisis y no tan crisis, en el año 2011 no hubo una crisis pero fíjense lo que fue la caída de reservas. Hoy prácticamente las reservas no alcanzan para hacer todo esto, en parte por los pesos existentes que te van a ir a correr, porque hay utilidades retenidas y por las importaciones, también, retenidas. Esto quiere decir que la transición va a ser compleja.

También importa en la transición el "timing", la confianza que haya en el gobierno, la posibilidad de continuidad y de cambio, y esto no es inocuo. Por ejemplo, el dólar "blue", entre otras cosas, estaba básicamente quieto hasta hace muy poco porque se pensaba que el que venía iba a cambiar las cosas, entonces si uno sabe que un activo va a valer de acá a diez meses supónganse 10 y hoy está a 5, la convergencia hacia 10 se da y queda en 10. Y si, por el contrario, se cree que se va a mantener estable en torno a los 12-13, si se produce, posiblemente veamos alguna tensión cambiaria algo mayor y eso es una realidad.

En la transición va a haber que ajustar el tipo de cambio y ser prolijo en esos ajustes para que no haya mucha inflación. Vamos a tener que ver que se hace con las utilidades, arreglar con los "holdouts" y demás temas pendientes. Y todas estas cosas se van a tener que hacer independientemente del tipo de gobierno.

## 6) Y una balanza de pagos con rubros restringidos

**Balanza cambiaria (millones de dólares)**

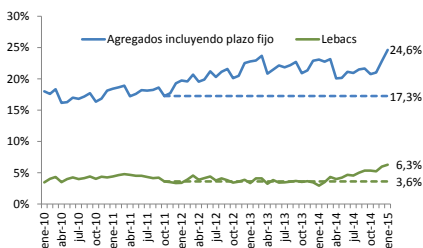
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Cuenta Corriente cambiaria</b>	<b>8.728</b>	<b>10.142</b>	<b>9.308</b>	<b>10.830</b>	<b>12.710</b>	<b>15.682</b>	<b>9.449</b>	<b>10.965</b>	<b>4.401</b>	<b>3.866</b>	<b>-13.280</b>	<b>-2.350</b>
Balanza transferencias por mercancías	12.595	12.778	12.685	13.303	15.438	20.343	16.435	17.837	15.041	14.673	1.745	8.935
Cobros por exportaciones de bienes	24.879	31.208	36.921	42.332	53.457	67.962	53.157	67.445	79.167	80.772	75.250	69.569
Pagos por importaciones de bienes	12.284	18.430	24.236	29.029	38.019	47.619	36.722	49.608	64.126	66.099	73.505	60.635
Servicios	-339	-236	339	773	974	1.039	-241	127	-1.115	-3.825	-5.403	-5.812
Rentas	-3.752	-2.756	-4.187	-3.826	-4.666	-6.833	-7.670	-7.878	-10.397	-7.584	-5.890	-5.713
Intereses	-2.883	-1.915	-2.901	-2.706	-2.942	-3.394	-4.629	-3.737	-6.001	-7.369	-4.527	-4.397
Utilidades y Dividendos y otras rentas	-869	-841	-1.286	-1.120	-1.725	-3.439	-3.042	-4.141	-4.397	-225	-1.363	-1.316
Otras transferencias corrientes	225	356	471	580	965	1.133	926	879	872	611	267	240
<b>Cuenta capital y financiera cambiaria</b>	<b>-5.147</b>	<b>-4.823</b>	<b>-460</b>	<b>-7.417</b>	<b>374</b>	<b>-15.671</b>	<b>-8.074</b>	<b>-6.807</b>	<b>-10.510</b>	<b>-7.171</b>	<b>1.455</b>	<b>3.547</b>
Inversión directa de no residentes	809	976	1.451	1.504	2.486	3.635	1.837	2.030	3.502	3.744	2.413	1.672
Préstamos financieros y líneas de crédito	-949	-1.155	-1.790	1.249	2.435	1.158	-1.168	2.787	4.520	-3.096	-3.326	-746
Préstamos de otros Org. Int. y otros	-1.116	-596	457	-1.362	1.451	3.729	878	-2.253	6.129	-1.757	-1.882	2.712
Formación de activos externos	-3.808	-2.837	1.206	-2.939	-8.872	-23.098	-14.123	-11.410	-21.504	-3.404	397	-3.248
Resto	-84	-1.210	-1.785	-5.868	2.874	-1.095	4.503	2.039	-3.158	-2.657	3.854	3.157
<b>Variación de Reservas Internacionales</b>	<b>3.581</b>	<b>5.319</b>	<b>8.847</b>	<b>3.414</b>	<b>13.085</b>	<b>12</b>	<b>1.375</b>	<b>4.158</b>	<b>-6.109</b>	<b>-3.305</b>	<b>-11.825</b>	<b>1.197</b>

Fuente: elaboración propia en base a BCRA.

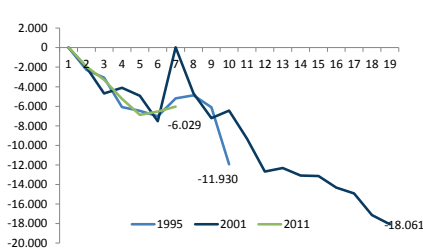
- A  Cayó la compra de divisas
- B  Aumentó la partida de turismo
- C  Se restringió la entrada por préstamos
- D  Se restringieron las importaciones

## 7) Generando distorsiones que complican la transición

**Agregados monetarios (como porcentaje del PBI)**



**Caída de reservas ante escenarios de crisis (millones de dólares)**



Fuente: MECON, BCRA, BLS, BCB y WEF.

Debido a la restricción impuesta en las transacciones de divisas se generó una demanda reprimida, estimada en la monetización artificial (money overhang)

Ahora voy a hablar de la agenda de los próximos 10 años, qué queremos o cuáles son los objetivos. Estos seguramente en los tres disertantes van a ser más o menos parecidos porque realmente no es que de un lado están los inclusivos, los que quieren la distribución del ingreso y del otro estamos los malos, que nos aliamos con el diablo para ir a sacarle comida a los chicos. No es así, todos tienen el mismo objetivo, la única diferencia es el camino. Unos consideramos que es distinto al actual y otros plantean una estrategia que va por otro lado pero siempre en el marco de la buena voluntad.

Como pueden observar en el siguiente cuadro, sobre la política Impositiva creemos que deberíamos llegar a un equilibrio fiscal de acá a 4 años. Es en este lapso, básicamente, porque no se puede reducir el gasto público de un día para el otro ya que puede generar muchas tensiones, complicaciones. Deberíamos ir a un presupuesto que no tiene que ser equilibrado pero sí tener valores más estándares.

En cuanto a política monetaria, lo ideal es la independencia de instrumentos pero no de objetivos. Con esto quiero decir que la política monetaria puede estar exenta de lo que dicte el poder ejecutivo pero consideramos que uno de sus mandatos debe ser mantener la estabilidad de la moneda. Es fundamental dejar de financiar al tesoro.

Con respecto a la política tributaria pensamos que hoy en la Argentina se desalienta la inversión y la formalidad en el empleo. Para ello recordemos que alguien que gana más o menos 18000 pesos por mes, paga de impuestos directos casi 45 %, el mismo nivel que un sueco, un finlandés. Nos parece demasiado.

En competitividad habría que llevar a un tipo de cambio más alto, creemos que de corto plazo va a haber una tensión del tipo de cambio. A largo plazo las políticas cambiarias y la política competitiva deben de buscar que el tipo de cambio no se aprecie demasiado.

En relación a la deuda queremos llegar, de acá a cinco años, a las tasas que pagan Brasil, España, que corresponden a la mitad de tasa que pagamos nosotros.

## Lo que queremos para el mediano/ largo plazo

### **Política fiscal**

Buscar el equilibrio fiscal en 2019 para evitar generar distorsiones adicionales a la economía (ya se mediante inflación o efecto crowding out). Proyectamos un déficit financiero de 7% del PBI en 2015.

### **Política monetaria**

En primer lugar, se requiere una normalización de la estadísticas. Luego, evitar seguir financiando al Tesoro con emisión monetaria. Adecuar los instrumentos anti inflacionarios.

### **Política cambiaria**

Permitir la libre movilidad de capitales para fomentar la inversión. Se buscará recuperar el TCR competitivo, aunque luego evitar apreciaciones bruscas. Flotación administrada.

### **Política tributaria**

La presión fiscal actual es equivalente a la promedio de países desarrollados. Creemos que la estructura tributaria actual desalienta la inversión y el empleo formal.

### **Competitividad**

Primero, se requiere un TCR más competitivo; pero también es necesario mejor infraestructura, servicios públicos de calidad, esquema tributario más progresivo, crédito, etc.

### **Deuda**

En primer lugar, la negociación con los HO es fundamental para bajar las tasas soberanas y corporativas. Reconstruir el mercado de capitales y el crédito (llevarlos a valores similares a Brasil).

Como conclusión, creemos que tenemos dos cuestiones claves, la herencia y la transición. De la resolución de esta transición podremos llegar en mejores o peores condiciones a normalizar la economía de largo plazo.

Muchas gracias.

*Agustín D'Attellis*

Buenos días y muchas gracias a los organizadores por la invitación.

Voy a dejar de lado lo que tenía preparado porque ya tengo bastante para decir con lo que acabo de escuchar.

Quiero comenzar con algunas cuestiones que estaba exponiendo relacionadas con esto de intentar instalar el efecto “puerta doce”, que hace dos semanas era efecto Zannini, efecto bomba, o están armando una bomba y toda una serie de proyecciones que se repiten sistemáticamente y que nunca ocurren.

Todo esto tiene que ver con que en la Argentina empezó a llevarse adelante, una forma diferente de interpretar la economía y de ejecutar la política económica. Esa forma diferente generó muchos éxitos y para corroborarlo basta ver los números, a lo largo de muchos años, de una economía con crecimiento alto y con mejoras en términos distributivos.

Ahora vamos a hablar del último tiempo, los últimos dos a tres años, y de algunas restricciones que fueron apareciendo. Estas son propias de una etapa de crecimiento económico y tienen que ver con cuellos de botella internos relacionados con temas de la infraestructura energética y la famosa restricción externa. El eterno problema de la economía argentina, es el hecho de tener una estructura productiva desequilibrada donde un sector vinculado al campo es muy productivo y un sector industrial mucho menos productivo. Este último depende fuertemente de las importaciones sobre todo de bienes de capital, de maquinarias, etc.

Los dólares que genera, por el canal comercial, el sector vinculado a los productos primarios, llega un momento donde

no son suficientes para financiar lo que necesita la actividad industrial, para seguir avanzando a medida que la economía así lo requiera.

Entonces aparece este cuello de botella que es la famosa restricción externa y lo que en la Argentina llamamos los ciclos de “stop and go”, esos ciclos en los que la economía venía avanzando y se topaba con una caída y se volvía a ajustar.

Esa restricción volvió a aparecer hace un par de años, porque por cada punto que crece nuestro PBI, las importaciones crecen más de tres o cuatro puntos y entonces es muy fuerte, hoy, esa dependencia que tenemos con la escasez de divisas.

Por lo tanto, empiezan a plantearse las cuestiones vinculadas a los ataques especulativos o a los comportamientos de fugas de capital. Esto en Argentina lo tenemos de manera estructural, es un tema cultural que para modificarlo hay que llevar adelante medidas económicas pero también hay que trabajar en comunicación. Lo que pasa es que hay conceptos que tuvieron mucho arraigo a lo largo de mucho tiempo en nuestro País y en el mundo.

Esto viene de concepciones académicas que calaron hondo y que no son tales, ya que son conceptos que responden a determinados intereses pero que van contra el interés del conjunto de la sociedad y de la economía. Y, uno quiere que la economía crezca, se redistribuya mejor y ese crecimiento se desarrolle a lo largo del tiempo.

Recién escuchaba que hablaban de las tasas de interés que paga la Argentina, el bono argentino y que España, por ejemplo, paga una tasa menor a la nuestra. En ese sentido, es bueno recordar que España tiene 25 % de desempleo hace años y si mi objetivo es reducir el desempleo, obviamente que, la tasa será más alta que la que paga España. En ese mismo sentido, si tengo que tener déficit fiscal porque para que la economía pueda crecer lo necesita, entonces lo tendré.

El déficit fiscal no es un objetivo en sí mismo, pero como economista no me preocupa, no me quita el sueño porque en todo el mundo existe aunque en distintas magnitudes. En muchos países es más grande, por ejemplo, en los países de Europa que tienen problemas y hasta en Estados Unidos cuyo déficit fiscal es mucho mayor que el de Argentina.

A veces hay algunos economistas que hacen cuentitas para tratar de inflar la tasa de interés que estamos pagando y decir que no son cuatro puntos de PBI sino 8 ó 10 porque sacamos ANSES y Banco Central y sacamos esto y sacamos aquello. Pero es lógico que si vos tomas un activo y le sumas pasivo y le restas pasivo, pasivo, pasivo, pasivo, obviamente se te va a desaparecer ese activo. Sin embargo, la manera de medir el déficit fiscal en la Argentina es tal cual como indican los manuales del Fondo Monetario Internacional y como se mide en todos los lugares del mundo.

Hoy el déficit fiscal es de 4 puntos y medio, más o menos, del PBI, teniendo en cuenta los pagos de vencimiento de deuda y todo. Entonces ese déficit es perfectamente manejable y no es un objetivo de política económica en sí mismo ya que el objetivo final es otro y si la economía necesita déficit de manera transitoria, entonces lo tendrá.

Hay ejemplos, a lo largo del mundo, de economías que fueron muy exitosas con déficit, muy exitosas con superávit y otras que se fueron al bombo con déficit. El tema es saber administrarlo en cada momento y entender para qué sirve esa herramienta.

Si el año pasado se hubieran llevado adelante políticas de ajuste del gasto público, como pedían algunos sectores asustados por el déficit fiscal que crecía un poco en la Argentina, hoy en una situación de recesión en Brasil, de devaluación fuerte del real y frente al escenario internacional que se viene de cara a que Grecia explota por el aire en breve, con todas esas cuestiones y manteniendo nuestro rumbo tenemos una economía



estabilizada, donde no hubo la pérdida de puestos de trabajo que algunos pronosticaron el año pasado. No tuvimos suspensiones, despidos, no hubo una devaluación abrupta del tipo de cambio, simplemente porque se apostó al mercado interno y se usó la herramienta del gasto público para fortalecer la demanda e inducir el aumento del consumo.

Eso significa poner a la distribución del ingreso en el centro de la escena y, para el pensamiento neoliberal, la distribución del ingreso era consecuencia de otras políticas, por ejemplo, de fomentar el crecimiento económico, de generar flexibilizaciones laborales y este tipo de cosas porque al final iba a ocurrir algo que llamaban el efecto derrame, ese efecto derrame que no llegó nunca y nunca va a llegar porque no funciona, porque es mentira.

Lo único que se ha logrado fue internalizar conceptos que permitieron que se acepten recortes de jubilaciones del 13 %, recorte de gasto público y que hicieron mucho daño a la economía y que hoy se siguen aplicando en otros países. Porque no es que se aplicó en Argentina y se demostró que falló y entonces se aprendió y no se aplica más, no, para nada, el Fondo Monetario Internacional a Grecia y a España le sigue aplicando los mismos paquetes de ajuste y sigue teniendo economías que están sumidas en una recesión hace siete años y de la cual no pueden salir.

Hoy tienen tasas de desempleo del 25 o 27 % en el rango etario juvenil en España y siguen insistiendo con eso, en una visión que está basada en algo que es directamente un oxímoron que es el ajuste expansivo. Esto es una contradicción en sí misma porque no hay ajuste expansivo. La preocupación que esto genera de cara a nuestras próximas elecciones es que desde algunas visiones económicas se plantea lo mismo. O sea que algunos siguen poniendo el foco en que hay un problema de déficit fiscal y que hay que ajustar por el lado del gasto. Reitero, si hay un problema del déficit fiscal usemos la herramienta de estímulo a la demanda, para crecer y para aumentar la presión recaudatoria y después con el tiempo todo se va acomodando.

Nadie está planteando un déficit fiscal creciente a lo largo del tiempo, al infinito, porque no es así la cosa y hay restricciones y hay que ver como se lo financia. Pero si con este concepto se genera una política de ajuste, a la economía la hundís.

Además, cuando algunos hablan de atraso cambiario lo que les interesa es la rentabilidad de determinado sector específico, por ejemplo del campo que está vinculado a las exportaciones o de determinado sector financiero. Bueno, está bien, es la visión desde ese lado pero si la visión económica es la del conjunto, estamos obligados a poner la distribución del ingreso en la discusión.

Esto tiene que ver con otro tipo de cosas, me refiero a las políticas de estímulo y con no caer en la receta del ajuste en base al diagnóstico de retraso cambiario y que hace falta una devaluación y que hay un problema de déficit fiscal. Todo ello nos llevaría a las recetas cortoplacistas que interrumpirían el ciclo de desarrollo incipiente que se empezó estos últimos años y sobre el cual falta mucho por recorrer.

Cuando se habla de industrialización, obvio que falta muchísimo para que la economía argentina se vuelva a industrializar pero venimos de un proceso de desindustrialización feroz. Desde mediados de los 70 hasta la explosión de la crisis del 2001 se implementó políticas de corte anti-industrial y eso hay que trabajar mucho para recuperarlo.

Las herramientas de política económica son instrumentos que cambian a lo largo del tiempo. Cuando uno tiene claro el objetivo se puede implementar determinada política de subsidios como en los últimos años y ahora esa política de subsidios cambió y va hacia la demanda porque la economía es cíclica y uno debe adaptar las herramientas al objetivo final. Y, está perfecto hacerlo porque no hay recetas únicas como creen algunas visiones ortodoxas económicas.

Cuando hoy vemos lo que pasa en Grecia o en otros países del mundo nosotros sabemos que es muy parecido a lo que pasó

en Argentina en el año 2001. Y es, la consecuencia de lo mismo, de paquetes económicos de corte neoliberal con programas de ajuste del FMI, en representación de los grandes sectores financieros internacionales.

Entonces, cuando la Argentina rompa esa lógica y, por ejemplo, decida enfrentar a los fondos buitres y sus presiones y explorar canales alternativos de financiamiento debemos pagar una tasa por encima de lo que se pagaría en condiciones más normales en los mercados financieros.

Así ocurre con muchos de nuestros vecinos que están pagando 4 ó 5 % de interés anual y nosotros 9 %. Bueno, es el precio de esa soberanía económica que se logró recuperar los últimos años y si no, ya sabemos que vienen las condicionalidades.

Cuando aparece algún candidato de la oposición diciendo que le vamos a pagar a los fondos buitres todo lo que el juez dictamine, está diciendo según la cuentita que el juez aplica a los fondos buitres de Singer y compañía que al total de los "holdouts" hay que pagarle 24.500 millones de dólares.

Si pensamos que tenemos 34.000 millones de dólares de reserva y decidimos pagar aquel monto eso significa que acto seguido le tocamos la puerta al FMI y le pedimos asistencia porque nos quedamos sin divisas y esa asistencia va a venir sin ningún problema pero con las imposiciones de siempre. Las mismas que hoy aplican en Europa y que ocurrieron históricamente en Argentina. Decirle no a eso es pagar una sobretasa porque todo tiene un costo pero el tema es qué camino se elige hacia adelante.

Nosotros creemos que la Argentina tiene que avanzar en todo lo que falta en términos de industrialización y hacia una nueva etapa de desarrollo económico. Ahora si el foco se pone en el déficit fiscal, en la idea de que hay atraso cambiario y porque alguna economía regional está siendo perjudicada por un tema de competitividad, entonces recurro a una solución de corte

transversal y devaluó el tipo de cambio y estoy perjudicando a todos por un sector específico.

Por supuesto que hay que atender la realidad de ese sector pero como corresponde, no hablando sencillamente de economías regionales porque en sí mismo no dice nada ya que es un conjunto muy heterogéneo de producción. En el colegio nos decían no juntemos peras con manzanas bueno las economías regionales son peras, manzanas, limones, etc. etc., y requieren un tratamiento específico para cada caso especial.

Además, hace falta un seguimiento muy fuerte desde el Estado porque muchas veces cuando se instrumenta algún tipo de política de subsidio eso termina siendo más apropiado para algún sector, que es el más poderoso en toda la cadena de formación de precios y toda la cadena de valor.

También hay que trabajar en modificar la estructura tributaria y de hacerla más progresiva pero sin quitar capacidad de financiamiento al Estado. Porque cuando se plantea que la carga tributaria es alta y que hay que hacer algún ajuste se está implícitamente transmitiendo la idea de que el Estado debe reducirse a su mínima expresión porque no es bueno para el funcionamiento de la economía.

A esta altura deberíamos entender que hace falta un Estado presente no sólo actuando sobre el ciclo económico, estimulando la demanda sino también regulando la inflación en la Argentina. Al respecto, cualquiera dice aflojen con la maquinita y uno termina internalizando que el fenómeno inflacionario es sólo consecuencia de la emisión monetaria que financia el déficit fiscal entonces termina convalidando un recorte del gasto y ese recorte del gasto es contractivo y nos va a perjudicar a todos.

El fenómeno inflacionario es mucho más complejo y requiere del rol del Estado, la formación de precios a lo largo de la cadena de valor, el poder del mercado en eslabones concentrados, etc.

Todo eso requiere de regulación y ese camino hay que transitar de acá en adelante y no asustarse con el tamaño ni con el rol del Estado.

Rápidamente y para abrir el debate, digo, es cierto que la economía tiene escasez de divisas, es cierto que hacen falta dólares pero no hay que desesperarse y proponer un acuerdo con los fondos buitres porque no es ese el camino. Además, flaco favor está haciendo algún candidato de la oposición diciendo que hay que pagar el 100 %. Queremos negociar pero con esa visión no vas a lograr una quita importante y debemos apuntar a los dólares de inversión para recuperar el ahorro de los argentinos que, hoy, están fuera del país. Allí tenemos casi 400.000 millones de dólares y también hay que cortar la cuestión de la fuga de capitales. Para hacerlo hay que trabajar sobre detalles de algunas medidas que se fueron tomando en este último tiempo y que generan distorsiones como el mal llamado cepo cambiario.

Para ello, hace falta algún tipo de cambio único y a lo largo del tiempo ir levantando las restricciones. Además, trabajar sobre el marco regulatorio de inversiones extranjeras para atraer más inversiones. Debemos explotar ese potencial y generar inversiones en energía.

También debemos crear un banco de desarrollo y no confundirnos mirando al corto plazo proponiendo recetas simplistas que pueden llevarnos a una situación de crisis que hoy para nada están dadas las condiciones. Eso es completamente evitable y el potencial de desarrollo en la Argentina es muy fuerte.

Me faltan muchas cosas para decir pero no me quedó tiempo. Muchas Gracias.





### **MESA N° 3**

## **Dinámicas y perspectiva del mercado farmacéutico en América Latina y Argentina**

*Coordinadora: Farm. Teresa Albizúa  
Presidente del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Neuquén*

Muy buenos días, quiero manifestar mi agradecimiento a las autoridades y a los organizadores de este evento por confiarme esta coordinación.

El tema de esta mesa es de una gran importancia para los profesionales farmacéuticos, al margen del sector donde estamos desempeñándonos. Además, la dinámica y la perspectiva del mercado farmacéutico en América Latina son temas de sumo interés para todos los integrantes del sector. La disertación estará a cargo del Lic. Juan Manuel Santa María y seguramente vamos a enriquecernos con los aportes de un especialista de larga y reconocida trayectoria a quien damos la bienvenida a nuestras Jornadas.

El Licenciado Juan Manuel Santa María, Director de Consultoría y Servicios para la Región Sur, Andes y Región Norte

de Latinoamérica, IMS Health, es graduado de la Licenciatura en Ciencias Químicas de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires y posee una Maestría en Administración de Negocios –MBA- de la Universidad de San Andrés, Argentina. Cuenta con más de 20 años de experiencia en el sector, debido a su desempeño en distintas áreas en la industria farmacéutica, así como en posiciones de liderazgo en el área de consultoría del sector salud para Argentina y Latinoamérica. También desarrolla actividad académica como profesor titular de la materia “Industria y Mercado de Medicamentos” en la Maestría en Farmacopolíticas de la Universidad i-Salud, y en la Diplomatura de Marketing Farmacéutico de la Sociedad Argentina de Marketing Farmacéutico de la Universidad Abierta Interamericana.



*Juan Manuel Santa María*

Buenos días a todos. Muchas gracias por invitarme. La idea de esta charla es hacer un diálogo entre colegas, en forma fluida, por lo tanto habrá tiempo para preguntas y respuestas.

Nuestra perspectiva va a ir de lo más general a lo más particular. Nosotros, por nuestros trabajos diarios, estamos muy insertos en una realidad que a veces no nos permite ver cuáles son las tendencias que subyacen en la realidad en la que estamos insertos. Por ello, la idea de esta charla es parar un poco la pelota, como se dice en términos futbolísticos y decir por qué sucede lo que sucede y cuáles son las grandes tendencias globales, regionales que impactan hoy en día en nuestra práctica diaria de la profesión.

En ese sentido esta charla va a ir desde lo que está sucediendo actualmente en Latinoamérica, en el sector de medicamentos y en el sector salud en general para luego pasar a cuál

La investigación, producción, comercialización y consumo de medicamentos en el mundo está sufriendo cambios



- Mercados Emergentes
- Aumento de la especificidad de productos
- Tendencia hacia productos genéricos
- Mayor presión sobre costos y precios
- Necesidad de probar el valor agregado de los productos
- Crecimiento de los canales institucionales / hospitalarios
- Un paciente más informado

es la realidad Argentina y cuáles son las perspectivas de lo que ocurrirá en el país.

En términos generales, cuando hablamos de medicamentos tenemos que tener en cuenta que el sector farmacéutico, a nivel global, está siendo sometido a una serie de fuerzas que son irremediables y estas tendencias que ocurren en el mundo tienen impacto en los distintos países.

El primer punto importante para tener en cuenta es que el mundo, hoy en día, está muy dividido en cuanto a lo que es consumo de medicamentos y crecimiento del acceso. En los países centrales hay un fuerte y asentado acceso al medicamento y en los países emergentes, desde una base más pequeña de consumo, también se está creciendo muy rápido en lo que es acceso. Por lo tanto los países emergentes son un motor de crecimiento muy importante para el sector.

El otro tema importante es entender que la investigación, la innovación, el desarrollo de nuevos medicamentos va inexorablemente hacia la alta especialización. Nosotros no tenemos una industria basada en la medicina personalizada pero sí tenemos, cada día más, investigaciones que apuntan a la súper especialización de medicamentos que están dirigidos a determinados nichos de patologías y a determinadas subpoblaciones de pacientes.

Todo esto trae distintas consecuencias, una de ellas es que los nuevos medicamentos están siendo apuntados hacia poblaciones más pequeñas y por lo tanto con un volumen de consumo más chico, pero por otro lado el costo de ese desarrollo sigue siendo el mismo y por lo tanto el precio que busca el elaborador es mayor porque tiene que amortizar sus costos de investigación y desarrollo en un volumen menor de ventas.

El otro gran tema es la "generización" de los productos. El mundo, sobre todo los países centralizados y en muchos países de Latinoamérica, va camino hacia un aumento de la tasa de

uso de medicamentos genéricos. Esto es un hecho, algo que se percibe, en un país como Estados Unidos, muy fuerte protector de la propiedad intelectual y con un alto nivel de innovación farmacéutica, la enorme mayoría de las unidades que se consumen de medicamentos son unidades genéricas, lo mismo pasa en Europa.

Hay distintos factores que apuntan o que sostienen esta tendencia del aumento de la “generización” de los mercados pero básicamente podemos decir que están sostenidos por el hecho de que la velocidad de generación de la innovación no está acompañada por la velocidad de caída de patentes de productos farmacéuticos que están en el mercado actualmente.

Como consecuencia hay, sin duda, una fuerte presión sobre los costos y sobre los precios que los distintos pagadores pueden soportar para abastecer al mercado o para dar acceso al medicamento a las poblaciones cubiertas y eso trae también muchas consecuencias desde el punto de vista de las negociaciones que se establecen entre la industria y los pagadores. Los gobiernos para poder mantener los precios de los medicamentos en forma accesible a la población deben desarrollar nuevas tecnologías de evaluación sanitaria de medicamentos que les permitan evaluar cuál es el valor que ese medicamento aporta a la población y, por lo tanto, fijar un precio justo.

Por otra parte, existe la necesidad de probar el valor real del medicamento, el valor agregado a través de distintos mecanismos que se utilizan sobre todo en países centrales.

No hay que olvidarse del peso que van tomando, cada día más, los canales de distribución que llamamos no minoristas o los canales institucionales y hospitalarios sobre todo cuando la droga al ser dispensada al paciente, debe ser administrada bajo determinadas contexto de seguridad como pueden ser las vías de administración que necesitan de un lugar de dispensa que no es el ámbito hogareño del paciente.

Hablando del paciente, es cada día más una persona que tiene algo para decir en esta dinámica, ya sea individualmente porque se informa a través de distintas fuentes, típicamente internet, o a través de asociaciones que también van haciendo valer sus derechos y buscan ser escuchados por los hacedores de políticas públicas y por los pagadores, con el fin de tener acceso a medicamentos más novedosos.

En el mundo el consumo *per cápita* de medicamentos es absolutamente dispar, no es homogéneo.

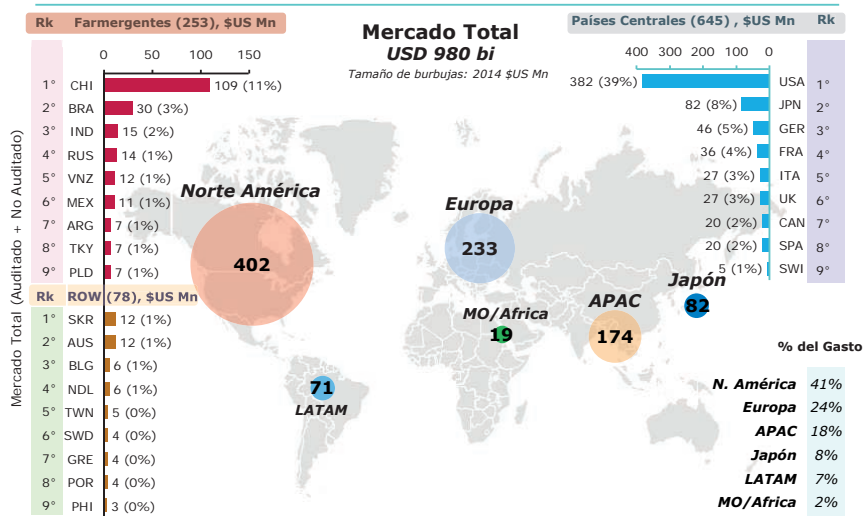
Como pueden observar en el gráfico, tenemos por un lado Estados Unidos y Canadá, Norte América, que consume actualmente casi el 40 % del valor del gasto que se produce de medicamentos en el mundo, con una población que no llega a ser el 5 % de la población mundial.

En el otro extremo tenemos a sectores de África, por ejemplo, o Medio Oriente donde el consumo es realmente mucho más bajo, y no por una cuestión de que el precio promedio sea más barato que puede ser una de las razones, sino fundamentalmente porque el paciente no llega al medicamento por una serie de factores que impiden el acceso al medicamento y a la salud.

Esto no implica solamente el hecho de que el medicamento es más caro de lo que el paciente puede pagar, empieza muchísimo antes, por el hecho de no tener el paciente acceso a un médico, o que no haya una infraestructura, un hospital que pueda brindar un diagnóstico a ese paciente.

Latinoamérica, nuestro continente, representa aproximadamente el 7 % del gasto mundial si consideramos tanto los canales minoristas como los canales institucionales, nosotros calculamos que el consumo global de Latinoamérica de medicamentos está cerca de 71 mil millones de dólares al año. Una fracción pequeña pero importante de lo que es el gasto mundial.

El gasto global en medicamentos está concentrado en EEUU y Europa, que representan el 65% del total



Fuente: Market prognosis 2015-2019, Figures consider both Audited and Non audited (projected) markets  
LATAM: C. America, Ecuador and Uruguay figures from MIDAS MAT12/2014 plus Non audited projections



Hablando ya de Latinoamérica y bajando un poco a las circunstancias que rodean al acceso a la salud en nuestro continente, hay tres factores que debemos tener en consideración. Hemos traído tres países de Latinoamérica: Brasil, México y Argentina y los cinco primeros países de Europa tomados en conjunto de forma tal de poder comparar, como pueden observar en el gráfico.

Si tenemos en cuenta los factores de riesgo que hoy en día existen en cada uno de los tres países latinoamericanos y en Europa, ustedes observarán que en realidad no hay demasiada diferencia, entre las prevalencias de algunas patologías en nuestro continente de lo que sucede en Europa.

La convergencia hacia patologías y tratamientos similares, en los países en vía de desarrollo, como los nuestros, es un hecho que se está dando actualmente y se produce por varios

El perfil epidemiológico y de factores de riesgo de Latam está perfilándose hacia el de los países centrales

10 principales factores de riesgo en algunos países - 2010



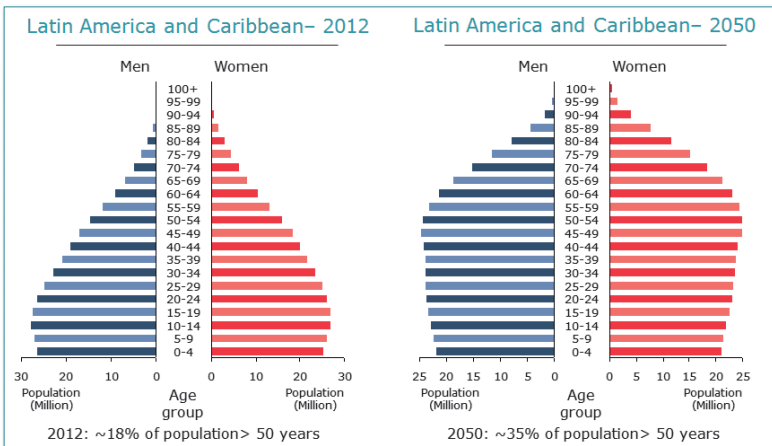
Fuente: IHME

IMS Health World Review 2015 © - Junio 2015



Las tendencias socio-demográficas continuarán impactando en la demanda de medicamentos en las próximas décadas

- Hacia 2050, el perfil etario de la región se parecerá al de los actuales países maduros
- **150 millones de "nuevas" personas** tendrán más de 50 años de edad



Fuente: United States Census Bureau data and projections (2012); Economical mobility and the Rise of Latin American Middle Class; World Bank; Consumption by social class by Pyxis Consumo.



motivos. Uno de los motivos es el envejecimiento poblacional, porque nuestro continente está transitando hacia una pirámide etaria que es muy similar a la que hoy en día tiene Europa. Los estudiosos de las dinámicas sociales calculan que Latinoamérica en el año 2050 va a tener una pirámide etaria similar a la que ustedes pueden ver en el gráfico de la derecha de la página anterior, que es muy similar a la que hoy en día tienen países más maduros o sea una población predominantemente más anciana, que demanda más medicamentos y por más tiempo.

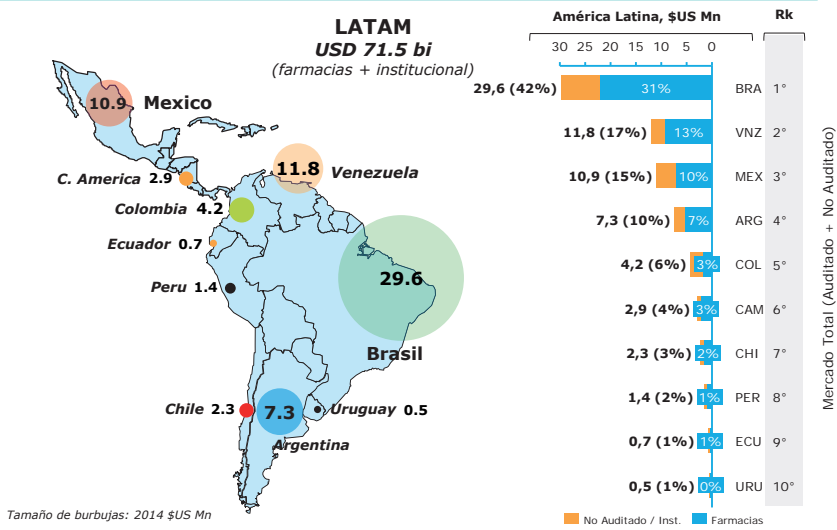
El otro tema importante para tener en cuenta en Latinoamérica es el hecho de que la composición social del consumo también está cambiando. Existe una enorme cantidad de población en países que han ganado acceso a diversos bienes y servicios por parte de una nueva clase media que se ha sumado al consumo y, entre esos bienes y servicios, está el “consumo de salud” para poder concurrir a hospitales públicos y privados, tener accesos a especialistas que puedan efectuar un diagnóstico y prescribir un tratamiento.

Por otra parte están las distintas políticas, como vamos a ver más adelante, que los gobiernos de nuestra región han establecido en sus distintas formas, de manera tal que el paciente pueda tener la posibilidad de adquirir y consumir el medicamento, que antes no estaba disponible para ese mismo paciente.

Siempre vamos a contar con una capa más baja en la pirámide social que sí es muy dependiente del subsidio público, para poder tener acceso a la salud. Esto es algo que todavía no se ha revertido.

En términos generales, en Latinoamérica, el líder en lo que respecta al consumo global tanto hospitalario, como en farmacias minoristas sigue siendo Brasil. Hoy en día, está gastando alrededor de 30 mil millones de dólares al año en medicamentos, seguido por Venezuela con cerca de 12 mil millones. Aquí recuerden, estamos tomando una tasa de cambio de 6,3; esto

El canal institucional tiene un peso relevante, sobre todo en países con sistemas públicos centralizados



Fuente: Market prognosis 2015-2019, las cifras consideran tanto canal auditado como no auditado (proyectado)

LATAM: Argentina, C.America, Ecuador y Uruguay de MIDAS MAT12/2014 + Proyección de oficina local de IMS



se reduciría en 20 ó 30 veces si lo pasáramos al tipo de cambio informal. Le sigue México con 11 mil millones de dólares y luego Argentina con un estimado de cerca de 7.300 millones de dólares, de los cuales un poco más de 5000 millones se gastan en las farmacias minoristas comunitarias, básicamente, y también en cadenas de farmacias.

Ya bajando a lo que es específicamente el ámbito de la farmacia minorista, aquí tenemos un panorama de cuánto consumen en farmacia los distintos países y cuánto han crecido en el año 2014. Si observan el gráfico, en la última columna se detalla el crecimiento compuesto desde el año 2010 a 2014 de cada uno de los países.

Como verán hay dos países que se destacan por su crecimiento que son Argentina y Venezuela. Un crecimiento que está, como vamos a ver en la siguiente diapositiva, muy dominado por los aumentos de precios. En Argentina representa un 28 %



Practicamente todos los países de LA han tenido crecimientos positivos en 2014, descontando los efectos de devaluaciones

Ventas y Crecimiento por país - MAT Dic '14  
(crecimientos en dólares constantes)

Países	Ventas 2014 (US\$ Bn)	Crecim% 14 vs 13*	CAGR 14 vs 10*
BRASIL	23,9	13,3%	16,2%
VENEZUELA	9,2	51,4%	37,4%
MEXICO	7,5	-0,5%	2,8%
ARGENTINA	5,2	34,7%	27,8%
COLOMBIA	2,0	4,2%	7,6%
C. AMERICA	1,6	6,7%	7,0%
CHILE	1,6	11,4%	8,9%
ECUADOR	1,1	8,3%	8,1%
PERU	0,9	-1,8%	6,3%
REP. DOM.	0,5	5,5%	9,5%
URUGUAY	0,4	9,7%	7,1%
<b>TOTAL LA</b>	<b>53,8</b>	<b>17,8%</b>	<b>15,8%</b>

Participación sobre Latinoamérica MAT Dic'14



Fuente: IMS MIDAS Dic 2014 –Canal Farmacias, Precios @ ex lab

IMS Health World Review 2015 © - Junio 2015

Bolivia, Paraguay, Surinam y Guyanas no están incluidos en Midas. \*Tasas de crecimiento expresadas en dólares Corrientes

imshealth

en los últimos 5 años y 35 % en el año 2014 y en Venezuela 37 % y 51 %, respectivamente.

Crecimientos importantes pero más moderados, se registran en Brasil cerca de 13 %, Chile 11 % en el último año y el resto de los países que están en un crecimiento moderado, entre 5 y 10 %.

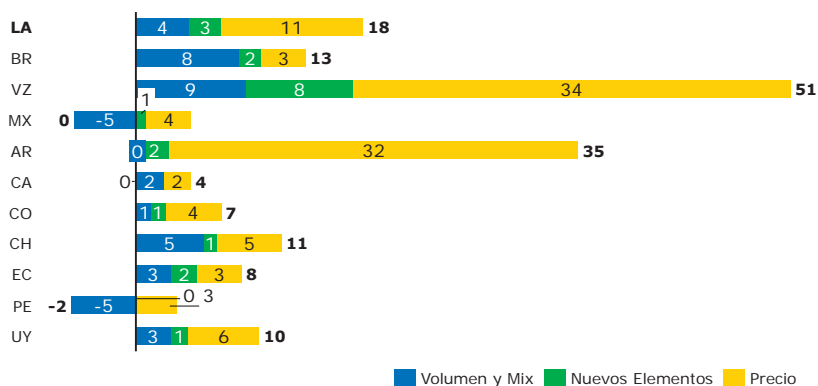
Ahora, no todos los crecimientos tienen la misma calidad. Cuando hablamos de crecimiento del consumo, ese gasto puede estar fundamentado en un mayor acceso, es decir una mayor población cubierta que acceda al medicamento. También puede estar sustentado en los aumentos de precios en sí mismos y en la innovación terapéutica, aquellos medicamentos que no existían en el pasado y que hoy en día son consumidos por la población.

En el siguiente cuadro que vemos de Latinoamérica, la parte de las barras en color amarillo representa los aumentos

A pesar de un año complejo para Brasil, su crecimiento siguió siendo sostenido por un fuerte incremento de volumen

Los contextos inflacionarios de Argentina y Venezuela distorsionan la incidencia del precio como factor de crecimiento en la región

Crecimiento % en Dólares constantes 2014/2013



Fuentes: IMS MIDAS – Dic 2014; Canal Farmacias

IMS Health World Review 2015 © - Junio 2015



de precios; la verde, el consumo de nuevos medicamentos que antes no existían, que fueron lanzados en el último año y la parte azul, el incremento del volumen y el efecto producido por el cambio de terapias, es decir cuando un paciente consumía un tipo de terapia y pasa a consumir otra, ese cambio tiene un efecto en el gasto. Ese efecto está sumado al del aumento de la demanda o del volumen en las barras azules.

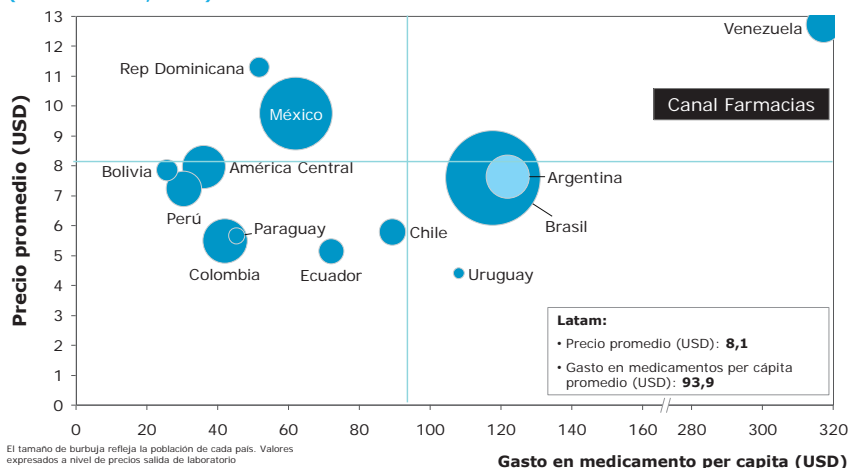
Como verán hubo dos países en Latinoamérica, México y Perú, que el año pasado tuvieron un descenso en este efecto de volumen como lo llamamos a esas barras azules negativas. Dos países se han destacado por lo que son los aumentos de precios, pero claramente Venezuela y Argentina son los países más inflacionarios hoy en día en la región y en el mundo. Tenemos algunos ejemplos como el caso de Brasil y sobre todo de Chile donde con un aumento del gasto y del consumo, nada despreciable, gran parte de ese aumento proviene del crecimiento del consumo en sí mismo, lo cual nos habla de una calidad

de consumo más sustentable en el tiempo, tienen una mayor correlación los factores de cantidad y de precio que sostienen al crecimiento del gasto en estos países.

Muchas veces, distintos actores del sector salud, nos consultan cómo se ubica nuestro país en términos del precio promedio de la región o del mundo. En el siguiente cuadro, el eje vertical (Y) es el Precio promedio del medicamentos. Esto es nada más la cuenta lisa y llana de dividir el gasto por la cantidad de unidades vendidas y Argentina la ubicamos, en el año 2014, por debajo de la media de la región. No es de los países de más bajo precio promedio, ni de más alto precio promedio y ese lugar de liderazgo por precios más caros lo ocupa claramente Venezuela que la van a ver casi fuera de escala, arriba a la derecha. Luego pueden observar a República Dominicana, México, Brasil, Argentina, América Central ocupan una franja intermedia. Esto es para ubicarnos donde estamos parados.

Tomando un tipo de cambio oficial, Venezuela y Argentina se encuentran entre los países de mayor acceso per cápita

**Latam – Consumo de medicamentos per cápita y Precio Promedio 2014 (USD corrientes, exlab)**



Fuente: IMS Midas Dic 2014: precios @ nivel ex lab: canal Farmacias: Tipo de Cambio oficial

IMS Health World Review 2015 © - Junio 2015

Tasas de cambio MIDAS Q4/2014: BRA 2,54; VNZ 6,30; MXC 13,86; ARG 8,51; COL 2.164,67; A.C. 1,00; CHI 589,26; ECU 1,00; PER 2,93; RD 43,85; URU 24,19

imshealth

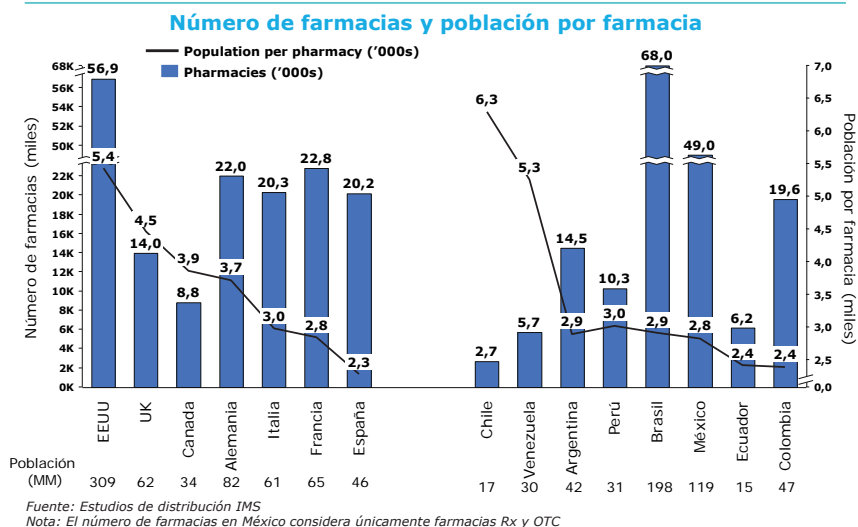
En el eje X lo que van a ver es que cuanto más a la derecha nos encontramos, mayor es el gasto en medicamento *per cápita* en cada uno de estos países. Nuevamente Venezuela es un punto aberrante justamente por la distorsión del tipo de cambio oficial, pero le siguen Argentina y Brasil y acá estamos tomando a Argentina al tipo de cambio oficial y son de los países de la región que tienen un mayor consumo por habitante de medicamentos, lo cual nos habla de una buena tasa de acceso en estos dos países. Le siguen Uruguay y Chile en cuarto lugar.

Hablando específicamente del sector farmacéutico, otras de las preguntas que muchas veces se hacen las organizaciones que regulan el sector, es cómo estamos en términos de cantidad de farmacia por habitante y la verdad es que nuestro país está en una situación muy ventajosa comparada con otros países de la región y del mundo. Nuestra red de farmacias en Argentina está muy bien desarrollada y homogéneamente, es un activo de nuestro sector salud sin ninguna duda.

Ustedes pueden observar en el siguiente gráfico, a la derecha se encuentran países latinoamericanos donde estamos estudiando cuál es la población, en miles de habitantes por farmacia y el número de farmacias. Argentina con sus 2900 habitantes por farmacia está en torno de lo que generalmente recomienda la Organización Mundial de la Salud.

Y encontramos algunos países vecinos que tienen alguna situación bastante dispar, típico caso es el de Chile donde hay cerca de 6000 habitantes por farmacia pero con una agravante, no solamente cuentan con pocos locales de farmacia sino que además están muy mal distribuidos. Hay zonas de Chile, sobre todo en el norte y en el sur del país, donde la tasa de habitantes por farmacia es de 100.000 habitantes por farmacia, con lo cual acceder a la dispensa de medicamentos es un tema realmente problemático.

En general, el número de farmacias en Latinoamérica es comparable a aquellos en mercados desarrollados



IMS Health World Review 2015 © - Junio 2015

imshealth

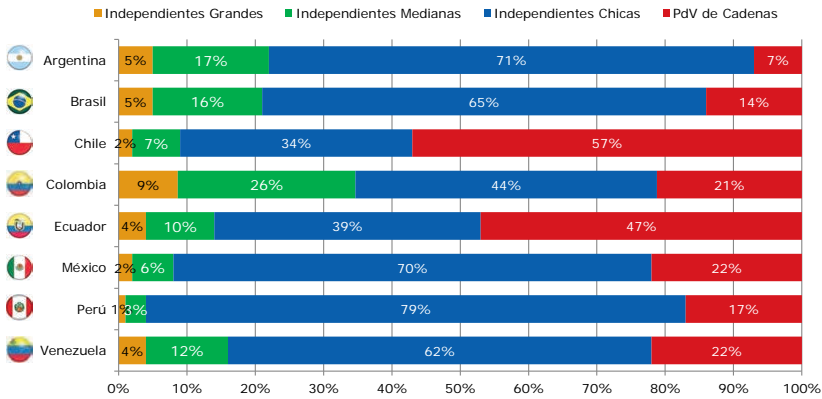
La otra cuestión es cómo están compuestas este tipo de farmacia, cuántas son farmacias pequeñas, medianas, o grandes y cuántas son las farmacias de cadena. Ustedes están muy al tanto del fenómeno de la “cadenización” del sector farmacéutico, está muy presente en el mundo y también en la región.

En la diapositiva pueden observar las barras para cada uno de los países de Latinoamérica cuánto puntos de ventas en proporción al total de puntos de venta del país, estamos hablando de farmacias, corresponde a cadenas. Esto se lee como que en Argentina el 7 % de los locales de farmacia corresponden a una cadena de farmacia. Entendemos por cadena aquella organización que posee más de tres locales de farmacia. A esos tres o más de tres lo hemos denominado cadenas. Por el contrario si hacemos una comparación con Chile ese porcentaje asciende al 57 %. En el caso de Ecuador está en torno del 47 % y le sigue luego Venezuela y México con el 22 %. El resto de las farmacias que Uds. ven a la derecha en colores azul, verde y amarillo, son

Argentina y Chile se encuentran en los extremos opuestos de la proporción de locales de cadenas de la región

En general, la relación entre el número de farmacias independientes grandes, medianas y chicas es de 1:3:15 aproximadamente

% de locales de farmacias por país (por tipo)

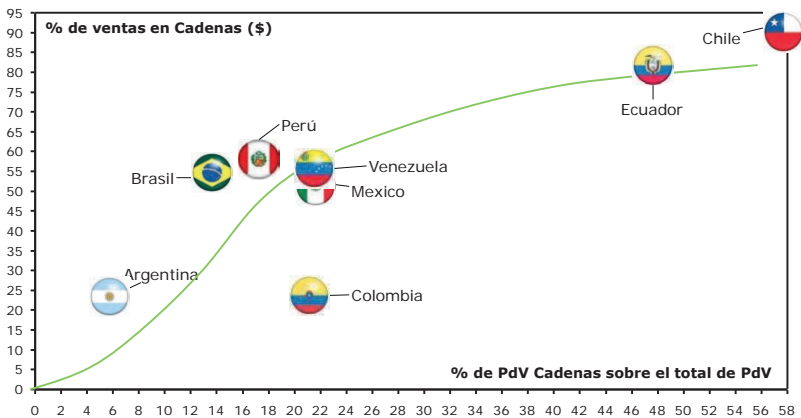


Fuente: Análisis de IMS Health Consulting en base a encuesta de canales IMS Health de cada país

A pesar de las dificultades financieras que atraviesan las farmacias, el canal está lejos de encontrarse concentrado

Debido a la regulación local, entre otros factores, la mayoría de las farmacias en Argentina son independientes; a diferencia del resto de la región

Concentración de cadenas de farmacias por países



Fuente: Análisis de IMS Health Consulting

farmacias independientes que las hemos clasificado en pequeñas, mediana y grandes, de acuerdo a su volumen de ventas.

Las farmacias de cadenas pueden representar mayor o menor proporción del gasto, entonces, en el cuadro anterior se visualiza cuál es la cantidad de puntos de venta que pertenecen a cadenas de farmacia. En Chile ese 57 % que habíamos visto hace un ratito, Ecuador cerca del 47 %. Hay un grupo de países de la región que está en un término medio del desarrollo del negocio de cadenas y son Brasil, Perú, Venezuela, México, incluso Colombia donde alrededor del 20 % de los puntos de venta y cerca del 50 % de la venta, proviene de farmacias de cadena. Argentina, en este caso representa casi una excepción. La verdad es que estamos lejos todavía de tener una conformación del negocio farmacéutico similar a la que tienen otros países de la región.

En cuanto al canal minorista, éste es un canal muy dinámico y que ha sufrido transformaciones desde el punto de vista de la propiedad de la farmacia. En los últimos años ha habido movimientos muy importantes de cambio de manos de farmacias, mucho de ellos se han desarrollado en Chile y México y, también, en Brasil. Hemos traído algunos ejemplos de cómo las grandes cadenas internacionales han ido entrando de a poco en Latinoamérica.

Lo más reciente es que Alliance Boots compró farmacias Ahumada en Chile junto con el negocio de distribución que tenía también Ahumada en México (Farmacia Benavidez), y casa Saba, una de las distribuidoras más importante de México, tuvo que prácticamente retirarse del negocio de distribución.

Otro caso interesante es que algunas compañías que no están típicamente en el sector farmacéutico están empezando a dar sus primeros pasos en este tipo de sector. El ejemplo más raro de ver es FEMSA, la embotelladora de Coca Cola que ha entrado en el negocio farmacéutico en México recientemente,

comprando dos cadenas regionales una en el norte y otra en el sur del país. Dando los primeros pasos en lo que es la distribución farmacéutica pero muy alineada a lo que es esta nueva visión de Coca Cola de estar más en el negocio de las bebidas saludables que en el negocio de las bebidas cola.

Existe un renovado interés de los jugadores globales en la región, lo cual puede traer mayor presión en las negociaciones

<b>Compañía</b>	<b>Presencia en Latam y actividades recientes</b>
Alliance Boots / Walgreens	Adquisición de Farmacias Ahumada por USD 750 millones, con operación en México (Benavides) y Chile (Ahumada); ventas estimadas de 1,4 billones de dólares. Ha declarado interés de expandirse en Brasil y Colombia.
McKesson/Celesio	100% propietario de Panpharma, un importante distribuidor en Brasil y Oncoprod además de Prodiel, distribuidores de productos de especialidad. Brasil es el cuarto mayor mercado de Celesio, después del Reino Unido, Francia y Alemania. McKesson tiene participación de propiedad en Nadro (México).
Amerisource Bergen	Limitada presencia en Brasil a través de World Courier (proveedor de logística global de los ensayos clínicos). Participación minoritaria en Profarma (20%), un importante distribuidor en Brasil. Creación de una empresa conjunta con Profarma para centrarse en el segmento de la especialidad.
CVS	Adquisición de Onófre, una cadena de mediano tamaño en el estado de São Paulo (Brasil). Rumores de posible oferta para DSP / Pacheco en Brasil, una cadena de farmacias Top 4.
Cardinal Health	Presencia limitada a través de su división de radiofarmacia. Asociado con laboratorio prueba empresa DASA y hospital AC Camargo en Brasil.
FEMSA	Adquisición de Farmacias Moderna y Farmacias YZA en México.
Grupo Ultra	Adquisición de Extrafarma cadena de farmacias en Brasil.

**imshealth**

No solamente el cambio de manos de la propiedad es algo que sucede en el canal farmacéutico minorista, las grandes empresas farmacéuticas ven a estos mercados emergentes como una oportunidad de crecimiento y deciden participar.

Recuerden lo que les mencionaba al principio, el mundo, hoy en día, está muy dividido en lo que son los países centrales y los países emergentes. En los primeros, el consumo de medicamentos está muy asentado, existen grandes desafíos al crecimiento para las farmacéuticas tradicionales y hay muchísimos debates del precio, porque los pagadores con un poder de negociación muy fuerte se plantan frente a las farmacéuticas y discuten muy



fuertemente cuál es el valor que agrega cada medicamento a la salud de la población.

Por lo tanto, los países emergentes, en general, son una oportunidad muy fuerte de crecimiento para las empresas farmacéuticas y eso es algo que estamos notando. No solamente todas las farmacéuticas ya tienen un cliente en China con distintos tipos de modelo comercial sino que, además, han ido incrementando su participación en lo que llamamos mercado inorgánico en Latinoamérica. Lo llamamos así porque se da a través de acuerdos comerciales llamados *joint ventures* o a través de la adquisición de compañías locales. Hay una gran cantidad de ejemplos de compañías internacionales y también de las que llamamos multilaterales que han ido copando la parada en países donde o no estaban presentes o tenían una baja masa crítica que, hoy, intentan aumentar.

Un ejemplo típico es Eurofarma, una de las compañías farmacéuticas más importante de Brasil y que en los últimos años ha iniciado una campaña muy bien llevada, de aumento de su presencia en la región de Latinoamérica. En Argentina, por ejemplo, ha comprado el laboratorio Quesada que, hoy en día, es Eurofarma. También adquirió uno de los laboratorios más importantes de Uruguay, el laboratorio Gautier y otros laboratorios a lo largo de toda la región latinoamericana.

Roemmers, otro caso de compañía multilateral, va incrementando su presencia en distintos países a través de la adquisición de compañías locales.

Recalcine, una compañía de las más importantes de Chile que tuvo una gran expansión en todo el arco del pacífico, había abierto en las últimas décadas filiales en cada uno de los países del pacífico y había llegado, incluso, hasta México. Su última jugada la hizo comprando las compañías más importantes de Colombia, pero luego y sorpresivamente el año pasado vendió todo el negocio latinoamericano a una de las farmacéuticas más grandes del mundo que es Abbott.

Abbott, entonces, pasa a tener un negocio que es muchísimo más grande de lo que manejaba, con líneas de productos que realmente no eran familiares para la compañía y hoy en día está en el proceso de mix de las culturas, de los procesos, para cambiar su modelo de negocio y adaptarlo al que era el de Recalcine.

Algunas otras como Grünenthal y UCB Pharma, también están abriendo nuevas filiales. No tenían presencia en Latinoamérica pero fueron abriendo filiales o comprando compañías. El caso más importante fue el del laboratorio Andrómaco de Chile, una de las cinco compañías más grandes del mercado chileno fue vendida a la compañía Grünenthal que es de origen alemán.

La verdad es que de los cuatro laboratorios más grandes de Chile, tres están en manos extranjeras. El laboratorio Chile, el más representativo de ese país, hoy en día está en manos de la farmacéutica Teva de origen israelí, el laboratorio Recalcine en manos de Abbott, Andrómaco la adquirió Grünenthal y todavía resiste muy fuerte el laboratorio Sabal de Emilio Sabal que mientras él esté, creo que no va a vender pero hay que ver qué pasa con las segundas y terceras generaciones familiares que ya están por tomar el control del negocio.

También existen dos modelos que las grandes farmacéuticas van tomando, uno es la asociación estratégica que hicieron dos compañías Biopas y Moksha. Esta última pertenece a fondos de inversión y la otra es una compañía también multinacional. Se fusionaron, de forma tal de complementar sus portafolios y tener presencia en aquéllos países en donde una era más débil y la otra era más fuerte, de forma más complementaria.

El otro modelo muy interesante es el que tiene Merck KGaA, alemana. Ha optado por el modelo de transferencia de tecnología hacia compañías brasileñas para el desarrollo de biosimilares, esta nueva generación de productos de origen biológicos que no son innovadores pero son los seguidores de un innovador que ya está en el mercado. El gobierno brasileño ha

## Pocas empresas explotan el potencial total de América Latina Las empresas buscan nuevas formas además de fusiones y adquisiciones

Presencia Top 100 Corporaciones de AL (número de corporaciones)



Ejemplos seleccionados de estrategias de expansión regional vía fusiones y adquisiciones

Estrategia	Ejemplos	Período
<b>Collar de perlas</b>	Eurofarma	2010-13
	Roemmers/Rowe	2010-13
	Recalcine (CFR)	2011-12
	Valeant	2010-12
<b>Adquisiciones multi-país</b>	Actavis / Allergan	2015
	Abbott / CFR	2014
	Grünenthal / Andromaco	2013
<b>Plataforma</b>	UCB / Meizler	2012
	Amgen / Bergamo	2011

Ejemplos de nuevos modelos

Estrategia	Ejemplos
<b>Biopas y Moksha</b>	• JV para crear presencia regional
	• Cobertura regional complementaria
<b>Merck KGaG</b>	• Ambas tienen importantes licencias de empresas como UCB, Ferring, Forest, GSK, Sandoz y Ipsen
	• Biosimilares con Bionovis
	• Asociación global con Lupin para países emergentes

Fuente: MIDAS; Medios de comunicación, informes y comunicados de prensa de empresas

Notas: Mercado minorista solamente. Presencia en el país = ventas anuales por encima de US\$1 millón. Total de 10 países considerados (Argentina, Brasil, "América Central", Chile, Colombia, Ecuador, Perú, México, Uruguay y Venezuela)

imshealth

establecido diversos programas para promocionar el desarrollo local de este tipo de productos vía la transferencia tecnológica. Así las compañías locales de Brasil que habían empezado más tarde el proceso de sumarse a la ola de la biotecnología pueden hacer rápidamente la recuperación del tiempo perdido y tener biosimilares propios, estiman ellos para el año 2017-2018. Las primeras provisiones serán para principios de esta década y los pronósticos más realistas apuntan más hacia 2018 que a 2013 y 2014 como se pensaba en un principio.

Éste es un sector con una dinámica muy importante donde los distintos jugadores van optando por diversos modelos de desempeño para tomar posiciones de liderazgo en la región y el mundo.

Cuando hablamos de la agenda de políticas públicas, en términos de salud, podemos decir que hoy en día hay cuatro grandes temas que están en la mesa de los formadores de políticas

y un gran tema es el de los asuntos regulatorios. Las distintas agencias regulatorias, por impulso de los gobiernos de cada país, están buscando elevar la vara de la calidad de producción y de la velocidad de aprobación de nuevos productos. Este tema ha ido tomando distintas formas según los distintos países en lo referido, específicamente, a la regulación de los medicamentos biológicos y biosimilares.

Como pueden observar en los últimos cuatro o cinco años Colombia, Argentina, México y Brasil han lanzado nuevas regulaciones sobre la aprobación de productos biológicos y de productos biosimilares, incluyendo los productos más complejos que hoy en día son los anticuerpos monoclonales.

La eficiencia en registros de productos, biosimilaridad, acceso y precios forman parte de la agenda de las autoridades

	Principales novedades / tendencias	BRA	MX	ARG	COL	VZ	CHI
Asuntos regulatorios	Aceleración de aprobaciones ("fast track")	■	■				
	Mayor flexibilidad para presentar nuevas drogas durante el año		■				
	Informatización de registros			■		■	
	Nueva ley de trazabilidad			■			
	Nueva ley de bioequivalencia						■
<b>Reg. de biológicos &amp; biosimilares</b>	Regulación reciente (últimos 4 años) ya implementada o en discusión	■	■	■	■		
Acceso	Aumento de esfuerzos del sector públicos para lograr expandir la cobertura	■			■	■	■
	Oncológicos orales: cobertura obligatoria en sector privado	■					
	Consolidación de compras		■				
	Mayores exigencias de farmacoeconomía		■				
	Nueva ley de fertilización asistida			■			
Dinámica de precios	La intercambiabilidad de genéricos bioequivalentes regula precios del mercado	■					■
	La consolidación de compras genera caída de precios en segmento institucional		■		■		
	Controles del sector público para lograr bajar los precios			■		■	
	Precios de referencia internacionales				■		

Fuente: IMS consulting group



El cuanto al acceso, la cuestión es cómo lograr que mayor proporción de la población tenga llegada no solamente al medicamento, sino también a una infraestructura del sistema de salud

que permita al paciente ser tratado, diagnosticado, prescripto, para luego sí hablar de cómo puede adquirir el medicamento.

En relación a la dinámica de precios los distintos gobiernos van optando por diferentes políticas de manejo de los precios. Encontramos en Latinoamérica desde políticas de congelamiento de precios hasta políticas que facilitan la competencia, de forma tal que el mercado se auto regule y de esa forma los pacientes tengan acceso a precios menores.

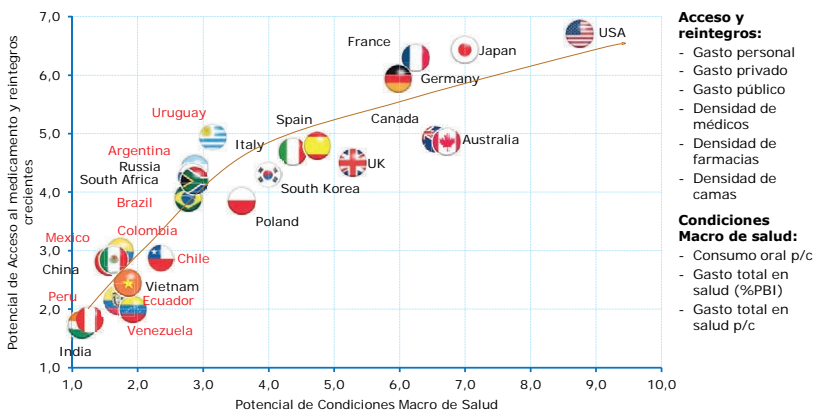
Si pusiéramos a los países de Latinoamérica dentro de una gráfica como la siguiente, donde en el eje vertical representa el potencial de acceso a los medicamentos y reintegro creciente, en la parte superior encontramos típicamente a Estados Unidos, Japón, Alemania y Francia como aquellos países que tienen un mayor acceso en general. En alguno de ellos las políticas de descuento son más agresivas que en otros pero en general el acceso al medicamento es más alto.

Por otro lado, en el eje horizontal se representa el potencial de las condiciones macro de salud, qué cantidad de médicos por habitantes existen, de hospitales, camas de hospitales, farmacias, qué infraestructura de salud tienen estos países, y ahí encontramos, más allá de los países centrales que por supuesto están arriba y a la derecha de este cuadro, a Uruguay y Argentina por la mitad de la tabla pero encabezando el ranking de los países latinoamericanos.

Por las características de los sistemas de salud que poseemos ambos países, afortunadamente una proporción amplia de la población tiene cobertura social en términos de salud. En Argentina existe alrededor del 65 % de la población bajo el esquema de la Seguridad Social. En Uruguay con un esquema muy desarrollado de las mutuales, aproximadamente, la mitad de la población tiene buen acceso al medicamento. Luego, ya llegan países como Colombia, Chile y Brasil y para terminar, Perú, Venezuela que están más rezagados en la región.

A pesar de los avances realizados, el financiamiento de la salud seguirá siendo un desafío y una oportunidad en América Latina

Potencial de Acceso al medicamento y reintegros vs Condiciones Macro de Salud



Fuente: IMS Atlas Analyzer

IMS Health World Review 2015 © - Mayo 2015



No esperamos que este año y el año que viene se mantenga el impulso que venía teniendo Latinoamérica, este va a ser un año particularmente duro porque algunos de los países que son líderes en la región, Brasil por ejemplo, están sufriendo problemas económicos, que van a repercutir no solamente en el crecimiento o decrecimiento del PBI de Brasil sino también en las economías de aquellos países que tienen un alto intercambio comercial con Brasil, como la Argentina.

Sumado a eso, Argentina es un país donde no se espera que haya crecimiento este año y Venezuela está sufriendo una crisis muy profunda por el precio del petróleo del cual depende básicamente la economía venezolana. El resto de los países de Latinoamérica van a tener un crecimiento moderado entre 2 y 5 % como se puede observar en el cuadro de la página siguiente, porque existe sin duda una correlación entre el crecimiento económico y el crecimiento de consumo de medicamentos.

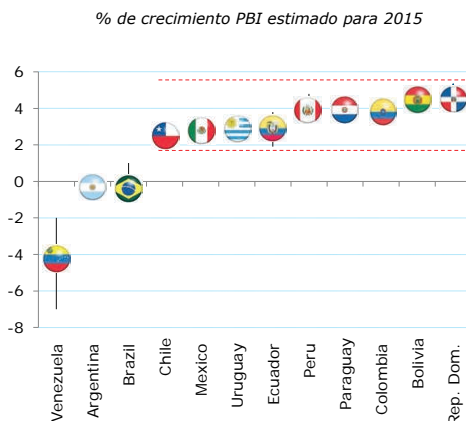
La salud en general y el medicamento en particular es un bien que los economistas llaman inelástico, es decir, no copia

Los analistas estiman que el crecimiento en América Latina disminuirá por quinto año consecutivo en 2015

Las condiciones macro-económicas externas y las decisiones políticas internas producirán desempeños no homogéneos y una fase de inversiones selectivas

- ✓ Prolongado debilitamiento de la actividad económica
- ✓ Bajos precios de materias primas
- ✓ Enlentecimiento de reformas estructurales
- ✓ Recuperación económica de EEUU y desaceleración del crecimiento en China
- ✓ Esperado aumento de la tasa de interés en EEUU
- ✓ Recesión y aumento del desempleo en Brasil

✓ Crecimiento para LA menor al 1%, inferior al de la economía mundial (3,5%), y al de los países emergentes (4,3%)



Fuentes: Cepal, FMI y Banco Mundial

IMS Health World Review 2015 © - Mayo 2015

imshealth

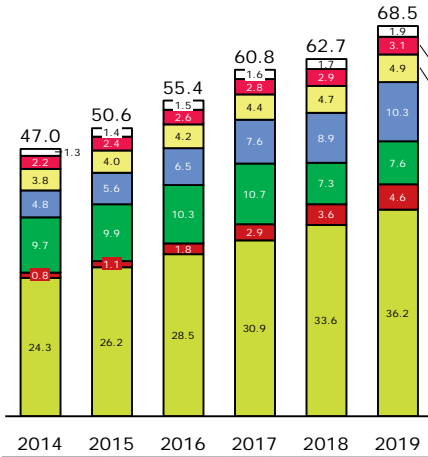
exactamente el movimiento de los ciclos económicos. Pero sin duda tiene un movimiento y en Argentina es evidente que existe una correlación entre el consumo de medicamentos y el crecimiento de la economía.

Finalmente en el agregado de países de Latinoamérica esperamos que los próximos años de todas formas el subcontinente siga creciendo en términos de consumo y de gastos en base a la consolidación de las políticas públicas de los distintos gobiernos y a la consolidación de estas nuevas clases medias que van emergiendo en los distintos países de la región.

Empezamos a hablar de Argentina, y lo primero que tenemos que decir es que hemos vivido en los últimos meses un desequilibrio importante. En el año 2014, el volumen consumido de medicamentos, la cantidad de cajas que se han comprado en farmacias se ha reducido y esto es algo bastante poco común de ver. La última vez que se había reducido el consumo de medicamentos en Argentina había sido en el año 2002. Claro, veníamos

Usando tasas de TC no oficiales para Argentina y Venezuela, proyectamos crecimiento de 8% promedio en LA en el mediano plazo

**Crecimiento proyectado**  
Principales países de la región  
USD Bi, precio ex-man lista



CAGR Nominal 2014-19

Tasa de cambio US\$

**+7.8%**

Fuente: IMS Market Prognosis, Q1 2015. Tasas de cambio: Bloomberg.com (4 de mayo de 2015), excepto Argentina y Venezuela. Tasa de Argentina 35% debajo de la tasa oficial. Tasa de Venezuela 90% debajo de la oficial. Crecimiento de la región sería de 10% en caso de que las tasas oficiales de estos dos países fuesen utilizadas. (\*) Precio lista Ex-manufacturer MIDAS. No incluye descuentos. Incluye canales auditados (minorista) y no auditados (institucional). No incluye América Central, Caribe, Paraguay, Uruguay, Bolivia y Ecuador.

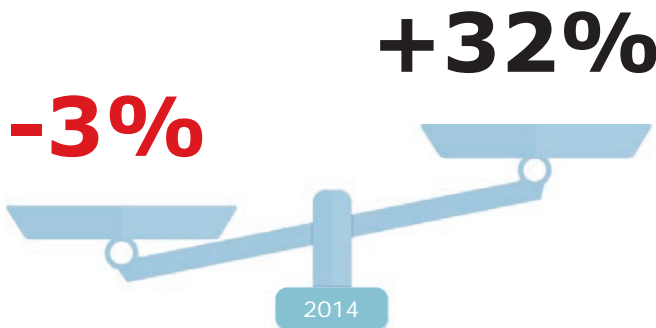
imshealth

2014 fue un año atípico en el que se mantuvieron los desequilibrios que enfrentan la economía y el sector salud



Disminución del consumo

Incremento de precios





de una crisis muy importante, esa reducción no había sido del 3 % como vemos aquí, había sido cerca del 20 % del volumen en un año donde el PBI cayó el 11 %.

Los economistas no se terminan de poner de acuerdo en cuanto creció o decreció la economía argentina en 2014, pero digamos que hay cierto consenso de un decrecimiento del 1,5 ó 2 %, el consumo de medicamentos cayó el 3 %, y el precio de los medicamentos subió el 32 %, básicamente, por movimientos que se dieron a principio de año.

Esta diferencia entre caída de la demanda y aumento de precio no es sostenible en el tiempo y de hecho estamos viendo ya este año una corrección y una convergencia hacia una situación más normal.

Pero cuando decimos el medicamento cayó el 3 % del consumo es bueno hacer la relación con otros bienes industriales o bienes en general como pueden observar en el siguiente gráfico. El índice de consumo minorista que elabora la CAME todos los años, midió para el año pasado 6,5 % de caída para el conjunto de los comercios minoristas. Aproximadamente 16 % de caída en la actividad inmobiliaria y 22,8 % de caída de la producción automotriz.

Pero si lo miramos con otros bienes ya no durables y al medicamento lo comparamos con alimentos y bebidas veremos que estos cayeron 2,9 % el año pasado, la indumentaria cayó el 5,7 %, todo medido por CAME. El consumo en farmacias en general cayó 4,7 %, medido por IMS. La disminución en productos de prescripción médica fue de un poco más del 1 % y la de los productos de venta libre 7,2 %.

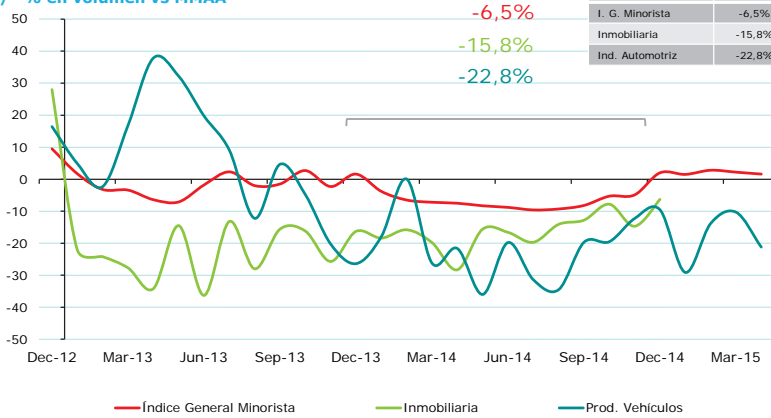
Esto fue en el 2014, un año realmente muy duro pero que hacia el último trimestre del año empezó a mostrar cierta recuperación que estamos viendo este año. Acabamos de elaborar la última medición del mes de mayo y los últimos doce meses a mayo, y estamos viendo una vuelta al crecimiento incipiente en el consumo en volumen de medicamentos en Argentina.

## Radiografía del consumo por sectores económicos en Argentina



Factores externos a la dinámica de los mercados afectaron y afectan profundamente los niveles de consumo de bienes durables

+/- % en volumen vs MMAA



Fuentes: Elaboración propia en base a CAME, ADEFA, IMS Health PMA

IMS Health World Review 2015 © - Mayo 2015

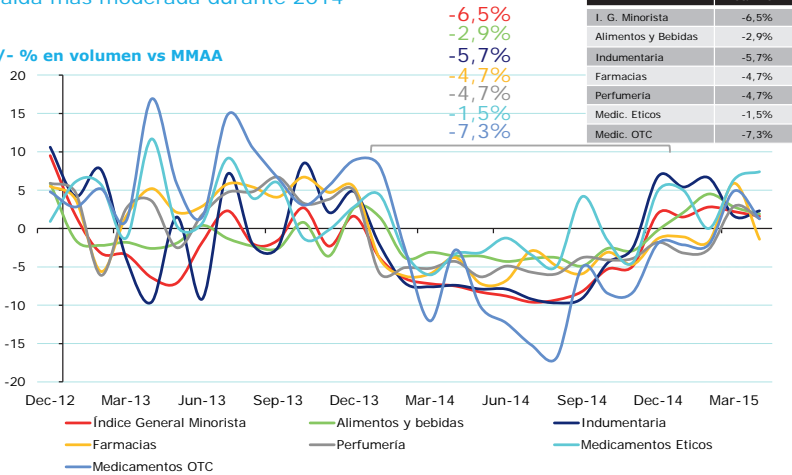
imshealth

## Radiografía del consumo por sectores económicos en Argentina



Mientras que los productos no durables de primera necesidad tuvieron una caída más moderada durante 2014

+/- % en volumen vs MMAA



Fuentes: Elaboración propia en base a CAME, ADEFA, IMS Health PMA

IMS Health World Review 2015 © - Mayo 2015

imshealth

Hay diversos factores que nos llevaron a esta situación pero sin duda la gran devaluación que se produjo en enero del año pasado, que no estuvo acompañada de un plan de contención de las expectativas inflacionarias, trajo un aumento de precios de diversos bienes industriales entre ellos los medicamentos.

Además generó una incertidumbre que impactó en el consumo. La situación más grave de caída del consumo se dio hacia mitad de año, en los meses de invierno, donde muchas veces las farmacias esperan tener una actividad más fuerte que no se dio el año pasado. Sí se empezó a recuperar, como decía anteriormente, hacia fin de año.

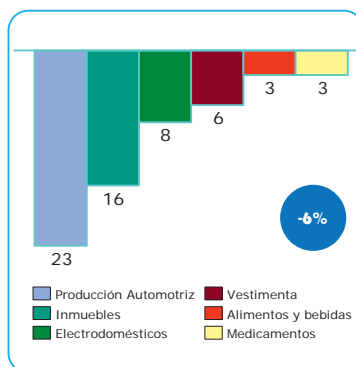
Los efectos combinados de todos estos factores llevaron a la caída del consumo registrada en 2014



Los efectos más serios de caídas de consumo se observaron en los bienes durables, y en menor medida en productos de primera necesidad

- Incertidumbre sobre la evolución del TC
- Fuerte aceleración de la inflación en la 1ra mitad de 2014
  - Cautela en el consumo
- Pérdida de poder adquisitivo
  - Priorización del consumo
- El impuesto a las ganancias agravó la caída de salario real
  - Control presupuestario
  - Reducción / utilización de stocks domiciliarios
- Caída generalizada del consumo de bienes y servicios

Disiminución % por sector económico (2014)



Fuentes: Elaboración propia en base a CAME, ADEFA, IMS Health PMA

IMS Health World Review 2015 © - Mayo 2015

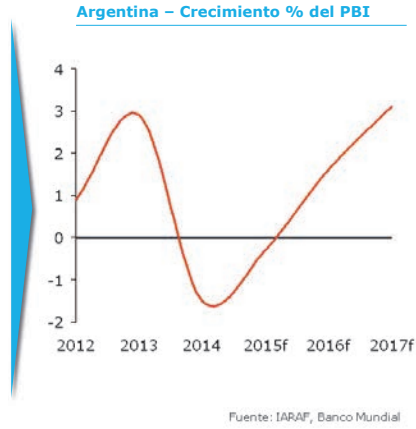
imshealth

Parafraseando a algunas de las personas que hablaron en la charla anterior, estamos todavía en una situación de incertidumbre donde se están posponiendo decisiones de inversión y muchos empresarios dicen voy a esperar a ver qué pasa después de octubre. No quieren tomar ninguna decisión que sea importante en términos económicos porque no se sabe el panorama que van a enfrentar en el año 2016.

Frente a esta realidad, los actores están a la expectativa de un cambio de condiciones a partir de 2016



Actitud de espera hasta mayor claridad en las futuras políticas públicas y la marcha de la economía



IMS Health World Review 2015 © - Mayo 2015

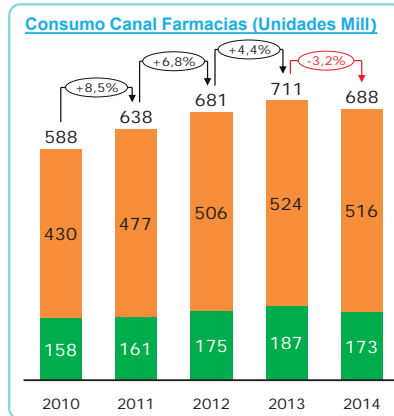
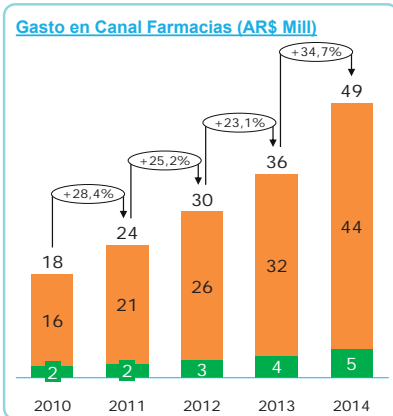


En la siguiente diapositiva vemos la caída, en el 2014, del consumo y el crecimiento sostenido importante en años ante-

En 2014 el consumo de medicamentos se contrajo por primera vez desde el año 2002



El gasto en farmacias alcanzó un record histórico en 2014 debido a la aceleración del incremento de precios en la primera mitad del año



Fuentes: IMS PM Argentina Precios a nivel de compra de farmacias

IMS Health World Review 2015 © - Mayo 2015



riosos. En el último año tenemos esta caída de demanda, con un 35 % de aumento de los valores.

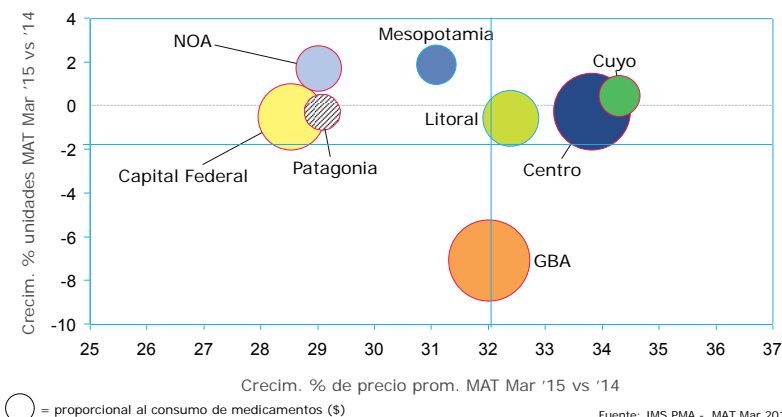
Esta caída de la demanda no se dio en todo el país en forma homogénea, el lugar donde más se sintió justamente fue en el gran Buenos Aires. Uds. pueden observar la burbuja en el gráfico en la parte inferior, es donde se produjo un decrecimiento muy fuerte cercano al 8 % del volumen. También en una serie de regiones en el interior del país que han tenido un decrecimiento menos negativo o ligeramente positivo. Todo esto para monitorear como se está recuperando el consumo este año.

La caída de demanda ha golpeado en distinto nivel a las diferentes regiones del país



GBA es la zona más afectada por la caída de consumo, mientras que la Mesopotamia y el NOA crecen (desde bases muy bajas)

**Dinámica del mercado farmacéutico argentino por región**



IMS Health World Review 2015 © - Mayo 2015



Aquí se hicieron una pregunta en la mesa anterior específicamente acerca de qué va a pasar con el precio de los medicamentos. Todos sabemos que el precio de los medicamentos está pisado y esto es algo real. Cuando se compara el incremento de precios desde el año 2007 hasta ahora, con el crecimiento de los distintos costos que los podemos representar en la inflación medida que emite el Congreso, se ve claramente la diferencia. Podemos discutir la validez de las estadísticas pero creo que

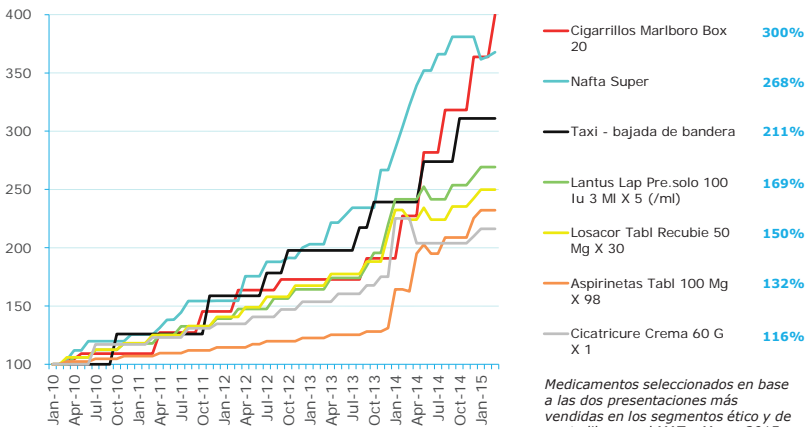
todos ustedes perciben que los costos van aumentando en una proporción más rápida que los ingresos. Entonces, para ejemplificar esto tomamos tres bienes económicos al azar y que puedan ser chequeados a lo largo del tiempo, el paquete de cigarrillos Marlboro Box, el litro de nafta súper y la bajada de bandera de taxi y por otra parte las dos presentaciones más vendidas en el sector medicamentos de venta bajo receta y de venta libre: Lantus (insulina glargina), Losacor (losartan), Aspirinetas (tabletas) y Cicatricure crema. Llevamos todos esos precios a base 100, en enero del 2010 y vimos cómo se comportaron a lo largo de los últimos años, y como variaron. Nos llevamos esta sorpresa que ustedes ven en el gráfico, tanto los cigarrillos, la nafta como la bajada de bandera tienen un índice de crecimiento de cerca de 350 ó 400 cuando habíamos partido de 100. Es decir, aumentaron casi 350 % su valor. Mientras que el medicamento que más aumentó fue la insulina Lantus y lo hizo en un 169 %. Hay una diferencia realmente muy grande entre el precio de los medicamentos y el precio de distintos bienes industriales. Los

...sin embargo, el precio del medicamento se fue erosionando en términos relativos vs el de otros bienes y servicios



**Índice de incremento de precios**  
(base 100 = Enero 2010)

**% Crecimiento Total**  
(Ene 2010 - Mar 2015)



Fuentes: Elaboración propia en base a IMS PMA y cámaras sectoriales

Medicamentos seleccionados en base a las dos presentaciones más vendidas en los segmentos ético y de venta libre en el MAT a Marzo 2015, con más de 5 años de historia

ejemplos que ponemos aquí en el caso de medicamentos no son de los que menos han aumentado, sino que tenemos algunos otros casos donde los aumentos son todavía más modestos.

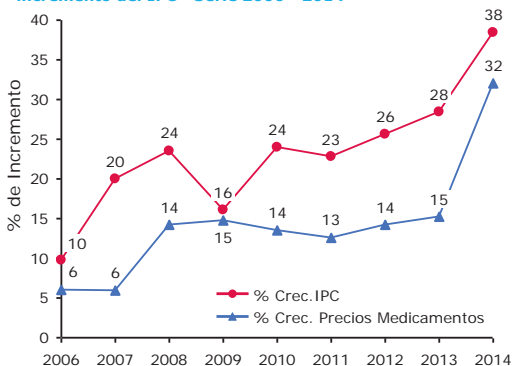
Éste es el desfase entre, por un lado el crecimiento de los costos medidos por el IPC Congreso y el crecimiento promedio de los medicamentos, medidos en la línea azul. Como verán a lo largo de los últimos 6 a 8 años permanentemente el crecimiento del IPC Congreso está por encima del crecimiento promedio del precio de los medicamentos y es una constante que repercute claramente sobre la rentabilidad de toda la cadena comercial y, particularmente, sobre aquellos eslabones que son más débiles en la cadena que son las farmacias.

Por noveno año consecutivo el incremento de precios de medicamentos estuvo por debajo de la inflación



Los actores de la cadena comercial buscan medios para combatir la erosión del margen producida por costos que crecen por encima del precio de venta

**% Incrementos anuales de precios de medicamentos vs incremento del IPC - Serie 2006 - 2014**



- Recortes presupuestarios
- Postergaciones en reposición de vacantes
- Búsqueda de eficiencias operativas
- Extensiones de línea y lanzamiento de nuevos productos
- Replanteo de términos y condiciones comerciales
- Financiamiento a través de proveedores
- Captura de masa crítica
- Replanteo de niveles de bonificaciones de farmacias al sistema de SS y PAMI

Fuentes: Indec (hasta 2006)– Inflación Congreso / Analistas independientes (desde 2007) – IMS Health Consultoría y Servicios

IMS Health World Review 2015 © - Mayo 2015

imshealth

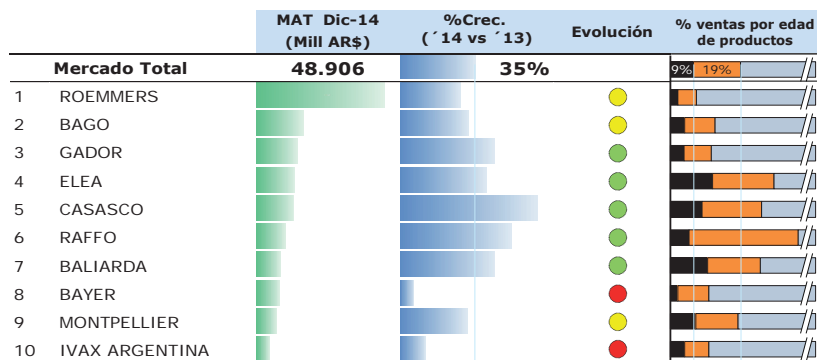
Los laboratorios farmacéuticos han mostrado una dinámica dispar y algunos han conseguido crecimientos importantes. En el gráfico siguiente, en la parte media, se encuentran distintos niveles de crecimiento de cada uno de ellos y donde el año pasado han tenido crecimiento similar.

Si bien, los incrementos estuvieron tres puntos por debajo de la inflación medida por el IPC Congreso, 2014 no ha sido un



Los compañías líderes del mercado han tenido en general desempeños satisfactorios en términos de crecimiento

Los factores claves de crecimiento de 4 de los 5 laboratorios líderes reside en la alta penetración de lanzamientos exitosos



Fuentes: IMS PM Argentina (canal farmacias)  
Precios expresados a nivel de compra de farmacias

■ 0 a 5 años ■ 6 a 10 años ■ más de 10 años

Evolución = ● Al menos 2ptos > al prom. del mercado ● +/- 2ptos al promedio del mercado ● Al menos 2ptos < al prom. del mercado

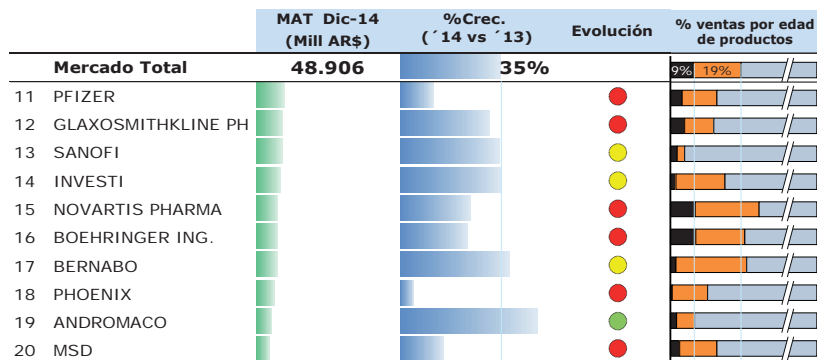
IMS Health World Review 2015 © - Mayo 2015

imshealth



Un crecimiento más lento en el segundo grupo de compañías lleva a una concentración de ventas en manos de los líderes

En este grupo, sólo Novartis supera ampliamente el promedio de renovación de portafolio del mercado argentino



Fuentes: IMS PM Argentina (canal farmacias)  
Precios expresados a nivel de compra de farmacias

■ 0 a 5 años ■ 6 a 10 años ■ más de 10 años

Evolución = ● Al menos 2ptos > al prom. del mercado ● +/- 2ptos al promedio del mercado ● Al menos 2ptos < al prom. del mercado

IMS Health World Review 2015 © - Mayo 2015

imshealth



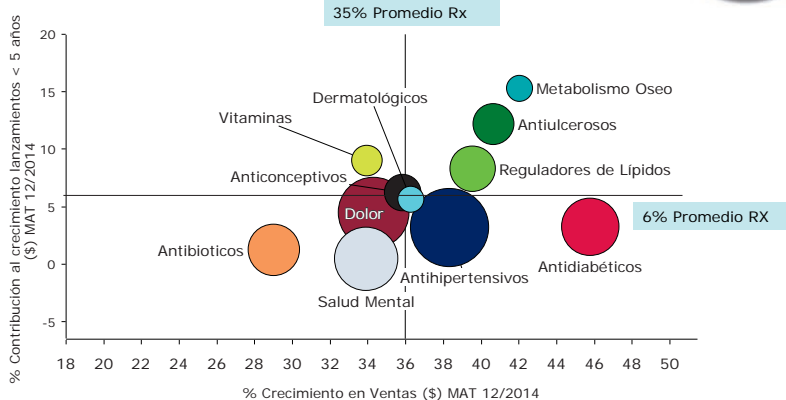
año tan negativo como los últimos 7, 8 años. Fue un año donde se intentó recuperar margen de la cadena comercial a través de un movimiento de precios que se dio al principio de año pero que a lo largo del mismo fue licuado por un aplastamiento de las autorizaciones de incremento de precios y una inflación que se hizo muy fuerte sobre todo a mitad de año.

Las áreas terapéuticas de mayor crecimiento, las vemos a la derecha del gráfico, han sido los antidiabéticos, los productos para la regulación del metabolismo óseo, antiulcerosos y reguladores de lípido. Esos últimos tres que nombré pertenecen además a aquellas áreas terapéuticas donde se daba una mayor renovación de los productos por mayor número de lanzamientos.

Para 2014, el crecimiento del mercado fue concentrado, siendo mas similar entre distintas CT's que en 2009



Segmento Etico 2014 – 10 Áreas Terapéuticas de mayor crecimiento (AR\$)



Nota: tamaño de burbuja proporcional a las ventas en valores Fuente: IMS Health, PMA - canal farmacias

IMS Health World Review 2015 © - Mayo 2015



Un tema importante para tener en cuenta es cuál es la composición que se está dando hoy en día en los nuevos lanzamientos. Argentina no está lejos de lo que es esta ola mundial de lanzamiento de productos altamente especializados. Lo que

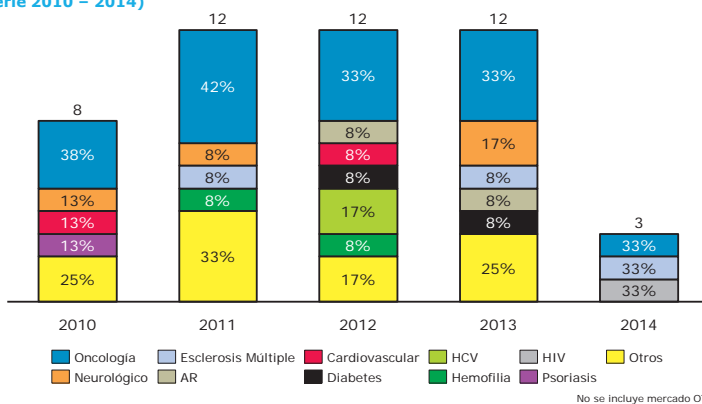
se pueden ver en las barras del siguiente gráfico son las distintas áreas terapéuticas en las que se han lanzado nuevas entidades químicas, nuevos principios activos a lo largo de los últimos cinco años. Como podrán observar en ese color azul que está al comienzo de cada una de las barras, la oncología es consistentemente el área terapéutica donde existe un mayor número de nuevos principios activos lanzados al mercado.

Desde 2010 a la fecha, 1 de cada 3 nuevos principios activos aprobados por ANMAT están destinados a la oncología



Le siguieron los tratamientos destinados a las enfermedades neurológicas, la Esclerosis Múltiple y la Hemofilia

**Top 10 patologías que tratan las moléculas lanzadas para alta especialidad (serie 2010 - 2014)**



IMS Health World Review 2015 © - Mayo 2015

Fuentes: PMA Dic. 2014, ANMAT y VNM

imshealth

Para entender que es lo que se viene, debemos comprender donde estamos parados y lo que esperamos que se vaya desarrollando hacia fines del 2015 y se consolide en el año 2016.

Si observamos los factores que influyen en el mercado farmacéutico, podemos observar que el 2015 es un año donde la evolución de los factores macroeconómicos probablemente sea algo negativa pero no tan negativa como fue en el año 2014 y los incrementos de precios no van a ser los mismos que vivimos en el 2014. Por otra parte, la disminución de la capacidad adquisitiva de la población no es tan grave este año, de hecho hay políticas

Varios factores están influyendo en la dinámica del mercado y en las expectativas de los actores

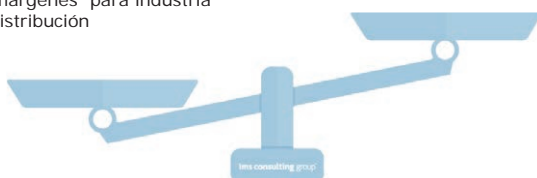


**Principales factores que contribuyeron en los últimos 6 a 12 meses para una caída del consumo**

- Deterioro del ambiente macro-económico (circuito de aumento del déficit fiscal, inflación, devaluación)
- Incrementos generales de precios
- Disminución de la capacidad adquisitiva
- Incertidumbre y reducción del nivel de confianza de consumidores y empresas
- Precarización del empleo
- Presión sobre la estructura de costos y reducción de márgenes para industria y canales de distribución

**Principales factores que promoverán un crecimiento sostenido del mercado**

- Políticas de expansión de gasto
- Mayor incidencia en diagnóstico y enfermedades crónicas
- Cambio de clima de negocios e incremento de inversión directa
- Innovación terapéutica
- Nuevas formas de financiamiento de tratamientos crónicos y de alto costo



IMS Health World Review 2015 © - Mayo 2015

imshealth

Factores que influirán en el corto y mediano plazo sobre el desarrollo del mercado farmacéutico



Factores de demanda y consumo	2014	2015	2016
Evolución de los factores macro (déficit fiscal, inflación, devaluación)	↓	↓	?
Incrementos de precios	●	◐	◑
Disminución de la capacidad adquisitiva	●	◐	◑
Nivel de confianza de familias y empresas	◐	◑	●
Nivel de actividad económica y empleo	◐	◑	●
Presión sobre la estructura de costos y sobre los márgenes de la cadena	◐	●	◑
Innovación terapéutica	◐	◑	●
Innovación comercial (canal y pagadores) basada en valor	◐	◑	●
Cambio en las reglas de compras y reembolso de organismos centralizados	○	◐	?

● = mayor incidencia

○ = menor incidencia

IMS Health World Review 2015 © - Mayo 2015

imshealth

de expansión del consumo, hay mayor nivel de confianza de las familias y las empresas.

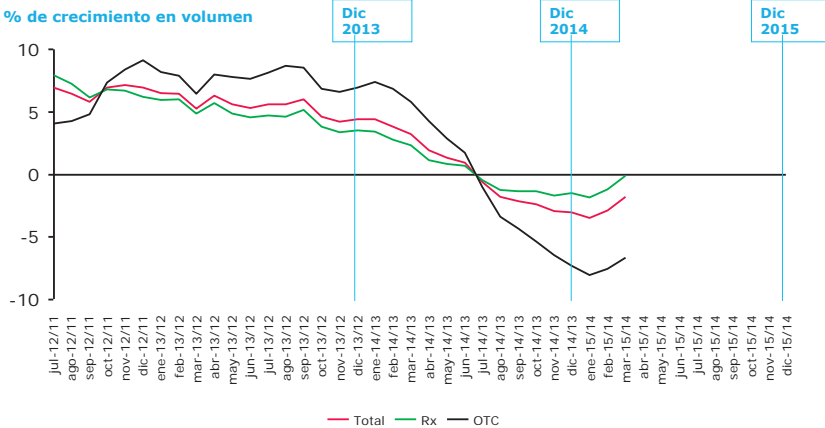
El nivel de actividad económica y el empleo está mejorando, esperamos que continúe en el año 2016, la presión sobre la estructura de costos y sobre los márgenes en la cadena comercial, no van a mejorar este año, de hecho es un año donde los precios de los medicamentos siguen igual o más planchados que el año pasado. Si bien la inflación no es tan fuerte, sigue siendo superior a los incrementos de precios autorizados. La innovación terapéutica sigue su marcha ascendente, la innovación comercial también y los cambios en las reglas de compra y reembolso de organismos centralizados es algo que va surgiendo incipientemente y veremos cómo se desarrolla a partir del año 2016.

En este cuadro, se puede observar el valle de disminución del consumo que vimos en el 2014.

El consumo se está recuperando lentamente desde principios de año, luego de la fuerte caída del 2014



El segmento OTC es el que más rápidamente se deterioró desde principios de 2014

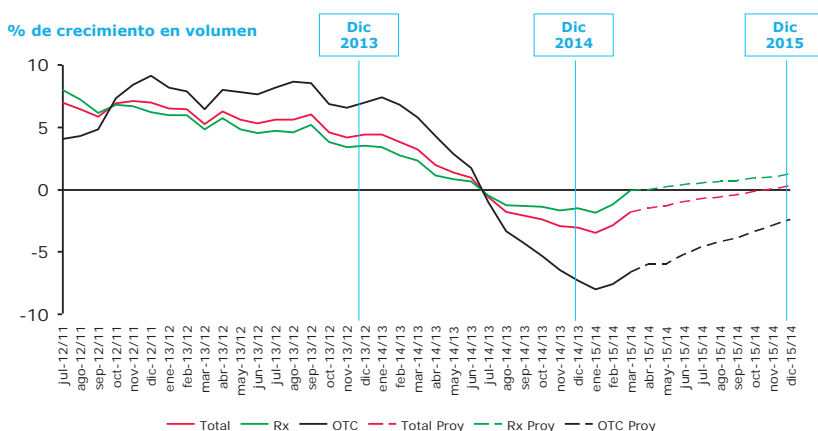


Fuente: PM MAT mar - 2015

Esto es un poco la perspectiva que tenemos para el año 2015. Paramos en el 2015 porque, como dijeron los economistas antes, es muy difícil en Argentina hacer una predicción a largo plazo. Pero tenemos una cuasi certeza de que éste va a ser un año de crecimiento positivo en términos de volumen para el consumo de medicamentos. La incertidumbre viene quizás más de la mano de cuánto va a ser ese crecimiento porque hay una decisión más discrecional de la Secretaria de Comercio de cuáles van a ser los aumentos de precio autorizados en un año de fuerte componente electoral.



Las proyecciones indican que el mercado continuará recuperándose lentamente hasta el final del 2015



Fuente: PM MAT mar - 2015

IMS Health World Review 2015 © - Mayo 2015



Ya pensando para el año 2016 hay tres cuestiones que tenemos que tener en cuenta para poder hacer una predicción, una es cuál va a ser el contexto inflacionario que vamos a tener el año que viene.

Antes se señaló dos escenarios posibles entre muchos otros pero si vamos a poner dos extremos tenemos un escenario de una política de shock con un ajuste en las cantidades,

un reajuste de precios que puede llevar a un fuerte golpe inflacionario en el comienzo de la gestión del nuevo gobierno sobre todo en el año 2016 para luego ir hacia variables económicas más normales. En otro extremo podemos tener un "gradualismo" que busque ir reduciendo la tasa de inflación. Son dos escenarios que tenemos que tener en cuenta porque cualquiera de ellos y en sus grises intermedios, van a impactar en el consumo.

El otro tema es qué medida de contención de precios se va a tomar, si esas medidas van a ser del estilo de las que vivimos hoy en día, pautadas por la Secretaría de Comercio o si la nueva administración va a buscar otro tipo de elemento o de variable para efectuar un ajuste indirecto de los precios de los bienes industriales y de los medicamentos en general.

Por último, es esta gran incertidumbre respecto del entorno macroeconómico y pre electoral la que esperamos se vaya despejando más cerca del fin de año.

Los principales factores que afectarán el crecimiento son el contexto inflacionario y medidas de contención de precios



Principales factores que afectarán el crecimiento del mercado farmacéutico en 2016

Factores	Implicancias
Contexto Inflacionario	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumento general de precios de medicamentos</li><li>• Desaceleración del gasto privado en el corto plazo, generando una desaceleración del crecimiento del sector en comparación con años anteriores</li></ul>
Medidas de contención de precios	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los laboratorios podrían tener límites al ajuste de precios de sus productos resultado de medidas de contención de precios por parte del gobierno</li></ul>
Incertidumbre con respecto al entorno macroeconómico post electoral	<ul style="list-style-type: none"><li>• No es clara la dirección que tomará la economía luego de elecciones con lo cual se plantean dos escenarios posibles: un primer escenario conservador y un segundo escenario más dinámico</li></ul>

Se plantean dos escenarios post electorales posibles

Ya para terminar, lo que tenemos son dos grandes tipos de escenarios en 2015 y 2016. Para 2015 esperamos que haya una variación de entre 0 y 2 puntos porcentuales de la demanda y que la variación de precios esté cerca de entre 13 y 17 puntos con lo cual terminaremos el año entre 15 y 23 puntos porcentuales de crecimiento en términos de valores.

En el año 2016 en un escenario de shock con un ajuste de las cantidades y con un aumento de precios para, de alguna forma, compensar una posible devaluación del tipo de cambio estaríamos en un escenario de entre 0 y menos 2 % de crecimiento en volumen y 33 a 42 % de crecimiento en valores. Por otro lado en un escenario gradualista tendríamos un crecimiento todavía de la demanda entre 1 y 3 % del volumen y entre 19 y 24 % en valores para el año 2016.

Diferentes metodologías de reordenamiento económico en una nueva administración llevan a dos escenarios de crecimiento



	2014	2015f	2016f	
<b>Variación en unidades</b>	<b>-3%</b>	<b>0% a +2%</b>	<b>Escenario 1</b>	<b>+1% a +3%</b>
			<b>Escenario 2</b>	<b>-2% a 0%</b>
Variación en precios	+32%	+13% a +17%	Escenario 1	+15% a +17%
			Escenario 2	+30% a +35%
Efecto Precio por cambio de mix	+6%	+2% a +4%	Escenario 1	3% a 4%
			Escenario 2	5% a 7%
<b>Variación Total Valor Mercado (\$)</b>	<b>+35%</b>	<b>+15% a +23</b>	<b>Escenario 1</b>	<b>+19% a 24%</b>
			<b>Escenario 2</b>	<b>+33% a 42%</b>

- **Escenario 1:** reacomodamiento gradual de las variables económicas
- **Escenario 2:** brusca disrupción de la tendencia y reacomodamiento inmediato de precios relativos de bienes y servicios, con caída de poder adquisitivo y mayor inflación

Esto era lo que queríamos compartir con ustedes y estamos abiertos a cualquier tipo de preguntas. Muchas gracias.







## **MESA N° 4**

### **Una panorámica de los cambios en los sistemas de salud de la región**

*Coordinador: CPN Carlos Vassallo*

*Profesor de Salud Pública de la Universidad Nacional del Litoral*

Buenas tardes, es un gusto recibirlo al Dr. André Medici, a quien conozco desde hace muchos años ya que se ha desempeñado en el Banco Interamericano de Desarrollo y fue destinado a trabajar en muchos proyectos de la Argentina.

Es una persona que conoce mucho sobre cuestiones del Sistema de Salud argentino tanto del sector público como de la problemática de la seguridad social. En algún momento participó de programas bastante emblemáticos, como el Programa de Desarrollo de la Atención Primaria de la Salud.

Hoy, como consultor del Banco Mundial, le hemos pedido que nos presente una panorámica, en referencia al objetivo de universalidad de la cobertura que ha sido lanzado desde la Organización Mundial de la Salud, desde la oficina Panamericana de la Salud y que como Uds. saben comienza a ser medido y

monitoreado en la mayoría de los países del mundo como una meta a alcanzar.

Los países de la región están en diferentes circunstancias, los sistemas de salud, como bien saben, provienen de culturas diferentes, de economías distintas, es muy difícil encontrar un sistema de salud parecido al otro y en consecuencia los caminos a los cuales se va llegando a ese proceso de universalidad, en definitiva, la cobertura efectiva para todos con equidad es un objetivo a alcanzar que tiene diferentes vías.

André Cesar Medici es Economista Senior en Salud del Banco Mundial, afiliado al Departamento de Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe. Previamente fue especialista Senior en Desarrollo Social del Banco Interamericano de Desarrollo. Es profesor eventual de la Washington University (GWU) y de Johns Hopkins en Washington DC y Baltimore, MD, respectivamente. En Brasil, ocupó varios cargos públicos como Director Adjunto de estadísticas de población y sociales del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, coordinador de los Cursos de Post Graduación de la Escuela Nacional de Estadística y Director de los Estudios de Políticas Sociales del Instituto de Economía del Sector Público. Tiene un doctorado en Historia Económica por la Universidad de Sao Paulo y una maestría en Economía en la Universidad de Campinas, en Brasil.

## **Salud en América Latina**

### **Una Panorámica Reciente de los Cambios en la Región**

*André Medici*

Buenas tardes, quiero agradecer a FEFARA, al Farm. Manuel Agotegaray por la invitación y a Carlos Vassallo como coordinador académico.

El objetivo de esta charla es básicamente comentar sobre qué cambios se fueron realizando en la región y en qué estado estamos en Latinoamérica, y los organicé en cuatro puntos:

#### **1- Introducción: Promesas y realidad de la cobertura en salud**

La primera cuestión es que hay una promesa y se trata de que haya cobertura universal para todo, y esa fue hecha en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud en el año 2006 y todos los países de América Latina son signatarios de esta asamblea.

En la realidad nosotros sabemos que en la región de América Latina subsisten tres desafíos importantes en el alcance de la cobertura universal de salud:

- Acceso limitado a los servicios de salud de amplios segmentos poblacionales debido a las diferencias en los niveles económico, cultural, geográfico y étnico.
- Superposición de perfiles epidemiológicos que obligan a adoptar de manera simultánea varias estrategias sanitarias para hacer frente a las enfermedades transmisibles y a las no transmisibles.

- Insuficiencia de infraestructura, estrategias de gestión y de recursos humanos y presupuestarios.

Entonces, la realidad es que para alcanzar esta promesa tenemos que perfilarnos en muchas cosas que todavía están por surgir. Miremos cuáles son las dimensiones de la cobertura universal de salud.

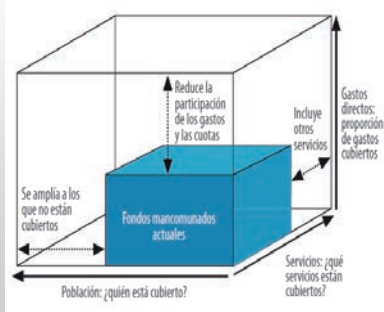
En el informe de la OMS del año 2010 se trabajó básicamente en que la universalización de cobertura tiene que ser definida en tres aspectos, y eso se puede representar en un cubo, como lo pueden observar. El primero sería la inclusión de la población, todos deben tener acceso a servicios y medios para cuidar de su salud. El segundo, es la inclusión en los servicios, en la búsqueda progresiva de la integralidad de la atención incluyendo los nuevos servicios de salud. Es decir toda vez que se tenga una nueva tecnología hay que mirar la posibilidad de incluirla y de una forma costo-efectiva y por eso son importantes los institutos de evaluación de tecnología y desarrollo, hay uno que fue creado en Colombia, otro en Chile y, en este momento, en Perú. La idea es que estos institutos pasan a tener un papel importante porque van a definir específicamente si una tecnología de salud va ser costo-efectiva o no. El tercer aspecto se refiere a la protección financiera, es necesario reducir el nivel de gasto de bolsillo en las familias y llegar a que desaparezca porque tiene una dimensión muy importante que puede llevar a una familia al empobrecimiento catastrófico.

La cuestión es cómo el Estado puede cumplir su rol específico para evitar que una familia se quede pobre porque no puede pagar por los gastos de salud. Eso es efectivamente lo que este cubo tiende a mostrar.

La idea sería que los fondos mancomunados actuales pueden ser ampliados hasta que se tenga una población cubierta, servicios adicionales cubiertos pero también la posibilidad de reducir lo que las familias están pagando del bolsillo.

## Hay tres dimensiones ha considerar para alcanzar cobertura universal...

- **Inclusión de la población:** Todos deben tener el acceso a los servicios y medios para cuidar de su salud;
- **Inclusión en los servicios:** Búsqueda progresiva de la integralidad de la atención incluyendo nuevos servicios.
- **Protección Financiera:** Reducir el nivel de gasto del bolsillo de las familias con el gasto en salud hasta su desaparecimiento.



OMS, La Financiación de los Sistemas de Salud: El Camino Hacia La Cobertura Universal, Informe del 2010, OMS

Vamos a observar más de cerca cuáles son las tres dimensiones que tenemos de este cubo y nuestra realidad latinoamericana. Si nosotros miramos el tema de tasas de cobertura y con respecto a los Seguros Públicos de Salud en América Latina, tenemos la siguiente realidad, el país que estaba más cercano a una cobertura del 100 %, alrededor del fin de los años 2000, era Costa Rica, tenía casi 95 % de cobertura, después le siguen Uruguay, Chile, Argentina, con 80 % pero miren lo que pasa en los otros países, estamos muy lejos de tener siquiera 50 % de cobertura de la población a través de los seguros públicos.

## La promesa de inclusión de la población está lejos de ser lograda....



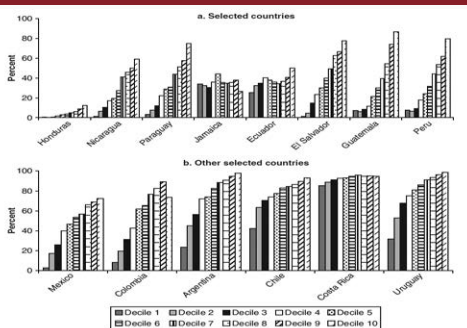
Fuente: Banco Mundial, Ribe, H., Robalino, D., Walker, I. (ed.) From Right to Reality: Incentives, Labor Markets and The Challenge of Universal Social Protection in Latin America and Caribbean, The World Bank, Washington DC, 2012.

Esto significa que buena parte de la población de la mayoría de los países latinoamericanos está efectivamente teniendo una cobertura a través de gastos del bolsillo y no a través de ningún mecanismo público de aseguramiento.

Ahora este tema es peor para los más pobres, si nosotros miramos el gráfico de cómo es la cobertura de los seguros públicos de la salud en relación a los ingresos de la población, vemos que esa cobertura, con pocas excepciones tal vez Costa Rica, Uruguay, Chile, Argentina, los niveles de ingreso más bajos, los 10 – 20 % más pobres, no tienen ninguna cobertura y son los que más lo necesitan. Ésta es una realidad que efectivamente está dentro del abanico de la sociedad latinoamericana.

....especialmente para los más pobres....

Tasas de Cobertura de los Seguros Públicos de Salud en Países Seleccionados de América Latina y Caribe por Decil de Ingreso, en la Segunda Mitad de los 2000 's

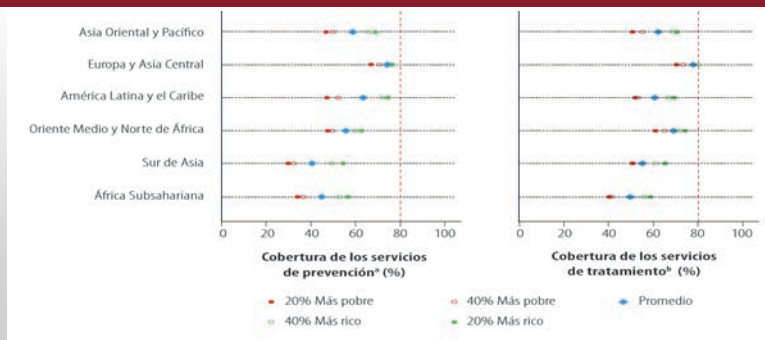


Fuente: Banco Mundial, Ritte, H., Robalino, D., Walker, I. (ed.) From Right to Reality: Incentives, Labor Markets and The Challenge of Universal Social Protection in Latin America and Caribbean, The World Bank, Washington DC, 2012.

Por otra parte podemos decir que de alguna forma la inclusión en los servicios de prevención y tratamientos no llega básicamente a América Latina.

La cobertura de prevención alcanza entre el 40 y 70 % y si miramos los gastos de tratamiento debe estar para el 20 % más rico, en alrededor de 70 %. Para los 40 % más pobres, la cobertura no llega a 50 % de los servicios de tratamiento. Este estudio fue hecho por la OMS en el año 2014 para monitorear después de 8 años de la meta planteada cómo estaba el progreso hacia la cobertura de salud a nivel nacional y a nivel global.

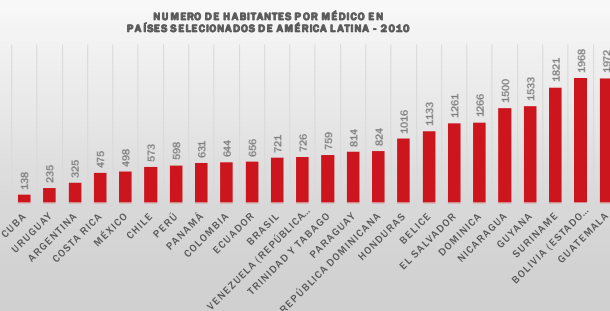
La inclusión en los servicios de prevención y tratamiento en ALC es peor que en los países de la Europa del Este y Asia Central, tanto en magnitud como en equidad...



OMS (2014), Monitoreo del progreso hacia la cobertura de salud al nivel nacional y global

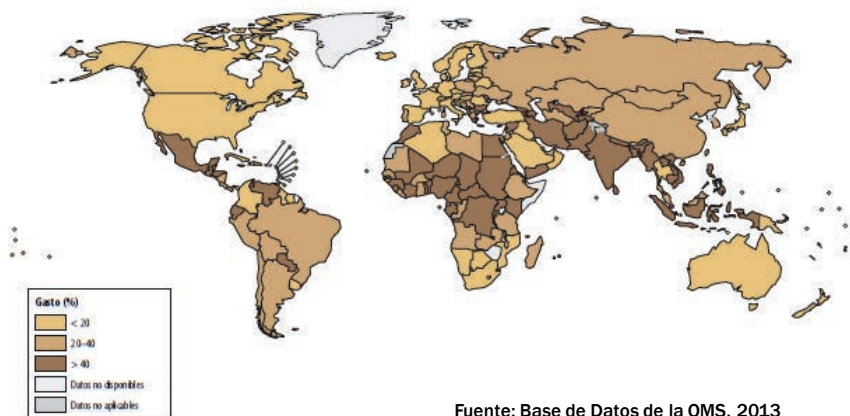
La inclusión de servicios requiere más inversiones, infraestructura y también recursos. En el gráfico vemos el número de habitantes por médico en países seleccionados de América Latina, la relación 1 médico por mil habitantes ha sido considerada más o menos adecuada. Hoy está un poco más baja, alrededor de 1 médico por cada 700 habitantes. Básicamente muy pocos países tienen efectivamente esa relación y algunos no tienen ninguna cobertura como es el caso de Guatemala que cuenta con 1 médico cada casi 2000 habitantes, al igual que Bolivia y otros. Existen países como Cuba que tiene un médico por manzana específicamente. Uruguay y Argentina están un poco en esta situación.

La inclusión en los servicios depende de más inversión en infraestructura y recursos humanos...



En lo referente a protección financiera, podemos ver que el nivel de gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud de América Latina está alrededor de 20 al 40 %. En el gráfico está identificado según colores el porcentaje del gasto de bolsillo, el color de los países de América Latina incluyendo Argentina, Brasil, Perú, Bolivia, Chile corresponde al 20-40 %. Hay países que están en situación peor, por ejemplo Paraguay, Ecuador y Venezuela, en donde llega a superar el 40 % del total del gasto de salud. Estas son situaciones bastante problemáticas y que muestran efectivamente que el riesgo de que una persona quede pobre por cuestión específica de salud es importante, en la región.

**En lo que se refiere a la protección financiera, el nivel de gasto del bolsillo como porcentaje del gasto en salud en ALC esta alrededor de 20% a 40% de los gastos en salud.**



En gran parte esto tiene una relación con los orígenes del sistema de salud en América Latina. La mayoría tuvo como origen los esquemas Bismarckianos de Seguridad Social Obligatoria y Tri-partita (en algunos casos bi-partitas). Donde no solamente los trabajadores de las empresas tenían que financiarlo sino también el Estado debía hacerlo o por lo menos la administración. En América Latina, el Estado desde hace mucho tiempo sacó su dinero de los sistemas. Es en función de la recaudación que



determinan los gastos, pero no invierten específicamente, hacen una contribución mucho más bipartita que tripartita.

Pero dichos sistemas Bismarckianos, con pocas excepciones (Costa Rica, Argentina, Uruguay, México, Brasil) nunca alcanzaron proporciones significativas de cobertura en la población. En la mayoría de los países alcanzaron alrededor del 20 %, por eso una gran parte de la población no tiene cobertura.

Hubo, en la mayoría de los países, la unificación de sistemas públicos parciales de seguridad social, no fue el caso de la Argentina pero sí de Brasil, Chile, Perú.

Al igual que con la unificación, la cobertura no se ha extendido sustancialmente, en algunos países el concepto tri-partito de financiamiento de la seguridad social ha sido abandonado, como es el caso de Bolivia y Perú.

Entonces por culpa de estas deficiencias que llamamos de orígenes Bismarckianas, vamos a tener en América Latina el crecimiento de lo que se llaman las promesas Beveridgianas.

Desde los años 40 el sistema inglés y muchos sistemas de Europa fueron al sentido de la universalización a través del financiamiento fiscal de la salud, con recursos fiscales, porque efectivamente esa sería la forma de garantizar la universalización. Muchos países migraron por esta cuestión en América Latina a partir de los años 80, no a partir de los años 40 como hizo Europa al final de la guerra.

La idea de cobertura universal ya existía en el Caribe inglés y en Cuba, pero empieza a partir de los años 80 en algunos países (como Brasil) con miras a abandonar la realidad Bismarckiana en función de que había bajos perfiles de formalidad del trabajo, por una cobertura universal financiada por impuestos generales.

En la segunda mitad de los años 2000´s, cerca de 13 países de la Región (Antigua y Barbuda, Barbados, Brasil, Cuba,

Dominica, Grenada, Guyana, Haití, Jamaica, St Kitts and Nevis, St Vincent and the Grenadines, Trinidad y Tobago), representando 215 millones de personas tenían sistemas Beveridgianos pero la mayoría que representa los otros 350.000.000 de personas que están en América Latina siguieron con los sistemas Bismarckianos incompletos todavía.

Entonces en función de esos tipos de realidades que tenemos aquí, ninguno de esos países ha alcanzado cobertura universal de salud, ni Cuba, como ha sido prometido en las Constituciones.

Además de todo esto, muchos países pasaron a desarrollar sistemas de salud basados en la realidad norteamericana de los seguros privados de salud (HMOs), para las clases medias y altas.

En Brasil, el 30% de la población tiene planes privados voluntarios de salud y el porcentaje de cobertura de estos planes ha aumentado en países como Chile, Perú, Argentina, Colombia y México.

Por lo tanto, la realidad de los sistemas de salud en América Latina sigue siendo la del pluralismo desestructurado porque hay varios sistemas, varias capas que se superponen y ninguna de esas capas tiene coordinación con nada.

Dentro de esos sistemas, tenemos que pensar cómo se puede tener un principio ordenador que garantice financiamiento, gobernanza, sostenibilidad, cobertura, equidad y justicia social. Si nosotros no organizamos un sistema que pueda avanzar en esa dirección vamos a seguir con un sistema que es caótico que gasta mucho y despilfarra mucho dinero y no alcanza el objetivo de cobertura universal.

La cobertura universal con esta realidad no es posible, es una cuestión que todos nosotros tenemos que tener claridad y optar por alguna forma de estructurar este pluralismo para que esta fragmentación tenga por lo menos una coordinación.

Entonces la gran pregunta es cómo alcanzar la cobertura universal con esta maraña de regulaciones contradictorias, superpuestas, incumplidas y que benefician a distintos grupos de interés. Esa es la gran cuestión que tenemos que responder en nuestra realidad.

## 2- Los indicadores de salud: avances y perspectivas

Aún sin cobertura universal, los países de América Latina han experimentado algunos avances en los indicadores de salud.

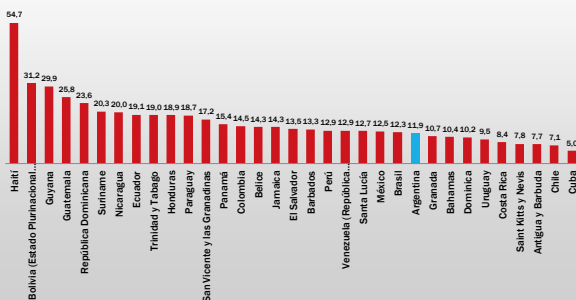
Los Objetivos de Desarrollo del Milenio revelan algunos progresos y los indicadores de salud en muchos países, han sido alcanzados. Pero hay problemas con la mortalidad y morbilidad precoz por enfermedades crónicas y la falta de políticas públicas para el control de los factores de riesgo.

Además, el acceso a hospitalización sigue siendo muy precario en la mayoría de los países de la Región.

Esos son básicamente los temas que tenemos que mirar, por ejemplo cuáles son las tasas de mortalidad infantil. En este momento han bajado sustancialmente, se puede observar Argentina en color celeste que tiene aproximadamente 12 por mil.

### Las tasas de mortalidad infantil han bajado sustancialmente....

Tasas de Mortalidad Infantil (menores de un año en países Seleccionados de ALC Por 1000 nacidos Vivos en 2013

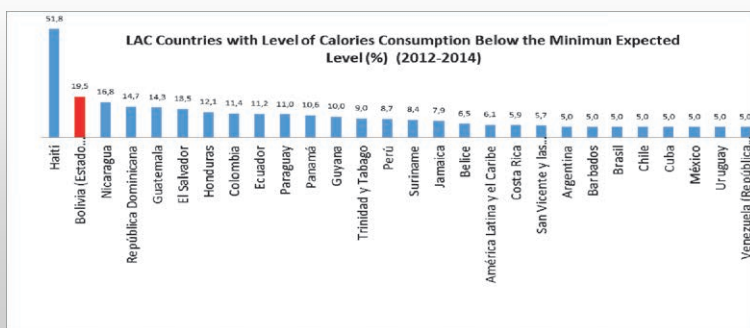


IGME-UN <http://www.childmortality.org>

En relación con la desnutrición, las tasas de desnutrición, medidas básicamente por el consumo de calorías por debajo del mínimo establecido, han bajado también sustancialmente y hoy están en muchos países alrededor del 5 %.

El problema que tenemos en la actualidad es lo contrario, el problema de la obesidad, que está creciendo y que es uno de los grandes factores de riesgo de las enfermedades crónicas en la región.

### ...el mismo ocurriendo con la desnutrición....



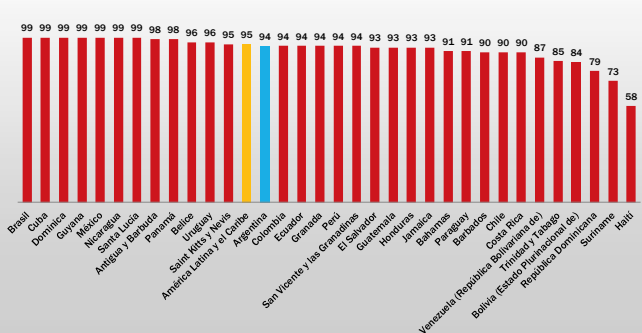
Fuente: FAO

También existen progresos en el tema de vacunación, aunque nuevas vacunas siguen sin cobertura. Podemos decir que, si la universalización de cobertura es un blanco móvil también lo es el tema de la vacunación porque continuamente nuevas vacunas están siendo introducidas en el mercado.

De todos modos las vacunas tradicionales, como pueden observar en el gráfico contra el sarampión, tiene una cobertura por encima del 90 % en la mayoría de los países. Hay países que efectivamente están en situación complicada, es el caso de Haití, Bolivia y Venezuela que también tiene tasas muy bajas. Además en Venezuela en los últimos años ha habido casos de sarampión lo que muestra efectivamente que alguna cuestión en el tema de salud pública no ha funcionado bien en este país.

**Progresos se han verificado en los temas de vacunación (aunque nuevas vacunas siguen a descubierto...)**

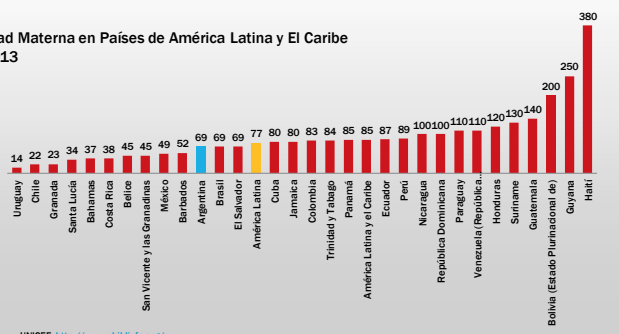
Porcentaje de Niños Menores de un año Vacunados contra el Sarampión en 2012 en Países Seleccionados de América Latina y el Caribe



El caso específico de las tasas de mortalidades maternas es que no bajaron tanto y siguen altas en muchos países. En América Latina está en un promedio de 77 por 100 mil nacidos vivos. Argentina, Brasil están casi cerca del promedio alrededor de 69 por cien mil, pero hay tasas que son muy altas. La mayoría de los países tienen tasas arriba de los 80 por 100 mil nacidos vivos, incluso Cuba, Jamaica, Nicaragua. Países que cuentan en sus sistemas de salud con muchos médicos, tienen tasas de mortalidad materna elevada lo que muestra efectivamente que

**...pero las tasas de mortalidad materna no bajaron tanto y siguen altas en muchos países que no lograron alcanzar la meta.**

Tasas Estimadas de Mortalidad Materna en Países de América Latina y El Caribe por 100 mil Nacidos Vivos: 2013

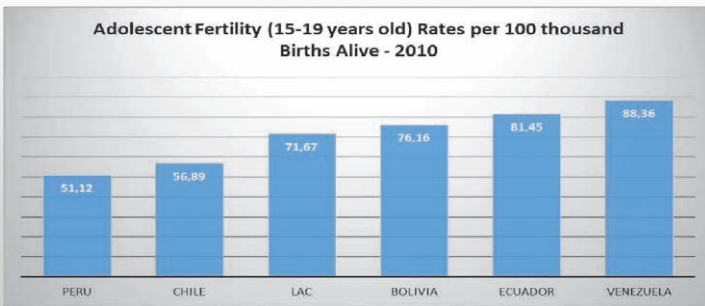


UNICEF: <http://www.childinfo.org/>

hay un problema específico y es la calidad del tipo de atención y el acompañamiento de los distintos factores prenatales.

En cuanto a la fecundidad entre adolescentes, sigue aumentando mucho, miremos que en Venezuela esas tasas de fertilidad adolescente son demasiado elevadas.

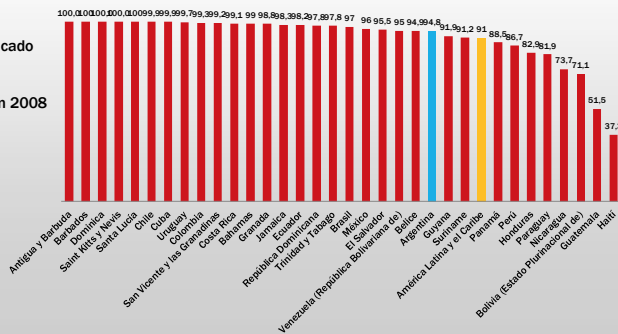
### Tasas de Fecundidad entre Adolescentes Siguen Elevadas en algunos países y tienden a aumentar...



Asimismo aumenta la cobertura del parto por personal calificado, institucional. En la mayoría de los países tienen un alto porcentaje, Argentina tiene 95 % y América Latina, 91 %.

### Asimismo aumenta la cobertura del parto por personal calificado...

Porcentaje de Partos Atendidos por personal calificado Sobre el total de partos en Países seleccionados de América Latina y el Caribe en 2008

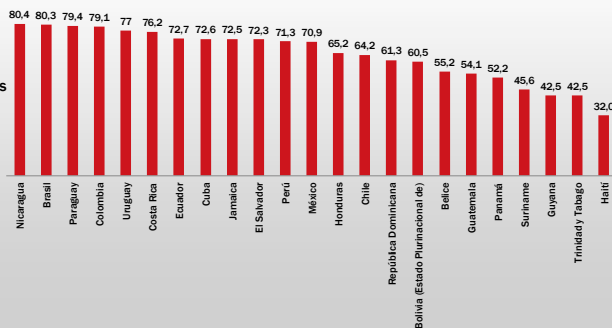


Pero hay muchos países que todavía no tienen el parto institucional o la cobertura de parto por personal especializado, pasa en Guatemala, Haití, Bolivia.

El porcentaje de uso de anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva en algunos países sigue bajo. En promedio no alcanza el 100 % y las mujeres que no tienen esta cobertura son las más pobres específicamente.

**...y también el número del uso de contraceptivos entre mujeres en unión y en edad reproductiva...**

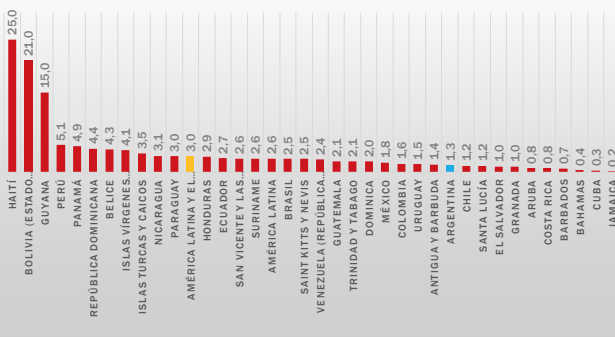
Porcentaje de uso de Contraceptivos entre mujeres en edad reproductiva en Países de ALC, 2008



También las enfermedades transmisibles siguen siendo controladas pero en algunos países presentan indicadores compli-

**Las enfermedades transmisibles siguen controladas, pero algunos países presentan todavía indicadores complicados...**

Tasas de Mortalidad por Tuberculosis en países de ALC, por 100 mil habitantes 2012

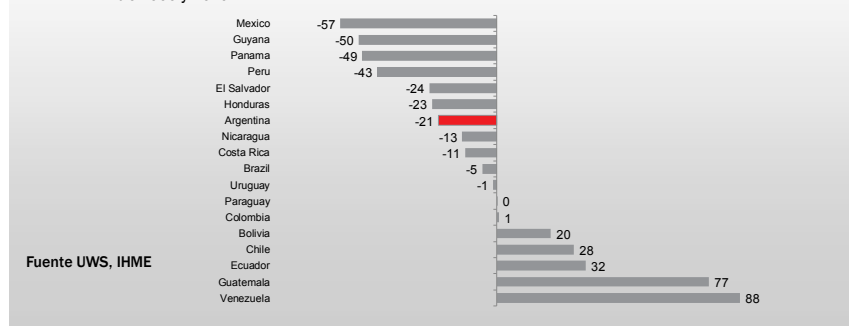


cados. Pueden observar las tasas de mortalidad por tuberculosis en Haití, Bolivia, Guyana, tienen proporciones escandalosas, una enfermedad que debería estar controlada desde inicios del siglo 20.

Hay progresos en algunas enfermedades transmisibles como el caso de VIH-SIDA. Por ejemplo entre 2000 y 2010 varios países tuvieron reducción bastante considerable en relación a años de vida saludables perdidos (AVISA) por VIH-SIDA. Argentina, por ejemplo, tiene una reducción de 21 % pero muchos aumentaron el número de AVISA como por ejemplo Bolivia, Chile, Ecuador, Guatemala y una vez más Venezuela.

...ocurrieron progresos en algunas de ellas, como es el caso del VIH-SIDA, pero no para todos...

Porcentaje de Cambio de los AVISAS perdidos por VIH-SIDA en Países Seleccionados de América Latina Entre 2000 y 2010.



Así se ha cumplido algunos indicadores de salud de los objetivos del milenio pero no todos y además hay que mirar qué indicadores fueron cumplidos. En la diapositiva pueden observar en color verde los que alcanzaron la meta y en rojo los que no la alcanzaron.

Hay otra cuestión que no está acá, y que comentamos en la mesa anterior y es el tema específico del acceso universal a los medicamentos esenciales que era de los objetivos del milenio y no ha sido cumplido.



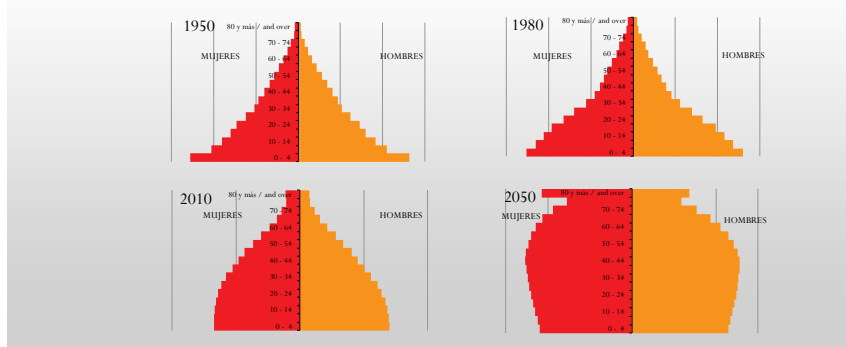
Así, ALC ha cumplido algunos de los Indicadores de Salud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio entre 1990-2015 (pero no todos)

1. Reducir el hambre a la mitad
2. Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de menores de 5 años
3. Reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna
4. Acceso a la atención en salud reproductiva
5. Detener y revertir la propagación del VIH-SIDA
6. Detener y revertir la propagación de la Tuberculosis

■ Alcance de la Meta      ■ No Alcance de la Meta

Además de los progresos de estos objetivos a lo largo del milenio que están muy ligados a las enfermedades asociadas a la pobreza, existen ahora las enfermedades crónicas que también en este momento son enfermedades asociadas a la pobreza, porque los pobres de nuestros países las tienen. Esto está vinculado primero por la cuestión de la transición demográfica, si observamos los gráficos, nuestra población pasa de una pirámide a un pilar.

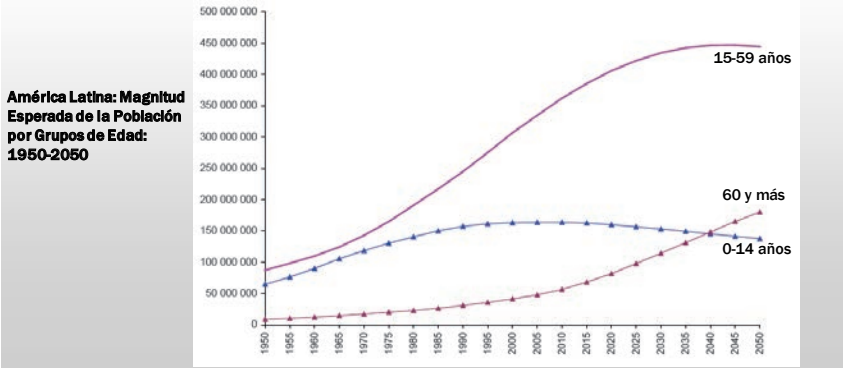
Pero ALC se encuentra en un fuerte proceso de transición demográfica....



Antes tenía gran impulso el crecimiento de 15 a 59 años y se empieza a estancar a partir del 2030. Mientras tanto se pasa a reducir, desde el 2005, en América Latina la población de 0 a 14 años y empieza a aumentar muy rápidamente la población

de 60 años y más. Acá está presente uno de los procesos que va a demandar un gasto y una cobertura de salud mucho más cara y que tiene que ser mucho más eficiente.

Que llevará a un rápido crecimiento de la población de adultos mayores....y del peso de las enfermedades crónicas.



La siguiente diapositiva muestra como aumenta el número de muertes por enfermedades crónicas que está representada en la barra de color rojo. Las muertes por enfermedades transmisibles se están reduciendo y aumentó pero no mucho las causas externas, las que están muy asociadas a accidentes de tránsito y a violencias.

Hoy, las enfermedades crónicas ya representan la mayoría de las muertes en los países de ALC...

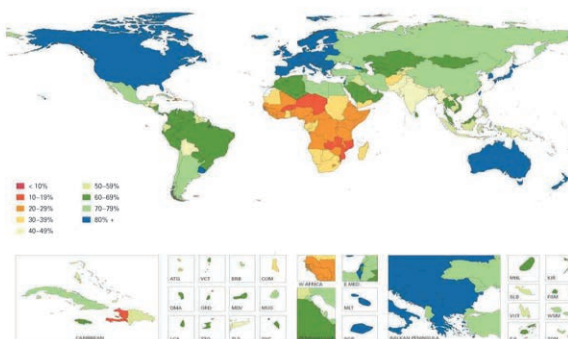


En algunos países el 70 % de las muertes ya son atribuidas a enfermedades crónicas vamos a mirar el mapa, por ejemplo el verde oscuro de América Latina representa 60 a 69 % de muertes atribuidas a enfermedades crónicas, en Uruguay es más de 80 %. Esto es en el 2010, para el 2020 todos nosotros seremos azules con más de 80 % de las muertes atribuidas a enfermedades crónicas como es el caso de Estados Unidos, Europa y Australia.

### ...y en algunos países, más de 70% de las muertes son atribuibles a enfermedades crónicas

Porcentaje de las muertes atribuible a enfermedades crónicas: 2010

Fuente: OMS



Pueden observarse los cambios entre los años 1990 y 2010, de la posición de las diez principales causas de enfermedad en los países de la región.

Las enfermedades que están en color azul se asocian a enfermedades crónicas y están aumentando bastante. Todavía tenemos una carga de pobreza grande en función de VIH-SIDA, malaria, pero de alguna forma ya estamos revirtiendo ese tipo de posibilidad.

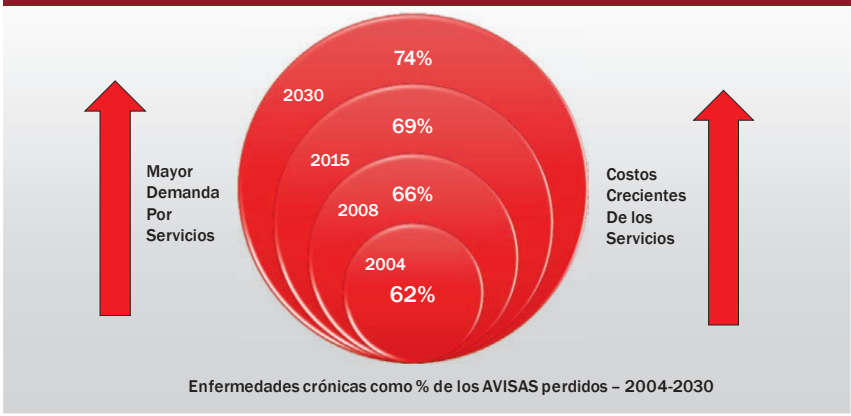
La siguiente diapositiva da una idea de la carga de las enfermedades crónicas para el año 2030, 74 % de AVISAS perdidos. También muestra específicamente cómo esta cuestión está aumentando y cómo eso impacta en los costos.

Los cambios en la posición de las principales causas de enfermedad en ALC también son reveladores...

1990		2010	
Posición	Causa	Posición	Causa
1	Infecciones Respiratorias Agudas	1	Isquemia del Corazón
2	Diarrea	2	Infecciones Respiratorias Agudas
3	Complicación de Embarazo y Parto	3	Isquemia Cerebral
4	Isquemia del Corazón	4	Diarrea
5	Isquemia Cerebral	5	IVH-SIDA
6	Enfermedad Pulmonar Obstructiva	6	Malaria
7	Malaria	7	Dolor de las Espaldas
8	Tuberculosis	8	Complicación de Embarazo y Parto
9	Desnutrición Calórico-Proteica	9	Enfermedad Pulmonar Obstructiva
10	Encefalopatía Neonatal	10	Accidentes de Tránsito

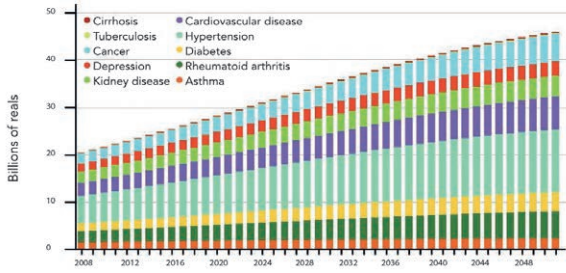
■ Grupo 1   
 ■ Grupo 2   
 ■ Grupo 3

....pero la carga de las enfermedades crónicas en el total de AVISAS perdidos podrá aumentar aún más.



Este gráfico que fue hecho para Brasil, muestra que la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas es precoz en América Latina,

HEALTH SPENDING PROJECTIONS BY CHRONIC CONDITION IN BRAZIL, 2008-2050



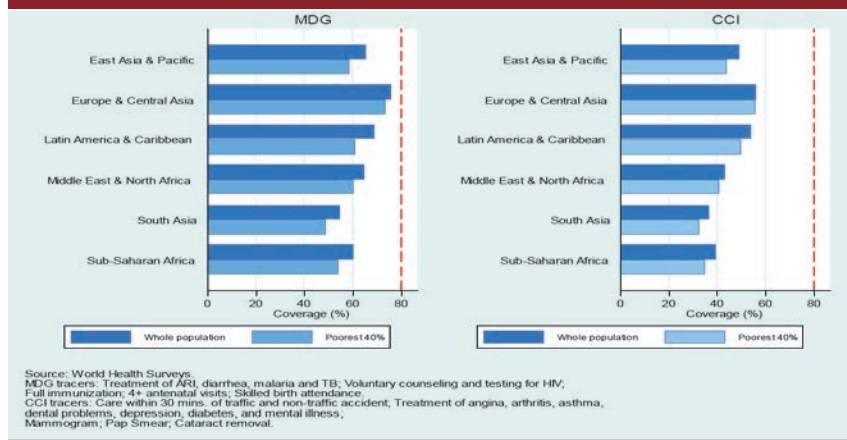
por inadecuada política de educación, promoción y prevención de los factores de riesgo. En Brasil se estima que el costo de las enfermedades crónicas podrá triplicarse entre 2008 y 2050, como lo muestra el gráfico.

Algunos países, como Argentina, han adoptado políticas públicas de promoción adecuadas (control de micronutrientes, de los alimentos, etc.), por ejemplo el control de la cantidad de sal en el pan.

Muchos países han tenido políticas adecuadas de control del tabaco, pero los efectos todavía no se hacen sentir.

Ésta es una comparación entre la cobertura de los objetivos de desarrollo del milenio (MDG, siglas en inglés) que están en el grafico a la izquierda, y a la derecha tenemos la cobertura por enfermedades crónicas y causas externas (CCI, siglas en inglés) podemos observar que la cobertura de los objetivos de nuevo milenio no alcanza siquiera el 80 % de factores de riesgo asociados y en el caso de los factores de riesgo asociadas a enfermedades crónicas y causas externas, no se llega al 60 %.

### Cobertura de los ODM y de las condiciones crónicas y causas externas (CCI) por Región en Desarrollo: 2010



Si los países no adoptan estrategias de control de factores de riesgo, promoción y prevención adecuados, se va a presentar un gran desafío.

La cuestión es que no pudimos cumplir con todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), ¿lograremos cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)?

Es una cuestión interesante porque este año terminan los objetivos del milenio con estos resultados y ahora tenemos una nueva agenda de las Naciones Unidas que son los ODS y uno de los 17 objetivos está ligado básicamente a la nutrición y uno sólo para la salud que me hablaron de tener más de 50 indicadores asociados a ellos y esos son indicadores que miran el acompañamiento del monitoreo de la cobertura universal.

¿Será que vamos a conseguir lograr esos objetivos?, la verdad no terminamos todavía nuestra agenda pasada y estamos empezando una nueva, que tiene que empezar de todos modos pero todavía estamos muy lejos de cumplir las dos.

## **No cumplimos con todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). ¿Lograremos cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)?**

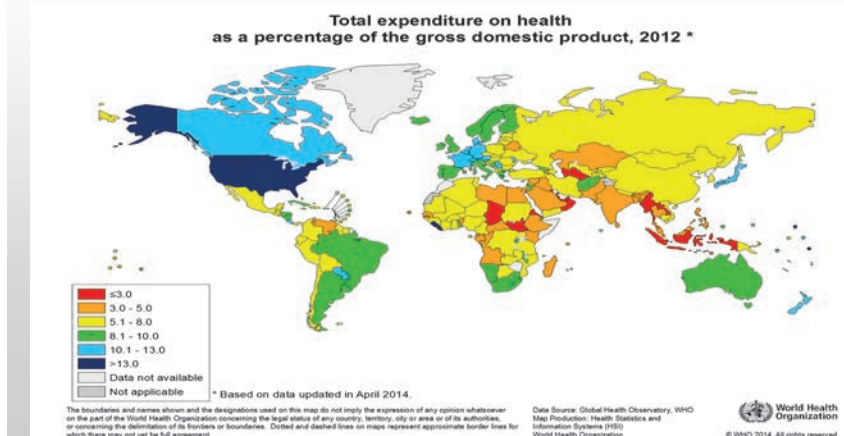
1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.
3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (COBERTURA UNIVERSAL)
4. Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.
5. Lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas
6. Garantizar la disponibilidad de agua y su ordenación sostenible y el saneamiento para todos.
7. Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos.
8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.
9. Construir infraestructura, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.
10. Reducir la desigualdad en y entre los países.
11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros y sostenibles.
12. Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles.
13. Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos (tomando nota de los acuerdos celebrados en el foro de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático).
14. Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible.
15. Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, efectuar una ordenación sostenible de los bosques, luchar contra la desertificación, detener y revertir la degradación de las tierras y poner freno a la pérdida de la diversidad biológica.
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
17. Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.

### 3- El financiamiento: siempre el gran culpable

Cumplir los objetivos de salud está asociado al tema del financiamiento, pero el financiamiento de salud es una cuestión que siempre se plantea de una forma bastante compleja, por ejemplo podemos observar que no estamos en la situación de Estados Unidos, que es el país que más gasta en salud, ahí se gasta más del 13 %, la verdad está gastando hoy 18 %.

Pero la mayoría de los países en desarrollo o desarrollados gastan entre 10 y 13 %, algunos entre 8 y 10 %. Los países de América Latina, en el caso específico de Brasil, Argentina, Uruguay están gastando entre 8 y 10 % del PBI, los países andinos y Chile están gastando entre 5 y 8 % al igual que México. Costa Rica y Nicaragua están gastando encima de 8 %, la verdad no nos podemos quejar de que gastamos poco en salud.

### El gasto en salud como porcentaje del PIB no es bajo...

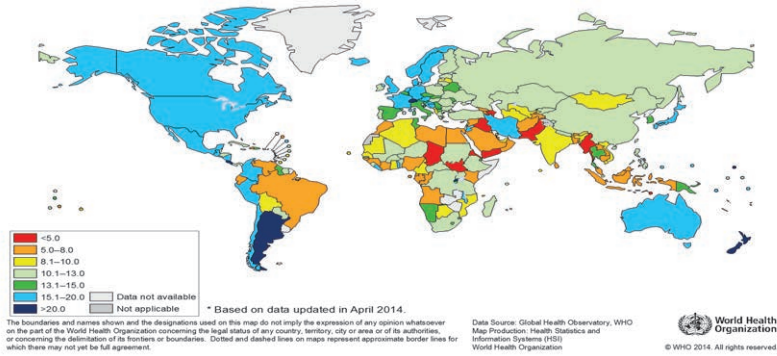


La pregunta que tenemos que hacer es sobre la calidad del gasto que tenemos y ahí viene un poco las otras cuestiones si miramos el gasto público como porcentaje del gasto público total, Argentina es el país que ha comprometido más del gasto

público total con salud, más del 20 % del gasto público en salud, los países andinos entre 15 y 20 %, Brasil, Venezuela y Ecuador gastan muy poco entre 5 y 8 %, es decir no invierten en salud aunque se tenga la meta de los tres países de un sistema de cobertura universal.

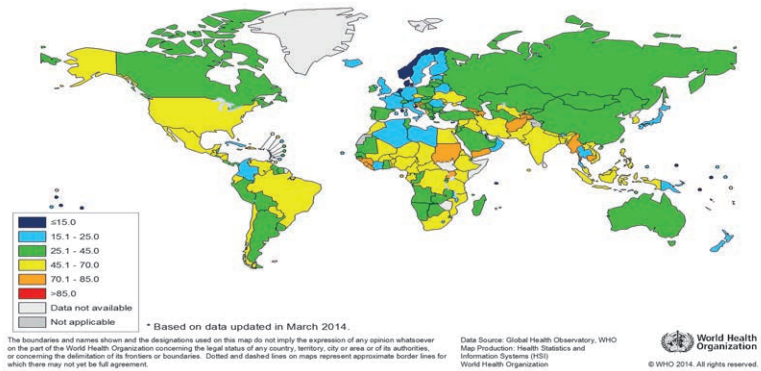
## El gasto público como porcentaje del gasto total del Gobierno en salud varía de país a país.

General government expenditure on health as a percentage of total government expenditure), 2012 \*



## Además, en los países adonde el gobierno no ha invertido lo necesario en salud, es mayor la participación del gasto privado

Private expenditure on health as a percentage of total expenditure on health (in US\$), 2012 \*

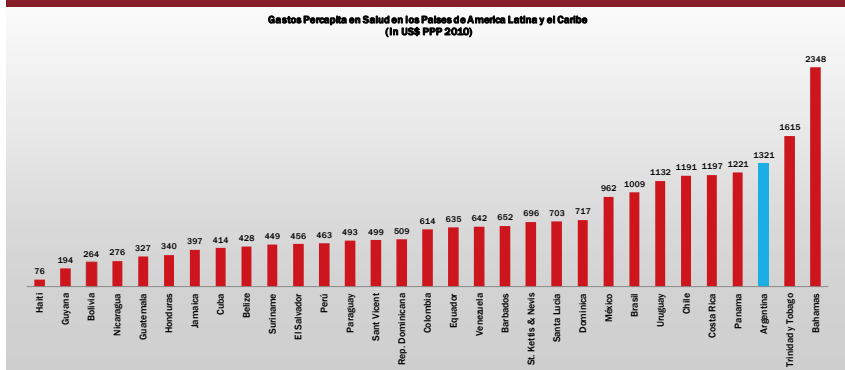




La otra cuestión que hay que pensar es si en estos países donde el gobierno no ha invertido lo necesario es mayor la participación del gasto privado. Entonces si observamos el mapa vemos que hay países que gastan poco en salud, en gasto público. El gasto privado llega a representar entre 45 y 70 % del gasto total en salud y ahí estamos sumando el gasto del bolsillo más el gasto privado de las empresas en sí mismo, vemos que Brasil, Venezuela, Ecuador y Chile están gastando entre 45 y 70 % del gasto en salud. El caso específico de Argentina, Uruguay, de Bolivia y Perú, que está representado en color verde, es del 25-45 %. Y la verdad gastan menos porque efectivamente el Estado está gastando más, entonces hay siempre una contraposición entre uno y otro.

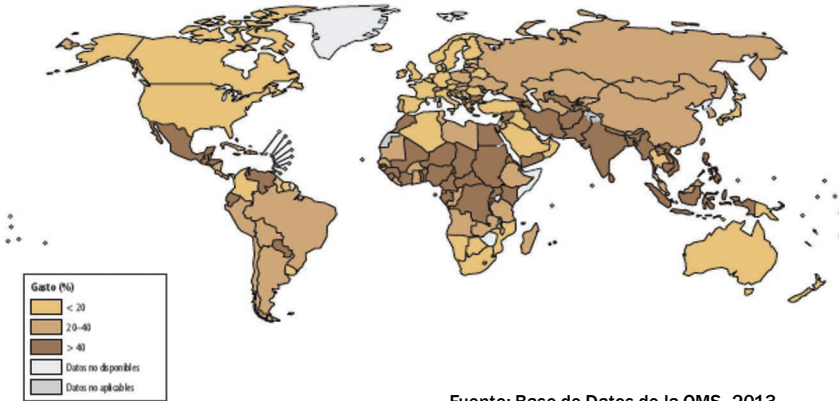
Si observamos el gasto per cápita, hay muchas diferencias. Por ejemplo, no podemos comparar los gastos de otros países del Caribe inglés donde se gasta mucho pero en el año 2010, Argentina era el país que tenía el mayor gasto per cápita alrededor de 1321 dólares. Observan qué pasa con los otros países, específicamente los países más pobres de América Central, no gastan siquiera 300, 400 dólares per cápita.

...pero los gastos percapita revelan muchas diferencias reales.



En relación al gasto de bolsillo, en América Latina sigue teniendo una proporción muy alta como hablamos anteriormente.

...y todavía el gasto del bolsillo como porcentaje del gasto en salud es muy elevado en la Región.

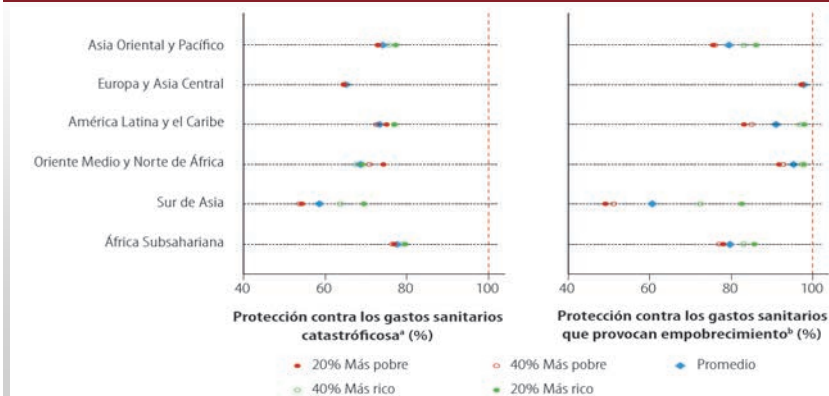


Fuente: Base de Datos de la OMS, 2013

Si miramos por región, por ejemplo América Latina comparada con otras regiones en desarrollo ha tomado algunas medidas para protección de gastos catastróficos y empobrecimiento.

Pero si nosotros observamos vemos que en América latina y el Caribe en relación con la protección contra gastos catastróficos

...pero la región ha tomado algunas medidas para protección contra gastos catastróficos y empobrecimiento....



OMS (2014), Monitoreo del progreso hacia la cobertura de salud al nivel nacional y global

está todo muy concentrado alrededor del 70 %. Las medidas que provocan empobrecimiento están básicamente entre un poco más de 80 hasta 100 %, incluso para los 20 % más pobres.

Entonces...

- América Latina no gasta poco en salud (más de 7% del PBI), pero el gasto es muy desigual entre distintos países.
- El gasto público en general está debajo del promedio de los países desarrollados (8% a 10% comparado con 15% a 20% del gasto público total). Además los gobiernos gastan mal no buscando la eficiencia del gasto.
- El gasto de bolsillo sigue siendo muy elevado (entre 20% y 40% del gasto total), lo que aumenta el riesgo de empobrecimiento de las familias, pero muchos gobiernos han tomado medidas para evitar gastos catastróficos, especialmente para los más pobres.

Desde el punto de vista del financiamiento, considero que el tema más importante es el de la eficiencia del gasto porque no tenemos necesidad de más recursos, ni de otras medidas de protección ya que las que existen de alguna forma dan alguna cuenta del proceso, pero necesitamos mejorar la eficiencia del gasto para lograr más resultados de nuestro producto sanitario.

#### **4- Todos a la universalización de cobertura: ¿pero cuál es la ruta?**

La universalización de cobertura de acuerdo con las metas que tiene la Organización Mundial de la Salud tiene una serie de efectos positivos. El tema de insumos y procesos que es necesario mejorar para que se tenga específicamente mejores productos como accesibilidad y preparación de los servicios, calidad y seguridad, recursos financieros mancomunados.

La idea de la mancomunación es muy importante. Que todos los recursos sean utilizados dentro de un mismo bolso porque ahí se da específicamente la coordinación para el pluralismo estructurado, y medidas de preparación para la crisis. Como resultados tenemos coberturas de las intervenciones, protección contra riesgo económico, mitigación de factores de riesgo con impacto en la mejora del estado de salud, del bienestar económico, de la capacidad de respuesta y de la seguridad sanitaria.

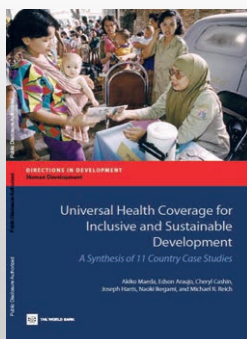
## Efectos esperados de la cobertura universal en salud



## Experiencias Diferenciadas hacia la Cobertura Universal

### • Caminos Utilizados

- A) Bajo el punto de vista del financiamiento, fondos de la seguridad social, fondos públicos fiscales, fondos privados voluntarios y otros;
- B) Bajo el punto de vista de la prestación de servicios, redes de proveedores públicas, privadas o mixtas;
- C) Bajo el punto de vista de la regulación pública, aumenta el rol del Estado en la garantía de cobertura extensa e integral, con mayor calidad y equidad.



Nosotros en el Banco Mundial hemos hecho varios estudios, que están en internet, para universalización de coberturas.

Por tanto, si tenemos una agenda para alcanzar la universalización de cobertura yo creo que debería estar basada en estas cuestiones:

- Definir el conjunto de beneficios universales e integrales actualizados de acuerdo a las necesidades y expandirlos de acuerdo a las posibilidades.
- Establecer los mecanismos de equidad necesarios para la cobertura Universal.
- Definir procesos que garanticen la sostenibilidad para la expansión e inclusión de las tres dimensiones del cubo.
- Considerar la economía política para la construcción del consenso de los actores involucrados en la universalización de cobertura.
- Evitar la fragmentación de los recursos utilizados para la cobertura y siempre que sea posible unificar los criterios y homogeneizar los derechos.
- Aumentar los mecanismos de eficiencia para la evaluación de necesidades, cobertura, calidad (sistemas de monitoreo y evaluación) y la eficiencia en la entrega de los servicios (redes de salud integradas, separación de funciones, pagos por desempeño para proveedores).

Bueno, ésta es un poco la idea. Les dejo dos direcciones para consultas. Muchas gracias.

[HTTP://WWW.MONITORDESAUDE.BLOGSPOT.COM](http://www.monitordesau.de.blogspot.com)

[HTTP://WWW.GLOBALHEALTHMONITOR.BLOGSPOT.COM](http://www.globalhealthmonitor.blogspot.com)





## MESA N° 5

### **Una agenda presidencial en salud: miradas políticas con sustento técnico**

*Coordinador: Farm. Hugo Navarro*

*Presidente del Colegio de Farmacéuticos de  
la Provincia de Santiago del Estero*

*Miembro de FEFARA*

Buenas tardes, en nombre de FEFARA quiero agradecer la presencia de todos ustedes y en particular la de los disertantes quienes van a aportar diferentes miradas respecto de las Políticas de Salud. Esta mesa está conformada por el Lic. Hugo Magonza, el Dr. Javier Vilosio y el Dr. Luis Scervino.

Hugo Néstor Magonza es Licenciado y posee un Master en Administración de Empresas. Se desempeña como Director General del CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno") desde el año 1997. Es miembro del Concejo Superior del Instituto Universitario CEMIC (IUC), vicepresidente 1° de ALAMI (Asociación Latinoamericana de Medicina Integral), presidente de ACAMI (Asociación Civil de Actividades

Médicas integrales y vicepresidente de ADEMP (Asociación de Empresas de Medicina Prepaga). También, es profesor titular de la Carrera de Administración de Salud de la UCES (Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales).

Javier Vilosio es médico, posee un master en Economía y Ciencias Políticas. Se desempeña como profesor adjunto de Salud Pública en el Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Es coordinador académico de la Maestría en Gestión de Sistemas de Salud (UBA- Fundación Sanatorio Gueemes), coordinador de la Escuela de Líderes, Fundación Femeba. Fue Secretario de Salud de la Pcia de Río Negro y Subsecretario de Programas de Prevención y Promoción de la Salud en el Ministerio de Salud de la Nación.

Luis Scervino es médico, egresado de la Universidad de Buenos Aires, master en Salud Pública (UBA), Director Médico de la obra social de Obras Sanitarias. Director del postgrado de Gerenciamiento de Enfermedades Crónicas de ISALUD y Vicepresidente del Instituto de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.



*Hugo Magonza*

Buenas tardes a todos, muchas gracias a las autoridades de FEFARA y a mi amigo Carlos Vassallo por esta invitación.

Tengo una presentación para mostrarles pero prefiero aprovechar esta oportunidad para transmitirles nuestra preocupación con respecto a la necesidad de que en una agenda presidencial, por primera vez, nuestro Sistema de Salud sea considerado una política de Estado.

En general la salud le importa a muy pocas personas, a los que están enfermos, a los familiares de los que están enfermos y a nosotros que trabajosamente componemos los equipos de salud desde hace mucho tiempo.

Yo no soy médico sino licenciado en Administración de Empresas, la carrera la hice trabajando en la institución en la que estoy y he convivido en la organización con médicos, enfermeras, terapistas, y hoy son mi familia. Por lo cual lo que van a escuchar es una mirada íntima, desde el sector. La mirada de aquéllos que forman parte de los equipos de salud y que yo trato de interpretarlos de alguna manera.

Actualmente me desempeño como presidente de ACAMI que es una organización que reúne a instituciones sin fines de lucro, tanto prestadoras como financiadoras de todo el país. Entre ellas están asociaciones como los hospitales de comunidad, otras instituciones prestadoras sin fines de lucro y obras sociales que prestan servicios para los voluntarios o a personal de dirección.

Hace aproximadamente 12 años en un Congreso en Córdoba presentamos algo que intentamos llamar de una manera bastante pomposa, Plan Nacional de Salud. Después nos dimos cuenta que era un exceso de soberbia y le bajamos el tono y,

hoy, decimos que son unos borradores conceptuales. Además tampoco crean que sabemos demasiado de esto, ni que tenemos la verdad.

En ese tiempo lo que hicimos fue juntar representantes de Instituciones del interior del país, a lo largo de un año, en pre coloquios. Pertenecían a la Seguridad Social, al sector privado, al público y el gremialismo.

Cuando terminó el año habíamos llegado a algunas conclusiones que llevamos después al coloquio que se hizo en Córdoba. En esta oportunidad, en la mesa inicial había 1200 personas presentes, lo cual fue para nosotros una cuestión realmente sorprendente, que alguien estuviera ahí para escuchar lo que teníamos para decir.

La realidad era que después de mucho discutir y haber transitado años por reuniones, coloquios y congresos, veíamos como se sentaba la gente, los del sector público por un lado, los de la seguridad social en el fondo y los del sector privado que eran un grupo pequeño y mirado con recelo por el resto, por otro.

Hoy nos damos cuenta de que en realidad los problemas del sistema de salud son comunes y que si en lugar de estar en una organización sin fin de lucro, estaría en el sector público haría más o menos lo mismo que hago ahora, con la misma vehemencia y con las mismas ganas. La manera de llevar a cabo las cosas no son muy distintas en uno u otros, la única diferencia es que obviamente tiene que haber alguien rector de toda esta actividad y ese rol le corresponde exclusivamente al Estado.

Lo que ocurre es que los roles de rectoría conllevan costos que se miden en el corto plazo y beneficios que se miden en el largo plazo. Esa es una de las razones por la cual no encontramos este tema en las agendas de los políticos. Hace un tiempo atrás le preguntábamos a un candidato a la Presidencia a la Nación qué iba a decir de salud en la campaña y nos contestó del tema salud, nada. Explicó que salud está en el puesto número 8 cuando

se hace la encuesta sobre qué le preocupa a la gente. Y, los que estudiaron psicología y sociología tienen en claro que el campo de atención dura poco, es decir, a la gente hay que hablarle muy poco tiempo y solamente de los temas que son verdaderamente críticos, por ejemplo, la inseguridad, la estabilidad laboral, la economía y la corrupción que últimamente se ha incorporado a la agenda.

Para corroborar estos datos hace dos años atrás, hicimos una encuesta para presentar en un congreso sobre 4000 casos y nos encontramos con que el tema salud no estaba en el número 8 sino en el número 12 en la preocupación de la gente. Y en términos porcentuales era el 0,2 % de la preocupación, muy cerquita de educación que era el 0,4 %. Por lo cual es muy difícil convencer a la gente que Salud es importante y que la tenemos que poner en la agenda diaria del día a día y también planificarla a muchos años.

Quiero transmitirles algunos conceptos. El primero es que, salvando diferencias, la salud en la República Argentina, para los que acceden, debe ser una de las que tiene mayor cobertura en el mundo y una de las mejores en cuanto a la calidad de la atención. Entonces no tenemos un problema de calidad o de cantidad en la cobertura, es más, creo que la cantidad de la cobertura es tan obscena y tan ilimitada que es muy difícil de suponer que vamos a mantener este sistema perdurable en el tiempo.

El mayor esfuerzo que deberíamos estar haciendo es tratar de lograr que la buena calidad y la enorme cantidad de cobertura que tenemos hoy, con algún grado de moderación y raciocinio se haga sostenible en el tiempo y se extienda a los 42 millones de argentinos. Es decir que uno de los conceptos que nadie duda es la universalidad de la cobertura.

El otro de los conceptos es el tema de la solidaridad del sistema. No nos imaginamos un Sistema de Salud no solidario y el nuestro intrínsecamente lo es, aún en las entidades privadas

donde hay pequeños grupos que financian la atención médica de otros que están dentro de ese grupo. Por eso hay que tener mucho cuidado cuando se modifica la balanza de la cobertura o la inclusión de pacientes con patologías preexistentes si no se tiene un elemento adecuado que nivele el concepto del egreso con el concepto del ingreso. Es tan así que no hay ninguna persona, ni ninguna organización mediana e incluso grande que pueda soportar el costo de la atención médica en el largo plazo, cuando estamos hablando de patologías de alto costo.

Antes decíamos, si recuerdan, alto costo y baja incidencia, hoy casi podemos decir solamente alto costo, porque tenemos las de alto costo con alta incidencia y las crónicas que hacen casi imposible el financiamiento de la salud por pequeños grupos de personas. Por lo tanto esto nos pone ante un planteo que es ético-social: todos somos pobres ante el sistema de salud, salvo rarísimas excepciones.

Si partimos sobre esa premisa no nos queda otra cosa que imaginar un modelo universal de cobertura, independientemente de cómo jueguen los actores.

Cuando digo esto hago una primera aclaración, nosotros proponemos un plan de modificación del sistema en forma gradual, basándonos en las cosas que andan bien, no como se hace normalmente en la República Argentina que el que comienza, rechaza todo lo que se llevó a cabo anteriormente. Las reglas en salud deben ser modificadas en el largo plazo. En este proceso virtuoso se tiene que trabajar sobre la mejora continua de los actores de salud para que se eleve la calidad pero que se le proporcione el tiempo suficiente y la capacitación para que la gente pueda mejorar y acreditar las condiciones que se les va a exigir porque tampoco hay equidad sin calidad.

Por ello, no es lo mismo una clínica que no tiene los elementos necesarios para la atención de un paciente crítico o poder ingresar a algunos de los buenos hospitales públicos. Entonces

la equidad no se puede dar si no está apoyada con calidad garantizada de la prestación.

Hoy es muy difícil la financiación por ello estoy convencido que ante las grandes enfermedades y los tratamientos consecuentes la única forma de financiarlas es a través de un modelo universal solidario. Con esto que menciono, sé que hasta en mis propios amigos y compañeros tengo detractores, 50 y 50. Algunos dicen cómo vas a crear otro fondo más, quién lo va a controlar, se van a abusar del fondo, los dineros van a ir a parar a otra cosa que no sea el objetivo original. Yo les contesto que no podemos descreer de nuestra humanidad y dejar de encarar algo que esté bien hecho. Estoy comprometido y convencido que tenemos que empezar a creer de que nosotros podemos ser eficientes, inteligentes, racionales y honestos. Si no trabajamos sobre esa pauta les aviso me levanto, me voy porque todo el resto de la conversación y mi presentación está asentada sobre sobre estas premisas.

Hoy también conversábamos que no se puede definir una Universalidad en la cobertura si no se define una canasta prestacional. Esa canasta prestacional no puede ser anárquica, tampoco definida exclusivamente por uno de los sectores como ha sido el caso del PMO. Se han hecho incorporaciones a través de leyes y yo tengo mis dudas que el poder ejecutivo a través del Ministerio de Salud y a través de la Superintendencia haya tenido algo que ver con el proceso de la discusión de la ley o con algunos de los actores de esa discusión. Conclusión, ninguna de las leyes dice cómo se financia.

Si nosotros vamos a discutir la incorporación de una cobertura tiene que estar dentro de una estrategia del Plan Nacional de Salud y esto tiene que estar en la cabeza de un órgano rector y ese órgano rector debería ser, el Ministerio de Salud de la Nación acompañado de los Ministerios de Salud provinciales.

Con esto no digo que sean los únicos involucrados pero no pueden ser evitados, deben ser consultados y participados en

forma activa. Esto quiere decir también que hay una restricción al legislativo como debería haber una restricción al poder judicial.

Muchísimas de las cosas que hoy estamos cubriendo, probablemente las que producen el mayor desfinanciamiento de nuestras organizaciones, son las que vienen por medidas cautelares. Estas medidas cautelares que muchas veces no tienen sustento científico, es más, los profesionales que las indican en general no son los expertos en ese tema.

Nosotros estamos hablando con los jueces, nos cuesta ahora un poco menos que antes. A los jueces les toca decidir sobre todo, desde la estructura de un puente hasta un litigio en la calle por un choque y, por ejemplo, un caso de cobertura médica de una paciente que tiene una leucemia y tiene una tercera recidiva de la enfermedad y le quieren indicar un medicamento que no tiene la indicación precisa pero que es una terapia de rescate.

Al juez le suena como la última alternativa y tiene al individuo adelante pero no ve a la sociedad en su conjunto y que los fondos mal usados son detraídos de los recursos de toda la sociedad para la atención médica. Entonces toma la decisión que puede tomar, que es la decisión por el individuo. Normalmente ante una situación de perentoriedad y de urgencia decide por el que tiene en frente es el "in dubio pro paciente". Ese "in dubio pro paciente" le cuesta al sistema enorme cantidad de recursos, y para que ustedes tengan una idea remota, porque últimamente los datos pueden haber cambiado, hace aproximadamente 4 años el sistema judicial se llevaba del sistema de salud el 2 % de los recursos. Es una cantidad enorme, 2 años después lo volvimos a medir y era el 4 %. Entonces algo tenemos para hacer porque en realidad no es que los recursos del sistema sean tan escasos, siempre son escasos en virtud de las necesidades, porque la verdad es que creer que vamos a poder parar el avance de la medicina es como querer parar el sol con la mano, eso es imposible esto va a avanzar, los costos de salud van a crecer lo único que nosotros podemos ser es eficientes.

Eficientes en el manejo de los recursos, tener a los mejores para consultar y en esos casos tomar decisiones éticas. Cuando recién comenzaba con mi carrera fui a un seminario que lo daba uno de los directores del PAMI en ese momento, y decía la ética y la eficiencia van de la mano. No hay ninguna posibilidad de que si una persona es ineficiente en el manejo de los recursos de terceros no tenga un costado no ético, eso lo escuché hace mucho tiempo y nunca más me olvide. Por esa razón, también le tenemos que dar a los jueces, las herramientas necesarias para que tomen las mejores decisiones.

También le tenemos que dar a los médicos las herramientas para defenderse porque otra de las porciones enormes del gasto en salud, es la medicina defensiva, la que hacen para evitar ser demandados con posterioridad por no acceder a los pedidos de pacientes. En realidad si el médico está bien formado tiene un respaldo adecuado, tiene la actualización en su formación y estamos sujetos y librados a su criterio profesional y en eso nosotros nos entregamos confiados, puede equivocarse por supuesto. Pero si esa persona está convencida que el que entra por la puerta no es un paciente sino que es un futuro demandante su manera prescriptiva cambia totalmente. Se ha estudiado que un porcentaje que ronda el 20 % del gasto médico, prescripción del medicamento y estudios, es en vano.

Es solamente para protegerse de una potencial demanda, ese paciente que se le sienta adelante al profesional y le dice por qué no me pide una resonancia magnética o una tomografía que me duele la cabeza y el médico le dice pero mire que la verdad que no tiene indicación y la persona le insiste dos o tres veces y a la tercera vez dice y si le pasa algo y se la indico, y ahí el sistema otra vez vuelve a gastar recursos que seguramente son para otra cosa.

En relación a la Agencia de Evaluación de Tecnología yo sé que es un elemento no determinante pero para mí es importante. Una agencia de evaluación de tecnología es imprescindible para

poder conformar correctamente la canasta prestacional, porque cuando hablamos de cobertura universal, nos estamos refiriendo a 42 millones de personas que tienen la misma cobertura, accesibilidad y calidad básica de prestación médica.

Pero si no tenemos una agencia de evaluación de tecnología, todo esto es un flan. Porque podemos poner normas razonables para las cosas que son habituales pero la incorporación de la tecnología alguien la tiene que evaluar y esa evaluación nuevamente debe estar en manos del Estado. Nosotros podemos ayudar, colaborar, contribuir, también las asociaciones profesionales, la Academia de Medicina porque hay un montón de documentación en todo el mundo. Muchas veces no hace falta nada más que entrar en el NICE y en otras organizaciones que hacen su trabajo y buscar documentación, compararla y tomar decisiones. Pero el que toma las decisiones finales tiene que ser en este caso el Ministerio de Salud.

Porque no se puede dejar a los particulares que diriman estas decisiones en pos de lo que pueden llegar a ser intereses contrapuestos. Entonces tiene que ser un tercero y ese tercero es el Estado, nosotros a veces nos olvidamos cuál es su rol. Ustedes saben que el Estado somos nosotros que le hemos delegado las decisiones que como individuos en la sociedad no podemos tomar.

Entonces el Estado no es un ente externo, es a quien nosotros empoderamos para que tome las decisiones que nosotros como individuos no podemos tomar porque estaríamos en litigio todo el tiempo incluso con la seguridad la salud y otras tantas decisiones.

Ese rol, en mucho tiempo no ha sido querido ser asumido muy fervientemente por los funcionarios públicos, porque tomar decisiones de este tipo tiene costo político. Decir que no, tiene costo político, y muchas veces el oponerse a gastos innecesarios es muy complejo si no cuentan, los funcionarios, con una



estructura jurídica que le dé el respaldo para que no se sientan solos. En esas condiciones va a ser muy difícil que alguien tome decisiones.

Ahora, una vez que tengamos la estructura jurídica, también tenemos que tener los funcionarios técnicos adecuados y que no los cambien todos los días cuando cambian los colores políticos. Yo me imagino una Agencia de Evaluación de Tecnología con profesionales calificados que perduren en el tiempo más allá de los cambios políticos.

Lo que podemos hacer ahora es fervientemente y en forma rápida trabajar sobre los 4 ó 5 conceptos que estamos hablando, cobertura universal, evaluación de tecnología, evaluación de la calidad y alguna forma de garantizar que las coberturas de alto costo sean solidariamente afrontadas y mejorar enormemente lo que es la formación del recurso humano que de por sí, en general, es bastante bueno todavía. Y, nosotros no debemos permitir que el proceso de deterioro y el desánimo nos alcance, porque si no esto que es tan bueno se va a perder.

Respecto a la encuesta que llevamos a cabo sobre 4000 individuos, hemos censado a los distintos subsectores, sector público, de la seguridad social, el privado y el PAMI. La sorpresa que nos llevamos es que había enormes preconceptos cruzados entre los subsectores, por ejemplo nadie del sector privado decía que el sector público era bueno pero cuando se le preguntaba a la gente que se atendía en el sector público, los niveles de satisfacción eran muy altos.

En el caso de PAMI también pensábamos que iba a dar mal, por todo lo que escuchábamos, además porque en cada Congreso que hacemos alguien levanta la mano y dice que el PAMI no funciona bien, tiene problemas de accesibilidad, pero cuando se preguntaba a los usuarios, el 76 % decían que tenían altos niveles de satisfacción.

Entonces lo que tenemos no es tan malo, debemos trabajar

para preservarlo y mejorarlo, y en esa tarea hay algo que debo reconocer como un error de todos los dirigentes del sector, entre los cuales me incluyo, y es no haber hablado entre nosotros, no haber sabido convocar al diálogo y tampoco comunicarnos correctamente con el exterior. Este error nace de organizaciones a las que pertenecemos, que hacen la tarea técnica muy bien y entonces creen que con eso alcanza y yo les quiero transmitir que con hacer lo que hacemos nosotros todos los días muy bien, no alcanza. Hay que dialogar y comunicar. Así que ese fue mi mensaje.

Muchas Gracias.

*Javier Vilosio*

Buenas tardes, muchas gracias a todos. Yo voy a hacer mi aporte a esta Mesa desde la perspectiva del grupo PAIS.

El grupo PAIS tiene que ver con este proceso de discusión, básicamente limitada a los que estamos comprometidos desde algún sector vinculado a la salud, ya sea en el área académica, empresarial o de la función pública.

Hay varios grupos que están trabajando en estos temas sanitarios y el grupo PAIS es uno de ellos. Tiene una característica y es que está integrado, básicamente, por profesionales de distinta extracción institucional y partidaria, de hecho, algunos de los que han suscripto nuestro documento ahora son candidatos en distintos partidos y muchos somos ex funcionarios. Algunos hacen exclusivamente docencia, otros están muy involucrados en la tarea asistencial ya sea como médicos o como otras profesiones de salud pero tienen una vocación por la cuestión de la gestión, por la cuestión institucional y las políticas sanitarias.

Este grupo surgió con la idea de empezar a generar un consenso mínimo sobre aquellas cuestiones que podríamos proponer para mejorar nuestro Sistema de Salud y el nombre PAIS significa Pacto Argentino por la Inclusión en Salud.

La idea era consensuar una especie de plataforma para que quienes iban a tomar la administración gubernamental en algún momento, por lo menos se comprometieran a algunas líneas centrales de pensamiento que como van a ver coinciden con lo que ha dicho el Lic. Magonza y con lo que otros grupos también están planteando. No hay mucho disenso respecto a lo que podríamos llamar las posturas técnicas. Pero, por supuesto, hay juego de intereses y hay distintas visiones de las perspecti-

vas que cada uno toma en función de lo que defiende y esto es lícito y es bueno que sea explicitado también.

Finalmente quien asuma la responsabilidad desde el Estado tendrá que tomar las decisiones evaluando ventajas, desventajas, riesgos, beneficios, pagando los costos que se han mencionado recién y recogiendo también el beneficio de haber hecho bien las cosas. Dejando en claro que la perspectiva que se señaló, no es rentable en términos políticos de corto plazo porque las transformaciones del sector son procesos que llevan tiempo.

Éste es el documento original de grupo PAIS que se firmó en septiembre del 2012:

The image shows the cover of a document titled 'PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD / PAIS'. The cover features a blue background with a network of white lines connecting various blue icons of people. A central white box contains the title and subtitle: 'PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD / PAIS' and 'UNA PROPUESTA PARA REORGANIZAR LA COBERTURA Y TRANSFORMAR LA FORMA DE CONSTRUIR SALUD EN ARGENTINA'. Below the title, it says 'SEPTIEMBRE 2012'.

El Pacto Argentino por la Inclusión en Salud contiene una propuesta para reorganizar la cobertura y transformar la forma de construir salud en Argentina.

Es el consenso de un conjunto de expertos que busca edificar una visión compartida sobre el modelo de salud que se aspira alcanzar en el mediano y largo plazo.

**PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD / PAIS**

En este listado se encuentran las personas que firmaron el pacto en su origen. No me van a ver a mí en esa lista porque en el año 2012 todavía era menor de edad y no podía firmar. Pero ahora en la próxima edición del pacto espero que me dejen estampar mi firma. Muchos nombres son reconocidos y por supuesto están en distintas posiciones desde lo político. Insisto en esto de lo partidario porque en estos niveles de discusiones donde hay muchos más acuerdos y muchas más coincidencias

que después los actores políticos estrictamente manifiestan por necesidad de su propia campaña electoral.



No puedo menos que coincidir con algo que se ha dicho recién tratando de entender por qué el tema de salud no resultaba visible en la agenda política. No sé si alguien tiene la respuesta final pero hay muchas respuestas parciales que pueden explicarlo. Lo que está claro es que, indudablemente, es un grave problema que tiene el sector. Hay quienes han dicho que la gente de la educación, por ejemplo, ha logrado hacer más visible en la agenda pública el problema de su sector, quizás porque hay más personas que todos los días toman contacto con el sistema educativo, en cualquiera de sus niveles.

En cambio en salud la experiencia y el contacto de la gente con el sistema son distintos. Y lo concreto es que la problemática de salud, como se dice habitualmente, no mueve el amperímetro de los decisores políticos. Lo que sí quiero señalar es la responsabilidad de las instituciones y las organizaciones sectoriales porque más allá de toda explicación lo cierto es que éste es un sector donde sus protagonistas están absolutamente atomizados y no existe ningún tipo de accionar en conjunto.

Nos hemos ido disgregando a lo largo del tiempo, y así, el sector ha resignado poder político y capacidad de influencia en las decisiones. Van a ver que hay dos, tres o cuatro organizaciones que representan parcialmente y que, además, están todas peleadas entre sí y con todos los dirigentes. Este mismo clima se reproduce en nuestros ambientes de trabajo, por ejemplo en las instituciones en donde estamos los clínicos decimos que los traumatólogos no son médicos, los cirujanos dicen que los clínicos no sabemos medicina, otros dicen que los administradores no saben nada y los administradores piensan que los médicos son todos unos derrochones, inconscientes, irresponsables, los abogados dicen con esto nos va a ir muy bien, nosotros pensamos que los abogados son inútiles. En fin, tenemos un problema cultural respecto a quienes somos y donde estamos parados el cual se transmite a nuestras instituciones y atenta claramente contra nosotros.

El documento del grupo PAIS se basa en tres grandes líneas de pensamiento, están planteados principios, ejes de trabajo y una lista de 14 propuestas básicas que constituyen esta plataforma sobre la cual nosotros pretendíamos lograr un acuerdo a nivel general.

Como habrán adivinado no se logró y quiero decir algo que la última vez que lo hice me acusaron de antidemocrático y gorila, pero lo dije en un ambiente de médicos así que a lo mejor con los farmacéuticos tengo más suerte. Yo digo que lamentablemente cuando vamos a votar, elegimos más al producto del marketing político, los colores, las imágenes que a las propuestas o ideas concretas que nos puedan cambiar la calidad de vida y este es un gran problema de nuestra cultura política.

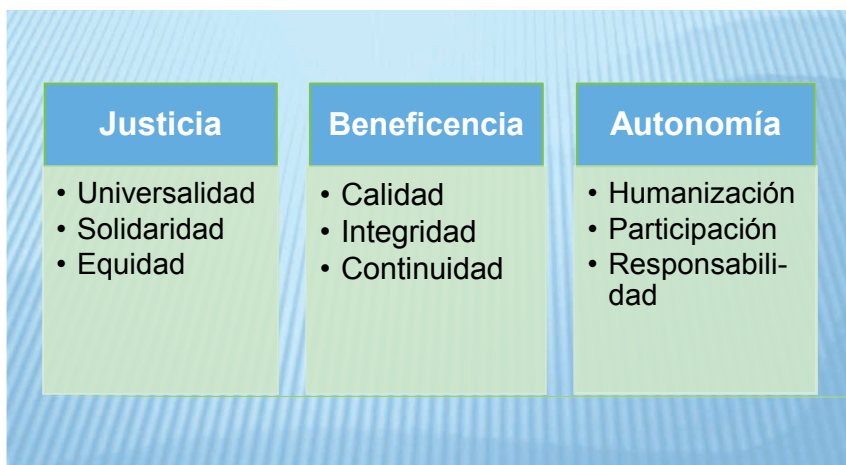
Dicho esto, voy a comentarles sobre los **principios** que rigen el documento de PAÍS: **justicia, beneficencia y autonomía**.

Hablamos del tema Justicia porque creo que muchos de los que estamos acá consideramos que el problema principal del

Sistema de Salud en la Argentina es el de la inequidad o sea la injusticia. Tenemos a muchos que corren gravísimo riesgo porque no acceden a lo que necesitan o porque consumen mucho más de lo que necesitan, lo cual también los pone en riesgo y por otro lado los que tienen la posibilidad de acceder a lo que necesitan con niveles buenos de calidad.

Si nosotros miramos promedios de la salud en la Argentina, en general, no son malos. Y en esto la Seguridad Social ha tenido mucho que ver porque nos ha dado durante muchos años la posibilidad de transformar positivamente la situación de la salud en la Argentina. Ahora, para bien y para mal llegamos a un punto donde los promedios no nos dicen gran cosa. Y tenemos que buscar las diferencias en los extremos y ahí es donde las diferencias son intolerables. Que es la base del concepto de inequidad.

No hay intervención médica que sea inocua o solamente positiva, el sobreconsumo en Salud daña, no solo daña al sistema y su economía, también a la salud de las personas. Mientras algunos consumimos en exceso otros no acceden a cuestiones básicas, inclusive cuestiones elementales y anteriores a la atención médica propiamente dicha, como tener agua o cloacas, o seguridad o transporte.



Les quiero mostrar cuatro renglones sacados de un texto de uno de los firmantes del pacto país, el Dr. Jorge Mera que es sanitarista, muy conocido, con una larga trayectoria en la Argentina. Él planteaba que los que actuemos en el sistema de salud argentino vamos a tener que encontrarnos con al menos cuatro grandes encrucijadas y que habrá que elegir qué camino tomar.

El problema del **federalismo**, un tema irresuelto en la política argentina y, por supuesto, en la salud. No me voy a extender sobre el problema del federalismo sanitario pero es muy grave y tiene que ver primero con la economía general de las provincias. Ustedes saben que desde la reforma constitucional está pendiente una nueva Ley de Coparticipación Federal, es decir, cómo se redistribuyen los recursos fiscales del país y de las jurisdicciones. La dirigencia política argentina tan presta a firmar la Reforma Constitucional jamás mostró la menor voluntad de avanzar en este compromiso constitucional. Está pendiente la Ley de Coparticipación y desde el punto de vista estrictamente sanitario, ustedes saben, que todas nuestras jurisdicciones tienen una cantidad de atribuciones respecto de salud que no fueron delegadas a la Nación. Cuando nosotros hablamos de la legislación en Salud en realidad estamos diciendo de normas que requieren después aprobación en las provincias. Un sistema que además se caracteriza por la fragmentación, la atomización donde algunas jurisdicciones tienen evidente falta de voluntad y de capacidad técnica para desarrollar propuestas innovadoras en salud así que este es un problema muy serio.

La **contraposición entre beneficencia y solidaridad** hace a una discusión que está latente en el sector. Esta semana han publicado un artículo, sorprendentemente, con el aval del Ministerio de Salud de la Nación donde se plantea que no debe existir Mercado de la salud porque ésta no puede ser considerada un negocio, es un Derecho. Desde el punto de vista de la retórica esto es muy convincente.



El problema es que existen unos 6-7 millones de argentinos que reciben servicios en el sector privado y una cantidad muy importante de personas que no reciben el servicio que deberían recibir en el sector público por acceso o por calidad. Sector público que además tiene instituciones de primer nivel como se ha dicho pero con grandes rangos de inequidad, de diferencia en el acceso y en la calidad.

Antes lo dijo Medici, teóricamente Argentina es un país con cobertura universal. O sea que teóricamente todos nosotros estamos cubiertos por el Estado a través de los hospitales públicos. Lo interesante es cuando uno discute esto con decisores políticos, y les pregunta dónde se atiende él y su familia, y sacan, yo también, el carnet de alguna prepaga, obra social o prepaga por convenio con nuestra obra social. Esto es una realidad, el resto es retórica, eso es a lo que me refiero con la contraposición.

Voy a hacer mención al papel de las **entidades sindicales** porque en la Argentina entidades sindicales y seguridad social en salud van de la mano por una cantidad de hechos históricos importantes y porque la Seguridad Social tiene un rol fundamental en este sistema.

Recién mencioné que la Seguridad Social es responsable de mucho de lo bueno que tenemos en el sistema, pero bien lo sabe la gente que trabaja en esas Instituciones, también tienen el problema de enormes diferencias en calidad, en cobertura y en resultados. Entonces hay quienes alientan la fantasía de una especie de sistema nacional único donde la seguridad social, de alguna manera, aparezca subsumida en ese proyecto. En el grupo nuestro, pensamos que la Seguridad Social debe ser incorporada a un proyecto nacional coordinado, pero respetando su identidad y las características fundacionales del sistema de la Seguridad Social que tienen que ver con la Solidaridad. Principio con el cual, obviamente, coincido.



- ✓ **el federalismo**
- ✓ **la contraposición de la *beneficencia y la solidaridad***
- ✓ **la *relación Nación-Provincias***
- ✓ **el *papel de las entidades sindicales***

Jorge A. Mera ENCRUCIJADAS EN EL FUTURO DEL SISTEMA DE SALUD.

Estas son las cuatro líneas de trabajo con las propuestas, la primera con sus dos propuestas:

1

La salud es un derecho cuya satisfacción requiere de un protagonismo creciente del Estado

- Relación Nación-Provincias
- COFESA
- Agencia regulatoria integrada

1. Configurar una nueva relación Nación-Provincias, que fortalezca la rectoría de la Nación y al Consejo Federal de Salud (COFESA) como espacio principal de coordinación.
2. Consolidar una agencia regulatoria de salud integrada.

En relación a la segunda línea de trabajo y las cinco propuestas:

**2**

**El sistema de salud debe garantizar el acceso a cuidados homogéneos de calidad a todos los habitantes del país**

- Ciclo vital / Líneas de cuidado
- Nuevo PMO
- Seguro Universal p/ catastróficas
- Redes / Población nominada
- Deberes
- Participación

**3. Jerarquizar problemas de salud para cada etapa del ciclo de vida, mediante protecciones de salud expresadas en líneas de cuidados, y garantizadas a través de un nuevo Programa Médico Obligatorio (PMO).**

**4. Crear un seguro universal para la cobertura de enfermedades catastróficas.**

**5. Construir redes de complejidad creciente y con responsabilidad nominada sobre población a cargo.**

**6. Comprometer al paciente: La salud involucra derechos y deberes.**

**7. Procurar una apropiada participación de los beneficiarios en el sistema de salud.**

La tercera línea y las cuatro propuestas:

**3**

**La asignación y distribución de los recursos al interior del sistema de salud debe garantizar el pleno desarrollo del modelo de atención definido**

- Desigualdades
- Programa integrado RRHH
- Evaluación de prestadores
- Compromisos de gestión
- Autonomía

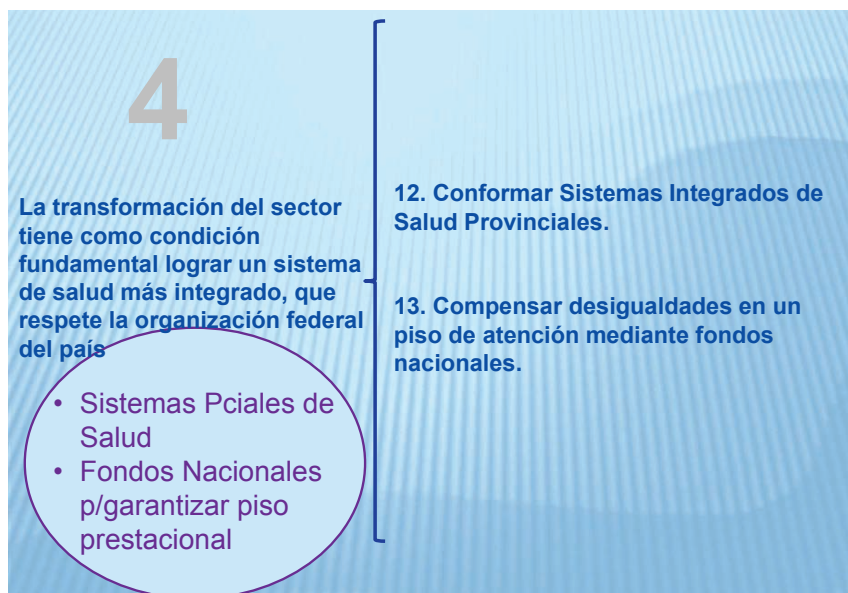
**8. Corregir desigualdades en la infraestructura y los recursos humanos.**

**9. Establecer un programa integrado de recursos humanos en salud que guarde pertinencia con el perfil epidemiológico del país.**

**10. Evaluar el desempeño de los financiadores en función de los resultados de salud obtenidos sobre la población a su cargo y vincular la asignación de recursos a compromisos de gestión.**

**11. Brindar mayor autonomía a los efectores públicos.**

La cuarta y última línea con las dos últimas propuestas:



Ahora estamos trabajando en un nuevo documento que es una actualización del documento del año 2012. Queremos enfatizar sobre la idea del desarrollo de los **Seguros Provinciales de Salud** (SPS).

Creemos que esta es una línea que hay que fortalecer. El Ministerio de Salud está trabajando en esto, tienen un programa que es el Sumar, con el cual, en términos generales, acordamos. Por supuesto, en lo operativo, tenemos algunas diferencias pero es importante reconocer que el gobierno nacional esté trabajando en esa línea.

Creemos que, también, el **PAMI y las Obras Sociales provinciales** tienen que incorporarse en una lógica de funcionamiento integrado en el sector.

Por supuesto compartimos con la idea de un **Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas**. Esto es tanto para las personas que deben afrontar el pago de tratamientos normalmente

caros como para las instituciones que tienen que financiarlo. Afortunadamente este tema ha sido tomado por uno de los candidatos a presidente, lo ha puesto en un libro, habla de enfermedades catastróficas, es decir, el tema empieza a divulgarse.



**Seguros Provinciales de Salud (SPS)**, con el Estado Nacional apoyando su fortalecimiento, y monitoreo, evaluación e incentivos según resultados.

Sumar al **PAMI y OOSS Pciales** a la orbita regulatoria de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)

**Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas** (eventos de baja incidencia y alto costo)

Redes **público-privadas**

También creemos que el PMO (Programa Médico Obligatorio) tal como está diseñado no es una herramienta adecuada. Para asegurar la cobertura, que era el objetivo fundamental o inicial del PMO hay que tomar un concepto que tiene más que ver con el cuidado de las personas en la etapa del ciclo vital y con una

Reemplazar el PMO por un **régimen de coberturas prioritarias de acceso universal**, definidas por patología, no según procedimientos de diagnóstico y tratamiento, de cumplimiento obligatorio.

ANMAT incorporando estudios de costo-efectividad y **regulación de la oferta tecnológica**,

**COFELESA**: MSN, Ministerios provinciales, SSS, Obras Sociales provinciales, las cámaras empresariales y asociaciones de 3<sup>er</sup> grado de prestadores.

estrategia de líneas de cuidado, no para cubrir un diagnóstico o un medicamento sino para poder asegurar el tratamiento de determinadas situaciones vitales en forma integrada.

Por supuesto el tema de regulación de la oferta tecnológica y de evaluación de tecnología sanitaria es fundamental porque ningún esquema racional de ordenamiento sectorial puede funcionar sino sabemos a qué población, con nombre y apellido, estamos atendiendo. Y, no se puede llevar adelante ningún cálculo de nada si no regulamos, controlamos, normatizamos la incorporación y la utilización de tecnología. Cuando hablamos de tecnología imaginamos aparatos y medicamentos pero tecnología también se refiere a los sistemas de gestión y de información. Estamos queriendo o debiendo tomar decisiones con mala o inexistente información y este es un problema, también, de nuestra cultura política.

Esto es parte de un artículo muy interesante que se ha publicado recientemente sobre **seguros de alto costo**:

**El mercado de los fármacos, en cifras**

**¿CÓMO SE FINANCIAN LOS FÁRMACOS?**

El Estado	25%
Seguros de salud	65%
Industria farmacéutica	10%

**APLICACIÓN DE LA ENFERMEDAD POR SEXO**

Varones	50%
Mujeres	50%

**REPARTO DE LOS GASTOS EN EL SECTOR DE LOS MEDICAMENTOS POR CATEGORÍA**

Categoría	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alta	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Medio	20%	20%	20%	20%	20%	20%
Baja	70%	70%	70%	70%	70%	70%

“...hay alrededor de 400.000 hogares en los que casi dos millones de personas cayeron en la pobreza porque uno de sus miembros padece una enfermedad muy costosa. (...) los pacientes que pueden recurrir a demandas judiciales para conseguir que les financien sus tratamientos” (Federico Tobar)

“6% de los hogares tenía gastos médicos por más del 34% de sus ingresos, un umbral que define cuándo una enfermedad se vuelve catastrófica”

“La fragmentación de nuestro sistema de salud atenta contra la implementación de políticas. No sólo se divide en público, prepagas y obras sociales, sino que éstos a su vez se subdividen: el resultado es una cobertura atomizada. Y cuando se habla de financiamiento, aparecen aún más dificultades” (G Hamilton)

Consolidar un seguro que proteja a todos los argentinos ante unas 50 enfermedades de alto costo con tratamientos protocolizados ya generaría equidad y reduciría los costos de esas enfermedades en un 75 %.”

Hay tres alternativas técnicas que se discuten. Hay quienes hablan de un Fondo Nacional, otros de un Seguro Nacional y hay quienes proponen armar mercados privados al estilo de lo que se hizo, en algún momento, con las aseguradoras de pensiones y jubilaciones. Eso es un debate técnico, político e ideológico.

La conclusión es que las cosas no son blanco o negro, y en el mundo de la salud menos. Por lo tanto, cualquier alternativa que se tome tiene pros, contras, ventajas, riesgos, beneficios. Hay oportunidades, no hay soluciones perfectas, en el mundo nadie ha resuelto totalmente el tema. Sin embargo, nosotros tenemos una gran capacidad, muy nacional, muy nuestra, que es la capacidad de destruir cualquier sistema para cambiarlo o entorpecerlo.

**Un fondo:** contrata y financia las prestaciones de obras sociales, prepagas, mutuales y gobiernos provinciales. Reembolsaría sus gastos catastróficos. Desarrollaría evaluación de tecnologías, protocolos, acreditación de prestadores, pago modulado. ¿Medicamentos e insumos?.

**Un seguro nacional** de enfermedades catastróficas implicaría una discriminación positiva de estas enfermedades, sacándolas del PMO porque habría un esquema único con prestadores públicos y privados previamente seleccionados y acreditados que cobrarían un monto prefijado. Los financiadores se centrarían en cumplimentar protocolos para cumplir con las condiciones de elegibilidad del seguro.

**Un mercado de aseguramiento** con múltiples entes brindando cobertura frente a las enfermedades catastróficas. Se podrían implementar muchas de las herramientas mencionadas para gestión de los riesgos catastróficos. Podría incrementar los costos de transacción en el sistema de salud sin contribuir a la equidad.

Por eso la reflexión final es que no hay sistemas que en Argentina vayan a garantizar nada en términos de resultados si no recuperamos, como sociedad, el valor de la Ley, de la Justicia, del orden, de la censura social al que delinque. Porque en materia de salud todas las pequeñas “porquerías” que hacemos y que toleramos diariamente, significan sufrimiento y muerte que se podría haber evitado, tan sencillo como eso.

Muchas gracias.

*Luis Scervino*

Muchas gracias por la invitación y, también, por generar este espacio para pensar el tema Salud. Porque, como dijeron los que me precedieron, habitualmente no pensamos demasiado en Salud y los que estamos en funciones tenemos que hacer mucha administración de crisis y tomar medidas sobre la marcha sin poder ponernos a pensar demasiado en el futuro.

Y, como también se dijo recién todo lo que hagamos en salud, si queremos que realmente sea serio, tenemos que pensarlo en un panorama de 10 años o más.

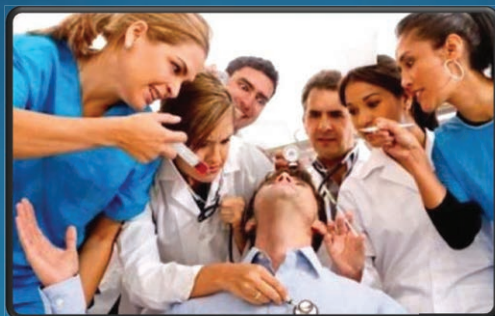
Ustedes saben que durante mucho tiempo la gobernanza, por llamarlo de alguna manera, en el sistema de Salud estuvo en manos de los médicos y nunca lo quisimos abandonar. Hoy nos cuesta que otros profesionales como los farmacéuticos, contadores, abogados, etc. etc. ingresen, como producto de la histórica medicalización. Todo lo que hoy vemos en el sistema de Salud o, por lo menos gran parte, es producto del manejo del sistema de Salud por parte de nosotros, los médicos.

Agregué esta primera imagen pensando en el Sistema de Salud como si fuera un paciente. Uds. van a escuchar durante la mayor parte de las conferencias que hay varias propuestas para mejorar el sistema de salud pero diagnósticos se escuchan pocos. Y si hay algo que es el ABC de la medicina, es que antes de empezar a hacer un tratamiento debemos tener el diagnóstico y por qué nos pasa lo que nos está pasando.

Voy a tratar de mostrarles, desde el punto de vista del lugar que represento que es el Instituto de Investigaciones Sanitarias vinculado con la Seguridad Social, el diagnóstico que nosotros tenemos.



## ¿Qué le pasa a nuestro sistema de salud?



Antes de ensayar tratamientos...  
Pongámonos de acuerdo en  
“El diagnóstico”

Dr. Luis Scervino

La primera aclaración, cuando hablamos de Salud, ¿lo hacemos desde el punto de vista de la Salud en su forma integral o hablamos de un cuadradito que está abajo que es la atención médica?

## ¿En que estamos pensando?



Dr. Luis Scervino

En general los médicos sabemos de atención médica pero bastante poco de salud en un concepto universalista como lo ha popularizado la Organización Mundial de la Salud. Entonces esa primera instancia es clave para hacer propuestas más con la fantasía que nos propone esta reunión, una agenda para el nuevo presidente. Es una fantasía, porque realmente como ya lo dijimos, Salud mucho no interesa.

El problema que tenemos los médicos es que miramos el sistema de salud a través del ojo de la cerradura del hospital, no lo vemos en forma integral y eso es un sesgo muy importante que nos genera después todas las políticas que queremos desarrollar.



**Debemos dejar de ver  
el sistema de salud**

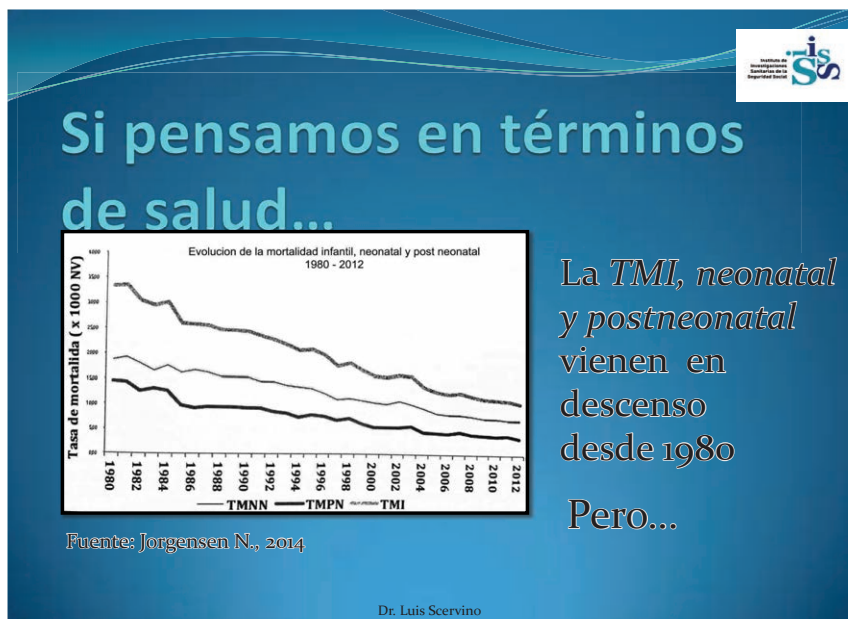
**desde el ojo de la cerradura  
del hospital**

Dr. Luis Scervino

Indudablemente cuando hablamos de salud nos olvidamos un poquitito de la atención médica y tenemos que abordar los temas que realmente tienen peso. Por ejemplo, le voy a mencionar algunas cifras oficiales, el 26 % de los niños menores de 4 años son pobres y representan 3 millones de niños. Por otra parte, 5 de cada 10 recién nacidos menores de 6 meses tienen problemas de nutrición y entre los 6 y los 2 años, el 35 % tienen anemia.

Otros datos oficiales, el 55 % de la mortalidad infantil se produce por causas evitables y el 30 % se concentra en el quintil más pobre de la población. Estamos hablando de salud esto no tiene nada que ver con la atención médica.

Todos los gobiernos, no solamente éste, dicen nosotros bajamos la mortalidad infantil. La tendencia universal y sobre todo en América Latina desde el año 1989 es que la mortalidad infantil desciende. Pero todo el mundo cuando está sentado en el poder quiere adjudicársela y la mortalidad infantil viene bajando porque justamente depende de factores que van más allá del sistema de atención médica que tengamos.



Si comparamos con otros países de Latinoamérica como fue ese descenso, estos valores que son oficiales y corresponden al año 2012, Argentina todavía está por debajo de la tendencia de países que invierten igual o menos que nuestro país en salud.

También hay una profunda inequidad, regionalmente, entre distintas provincias de la Argentina en relación a la mortalidad




## Si pensamos en términos de salud...

El ritmo de descenso de la TMI de Argentina está por debajo de muchos otros países de Latino América.

<b>Cuba</b>	<b>4,6</b>
Chile	7,4
Uruguay	9,3
Argentina	11,1

TMI: Valores correspondientes al año 2012



## Si pensamos en términos de salud...


En términos de mortalidad infantil, Argentina muestra grandes INEQUIDADES

<b>Formosa</b>	<b>19,2</b>
Neuquén	7,7
CABA	8,1

TMI POR LOCALIDADES, AÑO 2012

infantil. La ciudad de Buenos Aires, en términos de Salud, es el distrito que más gasta en la Argentina.

Como les decía anteriormente, hay temas que tienen ver con la Salud y con otra cuestiones diferentes a la atención medica como por ejemplo el acceso a otros servicios esenciales.



## Si pensamos en términos de salud...

Las INEQUIDADES también se observan en el acceso a otros servicios esenciales

Provincia	% de hogares sin agua de red	% de hogares sin Cloacas
Misiones	27,1	81,4
Buenos Aires	24,9	52,4
Santiago del Estero	24,2	78,1
Chaco	23,5	73,6
Formosa	23,2	68,5

Fuente: INDEC, AÑO 2010

Dr. Luis Scervino

Cuando hacemos propuestas de Salud hay que pensar un poco más allá de lo referido a cómo tratar una determinada enfermedad. Además debemos avisarles a nuestros legisladores que van por la ley número 14 ó 15 acerca de determinadas enfermedades que al mejorar la red de agua y la red de cloacas deberíamos tener resultados sanitarios muchísimos mejores que con cualquiera de las leyes que en los últimos años se votaron.

Se estima que más de 6 millones de habitantes en la Argentina tienen problemas de vivienda.

Por otra parte, existe un deterioro de la educación, esto realmente es terrible. No se veía en la Argentina el tema de la deserción en colegios primarios, el incremento de la tasa de abandono en el séptimo grado es del 6,9 % y sólo el 43 % de los estudiantes secundarios terminan en tiempo y forma.

Otros datos oficiales, entre 600 mil y 900 mil adolescentes abandonan el secundario, son los famosos NI-NI, no estudian ni

trabajan. Quienes no terminan el secundario tienen una esperanza de vida 9,2 años menor a quienes sí lo hacen. Estos grupos son los que vemos en las calles que consumen drogas o embarazos adolescentes. Existe un incremento alarmante del consumo de drogas: cocaína, paco, marihuana y drogas de síntesis. Además, según cifras oficiales se producen más de 100.000 embarazos adolescentes por año.

Estos son determinantes de salud claves que muy poco tienen que ver con lo que hacemos los médicos, con la atención médica y con el sistema de atención médica de la Argentina. Por eso si queremos hablar en serio de salud y de propuestas, primero hay que abordar todas estas cuestiones antes de la atención médica.

Ahora, si queremos hablar de atención médica y del problema real de la salud relacionada a este tema, pueden observar en el siguiente cuadro el gasto en salud, en términos del PBI, de los tres grandes subsectores, público, de la seguridad social y privado. El sector público es el que menos gasta, le sigue el privado y luego la seguridad social.

## Focalizando nuestra visión sobre la atención médica

Gasto en salud por subsectores en % del PBI

	% PBI	Sector Público	Seguridad Social	Sector Privado
Año 2012	8,6	2,42	3,60	2,6
	<b>100 %</b>	<b>28,5</b>	<b>41,5</b>	<b>30</b>

Fuente: Datos oficiales extraídos de Sec. Hacienda, MECON, M. de Salud, AFLP, OPS y OMS

Dr. Luis Scervino

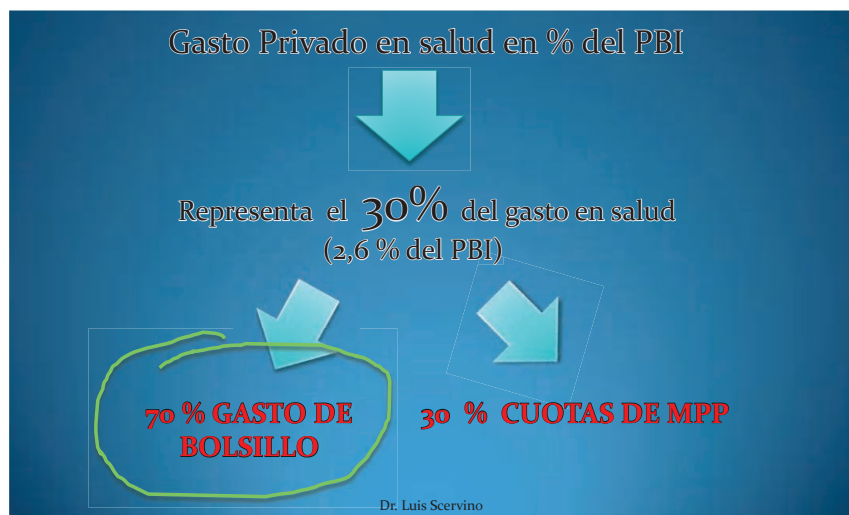
El tema es a qué población estamos cubriendo. La seguridad social con todo el grupo de Obras Sociales, tienen 25.5 millones de beneficiarios.



En realidad el sector que llamamos público abarca a la gente que no tiene una cobertura formal, no llega a los 14 millones de personas. Los que tienen cobertura a través del Hospital de Autogestión terminan cobrando la prestación, quiere decir que el sector público con el 2,42 % del presupuesto nacional cubre a 14 millones de personas con un coeficiente de gasto que es de 0,16 lo que significa que tiene un gasto mayor que la seguridad social cuyo coeficiente es de 0,14.

Éste es el primer avance hacia la aproximación al grave problema que tenemos en la Argentina que es contar con un sector público ineficiente y tenemos que decirlo de una vez porque uno se cansa de escuchar grupos de poder que hablan de la defensa del hospital público y yo creo que esa muletilla hay que cambiarla, lo que tenemos que defender es el acceso de la gente que no tiene recursos al hospital. Porque el hospital público cuenta con farmacéuticos, médicos, enfermeras y debe funcionar bien y ser eficiente. Porque si no es eficiente no es equitativo. Y sin embargo los niveles de ineficiencia son muy grandes y eso es lo que genera la inequidad.

Cuando hablamos del gasto privado, éste representa el 30 % del PBI. Es otra de las grandes mentiras, en realidad lo





que va a la Medicina Prepaga, solamente es el 30 % de lo que se llama el gasto de bolsillo, el 70 % de ese gasto es el que afecta a todos los estratos de la población. Ese 70 % del gasto de bolsillo impacta terriblemente en el quintil más pobre de la población. Por ejemplo, el que va al hospital, recibe una receta con la que tiene que ir a la farmacia y gastar en medicamentos un porcentaje muy alto de sus ingresos. Ese gasto de bolsillo es un gasto catastrófico para ese paciente, no para el que vive en Barrio Norte y paga su cuota de medicina prepaga.

Para tener en cuenta y cerrar nuestro diagnóstico:

- ✓ De los 14,5 millones de habitantes que constituyen la “población objetivo” del sector público, hay cerca de 2 millones que corresponden a niños y adultos jóvenes con baja carga de enfermedad. Es decir que se achica aún más el nivel de población al que el sector público le debería dar servicio que realmente necesita.
- ✓ La productividad de las camas hospitalarias, en términos de la tasa de utilización que elaboran las provincias, se ubica entre el 40 y el 65 % de la capacidad instalada.
- ✓ El promedio de día/cama por paciente del sector público ronda los 8 días vs. los 4,5 que presenta la Seguridad Social.
- ✓ En muchos hospitales la relación médico/enfermera está invertida, duplicando o triplicando en algunas localidades la cantidad de médicos por cada enfermera.


Entonces cuando pensamos en el funcionamiento del Sector Público, este gráfico me parece muy claro, la ineficiencia es la causa que perpetúa la inequidad y este es el principal diagnóstico que yo les quiero traer desde el Instituto que represento.

No digo que la Seguridad Social es la panacea, sí que integralmente el gran problema del sistema de salud argentino

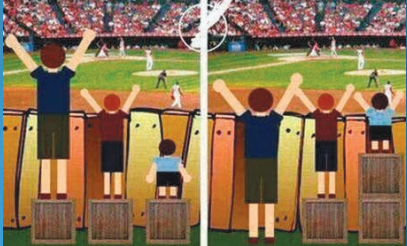
en su conjunto va mucho más allá de la fragmentación y del problema del federalismo. Tal vez, los que tenemos que cambiar son los que hacemos propuestas desde alguna oficina de Barrio Norte para imponerlas en el resto del país. Cuando en realidad deberíamos pensar en algún modelo que nos pueda servir para sentarnos con el Ministro de Salud de tal o cual provincia o con tal o cual Municipio para modificar su sistema de salud.

En esa misma diapositiva, el otro gráfico muestra claramente la diferencia entre igualdad y equidad. La Argentina probablemente tenga muchos principios y conceptos de igualdad en la figura de la izquierda y lo que tenemos que lograr es la figurita de la derecha que es la equidad, que cada uno reciba lo que realmente necesita.

Debemos repensar el funcionamiento del sector público



La ineficiencia es una de las causas que perpetua la inequidad

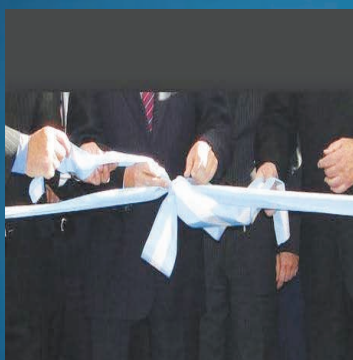


Dr. Luis Scervino

Al nuevo Presidente, si nos llama, la propuesta que nosotros le haremos desde la Seguridad Social es trabajar en un Plan Nacional de infraestructura.

Esto se lo proponemos porque tenemos retenido más de 25.000 millones de pesos de la Seguridad Social que lo damos, entre comillas, medio por perdido y lo que proponemos es realmente que esos fondos puedan servir para trabajar en un plan nacional de infraestructura y gestión, no nos sirve de nada hacer hospitales que después no sean gestionados como corresponden.

## Debemos repensar el funcionamiento del sector público




Dejar de lado la política del “corte de cintas” y trabajar en un plan nacional de infraestructura y gestión para los próximo 10 años


Dr. Luis Scervino

Además, integrarlos a una red en la que trabajen en forma conjunta la seguridad social y el sector público. Para nosotros ese es el mayor desafío de los próximos años.

Esta alianza estratégica es posible, nunca se pensó o se hizo muy pocas veces. El sector público es valioso, hay que ponerlo en condiciones de competir, de que sea eficiente. Les diría que el sector público hospitalario con su capacidad y sus médicos están en condiciones de competir mucho más que cualquier sanatorio privado o de la mayoría de los sanatorios privados del país.



## Debemos repensar el funcionamiento del sector público



La “alianza estratégica” entre el sector público y la seguridad social es un camino posible

Dr. Luis Scervino

Otros de los temas que no deben faltar en la agenda son:

- ✓ Creación de una Agencia de Evaluación de Tecnología.
- ✓ Identificación de toda la población mediante una credencial única de seguridad social. Es para saber al prestar un servicio, de dónde es la persona, dónde vive, que hace, cómo está integrado su grupo familiar. Hoy no lo sabemos y realmente con la informatización es muy sencillo.
- ✓ Desarrollo progresivo de registros digitales.
- ✓ Creación de una agencia nacional para la primera infancia, para resolver los temas sanitarios que les comentaba anteriormente.
- ✓ Destinar no menos del 30 % del presupuesto de publicidad a la promoción de enfermedades prevalentes.

Estamos cansados de ver publicidades de actos de este gobierno o de cualquier otro, o en cualquier provincia, tenga el color que tenga. Tenemos una herramienta que es espectacular, se sabe que el control de las enfermedades crónicas prevalentes, el 50 al 60 % dependen de conductas, de cambios de hábitos y contamos con una herramienta de difusión que no se utiliza para la promoción de la Salud.

- ✓ Fomentar el proceso de acreditación institucional, hospitalario tanto público como privado, para los próximos 10 años. Limitar en el futuro, la contratación de la seguridad social a prestadores no acreditados. Tenemos que dar a los prestadores públicos y privados la posibilidad de que accedan a créditos para poder reconvertirse y si dentro de 10 años no lo hicieron no se va a poder contratar.
- ✓ Promover la interrelación entre el hospital y las universidades, no sólo en el campo de la medicina sino también en el de la gestión, arquitectura, investigación, etc.
- ✓ Orientar la formación de los recursos humanos en salud en función del modelo: fomentar la formación y jerarquizar el trabajo del médico de familia.
- ✓ Con respecto a los medicamentos:
  - Fomentar la “producción nacional” de medicamentos, en especial biológicos y de alto costo.
  - Avanzar hacia una política genuina de medicamentos genéricos que cumplan con los requisitos de biodisponibilidad y bioequivalencia.

Esto es todo, muchas gracias.





## **MESA N° 6**

### **Los Sistemas Provinciales de Salud ante el desafío de la universalización y la calidad prestacional**

*Coordinador: Farm. Juan Carlos Rucci  
Secretario de FEFARA*

Buenas tardes, bienvenidos a los sobrevivientes de este día bastante intenso, con mucha información y mesas muy provechosas.

Antes de hacer la introducción para esta Mesa quiero agradecer la presencia del Dr. Néstor Pérez Baliño y el CPN Ricardo Izquierdo que van a disertar en la misma, porque los que tienen alguna experiencia en organizar este tipo de eventos saben que las instituciones ponemos mucho esfuerzo y compromiso en la organización de los mismas. Y, por ello, nos genera un cierto desánimo la ausencia de algunos disertantes que se habían comprometido formalmente a participar, como ha sucedido en esta ocasión con funcionarios que están en funciones y podían aportarnos desde la gestión una interesante visión de la Salud en Argentina.

Esta circunstancia nos obliga a preguntarnos qué sería de la Salud de una población, si no hay políticos interesados en debatir y generar Políticas de salud.

Las provincias argentinas tienen el desafío y la obligación de organizar la prestación de salud en sus jurisdicciones. Esta prestación entre otros principios debe conservar la equidad, la universalidad y, además, debe de ser eficiente. Esta universalidad entre otras cosas debe contemplar que la brecha socioeconómica cultural que existe en las distintas regiones no se refleje, de alguna manera, en la calidad de salud de la población.

Para medir esta eficiencia, los indicadores sanitarios aparecen como números fríos, pero esos resultados requieren de un gran esfuerzo de articulación de los sectores públicos, de los sectores privados y de la seguridad social. Al respecto, el Dr. Magonza nos planteaba claramente lo difícil que es desde la gestión tratar de articular los distintos sectores y de alguna manera administrar los fondos con eficiencia para conseguir los mejores resultados porque esos fondos no sólo son del Estado sino que también son de la comunidad que los aporta.

Hecha esta breve introducción les agradezco la presencia a todos ustedes y los invito a participar de esta Mesa.

Néstor Abel Pérez Baliño, es médico graduado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Médico Cardiólogo, Doctor en Medicina. Es Subsecretario de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Fue el Director General de la Región Sanitaria 1 del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Subsecretario de Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud de la Nación Argentina y Director de Capacitación del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Ricardo Izquierdo, es Contador Público con 40 años de actuación en el área de salud. Es Coordinador del Área de Su-



pervisión y Auditoría de la Gestión Administrativa y Financiera del Programa SUMAR del Ministerio de Salud de la Nación. Fue Director de Área del Hospital Italiano de Buenos Aires. Es investigador sobre Sistemas de Salud con desempeño a nivel internacional, y también cuenta con una amplia experiencia y trayectoria en el área académica.

*Néstor Abel Pérez Baliño*

Buenas tardes, muchas gracias a los organizadores por la invitación. Voy a tratar de ser ágil en la presentación así podemos hacer preguntas que quizás sean de mucha utilidad en este tema.

Antes de mostrarle un ejemplo que aplicamos de Seguro Jurisdiccional de Salud en la Ciudad de Buenos Aires para quienes no tienen ninguna cobertura de la salud, les tengo que decir que nosotros estamos trabajando en un concepto de política global ante lo que es la fragmentación en la Argentina.

Según algunas experiencias que tuvimos anteriormente donde hablábamos de un Seguro Único de Salud, con una caja única, hoy hemos cambiado y pensamos que no podemos enviar a los gobiernos a una pelea permanente por tener una caja única, sino que lo que tenemos que hacer es que las distintas cajas se comporten todas iguales en su financiamiento, en su modelo de atención, en la calidad de prestación. Entonces vamos a tomar la fragmentación no como un disvalor, sino como un nicho que es estructural en la República Argentina.

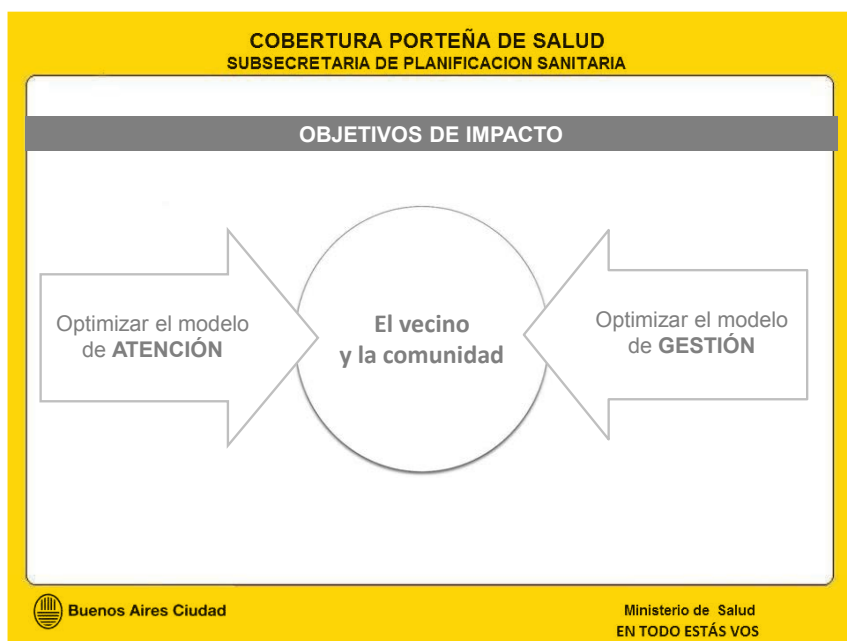
Si hoy contamos con un sector de prepagas y un sector de obras sociales y el PAMI, nos queda una población que es aquella que no tiene ninguna cobertura, y a esa población nosotros le queremos dar un seguro formal. Porque si bien es cierto que el que no tiene cobertura igual está protegido porque tiene los hospitales no es lo mismo que tener una cobertura formal. Les voy a mostrar algunos datos que nos muestran por qué tener una cobertura formal es mucho mejor que ir al hospital.

Hecha esta introducción, voy a puntualizar cuál fue la política que nosotros aplicamos en estos 8 años, en el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y, como siempre estamos

en política y sobre todo en un momento electoral voy a hablar, como digo siempre, del medio vaso lleno. Porque a la oposición le va a tocar hablar siempre del medio vaso vacío. Con esto quiero decir que en todo lo que hicimos nos falta la mitad, por lo menos.

Carlos Vassallo ha colaborado con nosotros, siempre queremos tener una visión externa de lo que llevamos a cabo y hacemos consultoría que nos puede ir dando información que podemos no verla desde adentro.

El primer punto que queríamos era enfocarnos en el vecino y para ello teníamos que optimizar el modelo de atención de la salud y de gestión.



Para comenzar tenemos que saber cuál es la Legislación, cómo nos tenemos que manejar en la ciudad porque tenemos una serie de leyes que nos regulan, nos estimulan y nos limitan. Entre ellas se encuentran:

- Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)
- Ley Básica de Salud N° 153/1999
- Ley 2597 de Creación de Cobertura Porteña (2007)
- Decreto 456/96 – Desconcentración de la atención médica dentro de las áreas programáticas de cada establecimiento asistencial.


La **Constitución de la CABA** es una Constitución muy moderna y progresista lo que nos pone a los funcionarios de salud en una situación siempre extrema de tener que tratar de conseguir todo y muchas veces no tenemos los presupuestos para conseguirlo.

En su **art. 20** garantiza el derecho a la salud integral y define los criterios de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad. En la diapositiva extraje algunos párrafos.

**COBERTURA PORTEÑA DE SALUD**  
**SUBSECRETARIA DE PLANIFICACION SANITARIA**

## Constitución CABA

- Art. 20: **garantiza el derecho a la salud integral** que esta directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.
- **Criterios: accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad.** Se entiende por gratuidad en el área estatal que las personas quedan eximidas de cualquier forma de pago directo.
- gasto público en salud es una inversión social prioritaria.
- “Rige la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades. De igual modo se procede con otras jurisdicciones”.

 Buenos Aires CiudadMinisterio de Salud  
EN TODO ESTÁS VOS


En su **art. 21** habla sobre la estrategia de Atención Primaria, sobre las articulaciones y complementaciones de las acciones para la salud, entre otras cuestiones. También en la diapositiva está puntualizado.

**COBERTURA PORTEÑA DE SALUD**  
**SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN SANITARIA**

**Artículo 21: debe sancionar una ley conteniendo lo siguiente**

- La Ciudad **conduce, controla y regula** el sistema de salud.
- **Financia** el área estatal que es el eje de dicho sistema y establece políticas de articulación y complementación con el sector privado y los organismos de seguridad social.
- El área estatal se organiza y desarrolla conforme a la **estrategia de atención primaria**, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel.
- Determina la **articulación y complementación** de las acciones para la salud con los municipios del conurbano bonaerense para generar políticas que comprendan el **área metropolitana**; y concerta políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales.
- **Promueve la maternidad y paternidad responsables**. Para tal fin pone a disposición de las personas la información, educación, métodos y prestaciones de servicios que garanticen sus derechos reproductivos.
- **Garantiza la atención integral del embarazo, parto, puerperio y de la niñez** hasta el primer año de vida, asegura su protección y asistencia integral, social y nutricional, promoviendo la lactancia materna, carenciados y desprotegidos.

**La Constitución que debe ser marco se convierte en absolutamente normativa**

 Buenos Aires Ciudad

Ministerio de Salud  
EN TODO ESTÁS VOS

Pero sobre todo nos dice junto con la Ley Básica de Salud que tenemos que atender en la Ciudad de Buenos Aires a todo aquel que transita, vive o requiere la atención pública en esta ciudad. Esto quiere decir que nosotros no podemos organizar un sistema de salud exclusivamente para los dos millones ochocientos o tres millones de habitantes de la Ciudad de Buenos Aires, sino que tenemos que estar preparados para atender a toda la demanda que puede ser requerida.

Y la demanda requerida tiene que ver, primero con los municipios más cercanos, pero también recibimos de todo el país, por ejemplo el Hospital Garrahan que tiene un aporte del Ministerio de Salud de la Nación de 50 % y otro aporte del presupuesto de la Ciudad de Buenos Aires, del 50 %. Sin embargo

los egresos de la Ciudad de Buenos Aires del Hospital Garrahan son sólo el 17 %.

Lo que quiero decir que el presupuesto en salud de la Ciudad de Buenos Aires es un presupuesto solidario con respecto al resto del país, así debe ser, así lo dice la Constitución y así lo tenemos que hacer y muchos de nosotros estamos muy orgullosos de que así sea.

Contamos con una población de 2.891.082 habitantes, 4,1% más que en 2001. La población está estancada por la baja natalidad, es la más baja del país, muy similar a las ciudades europeas.

En la siguiente diapositiva pueden observar algunos números de la Ciudad de Buenos Aires, los muestro para decir que es un sistema muy grande y en un sistema de esta magnitud tenemos muchos éxitos y también tenemos muchas cosas que ir corrigiendo y que por ahí tenemos dificultades que superar.

**COBERTURA PORTEÑA DE SALUD**  
SUBSECRETARIA DE PLANIFICACION SANITARIA

**HOSPITALES PUBLICOS - CABA**

**Consultas Externas Totales: 9.300.409**

**Consultas de Guardia: 3.366.803**

**Intervenciones Quirúrgicas : 234.956**

**Egresos: 180.339**


**Promedio de Camas Disponibles: 7.073**

**Promedio de permanencia: 10,6**

**Partos: 29.630 (Normal 20.867; Cesárea 8282; Fórceps 438; Otros 43)**

**CESAC n= 44**

**MEDICOS DE CABECERA n 300**

 Buenos Aires Ciudad

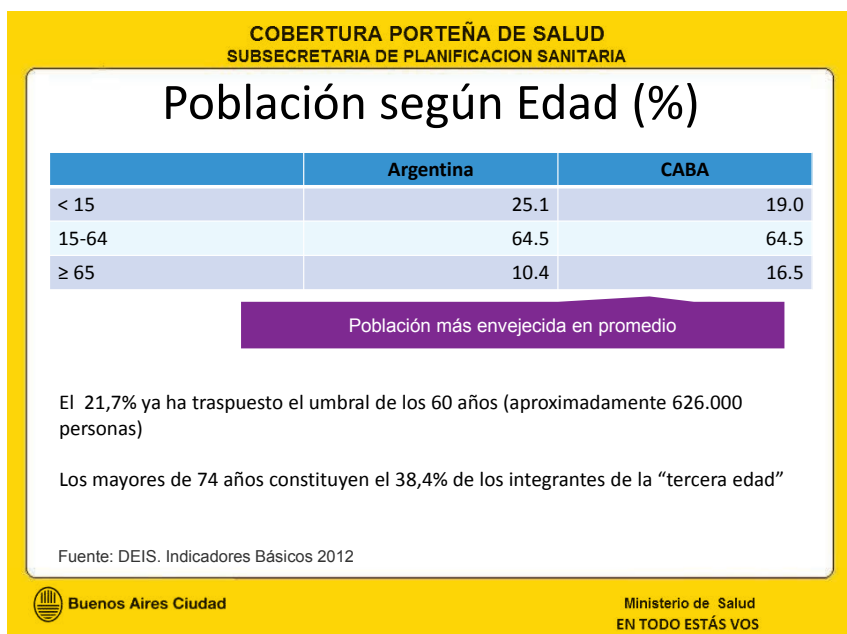
Ministerio de Salud  
EN TODO ESTÁS VOS

Hoy la Ciudad de Buenos Aires está dividida en cuatro regiones sanitarias y éstas tienen a su vez los hospitales de cabecera y otros hospitales que no son de cabecera pero van cumpliendo las distintas funciones. Cada uno de esos hospitales son cabecera de los centros de salud o de los médicos de cabecera que están atendiendo en los barrios a contra turno de lo que hace ese médico en el hospital. Es decir si el médico tiene sus horas a la mañana en su consultorio o en los que se llaman Centros Médicos Barriales atiende justamente los pacientes que se inscriben en esto que se llama Cobertura Porteña de Salud.

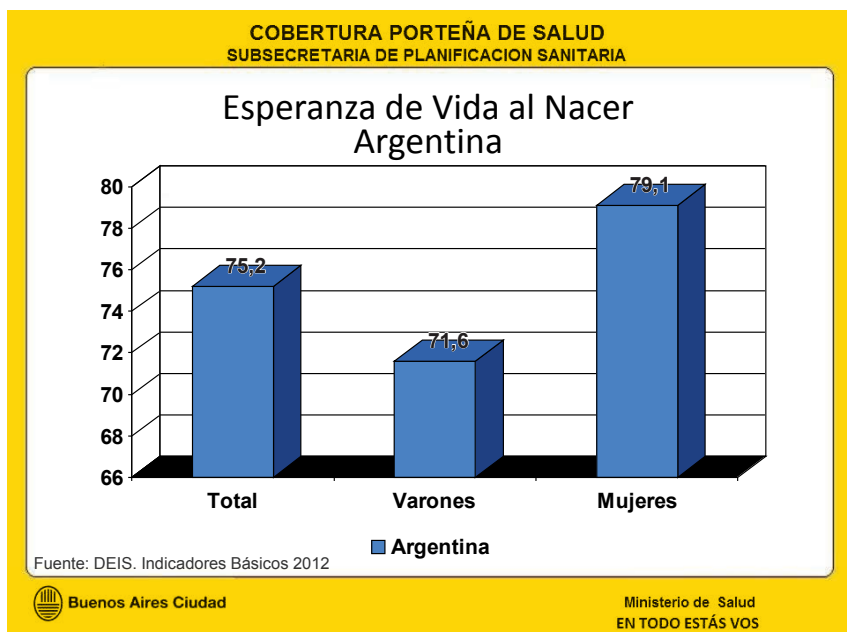
La población sin cobertura formal en la Ciudad de Buenos Aires es del 17,7 % y en la Argentina de 36,1 %. Esta población es la que no figura en ANSES con ninguna de las coberturas formales de prepagas, obras sociales, PAMI, etc. Quiere decir que nosotros tenemos que apuntar a esos pacientes porque si bien es cierto que atendemos a todos los que concurren al hospital público, también tenemos una obligación con aquellos vecinos que viven en la Ciudad de Buenos Aires y no tienen otra jurisdicción para atenderse. Por ello, la Legislatura porteña sancionó en el año 2007 la Ley de Cobertura Porteña de Salud, la que se basó en la creación de los médicos de cabecera del año 1996. Esta Ley fue presentada por el Diputado Enrique Olivera.

A veces nos cuesta mostrar que hay políticas de Estado, pero con ésta sí lo podemos hacer porque los médicos de cabecera se crearon en el año 1996. Pasaron todos estos años y hoy eso se ha podido transformar a través de una Ley en una cobertura formal para los vecinos de la ciudad.

Los siguientes datos nos permiten ir preparando el sistema de salud en función de lo que nos va pasando. Sabemos que tenemos una población mucho más envejecida por lo cual vamos a tener una demanda de patologías que antes no existían como son todas las enfermedades no transmisibles, como las enfermedades degenerativas, las cardiovasculares, las cerebrovasculares, las oncológicas que van aumentando su demanda.



La siguiente diapositiva muestra los datos de la esperanza de vida al nacer en Argentina.





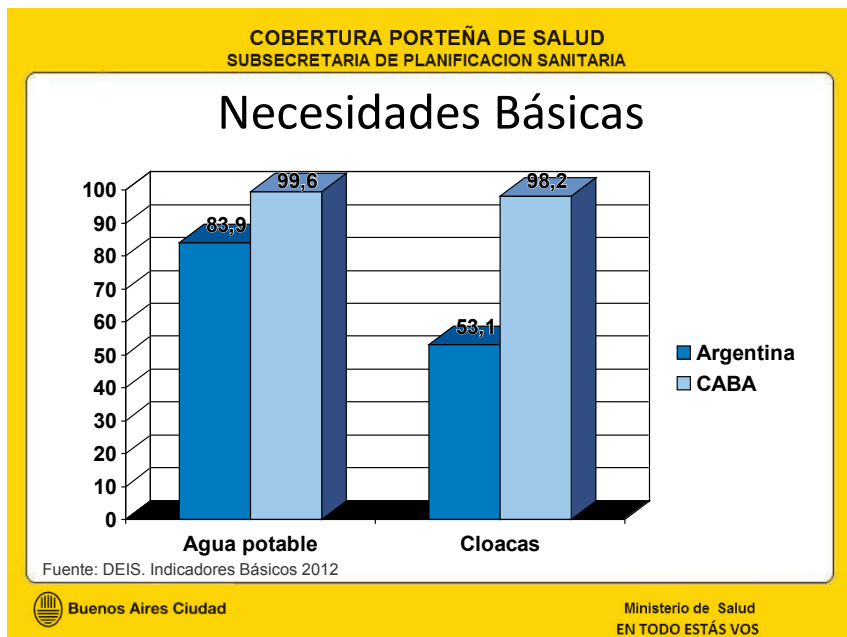
En este gráfico se puede observar los datos de esperanza de vida pero en las distintas provincias. La CABA tiene un comportamiento como si fuera una sociedad más desarrollada.



Me voy a detener en un tema interesante y es en relación a las personas que viven solas. Muchas mujeres grandes que enviudaron viven solas en Capital y esto dispara una característica: Buenos Aires es cada vez más solitaria y ya tiene 30,6% de viviendas habitadas por una sola persona. Lo cual es un punto de atención porque nos hace cambiar el modelo de atención. Esa tendencia de todas maneras se ve acentuada por otros grupos que deciden vivir solos (los que se separan, con una alta tasa de matrimonios frustrados uno de cada dos).

Ahora les quiero mostrar algunos indicadores sanitarios que se pueden ir mejorando pero son bastante buenos para nuestra población.

En relación a las necesidades básicas pueden observar los datos de Argentina y de CABA, en cuanto a agua potable y cloacas.



Los siguientes son los datos de las tasas de mortalidad infantil y materna de Argentina y CABA.

**COBERTURA PORTEÑA DE SALUD**  
SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN SANITARIA

## Tasas de Mortalidad Materno-Infantil

Tasa de Mortalidad Infantil	
Argentina	11.1
CABA	8.0

Cada 1.000 nacidos vivos

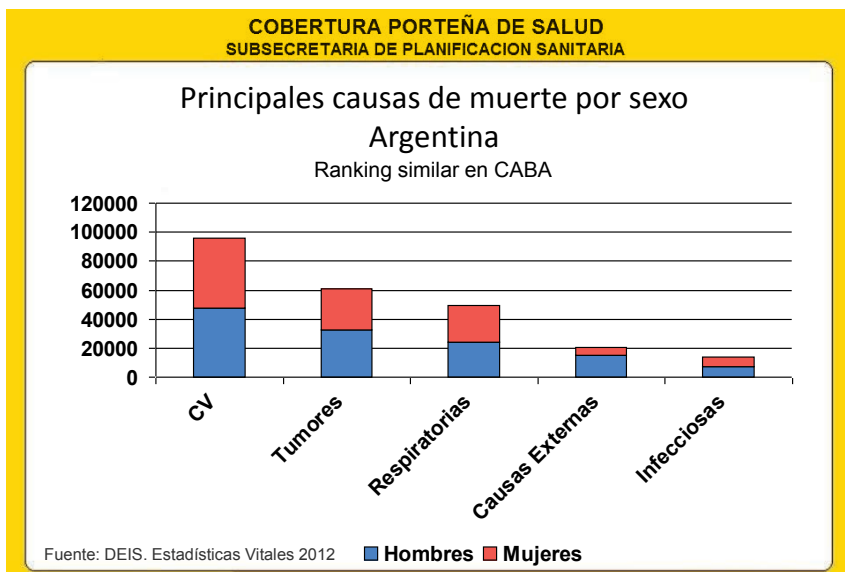
Tasa de Mortalidad Materna	
Argentina	3.5
CABA	1.6

Cada 10.000 nacidos vivos

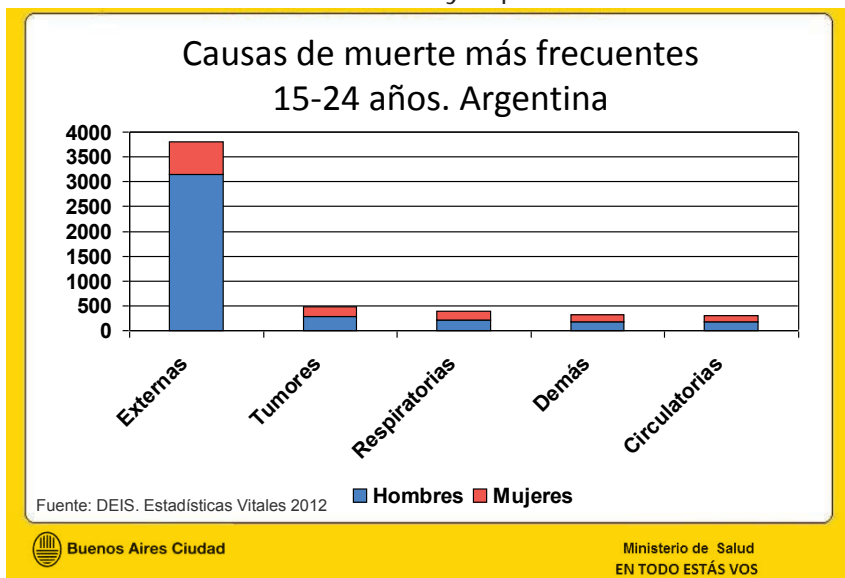
Fuente: DEIS. Estadísticas Vitales 2012

Buenos Aires Ciudad Ministerio de Salud  
EN TODO ESTÁS VOS

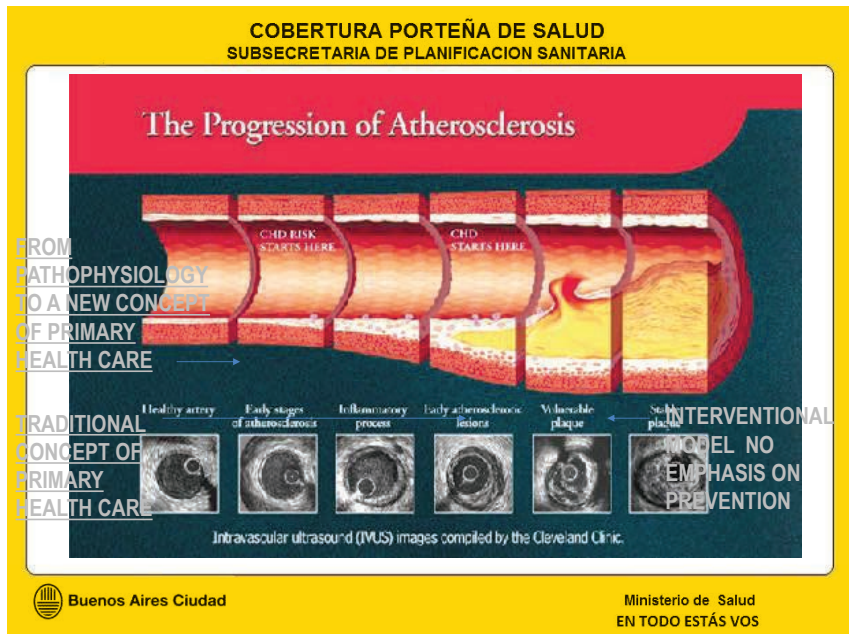
En relación a las principales causas de muerte, hoy las enfermedades cardiovasculares, los tumores y las enfermedades respiratorias son las que van marcando la mayor mortalidad.



En la población más joven, la principal causa de muerte son los accidentes. Éste es un dato muy importante a tener en cuenta.



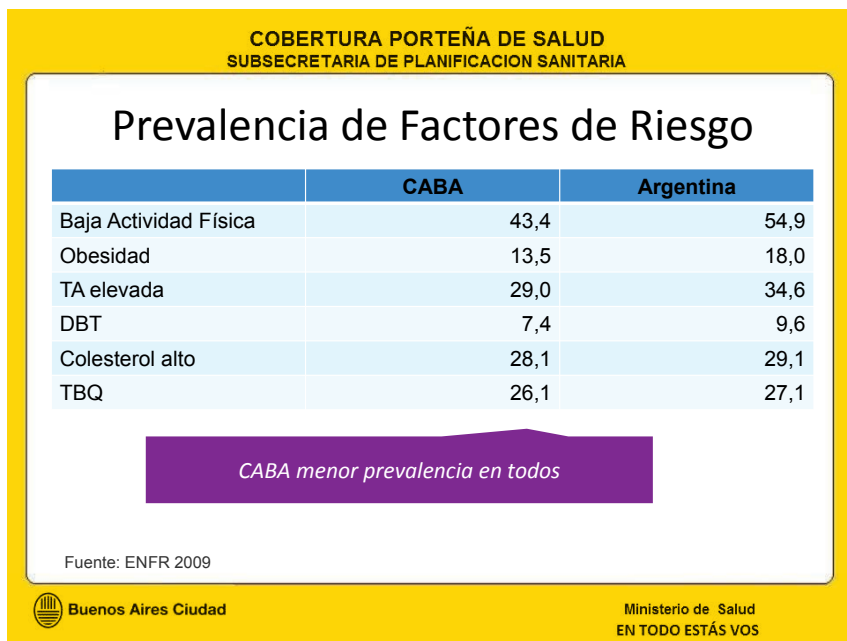
Como soy cardiólogo no podía dejar de mostrarles una arteria coronaria para decirles que nosotros siempre estuvimos trabajando en la parte amarilla que es una placa de aterosclerosis. Esa placa es lo que va obstruyendo las arterias.



Ahora, si nosotros seguimos nada más que trabajando en este lugar, es decir haciendo angioplastia o la cirugía, lo que estamos haciendo es cambiando sobrevida por insuficiencia cardíaca. Los pacientes van a vivir más tiempo pero aparece entonces la insuficiencia cardíaca como una enfermedad prevalente.

Hay estudios en Estados Unidos que mencionan que si nosotros seguimos con este mecanismo para el año 2020, el 60 % del presupuesto de un hospital se lo va a llevar la atención de la insuficiencia cardíaca. Entonces no tenemos más remedio que hacer prevención y empezar a trabajar cuando el paciente está con la arteria sana sin obstrucción para evitar o enlentecer este proceso.

Existen muchos mecanismos de prevención primaria, fundamentalmente, y son los que tienen que estar incluidos en cualquier programa y cualquier proyecto. Les muestro datos de prevalencia de factores de riesgo de Argentina y CABA.



La siguiente diapositiva muestra los datos de prevalencia de control de factores de riesgo y prácticas preventivas de Argentina y de CABA.

Como podemos ver los porcentajes de controles de factores de riesgo varían según el tipo de cobertura.

En cuanto al Seguro de Salud, es importante tenerlo porque los pacientes están mucho mejor controlados y justamente se hace más Prevención que cuando van a demanda a usar el hospital cuando se sienten enfermos.

**COBERTURA PORTEÑA DE SALUD**  
SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN SANITARIA

**Prevalencia de control de FR y prácticas preventivas**

Práctica Preventiva	Argentina	CABA
Control TA (últimos 2 años)	81,4	86,8
Control Colesterol (alguna vez)	57,4	70,2
Control Glucemia (alguna vez)	75,7	83,4
PAP (últimos 2 años)	60,5	72,1
Mamografía >40 años (últimos 2 años)	54,2	71,1
Uso cinturón (siempre)	63,8	80,6

Fuente: ENFR 2009



Buenos Aires Ciudad

Ministerio de Salud  
EN TODO ESTÁS VOS

**COBERTURA PORTEÑA DE SALUD**  
SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN SANITARIA

**Prevalencias de control de FR y realización de mamografía en los últimos dos años para el total del país según tipo de cobertura**

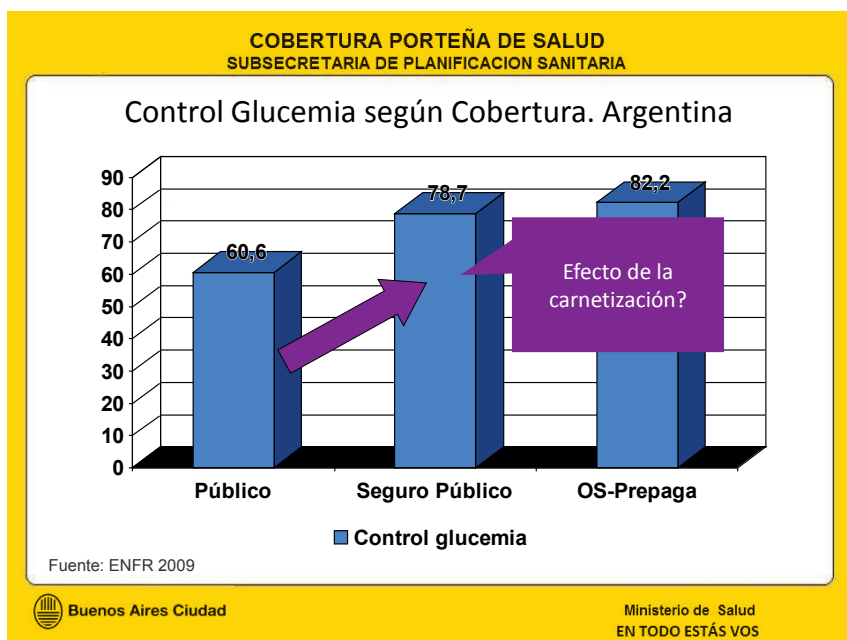
Controles	Obras sociales y prepaga	Sólo pública
Control de PA (%)	86,5	69,8
Control de colesterol (%)	82,4	54,8
Control de glucemia (%)	82,2	60,6
PAP (%)	63,5	52,7
Mamografía (%)	58,3	37,7

Fuente: Sanguinetti, Juan (2011). "Equidad, acceso y utilización de los servicios de salud en Argentina: Una aproximación a partir de los datos de encuestas". Banco Mundial. Sobre la base de datos de las Encuestas de Utilización y Gasto en Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación



Buenos Aires Ciudad

Ministerio de Salud  
EN TODO ESTÁS VOS




Los **puntos de partida** están en la generación de políticas sustantivas dirigidas a garantizar la cobertura de salud a toda la población; a fortalecer el desempeño del sector; a promover la articulación e integración intra e intersectorial; a capacitar y formar el recurso humano. Por otra parte, atender la situación del envejecimiento de la población que afectará la dinámica de los servicios de salud y requerirá mayor investigación sobre los problemas que afectan a los mayores; sus derechos y expectativas, el rol de la familia y las redes sociales en su cuidado.

Como les comentaba anteriormente, contamos con la **Ley de Cobertura Porteña de Salud** que contempla cómo se hace la cobertura y qué es lo que hay que cubrir.

**COBERTURA PORTEÑA DE SALUD**  
**SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN SANITARIA**

## Ley 2597 - Cobertura Porteña

- Se crea apelando al artículo 18 de la ley 153 que define el Primer Nivel de Atención dado que no existe en el texto de la ley la posibilidad de crear un “seguro jurisdiccional” de salud para la población sin cobertura.
- El alcance de la ley son todos los habitantes sin cobertura médica, que acrediten su residencia en la ciudad (se estima en 500.000 personas al alcanzables por COPS)
- **Servicios a brindar: atención integral, personalizada y gratuita**, según los criterios de organización del primer nivel de atención en el marco de una red de complejidad creciente.
- Primer nivel como puerta de entrada al sistema a través de los médicos de cabecera, debiendo estar la residencia y/o lugar de trabajo del paciente dentro del área programática o delimitación geográfica sanitaria que se establezca en un futuro.
- Acreditación. La autoridad de aplicación, a través de los efectores de salud, registrará y acreditará a los beneficiarios, quienes recibirán el listado de profesionales disponibles. No menciona ningún mecanismo de acreditación y selección de los profesionales que participaran así como de los prestadores públicos.

 Buenos Aires Ciudad

Ministerio de Salud  
**EN TODO ESTÁS VOS**

Desde el años 1996 hasta el 2014 ha habido una serie de acciones que nos fueron permitiendo construir este seguro de salud, que lo podríamos mostrar nosotros como políticas de Estado. Dichas acciones son:

- 1996: Creación Plan Médico de Cabecera en la CABA
- 1997: Creación Plan Pediatra de Cabecera en la CABA
- 1998: Creación Plan Pediatra en Casa en la CABA
- 2000: Creación Plan Médico de Cabecera en Nación
- 2003: Creación de Centros Médicos Barriales
- 2007: Ley de COBERTURA PORTEÑA EN LA CABA
- 2008: Implementación de padrones y nominalización de beneficiarios y plan de afiliaciones
- 2012: Implementación de Turnos Telefónicos
- 2013: Articulación del COPS con Plan Nacer, SUMAR, REMEDIAR + REDES
- 2014: Expendio de Medicamentos en Red de Farmacias de la Ciudad

Hoy contamos con **376.033 afiliados** de los 500.000 posibles, es decir del 17 % que no tiene cobertura. Cada uno con la **Tarjeta Única de Ciudadanía**, nominalizado. El sistema SIGEHOS es donde se nominaliza a toda la población.



Esa población está repartida en los 300 médicos de cabecera de la Ciudad de Buenos Aires, incluido 80 odontólogos, pediatras, toco-ginecólogos y clínicos.

El concepto que queremos es fortalecer el primer nivel de atención con una atención desconcentrada.

En relación al **acceso al medicamento**, nosotros estábamos preocupados porque es lo que nos faltaba para que sea un verdadero Seguro de Salud, tener equidad con respecto a otras coberturas y acceso al medicamento. A partir del año 2014, hicimos una licitación de administradoras de farmacia y pudimos colocar en una red de 52 farmacias que están distribuidas en todos los barrios donde con la receta, que es una receta con código de barras del médico de cabecera, tiene el expendio del medicamento al 100 % en las farmacias de la ciudad.

Antes el paciente con esa receta del médico de cabecera tenía que ir a obtener el medicamento a las farmacias de los 13

**COBERTURA PORTEÑA DE SALUD**  
**SUBSECRETARIA DE PLANIFICACION SANITARIA**


**MEJORAS PARA BENEFICIARIOS DE COPS:**  
**PROYECTO – EXPENDIO DE MEDICAMENTOS EN FARMACIAS**

**ACCESIBILIDAD AL MEDICAMENTO:**


Distribución geográfica alcanzando barrios de menor nivel socio – económico

Ampliación horaria de atención con farmacias de turno

Nivelar el acceso al medicamento con las coberturas de los otros subsistemas de salud.



Fuentes: COORDINACION GRAL. COBERTURA PORTEÑA DE SALUD

 Buenos Aires Ciudad

Ministerio de Salud  
EN TODO ESTÁS VOS

hospitales generales de agudo con lo cual implicaba que había que ir en los horarios que atendía la farmacia del hospital, hacer las colas, no tenían el medicamento los fines de semana.

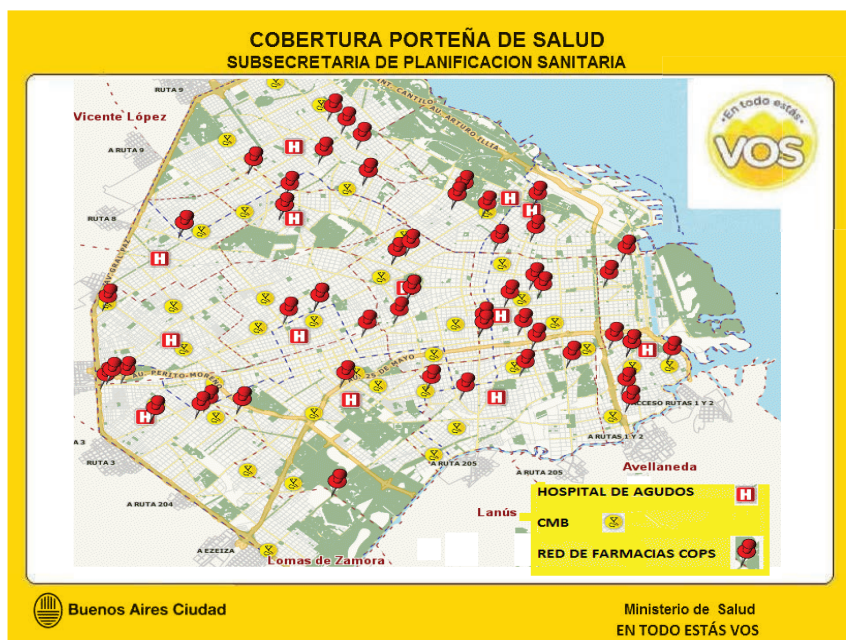
Hoy el paciente, al estar en la administradora de la red de farmacias de la ciudad, va a tener siempre una farmacia cerca de su domicilio donde pueda ir a retirar su medicamento con un subsidio del 100 %.

La ventaja que nos dio a nosotros esto es el modelo de funcionamiento de cualquier obra social. En la diapositiva pueden observar cómo es el circuito.



Estamos muy contentos con este tipo de sistema, no solamente porque es un tema que la gente lo recibió muy bien, con un muy buen acceso al medicamento sino porque además a nosotros nos devuelve datos que necesitamos como por ejemplo, qué recibió el paciente, qué medico lo atendió, cuáles son las patologías que más gastan. Tenemos todos los datos que antes para nosotros, el sector público, estaban como negados.

En el siguiente **mapa** se puede observar la **distribución de la red de farmacias**.



### Impacto sobre la población destinataria:

- Mediante este modelo el GCBA proveerá en forma gratuita medicamentos ambulatorios a aproximadamente 400.000 personas residentes en CABA. Este beneficio será muy valorado por la población receptora.
- El modelo tendrá un amplio impacto sanitario dado que la cobertura farmacológica será recibida por grupos que actualmente son muy vulnerables.
- Se consolidará significativamente la modalidad Atención Primaria con intervenciones farmacológicas costo-efectivas.
- La dispensa se realizará a través de una red de farmacias racionalmente distribuidas en el territorio de la CABA, cumpliéndose estrictamente las directivas de ANMAT en

lo atinente a las buenas prácticas de comercialización de productos farmacéuticos.

- Se utilizarán medicamentos éticos, estuchados, con troquel, código de barras, prospectos y trazabilidad. No se usarán presentaciones hospitalarias.
- Este gerenciamiento del sistema se sustentará con costos comparables a los montos que hasta ahora se destinan a la dispensa de medicamentos en instituciones hospitalarias, pero generando un salto de calidad al proveerse el producto en su envase secundario, y al brindar información sobre consumos, costos e impacto sanitario.

### **Conclusiones**

- Menos personas sin cobertura formal que el resto del país.
- Mayor porcentaje de población con Necesidades Básicas cubiertas.
- Población más envejecida y con mayor proporción de mujeres.

Hoy nosotros decimos que la Ciudad de Buenos Aires se constituyó en la primera jurisdicción del país donde todos los residentes tienen acceso a una cobertura formal.

Muchas gracias.

*Ricardo Izquierdo*

Buenas noches, estoy aquí en reemplazo del Coordinador Nacional del Programa SUMAR, el Dr. Martin Sabignoso así que seguramente no lo voy a hacer como él, pero voy a tratar de parecerme.

El programa SUMAR nació con el nombre de Programa Nacer, como producto de esa crisis que atravesamos todos los argentinos hacia principios del 2003.

A través del COFESA, siendo el Ministro de Salud de la Nación el Dr. Ginés González García, nacen las primeras tratativas para conformar un plan que saliera a atender a la población más vulnerable. En ese momento esta población estaba representada por los niños menores de 6 años y las mujeres embarazadas, y las jurisdicciones que presentaban los indicadores más preocupantes eran las del NOA y NEA. Arrancamos con 9 provincias del NOA y NEA a finales del 2004 cuando se pudo llegar a un acuerdo y comenzar a recibir las transferencias de fondo. Este programa se financia con fondos del Banco Mundial y en ese entonces el país estaba en default, no había posibilidades de hacer transferencias hasta que esto finalmente se normalizara.

Mientras lo escuchaba a Néstor Pérez Baliño trataba de recordar rápidamente estos 10 años que cumple el Programa y sinceramente tengo un legítimo orgullo por los objetivos que nos planteamos de inicio que eran extremadamente elevados, habida cuenta que no había una historia previa de tratar de implementar un sistema que básicamente premiara o pagara por resultados. Con Néstor compartimos experiencias bastante similares de aprendizajes comunes porque a los dos nos tocó de alguna forma en este período tratar de instalar un modelo innovador, diferente de gestión.

Voy a hacer un repaso de lo que considero que fueron hitos importantes en el Programa, lo que marcó un antes y un después en la manera de gestionar la salud pública.

El primer hito del Programa fue el poder **implementar el padrón unificado de salud**. Empezamos a registrar a toda la población objetivo que se iba incorporando al programa, fuimos coordinando con todas las jurisdicciones provinciales y conformamos un padrón que hoy se puede usar en cualquiera hospital y que indica si esa persona tiene o no cobertura de salud y, en el caso que no la tenga, la invita a sumarse voluntariamente al programa.

Es la primera vez que se pone en marcha con una organización, convenios anuales de gestión que se firman con cada jurisdicción. Allí se establecen objetivos, metas. Esas metas son medibles y a partir de ahí en las provincias, todos los años se renuevan los convenios y se complejiza. Cada vez, fuimos estableciendo mayores exigencias a medida que se fue evolucionando y vimos que era posible mejorar las condiciones de acceso y de salud de la población.

Luego de esa nominalización, con el tiempo, empezamos a transferir por inscripciones 60 % de la cápita y por resultados el 40 %. Los resultados los empezamos midiendo con diez trazadoras para la población, en principio, de menores 10 años, embarazadas, después fuimos incorporando la mujer, le fuimos dando mayor complejidad prestacional.

Hace pocos días se anunció la incorporación del hombre adulto con lo cual nuestra que la población objetiva es de 14 millones de habitantes, luego, les voy a contar la gente que ha pasado por el programa y las prestaciones que se han brindado.

Otro aporte que me parece realmente significativo fue el poder **conformar una base de información sobre salud** que es única y que no solamente la utilizó el Programa SUMAR

sino que se usó con otros programas y con todas las jurisdicciones provinciales. Hoy, Inmunizaciones tiene una información, en buena medida, aportada o generada por el Programa. Lo mismo otros programas que virtualmente no tenían una activa participación pero que fueron creando y protocolizando sus procedimientos a partir de la inserción del Programa Nacer. Es decir esta información hoy la utiliza el país, las provincias, todos los programas y es ni más ni menos el registro sistemático de todas las prestaciones que cada uno de las personas que están inscriptas en este programa recibe por derecho.

También podemos decir que hubo un **aporte fenomenal a la conectividad y a la informatización**, no solamente porque una de las líneas de créditos facilitaba la entrega de computadores sino también porque hubo una decisión de comenzar a eliminar papel.

Se comenzó eliminando la ficha de inscripción, hoy ya tenemos facturación electrónica y no conozco ningún organismo de salud pública que monitoree los resultados del programa a través de un tablero de control montado en plataforma web. Nosotros monitoreamos cada uno de los desempeños en materia sanitaria, en materia económica financiera y tenemos los tableros de las 24 jurisdicciones en pantalla, eso creo que también marca un antes y un después en un modelo de gestión de salud. Nosotros no atendemos a la población pero si tratamos de que esa población reciba más y mejores servicios y que quien los presta se sienta retribuido por ello.

Otra gran contribución fue ir conformando los **seguros provinciales de salud**, que como ustedes saben muy pocas provincias habían intentado hacerlo. La mayoría se había quedado en el intento, hoy podemos decir que todas las jurisdicciones tienen ya desarrollos como en el caso de la CABA con Cobertura Porteña y otras provincias que han ido asimilando esta forma de gestionar la salud y la han incorporado como tal.

Cada vez fuimos incorporando complejidades, una de ellas fue por ejemplo la **cobertura efectiva básica**, es decir que para que la persona permanezca en el padrón y la provincia reciba la transferencia, esa persona tiene que haber recibido al menos una prestación de salud, en una ventana de tiempo. Eso me parece fundamental para que cada jurisdicción se preocupe, no solamente de recibir el dinero, facturar la prestación, de registrarla sino también atender al beneficiario y eso me parece que es un hecho absolutamente innovador o sin tantos antecedentes en la historia reciente de la gestión de la salud.

Otro aporte fue **acercar a otros actores del sistemas** ya que estamos intercambiando información con Obras Sociales provinciales y estamos dispuestos a acercarnos a todos los sectores que quieran sumarse a esto, a compartir información, a ver si somos capaces de ir desfragmentizando la salud y tratando de entender que trabajando juntos podemos brindar mejor atención y además reducir los costos.

En cuanto al **monitoreo y auditoria** sufrió un cambio fundamental, tenemos un sistema que nos permite controlar a cada jurisdicción lo que hace, en qué gasta.

No lo comenté y no sé si ustedes están al tanto pero la transferencia de fondos del Programa SUMAR es un gasto mínimo, está por debajo del 2 % del gasto provincial en salud promedio. Esto lo vamos a ver en un gráfico por jurisdicción, pero con ese 2 % hicimos más ruido que con el 98 % restante.

También los **indicadores sanitarios** nos acompañan, ha habido un descenso significativo de la mortalidad infantil y de la morbi-mortalidad materna, que son, tal vez, las cuestiones más importantes a considerar.

Otro hecho para destacar es que hemos logrado **desburocratizar** muchísimos procesos. Una de las condiciones para realizar las transferencias de cada jurisdicción es que una vez

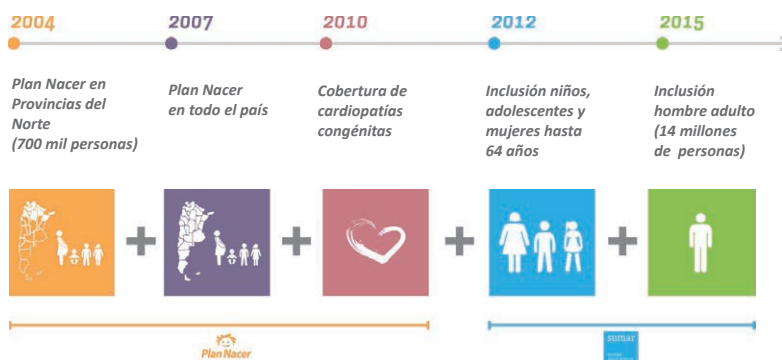


que recibió el dinero del Programa SUMAR y aportó su parte de cofinanciamiento, el pago de las prestaciones se debe realizar dentro de los 50 días. Esto tiene una auditoría, se hacen débitos, no todas las provincias cobran lo que hacen porque obviamente hay 14 trazadoras que monitorean los desempeños. Hay una auditoría externa concurrente de primer nivel internacional que a su vez monitorea y custodia el destino de los fondos.

Una cuestión importante es que cada provincia tiene la libertad de destinar la aplicación de fondos del 100 % al efector o hasta un 50 % en incentivos al personal. Eso también es un sistema innovador porque hay muy pocos países en el mundo que tienen componentes variables en la retribución de la salud, por supuesto son pocas las provincias que se han animado a hacerlo pero el Programa lo posibilita y se trata que esto se haga realidad.

Les quiero mostrar algunos números. En esta diapositiva lo que están viendo fundamentalmente es la evolución del Programa.

### El camino del Programa SUMAR hacia la cobertura universal



El Programa SUMAR gestiona el Programa de Cardiopatías Congénitas, esto no se difunde mucho pero en realidad permitió

eliminar las listas de espera y ordenó todos los traslados. Hoy hay 17 centros de tratamientos distribuidos en 13 provincias con distintos niveles de complejidad que previamente fueron puestos en orden y acreditados para que funcionaran como tal y todo un sistema de traslados de pacientes organizado. Esto fue una forma de corregir la anarquía que ese sistema tenía antes de este modelo de gestión.

En la actualidad, estamos en una población objetivo de 14 millones de personas. Los efectores que están participando representan cerca del 100 % de la red y lo más interesante es que la enorme mayoría de esos efectores son públicos, es decir que el dinero que se invierte vuelve al sistema.

#### Cobertura del Programa SUMAR 2004 - 2015



En esta diapositiva se muestra los beneficiarios históricos que comprenden todos los que recibieron algún tipo de prestación desde que se inició el Programa, cifras de prestaciones financiadas, total de fondos transferidos a las provincias en el mes de abril y también es importante mencionar el monto que las provincias co-financiaron, no solamente la Nación aportó sino también lo hizo cada jurisdicción provincial.

Básicamente éstas son las contribuciones del Programa SUMAR, los tres ejes la cobertura universal, la protección financiera, la cobertura implícita.



## Datos del SUMAR Argentina

Cantidad de beneficiarios actuales <sup>1</sup>	Total de establecimientos de salud con convenio	Total de fondos transferidos / 2005 - Abril 2015
11.067.716	7.379	\$ 2.451.475.176
Cantidad de beneficiarios históricos <sup>2</sup>	Total de prestaciones financiadas / 2005 - Marzo 2015	Total de fondos transferidos a las provincias /Abril 2015
15.219.200	87.593.935	\$73.533.074
	Monto co-financiado por las provincias	
	\$ 385.538.968	



<sup>1</sup>Incluye a la población de Hombres de 20 a 64.

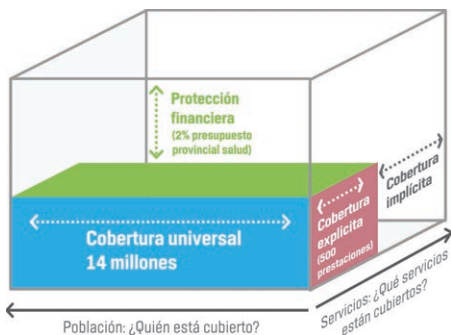
<sup>2</sup>Total de transferencia del Programa SUMAR desde su implementación hasta la actualidad.



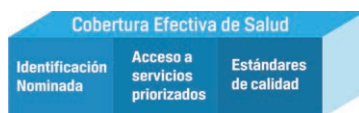
*El Plan Nacer es la cobertura específica del Programa SUMAR para los niños y la embarazada.*

## Transformando la cobertura universal en cobertura efectiva

**Contribuciones del SUMAR a los tres ejes de la cobertura universal**



**¿Qué entendemos por cobertura efectiva en salud?**



Vemos aquí, en qué impacta la inclusión del hombre adulto. Como cobertura prestacional se definieron seis líneas de cuidado y cerca de 50 prestaciones, básicamente orientadas al

control. El énfasis del Programa sigue siendo el mismo, facilitar e incentivar el acceso de la población a la salud y básicamente establecer controles.

## Inclusión hombre Cobertura Prestacional

**6**  
líneas  
de cuidado

- 1) Control periódico de salud.
- 2) Detección de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal).
- 3) Detección de riesgo y diagnóstico oportuno de cáncer colorrectal.
- 4) Salud mental.
- 5) Apoyo y seguimiento en casos de alcoholismo y consumo de drogas.
- 6) Promoción de hábitos saludables, salud sexual y reproductiva, prevención de lesiones externas.

Cerca  
de 50  
prestaciones

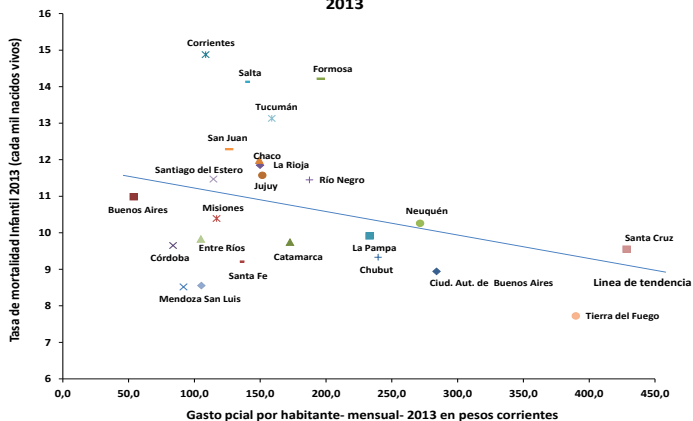
**Algunas de ellas son:**

- 1) Control periódico de salud.
- 2) Consulta oftalmológica.
- 3) Control odontológico.
- 4) Consulta con nefrología.
- 5) Consulta con cardiología.
- 6) Consulta para la evaluación del nivel de riesgo cardiovascular.
- 7) Consulta de seguimiento de personas con diabetes tipo II.
- 8) Diagnóstico y seguimiento de consumo episódico de alcohol y otras sustancias.
- 9) Atención en emergencia y ambulatorio de intento de suicidio.
- 10) Colonoscopia.

Otros datos que les quiero mostrar es el posicionamiento que tienen las distintas provincias en cuanto al gasto en salud mensual por habitante y la tasa de mortalidad infantil, del año 2013.

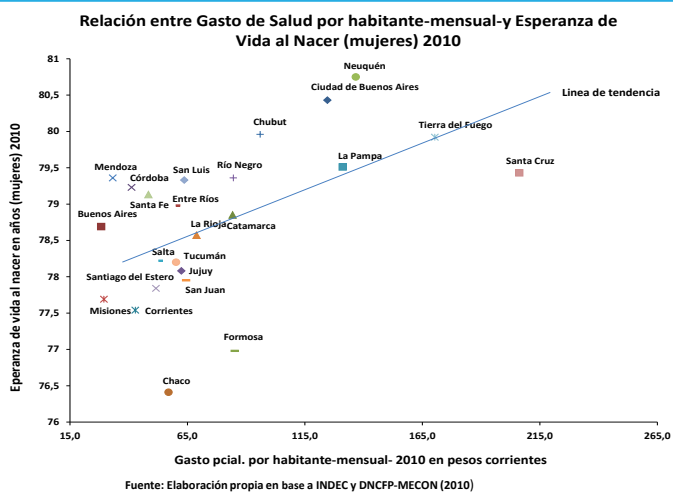


Relación entre Gasto Provincial en Salud por habitante-mensual- y TMI 2013

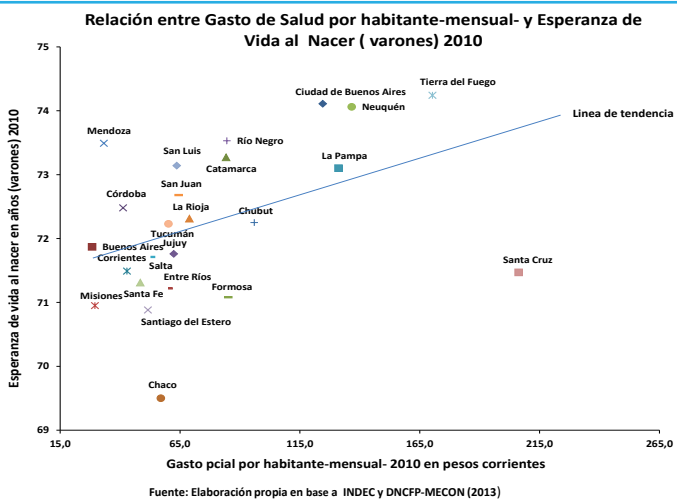


Fuente: Elaboración propia en base a DEIS y DNCFP-MECON (2013)

En la siguiente diapositiva pueden visualizar la relación del gasto en salud por habitante, mensual, y la esperanza de vida al nacer en mujeres, año 2010.



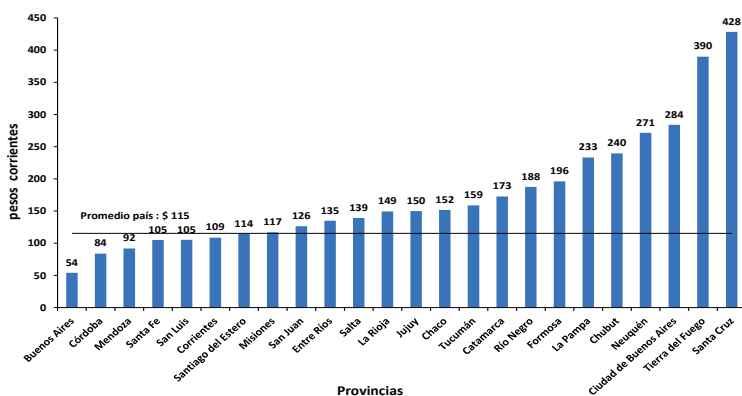
En cuanto al gasto en salud por habitante mensual y esperanza de vida al nacer en varones, 2010.



Esta diapositiva muestra algunos datos interesantes del gasto de salud por habitante-mes, para el año 2013. Fijense cuál es el gasto promedio y la participación que tiene cada jurisdicción provincial. Por supuesto que quedan muchas cosas por resolver pero claramente hemos achicado la brecha de desigualdad sobre todo en los indicadores sanitarios.



**Gasto Pcial. en Salud por Habitante-Mensual  
2013 (en pesos corrientes)**



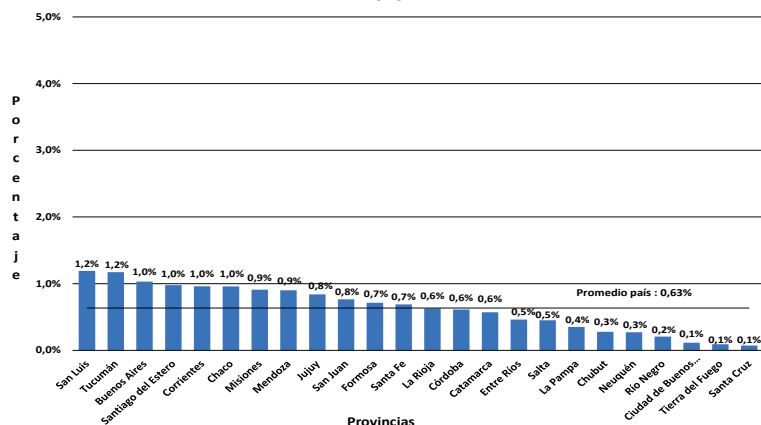
Fuente: Elaboración propia en base a INDEC y DNECOP-MECON (2013)

En la siguiente gráfica se puede ver las transferencias de SUMAR en relación al gasto provincial en salud, está expresado en porcentaje de presupuesto.

Los objetivos del desarrollo del milenio, en relación a la tasa de mortalidad infantil la podemos comparar con la del año 1990, queda en evidencia el achicamiento de la brecha y los objetivos que se han fijado. Vuelvo a repetir que, por supuesto, queda muchísimo por hacer pero no es poco lo que se realizó.

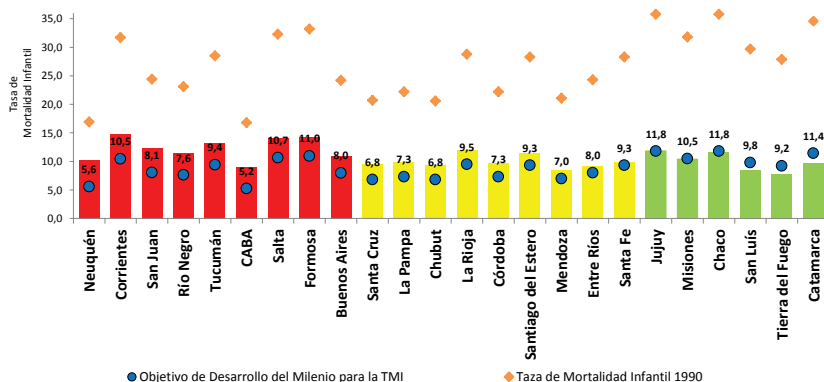


**Transferencias SUMAR en relación a Gasto Pcial. en Salud  
2013**



Fuente: Elaboración propia en base a Programa SUMAR, INDEC y DNEC-PC (2013)

**Objetivos de Desarrollo del Milenio  
Tasa de Mortalidad Infantil por mil nacidos vivos por provincia  
Año 2013**



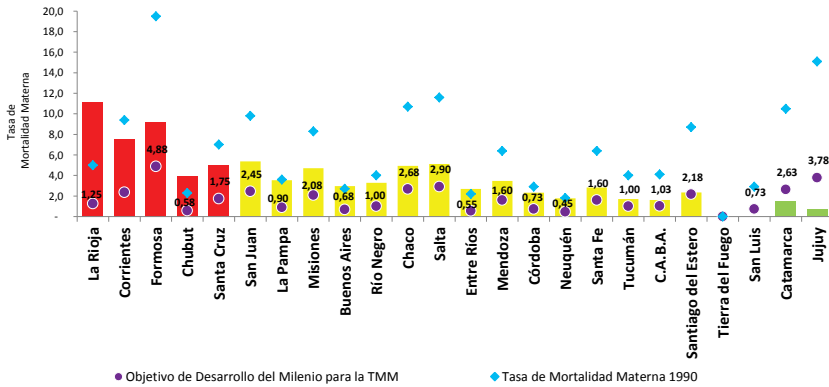
Fuente: Elaboración propia en base a INDEC y DEIS (2013)

El grafico siguiente muestra también la tasa de mortalidad materna para el año 2013 y acá volvemos a lo mismo, este es un indicador muy duro pero que se logró bajar bastante en muchas de las jurisdicciones provinciales.



**Objetivos de Desarrollo del Milenio**

Tasa de Mortalidad Materna por 10.000 nacidos vivos por provincia Año 2013



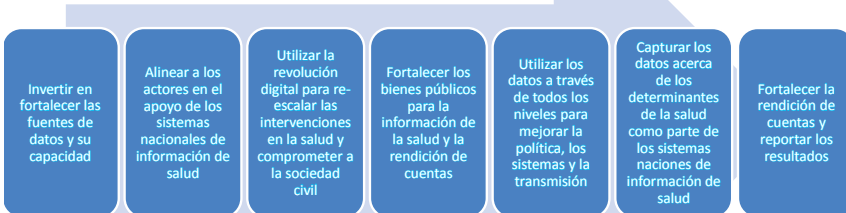
Fuente: Elaboración propia en base a INDEC y DEIS (2013)

Tenemos varios desafíos para fortalecer los Sistemas Nacionales y Provinciales de Información de Salud, en la diapositiva se mencionan.



**Nuevos Enfoques en el Monitoreo de la Salud**

**Desafíos para fortalecer los Sistemas Nacionales y Provinciales de Información de Salud**





Voy cerrando con esto, fundamentalmente con las batallas que todavía falta enfrentar.

- Heterogeneidad en la disponibilidad y uso eficiente de los recursos y en los resultados en salud en las distintas provincias.
- Brechas conceptuales y gerenciales de los sistemas de salud provinciales.
- Formación y retribución de los RRHH: umbrales básicos de formación, retribución y dedicación.
- Fortalecer los sistemas de información de salud: uso de big data.
- Alinear visiones e integrar estrategias entre distintos Niveles de gobierno, Actores sociales y Obras sociales provinciales.
- Curva epidemiológica y Carga de Enfermedad, el desafío de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Muchas gracias.





## **MESA N° 7**

### **Farmacia hospitalaria: cuánto y cómo aporta a la Seguridad del Paciente**

*Coordinadoras: Farm. Marisa Bazzano y Farm. Gisela Carignano  
Integrantes de FEFARA*

*Marisa Bazzano*

Buenas tardes. En primer lugar queremos agradecer a las autoridades de FEFARA y a los organizadores de estas Jornadas, por convocarnos.

Estas Jornadas históricamente fueron de Política, Economía y Gestión de Medicamentos pero, desde el año pasado, en FEFARA se generó un nuevo espacio y se hicieron las primeras Jornadas Profesionales Farmacéuticas. En ese contexto tras la primera convocatoria se recibieron 50 trabajos científicos, de una población de farmacéuticos de todo el país referidos a farmacia comunitaria, políticas de salud, y llamativamente, para nosotros, varios referidos a farmacia hospitalaria.

Este año se repitieron las Jornadas Profesionales, y conversando con los miembros del Comité, se destaca cuánto se ha avanzado en relación a los trabajos de la Jornada anterior. En conclusión, se mantuvo el número de trabajos pero el nivel de calidad mejoró notablemente.

Los que estamos participando en esta Mesa estamos seguros que los prestigiosos colegas que disertarán nos brindarán información sobre todo lo que el farmacéutico puede aportar en la farmacia hospitalaria, sumándose activamente al equipo de Salud, demostrando el valor agregado que significa el profesional farmacéutico integrado en el trabajo interdisciplinario para sumar en la seguridad del paciente.

En cuanto a Seguridad del Paciente este es un tema muy amplio ya implementado en gran parte del mundo. El mismo surge en el año 1999, donde hubo una ruptura de paradigma, cuando se publicó un libro del Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de Estados Unidos que se llamó "Error es humano". A partir de ahí, ese informe aportó una serie de datos que motivaron que se comience a trabajar en el tema de seguridad del paciente, porque en él se mencionaba que entre 44.000 y 98.000 personas morían a causa de la atención en los centros de salud.

Como pueden imaginarse esto tiene un gran impacto económico y a partir de ello se generó todo un gran movimiento y, afortunadamente, en nuestro país, algunas instituciones como las tres acá presentes: el Hospital Austral, el Sanatorio Finocchietto y el Hospital Alemán están trabajando muy fuertemente en este tema.

Sintética y básicamente, la seguridad del paciente lo que pretende es generar procesos que intenten lograr que la atención que nosotros le brindamos a nuestros pacientes tenga los menores riesgos posibles, tanto para ellos como para los profesionales, porque en esto también los que están atendiendo al paciente pueden correrlos.

Para que nos llevemos un marco general, en lo que a nosotros los farmacéuticos nos impacta, de acuerdo a la bibliografía, del porcentaje total de los errores y de eventos adversos generados, la mitad corresponden a los medicamentos. Esto no es casualidad ya que, un paciente que ingresa en una institución de salud en algún punto de su atención o en varios, estuvo en contacto con los medicamentos. Entonces ahí es donde se nos abre a nosotros, los farmacéuticos, un lugar y una oportunidad única, porque tenemos la formación de grado, de posgrado e incluso el liderazgo para poder manejar estos equipos, integrarlos y poder contribuir a la seguridad del paciente.

Esta mesa seguramente les aportará varias ideas, esperamos que cada uno de ustedes pueda implementar alguna de ellas cuando lleguen a sus hospitales, recordando que por mínimo que sea lo que puedan realizar, van a estar contribuyendo en gran medida a la seguridad de los pacientes. Con estos pequeños cambios se cambia la cultura de seguridad de las instituciones y se logran grandes cambios.

Serán disertantes en esta mesa la Farm. Ana Fajreldines; la Dra. Heidi Wimmers y el Farm. Gabriel Cantello.

Ana Fajreldines es farmacéutica, Universidad Nacional de Córdoba; Máster en Gerenciación y Administración de Servicios de Salud, Universidad Favaloro. Tiene un posgrado en Programa de Mejora en Procesos Asistenciales. Intermountain Healthcare. CEGES, Universidad Austral y es Máster en Farmacia Clínica, Universidad de Los Pueblos de Europa-Málaga. Está cursando el Doctorado en Ciencias Biomédicas, Universidad Austral. Se desempeña en el Hospital Universitario Austral de Pilar como: líder de proyectos de Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente, referente de la Unidad de Farmacovigilancia, directora de la Residencia en Farmacia Hospitalaria y directora de la Especialización en Farmacia Hospitalaria.

Heidi Wimmers es Jefa de Farmacia del Hospital Alemán,

Presidente del Comité de Ética Independiente del Hospital Alemán, Directora de Residencias Farmacéuticas y Magister en Investigaciones Clínicas y Farmacológicas.

Gabriel Cantello es farmacéutico, Universidad de Buenos Aires; Director Técnico de Farmacia Hospitalaria y Esterilización en el sanatorio Finochietto. Fue Director Técnico en Concejo Profesional de Ciencias Económicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, jefe de Farmacia Hospitalaria en Medicus S.A. Además fue Consultor en la Universidad Abierta Interamericana, Simeco y en Droguería de Belgrano.

*Ana Fajreldines*

Buenas tardes, muchas gracias por la invitación. Como bien dijeron en la presentación, trabajo en Hospital Austral de Pilar.

La ponencia que voy a compartir con ustedes es: Evento adversos a medicación: análisis, mejoras, desclasificación y monitoreo. Proceso de aprendizaje institucional.

Voy a partir de algunos datos epidemiológicos del hospital donde trabajo como marco para situarnos desde donde miramos la seguridad del paciente.

Nuestro hospital está aquí muy cerquita, cuenta con una dotación de 150 camas, aproximadamente 17.000 consultas anuales, 1000 egresos mensuales y 16



residencias médicas, incluida la residencia en farmacia hospitalaria.

Se podría decir que estos datos son de un perfil de un hospital de altísima complejidad, de gran demanda, que presta una calidad excelente de salud, porque tienen un edificio que es increíble, como lo pueden observar en la foto, y una tecnología que es bastante innovadora. Sin embargo nos pasan cosas buenas y malas en el camino.

Trabajo en el hospital desde que abrió hace 15 años. Tenemos un camino de acreditaciones, como si fueran unos grandes trofeos en una vitrina enorme que nos llena de orgullo. Estamos acreditados por ITAES por ISO y hemos logrado la acreditación internacional más grande del país, lo que nos ha generado una cultura increíble de la seguridad del paciente. Estamos dentro de los del ranking latinoamericano de hospitales, en el tercer lugar. El primero y el segundo, corresponden a un hospital chileno y uno brasilero. Este es un camino largo y muy enriquecedor.

## ¿QUÉ ES EL HOSPITAL AUSTRAL?

Organización sin fines de lucro que trata de promover los valores de la verdad y de la excelencia, del trabajo bien hecho, que trata de poner en el centro de sus esfuerzos y de su fin al paciente y su familia.



Sin embargo a pesar de todos estos logros, nos suceden eventos adversos que no quisiéramos que nos pasaran, pero nos pasan, como les pasa a todos los hospitales. Quien dice que no le pasa, no es que no le suceda sino que lo desconoce. La literatura científica norteamericana menciona que anualmente mueren 44.000 a 98.000 personas por año por errores evitables, errores médicos, que no son errores de las personas sino del sistema sanitario que no es infalible.



## ANÁLISIS DE CASOS: elementos contribuyentes<sup>2</sup>

### SITUACIONES ESPECÍFICAS

1. *Enfermera reemplazante*
2. *Interrupciones en la preparación de medicamentos*
3. *Entrenamiento para esta preparación*
4. *Procesos definidos pero no controlados*
5. *Dispensación no diferenciada*
6. *Envases similares del mismo laboratorio*

ANÁLISIS DEL CASO, DISEÑO E  
IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:  
FARMACIA, DPTO MEDICINA, DTO DE  
ENFERMERIA, CALIDAD Y SEGURIDAD DEL  
PACIENTE

(2) Documentos internos del Dpto. de Calidad y seguridad del paciente, 2010-2015



En nuestro hospital ocurren errores con la medicación, si miramos el modelo del queso suizo, es muy fácil que ocurran, bastan sólo unas pequeñas cosas o fallas para que el error llegue al paciente, por ejemplo la enfermera que está sobrecargada de trabajo; sin dormir por muchas horas, y que lee una droga por otra: ¿no lee bien porque es incapaz? Lee sin leer porque el cansancio permite que ocurran estas cosas. ¿Su cansancio la hace culpable?, ¿las ampollas que vende la industria no podrían ser más claras en su formato visual?, ¿la letra no podría ser más grande?, ¿los hospitales no podrían tener turnos más cortos de enfermeras?, ¿es posible tener una enfermera cada 3-4 pacientes y no una enfermera cada 15-20 pacientes? Esto nos pasa, no hay que negarlo, si lo negamos estamos muy lejos de hacer seguridad del paciente.

Qué hacemos cuando nos ocurre un error de medicación, cualquiera sea: una medicación por otra, un medicamento en la dosis o vía incorrecta entre otros. Aplicamos la metodología de la mejora continua y podemos arribar al segundo paso del análisis de cada caso que es considerar otros elementos que

son necesarios como por ejemplo, factores del paciente, de la familia, de las tareas, el excesivo ruido, las interrupciones, el tipo de medicamento que van a administrar, el entrenamiento que recibió la enfermera para hacerlo, etc.

Es necesario revisar en relación a los equipos sanitarios como ya mencionamos, todos los elementos que pueden informarnos sobre el porqué del error y en relación al paciente: qué tan rápido apareció la lesión, qué ocurrió antes, durante y después del evento.

## **ANÁLISIS DEL CASO: elementos a recopilar**

### **Datos previos - Preguntas principales – Epicrisis<sup>2</sup>**

- Factores del Paciente
- Información a Paciente y Familia
- Factores relacionados con las tareas
- Factores relacionados con la formación y aprendizaje
- Factores relacionados con el trabajo en equipo
- Factores relacionados con la comunicación
- Factores relacionados con el equipamiento y recursos
- Factores relacionados con el ambiente de trabajo
- Abordaje del evento adverso ¿se apreció pronto la lesión? ¿cómo se pudo diagnosticar antes? ¿Se trató la secuela?
- Notificación ¿Se planteó notificar a la dirección del centro? ¿por qué no lo hizo? ¿se planteó revisarlo en el servicio? Respuestas a preguntas principales - Vulnerabilidades/Propuestas de mejora

(2) Documentos internos del Dpto. de Calidad y seguridad del paciente, 2010-2015

El análisis causa raíz es un análisis en profundidad con una sistemática de entrevistas en detalle, de observación de los procesos, de revisión de documentos. Lo que hay que hacer, es separar el análisis de las personas, el análisis despersonaliza sino aparece la culpabilidad y encontrar culpables no nos exime de que las cosas no vuelvan a suceder, sucederán siempre.

A partir del análisis de lo que pasó, se pueden impulsar estrategias de mejora. En realidad lo que quiero decir es que para

hacer la mejora continua no hay que inventar la pólvora porque ya a otros les pasó lo mismo que a nosotros; porque los errores son sistémicos, no somos originales ni siquiera para equivocarnos, por ello usar siempre la literatura y la tormenta de ideas y lo que pueden opinar los efectores de los procesos, es lo mejor.

Por ejemplo cuando se administra un medicamento por otro que suena similar o es parecido a la vista se ponen estrategias como la lista LASA (MEDICAMENTOS QUE SUENAN SIMILARES O SE PARECEN), se da a conocer la lista, se etiqueta con una etiqueta LASA esos medicamentos o sino cualquier otra estrategia viable para cada organización.

Luego de impulsar las estrategias hay que reunirse para monitorizar que se cumplan, pero volveremos a ello más adelante.

## **LASA: ESTRATEGIAS<sup>3</sup>**

- ✓ Selección y adquisición: ideal; difícil de llevar a cabo
- ✓ Almacenamiento: controles de almacenamiento al azar en Farmacia Central (muestreo)
- ✓ Prescripción / Validación: catálogo (“tall man letters”):  
**FENTAnilo, REMIFENTAnilo**
- ✓ Dispensación: control de carros
- ✓ Administración: 8 correctos


(3) Documentos internos de Farmacia y Dpto. de Calidad y seguridad del paciente, 2010-2015

En la siguiente diapositiva pueden observar la lista de los medicamentos LASA, se comunicó a todos y se hacen campañas

desde enfermería. Hace poco hicieron una consistente en que, quien reportaba el primer fármaco par LASA detectado en los últimos días sin rótulo, recibía un premio. Entonces al llegar los mails con los reportes, se categorizaron y se le entregó un premio a esas personas.

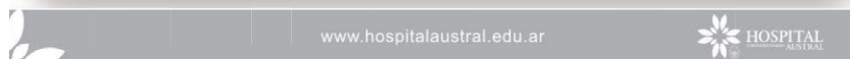
## MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

Medicamentos  
LASA  
"look-alike"  
"sound-alike"



MEDICAMENTOS LASA - HUA	
MEDICAMENTO A	MEDICAMENTO B
Adrenalina	Noradrenalina
Adrenalina	Adriblastina (Doxorrubicina)
Allopurinol	Haloperidol
Amoxicilina	Amoxicilina - clavulánico
Ampicilina	Ampicilina - sulbactam
Bleomicina	Neomicina
Bupivacaína	Bupivacaína hiperbárica
Carbamazepina	Oxcarbazepina
Cefotaxima	Ceftazidima
Ciclosporina	Ciclofosfamida
Cisplatino	Carboplatino
Clonazepam	Clobazam
Dexametasona	Betametasona
Dopamina	Dobutamina
Doxorrubicina común	Doxorrubicina liposomal
Doxorrubicina	Daunorrubicina

(3) Anexos procedimientos de manejo y utilización de medicamntos LASA, Servicio de Farmacia. Ed 2011-2013-2015



Luego lo que solemos hacer es analizar los factores constitutivos y utilizar una matriz. Descubrimos la etapa del proceso de atención vulnerada que puede ser la prescripción, la administración, la dispensación, la validación. La preventabilidad, si fue población vulnerable por ej.: ancianos, neonatos, pacientes neutropénicos, pacientes dializados etc.

Lo mejor que podemos hacer ante un evento que nos frustra es convertir esa frustración en ganas de ser mejores y eso es lo que acredita una institución, porque antes de ser acreditados por Joint Commission, lo somos por cada paciente cuando nos elige de nuevo.

## ANÁLISIS DE LOS FACTORES CONSTITUTIVOS

### UTILIZACION DE UNA MATRIZ

- ✓ PREVENTABILIDAD
- ✓ FRECUENCIA
- ✓ POBLACION VULNERABLE
- ✓ ETAPA DEL PROCESO DE ATENCION
- ✓ DIMENSION HISTORICA DEL PROBLEMA
- ✓ CRITICIDAD DEL EVENTO



Cuando preguntamos la percepción del usuario en todas estas mejoras: porque los técnicos de farmacia podrían decir que es mucho trabajo re rotular, re etiquetar, analizar y controlar todos los días pero cuando la gente hace de su trabajo el ciclo de la mejora permanente no tiene dos trabajos, uno en el que trabaja y otro el que controla como lo hizo, sino que trabaja bien la primera vez y eso es lo que queremos hacer, que nuestra cultura de hacer siempre las cosas bien sea un instinto.

En la siguiente diapositiva pueden observar alertas de los fármacos de alto riesgo, es decir aquéllos que utilizados inapropiadamente pueden matar a un paciente: como los oncológicos, las insulinas, los morfínicos etc. Si bien aquí a la derecha hay una bolsa rotulada que dice ketamina quedó como lista de alto riesgo por el parecido que tiene con otro medicamento que tiene un envase muy similar y por ser un medicamento que utilizado inapropiadamente puede matar. Cada organización debe listar sus propios medicamentos de alto riesgo y establecer políticas de control para ellos, cuestiones simples, como por ejemplo un cartel que los identifique como tales.

## ALERTAS Y FRACCIONAMIENTO DE MEDICAMENTOS DE RIESGO Y AQUELLOS INCLUIDOS EN EVENTOS GRAVES



Para hacer que los circuitos se cumplan una vez definidos, porque a veces nos cuesta llevar a la práctica, generar actitudes proactivas en otros que no participaron del análisis, etc. lo hacemos con tracers, es decir

### CÓMO HACER QUE LOS CIRCUITOS SE CUMPLAN UNA VEZ DEFINIDOS

INDICADORES

TRACERS

ANALISIS INTENSIVO

con recorridos preguntando cómo viven los procesos los diferentes involucrados en ellos, indicadores y análisis intensivos.

Previamente les voy a contar algunas cuestiones que a lo mejor nos pueden ayudar a todos. La literatura menciona que en relación a los indicadores lo mejor es medir pocos, que midan lo que queremos observar y que se puedan sostener en el tiempo.

Nosotros de a poco fuimos incorporando diversos indicadores hoy tenemos 18, es bastante pero dado que hay gente que puede medirlos es bueno hacerlo.

Como se puede observar en el siguiente gráfico, estos indicadores parecieran que muestran una tendencia levemente ascendente el primero, descendente el segundo y el tercero, esto es prescripción inapropiada, dispensación inapropiada, rotulación inapropiada. Si nos preguntamos, ¿el monitoreo continuo sirve para seguridad del paciente?, la respuesta es sí, sirve. Pero los pequeños desvíos no nos muestran el daño, entonces hay que recurrir a otras metodologías que nos cuantifiquen el daño, es decir sirven pero en el contexto de otros indicadores.



(4) Programa de monitoreo continuo del uso y manejo de medicamentos, informe final 2013-2014  
[www.hospitalaustral.edu.ar](http://www.hospitalaustral.edu.ar)



Entonces nosotros recurrimos a la metodología trazadora que es la metodología que usa Joint Commission para evaluar un proceso o para evaluar un paciente concreto. En este caso nosotros hicimos un curso que nos financió el hospital Austral a algunas personas, entre ellas una persona de farmacia quien

diseñó con enfermería y los médicos que estaban también becados para este mismo curso, esta herramienta que es “el paciente trazador”. Toman un paciente y le preguntan en la habitación si los medicamentos que le prescribió el médico los conoce, si es alérgico y sabe a qué es alérgico, si recibió la medicación en forma habitual, cuánto lo hicieron esperar para darle un analgésico, si le explicaron antes de administrarle cada medicamento qué es lo que iban a hacer, si el medico se lava las manos antes de asistirlo, si la enfermera conversa mientras administra medicamentos, si los medicamentos tienen fecha de vencimiento, etc.

Como pueden ver en la diapositiva, esta herramienta tiene preguntas para el farmacéutico, para el médico, la enfermera, el cadete, al camillero, el familiar del paciente y para los directores de la institución.

## MONITOREO CONTINUO

## TRACERS

AUDITORIA CON METODOLOGIA TRAZADORA  
MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS

### PACIENTE TRAZADOR

PACIENTE	CUMPLE	CUMPLE PARCIAL	NO CUMPLE	COMENTARIOS
Conoce cuáles son los medicamentos que le prescribió el médico?				
Sabe si es alérgico a algún medicamento? Se lo preguntaron?				
Recibe medicación en forma habitual? Se lo preguntaron?				
Trajo medicación de su propiedad? Dónde está? Si bajo a Farmacia, le entregaron una copia de la planilla de recepción de medicamentos?				
Le explicaron que no está permitido automedicarse durante la internación?				
Firmó el consentimiento informado?				
Antes de administrarle un medicamento, miran su pulsera?				
En caso de haber sufrido dolor, pasó mucho tiempo entre que el médico le prescribió un analgésico y enfermería lo administró?				

### AREA DE TRANSICION #1

MEDICO	CUMPLE	CUMPLE PARCIAL	NO CUMPLE	COMENTARIOS
El paciente recibe medicación en forma habitual? Se concilió la medicación en la HCE? Dónde?				
Existe un documento que especifica cómo debe conciliarse la medicación? Me lo muestra?				
Si un medicamento que el paciente recibe habitualmente queda suspendido por su condición clínica actual, lo registra en HCE?				
Si el paciente trajo su medicación, qué le dice?				
Cómo sabe si el paciente es alérgico a un medicamento? Dónde busca el dato? Dónde lo registra?				
Hay una lista donde puede consultar cuáles son los medicamentos disponibles en la Institución?				
Cómo se enteró si un medicamento no tiene stock en el Hospital?				
Conoce la lista de medicamentos de alto riesgo? Existe un documento sobre manejo y uso de los mismos?				

[5] Instrumento de paciente trazador. Diseñado por el grupo de trazadores del Hospital Universitario Austral. Quality Resources. 2015.

www.hospitalaustral.edu.ar



En cuanto al análisis intensivo, es decir un análisis detallado de los eventos graves, como los indicadores no nos mues-



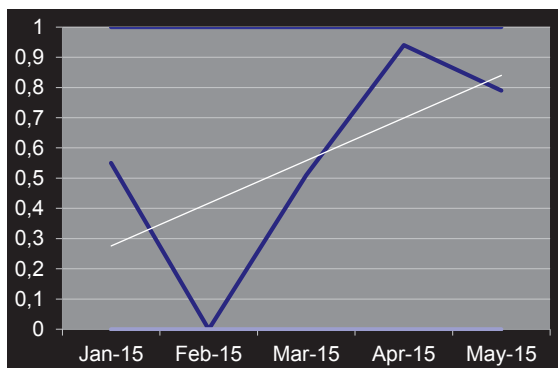
tran con mucha sensibilidad cuánto dañamos a los pacientes, hacemos este análisis. Los indicadores como los de rotulación inadecuada no me dicen qué le paso al paciente, me dicen cómo está el proceso pero no qué le paso al paciente. Éste es un análisis (el análisis intensivo) que usa fuentes de varios cauces, por ejemplo la mortalidad mensual, la metodología de gatillos. Esta metodología de gatillos es una revisión de historia clínica cerrada que se lee para buscar el daño: por ej. si el paciente en el día 5 empieza con antibióticos no programados, es que seguramente adquirió una infección nosocomial. Si el paciente en un momento recibe un fármaco que no está prescripto o no está programado seguramente algo cambió en su fisiopatología para hacerlo y eso es lo que investiga específicamente esta herramienta, si hubo daño o no asociado a la atención de la salud y no a la propia patología de base del paciente.

Entonces construimos este indicador, es un indicador internacional que tiene "benchmark", que es el número de eventos graves que nos pasan por la utilización inapropiada de medicamentos cada mil dosis administradas. Acá nosotros vemos que pareciera que hubiera un evento grave cada 1000 dosis admi-

## MONITOREO CONTINUO

### ANÁLISIS INTENSIVO

Numero de eventos graves a medicación x1000/total de dosis Administradas [META: reducción en la tasa]



nistradas pero un evento grave puede ser el de vincristina y un paciente murió cada mil dosis administradas. Un paciente en un día, con las características de complejidad de nuestro hospital, puede recibir entre 32, 55 o hasta 101 dosis. Considerando dosis a que cada metoclopramida indicada cada ocho horas son tres dosis, planes de infusión continua de vasopresores es una dosis. Ese es el rango que nosotros tenemos de dosis-día-paciente. Para nosotros es bastante fatal que este indicador esté en tendencia ascendente y por eso tenemos que mejorarlo ya.

En cuanto a la comunicación y desclasificación, desclasificación es cuándo pasó un evento grave que produjo la muerte de un paciente y hay que comunicarlo a toda la organización para el aprendizaje, se debe despersonalizar, es decir, las personas que estuvieron involucradas no aparecen en ningún lado con nombre y apellido. Hay que hablar con la dirección, entregarle un informe a los 45 días y después hacer una reunión con las personas que estuvieron implicadas para ver qué es lo que pasó, lo que vamos a hacer para que no nos pase y reducir los niveles de frustración. Después ese análisis se devuelve a toda la organización a través de los causes que tenemos por la intranet, por medio de ateneos, por medio de campañas, siempre en positivo, siempre con las mejoras implementadas. En esa intranet publicamos cuántos eventos con daño se sucedieron en cada mes.

Se puede pensar que si es un hospital acreditado, que tiene cultura y tienen muchas herramientas, además tienen una farmacia que funciona las 24 h del día y que trabaja proactivamente en seguridad del paciente y sin embargo nos pasa esto y esto es lo que sabemos, hay un montón de cosas que nosotros no la sabemos, pero no las ocultamos, queremos saber qué nos pasa, dónde nos pasa y con qué frecuencia.

La comunicación y retroalimentación para nosotros es fundamental en el hospital. Por eso es que hay certificados de mérito a los farmacéuticos que hacen aportes valiosos, todos

aportan, por lo menos hay 20 reportes de seguridad del paciente de forma voluntaria, por parte de los farmacéuticos, cada semana. A los que más destacan se les extiende un certificado firmado por el director de calidad y seguridad del paciente y eso va al legajo.

Los próximos pasos...

- Implementación de los criterios Stopp-Start en el paciente añoso que consulta al Hospital Universitario Austral.
- Inapropiabilidad de las formulas huérfanas para neonatos: análisis de drogas y excipientes.

Quiero dejar algunas conclusiones que las podrán ver en la diapositiva. Un tema no menor es que la dirección de nuestro hospital cree y confía que el farmacéutico tiene la formación suficiente para hacer hablar a los dos mundos, el mundo clínico y el mundo del proceso.

## CONCLUSIONES

- ✓ La seguridad del paciente no la podemos hacer solos, la hacemos cada uno, pero juntos.
- ✓ Para evitar EM con daño los facilitadores son la proactividad a la mejora, el ser autocríticos, abiertos a la verdad.
- ✓ El farmacéutico tiene un desafío clave en el desarrollo de la seguridad del paciente, tiene que ir a por ello, sin excusas, **con el desarrollo de todo su talento al servicio del paciente.**
- ✓ **La mejora continua se hace con poco, muchos "pocos" logran mucho.**

### Limitaciones

- Hay que aceptar que en este contexto hay mucho que haremos y no será fecundo, pero vale la pena hacerlo igualmente.
- Hay que medir el esfuerzo de los planes de mejora en nivel de daño decreciente.



## ¿QUÉ ES EL HOSPITAL AUSTRAL?



Para terminar, les quiero decir que el Hospital Austral no solamente es una institución como la caractericé al principio de esta ponencia sino que es un hospital que intenta ser seguro porque su gente reconoce sus errores y busca mejorar para mitigarlos.

Muchas gracias.

## **Trazabilidad de medicamentos: su aporte a la seguridad del paciente y como implementarla**

*Heidi Wimmers*

Buenas tardes, muchas gracias por la invitación, trabajo en el Hospital Alemán, nosotros también estamos en camino de la Joint Commission.

En realidad estaba convocada para presentarles lo que avanzamos en trazabilidad de medicamentos que nosotros consideramos fundamental como proceso seguro para nuestros pacientes.

Hemos tenido algunos eventos de medicación falsificada en el hospital, de hecho recibimos medicación de terceros, específicamente medicación oncológica, de alto costo, que la traían las prepagas, obras sociales a través de los pacientes al hospital. Tuvimos en el año 2010 el caso de un Mabthera® (rituximab) falsificado que lo detectamos en nuestra área parenteral. Esto realmente nos dio un empuje como para que cuando saliera la legislación en Argentina realizar la inversión inicial de software, scanner y demás. No hubo ninguna objeción para implementarlo lo más rápido posible porque nos dábamos cuenta de que era lo que iba a garantizar a nuestros pacientes la legitimidad de sus medicamentos.

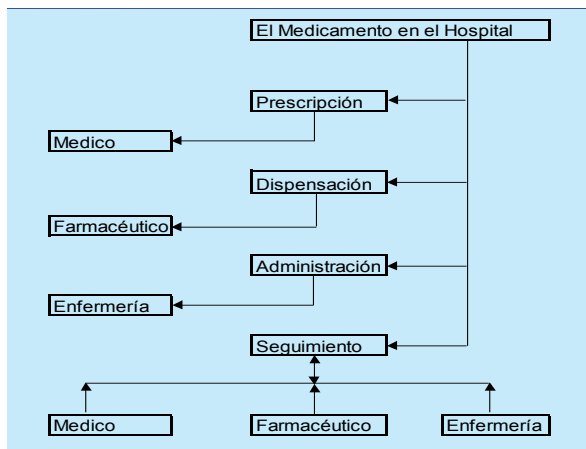
El Hospital Alemán es un hospital de la comunidad alemana que se inauguró en 1867 y ahora es abierto a toda la población. Es un hospital universitario, de alta complejidad con más de 700 profesionales médicos de todas las especialidades. Ocupa toda la manzana y tiene cuatro diferentes ingresos.



Yo estoy hace muchos años en el Hospital de hecho nació ahí y ahora justo nació mi nieta así que se dan cuenta que estoy hace muchísimo tiempo.

En el año 2000 empezamos, después de observarlo en una visita a los hospitales de España, con un sistema de distribución por dosis diarias unitarias para garantizar “el medicamento correcto para el paciente correcto”, en todas las áreas de internación. Los farmacéuticos recorríamos y revisábamos con las fichas individualizadas por paciente todo lo que nuestros médicos escribían en la historia clínica manual, es decir con la ficha manual de seguimiento fármacoterapéutico individual por paciente.

Interveníamos en el seguimiento del paciente, como ya todos sabemos. Es decir las tareas del médico, del farmacéutico y de la enfermera están totalmente interconectadas, como pueden observar, y en ese momento ya ayudábamos en la prescripción pero nos costaba bastante por el hecho de que estaba todo escrito manualmente y de forma difícilmente legible.



Desde hace unos 8 años pasamos a la historia clínica electrónica para, realmente, tener alertas a través del sistema por si se registran alergias, interacciones, conciliación de medicamentos. De esa manera se evita tener algún problema de administración que no corresponda al paciente. Actualmente esta historia clínica electrónica esta "interfaseada" con los procedimientos de trazabilidad.

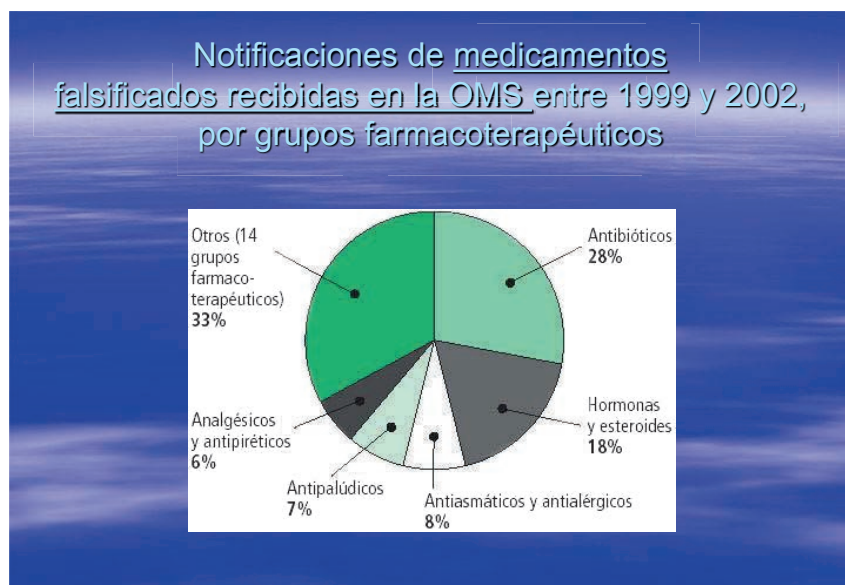
La seguridad de un medicamento, según el origen latín de la palabra seguridad, indica ausencia de riesgo, en lo posible para nuestros pacientes.



Nosotros hacemos la traza de los medicamentos hasta la cama del paciente, es decir realmente rastreamos desde que se genera el medicamentos en la fábrica o si lo compramos a un intermediario (droguería, distribuidora) hasta nuestro hospital. La trazabilidad es un proceso que permite conocer la historia del medicamento durante todos sus pasos, verificando su origen, registrando toda la cadena de distribución y dando mucha seguridad al paciente.

Empezamos a implementar la trazabilidad porque la problemática de la falsificación de drogas impacta tanto a países en desarrollo como a desarrollados y como recién les comentaba los costos en tecnología para trabajar con estándares de calidad impactan una única vez. Nosotros tenemos 250 camas y aproximadamente 500 pacientes en oncología que tienen cuidado domiciliario. El hospital tuvo que hacer la inversión de comprar 300 scanners y se desarrolló el software. Como ya les dije es una sola inversión para ofrecer beneficios a todos nuestros pacientes.

Lo que nos había pasado con la falsificación del medicamento oncológico también ya estaba reportado a nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 1999. Pueden observar todos los grupos de medicamentos que estaban siendo falsificados.

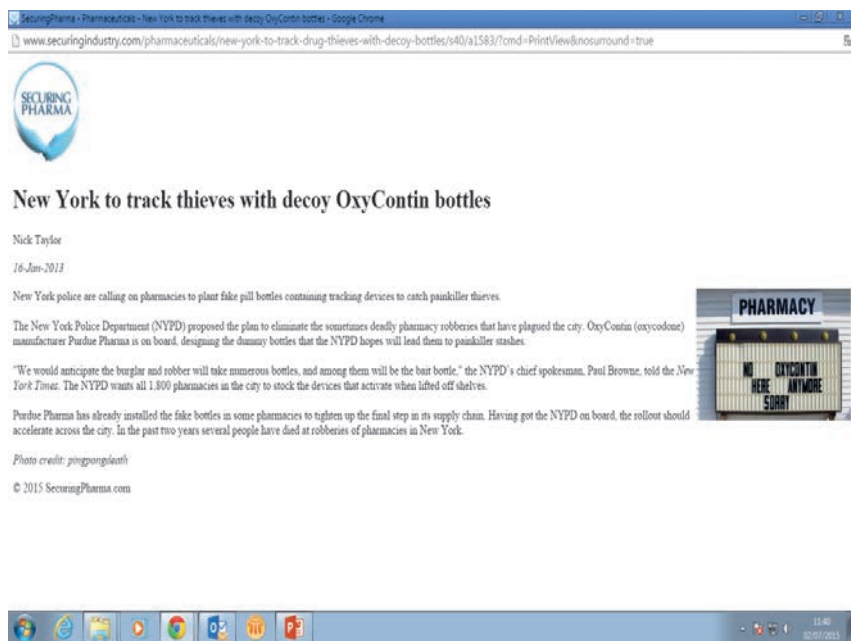


Antes de que en la Argentina se implementara la trazabilidad a través de la ANMAT, hubo otros reportes de la OMS (Nota descriptiva N° 275/MAY2012):




- Avastin<sup>®</sup> (Estados Unidos – año 2012) - Falta de principio activo.
- Viagra<sup>®</sup> y Cialis<sup>®</sup> (Reino Unido – año 2012) - Contenía principios activos no declarados con posibles riesgos graves.
- Truvada<sup>®</sup> y Viread<sup>®</sup> (Reino Unido- año 2011) - Incautado antes de que llegara a los pacientes. Embalajes falsificados.

Estuve siguiendo puntualmente, porque me pareció interesante, la falsificación que se detecta en Estados Unidos del OxyContin<sup>®</sup>, el famoso medicamento que tomaba el Dr. House. En la farmacia había carteles donde decía que no iban a vender más este medicamento porque era muy grande la cantidad que se vendía falsificada y no se podía diferenciar entre el verdadero OxyContin<sup>®</sup> verde con rayitas blancas del falsificado, ya que era prácticamente idéntico y se usaba bastante no sólo en forma legal sino como droga de recreación, etc.



SecuringPharma - Pharmaceuticals - New York to track thieves with decoy OxyContin bottles - Google Chrome

www.securingsindustry.com/pharmaceuticals/new-york-to-track-drug-thieves-with-decoy-bottles/s40/a1583/?cmd=PrintView&nosurround=true



### New York to track thieves with decoy OxyContin bottles

Nick Taylor

16-Jan-2013

New York police are calling on pharmacies to plant fake pill bottles containing tracking devices to catch painkiller thieves.


The New York Police Department (NYPD) proposed the plan to eliminate the sometimes deadly pharmacy robberies that have plagued the city. OxyContin (oxycodone) manufacturer Purdue Pharma is on board, designing the dummy bottles that the NYPD hopes will lead them to painkiller stashes.

"We would anticipate the burglar and robber will take numerous bottles, and among them will be the bait bottle," the NYPD's chief spokesman, Paul Browne, told the *New York Times*. The NYPD wants all 1,800 pharmacies in the city to stock the devices that activate when lifted off shelves.

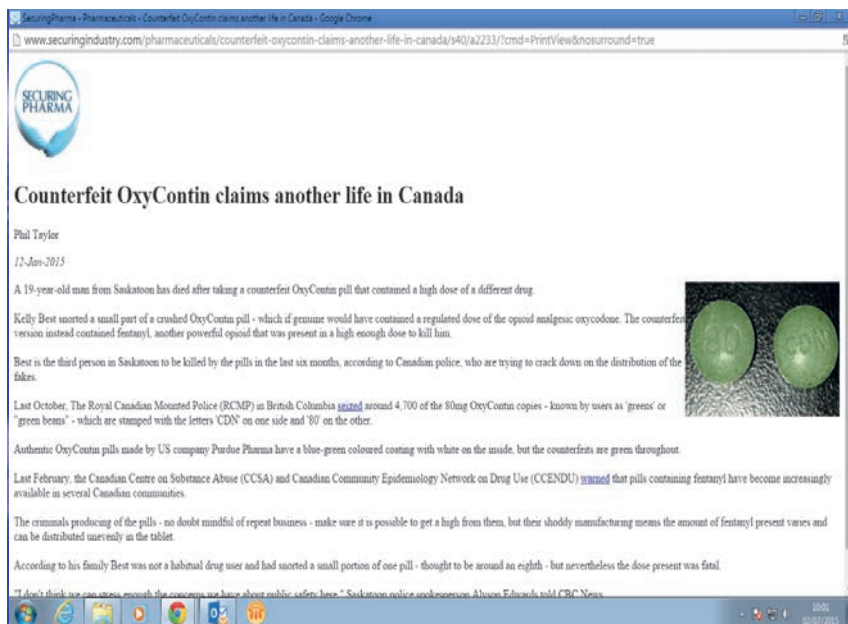
Purdue Pharma has already installed the fake bottles in some pharmacies to tighten up the final step in its supply chain. Having got the NYPD on board, the rollout should accelerate across the city. In the past two years several people have died at robberies of pharmacies in New York.

Photo credit: pingpongdeath

© 2015 SecuringPharma.com

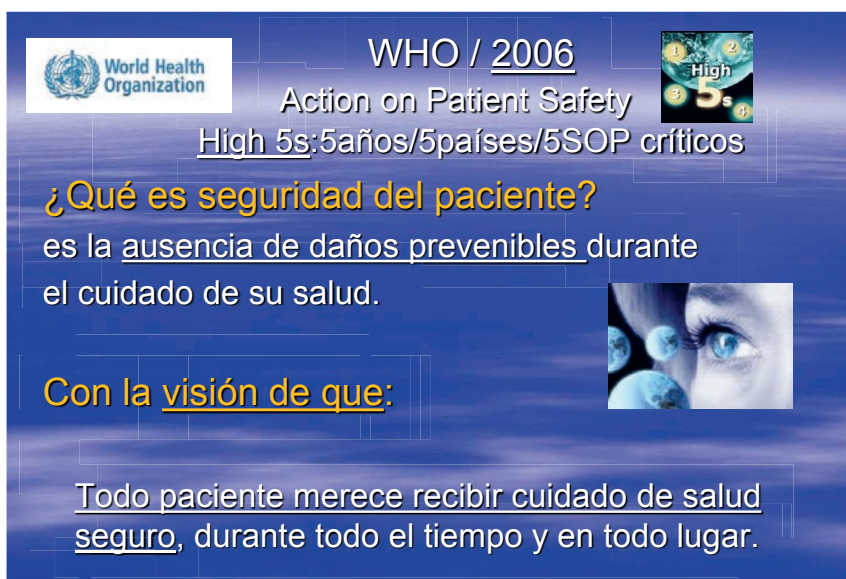


Esos reportes que empezaron en este año 2011 continúan en el 2013 donde realmente en Canadá se detectó grandes embarques de OxyContin® falsificado reemplazando el principio activo oxicodona por fentanilo que es mucho más toxico en esta dosificación y hasta ahora en el 2015 siguen estando los mismos reportes o sea no logran identificar o no se puede dar corte a esta cadena de falsificaciones.



Entonces la seguridad del medicamento la podemos garantizar si podemos trazarlos desde su origen y excluyendo las siguientes problemáticas.

En el año 2006, la OMS inició una acción que se denominó de las cinco S, 5 países entre ellos Alemania, Canadá, Estados Unidos, para ver durante cinco años, cinco eventos que al paciente lo dañaban enormemente y que de alguna manera había que hacer procedimientos operativos estándar, es decir vigilando que estos eventos no se repitan. Bueno, justamente ellos definen lo que es la seguridad del paciente, como podrán observar en la diapositiva.



WHO / 2006  
Action on Patient Safety  
High 5s: 5 años/5 países/5 SOP críticos

¿Qué es seguridad del paciente?  
es la ausencia de daños prevenibles durante  
el cuidado de su salud.

Con la visión de que:

Todo paciente merece recibir cuidado de salud  
seguro, durante todo el tiempo y en todo lugar.

Esto es algo para recordar en relación a la seguridad del paciente y son los **cinco correctos**:

1. **Paciente** correcto
2.  **Droga** correcta
3. **Dosis** correcta
4. **Vía** correcta
5. **Tiempo** correcto

Dentro de ellos, claramente está incluido que la droga sea correcta.

En relación a los **antecedentes internacionales** sobre trazabilidad, la FDA recomendó a los laboratorios farmacéuticos utilizar las tecnologías de identificación por radiofrecuencia (RFID) para mejorar el rastreo de sus productos. En nuestro país usamos DataMatrix que es más económico para los laboratorios si bien nos complica bastante la recepción de productos porque con el DataMatrix se tiene que colocar el escáner delante de cada cajita de medicamento mientras que el RFID, uno hace una traza en la recepción y ya lo registra. Pero es el "tag" o etiqueta RFID

que tiene el tamaño de un granito de arroz, como pueden observar, tiene un alto costo para nuestro país.



En cuanto a los **antecedentes nacionales**, en la Argentina con esta primera resolución (Resolución N° 435/11 del Ministerio de Salud) se crea el Sistema Nacional de Trazabilidad (SNT) de medicamentos, para “asegurar el control de dichos productos y así contribuir a erradicar la circulación de aquellos que sean ilegítimos.” Esta resolución fue instrumentada por la Disposición N° 3683/11 de ANMAT.

En la primera etapa del SNT hasta el 15 de junio del 2012 se incluyeron 88 Ingredientes Farmacéuticos Activos (IFAs), aproximadamente 200 medicamentos para tratamientos de “alto costo y baja incidencia”, como cáncer, HIV, hemofilia, artritis reumatoidea, fibrosis quística, etc. Esto no nos traía mayormente problemas a los hospitales pero el 28 de marzo de 2012 por Disposición N° 1831/12 de ANMAT se agregaron una enorme cantidad de IFAs que se debían trazar para el 15 de junio de 2012, lo que implicaba 2.300 medicamentos más.

Yo no sé si todas las provincias que están acá han adherido, nosotros entramos en un estado de desesperación porque veíamos que no íbamos a lograrlo en los tres meses que nos quedaban para la implementación.

El 15 de enero de 2013, por Disposición N° 247/13 de ANMAT se agregaron 11 IFAs más lo que equivale a 500 medicamentos adicionales.

A fines de enero de 2015 (26 de enero) mediante Disposición N° 963/15 de ANMAT se sumaron aproximadamente 70 IFAs (Anexo 1) y también indica que no sólo hay que trazar los datos identificatorios del producto sino también la fecha de ven-

cimiento y el lote (GTIN/Serial/lote/vto). Por otra parte cualquier agente que distribuya o dispense especialidades medicinales de presentación hospitalaria de manera fraccionada, al finalizar el empaque, deberá informar dicha situación mediante el evento "Finalizar empaque por fraccionamiento".

La pregunta es ¿cómo impulsamos el cambio? La respuesta es siendo proactivos e insistiendo sobre los efectos positivos. Nos tenemos que rodear de equipos de gente que quiera trabajar e innovar y les decimos que esto no lo hacemos sólo para cumplir con una reglamentación sino que nosotros mismos podemos ser uno de los pacientes que está en la cama de nuestro hospital y que no nos gustaría recibir una medicación falsificada.

En nuestra Institución no hacemos punible los errores, tenemos buzones anónimos donde las enfermeras nos ponen sus cartelitos para que controlemos algún proceso que está mal. Esto lo revisamos una vez por semana, hacemos análisis de causa raíz para detectar qué podemos modificar en el proceso, generalmente no es la persona que produce el error sino el proceso que está mal diseñado en el hospital. No podemos culpar al que cometió el error, hubo algo que no lo permitió detectar a tiempo.

Confeccionamos un Manual de Trazabilidad e involucramos a todo el equipo, desde la recepción, enfermería que tiene un rol fundamental, nuestros médicos también, siempre enfocado hacia la mejora continua de la calidad.

**En nuestra institución:  
según estándares nacionales, ISO9001 y  
Joint Commission**

***"El objetivo es que se garantice un  
uso eficaz de los medicamentos  
para atender las necesidades de  
los pacientes"***

Con la MISIÓN en nuestra FARMACIA de: **garantizar** a los pacientes la calidad, seguridad y eficacia de los tratamientos farmacológicos, **mediante** la elaboración en áreas parenterales certificadas, preparaciones oncológicas, antibióticos, oftalmológicos, etc.

Contamos con un área parenteral bastante importante con 3 equipos de flujo laminar que están validados, donde se preparan todos los inyectables para pediatría, para oncología. La enfermera simplemente se lo coloca al paciente, nosotros ya se la mandamos purgada.

Nuestra VISIÓN es ser un **servicio de calidad**, en permanente mejora de procesos asistenciales, crecimiento profesional y técnico con los recursos disponibles y lograr un alto grado de satisfacción de los pacientes y profesionales.

En relación al proceso de trazabilidad, el mismo se inicia cuando el hospital recepciona drogas capturando **datos estandarizados**.

**GTIN:** código comercial del producto

**GLN:** código de identificación del establecimiento que envía/recibe

**Número de serie**

**Fecha de vencimiento**




Pueden observar en la diapositiva los tres soportes de almacenamiento de datos que se pueden usar en la Argentina, la mayoría como les mencionaba anteriormente utilizan el DataMatrix. Los otros son el ya conocido código de barras lineal y el RFID.

Como requisito previo a la compra de los productos hacemos una **auditoría a los proveedores**. Antes de incorporar un proveedor nuevo, lo visitamos con nuestra farmacéutica y llevamos a cabo procedimientos para verificar si cumplen con las Buenas Prácticas de Producción. Esta auditoría está incorporada

**HA** Hospital Alemán

## GTIN: código comercial del producto

- Código unívoco= GTIN+serial(dinámico).
- Lo coloca el fabricante
- Permitirá a los **pacientes verificar la autenticidad del producto.**
- Se mantiene al fraccionar en unidosis.



GTIN 00314141999995  
SN 10000000234  
LOT 987654321GFEDCBA

en la Norma UNE-EN ISO 9001. Es muy interesante recorrer laboratorios, ver de que a veces le faltan rótulos en equipamientos que están fuera de servicio, uno encuentra en los pasillos lotes sin identificación, entonces hacemos las observaciones y después recién cuando ellos nos mandan la acción correctiva, los incorporamos.

Como les mencioné anteriormente, en nuestra farmacia se reciben los productos, se capturan los datos y se informa a la ANMAT, nosotros lo hacemos tres veces por día, todo lo que estamos trazan-

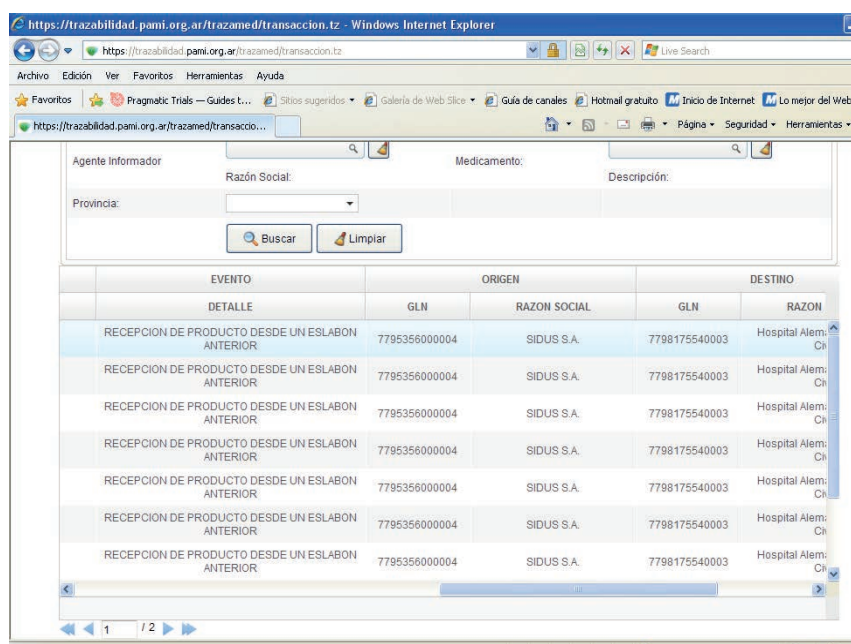
Una vez **recepionado** el medicamento se informa a ANMAT y se obtiene un **ID**:

- Se verifica en la pág. ANMAT con este nro. de transacción **ID**, toda la "traza" del medicamento:
- desde GLN de origen
- hasta GLN de destino (HA como agente informante)



do tanto recepción como administración y por esta transacción ANMAT nos da un numero de ID.

Ésta es la pantalla como nosotros los podemos ver, en este caso el laboratorio Sidus nos ha transferido desde su GNL que lo identifica, al hospital Alemán con el GNL que está indicado, la medicación. Todo eso lo podemos ver *on line* porque hoy día se realiza con remito electrónico, por ello es muy fácil la captura de los datos.

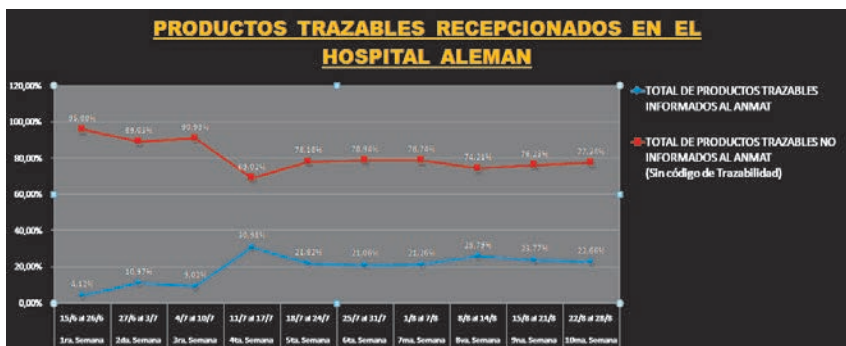


EVENTO	ORIGEN		DESTINO	
DETALLE	GLN	RAZON SOCIAL	GLN	RAZON
RECEPCION DE PRODUCTO DESDE UN ESLABON ANTERIOR	7795356000004	SIDUS S.A.	7798175540003	Hospital Alemán
RECEPCION DE PRODUCTO DESDE UN ESLABON ANTERIOR	7795356000004	SIDUS S.A.	7798175540003	Hospital Alemán
RECEPCION DE PRODUCTO DESDE UN ESLABON ANTERIOR	7795356000004	SIDUS S.A.	7798175540003	Hospital Alemán
RECEPCION DE PRODUCTO DESDE UN ESLABON ANTERIOR	7795356000004	SIDUS S.A.	7798175540003	Hospital Alemán
RECEPCION DE PRODUCTO DESDE UN ESLABON ANTERIOR	7795356000004	SIDUS S.A.	7798175540003	Hospital Alemán
RECEPCION DE PRODUCTO DESDE UN ESLABON ANTERIOR	7795356000004	SIDUS S.A.	7798175540003	Hospital Alemán
RECEPCION DE PRODUCTO DESDE UN ESLABON ANTERIOR	7795356000004	SIDUS S.A.	7798175540003	Hospital Alemán

Como les comentaba, en junio del 2012 teníamos de repente una gran cantidad de medicamentos que se iban a trazar y los íbamos a recibir. En ese momento nosotros estábamos listos con nuestros scanner, cada piso con el personal que necesitábamos para hacerlo pero solamente un pequeño porcentaje venía trazado, lo pueden ver en la gráfica. El 4 % del Anexo I y II (línea color celeste).

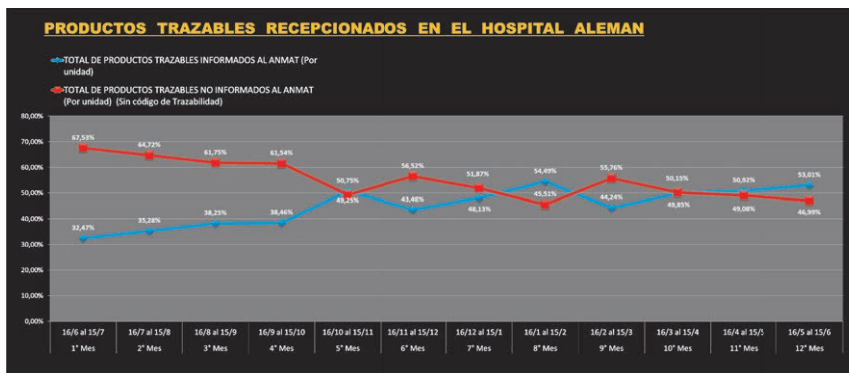


### Junio de 2012



Ya en junio del 2013, el porcentaje había aumentado a 32 %, aproximadamente. Y al año ese porcentaje aumentó y la curva de los productos no trazables (color rojo), fue hacia abajo.

### Junio de 2013



En este momento, en el 2015, el total de productos trazables es de alrededor del 72 %. Notamos que el anexo de los psicofármacos es el que más cuesta cumplir a los laboratorios. Ellos exponen como argumento que los psicofármacos tienen costos muy bajos en Argentina y que no se justifica invertir en todos estos soporte de datos en cada cajita, porque la ganancia para el laboratorio es bastante baja.

En la **farmacia de internación** fraccionamos todo por dosis diaria, lo hacemos desde el año 1992. Contamos con una máquina que es española, se extrae los comprimidos del blister y luego la vuelve a envasar. Pueden ver la máquina en la diapositiva.



**HA** Hospital Alemán  
Deutsches Hospital

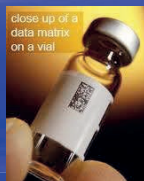
La dosis unitaria se prepara con un proceso aséptico en el cual los comprimidos del blister original son re-ensados según guías GMP

Detrás de cada uno de estos envases individuales etiquetamos un DataMatrix. Solamente podemos imprimir las etiquetas para la cantidad de unidades indicadas en el envase secundario, es decir si tenemos una caja de 60 comprimidos el programa de mantenimiento de la impresora sólo permite reimprimir 60 DataMatrix iguales.

Esto fue todo un desafío, por ejemplo el etiquetamiento de las ampollas pequeñas como la de morfina que tiene una curvatura tal que si la etiqueta es grande el lector no permite leerla. Tuvimos que buscar etiquetas mínimas donde entrase el DataMatrix con tintas que no se borraran cuando pasaran de mano en mano y bueno es un trabajo interesante que con gusto el que quiera verlo en el hospital lo podemos compartir.

Esperamos que en el futuro la industria pueda proveernos con esta codificación en el envase primario.

### También re-etiquetamos cada ampolla...



- Ha sido un trabajo importante adecuar los rótulos a la curvatura de las ampollas más pequeñas.



En cuanto a la administración de medicamentos a pacientes internados desde **Enfermería**, se tienen en cuenta Metas Internacionales para mejorar la seguridad de los medicamentos. El objetivo es realizar tratamientos seguros a los pacientes correctos en la situación clínica correcta. Para ello se debe llevar a cabo diversas acciones tales como:

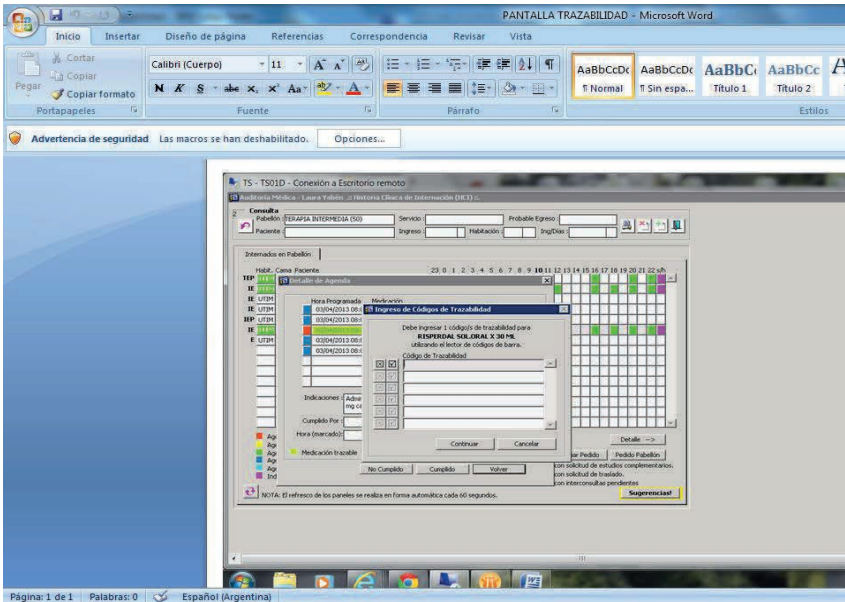
- Prescribir en forma legible los medicamentos.
- Trabajar bajo la premisa de los "5 correctos" (paciente, droga, dosis, hora, vía).
- Verificar la medicación que el paciente recibe antes de su ingreso al hospital (conciliación).
- Desarrollar protocolos especiales para medicaciones de alto riesgo.

El papel de Enfermería es fundamental en el proceso de trazabilidad. Antes de la administración de la medicación al paciente, y previo "logeo" personal en el sistema, las enfermeras leen el soporte de datos (DataMatrix) del medicamento dispensado por la farmacia, para confirmar su uso en la Historia Clínica Electrónica del paciente.

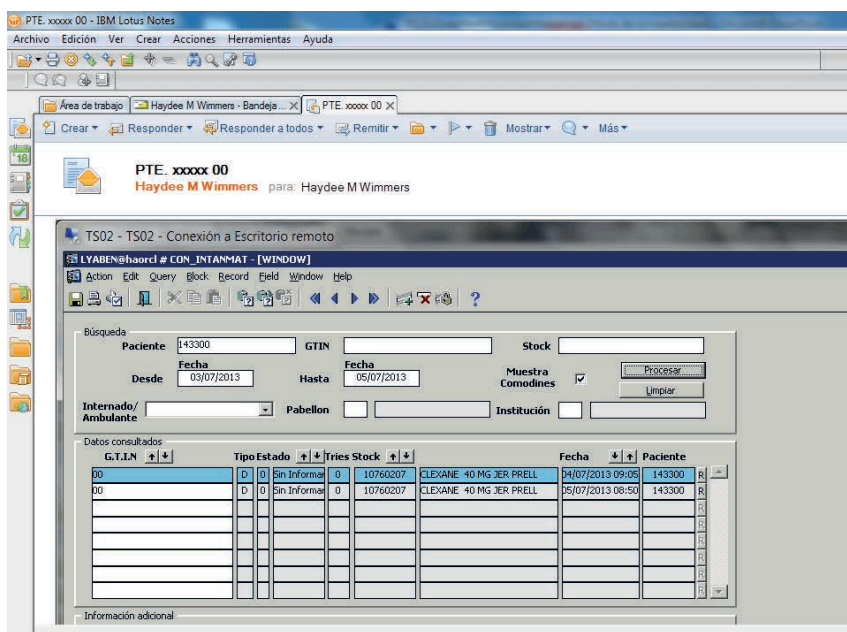
El paciente, por el momento, está identificado con una banda en el cual figuran dos datos: nombre y su fecha de nacimiento.

Les voy a mostrar nuestra historia clínica electrónica,

superpuse las tres pantallas por un tema de sensibilidad de datos de los pacientes. En la primera, ustedes observan cuadraditos de distintos colores, el verde flúor indica la próxima dosis que le toca al paciente. Cuando la enfermera tiene que administrar la dosis, ve los medicamentos en ese cuadrado primario. Ella tiene que pasar delante del escáner el que está iluminado en flúor, si no hace esto no lo puede administrar.

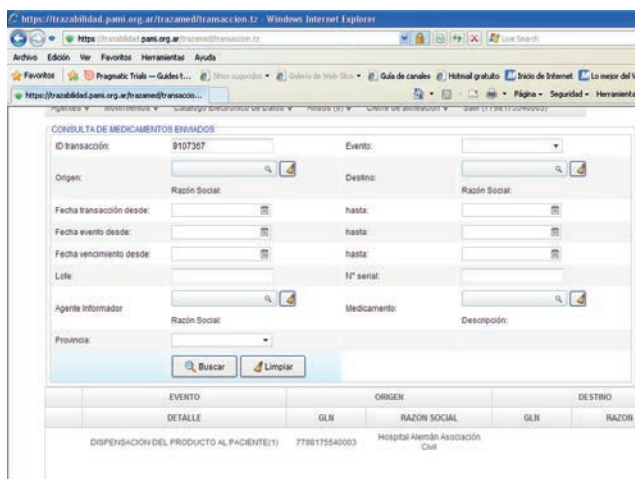


También tiene un plan B porque a veces puede pasar de que la etiqueta haya tenido algún inconveniente o no sea legible



entonces puede poner 00 porque la prioridad es que el paciente reciba su medicación. Entonces, de esa manera, dispara un correo a la farmacia, es un aviso que en tal pabellón han puesto 00, se pasa físicamente y se le consulta a la enfermera cuál fue el problema que no lo pudo trazar.

Nuestra **Farmacia ambulatoria** tiene cerca de 1500 recetas por día, también hace trazabilidad que es mucho más fácil porque al paciente se le entrega el envase secundario, no hay que fraccionar.



El paciente puede con su factura, cuando funciona la página de ANMAT, buscar toda la trayectoria de su medicación. Pueden observar por ejemplo el medicamento Topamac, tiene todos los datos.

**Cada medicamento trazable tiene su GTIN /serial en la factura**

ENTIDAD	DESCRIPCION	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	PRECIO TOTAL
TOPAMAC	50 MG COMP X 28	COMP	8.95	28	250.60
TOPAMAC	100 MG COMP X 60	COMP	2.24	120	1432.80
					-1683.40

Para finalizar, algunas **conclusiones**:

- La trazabilidad a pie de cama del paciente no es la única solución para evitar errores de medicación. Estos errores pueden provenir también de errores en la prescripción electrónica y en consecuencia en la dispensación.
- Tiene que estar presente siempre un farmacéutico validando la prescripción de los médicos y trabajando en equipo.
- En los hospitales el uso de medicación de alto riesgo y la condición aguda del paciente incrementa las consecuencias de los errores de medicación.
- Proveer cuidado de salud seguro a nuestros pacientes depende de que nuestro personal este motivado y entrenado.
- La trazabilidad pretende garantizar productos genuinos, previniendo falsificaciones y fraudes y permite establecer transparencia, seguridad y calidad a toda la cadena de comercialización.

Bueno esto lo que quería transmitirles. Muchas gracias.

Gabriel Cantello

Buenas tardes. Les voy a comentar cómo trabajamos en el Sanatorio Finochietto.

Hemos adherido a *Planetree*, una organización sin fines de lucro para la atención centrada en el paciente. A los pacientes queremos cuidarlos no generarles ningún daño.

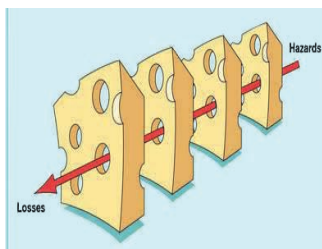
Hay dos formas de **abordar el análisis de los errores**: Creyendo que son responsabilidad de las personas o de los procesos.

Si decimos que es **responsabilidad de las personas**, tal vez es más cómodo y entonces echamos culpas al personal, creemos que se trata de malos profesionales que algo habrán hecho.

O podemos encarar la tarea más difícil que es **responsabilizar el proceso**, a veces el mismo proceso que nosotros diseñamos, y aceptar nuestra responsabilidad en eso y compartir con el resto el equipo de trabajo el diseño de los procesos.

Es necesario reconocer que somos humanos y que como humanos podemos equivocarnos porque forma parte de nuestra naturaleza. Por otra parte debemos saber que los errores son inevitables, es decir, que siempre existe la oportunidad de que ocurran. Los errores son consecuencia y no causa, para eso instauramos en todos los procesos barreras para tratar de salvaguardar que los errores no ocurran.

El psicólogo James Reason en el 1990, desarrolló el modelo del queso suizo de causalidad de los accidentes donde cada feta de queso representa las barreras de un proceso y los orifi-



cios son las probabilidades de falla en cada una de esas barreras. Es un modelo utilizado en el análisis de riesgos y gestión de riesgos. Cada barrera de un proceso tiene fallos, "agujeros", la posición de los mismos varía aleatoriamente. El accidente ocurre cuando se alinean estos "agujeros".

El problema no es que ocurra una falla, sino que ocurran varias fallas a la vez, ya que los errores ocurridos llegan al paciente cuando aleatoriamente se producen varios en cada una de las barreras y pasa de largo hasta llegar al paciente y ocasionar un daño.

Un caso emblemático de cadenas de errores es del vuelo 5022 de Spanair, en donde si se analiza cada error por separado no hubiese constituido por sí solo la causa del accidente. La industria aérea tiene ciertas semejanzas en cuanto a calidad y seguridad con la industria farmacéutica y con la sanitaria.

### Sistemas de Información de Medicamentos y Seguridad del Paciente



#### CADENA DE ERRORES



- SE SOBRECALENTABA LA Sonda DEL MEDIDOR DE TEMPERATURA
- EL MECANICO SACÓ EL FUSIBLE CORRESPONDIENTE
- ESE FUSIBLE ALIMENTABA UN DISPOSITIVO DE ALARMA
- EL PILOTO OLVIDO PONER LOS FLAPS
- EL CHECKLIST NO SE COMPLETO
- CADA UNO DE ESTOS ELEMENTOS POR SEPARADOS ERAN CAUSAS NECESARIAS PARA EL ACCIDENTE PERO NO SUFICIENTES

**LA CAUSA DEL ACCIDENTE FUE LA CADENA DE ERRORES**

**LA ALINEACIÓN DE LOS "AGUJEROS"**

Existen dos tipos de errores o fallos:



**Fallo activo:** el cometido por las personas en contacto directo con el sistema (el piloto no despliega los flaps).

**Fallos o condiciones latentes:** problemas residentes (“ocultos”) en el sistema y que ocurren sin que uno a veces se percate (error en el diseño eléctrico).

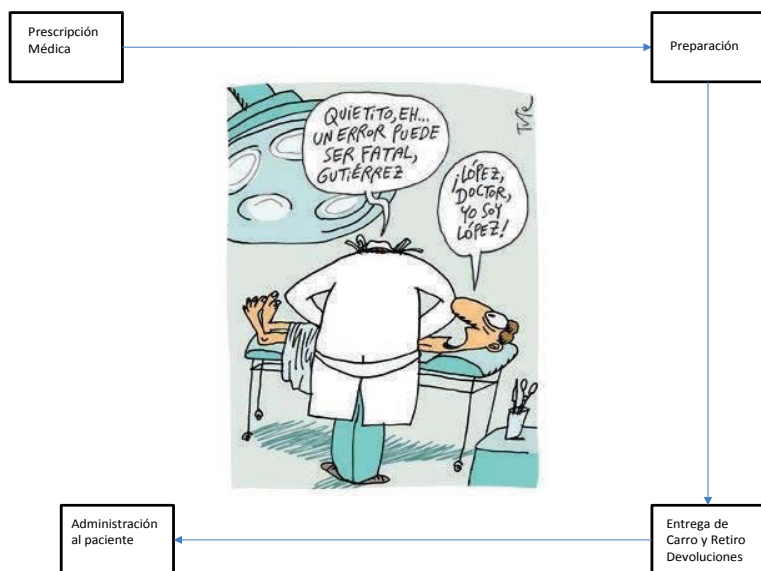
Por ejemplo, en un quirófano una enfermera toma rápidamente una ampolla de un medicamento para administrarlo a un paciente y no lee la etiqueta. Lo hace mal, es un fallo activo.

Ahora, si lo analizo un poco más profundamente, por ejemplo, al guardar las devoluciones de las dosis unitarias, se guarda erróneamente (fallo latente), ante una prescripción de urgencia se remite incorrectamente el medicamento al enfermero sin leer la etiqueta (fallo activo) y éste confiando, no verifica y por la urgencia administra al paciente (fallo activo). Esto es una cadena de errores y la misma terminó con un daño en el paciente.

Un caso conocido de error fue el de la administración de insulina en vez de la vacuna contra la Hepatitis B a una paciente y a cuatro chicos más. Uno de los chicos falleció. Estaban guardados en la misma heladera, no se verificó y se administró el medicamento incorrecto. Esto ocurrió con varias personas, la mujer por ser adulta sobrevivió y relata lo mismo que tuvo una pésima noche producto de la hipoglucemia, los temblores, el malestar, etc.

Vemos viejos sistemas o procesos de administración de medicamentos en el ambiente hospitalario, anteriormente Heidi mencionaba la identificación del paciente por eso agregué esta diapositiva. Antes el modo de trabajo consistía en que tomábamos la prescripción, la preparaba un técnico, la remitía al piso y el enfermero lo administraba. Obviamente que hay probabilidades de fallo en todas las etapas.

Es una realidad, los errores existen, no hay que enojarse con ellos ni con las personas, no hay que sentirse frustrado, es



inevitable. Pero hay que tratarlos, analizarlos, someterlos a juicio y analizar los procesos, es la única forma que podemos brindarle mayor seguridad a nuestros pacientes.

Les quiero comentar un poco nuestra experiencia, nosotros contamos con la prescripción médica electrónica.

La prescripción médica electrónica sustituye el viejo sistema de prescripción y guía y orienta al médico con el fin de filtrar cierta cantidad de errores, por ejemplo las vías de administración, si el medicamento es apto o no para esa vía, las dosis, etc.

Todas nuestras indicaciones médicas son validadas por farmacéuticos, aproximadamente 1600 por día. Cuando el farmacéutico detecta algo que le llama la atención lo valida haciendo una intervención farmacéutica sobre la prescripción y con el médico. Además, el farmacéutico interviene en las salas, va a los pasos de guardias con los médicos y ahora posiblemente hagamos paso de guardia conjunta con enfermería para que concurren el conocimiento de todas las áreas que hacen a la atención del paciente.

Cuando el farmacéutico termina su validación emite una orden de preparación por cada paciente, por genérico, donde expresa qué genérico y qué cantidad para cada paciente.

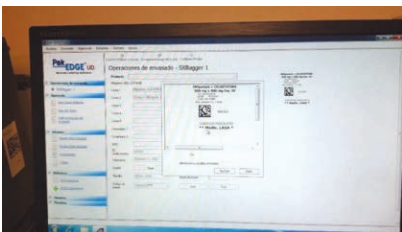
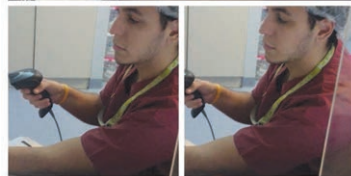
Esto lo toman los técnicos de farmacia y lo preparan, para ello disponemos de un almacén rotativo que es el kardex<sup>®</sup>, que entraña riesgos también porque si ustedes observan la foto uno no ve la medicación que toma, es a ciegas. Esto es tanto en el armado como en el picking (retiro de la dosis) puede haber error de medicación. También puede ocurrir con la fecha de vencimiento.

Una vez preparada toda la medicación, hacemos un control de calidad del preparado, del 100 % de las dosis preparadas, por *picking* electrónico. El *picking* electrónico valida que cada medicamento corresponda al genérico y a la cantidad que planificó el farmacéutico para cada uno de los pacientes. De esa forma el sistema pone una barrera que no se agota porque no hace guardias de 24 h y no se enferma porque está regido por un sistema informático.



Una vez finalizado, se hace la distribución de carros y se hace una planilla de control de calidad de la entrega de los mismos, en forma conjunta con enfermería. Luego viene la administración al paciente. El sistema le transmite en los iPhone de los enfermeros cuál es la medicación que tienen que dar y cuál es la vía de administración de la dosis. Ellos validan de esta forma por lectura electrónica del DataMatrix de cada una de las unidades, preparan la medicación y una vez preparada la medicación pueden administrarla solamente después de la lectura de la pulsera del paciente para evitar el error de paciente que no sea otro Gutiérrez o López.

Todo eso implica mucho trabajo en la recepción y en el fraccionamiento ya que 60.000 dosis mensuales son "reenvasadas" y 10.000 son reacondicionadas. Para todo esto se necesita sistemas de información y dichos sistemas necesitan de esa información y es una cuestión de información técnica y debe ser cargada por personal calificado. Por ejemplo, quien dice que dos medicamentos diferentes corresponden a un mismo genéri-



**Recepción,  
fraccionamiento y  
trazado**



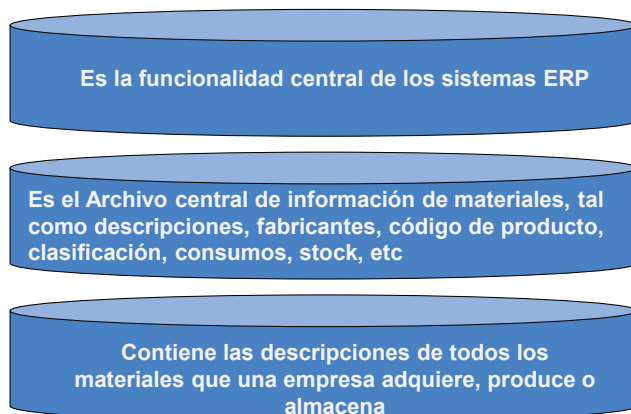
co, va a ser el sistema en base a la carga de datos que hizo un farmacéutico, entonces todo lo que es informatización de datos hoy cada vez toma más relevancia.

Nosotros estamos trabajando en un proyecto bastante ambicioso que es una normatización más general y universal de la base de datos de medicamentos que permita analizar en forma automática interacciones y posibles errores en la prescripción y que lo relacione con las patologías del paciente de base y con la conciliación de la medicación. Este es un proyecto muy amplio pero estamos en esa vía.

Los sistemas de información se basan en bases de datos que corresponden a los datos maestros que hacen tanto a la compra, al almacenamiento, a la preparación de la dosis y de la administración del medicamento.

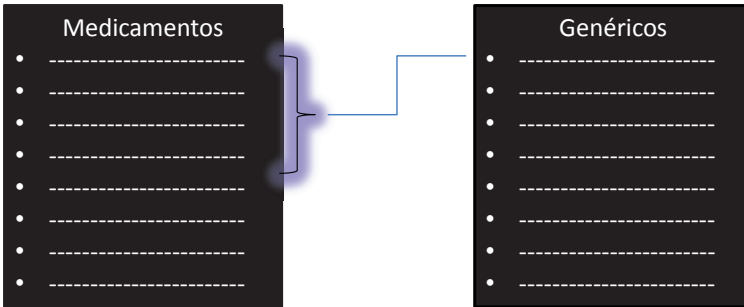
### **Sistemas de Información de Medicamentos y Seguridad del Paciente**

#### **SISTEMAS DE INFORMACIÓN – BASES DE DATOS DATOS MAESTROS DE MEDICAMENTOS**



Sistema ERP (enterprise resource planning – sistemas de planificación de recursos empresariales) que administran la producción, logística, distribución, inventario, envíos, facturas y contabilidad de una empresa en forma modular

Esas bases de datos se relacionan entre sí, por ejemplo, la de medicamentos comerciales con los genéricos.



Es muy importante que nosotros prestemos especial cuidado y empecemos a embebernos en estos temas informáticos porque como farmacéuticos también podemos brindar el soporte técnico de este tipo de herramientas y, en definitiva, mayor seguridad a los pacientes.

Muchas gracias.

*Gisela Carignano*

Para cerrar esta Mesa, ante todo, quiero agradecerles a los disertantes por su valiosa participación en nuestras Jornadas y por su tiempo, también a FEFARA, institución de la cual me siento orgullosa de formar parte.

Estamos seguros que es muy importante continuar año tras año desarrollando este Encuentro que sin lugar a dudas nos brinda un espacio que es único, y me atrevo a decir único con total certeza porque nos permite conocer las diferentes realidades que tiene nuestra Profesión y poder debatir democráticamente todo lo que incumbe a ella. Esta Mesa es un claro ejemplo de lo que acabo de decir. Se termina de dejar en evidencia una vez más, por un lado el gran campo de acción profesional que nosotros tenemos como farmacéuticos, y por otro lado la importancia que tiene la participación del farmacéutico en los equipos de salud.

Es fundamental el rol totalmente activo que podemos desarrollar en cuanto a la gestión del medicamento, y cuando hablo de gestión de medicamentos me estoy refiriendo a todo el camino recorrido desde lo que implica, para un establecimiento de salud, adquirir el medicamento hasta su administración al paciente. Si vamos más a fondo desde la producción neta del medicamento hasta después de haber sido administrado al paciente.

Hemos escuchado aquí a la disertante del Hospital Austral que a través de los análisis de casos mostró como se implementan todas las medidas para garantizar la seguridad del paciente y mejorar el uso de los medicamentos, al colega del Sanatorio Finochietto quién explicó la tecnología y la informática desarrollada en torno al medicamento en esa institución y por último a la profesional del Hospital Alemán que nos relató la puesta en marcha del sistema de trazabilidad.

Creo que esto demuestra con hechos que, como farmacéuti-

cos, es imprescindible que hagamos uso de nuestros conocimientos y de nuestras aptitudes y que las volquemos a la práctica diaria porque es el camino indicado para involucrarnos en el tema de la administración y gestión de todo el circuito del medicamento.

Además es la forma que tenemos de demostrar que nuestra contribución, como profesionales de la Salud, a la seguridad del paciente es vital y demostrar con hechos que no somos un costo sino que somos totalmente un valor agregado.

Sin dudas tenemos una profesión que es hermosa y como no muchas, con un gran camino por recorrer. Esto lo estoy diciendo desde mi experiencia profesional que es muy corta ya que hace sólo 3 años que la transito y si bien veo que hay muchas problemáticas y cuestiones que nos dificultan un poco el ejercicio, también observo que existen muchísimas herramientas que nos permiten modificar esta realidad, hacer y redoblar la apuesta para la construcción de un mejor futuro.

Por eso el camino que tenemos por recorrer si bien puede ser arduo o no, eso es lo interesante, hay que hacerlo.

Es hora de que empecemos a replantearnos desde la realidad que le toca vivir a cada uno en el día a día, qué profesionales queremos ser pero antes de esto creo que tenemos que tener en claro desde el punto cero qué profesionales debemos ser para atender las demandas de la sociedad.

Para ello, debemos comenzar por involucrarnos y hacernos cargo de las cosas que nos competen y que son de nuestra responsabilidad.

Les quiero traer a colación una frase de Platón..."El que aprende y aprende y no practica lo que sabe, es como el que ara y ara y nunca siembra". Con esto intento dejarles el mensaje de que la mejor manera para lograr cumplir todo aquello que nos proponemos no va a ser con palabras o con cuestiones que queden en una nebulosa teórica sino con hechos concretos aportados en el día a día de nuestra tarea Profesional. Muchísimas gracias a todos.





## **MESA N° 8**

### **Calidad, regulación y evaluación de los medicamentos**

*Coordinador: Farm. David Campos*  
*Integrante de la Mesa Directiva de FEFARA*

Buenas tardes a todos, en nombre de FEFARA quiero dar la bienvenida y agradecer la presencia de nuestros prestigiosos disertantes. Estamos seguros que sus aportes harán de esta Mesa un capítulo de los más interesantes de nuestras Jornadas, por ello nos disponemos a escucharlos. Ellos son la Mg. Silvia Boni, el Farm. Guillermo Cleti y el Sr. Pablo Barenboim.

Silvia Boni, es farmacéutica egresada de la Universidad de Buenos Aires; Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social, Universidad ISALUD; coordinadora del Grupo de Trabajo de Registro de Medicamentos de la Red Panamericana para la Armonización Regulatoria de Medicamentos. Trabaja en ANMAT desde su creación, en 1992, actualmente se desempeña como Directora de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. En lo académico, es directora de varios cursos superiores de medicamentos y posgrados en la Universidad ISALUD y en la Universidad de Belgrano. Es coordinadora alterna de la Co-

misión de asignación y evaluación de medicamentos que deban inscribirse bajo condiciones especiales y miembro de algunas comisiones de trabajo en el Ministerio de Salud de la Nación, como la de "Uso Racional de Medicamentos de Alto Costo" y la de "control de la Resistencia a antimicrobianos".

Guillermo Daniel Cleti es farmacéutico egresado de la Universidad Nacional de Rosario, ha obtenido la Diplomatura en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud en el instituto Lazarte, Rosario. En la actualidad es miembro del Directorio del Laboratorio Industrial Farmacéutico Sociedad del Estado de la Provincia de Santa Fe. Su actividad profesional se ha desarrollado tanto en la industria farmacéutica como en el control y gestión de los medicamentos en el ámbito público.

Pablo Miguel Barenboim desde el año 1981 actúa en la industria farmacéutica, habiendo ocupado diversas posiciones en áreas comerciales, de publicidad y de servicios a profesionales. En 1988 participa del relanzamiento de Laboratorios Monserrat y Eclair, empresa orientada al profesional farmacéutico, cubriendo la Gerencia de Atención y Servicios a Profesionales y Clientes. Patrocinó e integró el Comité Organizador del Primer Congreso Científico Juvenil de Adicciones, organizado por el Colegio de Farmacéuticos de Junín, Provincia de Buenos Aires. Edita la publicación "Fundando Pueblos: Farmacéuticos pioneros que acompañaron la fundación de pueblos y ciudades de la República Argentina".

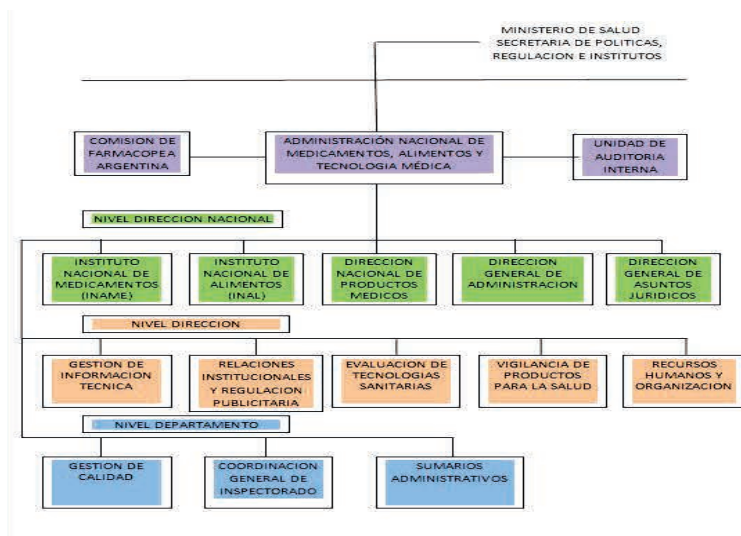
Realizada las presentaciones, damos comienzo a esta Mesa.

Silvia Boni

Buenas tardes, muchísima gracias por la invitación a participar de estas Jornadas y quedo a disposición de las autoridades, alumnos y colegas que están presentes para lo que quieran consultarme o necesiten. Soy, por el momento, la única representante de ANMAT que está presente.

En principio me permito recordarles que desde el año 2013 por Decreto Presidencial N° 1271 y a través de la Disposición 4584/14 se marcaron algunos cambios en las estructuras inferiores la ANMAT. Existe una nueva estructura como pueden observar en el organigrama.

Yo ocupo el cargo de directora de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, muchas veces confunden este cargo con el de directora de Evaluación de Productos Médicos.



La Evaluación de Tecnología Sanitaria es una disciplina novedosa, desafiante, desde todo lo que hay que ver y todo lo que hay que estudiar pero, básicamente, se refiere a llevar a cabo la evaluación de la efectividad de las tecnologías sanitarias ya sean de medicamentos, de dispositivos médicos o de procedimientos. Por supuesto siempre con el fin de mejorar los sistemas y los productos que van a ser usados para prevenir, diagnosticar y tratar a los pacientes. Esta es una herramienta clave a la hora de la toma de decisiones, sobre todo basada en los métodos científicos y, en algunos países, es denominada la cuarta barrera para el registro de medicamentos.

En este momento en la República Argentina, para el registro de medicamentos, sigue vigente el Decreto 150/92 y les pido disculpas a los que lo conocen, que deben de ser la mayoría, porque voy a hacer unas aclaraciones, para poder seguir con una coherencia esta exposición.

Del Decreto N° 150, vulgarmente les decimos Art. 3° a los productos de elaboración nacional que tienen una evidencia de similaridad en el país o afuera, Art. 4° a aquellos productos inscriptos en países de alta vigilancia sanitaria y Art. 5° a los productos novedosos ya sea en sí mismo o en asociaciones de drogas que antes no están formu-

### **NORMAS PARA APROBACIÓN DE MEDICAMENTOS**

#### **\*Seguridad \*Calidad \*Eficacia**

Dec. 150/92 y modificatorios:

Art. 3 : EM de elaboración nacional que estén inscriptas en el RAM de nuestro país o algunos países anexo I y art.3 inciso e) se relaciona con otros países que figuran en el anexo II.

Art. 4 : importado como producto terminado (con evidencia de comercialización de países del anexo I del Dec.150/92)

Art. 5 : novedad terapéutica no aprobada en países que no figuran en el listado de anexo I y anexo II. Documentación probar eficacia y seguridad.

The logo for ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) is located in the bottom right corner of the page. It consists of the word "anmat" in a lowercase, sans-serif font, followed by a stylized graphic element resembling a checkmark or a wave.

ladas en una misma forma farmacéutica. Ahora, siempre que hablamos de Art. 5° hablamos de productos que tienen las fases preclínicas y clínicas absolutamente completas con las cantidades de pacientes adecuados a las normas científicas.

Recordemos que siempre, cualquier medicamento que vaya destinado a un paciente tiene que cumplir con seguridad, calidad y eficacia. La calidad se cumple a partir de los laboratorios y los controles de calidad durante la preparación y con el producto terminado, y la seguridad y la eficacia es lo que sobre todo tiene que controlar mi Dirección.

Así es que llegamos a tener como función y como materia importante en la Dirección el **Registro de Medicamentos Bajo Condiciones Especiales** (Disposición N° 4622/12).

Estos son medicamentos destinados a enfermedades poco frecuentes, aquellas que tienen una prevalencia de 1:2000 personas o enfermedades ultra raras cuya prevalencia es menor de 1:2000 personas. Se consideran serias con riesgo de muerte y/o invalidez.

#### Disposición ANMAT N° 4622/12

- **ENFERMEDADES SERIAS CON RIESGO DE MUERTE Y/O INVALIDEZ GRAVE**

- a) Enfermedades crónicas
- b) Enfermedades severas o con riesgo de muerte

En ambos casos no existan tratamientos disponibles efectivos o los existentes son inadecuados.

The logo for ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) is located in the bottom right corner of the page. It consists of the word "anmat" in a lowercase, sans-serif font, followed by a stylized graphic element resembling a checkmark or a drop.

Además, tenemos como agravante la cantidad de pacientes que podríamos reclutar para los ensayos clínicos y, por otra parte, debido al tipo de enfermedad puede ocurrir que cuando se termine de concretar los ensayos clínicos, los pacientes ya no puedan acceder a una terapéutica que probablemente les mejore la calidad de vida o incluso los cure.

Existen otras situaciones médicas en las que, por ejemplo, el paciente tiene riesgo de vida o enfermedades llamadas catastróficas que colocan al paciente y a su entorno familiar en una situación sumamente crítica. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud hay 6.000 enfermedades poco

frecuentes, que habitualmente se las denomina enfermedades raras o de medicamentos huérfanos.

Por el tipo de perfil de la industria de nuestro país, no nos gusta hablar de medicamentos huérfanos porque hemos encontrado que siempre hay alguna empresa privada o un laboratorio de producción pública en condiciones de elaborarlos.

Estas enfermedades se presentan básicamente en poblaciones pediátricas porque el 80 %, en general, son de origen genético. Se detectan en el 3 ó 4 % de los nacimientos anuales y provocan un alto nivel de mortalidad infantil, aproximadamente un 35 % en niños menores de 1 año.

En la diapositiva pueden observar las manifestaciones más frecuentes de este tipo de patologías. También existe una gama de enfermedades que no tienen un diagnóstico a tiempo y son aquéllas a las que llamamos enfermedades serias.

### **Disposición ANMAT N° 4622/12**

#### **MANIFESTACIONES MAS FRECUENTES:**

- déficit motor (44%)
- trastornos estéticos y funcionales (37%)
- dolores crónicos (22%)
- déficit intelectual (7%)
- no existen alternativas disponibles:  
ENFERMEDADES SERIAS
- falta de diagnóstico

The ANMAT logo consists of the word "anmat" in a lowercase, sans-serif font, followed by a stylized blue heart icon.

Argentina tiene una legislación que contempla esta situación, es la Disposición N° 4622/12 pero no somos pioneros, en muchos países ya existe.

## Regiones en el mundo con normativas sobre Enfermedades Poco Frecuentes y Medicamentos huérfanos



Van a poder observar en el siguiente cuadro los diferentes países con su legislación acorde para este tipo de enfermedades.

	Argentina	Colombia	Perú	Chile	Ecuador	Estados Unidos	Japón	Australia	Unión Europea
<b>Marco Legal (año)</b>	Ley para el cuidado de las personas con Enfermedades Poco Frecuentes (2011) Disposición de Registro Bajo condiciones especiales (2012)	Ley 1392 para Enfermedades Huérfanas (2010) Ley 1438 (2011)	Ley para la atención integral de las personas que padecen enfermedades raras o huérfanas. (2011)	Regla de salvamento en el Plan Auge (2005 al 2013)	Ley Orgánica Reformatoria a La Ley Orgánica de Salud; Ley 67 (2012)	Ley de Medicamentos Huérfanos (1983)	Enmiendas a la Ley de Asuntos Farmacéuticos (1993)	Adiciones a la Ley de Bienes Terapéuticos (1998)	Reglamento 141/2000 (2000)
<b>Autoridad Regulatoria</b>	MSAL ANMAT	MPS/CRES	MSAL	ISP	MSP	FDA / OOPD	MHLW / PMDA	TGA	EMA
<b>Alcance</b>	Medicamentos	Medicamentos	Medicamentos	Medicamentos	Medicamentos	Medicamentos Dispositivos Médicos Alimentos	Medicamentos Dispositivos Médicos	Medicamentos	Medicamentos
<b>Naturaleza de la enfermedad</b>	Rara Seria	Raras Ultra raras Olvidadas	Rara Huérfana	Rara Huérfana Seria	Rara Huérfana	Rara *	Rara y seria sin tratamiento alternativo	Rara*	Amenazante para la vida o crónicamente debilitante sin tratamiento alternativo
<b>Prevalencia (igual o inferior a)</b>	1: 2.000	1: 5.000	No establecida	No establecida	1: 10.000 para raras 1: 50.000 para ultra raras	67:100.000	4: 10.000	11: 100.000	1: 2.000
<b>Incentivos Regulatorios</b>	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI
<b>Incentivos Económicos</b>	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI
<b>Incentivos Comerciales</b>	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI

Fuente: M Manzoldo Maestría en Farmacopolíticas Universidad ISALUD - Año 2014



Lo que nos diferencia de los otros países es que no damos una garantía o un monopolio a la empresa que registra el medicamento porque estamos dentro del marco y del esquema del Decreto N°150/92. Con lo cual quiere decir que, si un laboratorio inscribe un producto para una enfermedad rara, otro laboratorio puede querer inscribir el mismo Ingrediente Farmacéutico activo (IFA) para esa enfermedad.

La realidad es que cuando empezamos con esto pensábamos que iba a ser una enfermedad, un IFA y un titular pero nos encontramos con un escenario que podíamos tener una enfermedad, un IFA y dos laboratorios interesados.

Así que estamos trabajando para establecer criterios a los que les estamos llamando de homología en lugar de criterios de similaridad, porque el criterio de similaridad se demuestra con una evidencia de comercialización y en un esquema en fase tres de ensayos clínicos completa, con por lo menos 3000 pacientes. Y en el caso de enfermedades raras muchas veces va a costar muchísimo reclutar 3000 pacientes.

Los siguientes son los requisitos que les solicitamos a los titulares que están interesados en este tipo de medicamentos. Como les dije anteriormente la mayoría es una población pediátrica y muchas veces resulta

muy complicado reclutar pacientes, que los padres acepten la participación del niño en este tipo de estudios.

### **Disposición ANMAT N° 4622/12**

#### **REQUISITOS PARA LA SOLICITUD**

- Haber finalizado
  - Fase Preclínica
  - Fase Clínica I y II completas
- Presentación de Plan de Monitoreo de Eficacia, Efectividad y Seguridad (PGR\*) PMEES.
- Comunicar informes periódicos.
- Firma de consentimiento informado.



En cuanto a la **Operativización**, en la **Fase I** el titular tiene que solicitar una audiencia con el plenario de la Comisión multidisciplinaria. La misma cuenta con médicos farmacólogos que van a estudiar las fases preclínica y clínica, expertos en calidad de medicamentos, en cumplimiento de buenas prácticas de elaboración. Además se lleva a cabo un análisis y complementación de la información brindada (consultas a Orphanet.org; ClinicalTrials.gov, Base de datos de ensayos clínicos en la UE, Medline), para hacer una evaluación riesgo-beneficio del producto presentado.

Una vez que se asigna y se entiende que la documentación está en condiciones de ser analizada y presentada por el laboratorio, se le concede una entrevista con una serie de pautas. En las primeras entrevistas que tuvimos notamos que eran orientadas a vender a la ANMAT el producto, entonces la acotamos, les comunicamos qué puntos si o si deben abordar y qué aspectos médicos sanitarios. De todas maneras, no es vinculante porque después los expertos van y leen toda la documentación y analizan, es decir que no deben considerar que si se aceptó una primera audiencia para presentar el expediente, el producto va a salir inscripto.

En la **Fase II** se realiza la evaluación por parte de la Comisión multidisciplinaria, asignación de la Categoría de Inscripción del producto Bajo Condiciones Especiales. Intervienen todas las áreas correspondientes de ANMAT: Farmacología, Dirección de Evaluación de Registro de Medicamentos, el INAME que es el área técnica que verifica el control de calidad y la Dirección de Evaluación de Tecnología Sanitaria, cuya dirección tengo a mi cargo. Una vez que el área de farmacología aceptó el plan de monitoreo y de eficacia, efectividad y seguridad, se emite un dictamen colegiado y luego se eleva con un proyecto de disposición al Administrador Nacional.

El medicamento registrado tiene una vigencia de 12 meses, distinta a los registros comunes que son de cinco años, durante

los cuales debe presentar informes periódicos e informe anual del PMEES. Evaluados los resultados, si son adecuados, se reinscribe el producto por otros 12 meses, así hasta que se concluya la **Fase III**. La Comisión está facultada a convocar a expertos en el tema cuando lo crea necesario. La verdad es que cada patología tiene expertos que saben muchísimo en la materia así que cuando creemos necesario nos reunimos con ellos para que nos den su opinión.

Tenemos un instructivo donde está todo muy pautado, también está incluido lo que se tiene que presentar en cada expediente.

### ÍNDICE

- Instructivo general
- Antecedentes del producto
- Características del producto
- Farmacología Preclínica
- Farmacología Clínica
- Plan de Monitoreo de la Eficacia, Efectividad y Seguridad
- Información farmacéutica
- Rótulos y Prospectos
- Expediente completo



anmat

El mecanismo del expediente no es como el de los productos inscriptos bajo el paradigma del decreto N° 150/92 sino que es un expediente de papel que se carga en una parte de la red a la que sólo tienen acceso una serie de profesionales autorizados. Toda la información está en formato electrónico y se puede hacer la evaluación de todas las áreas en el mismo momento para no demorar. Esto es muy beneficiosos porque existe una urgencia moral, si el producto puede beneficiar a alguno de los pacientes.

Voy a puntualizar que se le solicita en cada ítems.

### **Antecedentes del producto**

- Breve descripción de la enfermedad/síndrome
- Etiología
- Epidemiología
  - N° de pacientes en Argentina
  - Prevalencia
  - Incidencia
  - Indicadores epidemiológicos con la nomenclatura internamente aceptada (por ej.: Hazard Ratio (HR), Riesgo Relativo (RR))
- Rango etario
- Historia natural de la enfermedad
- Descripción del cuadro clínico
- Tratamientos existentes, e impacto sobre la historia natural de la enfermedad.
- Agencias regulatorias que otorgaron registro
- Otras opciones terapéuticas y ventaja esperable del nuevo medicamento

### **Características del producto**

- Origen del IFA (síntesis, semisíntesis, biológico)
- Denominación Común Internacional (DCI)
- Denominación Común Argentina (DCA)
- Nombre comercial
- Indicación/es
- Restricciones de uso

### **Farmacología Preclínica**

- Mecanismo de acción
- Estudios farmacodinámicos
- Modelos experimentales utilizados
- Presentación de las Curvas Dosis-Respuesta in vitro e in vivo

- Referencias bibliográficas

### Farmacología clínica

- Panorama general del estado de la Investigación
- Clínica al momento de la presentación de la solicitud Fase I, II, III
- N° de estudios N° total de pacientes incorporados
- Estudios Farmacocinéticos
- Estudios de Biodisponibilidad

### Plan de Eficacia, Efectividad y Seguridad

- Monitoreo de la eficacia
- Monitoreo de la efectividad
- Monitoreo de la seguridad. Plan de Gestión de Riesgo (PGR)

### Información farmacéutica

- Datos del producto
- Datos de elaborador
- Proceso de producción
- Rótulos y prospectos
- Información para el paciente

Algunos que ya me han escuchado, probablemente hayan visto esta diapositiva, pero es para recordarles que para nosotros como ANMAT, el re-



gistro del medicamento no sólo contempla la evaluación en papel de lo que es propuesto por la firma. Tiene varias miradas, éstas son las cuatro más importantes.

Nosotros fuimos uno de los primero que implementó la verificación de consistencia de información o verificación técnica o primer lote. Estos productos también tienen que someterse a esta etapa de fiscalización y cumplida la misma recién el producto puede salir a la comercialización.

En la página de ANMAT hay un minisitio que se llama Vademécum Nacional de Medicamentos. En este vademécum se puede hacer la consulta por número de certificado, por nombre comercial del producto, por nombre del laboratorio o por el ingrediente farmacéutico activo. Reporta todos los productos que cumplieron con la etapa de registro, de verificación técnica y están en comercialización. El sistema los ordena por precio, y en el margen derecho hay una lupita que si “cliquean” pueden tener el producto con todas las presentaciones autorizadas y que realmente están en comercialización y luego acceder al prospecto autorizado en comercialización de ese producto.

## VADEMECUM NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Vademécum Nacional de Medicamentos

Nombre Genérico:

Nombre Comercial:

Laboratorio:  🔍

N° de Certificado:

GTN:

Entese Secundario	N° Certificado	Laboratorio	Nombre Comercial	Forma Farmacéutica	Presentación	Precio Venta al Público	Genérico	Detalle
No se han encontrado resultados								

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Este Vademécum Nacional de Medicamentos se basó en el Listado Oficial de Medicamentos actualmente Comercializados (LOMAC).

En este momento se está trabajando en una aplicación para dispositivos móviles de acceso absolutamente gratuito y libre para pacientes, profesionales de la salud, del Formulario Terapéutico Nacional Argentino y lo estamos haciendo con la COMRA. Consideramos que será algo superador porque ellos no tienen todos los IFAs inscriptos y comercializados. Va a tener distintas aplicaciones, una descripción de la droga, las características, las interacciones y luego va a tomar la información del vademécum respecto a qué productos hay disponibles y con qué precios están en el mercado.

Para concluir y abusando de la gentileza de la gente de FEFARA quiero comentar que hace una semana se ha firmado una Resolución Conjunta entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca (Resolución 834/15 y 391/15) sobre Resistencia a los Antimicrobianos.

Nuestro país está trabajando seriamente desde hace dos años y ANMAT forma parte de reuniones multidisciplinarias en el Ministerio de Salud para analizar el problema de la resistencia a los antimicrobianos.

Este problema tiene muchas facetas, no es culpa de un sólo actor, ni puede tener una sola mirada. Existe un excesivo uso de antibióticos tanto en infecciones ambulatorias como en el ámbito hospitalario. Otros factores que contribuyen son: la automedicación, el incumplimiento de la posología, inadecuadas presentaciones de antibióticos a la venta, escasa innovación en la última década en este tipo de productos. También, en sanidad animal se usan los antibióticos como promotores del crecimiento de los animales.

Todo ello hace que se vaya generando una resistencia y, en realidad, lo que estamos viendo es que algunos antibióticos

fueron superados ampliamente. Hoy, algunos pacientes muy comprometidos médicamente, sólo responden a aquellos viejos medicamentos como la colistina, la polimixina b, que habían caído absolutamente en desuso.

También hay una realidad, hace muchos años que no se descubren nuevas moléculas antibióticas.

Esta Resolución plantea una estrategia nacional para el control de la resistencia antimicrobiana.

Los antibióticos desde el año 1969, aproximadamente, tienen una condición de venta bajo receta archivada, todos sabemos por experiencias propias que muy pocas veces se solicita la prescripción para su archivo, en el acto de la dispensa. No podemos solucionar esto de un día para el otro pero si cada actor toma conciencia del problema que podemos dejarle a nuestras futuras generaciones, creo que podemos avanzar en algo muy interesante.

Desde ANMAT lo que se hizo fue revisar que realmente todos los antibióticos tuvieran esta condición de venta bajo receta archivada (excepto los de uso externo de probada acción local) y crear un foro, un ámbito de ANMAT Federal para empezar a sensibilizar a los colegas y a las Autoridades Sanitarias en esta problemática.

También se va a revisar la adecuación de las presentaciones a duración y dosis recomendadas para que a la gente no le sobre ni les falte tratamiento. Para ello necesitamos contar con la parte médica de las vías de tratamiento y recomendaciones a nivel ministerial.

Además se compromete ANMAT a implementar procedimientos ágiles de revisión de nuevos métodos diagnósticos y nuevos productos.

Como siempre digo dimos un paso adelante pero nos falta mucho y acá contamos con todos ustedes para seguir avanzando.

Muchas gracias.

## **El desafío de la calidad desde el Estado**

*Guillermo Daniel Cleti*

Hola, buenas tardes, quiero agradecer a FEFARA y a los organizadores por la invitación para representar al LIF en este gran Encuentro.

En lo personal es un lujo compartir esta mesa con la Dra. Boni, con quien hemos trabajado en muchas tareas, y con el gran amigo Pablo Barenboim.

Como bien lo pueden encontrar en los trece libros que publica FEFARA años tras año, la producción pública se ha expresado aquí en reiteradas ocasiones pero creo que esta vez ya no lo hacemos para obtener el reconocimiento porque la producción pública ya está, ya ocupa su lugar y vino para quedarse. Esa discusión se terminó, no tiene ganadores ni perdedores y desde hace un tiempo somos una parte más dentro de la industria farmacéutica. Nosotros la consideramos, simplemente, una herramienta más dentro de un Sistema de Salud.

Para los que no conocen el laboratorio, les voy a comentar que esta institución que me toca representar tiene casi 70 años de existencia.





Fue fundado en el año 1947, cuando coincidentemente era Ministro de Salud de la Nación, el Dr. Ramón Carrillo quien fue el primero en hablar de producción pública y el creador de la EMESTA (Primera Fábrica nacional de medicamentos de la Argentina).

En ese tiempo, en Santa Fe bajo la gobernación de Waldino Suarez, se crea el Laboratorio Industrial Farmacéutico que hoy sigue llevando el mismo nombre.

Fue un emprendimiento, me imagino, modesto en sus inicios, sujeto a las características y a las demandas del momento. Al respecto, si uno ingresa en la hemeroteca digital de la provincia, y lee los diarios de la época puede observar que a pesar de haber transcurrido 70 años, el problema motivador sigue siendo el mismo y es el precio del medicamento. La herramienta creada para intentar solucionarlo fue este Laboratorio Industrial Farmacéutico.

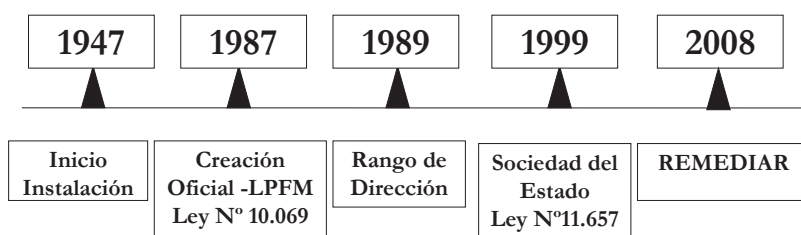
En el año 1947 comenzó a funcionar pero la creación oficial por Ley recién llegó en el año 1987. Luego se obtuvo el rango de Dirección que le permitió contar con una estructura de empleados, tener un presupuesto, formar parte de la estructura estatal de la provincia.

En el año 1999, que significó un antes y después en la historia, se transforma en Sociedad del Estado luego de un amplio debate que comenzó en el año 1996 y concluyó en el 1999 con la sanción de esa Ley Provincial. Esto permitió gestionar la Institución como cualquier sociedad anónima y el 100 % de las acciones pertenecían al Estado provincial.

El otro punto de inflexión fue en el año 2008 donde me tocó personalmente, y con el grupo de directores que me acompañan, organizar la provisión al Programa Remediar. Esto, también, constituyó un desafío muy grande para la institución dado que nunca antes había salido con sus medicamentos fuera de los límites provinciales. El laboratorio tuvo como objetivo primordial, hasta ese momento, colaborar con su producción en

la atención primaria de la salud dentro de lo que es la Provincia. Proveer al Programa Remediar nos obligó y nos permitió estructurar, planificar y pensar el laboratorio en otra escala, en otras dimensiones.

### *Línea de tiempo*



En esta mesa fui convocado para hablar sobre Calidad. Al respecto, quiero recordar que con la producción pública de medicamentos lamentablemente se generó un mito: que si un medicamento era elaborado por el Estado tenía mala calidad. Esto se difundió desde algunos sectores como un hecho publicitario y generó una acción psicológica, obviamente. Hasta el día de hoy tenemos que salir a explicar qué es lo que hacemos y cómo lo hacemos. Pero por más que se pueda mostrar y contar todo lo que se invierte, lo que se hace y cómo se hace, esto ha calado hondo en la percepción que tiene el usuario de nuestros medicamentos.

En función de ello vamos a relatar brevemente qué es lo que hicimos. Para comenzar nos basamos en los fundamentos de estudiosos de la Calidad que plantearon pautas para los dos modelos, el de Atención de la Salud y el del Modelo Industrial.

El Modelo Industrial centrado en lo que reclama el consumidor, busca ganar la confianza del mismo, su fidelidad y generar acciones con su producción, para poder tener esa adhesión.

En el caso del sistema basado en la Atención de la Salud está posicionada fundamentalmente en lo que es el proceso y también en los resultados y nos encontramos en la disyuntiva de ser un modelo totalmente industrial o un modelo industrial público, porque tenemos un fin social y producimos un bien público.

También se plantea qué responsabilidad tenemos al producir un medicamento que va a un usuario que, muy probablemente, no tenga otra opción de elección. Y, seguramente, no pueda discernir si algo está bien o mal, si algo es de buena calidad o no y nosotros tenemos, como personal del Estado, velar por esos intereses.

Creo que los que trabajamos para defender un Sistema de Salud tenemos un contrato social distinto en el cual buscamos posicionarnos por la defensa del bien social. Además, siempre debemos tener presente que los recursos en salud son finitos y hacer el análisis de costo beneficio pero nunca poner en juego la calidad.

Nosotros producimos un medicamento como parte de un proceso que tiene distintos actores, porque lo producimos luego se distribuye, hay un médico que prescribe, farmacéuticos que dispensan y finalmente un usuario o consumidor.

Pero hay un actor fundamental que es el médico y como dijo ayer el Dr. Luis Scervino, los médicos con todo lo bueno y con todo lo malo. Es un actor fundamental porque puede influir en la percepción del usuario cuando va a requerir una prestación de salud. Todos sabemos que un gesto, una mirada, un comentario del médico es suficiente para tirar por la borda cualquier informe ejecutivo que yo aporte acerca la cantidad de inversión que hicimos o mostrarle los certificados, protocolos aprobados de calidad, etc.

En este sentido, quisimos saber qué pasaba con la Producción Pública y la opinión de los médicos hospitalarios de la Provincia de Santa Fe.

El Ingeniero José Berardo que es nuestro Gerente de Planificación planteó estudiar cuál es la perspectiva, la opinión de los médicos hospitalarios del sistema público provincial de Santa Fe.

Este estudio va a ser publicado próximamente pero el gerente nos facilitó algunos datos para que los usemos en nuestras presentaciones.

Se llevó a cabo en el año 2013, sobre una muestra de casi 5.559 médicos de 12 hospitales. En la siguiente diapositiva se pueden observar algunos resultados.

Les preguntamos cuáles son los laboratorios públicos más conocidos, en la diapositiva pueden observar los datos recabados.

También se encuestó sobre calidad del medicamento de producción pública.

### *La PPM y los médicos hospitalarios de la Provincia de Santa Fe*

- El 56% de los encuestados cree saber lo que es.
- El 20% conoce bien de que se trata.
- Un 9,4% esta muy interiorizado del tema.
- Un 8,2% no está tan seguro de lo que es.
- Un 10,6% desconoce lo que es.

### *Laboratorios públicos más conocidos*

- El 16,4% de los médicos no conoce ningún laboratorio público.
- Los laboratorios públicos más conocidos por los médicos en la Prov. de Santa Fe son: el LIF (57,6%), el LEM de Rosario (31,8) y Hemoderivados de Córdoba (21,2%).
- Es de destacar que el laboratorio PharmaLab (laboratorio ficticio) fue marcado como conocido por el 38,8% de los médicos encuestados, ubicándose segundo en el ranking de los laboratorios públicos más conocidos.

### *Calidad de los medicamentos de la PPM*

- El 56,5% los considera “confiables de calidad adecuada”.
- El 2,3% los considera “muy confiables y de alta calidad”.
- El 34,1% los considera “de calidad dudosa”.
- El 5,9% los considera “poco confiables y de mala calidad”.

Por último, les quiero mostrar estos datos sobre la denominación genérica o marca de los medicamentos que estuvo bastante en discusión en estos meses atrás. El último resultado

### *¿Denominación genérica o marca?*

- El 8,2% afirmó que “nunca recomienda marca”.
- El 18,8% afirmó que lo hace “en casos excepcionales”.
- El 73% afirmó que “recomienda marcas”.

coincide con informaciones que estuvieron en los medios de comunicación en los últimos 5 meses en donde otra fuente mencionaba que el 75 % de los médicos recomiendan marcas.

En relación al Marco Jurídico, contamos con habilitación provincial y nacional:

- Habilitación Sanitaria Provincial
  - Ley de Sanidad Provincial N° 2287/1932
  - Decreto Reg. N° 01674/1950
- Habilitación Sanitaria Nacional – Disposición ANMAT N° 8080/2011
  - Ley Nacional 16.463/1964 y Decreto N° 150/1992
  - Disposición ANMAT N° 2819/2004

Hay un hecho puntual relacionado a la Calidad y que tiene que ver con proveerle medicamentos a Remediar. Para ello, además de cumplir con toda la reglamentación y las exigencias que plantea Remediar, el control de calidad debe ser aprobado por el INAME, esto significa que todos los lotes pasan por el INAME, se controla y ahí recién nos habilitan para que nosotros podamos hacer la entrega. Por ello dijimos que proveer a Remediar fue un antes y un después.

Creemos que, después de esta práctica, no deberían quedar muchas objeciones para plantear respecto a la Calidad de nuestros

medicamentos. Nada más que decir respecto a medicamentos de más o menos calidad o medicamentos para pobres o no.

Además, hoy les vine a mostrar por una ventana chiquita que es el LIF y para ello tengo imágenes, porque nos recriminábamos que cuando dábamos las charlas, no mostrábamos medicamentos, la gente que trabaja, cómo somos o cómo es nuestra casa.

Para comenzar diremos que parte de las inversiones que hicimos fueron para reconstruir nuestra fachada. Ésta es nuestra cara.



También se invirtió, en el área productiva y si Uds. ven a la derecha de la diapositiva, esas estructuras son las UMAs. Porque hablar de calidad no sólo implica hacerlo acerca del equipamiento, de la parte edilicia, de la capacitación, sino también de calidad del aire. Todos los que han estado en la industria farmacéutica saben lo que cuestan estos equipamientos de aire y, además, sostenerlos.



En control de calidad tenemos áreas de microbiología, físico-química, museo de contramuestras y de estabilidad.

En la siguiente diapositiva pueden observar parte de los equipamientos que fuimos agregando. En el área de microbiología

 LABORATORIO INDUSTRIAL FARMACEUTICO SE

## Equipos de Microbiología

<p><u>Flujo Laminar</u></p> 	<p><u>Estufas de Cultivo</u></p> 	<p><u>Autoclave</u></p> 
---	--	---

se renovó el 90 % del equipamiento que había. También incorporamos un nuevo flujo laminar, estufas de cultivo, autoclaves.

En cuanto a los equipos de físico-química, en este caso incorporamos nuevos porque algunos ya estaban obsoletos pero duplicamos la aparatología. Una rotura, o una falla en un equipamiento nos pueden generar un embudo en alta de insumos y de producto terminado que nos puede llevar a perder días y en consecuencia afectar nuestra planificación.



Material de acondicionado:

### Material de Acondicionado

- Cantidad de laca para que no se despeguen los blisters, microporos, gramajes, calidad de tinta, etc.





Los distintos equipamientos de productos semielaborados:

**Lif** LABORATORIO INDUSTRIAL FARMACEUTICO SE

### Producto Semi-elaborado

- Dosis, disoluciones, friabilidad, disgregación, hermeticidad, etc.

**Disgregador**



**Friabilómetro**



**Durómetro**



**Disolver**



En relación al producto terminado, el Programa Remediar tiene como exigencia entregar por tratamientos. Nosotros tuvimos que hacer las modificaciones de matricería, blistado, etc. porque Remediar trabaja con dosis. Por ejemplo, enalapril 60 comprimidos, tratamiento crónico, obviamente, o amoxicilina 21 comprimidos, cefalexina 28 comprimidos. Se pasó del blíster clásico de 10

**Lif** LABORATORIO INDUSTRIAL FARMACEUTICO SE

### Producto terminado



comprimidos con envase hospitalario a cumplir con las exigencias de Remediar y modificamos nuestra estructura de equipamiento.

Éste es el museo de contramuestras de los medicamentos, donde se conservan y controlan el tiempo que esté establecido por Ley.



**Museo de Contramuestras**

- Resguardo, farmacovigilancia, etc.



Para estabilidad también incorporamos importante equipamiento que no teníamos.

**Estabilidad**

- Estabilidad natural y Estabilidad acelerada (que infiere).
  - Estabilidad de estantería
  - Cuál es la vida útil real?
- Mientras se está consumiendo, se está analizando.



Obviamente respetamos normas, actualizamos Farmacopeas, tenemos estándares, etc. Todo lo que se necesita.



Estos son algunos de nuestros profesionales. En control de calidad tenemos 15 integrantes, 3 Bioquímicos, un Licenciado en Química y 11 Técnicos Químicos.



Con todo esto logramos desarrollar y validar metodología analítica; realizar todos los ensayos sobre las materias primas, productos intermedios y finales; llevar a cabo estudios de Estabilidad natural y acelerada; brindar asesoramiento a otros laboratorios que se están desarrollando y que afrontan los mismos desafíos.

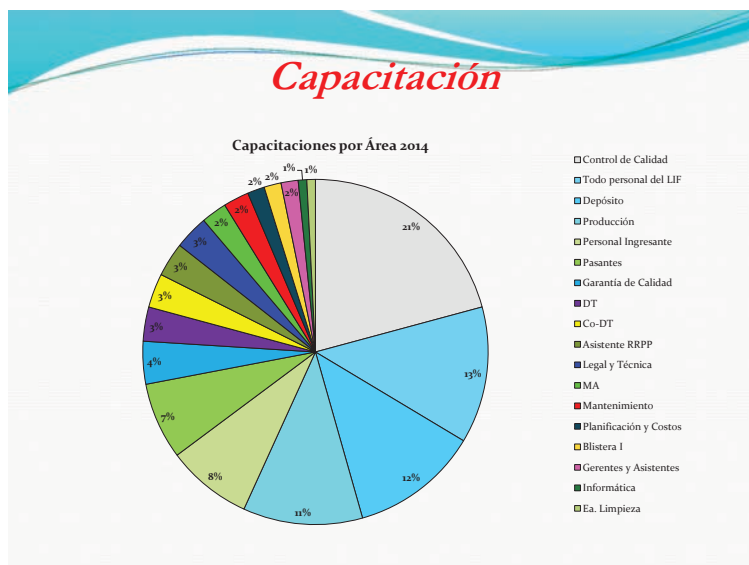
Aquí, los controles no pasan solamente por las mesadas porque en la industria farmacéutica hay que controlar procesos; escribir procedimientos, especificaciones, instructivos; revisarlos; volverlos a escribir y, finalmente, difundirlos y consensuarlos. Todo esto junto con Garantía de Calidad es lo que hace al Control de Calidad.

Otra cuestión fundamental es la Capacitación, casi todo lo que les mostré se consigue con dinero que permite comprarlo e instalarlo, pero el recurso humano de calidad no se consigue tan sencillamente ni de un día para el otro.

El recurso humano hay que encontrarlo y que esté dispuesto a sumarse a trabajar en una industria en la que deberá capacitarse a diario, y sostener este esfuerzo en el tiempo. Por ejemplo, las últimas capacitaciones externas en las que trabajamos fueron sobre: formulación de medicamentos bioequivalentes; biodisponibilidad, bioequivalencia y farmacocinética clínica; gerenciamiento de laboratorio de análisis; comunicación efectiva en las organizaciones. En cuanto a las capacitaciones internas fueron a cerca de: Observatorio social (medida del clima laboral, trabajos sobre equidad y comunicación).

Como dato ilustrativo el Tema de Control de Calidad se llevó el 21 % del esfuerzo en capacitaciones de nuestro personal en el último año.

Respecto del Observatorio Social cuando nosotros ingresamos en el laboratorio en el año 2009 nos encontramos con un staff de profesionales cumpliendo correctamente su rol de ge-



rente, secretario, etc. pero necesitábamos trabajar en muchas cosas que no pasan por la cuestión profesional y técnica sino por la decisión de trabajar en equipo. Necesitábamos personal proactivo, generar líderes para motivar a otros en cada área de nuestra Empresa.

Para ese cambio cultural desde el año 2010 nos apoyamos en el Observatorio Social de la UNL que tiene un grupo interdisciplinario que nos permite medir la satisfacción laboral y el clima organizacional y después ir trabajando con esos indicadores.

Evaluamos permanentemente el desempeño en el tema de calidad:

- ¿Tenemos conocimiento real del margen de error que cometemos en el laboratorio?
- ¿Cómo medir el grado de calidad que se está entregando?
- ¿Cómo evaluar el desempeño comparado con el resto de los laboratorios?
- ¿Cómo conocer el efecto sobre el desempeño analítico luego de cambios reactivos o instrumentos?

Desde hace 15 años estamos en un Programa de Evaluación Externa de Calidad (PEEC), organizado por la Fundación Bioquímica Argentina y que está presente desde hace 24 años en más de 3100 laboratorios. Esto nos permite prevenir, detectar problemas, y a la vez ir midiendo como va funcionando nuestro laboratorio en cuanto a resultados.

Para nosotros, es fundamental desarrollar la Farmacovigilancia desde el laboratorio. Hemos tenido la experiencia de asistir a reuniones en hospitales donde se expresaba algún problema especial de calidad con nuestros fármacos pero no existían notificaciones. Sólo eran comentarios y entredichos.

En Argentina, por Disposición N° 5358/2012 (ANMAT) se establece las Buenas Prácticas de Farmacovigilancia de cumplimiento obligatorio para los Titulares de Autorización de Registro y Comercialización (TARC) de especialidades medicinales. En ésta se establece que los laboratorios productores de medicamentos deben contar con un responsable de Farmacovigilancia. La querida colega Ana María González, que está en el auditorio, es la persona encargada de esta área. Otro requisito es que todo el personal debe saber qué es la Farmacovigilancia y cómo atender un problema relacionado con la calidad. Para ello se han hecho varias capacitaciones.

Los reportes de Farmacovigilancia referidos a nuestros productos, se pueden realizar desde la página web del LIF, completando y enviando "on line" el formulario correspondiente. En caso de ser necesaria más información nuestro responsable en Farmacovigilancia se contacta con el notificador. Luego la información es remitida a ANMAT.

También se puede notificar a través de los formularios de ANMAT o de los sistemas provinciales.

Como mencioné anteriormente, nos capacitamos en bioequivalencia y biodisponibilidad, dando cumplimiento a la normativa. Dentro del vademécum que poseemos, hemos pre-



The image shows a screenshot of the website for Laboratorio Industrial Farmacéutico S.E. (LIFS). The website header includes the company logo and name, along with navigation links for Home, Noticias, Fotos, Videos, and Contacto. Below the header, there are sections for 'Secciones', 'Bienvenidos al Nuevo Sitio Web', and 'Últimas Noticias'. The URL <http://www.lifsantafe.com.ar> is displayed in orange text. Below the URL, three registration numbers are highlighted in yellow boxes: 'Reg. FVG-004.1', 'Reg. FVG-003.1', and 'Reg. FVG-005.1'. Each registration number is associated with a colored button: 'EVENTO ADVERSO' (blue), 'DEFECTO DE CALIDAD' (yellow), and 'ERROR DE MEDICACIÓN' (purple).

sentado los protocolos ante ANMAT de Glibenclamida y Simvastatina. Particularmente nosotros vamos a trabajar este tema con un laboratorio que hace bioequivalencia y biodisponibilidad de Entre Ríos, y avanzaremos en todos las moléculas que se nos vayan pidiendo o sea queremos mostrar, entre cada una de las acciones, que nos sujetamos a cualquiera de las normas que se le exige a cualquier productor.

## *Biodisponibilidad - Bioequivalencia*

Disposición N° 4788/12, encuadre dentro de los plazos impuestos para la presentación de protocolos ante ANMAT.

Glibenclamida 5 mg y Simvastatina 20 mg comprimidos recubiertos, ambas incluidas en el anexo de la Disposición, son las moléculas en estudio.

Cuando llegamos hicimos algunas modificaciones a las fórmulas, en muchas para mejorar el proceso no por problemas de calidad por ejemplo: ibuprofeno, metformina, paracetamol,

simvastatina, se pasó de una vía húmeda a una seca. También hicimos cambio de fórmula y cambio de presentación del enalapril porque cuando nos hicimos cargo había una queja en cuanto a este medicamento.

Hicimos nuevos desarrollos: metadona, morfina, sildenafil, Clorurada Hipertónica 7% y Levonorgestrel/Etinilestradiol

Para realizar este trabajo nos apoyamos en las Universidades, UNL y UNR e integramos una red junto con el LEM de Rosario donde tratamos de resolver los problemas de desarrollo, de calidad con ellos, y si no también buscamos asesores externos.



Parte de nuestro trabajo se hace con la industria privada. Trabajamos a diario con estas industrias porque usamos las mismas soluciones y las mismas prácticas. Tenemos socios privados, en algunos momentos no permanentemente, tales como, Blipack, Tetrafarm, Klonal, Savant, Craveri. También públicos como: Hemoderivados (UNC), Laboratorios Puntanos, LEM, Instituto Biológico Tomás Perón de La Plata.

Cuando nosotros tenemos que abastecer una campaña de Remediar necesitamos ocupar nuestro espacio de trabajo, sacamos producción nuestra de algún laboratorio privado porque la ecuación costo beneficio es favorable y lo hacemos siguiendo todas las exigencias de la Disposición 2819, en cuanto a tercerización.

También generamos el área de planificación que no existía cuando llegamos. Esta área abarca toda la empresa. En la diapositiva se detalla sus integrantes y lo que se ha logrado.



## Planificación

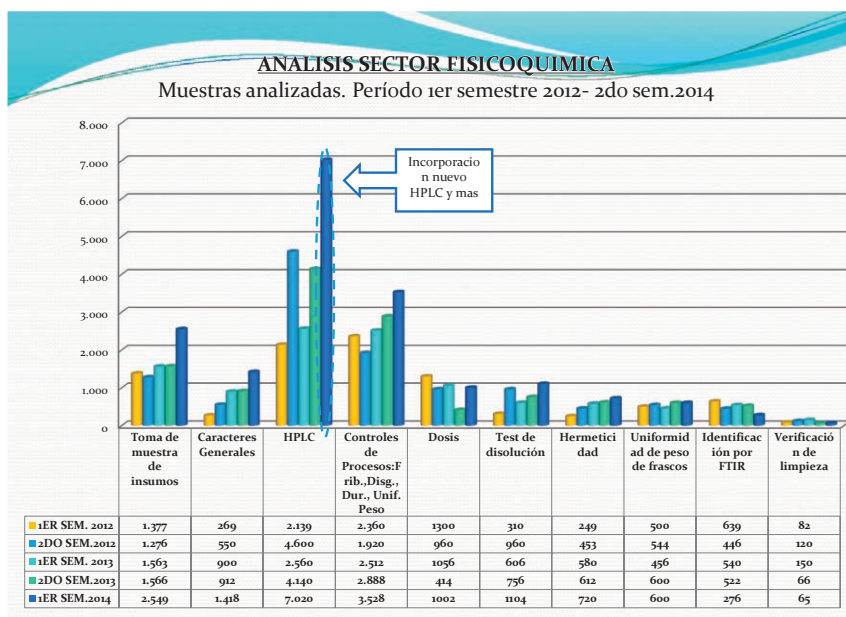
3 integrantes:

- 2 Ingenieros Industriales;
- 1 contadora.

Que logramos:

- Planificar la producción.
- Análisis de costos.
- Producción de indicadores: producción, control de calidad.
- Optimizar los tiempos de limpieza.

Ésta es una gráfica que nos entrega el área de planificación y nos permite ver en control de calidad, la cantidad de ensayos, de estudios, de controles que se hacen en un determinado periodo. Fijense la columna elevada azul correspondiente al primer



semestre de 2014, cómo influye en nuestra producción cuando tenemos un plan de entrega al Programa Remediar. La HPLC, en ese caso, está permanentemente funcionando a tal punto que tenemos ya una segunda y estamos en camino a recibir una tercera.

Hay muchos controles que en algún momento hemos tenido que derivar al laboratorio de control de calidad de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Biológicas, pero vamos incorporando más equipamiento para poder realizar esos análisis en nuestro propio laboratorio.

A través del área de planificación se organiza la producción, mediante gestiones con la Dirección de Farmacia y Bioquímica para toda la parte pública de medicamentos de la provincia, y también la inserción de lo que demanda el Plan Remediar.

En cuanto a los proyectos que tenemos en curso:

- **Tratamientos del dolor:** Metadona y Morfina. Programa Piloto de Provisión de Medicamentos, en el ámbito de los servicios oncológicos, del INC del MSN.
- Presentación de un FONARSEC a través de un consorcio público – público (LIF-UNL), para el **desarrollo de tuberculostáticos:** Rifampicina + Isoniacida + Pirazinamida (triple asociación); Etambutol; Rifampicina + Isoniacida (doble asociación); Isoniacida (de 300 mg y 100 mg).

El último proyecto que tenemos en curso son dos áreas nuevas de producción a construirse en la zona de Santo Tomé y que serían el primer paso para que el LIF, gradualmente, pueda ir migrando todas sus áreas a esta nueva planta.

En cuanto a la Agencia de Evaluación de Tecnológica Sanitaria es un viejo anhelo que tenemos los que estamos militando para este Sistema de Salud y estamos convencidos que



a partir del 10 de diciembre se presentará el Proyecto para la generación de la Agencia Santafesina de Tecnología Sanitaria que tenga por objetivo determinar qué tratamientos y medicamentos son aceptados en la provincia y fije pautas para el uso de las tecnologías.

Por el lado de Calidad lo que le puedo traer para contarles es que a diario trabajamos en ese objetivo, para hacer conciencia en nuestros trabajadores que todos somos responsables de la calidad de nuestros medicamentos. Ustedes deben tener en cuenta que todo lo realizado fue hecho con personal estatal, muchos de los cuales ya revistaban en la planta del Laboratorio. Somos 117 los miembros del plantel responsable de esta construcción y estamos muy orgullosos de los logros alcanzados en medio de opiniones que nos han golpeado permanentemente con que el Estado es ineficiente. No nos consideramos la muestra cabal de la eficiencia pero sí podemos mostrar con algunos indicadores que también eficiencia se puede ofrecer desde el Estado.

Finalmente, como Farmacéutico estoy muy orgulloso de

pertenecer a nuestro Laboratorio Provincial y de haber podido representarlo hoy aquí. Por ello, nuevamente quiero agradecer a los organizadores de esta gran Jornada por la generosa invitación.

***MUCHAS GRACIAS***



[www.lifsantafe.com.ar](http://www.lifsantafe.com.ar) . [gcleli.lif@santafe.gov.ar](mailto:gcleli.lif@santafe.gov.ar)

*Pablo Miguel Barenboim*

Agradezco profundamente la invitación de FEFARA y les pido asegurar que me produjo una gran alegría y orgullo saber que compartía esta Mesa con la Dra. Silvia Boni y con el Farm. Guillermo Cleti.

Para comenzar, tenemos que ver en qué contexto hablamos de calidad de medicamentos, hoy, en Argentina.

La Ley de Medicamentos, fue promulgada y sancionada en la presidencia del Dr. Illia cuyo Ministro de Salud era el Dr. Oñativia.

**LEY 16.463**

Normas sobre Contralor Técnico y Económica de los Medicamentos, Drogas y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de LEY:

Artículo 1° - Quedan sometidos a la presente ley y a los reglamentos que en su consecuencia se dicten, la importación, exportación, producción, elaboración, fraccionamiento, comercialización o depósito en jurisdicción nacional o con destino al comercio interprovincial de las drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos, elementos de diagnóstico y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana y las personas de existencia visible o ideal que intervengan en dichas actividades.

Artículo 2° - Las actividades mencionadas en el artículo 1° sólo podrán realizarse, previa autorización y bajo el contralor del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, en establecimientos habilitados por el mismo y bajo la dirección técnica del profesional universitario correspondiente, inscripto en dicho Ministerio. Todo ello en las condiciones y dentro de las normas que establezca la reglamentación, atendiendo a las características particulares de cada actividad y a razonables garantías técnicas en salvaguarda de la salud pública y de la economía del consumidor.

En el año 1964 se crea el Instituto Nacional de Normatización de Drogas y Medicamentos, que luego se denominó Instituto Nacional de Farmacología y Bromatología (INFyB), hoy Instituto Nacional de Medicamentos (I.NA.ME.).

En 1992 nace la ANMAT, para trabajar sobre la información, calidad, regulación, evaluación y para que todos podamos cumplirlo. Si no hubiera sido por la creación de esta Administración, con todos los cambios que se produjeron en los 90, 92, Monserrat y Eclair y muchas empresas chicas no estarían.

## **Desarrollo de la Industria Farmacéutica**

Les voy a comentar un poco la historia de la industria farmacéutica, cómo se fue desarrollando:

- 1816 - En Alemania el Farmacéutico Emanuel Merck comienza a fabricar medicamentos a partir de su farmacia fundada en 1668.
- 1858 - En Estados Unidos Edward Squibb funda la corporación Squibb.
- 1876 - En Estados Unidos el coronel y farmacéutico Eli Lilly funda su empresa.
- 1881 - El Dr. Casasco inicia la producción de medicamentos a escala industrial en Luján, provincia de Buenos Aires.
- 1886 - El Dr. Craveri inicia la producción de químicos farmacéuticos para Demarchi, Parodi & Cía.
- 1886 - En Estados Unidos se funda Johnson & Johnson.
- 1887 - En Estados Unidos W. Bristol y J. Myers fundan Bristol & Myers.
- 1888 - En Alemania, Bayer se transforma de fábrica de tinturas en fábrica de productos químico-farmacéuticos.

Desde el año 1881 en donde en Dr. Casasco comienza con la elaboración de medicamentos, nos fuimos acostumbrando a tener laboratorios nacionales, esto no es lo normal en el mundo. Estoy particularmente orgulloso de pertenecer a una industria que se inició en nuestro país en el año 1881, cinco años después de que comenzaron laboratorios gigantes norteamericanos.

Con respecto al desarrollo de la **Industria Farmacéutica Nacional**, se fue desarrollando de la siguiente manera:

- 1881 - Laboratorios Casasco
- 1886 - Laboratorios Craveri
- 1921 - Laboratorios Roemmers
- 1930 - Instituto Massone
- 1932 - Laboratorios Rivero
- 1934 - Laboratorios Bagó
- 1934 - Laboratorio Lazar
- 1934 - Laboratorios Bernabó
- 1935 - Laboratorios O.C.E.F.A. (Roux-Ocefa)
- 1935 - Laboratorios Monserrat y Eclair

Dos comentarios sobre esta cronología de fundación de laboratorios. Ustedes los conocen a todos porque están todavía en funcionamiento y la mayoría de esas empresas, con las familias fundadoras. Al respecto es bueno recordar que en la época de ventas de empresas al extranjero, en la industria farmacéutica nacional las principales familias siguieron fabricando medicamentos. Monserrat y Eclair nace a partir de la farmacia Monserrat y Eclair de Francisco Méndez Vázquez que en el año 1935 para hacer la Avenida 9 de Julio, la derrumbaron. Méndez Vázquez fallece en 1975, a los pocos años se cierra el laboratorio y, posteriormente, en el año 1987 deciden reabrirlo.

En la siguiente diapositiva pueden observar datos que demuestran la importancia de la industria farmacéutica nacional.

Nuestro país, al igual que Suiza, Alemania, Estados Unidos y Japón, el 60 - 70 % del mercado está en manos de laboratorios nacionales. Uno dice, sacamos la bandera estamos todos felices, pero la realidad es que en distintas situaciones dramáticas no faltaron medicamentos.

## **IMPORTANCIA DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA NACIONAL**

---

<b>En Unidades:</b>	<b>Abastece al 66% del mercado interno.</b> (sólo equiparable a Suiza, Alemania, EEUU y Japón)
<b>En Valores:</b>	<b>Representa el 60% de la facturación.</b>
<b>Empresas nacionales:</b>	<b>En manos de empresarios que mantuvieron la propiedad de sus industrias a lo largo de los años.</b>
<b>Plantas industriales:</b>	<b>Instaladas en el país y de alta y moderna tecnología.</b>
<b>Internacionalizadas:</b>	<b>Muchas son exportadoras e instaladas en otros países.</b>
<b>Balance comercial:</b>	<b>Laboratorios nacionales: saldo positivo.</b>
<b>Empleos:</b>	<b>38.000 directos y 120.000 indirectos.</b>
<b>Precios:</b>	<b>Precio promedio por debajo de la media latinoamericana.</b>

MONSERRAT Y ECLAIR



Si nos remitimos a la época de la guerra de Malvinas, independientemente de que la razón haya sido comercial, económica o boicot, nadie notó que de un día para otro faltaron medicamentos ingleses, todos fueron reemplazados, ningún paciente lo sufrió, ni se enteró.

Cuando en el año 1986, Eli Lilly decide irse del país y dejar de fabricar insulina, se comenzó a importarla. A los 6 meses, dos laboratorios argentinos estaban fabricando insulina y al poco tiempo se convertían en multinacionales exportando a España y a Polonia.

La industria nacional representa en valores el 60 % de la facturación, porque el precio promedio de los laboratorios nacionales es más bajo que el de las multinacionales. Me refiero a empresas nacionales en manos empresarias argentinas con las plantas industriales instaladas en el país, que son de alta y moderna tecnología. Muchas de estas empresas, hoy ya son internacionalizadas porque tienen una parte destinada a la exportación y plantas subsidiarias en el exterior.



El balance comercial de los laboratorios nacionales es positivo, exportan por valores mayores a los que importan, totalmente al revés de las multinacionales.

En cuanto a los precios, el precio promedio de las 10 moléculas de mayor salida de las farmacias argentinas está por debajo del promedio de América Latina. El planteo de que en la Argentina pagamos los medicamentos caros, lo que es posible en algunas cosas puntuales, es muy fácil de comprobar que no es verdad, si se consulta a través de internet los precios en cualquier país de América Latina.

### **Autoridad sanitaria y catarata de cambios**

Si tenemos una industria farmacéutica tan potente, tan grande, evidentemente tenemos que tener un centro de control del Estado tan importante como la industria farmacéutica de la Argentina.

Para hablar de ello tomaré un caso que conozco bastante. En 1987 decidimos el relanzamiento de Monserrat y Eclair, se compró un Laboratorio que estaba destruido, era un edificio tan viejo que tenía Opalinas Hurlingham en las paredes, un azulejo de vidrio muy antiguo. Entonces teníamos que ver qué hacer para rehabilitarlo.

En esa época uno iba al Ministerio, no existía ANMAT, y pedía ayuda para ver qué hacer, no había nada escrito de cómo se debía proceder para abrir un laboratorio. No existían las Buenas Prácticas de Manufactura como las conocemos hoy. Por ello, se solicitaba una inspección de asesoramiento, con lo cual concurrían dos inspectores quienes informaban todo lo que había que hacer y lo que estaba mal.

Durante el transcurso del año 1987, sacamos todos los azulejos porque en ese momento se permitía sólo en zona de producción. Cuando terminamos, se modificó la norma y vino

un inspector dijo azulejo no va más, ahora es pintura al aceite. Por lo tanto había que sacar todo y armarlo otra vez.

En el año 1988, cuando reabrimos queríamos tener productos para elaborar entonces dijimos vamos y recuperamos productos. En ese momento había nada más que 12000 trámites atrasados en el Ministerio de Salud y, para registrar un producto, se presentaba la monografía, eso tardaba casi 4 años en salir. Entonces se hacía una pre-monografía, se presentaba un sobre con lo que se quería hacer y el Ministerio lo analizaba y decía si se podía y después se presentaba la monografía. Lo que hacían todos los laboratorios era presentar sobres para ocupar lugar, sacar número, y como tardaba 3-4 años y lo que había presentado no se revisaba, se pedía incorporar información, se sacaba la anterior y se agregaba una nueva.

En 1989 salió una norma por la cual se aceleraban los trámites, habilitación de productos, relanzamientos y tuvimos que salir a comprar los productos, porque no podíamos esperar otros 4 años para tener productos para producir. En este año se emitieron una serie de Disposiciones, a lo que yo nombro como

#### **Las Cataratas 853, 854, 855, 856, 857 y 858 de 1989**

---

- 853/89:** Presentación que se deberá efectuar para solicitar la aprobación de un **cambio de excipiente o de envase**.
- 854/89:** Presentación que se deberá efectuar para solicitar la aprobación del **cambio de Laboratorio elaborador** de una especialidad medicinal.
- 855/89:** Presentación que se deberá efectuar para solicitar la aprobación de una **nueva presentación de venta en cuanto al contenido de unidades, mililitros, gramos, etc.**
- 856/89:** Presentación que se deberá efectuar para solicitar la aprobación del **cambio de Director Técnico** de un Laboratorio elaborador de especialidades medicinales.
- 857/89:** Presentación que se deberá efectuar para solicitar la aprobación del **cambio de nombre** de una especialidad medicinal.
- 858/89:** Presentación que se deberá efectuar para solicitar el registro de **transferencia de un certificado** autorizante.

las cataratas de Disposiciones. Según estas disposiciones si se quería aprobar un cambio de excipiente o envase se hacía la presentación del contenido actual y de los cambios y si en 60 días el Ministerio no respondía, estaba aprobado. Esto blanqueó en un año toda la industria farmacéutica del país, hizo que los que tenían en el prospecto una cosa, en la fórmula otra y en la monografía del Ministerio otra, dijeran esto es lo que yo tengo y si en 60 días el Ministerio no contestaba se daba por aprobado. A partir de ese momento lo que decía el estuche, la monografía y tenía registrado el Ministerio, era lo correcto.

En enero de 1992, a través del Decreto N° 150, que mencionó la Dra. Boni, se transparentaba la forma de registrar los medicamentos. En el mismo se menciona que si el medicamento ya está en el país y alguien quiere fabricar uno igual, si hace correctamente el trabajo y la presentación, en 6 meses, está aprobado. Pero si se hace algo mal, en el momento que se detecta, se interrumpe el trámite y es responsabilidad del elaborador contestar rápido.

Por otra parte en agosto de 1992 por el Decreto N° 2490, se crea la ANMAT. En el Artículo 3° figura sus competencias.

#### **Decreto 1490/92 Creación de A.N.M.A.T.**

Art. 3° — Establécese que ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA (ANMAT) tendrá competencia en todo lo referido a:

- a) el control y fiscalización sobre la sanidad y calidad de las **drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos, elementos de diagnóstico, materiales y tecnología biomédicos** y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana;
- b) el control y fiscalización sobre la sanidad y calidad de los **alimentos acondicionados**, incluyendo los insumos específicos, aditivos, colorantes, edulcorantes e ingredientes utilizados en la alimentación humana, como también de los productos de uso doméstico y de los materiales en contacto con los alimentos;
- c) el control y fiscalización sobre la sanidad y calidad de los **productos de higiene, tocador y cosmética humana** y de las drogas y materias primas que los componen;
- d) la **vigilancia sobre la eficacia y la detección de los efectos adversos** que resulten del consumo y utilización de los productos, elementos y materiales comprendidos en los incisos a), b) y c) del presente artículo, como también la referida a la presencia en los mismos de todo tipo de sustancia o residuos, orgánicos e inorgánicos, que puedan afectar la salud de la población;
- e) el **contralor de las actividades, procesos y tecnologías que se realicen en función del aprovisionamiento, producción, elaboración, fraccionamiento, importación y/o exportación, depósito y comercialización de los productos, substancias, elementos y materiales consumidos o utilizados en la medicina, alimentación y cosmética humanas;**
- f) la realización de **acciones de prevención y protección de la salud de la población**, que se encuadren en las materias sometidas a su competencia;

En diciembre de 2009 ANMAT fue reconocida como Primera Autoridad Reguladora Regional por la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) y obtuvo la certificación de Nivel IV, la máxima calificación que se otorga, que significa que cumple sus funciones regulatorias como autoridad nacional con el mayor nivel de excelencia. Este reconocimiento convierte a ANMAT en la entidad pionera en América Latina en obtener esta distinción. Una industria farmacéutica fuerte necesitaba un organismo regulatorio fuerte.

**La Disposición N° 6897/00**, en la diapositiva la pueden observar, dispone la evaluación de la información relacionada con los métodos de control, elaboración, ensayos farmacotécnicos, estudios de estabilidad, capacidad operativa y de control incluida en las solicitudes de inscripción en el registro de especialidades. Es decir, presentamos una monografía, donde se explicita que se va a fabricar un medicamento de una cierta manera, después del tiempo que sea necesario ANMAT lo aprueba, lo fabricamos y lo ponemos en la calle. Entonces ANMAT verifica que realmente se hizo como dice la monografía y, se dispone la realización de

### Disposición 6897/00: Verificación de 1er Lote

**Considerando:**

Que .....se hace necesario que los laboratorios demuestren que se encuentran en condiciones de cumplimentar las Buenas Prácticas de Fabricación y Control.....

Que **ante la necesidad de garantizar la eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos que la población consume** resulta procedente..... realizar una verificación técnica consistente en la constatación de los métodos de control, elaboración, ensayos de estabilidad y capacidad operativa.

**DISPONE:**

**Artículo 1°** — Dispónese que **la evaluación de la información relacionada con los métodos de control, elaboración, ensayos farmacotécnicos, estudios de estabilidad, capacidad operativa y de control incluida en las solicitudes de inscripción en el registro de especialidades medicinales, se realizará..... mediante la verificación técnica de dicha información.....**

**Art. 2°** — Dispónese que **a los efectos de la realización de la verificación técnica previa a la comercialización, el titular del registro deberá comunicar fehacientemente a esta Administración Nacional con un plazo mínimo de quince (15) días de antelación la fecha de inicio de la elaboración o de la importación del primer lote a comercializar.**

**La ANMAT realizará la inspección dentro de los diez (10) días posteriores a la fecha de inicio de la elaboración o importación notificada.**

**Una vez transcurrido el último plazo establecido, de no haberse producido la inspección, el titular del registro registro quedará facultado para la comercialización de la especialidad medicinal motivo del trámite.**

la verificación técnica previa a la comercialización. Si en la inspección del primer lote algo sale mal, se anula este primer lote, hay que solicitar un primer lote otra vez. Pero, concretamente, no sale a la calle nada que no tenga control de calidad, verificada en base a la monografía presentada en ANMAT.

Hablamos de calidad, regulación y evaluación del medicamento. El medicamento es principio activo más excipiente, más información que debe acompañar a ese medicamento. Tanto la información como la publicidad están reguladas por una serie de disposiciones y resoluciones.

La Disposición 5904/96 definió el modo que deberá elaborarse la información que deben contener los prospectos de las especialidades medicinales cuya condición de expendio sea de venta bajo receta.

La Disposición 7625/97, después modificada, determina las definiciones que tiene que tener el prospecto de especialidades medicinales de venta libre. Cualquier producto de venta libre, como ustedes sabrán, tienen estuches y prospectos distintos, con otra información. Ahora el estuche dice para qué sirve tal producto, cómo tengo que tomarlo, qué me puede hacer.

Por ejemplo en esta nueva disposición, no se puede hablar de que el ibuprofeno es un analgésico sino que es un producto para calmar el dolor, el idioma es castellano y de forma simple, no tiene términos técnicos ni científicos, el paciente lo tiene que entender. No tome esto si usted tiene tal cosa.

Esta disposición de prospecto de venta libre menciona, también, que una vez que se aprobó un prospecto, para hacer publicidad en medios masivos de comunicación no puede decirse nada que no este escrito en ese prospecto. Cuando hay alguna duda somos citados por la Secretaria de Publicidad de ANMAT y si en un aviso no se respetó lo que figura en el prospecto, hay una sanción.

En la Disposición 5904/96 se recomendaba que, además del prospecto tradicional que tiene términos técnicos, se podría incorporar un prospecto especial para el paciente a fin de que sea más clara la explicación. Pero en el año 2013, ANMAT recomienda incorporarlo y vamos a ir viendo lentamente que todos los productos de venta bajo receta llevan el prospecto tradicional técnico y además un prospecto donde están respondidas las preguntas que el paciente se haría para no tener dudas al utilizarlo.

La Resolución del Ministerio de Salud y Ambiente N° 20/2005 regula la publicidad y establece que toda propaganda dirigida al público sobre especialidades medicinales, reactivos de diagnóstico, cosméticos, productos dietarios, alimenticios y dispositivos de tecnología médica deberá cumplir con los criterios éticos establecidos por ANMAT.

### Disposiciones sobre Información y Publicidad

---

**Disposición ANMAT N° 5904/1996 (con las modificaciones de las Disp. ANMAT N° 4538/1997 y 5879/2005)**  
"Definiciones y lineamientos generales acerca del modo en que deberá incluirse la información que deben contener los prospectos de especialidades medicinales cuya condición de expendio sea la de **Venta Bajo Receta** en sus tres categorías".

**Disposición ANMAT N° 7625/1997 (con las modificaciones de la Disposición ANMAT N° 2843/2002)**  
"Definiciones y Lineamientos Generales acerca del modo en que deberá incluirse la información que deben contener las **Especialidades Medicinales** cuya condición de expendio sea la de **Venta Libre**".

**Disposición ANMAT N° 753/2112 (Art.3°: Deróganse las Disposiciones 7625/97.....)**  
Definiciones y Lineamientos Generales de la información que deberán contener los **prospectos/etiquetas/ rúbricos de Especialidades Medicinales** de condición de **Venta Libre**....

**Circular ANMAT N° 004/2013** Prospecto: Información para el paciente (Disp. ANMAT N° 5904/96)  
... establece para el prospecto incluir en forma voluntaria "Información para el paciente". Es intención de esta Administración Nacional **brindar información clara a los consumidores de medicamentos**....

**Resolución Ministerio de Salud y Ambiente 20/2005**  
Establécese que **toda propaganda dirigida al público sobre especialidades medicinales, reactivos de diagnóstico, cosméticos, dietarios, domisanitarios, alimenticios y dispositivos de tecnología médica deberá cumplir con los criterios éticos establecidos por la A.N.M.A.T.**

**Disposición ANMAT N° 4980/2005 (con las modificaciones de la Disp. ANMAT N° 7730/2011)**  
Artículo 1° — **Toda publicidad o propaganda dirigida al público en general, cuyo objeto sea promocionar cualquiera de los productos enunciados en el Artículo 1° de la Resolución M.S. y A. N° 20/2005, sean nacionales o importados, se regirá por la presente disposición.**

MONSERRAT Y ECLAIR



En cuanto a los precios de los medicamentos, los laboratorios hemos tenido desde octubre del 2007 en adelante los precios controlados.

En octubre de 2007 se nos pautaron formas de aumento de precio que duraron hasta el 30 de noviembre de 2013. La pauta fue, hay que dividir todo lo que uno vende en tres grupos, el 40 % son los productos masivos que podían aumentar un 7 % anual, otro 40 % restante eran los productos selectivos que podían aumentar 14 % y el 20 % restante considerados los Premium, podían aumentar un 18 %.

En octubre de 2007 nos pidieron qué productos teníamos para cada columna, lo decidimos nosotros con la ingenuidad de creer que al año siguiente lo cambiarían pero esos productos nunca más se movieron de la columna original. Esto significó que todos los que estaban en la primera columna fueran perdiendo no sólo rentabilidad sino que tuvieron serios problemas de costo, esa es la distorsión que Uds. ven en moléculas iguales en productos distintos que algunos valen tres pesos y otros valen 200.

Como laboratorio, hasta ahora, cumplimentamos todo, sin embargo, hay algo que una vez que empiece a funcionar realmente Monserrat y Eclair difícilmente lo pueda cumplir y

**Resolución Ministerio de Salud 435/11    Disposición 3683/2011**

---

**Sistema Nacional de Trazabilidad**

**Sistema de Trazabilidad de Medicamentos que deberán implementar las personas físicas o jurídicas que intervengan en la cadena de comercialización, distribución y dispensación de especialidades medicinales incluidas en el Registro de Especialidades Medicinales.**

**Disposición 1831 / 12**

**Disposición 247 / 13**

**Disposición 963 / 15**

**¿Se puede cumplir todo?**

son las disposiciones que tienen que ver con la trazabilidad de los productos.

Nosotros tenemos sólo dos moléculas que están incluidas en estas disposiciones, clonazepam y alprazolam.

Para adecuarnos a esta normativa de trazabilidad tenemos que hacer una inversión de 120.000 dólares de inicio y después no facturamos ese monto con los productos y vamos directos a la baja. No lo podemos pagar. Quien lo puede pagar es el que tiene un precio y un volumen muy superior. Lo nuestro es económico, supongo que para quien tiene un volumen muy superior en este tipo de principio activo no van a tener problemas económicos pero sí logísticos porque, quizás, no lo puedan trazar tampoco por el volumen de unidades.

Ahora bien, les di el contexto de calidad, regulación, evaluación, compramos los mejores drogas, hacemos la mejor fórmula, la más moderna. También le agregamos los principios activos de la mejor calidad y lo tenemos controlado con la concentración más exacta que pueda haber y sabemos cuánto se degrada en la fabricación y le calculamos el porcentaje y le agregamos más para que quede al 100 %. Además lo fabricamos con los mejores excipientes, la mejor cartulina, el mejor prospecto, la información validada por todos, por lo tanto tenemos el mejor de los productos.

Por otro lado, el paciente llega a la farmacia con una expectativa de lo que necesita porque el médico le dijo, o porque él cree que tiene lo que vio en televisión y puede ir a comprarlo a la farmacia.

Nosotros tratamos de hacer con equipamiento de última generación, ya sea Guillermo Cleti con el Laboratorio Público y nosotros por el Laboratorio Privado, la mejor calidad de medicamentos, la Dra. Boni en nombre de ANMAT controla con la mejor rigurosidad. Hicimos lo mejor, llega el paciente a la Farmacia que



no entendió cómo se toma el medicamento o supone que sabe porque como es muy fácil investigar en internet que es lo que uno padece y que es lo que debe tomar y lo pide. El único filtro, fiscal, juez que determina en ese momento lo que está bien y lo que está mal es el profesional Farmacéutico.

El cliente siempre tiene razón, entra a la Farmacia a comprar lo que quiere, pero el paciente aquí no tiene razón, porque no sabe. Porque supone que sabe, porque otra persona le recomendó y cuando llega a la Farmacia el único que puede validar y fiscalizar si sabe o no es el profesional farmacéutico.

El paciente-cliente llega a la Farmacia buscando felicidad, vida eterna, juventud, potencia sexual, belleza, cuarenta años menos, no tener arrugas, y también, con todos los miedos. Por ello, al entrar a la Farmacia, busca encontrarse con el brujo de la tribu, el farmacéutico que, a veces, lamentablemente, está demasiado ocupado en tareas burocráticas que le restan tiempo y posibilidades de atención profesional a esos pacientes que necesitan no sólo medicamentos sino también información, contención y afecto.

Todo lo que hagamos en la industria farmacéutica por tener calidad, todo lo que haga ANMAT por controlarnos, se pierde o se valoriza con la poca o mucha profesionalidad de quien está atendiendo en ese momento la Farmacia.

Con estas últimas palabras quise destacar, una vez más, la trascendencia del irremplazable rol sanitario de mis amigos los Farmacéuticos.

Muchas gracias a todos.





## **MESA N° 9**

### **La agenda legislativa de producción, regulación, distribución, prescripción, dispensa y consumo de los medicamentos**

*Farm. Miguel Ángel Osio  
Vicepresidente 1° de FEFARA*

Miguel Ángel Osio es Licenciado en Química y Farmacéutico, Especialista en Higiene y Seguridad en el Trabajo. Se desempeña como Vicepresidente 1° de FEFARA. Es profesor adjunto interino de la Universidad Nacional de La Pampa, Director Ejecutivo del Colegio de Farmacéutico de La Pampa y asesor independiente en Higiene y Seguridad en el Trabajo. Fue Presidente del Colegio de Farmacéutico de La Pampa, Presidente y Fundador del Consejo Profesional de Farmacéuticos de esa provincia, consejero del Honorable Concejo Superior de la Universidad Nacional de La Pampa, por el claustro de graduados y claustro docente y Director de la Caja de Previsión Profesional de la Provincia de La Pampa.

Buenas tardes a todos y a todas. Lamentablemente el incumplimiento, la informalidad, la impuntualidad que tenemos los argentinos a veces llega al ausentismo.

Algunos de los legisladores que iban a estar en esta Mesa se excusaron a tiempo y con fundadas razones no pudieron asistir y otros no lo hicieron de ese modo. Por decirlo con cierta elegancia.

Y eso es, sencillamente, lo que nos ha pasado en la conformación de esta Mesa, en la que teníamos mucho interés y en la que habíamos depositado expectativas de poder charlar, debatir y escuchar las propuestas y los proyectos de los legisladores nacionales para esta área del Medicamento y la Farmacia que tiene tanto que ver con nuestra Profesión y la Salud de los argentinos.

Específicamente, lo que nosotros queríamos era retomar algunos temas que habíamos comenzado a tratar en las Jornadas que se hicieron en Potrero de los Funes el año pasado, ya que en la Cámara de Diputados de la Nación este año se habían presentado importantes proyectos de Ley, que tenían que ver con el medicamento, y algunos se aprobaron y otros están, todavía, en estado parlamentario.

Nos hubiese gustado que en el repaso de esos temas tan importantes para nuestra Profesión hubiesen participado los legisladores que están analizándolos en el Congreso de la Nación. Pero, como dijo nuestro presidente en las Jornadas de Misiones cuando también pasó algo parecido, a lo mejor no tienen nada para decir por eso no han venido.

Vamos a comenzar, entonces, con la revisión de los principales Proyectos que han sido o están siendo debatidos en el Congreso de la Nación.

Creación de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos.



Al respecto, tengo buenas noticias porque este proyecto se transformó en Ley y por lo tanto, hoy ya podemos decir que contamos con una Agencia que tiene cierta autarquía dentro del Ministerio de Salud de la Nación y cuenta con plena capacidad jurídica para actuar tanto en los ámbitos del Derecho público como en el privado.

En esta Ley se declara de interés nacional y de valor estratégico la Producción Pública de Medicamentos que se fijó en una Ley anterior que era la Ley de Producción Pública de Medicamentos. Y esto es una buena noticia porque avanza en el mismo sentido que marcó el representante del Laboratorio de Producción Pública (LPP) de Santa Fe.

Dentro de las **funciones y facultades de ANLAP** se encuentran:

- Diseñar las políticas públicas de investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos.
- Definir prioridades en línea con la ley 26.688. Es decir, definir las prioridades en cuanto a franjas terapéuticas de medicamentos que se deben fabricar. Además establece en un concierto de todos los laboratorios de producción pública del país, organizar la complementariedad para que no todos fabriquen determinados medicamentos y se distribuya y asigne el trabajo para cada uno de estos laboratorios.
- Asegurar la formación y capacitación de los recursos humanos que se desenvuelven en los laboratorios públicos.
- Coordinar en el marco del CO.FE.SA. (Consejo Federal de Salud) las políticas públicas para los laboratorios públicos.
- Propiciar la celebración de convenios de colaboración entre laboratorios públicos y universidades u otras enti-

dades estatales. De esto estuvo informándonos el Farm. Guillermo Cleti cuando nos comentaba la relación que tiene el LIF con la Universidad Nacional del Litoral y la Universidad Nacional de Rosario.

- Articular acciones con la ANMAT y los LPP para cumplir con las buenas prácticas de fabricación y control pertinentes. Esto tiene que ver con erradicar este concepto del cual hablaban los expositores que me precedieron y que planteaban que los laboratorios de producción pública son considerados, por algunos, de segunda categoría. ANMAT va a hacer cumplir las normas de la misma manera a los establecimientos públicos y privados. Entonces no va a haber medicamentos de primera ni de segunda y digo esto porque, si hubiese de segunda categoría, los consumirían los pobres y sería una verdadera injusticia social.
- Procurar las mejores condiciones en la provisión y compra centralizada de insumos, así como las posibilidades de inversión.

En la HC de Diputados de la Nación hay dos proyectos de ley que tienen que ver con la Promoción y la Publicidad de los Medicamentos

## **PROYECTOS DE LEY DE PROMOCIÓN Y/O PUBLICIDAD DEL MEDICAMENTOS**

Uno de estos proyectos fue presentado por diputados del Frente para la Victoria, algunos de los que iban a estar sentados en esta Mesa y se trata de:

- **REGULACIÓN DE PUBLICIDAD DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y COMPLEMENTOS**

- Medicamentos: Debe omitirse publicidad sintomática.
- Prohíbe publicidad de alimentos asociados a procesos clínicos.
- Prohíbe publicidad de complementos energéticos destinados a mejorar la performance de actividades particularmente físicas y mentales.
- Energizantes - Bajo control de la ANMAT

El otro proyecto tiene como autor al Diputado Bernardo Biella de la UCR de Salta y es sobre:

- RÉGIMEN DE PROMOCIÓN DE MEDICAMENTO
  - Es específico para medicamentos y más regulador que el anterior.

La verdad que hubiese sido muy bueno que la Presidenta de la Comisión de Salud de Senadores perteneciente al radicalismo y la diputada del Frente para la Victoria, Presidenta de la Comisión de Salud de Diputados hubiesen discutido esto en nuestra Jornada.

Otro proyecto que se generó en el momento que se produjo el conflicto por el precio del medicamento, trata de la **creación del Consejo Nacional de Regulación del Mercado de Medicamentos**. Este consejo estaría integrado por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva, el Ministerio de Industria, el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. La Secretaria Ejecutiva del Consejo sería ejercida por la Secretaria de Comercio. Es decir, la Secretaría de Comercio iba a manejar, en la práctica, el funcionamiento de esta Comisión.

En la diapositiva pueden observar algunos de los objetivos de dicha Comisión.

Para cumplir esos objetivos, podrá requerir información acerca de productos, insumos, materia prima, estructuras de

LA AGENDA LEGISLATIVA DE PRODUCCIÓN, REGULACIÓN, DISTRIBUCIÓN, PRESCRIPCIÓN, DISPENSA Y CONSUMO DE LOS MEDICAMENTOS.

PROYECTO DE LEY CONSEJO NAC. DE REG. DEL MERCADO DE MEDICAMENTOS

### C.N.R.M. del Medicamentos – OBJETIVOS (entre otros)

- Definir las directrices y procedimientos y establecer criterios para la fijación y ajuste de
  - ✓ PRECIOS de los medicamentos, y
  - ✓ Márgenes de ganancia (distribución y comercialización).
- Prevenir monopolios u oligopolios que impliquen abuso de posición dominante y distorsiones de PRECIOS,
- Promover el uso racional de medicamentos.
- Priorizar el uso de medicamentos esenciales,
- Perfeccionamiento de la prescripción por su nombre genérico,

costo, precios, volumen de producción y de ventas y cualquier otro dato que juzgara necesario, tanto a organizaciones públicas como privadas.

Repito, esto surgió en el momento que se produjo la última crisis y el consecuente debate acerca del precio del medicamento. Después cuando pareció que todos avanzaban en la misma frecuencia, al desaparecer la crisis, no se habló más del asunto y creo que, hoy, ya perdió su estado parlamentario.

El otro proyecto que surge también en el momento en que estaban debatiéndose los precios de medicamento en la Argentina fue el de la **modificación de la Ley de Promoción de la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico**.

LEY N° 25.649 - NACIONAL

DECRETO PROMULGACIÓN PARCIAL N° 1855/02

DECRETO REGLAMENTARIO N° 987/03

PROMOCIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS  
POR SU NOMBRE GENÉRICO



Recordemos que el objeto de esa Ley fue la defensa del consumidor de medicamentos.

Por la misma, es obligatorio prescribir los medicamentos por su nombre genérico o Denominación Común Internacional (DCI), seguida de la forma farmacéutica, la dosis/unidad y la concentración.

Además, habilita al farmacéutico a la sustitución de marca comercial del medicamento por otro de similar composición y presentación. Esto reivindicó y jerarquizó el rol del farmacéutico, hizo renacer la mística y la esperanza de una Profesión que en algunos momentos sentía haber extraviado su rol sanitario y aquí quedaba nuevamente como el único responsable capacitado para dispensar y sustituir los medicamentos.

A partir de esta Ley toda receta que no cumpla con los requisitos establecidos se tendrá por no prescripta, carente de valor para autorizar el expendio de medicamentos.

Seguimos sosteniendo que esa Ley quedó a mitad del camino porque no se profundizó y solamente se tocó lo que tenía que ver con la prescripción del medicamento y nada se hizo referido a la producción de medicamentos genéricos "en serio" y con todas las condiciones que ustedes saben que tienen que cumplir. En eso no se avanzó en absoluto.

Nosotros planteamos la necesidad de una Ley específica e integral de medicamentos genéricos y qué bueno hubiese sido haberlo charlado acá con las diputadas y senadoras.

Y bueno, respecto de este tema tan importante, la situación de hoy no difiere de la que teníamos el año pasado. Seguimos teniendo un proyecto en la Cámara de Diputados que pretende reformar la Ley vigente pero la reforma estaría apuntada, casi exclusivamente, a que no se pueda indicar marcas comerciales desaparecería el cambio de marca, la sustitución y demás. Una ley igual a la que existe en la provincia de San Luis.

Frente a esta Ley nos planteábamos qué papel jugamos las Instituciones acá, porque cuando estos proyectos aparecen para presionar sin ningún respaldo político, los farmacéuticos y las instituciones quedamos al medio de un debate carente totalmente de seriedad y fundamentos.

Para ir cerrando quiero presentarles y comentarles una Declaración firmada el día miércoles de esta semana, por todas las Instituciones Farmacéuticas Nacionales. El objetivo es impulsar la sanción de un proyecto de Ley que establezca que la Farmacia Privada desarrolla un Servicio Público Impropio. Este es el texto que hemos acordado y firmado y hemos denominado: MANIFIESTO DE PILAR.



## Farmacias comunitarias argentinas. Un servicio público

### Generalidades

*La primera acepción del término "servicio" que menciona el diccionario de la Real Academia Española hace referencia al "acto y resultado de servir".*

*Lo "público" por su parte, es aquello vinculado a toda la comunidad y que, por lo tanto, suele ser gestionado o administrado por el Estado.*

*De este modo, podría definirse al "servicio público" como la actividad que desarrolla un organismo estatal, o una entidad privada bajo la regulación del Estado, para satisfacer una cierta necesidad de la población.*

*El caso es que, con total independencia de quien lo realice, existe amplia coincidencia respecto a que el criterio más adecuado para definir al servicio público, es el funcional. La cuestión central no radica en el sujeto que lo presta, sino en la índole de la "necesidad" que por ese medio se satisface.*

*Es importante tomar en cuenta que existe una serie de elementos que en conjunto permiten caracterizar, en grandes rasgos, a un servicio como público:*

- *Su naturaleza es esencial para la comunidad*
- *La imprescindible continuidad de su prestación en el tiempo*
- *Su prestación regular, manteniendo un estándar mínimo de calidad y*
- *La necesidad de que su acceso se logre en condiciones de igualdad.*

*Este último es el caso del expendio de medicamentos a través de la farmacia comunitaria.*

*A partir de este concepto lato, la doctrina ha distinguido la siguiente diferencia:*

- a- Servicio Público Propio, cuando es prestado por el Estado o un concesionario. Existe cuando el Estado lo realiza como función propia de él.*
- b- Servicio Público Impropio, cuando el Estado lo reglamenta pero es cumplido por la iniciativa particular o privada.*

*De lo general a lo particular:*

*Luego de estas consideraciones preliminares, no podemos dejar de señalar que por la naturaleza y actividades desarrolladas por nuestras farmacias comunitarias, las mismas son las propias de un servicio público.*

*Para la atención y goce del derecho constitucional a la*

salud que tienen los habitantes de nuestro país y que el Estado debe garantizar, entre los cuales necesariamente encontramos el acceso al medicamento, resulta ineludible contar con el servicio público de farmacia.

Las razones que sostienen esta afirmación, es decir la actividad de la farmacia como servicio público, son claras y concretas a saber:

- *A través de éstas se permite al paciente el acceso democrático al medicamento, unánimemente considerado un bien social, en cada centro poblado del extenso territorio nacional;*
- *Se encuentran sometidas a la regulación del poder público, quien establece las normas legales y reglamentarias para asegurar la regularidad de la prestación del servicio y la continuidad del mismo, porque existe un interés general en el desarrollo de la actividad;*
- *La farmacia comunitaria presta un servicio que beneficia a la sociedad en general, y no a una determinada clase o grupo, por importante que éste sea.*
- *La farmacia es el único establecimiento habilitado para la venta de medicamentos, drogas y especialidades farmacéuticas;*
- *Sostienen la carga pública de los turnos –cumplimiento del servicio más allá de los horarios comerciales–, para que a toda hora de cada día, sus servicios puedan ser demandados por quienes lo necesiten.*
- *Son un centro de salud de atención primaria, en el cual siempre se encuentra un profesional idóneo en la materia al servicio de la población en su conjunto;*
- *Las farmacias, resultan ser el primer y más cercano contacto sanitario, al que acude la población en procura de asesoramiento y orientación;*
- *Brindan atención a la totalidad de los beneficiarios del sistema de seguridad social;*
- *Resultan ser un pilar fundamental para el uso racional del medicamento;*

- *Realizan tareas de farmacovigilancia;*
- *Dan sustento material al control de trazabilidad del medicamento dispuesto por las autoridades sanitarias.*

*Por otra parte, resulta necesario observar que para el Estado la profesión farmacéutica está destinada a cumplir una función social, estrechamente ligada a la obtención del más alto grado de salud para los habitantes y al mismo tiempo preservarla y promoverla.*

*Por ello, para el reaseguro de la sociedad toda y atendiendo el interés público, incorpora a la profesión farmacéutica dentro del marco legal establecido por el artículo 43 de la Ley de Educación Superior N° 24.521 y las Resoluciones N° 254/2003 y 566/2004 del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.*

*Llegados a este punto y cotejando lo antes dicho con los rasgos generales de un servicio público mencionados en el apartado anterior, parece evidente concluir que la farmacia comunitaria en nuestro país brinda un servicio que indudablemente resulta ser un servicio público.*

*Por ello, y sin perjuicio de una mejor y más amplia regulación de la actividad, solicitamos a las autoridades nacionales el necesario reconocimiento de actividad de la farmacia como un servicio público mediante la correspondiente sanción legislativa.*

*En base a lo expuesto, sólo podemos concluir en que la sanción legislativa como servicio público impropio de la actividad de la farmacia comunitaria resulta imperioso, ya que eso no es más que otorgarle reconocimiento legal a una innegable realidad.*

*Con fundamento en lo señalado en el presente instrumento, las entidades abajo firmantes se comprometen a elevar a las autoridades competentes este manifiesto, a los fines de requerir la declaración de la actividad de la farmacia comunitaria como servicio público impropio.*

*Firman este manifiesto: Miguel Lombardo, Presidente de la Federación Argentina de Cámaras de Farmacia (FACAF); Carlos Villagra, Presidente de la Asociación de Farmacias Mutuales y Sindicales; Manuel Agotegaray Presidente de la Federación Farmacéutica (FEFARA); Raúl Mascaró, Presidente de la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA).*

Finalmente quería expresarles que todo el tiempo que escuchaba la lectura de este Manifiesto yo me acordaba de cuando el General Perón hablaba de la conducción política y le explicaba a sus militantes que el conductor debe ver la totalidad de la escena, debe saber apreciar toda la escena completa y decía: **“Ver, base para apreciar, apreciar base para resolver y resolver base para actuar”**.

Creo que nosotros a lo largo de muchos años, en una profesión milenaria como la farmacéutica, hemos visto la necesidad de desarrollar y perfeccionar este servicio profesional que hace los turnos, que está en la primer ciudad del país pero también está en el pueblito más chico de La Rioja o sea que está en todos lados constituyendo una red nacional sanitaria como primer lugar de salud al que acude la gente. Hoy tenemos la base para resolverlo y, resolver para nosotros, ha sido este manifiesto donde cuatro entidades nacionales que hemos transitado por distintos caminos, que a veces hemos estado distanciadas por distintas cuestiones, nos hemos juntado y los presidentes han puesto la firma para generar este manifiesto que es la base y el fundamento para comenzar a construir una nueva realidad farmacéutica.

Éste es un proyecto de ley donde el legislador tiene todo escrito, no tiene que buscar nada, así que estamos en la etapa de resolver, de actuar para mejorar la Salud de todos los Argentinos. Agradezco profundamente a las Senadoras y a las Diputadas, por su inasistencia porque me han permitido explayarme mucho más de lo que tenía previsto.

Muchas gracias.



## **ACTO DE CIERRE**

*Natalia Rodríguez*

Quiero comenzar haciendo un breve balance de las Segundas Jornadas Farmacéuticas, este gran Encuentro que hemos celebrado aquí en la ciudad de Pilar. El año pasado cuando organizamos las Primeras Jornadas recibimos una numerosa cantidad de trabajos y este año algunos teníamos un poquito de miedo con respecto a la respuesta que obtendríamos en esta nueva convocatoria. La verdad fue que nos volvimos a sorprender con la cantidad y la calidad de los trabajos que recibimos de profesionales de todo el País. Obviamente, esto nos enorgullece y nos estimula para seguir trabajando.

Concretamente, de los 49 trabajos que fueron presentados, el Comité Evaluador hizo una corrección y una selección en la que no se desaprobó ninguno sino que simplemente se seleccionó un número determinado para que sea posible su presentación en el que tiempo que disponemos para su exposición

y defensa por sus autores. Se seleccionaron 32, se armaron cuatro paneles que se desarrollaron esta mañana, en distintas categorías, que fueron Farmacia Comunitaria, Farmacia Hospitalaria, Educación y Formación profesional, Política y Legislación Farmacéutica, Salud Pública y Medicamentos y Tecnología e Industria Farmacéutica.

Los trabajos presentados son nuevos, originales y de mucha calidad, creemos que esto guarda relación directa con la capacitación, que organizamos este año, para confeccionar resúmenes y presentar correctamente los distintos trabajos de investigación. Por ello, vamos a seguir trabajando en ese tema. Además, hicimos ajustes del reglamento y, como no pueden parar, el Comité Evaluador ya estuvo trabajando en consideraciones y planificaciones para el 2016. Así que vamos a hacer las Terceras Jornadas Profesionales Farmacéuticas el año que viene.

Bueno, agradezco en nombre de FEFARA infinitamente a todo el Comité Evaluador porque la selección de los trabajos se hizo con una metodología de tutoría con lo cual trabajaron muchísimo y me hicieron trabajar muchísimo a mí. Pero bueno, la verdad, estamos muy orgullosos de haber generado este ámbito donde independientemente de donde ejerza, el profesional puede venir y mostrar lo que hace.

Esperamos, también, que éstas no sean simplemente unas Jornadas donde ustedes vengán a escuchar e informarse sino que todas las ideas que hoy se llevan no queden acá sino que sean replicadas en los distintos colegios, provincias, ministerios y adonde sea que ustedes trabajen. De manera, el esfuerzo operativo y económico que hacemos valga, realmente, la pena.

Hemos generado una relación con cada uno de los que presentaron trabajos por lo tanto quedamos a su disposición y, desde ya, los invitamos a todos a las Terceras Jornadas Profesionales Farmacéuticas que veremos donde las hacemos. Muchas Gracias.



*Manuel Agotegaray*

Antes de decir las palabras de cierre quiero hacer uso de lo que aprendí de un libro que termine de leer en estos días y que es de un escritor vasco, por supuesto. El libro habla del valor de elegir y, en un capítulo donde analiza la libertad de las Instituciones, dice que las Instituciones de ninguna manera pueden ser libres porque son esclavas de su misión pero si es imprescindible que sean libres sus actos y sus acciones.

Ejerciendo esa libertad, voy a convocar para que me acompañen a dos colegas que tuvieron mucho que ver con lo que hemos vivido estos días aquí en Pilar.

Primero quiero llamar al colega Fabián Oroño, Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Pilar que con toda la Comisión Directiva y muchos colegas de esta Ciudad estuvieron estos dos días acompañándonos.

Les queremos dejar como reconocimiento y como una muestra del paso de FEFARA por estas tierras, la colección con los 13 libros que reproducen todas las ediciones de nuestras Jornadas realizadas desde el año 2002. Este es un aporte a los farmacéuticos de Pilar, para que en su biblioteca puedan consultar lo que se ha debatido y planteado en todas las ediciones de nuestros encuentros. Quiero invitar, ahora, al colega Fabián Oroño a dejarnos unas palabras a todos los asistentes.

*Fabián Oroño*

Muy buenas noches a todos, en nombre del Colegio de Farmacéuticos de esta localidad quiero darles las gracias a FEFARA, a Manuel Agotegaray y a todas las autoridades de esta Federación que nos abrieron las puertas y han permitido la participación y

el enriquecimiento de nuestros colegiados y de nuestra Comisión Directiva. Para nosotros es muy importante la unidad en la acción y que cada uno, desde su lugar, genere actos en beneficio de la Profesión y la verdad es que nos vamos enriquecidos por la experiencia y muy contentos con el intercambio que tuvimos a lo largo de estos dos días.

Muchísimas gracias a todos y esperemos que este sea el principio de muchas otras acciones que vayan en este mismo camino. Gracias Manuel.

*Manuel Agotegaray*

La otra convocatoria que quiero realizar surgió como producto del orgullo y el honor de haber compartido ayer el almuerzo con los estudiantes de Farmacia y los farmacéuticos recién egresados que nos acompañan año a año en estas Jornadas. Allí, en primer lugar, sentí la necesidad de decirles que nos disculparan porque en esta oportunidad elegimos una fecha que resultó bastante inconveniente para ellos por la coincidencia con las mesas de exámenes en las distintas universidades y, por lo tanto, muchísimos estudiantes de Rosario y de San Luis no pudieron venir.

Cuando ayer ellos almorzaban, nosotros disfrutábamos mucho en un rincón porque, mientras tanto, un coordinador por mesa proponía temas relacionados a nuestra Profesión y todos discutían apasionadamente.

Hoy me hicieron llegar una hojita con las conclusiones que habían sacado de esos intercambios y me solicitaron que las lea en el acto de cierre. Entonces, como corresponde, voy a llamar a otro colega, un joven docente de la Universidad Nacional de Córdoba y becario del Conicet, que es uno de los Coordinadores de esa Comisión de Jóvenes para que venga acá, ponga la cara,

lea estas conclusiones, y nos deje sus impresiones: estimado Juan Pablo Real, te invitamos a acompañarnos.

*Juan Pablo Real*

Buenas noches, es un honor estar aquí sentado, por primera vez, después de tantos años de haber estado ahí mirando y admirando a la gente que hablaba acá. Muchas gracias por esta posibilidad.

La verdad es que el espíritu y el entusiasmo que tienen los jóvenes, contagia, y yo que hace 7 años que participo en la Comisión de Jóvenes considero un privilegio trabajar junto a ellos. Me importa compartir el espíritu de FEFARA con cada uno y comprobar esas ganas de cambiar la profesión, de ser líderes del cambio, estar al frente de cada proyecto. Ayer, por ejemplo, algunos chicos ya estaban proyectando una futura farmacia y otros estamos preocupados por la realidad actual y queremos ver la economía de la farmacia y su entorno porque son las cosas que hay que aprender a gestionar para avanzar hacia un futuro mejor.

Los chicos son de diferentes lugares y, por ejemplo, la propiedad de la farmacia para los farmacéuticos en Santa Fe es algo que ya está arraigado pero hay provincias donde se ha perdido y esto los jóvenes lo valoran como indispensable para que la Farmacia sea un centro de salud y no sea un comercio. Por ello, en determinados lugares tenemos que proteger la Propiedad con mucha fuerza y en otros tenemos que luchar para volver las cosas a su sitio y eso es uno de los puntos que más de discutió en este pequeño taller.

Los jóvenes pensamos que el farmacéutico tiene que desarrollar un rol profesional diferente, y que ello se destaque positivamente para que la sociedad empiece a reconocer al far-

macéutico y a la farmacia como un lugar en donde va a buscar no sólo medicamentos sino también otros valiosos servicios profesionales.

Además, debemos trabajar para que esos servicios sean remunerados y así, desprendernos del precio del medicamento como único modo de obtener rentabilidad y generar nuestros honorarios.

No sé si me estoy olvidando de algo, pero para terminar quiero decirles que cada vez somos más los jóvenes que integramos este grupo que cuando arrancamos con la Comisión de Jóvenes en el año 2009 éramos cinco los integrantes. Hoy tenemos cientos de jóvenes colegas participando de nuestras comisiones en San Luis, en Rosario, en Córdoba, en Misiones, etc. Y, todos trabajando, cada uno en lo suyo y presentando trabajos en estas Jornadas y eso nos llena de orgullo por lo que queríamos volcar algunas palabras en este acto. Muchas Gracias

*Manuel Agotegaray*

En primer lugar quiero decir que no recomiendo hacer dirigencia farmacéutica si antes no aprendimos a sentir, no a escuchar, este tipo de informe que nos acaba de exponer Juan Pablo, porque si no es así nos va a ir muy mal.

Bueno, finalmente llegó el viernes a la noche, y una vez más comprobamos que año a año recargamos pilas con estas Jornadas, una experiencia única en la que nos llenamos de orgullo de los días que pasamos compartiendo con disertantes, colegas, y colaboradores. Todos los años quedan muchísimas cosas en el haber y, seguramente, también cuestiones pendientes pero, en particular, en esta oportunidad queremos rescatar el Programa de las Jornadas que tomamos la decisión política de desarrollar y, también, el hermoso lugar donde las realizamos.

Al respecto, elegimos Pilar porque es un lugar cercano a la Capital Federal donde todos sabemos que están los factores de poder de la Argentina y en una fecha muy particular a pocos días de las PASO. Lo que pasó es que un poco ingenuamente pensamos que así sería más fácil que concurran funcionarios, legisladores y políticos a nuestro Encuentro. Sin embargo, estamos convencidos de que algunas ausencias no impidieron un rico desarrollo y una presencia participativa en todo el transcurso de nuestras Jornadas.

Queremos, también, que nosotros conozcamos, por las visitas al Congreso que realizamos habitualmente, la importancia que le dan al tema medicamentos y al servicio farmacéutico la mayoría de los actuales funcionarios.

Sin embargo, no vamos a generalizar porque siempre hay honrosas excepciones y ayer tuvimos el privilegio de contar con la presencia, en el inicio de nuestras Jornadas, del colega Marcelo Carignani. Marcelo es Senador de la Provincia de Buenos Aires y generosamente destacó el valor de la coherencia y el esfuerzo puesto desde nuestra Institución en estos diez años de trayectoria. Y, finalmente, nos dejó el gran desafío para que los farmacéuticos participemos mucho más en la vida política de nuestro País y así, entre todos, defender mejor los intereses de la Profesión.

En la segunda mesa tuvimos las dos visiones, hoy, predominantes de los economista que si bien no se animaron a tratar lo que pasa en la farmacia, nos quedó claro que si no aportamos algo como profesión farmacéutica, si no nos metemos en serio dentro de la cadena sanitaria del medicamento y en nuestra relación con la población nos va a ir muy mal. Ello, independientemente de la tendencia política que pueda ganar la próxima elección.

Nosotros, mientras tanto, seguiremos creyendo y defendiendo nuestras propuestas que hemos dejado en claro con la

presentación del Manifiesto de Pilar que hemos firmado con todas las Instituciones Farmacéuticas.

Quiero aclarar que cuando en ese documento nosotros pedimos regulación para el mercado del medicamento, lo hacemos para estar, simplemente, en las mismas condiciones que los que están dispuestos a competir. Y, esto es así, porque hace mucho tiempo que entendimos que había que desarrollar herramientas institucionales para ser los más eficientes del mercado y para que los mismos colegas nos elijan para conducirlos, consolidarlos y proveer, a través de ellas, de mejores servicios a la población.

También contamos con la presencia del director general del IMS que es la entidad que mejor maneja los datos del Mercado Farmacéutico y que, si bien es muy cercana a la industria farmacéutica, nos mostró detalladamente una realidad que nosotros conocemos por la labor diaria de los colegas en el mostrador o por el gerenciamiento de las más de 3 millones de cápitás que administra FEFARA y que nos permiten conocer la conducta prescriptiva y lo que se consume en cada convenio. Además, de su interesante aporte Juan Manuel Santa María nos dejó propuestas para abordar conjuntamente muchos temas de gran interés para nuestro sector.

A la tarde André Medici hizo una documentada ponencia sobre el tema de los Sistemas de Salud y la complementación público privado en América Latina. Planteó cuestiones muy importantes como que los servicios farmacéuticos deben garantizar la misma calidad a todos los beneficiarios al margen de las distintas posibilidades de aporte que tenga la población cubierta. Porque es muy lindo hablar de un sistema de salud que tenga equidad, que tenga eficiencia, que tenga eficacia, pero después cuando uno va a la realidad, ella no se condice con las lindas filminas. Por ello nosotros valoramos a los disertantes que están, en ese momento, en la gestión y que, de alguna manera, se enfrentan cotidianamente a los problemas de la realidad. Al respecto, tu-

vimos dos ejemplos muy interesantes referidos al gobierno de la CABA y al plan SUMAR.

Hoy a la mañana pudimos comprobar cómo se han consolidado las Jornadas Profesionales Farmacéuticas y que la gran tarea de Natalia Rodríguez y del Comité Evaluador han hecho posible esta brillante segunda Edición de las mismas. Necesitamos seguir consolidando esas Jornadas Profesionales, no como opción de las Jornadas de Política, Economía y Gestión de Medicamentos, pero teniendo en cuenta que cuando hablamos de avanzar con el servicio farmacéutico, en el mercado de medicamentos, esas Jornadas deben ser un importante aporte a la formación profesional para atender las nuevas demandas que enfrenta la Profesión Farmacéutica.

Esta tarde en la mesa de farmacéuticos hospitalarios coordinada por dos colegas Marisa Bazzano y Gisela Carignano quedó claro cómo entendemos que debe de ser una farmacia hospitalaria en Argentina. Para ello, ya están trabajando y coordinando numerosos colegas en una incipiente Comisión de Farmacéuticos Hospitalarios de FEFARA. No tengo nada que decir ni que agregar a lo que expresó Gisela Carignano en el cierre, simplemente que yo no lo podría hacer y que nosotros rubricamos todo lo que dijo, tan brillantemente, acerca de la misión y la importancia de las Farmacias Hospitalarias.

Sobre el tema Regulación tuvimos la visión de la ANMAT a través de la colega Silvia Boni, del LIF a través del colega Guillermo Cleti y de un cuasi farmacéutico como Pablito Barenboim, un amigo todo terreno, que representó muy dignamente a la industria farmacéutica de la Argentina. A la que, como todos sabemos, lo más fácil es demonizarla pero que el rescató por su capacidad de producción y generación de trabajo en Argentina.

Después tuvimos a nuestro Vicepresidente Miguel Osio con los fantasmas de los legisladores, lo que nos sirvió para repasar detalladamente nuestra posición en la cuestión legisla-

tiva. Al respecto, creo que este Manifiesto de Pilar debe de ser la primera vez que FEFARA firma una solicitud de sanción de una Ley, porque hemos dicho muchas veces que la legislación sobre medicamentos es buena y que lo que nos ha faltado es la aplicación y el control de esas leyes. La verdad es, que siempre nos han dejado solos desde el Estado en ese control de las leyes.

Para terminar y agradeciéndoles a todos la presencia, en nombre de FEFARA, quiero decirles que estamos más que satisfechos por el desarrollo de este nuevo Encuentro. Tenemos en claro que se vienen tiempos y discusiones difíciles que van a afectar a nuestro sector. Pero estamos convencidos que para defender, en particular, a nuestra Red de Farmacias necesitamos de estos Encuentros, y de los acuerdos como el que hoy hemos firmado, más allá de las diferencias que tengamos con el resto de las Instituciones que representan a las farmacias en la Argentina.

Nosotros, hace 10 años atrás, tuvimos otra visión de cómo debía servirle una Institución a los farmacéuticos y, diez Colegios, nos convencimos que el dueño de la farmacia en Argentina sería la organización que además de representarla profesionalmente, la gestionara, la informatizara, y, le diera trabajo a través de la Seguridad Social. De todo ello surgió la gran diferencia de visión, en su momento, y de acción posterior.

Hoy, ante esta verticalización del mercado del medicamento que se produjo en la Argentina, donde los laboratorios productores se quedaron con la distribución, y consecuentemente, con parte de las Instituciones Farmacéuticas y después, con una gran parte de la Seguridad Social a través del Pami y de algunas Obras Sociales Provinciales, llegamos a una situación límite para la Red de Farmacias.

Por ello, desde FEFARA y los Colegios que entendieron en su momento y nos acompañaron, ofrecemos las herramientas informáticas, el gerenciamiento de la seguridad social, la convicción y la seguridad política de que podemos defender todavía



en Argentina esta red de Farmacias distribuidas racionalmente en todo el País.

Además, debemos remarcar que lo único que nosotros no podemos ceder como farmacéuticos es la Propiedad de la farmacia, porque ahí perdemos directamente cualquier injerencia en la pelea, en el mercado y el rol sanitario de nuestras Farmacias.

André Medici nos comentaba, respecto a Brasil, que ya han perdido eso y las Cadenas o muchas veces los sistemas de provisión de medicamentos a la población nos pasan por el costado. Para evitar que suceda lo mismo creamos FEFARA. Lo hicimos en base a valores como la convicción, la transparencia, la tenacidad, la coherencia.

Nuestra profesión no tendrá ningún sentido en la Argentina si no logramos que el mercado del medicamento sea lo más transparente posible porque en la falta de controles, en la turbulencia y en la contaminación, los primero que sobramos somos los farmacéuticos. Por ello nosotros necesitamos un Estado presente y que regule en serio el tema del medicamento. Para lograr estos objetivos los invitamos a seguir trabajando con la misma convicción.

Muchísimas gracias a todos los disertantes, a todos los asistentes, a todos los colaboradores que otra vez más por Décimo Cuarto año consecutivo nos han acompañado en este Encuentro. Estas Jornadas que se financian, y lo voy a decir toda la vida, solamente con los fondos del trabajo de la casi tres millones de cápitas que gestionamos en FEFARA, es decir, con el trabajo, con el esfuerzo y con el dinero de los farmacéuticos. Hasta el año que viene y muchísimas gracias por acompañarnos hasta ahora. Muchas Gracias.



FEFARA  
AVANZA  
2das Jornadas  
Profesionales Farmacéuticas

Intervenciones

- «El objetivo principal de un conjunto de actividades cuyo objetivo es dar a conocer algo o incrementar las ventas»
- «En el mundo de hoy, todos los profesionales farmacéuticos deben tener un rol activo en la promoción de la adherencia a la medicación»



**FEFARA**  
AVANZA



# 2das Jornadas Profesionales Farmacéuticas

Pilar - Buenos Aires  
3 de Julio de 2015



Estas 2<sup>das</sup> Jornadas Profesionales Farmacéuticas que se llevaron a cabo en el marco de las 13<sup>ras</sup> Jornadas Federales y 12<sup>mas</sup> Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos fue la culminación de un importante trabajo previo de nuestra institución. El mismo comenzó con una amplia convocatoria dirigida a farmacéuticos y profesionales de diversas disciplinas para que presenten trabajos de investigación sobre diferentes temas, tales como: Farmacia Comunitaria, Farmacia Hospitalaria, Tecnología e Industria Farmacéutica, Política y Legislación Farmacéutica, Educación y Formación Profesional, Salud Pública y Medicamentos, Economía y Gestión de Medicamentos.

La participación lograda en estas Jornadas superó en cantidad y calidad a la de la Primera Edición. Ésta se tradujo en la recepción de un número importante de trabajos realizados por profesionales de distintos ámbitos laborales y diversos lugares del País.

Los trabajos fueron evaluados por el Comité Científico de las Jornadas que estuvo integrado por reconocidos profesionales del ámbito académico y del quehacer de la Farmacia. De los trabajos seleccionados, 18 fueron presentados en la modalidad poster y 15 en forma oral. A continuación se publican los resúmenes de estos trabajos.

Al finalizar las exposiciones todos los participantes recibieron un diploma de reconocimiento de FEFARA y se entregaron menciones especiales y un premio al trabajo que a juicio del Comité, fue elegido como el mejor.

Queremos destacar, también, la numerosa y participativa concurrencia a las exposiciones orales y a las defensas de los poster. Todo ello, constituyó un exitoso Encuentro que significa para nosotros un estímulo muy grande para continuar trabajando en la organización de estas actividades que demuestran, además, el alto grado de compromiso de nuestros profesionales con la renovadas demandas de Salud de todos los argentinos.

Agradecemos a todos quienes colaboraron en la concreción de estas Jornadas y, especialmente, a los integrantes del Comité Científico que con empeño y responsabilidad llevaron adelante una tarea fundamental para el éxito de las mismas.

Muchas Gracias y Felicitaciones a todos.

**La próxima oportunidad para encontrarnos será en las 3<sup>ras</sup> Jornadas Profesionales Farmacéuticas a realizarse en Santa Rosa (La Pampa), el día 3 de Junio de 2016. Los esperamos.**

*Farm. Manuel Agotegaray  
Presidente de FEFARA*

## COMITÉ EVALUADOR

- Armando Pedro (Facultad de Ciencias Químicas - Universidad Nacional de Córdoba)
- Bazzano Marisa (Hospital Universitario Austral)
- Cid José (Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia - Universidad Nacional de San Luis)
- Fontana Silvina (Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe, 1° C.)
- García Paula (Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas - Universidad Nacional de Rosario; Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe, 2° C.)
- González Ana María (Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas - Universidad Nacional del Litoral; Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe, 1° C.)
- González Diana (Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia - Universidad Nacional de San Luis)
- Muzzetti Carola (Ministerio de Salud de la Nación)
- Ortega Claudia (Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia - Universidad Nacional de San Luis; Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de San Luis)
- Osio Miguel Ángel (Facultad de Ciencias Exactas y Naturales - Universidad Nacional de La Pampa)
- Pedrozo Williams René (Ministerio de Salud Pública de Misiones)
- Real Juan Pablo (Facultad de Ciencias Químicas - Universidad Nacional de Córdoba)
- Selser Peregrino (Centro de Estudios Interdisciplinarios en Gestión y Economía de la Salud – CEGES, Universidad Austral)
- Stein Mercedes (Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales - Universidad Nacional de Misiones)
- Uliana Roberto (Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales - Universidad Nacional de Misiones)
- Vassallo Carlos (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral)

**Coordinador:** Farm. José Cid (FEFARA)

**Secretaria Ejecutiva:** Farm. Natalia Rodríguez (FEFARA)

# ÍNDICE DE TRABAJOS SELECCIONADOS

## EXPOSICIÓN ORAL

- **Trabajos relacionados con Seguridad y Adherencia al Tratamiento**

**Administración de vacuna viva atenuada (Candid#1) en mujeres que desconocían estar embarazadas**

*Autores:* Bugna L., Uboldi A. .... 339

**Reporte de casos: Pustulosis exantemática generalizada aguda asociada a la administración de ciprofloxacina**

*Autores:* Chiarveti L., Albertengo A., Araya M., Bugna L., Paredes S., Prida M. .... 341

**Evaluación de efectividad, seguridad y adherencia de la combinación a dosis fija de efavirenz/emtricitabina/tenofovir en pacientes VIH/Sida**

*Autores:* Ballerino Montacci E., Avila A., Aguilera C., Forciniti S., Valenciaga M. .... 343

**Estudio de Adherencia al tratamiento farmacológico para tuberculosis en pacientes de atención primaria de la salud de Rosario**

*Autores:* Montemarani Menna J., Beltramino, V., Bottai, H., Mamprin, M. .... 245

- **Trabajos relacionados con Educación Sanitaria/Atención Farmacéutica**

**Análisis de las actividades relacionadas con las incumbencias farmacéuticas en los geriátricos**

*Autores:* Malagrino L., Erlj M., Luraschi G., Melito, G. .... 347

**Encuesta y Taller de concientización en atención al celíaco en Farmacias de Misiones**

*Autores:* Salcedo L., Milde L. .... 349

**Programa de educación escolar sobre el uso apropiado del medicamento**

*Autores:* Fernández M., Araya M., Camusso A., Cortez M.E., Dezzutto D., Sosa A. .... 351

**Unidad de optimización de la farmacoterapia: recomendaciones para mejorar la administración de**

**los medicamentos utilizados por pacientes del servicio**

*Autores:* Bianchi M., Amherdt A., Lillini G.,  
Paciaroni J., Pires N., Tassone V. .... 353

● **Trabajos relacionados con Prescripción/Dispensación**

**Análisis del cumplimiento de las buenas prácticas de promoción de medicamentos de venta bajo receta en materiales promocionales impresos**

*Autores:* Grigolato V., Araya M., Asinari M., Caraballo A.,  
Clavé M., Coassolo A., Dezzutto D., Facino M., Imhof S.,  
Pagani M., Rojas S., Sen V., Sosa A. .... 355

**Acciones del farmacéutico y el paciente ante la prescripción de medicamentos por nombre genérico**

*Autores:* Foglia M., Albanesi M., Carignano G.,  
Priotti J., Verdini R. .... 357

**Prescripción potencialmente inapropiada de medicamentos en la población adulta mayor según cuatro instrumentos de medición**

*Autores:* Fajreldines A., Insua J., Malvicini A., Schnitzler E. .... 359

**Adaptación de un procedimiento normalizado de trabajo para la dispensación de bifosfonatos y análisis de sus resultados en una farmacia institucional**

*Autores:* Moscardó M., Acuña Mesina S., Armando P.,  
Cassano A., Rossaroli S. .... 361

● **Trabajos relacionados con Política, Gestión e Investigación Farmacéutica**

**Caracterización de las actividades de la Comisión de Medicamentos de la Provincia de Santa Fe en el marco del uso racional de los medicamentos**

*Autores:* Tassoni S., Chiarvetti L., González A.,  
Palchik V. .... 363

**Inactivación fotodinámica de cepas de *Candida* de infecciones orofaríngeas por  $\alpha$  tertienilo**

*Autores:* Postigo A., Bulacio L., Sortino M., Zacchino S. .... 365

**Preformulación de suspensiones de albendazol para el tratamiento de helmintiasis en pediatría**

*Autores:* Lamas M., Barrera M., Ferrari A., Frenke M. .... 367



**POSTERS**

- Guía para la validación de proceso de empaque manual de productos esterilizados terminalmente**  
*Autores:* Gaido S. L., Albesa I., Paraje M. .... 369
- Determinación de la estabilidad microbiológica de Mezclas de Nutrición Parenteral Extemporáneas**  
*Autores:* Verdini R., Pell M., Perone V., Traverso M., Tuan F. .... 371
- Estudio de utilización de psicofármacos dispensados por una farmacia hospitalaria en pacientes ambulatorios**  
*Autora:* Dubois L. .... 373
- Métodos Anticonceptivos en alumnos de una escuela rural**  
*Autora:* Dubois L. .... 375
- Desarrollo de formulaciones líquidas de vitamina D3 para el tratamiento de pacientes pediátricos, adultos y adultos mayores**  
*Autores:* Martinez M., Castellano P., Leonardi D., Vignaduzzo S. .... 377
- Determinación de poder hidrófilo en piezas de gasa tubular hidrófila para uso medicinal. Estudio experimental**  
*Autores:* Werle E., Maidana M., Vera L. .... 379
- Incidencia de los efectos adversos en el cambio de tratamiento antirretroviral de gran actividad**  
*Autores:* Carignano G., Albanesi M., Giordani J. .... 381
- Elaboración de una emulsión a partir de materias primas derivadas de la soja en el laboratorio de una oficina de Farmacia**  
*Autores:* Castellani M., Vilarrubi S. .... 383
- Geles de Carbopol: Formulación estable para el agregado de principios activos ácidos en preparaciones magistrales**  
*Autores:* Castellani M., Vilarrubi S. .... 385
- Determinación de prácticas de automedicación en alumnos del quinto año de la carrera de Farmacia**  
*Autores:* Espíndola M., Schell M., Rodríguez L. .... 387

<b>Hacia la preparación de una fitomedicina antifúngica bi-herbaria, activa frente a aislamientos clínicos de <i>Candida albicans</i> y <i>Candida glabrata</i></b> <i>Autores:</i> Butassi E., Feresin G., Ivancovich J., Svetaz L., Tapia A., Zacchino S. ....	389
<b>Caracterización de sistemas microparticulados poliméricos obtenidos mediante precipitación controlada</b> <i>Autores:</i> Priotti J., Lamas M, Leonardi D. ....	391
<b>Análisis de las notificaciones de Farmacovigilancia en el Hospital San Luis</b> <i>Autores:</i> Valenciaga M., Ballerino Montacci, E. ....	393
<b>Obtención de tinturas hidroalcohólicas de hojas de <i>Psidium guajava</i> L</b> <i>Autores:</i> Bogler E., Espíndola M., Lloret M., Uliana R. ....	395
<b>Adecuación de la prescripción de medicamentos oncológicos a Guías de Práctica Clínica</b> <i>Autores:</i> Palchik V., Colautti M., Dolza M., Salamano M., Traverso M. ....	397
<b>Análisis de la dispensación de antiinflamatorios no esteroideos en una farmacia institucional</b> <i>Autores:</i> Rossaroli S., Acuña Mesina S., Armando P., Cassano A., Moscardó M. ....	399
<b>El glaucoma y el rol del farmacéutico en la detección temprana de la elevación de la presión intraocular como su principal factor de riesgo</b> <i>Autores:</i> González M., Jirala M., Melito G. ....	401
<b>Intervenciones farmacéuticas para prevenir errores de administración de medicamentos. Estudio Piloto</b> <i>Autores:</i> Nuñez G., Fungo M., Parisia L., Vega E. ....	403
<b>TRABAJO PREMIADO Y MENCIONES ESPECIALES</b> .....	405

## **ADMINISTRACIÓN DE VACUNA VIVA ATENUADA (CANDID#1) EN MUJERES QUE DESCONOCÍAN ESTAR EMBARAZADAS**

*Bugna L.<sup>1</sup> Uboldi A.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> Programa Provincial de Farmacovigilancia Dirección Provincial Bioqca., Farmacia y DC.*

*<sup>2</sup> Dirección Provincial de Promoción y Protección de la Salud de la Provincia de Santa Fe  
Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe*

### **Introducción**

En 2007 se incorpora en el Calendario Nacional, la vacuna contra la Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) en zonas endémicas de Santa Fe, Córdoba, Buenos Aires y La Pampa. El agente inmunizante de la vacuna es el virus Junín atenuado, cepa Candid#1, desarrollado en el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas de Pergamino. Como toda vacuna a virus vivo atenuado, se encuentra contraindicada durante los embarazos, ya que los eventos que puede provocar son desconocidos por lo tanto impredecibles. En la provincia de Santa Fe, el Programa Provincial de Farmacovigilancia trabaja en forma conjunta con Promoción y Protección de la Salud, en el monitoreo de ESAVIs (eventos adversos supuestamente atribuibles a vacuna o inmunización). Puntualmente en este tema, cuando se detecta un caso de vacunada inadvertidamente embarazada, se realiza un seguimiento durante todo el embarazo a través del contacto con el equipo de profesionales del efector, hasta el nacimiento del bebé. En este trabajo se analizan los casos detectados y monitoreados en la provincia.

### **Casos**

Se relevaron todos los casos reportados al Programa desde el comienzo de la vacunación con FHA hasta fines del 2014. • Se analizaron un total de 16 casos, clasificados como Errores Programáticos con necesidad de monitoreo durante todo el embarazo. • Durante el primer trimestre de embarazo fueron vacunadas 13 mujeres, durante el segundo, 2 y 1 durante el último. • 14 embarazos llegaron a buen término, con bebés nacidos normales. • Niña de 16 años primeriza recibe la vacuna estando de 6 semanas de gestación, 2 meses después presenta un aborto espontáneo (caso clasificado como No

concluyente). • Mujer de 31 años recibe la vacuna estando de 8 semanas de gestación, 4 meses después requiere cesárea de urgencia por hipertensión, falleciendo el bebé (clasificado como Coincidente por los antecedentes maternos de preeclampsia severa en embarazos previos).

### **Comentarios**

Son escasos los estudios sobre el tema. El único antecedente encontrado, es la publicación sobre el estudio comparativo de inmunogenicidad y seguridad de la vacuna Argentina con la elaborada en Estados Unidos, en donde se vacunó a 4 mujeres inadvertidamente embarazadas, de un total de 946 voluntarios; uno de los embarazos culminó en aborto espontáneo (huevo huero) y los 3 restantes con el nacimiento de bebés normales. El trabajo intenta remarcar la importancia de concientizar a los equipos en el reporte de ESAVI y el rol de la Farmacovigilancia para generar más evidencias en el tema.

## REPORTE DE CASO: PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA ASOCIADA A LA ADMINISTRACIÓN DE CIPROFLOXACINA

Chiarveti L.<sup>1</sup>, Albertengo A.<sup>2</sup>, Araya M.<sup>1</sup>, Bugna L.<sup>3</sup>,  
Paredes S.<sup>2</sup>, Prida M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Programa de Farmacovigilancia. Hospital Iturraspe. Ministerio de Salud de Santa Fe

<sup>2</sup> Servicio de Dermatología. Hospital Iturraspe. Ministerio de Salud de Santa Fe

<sup>3</sup> Programa Provincial de Farmacovigilancia. Dirección Bioqca., Fcia. y DC.  
Ministerio de Salud de Santa Fe

### Introducción

Pustulosis Exantemática Generalizada Aguda (PEGA) es una enfermedad poco frecuente, que en el 90% de los casos está relacionada con la administración de fármacos. Está caracterizada por múltiples pústulas estériles, sobre base eritematosa, frecuentemente acompañada con fiebre y leucocitosis, de resolución espontánea.

### Caso

Varón de 68 años, con antecedentes de retraso mental moderado, psoriasis vulgar desde 2009, medicado con: sertralina, risperidona, carbamazepina, donepecilo, tamsulosina y laxantes naturales (*Plántago psyllium* + Senósidos).

Consulta al Servicio de Dermatología, por presentar múltiples lesiones pustulosas, que comenzaron en axilas, generalizándose, con episodios febriles.

Tres días previos a la aparición de las lesiones, por una infección urinaria, había comenzado con ciprofloxacina.

Se solicitan estudios obteniendo los siguientes resultados:

- Urocultivo: negativo;
- Cultivo de lesiones: negativo;
- Biopsia: piel que muestra despegamiento de la capa córnea conteniendo neutrófilos, presencia de infiltrado mononuclear perivasculares superficial.

Se diagnostica en base a la clínica, biopsia y según score EuroSCAR: PEGA definido, inducido por ciprofloxacina, por lo que se suspende el antibiótico y se indica tratamiento local, resolviéndose el cuadro a los 10 días de la suspensión de la medicación.

### **Comentarios**

Los fármacos generalmente involucrados relacionados a PEGA son los antibióticos, especialmente betalactámicos y macrólidos. Analizando la base de datos Vigiflow del sistema de farmacovigilancia en Argentina, el caso presentado es el único reporte de PEGA de los últimos 5 años y, verificando en el mismo período, los reportes a nivel internacional, se encuentran 2065 notificaciones por PEGA, de los cuales el 61% está asociado al uso de antiinfecciosos sistémicos y, solo el 5% de este grupo se asocia a ciprofloxacina.

### **Conclusiones**

Se debe considerar que un cuadro febril no siempre tiene origen infeccioso y, en pacientes medicados, siempre hay que considerar como diagnóstico diferencial: reacción adversa a medicamentos.

Este caso es de interés por la baja prevalencia de esta patología, sobre todo asociada a ciprofloxacina.

Se destaca que en el Hospital Iturraspe, desde el funcionamiento del Programa de Farmacovigilancia hospitalario, el seguimiento de los pacientes que ingresan al Servicio de Dermatología con cuadros compatible con farmacodermias es multidisciplinario, para el análisis y seguimiento de los casos hasta su resolución.

## **EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA DE LA COMBINACIÓN A DOSIS FIJA DE EFAVIRENZ /EMTRICITABINA/TENOFOVIR EN PACIENTES VIH/SIDA**

*Ballerino Montacci E., Avila A., Aguilera C., Forciniti S., Valenciaga, M.*

*Servicio de Farmacia – Servicio de Infectología  
Hospital San Luis*

### **Introducción**

La combinación de Efavirenz 600mg/Emtricitabina 200mg/Tenofovir 300mg (EFV 600/FTC 200/TDF 300) a dosis fija para tratamiento antirretroviral de VIH/SIDA presenta la ventaja de administración en una sola dosis diaria. En nuestro hospital se encuentra disponible como Atripla®. Debido al aumento de su consumo, resulta importante monitorear efectividad, seguridad y adherencia para lograr mejores resultados.

### **Objetivos**

Describir y evaluar la farmacoterapia con Atripla® en pacientes VIH/SIDA según criterios de efectividad, seguridad y adherencia.

### **Material y métodos**

Estudio cuasiexperimental sin grupo control en pacientes tratados con EFV600/FTC200/TDF300, entre octubre 2013 y julio 2014, que retiraron la medicación de la Farmacia del Hospital San Luis.

Se obtuvieron datos de farmacia, infectología e historias clínicas. La efectividad se evaluó comparando CV y CD4 antes y después de tres meses de tratamiento. La seguridad se estudió según comorbilidades, co-medicación y RAM presentadas.

Se evaluó adherencia en pacientes con al menos 6 meses de tratamiento, por 2 métodos:

- Cumplimiento de retiro de medicación en fecha programada, consideramos no adherente (NADH) al que no asistió al menos una vez.

- Test de Morisky–Green (M-G)

Para determinar la asociación entre efectividad y adherencia se utilizó la prueba de  $\chi^2$ .

## Resultados

Resultaron incluidos 28 pacientes; 12F, 16M.

La media de CV (carga viral) inicial fue 58382 copias/ml. En controles post-inicio, 14/28 pasaron a tener CV<50 copias/ml (supresión viral); 2/28 CV <200 copias/ml; 1/28 con 4817 copias/ml; 11/28 sin datos al momento del cierre del estudio.

El recuento de CD4 pasó de una media de 208 cel/mm<sup>3</sup> inicial a 352 cel/mm<sup>3</sup>.

3 pacientes con comorbilidades, sin interacciones medicamentosas (IM) con la medicación concomitante.

Las RAM más frecuentes afectaron sistema nervioso central luego sistema digestivo y piel. En 1 caso se rotó tratamiento por RAM (rash). Entre los que llevaban 6 meses de tratamiento, 11 pacientes cumplían criterios de adherencia, de los cuales según retiro de medicación 8/11 y según test de M-G: 6/10 resultaron adherentes, 1 sin test. Estos últimos fueron confirmados por cumplimiento de retiro de medicación y por reducción de CV. La prueba  $\chi^2$  mostró asociación estadísticamente significativa ( $\alpha=0,05$ ) entre adherencia y efectividad.

## Conclusiones

La terapia con Atripla<sup>®</sup> demostró eficacia por reducción de viremia (<200 copias/ml) incluso a valores indetectables y mejoría inmunológica, relacionándose con la adherencia observada.

El perfil de seguridad fue alto, no obstante, es preciso continuar vigilando RAM, resistencias, comorbilidades con tratamientos que generen IM y además, la adherencia, que puede disminuir a medida que progresa el tratamiento.



## **ESTUDIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA TUBERCULOSIS EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DE ROSARIO**

*Montemarani Menna J.<sup>1</sup>, Beltramino V.<sup>2</sup>, Bottai H.<sup>3</sup>, Mamprin M<sup>4</sup>*

*<sup>1</sup> Atención Primaria Nodo Rosario*

*<sup>2</sup> Droguería Central Zona Sur Rosario*

*<sup>3</sup> Cat. de Estadística Fac. de Cs Bioq. y Farm. UNR*

*<sup>4</sup> Farmacología. Fac. Cs. Bioq. y Farm. UNR. CONICET*

### **Introducción**

El régimen más utilizado para el tratamiento de la tuberculosis (TBC) incluye el uso de 4 fármacos para una “fase intensiva” inicial (2 a 3 meses), y de 2 para una fase de “continuación” adicional (6 a 8 meses). El mismo es muy eficaz pero para muchos pacientes resulta complejo cumplirlo. Debido a esto la OMS empezó a promover la estrategia TAES/DOTS (Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado) como la más eficaz para la lucha contra TBC.

### **Objetivo**

Estimar el grado de “adherencia” de pacientes tuberculosos ambulatorios que concurren a 6 centros de salud de la Subregión OESTE del Nodo Rosario. Además se caracterizó la población de los pacientes que realizaron el tratamiento y se estudió la posible asociación del cumplimiento con las variables: edad, sexo, tipo de TBC, y la pertenencia o no a un grupo familiar en tratamiento.

### **Métodos**

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en los centros provinciales CC9 “San francisquito”, CC13 “FONAVI”, CC14 “Avellaneda OESTE”, CC “Libertad”, CC “Che Guevara”, CC “Cabín 9”. Se relevaron todas las Tarjetas de Control de Tratamiento (32 fichas amarillas) de los pacientes que fueron completadas por enfermería correspondientes a los pacientes tratados durante un período de 6 meses (enero a junio de 2014). De las historias clínicas se obtuvieron las características sociodemográficas de los pacientes (edad y sexo, factores de riesgo, nivel educativo, actividad,

condiciones de la vivienda). De cada paciente se caracterizó: tipo de TBC, número de fase y número de tomas cumplimentadas para cada fase. Se calculó la adherencia en base a la Tasa de Cumplimiento Terapéutico y los datos fueron analizados mediante el Test de Fisher.

### **Resultados**

El grado de cumplimiento general resultó de  $0.8393 \pm 0.1493$ . Solo 5 pacientes mostraron un mal cumplimiento de la terapia. El 65.6% presentó una TBC de tipo pulmonar. Las formas extrapulmonares fueron menos frecuentes (12.5%), 3 pacientes desarrollaron multirresistencia (9.4%). Más del 40% de los pacientes vive en condiciones de hacinamiento y el 50% trabaja en condiciones no estables. No se halló asociación significativa entre la adherencia al tratamiento con la edad y el sexo ni con el tipo de TBC ni con la pertenencia o no a un grupo familiar en tratamiento.

### **Conclusiones**

Se observó que, en la muestra constituida por 32 pacientes, la adherencia de los mismos al tratamiento fue alta. El concepto de la “administración enteramente supervisada de los medicamentos” es factible de llevarse a cabo con éxito en atención primaria en los centros de salud.

## **ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LAS INCUMBENCIAS FARMACÉUTICAS EN LOS GERIÁTRICOS**

*Malagrino L., Erlj M., Luraschi G., Melito G.*

*Universidad Maimónides*

### **Introducción**

Los ancianos utilizan generalmente varios medicamentos, aumentando el riesgo de reacciones adversas e interacciones farmacológicas. Las residencias forman parte importante del sistema de salud, pero los fármacos suelen usarse inadecuadamente y los registros ser insuficientes, generando gastos innecesarios debido a la falta de profesionales capacitados.

### **Objetivo**

Analizar las actividades relacionadas con las incumbencias farmacéuticas que se desarrollan en geriátricos, a fin de evidenciar el aporte del farmacéutico respecto al asesoramiento sobre la correcta procedencia, almacenamiento, dispensación y administración de los medicamentos.

### **Material y métodos**

Estudio transversal basado en dos encuestas específicamente diseñadas, anónimas y con opciones múltiples durante julio/agosto del 2014, realizadas aleatoriamente por un entrevistador y a través de Facebook de manera autoadministrable. La primera, basada en situaciones de rutina, fue respondida por 100 familiares de ancianos y la segunda por 52 empleados de residencias.

### **Resultados**

Las encuestas fueron obtenidas en un 66,0% vía Facebook y un 34,0% personalmente.

El 42,0% de los adultos mayores consumen entre 7 y 9 medicamentos, los que son adquiridos fuera de las residencias por sus familiares, quienes

en un 44,0% los conservan en la cocina y el 10,0% en el baño hasta llevarlos al geriátrico. Un 47,0% de los ancianos utiliza medicamentos que requieren cadena de frío y sólo un 3,0% de los familiares los entrega inmediatamente al geriátrico.

La encuesta al personal de las residencias arrojó que la mayoría son auxiliares (58,0%) y enfermeros (38,0%), siendo nula la presencia del farmacéutico. En los casos en que los medicamentos deban triturarse, por dificultades en la deglución de los pacientes, un 52,0% del personal lo hace sobre la mesada con ayuda de una cuchara. En estos casos se corre el riesgo de perder dosis y las condiciones higiénicas no son adecuadas. Sólo un 35,0% utiliza un mortero de porcelana y únicamente el 8,0% tiene presente lavar los utensilios, facilitándose de esta manera la contaminación cruzada de medicamentos. Por otra parte, solamente un 5,0% del personal conoce que los medicamentos que tienen recubrimiento entérico no deben ser triturados.

### **Conclusiones**

La participación del farmacéutico en el equipo de salud de las residencias geriátricas, aporta un valor agregado esencial en el seguimiento periódico e individualizado de los pacientes, así como en la posible optimización de los costos y reducción de errores de medicación. La intervención farmacéutica es clave para lograr que el medicamento llegue al paciente en condiciones óptimas de seguridad y eficacia.

## **ENCUESTA Y TALLER DE CONCIENTIZACIÓN EN ATENCIÓN AL CELÍACO EN FARMACIAS DE MISIONES**

*Salcedo L., Milde L.*

*Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales (FCEQyN).*

*Universidad Nacional de Misiones (UNAM).*

*Módulo de Farmacia y Bioquímica. Departamento Química*

### **Introducción**

Las personas celíacas tienen como único tratamiento llevar una vida libre de gluten. El cumplimiento riguroso representa un reto, ya que el gluten puede presentarse en forma de aditivos: estabilizantes, emulsionantes, espesantes que se incluyen en productos procesados comercialmente. El farmacéutico y los empleados de farmacia actúan como un nexo entre los productos farmacéuticos y el cliente, lo que marca la importancia trascendental del acto profesional, en consecuencia, deben estar capacitados para una adecuada dispensación, más aún en el caso particular de los celíacos.

### **Objetivo**

Concientizar a los farmacéuticos y personal de farmacia sobre la atención a las personas celíacas en la provincia de Misiones, mediante un Taller de Concientización en atención al celíaco en farmacias, evaluando el conocimiento sobre la enfermedad celíaca (EC) en la población farmacéutica misionera.

### **Materiales y métodos**

Se estableció contacto con representantes de la Asociación Celíaca filial Misiones, con las autoridades del Colegio de Farmacéuticos y Químicos de Misiones (Colfarmi) y con el secretario de Extensión y Vinculación Tecnológica de la FCEQyN-UNAM, a fin de crear los convenios respectivos. Las actividades propuestas fueron: realización de encuestas vía e-mail y telefónica utilizando la base de datos otorgada por Colfarmi, para conocer el grado de conocimiento de los farmacéuticos de la provincia, sobre la EC. Se desarrolló un Taller para la presentación del tema y los síntomas de EC a

cargo de un profesional colaborador de la Asociación Celíaca filial Misiones. Los representantes de la Asociación expusieron casos reales y situaciones relacionadas con medicamentos, cosméticos, productos de higiene. Se procedió a la entrega de folletos diseñados para tal fin y se entregó consulta para evaluar si la información transmitida fue clara y motivadora.

## **Resultados**

A través de correo electrónico se obtuvo escasa respuesta, por lo cual se decidió consultar por teléfono. Se realizaron 318 llamadas telefónicas a farmacéuticos de la provincia de Misiones, y se concretaron 164 encuestas, de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados, entre otros: el 98% conoce al menos lo que es la E.C.; el 59% de los farmacéuticos desconocen si los clientes que concurren a su farmacia son celíacos. Un 41% asegura conocer a sus clientes/pacientes celíacos. Ninguna farmacia de las encuestadas presenta un estante o góndola con productos de higiene personal apto para celíacos, la cual debería estar apartada del resto de los productos para evitar confusiones y contaminaciones cruzadas. El 100% de los encuestados contestaron que poniendo en práctica la funcionalidad de la farmacia como centro de información, estarían dispuestos a brindar folletos sobre los cuidados de esta enfermedad, a fin de contribuir en su difusión. Al Taller asistieron 24 personas (farmacéuticos y personal de farmacias). El 100% de los asistentes respondieron bien la pregunta de cómo debían dispensar un medicamento en el caso de que se presente un celíaco en su oficina de farmacia. Se creó un convenio de colaboración y asistencia mutua, entre el Colegio Farmacéutico de Misiones y la Asociación Celíaca Argentina, para implementar acciones conjuntas en pos a una mejor atención farmacéutica hacia los celíacos.

## **Conclusiones**

El camino trazado para la formación de recursos humanos en la comunidad farmacéutica resultó altamente satisfactorio notándose esto en la comprensión que expresaron los asistentes, hecho manifestado en la solicitud de repeticiones de talleres, incluso en localidades del interior y de difusión a cargo de farmacéuticos del interior de la provincia.

## **PROGRAMA DE EDUCACION ESCOLAR SOBRE EL APROPIADO USO DEL MEDICAMENTO**

*Fernández M., Araya M., Camusso A., Cortes M.,  
Dezzutto D., Sosa A.*

*Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe, 1era. Circunscripción.*

### **Introducción**

La finalidad de la educación en el uso apropiado de los medicamentos es proporcionar información que permita establecer conductas adecuadas en el uso de los mismos. Los niños en edad escolar se encuentran en una etapa de la vida donde incorporan conocimiento, aptitudes de confianza y de hábitos, que podrían ser beneficiosos a mediano o largo plazo.

### **Objetivos**

Describir las actividades del programa de educación escolar sobre el apropiado uso del medicamento realizado en la provincia de Santa Fe.

### **Materiales y métodos**

Se trabajó con niños que concurren a 5° grado (8-10 años) de diferentes escuelas de la provincia de Santa Fe 1era. Circunscripción, usando el taller como metodología de trabajo, con un tiempo estimado de duración de dos horas y media. En una primera etapa, se realizaron los talleres dramatizando diferentes situaciones cotidianas relacionadas con el uso de los medicamentos, mediante una obra de teatro o el rodaje de una película. Se promovió el dialogo con los niños con la finalidad de recibir y analizar su opinión respecto a lo presenciado. Se les pidió que formulen las preguntas que deseen. Se procedió a dar respuesta a las inquietudes que surgieron y finalmente se invitó a los niños a que realicen dibujos con título que expresen una síntesis de lo captado, los cuales luego de finalizado, fueron expuestos y explicados por ellos mismos. Posteriormente, luego de 3 meses, se regresó a la escuela a evaluar el desarrollo del aporte de conocimientos que los mismos alumnos debieron llevar a cabo en la institución, de acuerdo a la consigna establecida que tenía como eje principal el apropiado uso del medicamento. La evaluación

del desarrollo de la campaña consistió en observar y analizar si la devolución que los alumnos realizaron se ajustaba al apropiado o correcto uso del medicamento. Finalmente y como cierre de las actividades se le entregó a cada niño y docente un diploma que acreditó su participación en el taller y se obsequió un libro para la biblioteca de la escuela. El desarrollo del programa contó con la aprobación del Ministerio de Educación de la provincia de Santa Fe y de las autoridades de las instituciones donde fue realizado.

## **Resultados**

La experiencia de 11 años de actividades en 54 escuelas distribuidas en diferentes localidades de la provincia de Santa Fe, con diferentes realidades socio-culturales abarcando a 3.147 alumnos de nivel primario nos permitió a los farmacéuticos, obtener información respecto de que conocen y aprenden los niños acerca de los medicamentos y su correcta utilización. Algunas de las preguntas más frecuentes realizadas por los niños y contestadas en los talleres fueron: ¿Qué drogas tienen los medicamentos?, ¿Cómo se fabrican los medicamentos?, ¿Qué es la fecha de vencimiento de los medicamentos?, ¿Qué nos indica el prospecto de los medicamentos?, ¿Todas las enfermedades se curan con medicamentos?, ¿Qué pasa si tomo medicamentos vencidos?, ¿Qué pasa si tomamos medicamentos “truchos”?, ¿Importa si nos olvidamos tomar un medicamento y lo tomamos más tarde?, En el campo, ¿cómo hacen si no hay farmacia?, ¿Por qué son tan caros los remedios?, ¿Porque los quioscos venden medicamentos?, ¿Las vacunas son medicamentos?, ¿Qué haces si estás enfermo y estás solo?. Las actividades que realizaron los niños, con los conocimientos adquiridos, respecto al apropiado uso de medicamentos, fueron: dibujos en papel afiche, obras de teatro, canciones, imanes para heladeras, confección de folletos informativos, publicidad radial y encuestas en el vecindario.

## **Conclusión**

Las actividades dentro del programa de educación escolar permitieron un acercamiento por parte del farmacéutico, en una modalidad de taller que tuvo una alta aceptación y motivación en los niños. Contribuyendo de esta forma a mejorar el conocimiento, a edades tempranas, sobre apropiado uso del medicamento en la provincia de Santa Fe.



## **UNIDAD DE OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA: RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR PACIENTES DEL SERVICIO**

*Bianchi M.<sup>1</sup>, Amherdt A.<sup>4</sup>, Lillini G.<sup>2</sup>, Paciaroni J.<sup>3</sup>,  
Pires N.<sup>1</sup>, Tassone V.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> Área Farmacia Asistencial. FCByF- UNR. <sup>2</sup> Becarios de la UOF*

*<sup>3</sup> Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe 2° Circunscripción*

*<sup>4</sup> Alumna 5to año de la carrera de Farmacia de la FCByF- UNR*

### **Introducción**

Está demostrado que la morbi-mortalidad asociada al uso de medicamentos es un problema de Salud Pública. Los estados y organizaciones prestadoras de salud gastan enormes cantidades de dinero en paliar problemas que resultan de no atender la complejidad farmacoterapéutica. En muchas partes del mundo, desde hace más de veinte años, se han establecido servicios de Atención Farmacéutica (AF) a la comunidad que han permitido la intervención farmacéutica, por la incesante innovación de la farmacoterapia.

Dadas las barreras para la implementación de dichos servicios, estructura física de las oficinas de farmacia, tiempo disponible, vínculos interprofesionales, registros necesarios y documentación, compensación económica, legislación vigente, falta de recursos económicos y la magnitud de los problemas relacionados a medicamentos (PRM), que impactan en la seguridad del paciente, es que nace este proyecto desde abril de 2012, a través del Área Asistencial de la Facultad de Farmacia y Bioquímica-UNR y el Colegio de Farmacéuticos 2da-Circunscripción, denominándose Unidad de Optimización de la Farmacoterapia, brindando servicios de AF gratuitos a la comunidad.

### **Objetivo**

Presentar recomendaciones para la optimización de la administración de los medicamentos utilizados por pacientes que consultan a la unidad.

## **Intervención**

Equipo de trabajo: farmacéuticos, docentes, alumnos de grado y posgrado, abogado y médica. A partir de la demanda espontánea de la comunidad o derivada por profesionales de la salud, se realizan entrevistas a los pacientes o familiares, los resultados son volcados a una base de datos propia. La misma es diseñada a partir de la clasificación de PRM (Cipolle-Strand-Morley, 2004). En función de dicha clasificación se interviene identificando oportunidades de optimización en la farmacoterapia (OOF).

Para alcanzar el objetivo propuesto se seleccionaron, a partir de un total de 1287 intervenciones registradas en la base de datos, aquellas OOF vinculadas a recomendaciones de administración de medicamentos en relación a las comidas y al horario que fueron de consulta habitual.

## **Resultados**

Las recomendaciones presentadas son útiles para resolver PRM vinculados a efectividad.

Serán comunicadas a través de un cuadro, obtenidas de un total de 29 principios activos, en relación a medicamentos-alimentos-horario de administración. Por ejemplo casos como sinvastatina y atorvastatina, que siendo administradas por la noche y en dosis única se optimiza efectividad, o el caso de levotiroxina que siendo administrada una hora antes del desayuno, alejada de las fibras y calcio, favorece un aumento de su biodisponibilidad.

Se considera que estas recomendaciones son una herramienta para que los farmacéuticos, cuenten con información actualizada, objetiva y confiable para implementar intervenciones concretas que permitan acercarlos a la filosofía de la AF.

## **Conclusiones**

Resulta de gran interés generar y brindar herramientas para que los farmacéuticos, desde su lugar de trabajo, cuenten con información actualizada, objetiva y confiable para implementar intervenciones concretas que permitan acercarlos a los objetivos que tiene la filosofía de la Atención Farmacéutica. De esta manera, se logra capitalizar un importante rol de la Universidad junto al Colegio de Farmacéuticos, en relación a la sociedad.

## **ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DE MEDICAMENTOS DE VENTA BAJO RECETA EN MATERIALES PROMOCIONALES IMPRESOS**

*Grigolato V., Araya M., Asinari M., Caraballo A., Clavé M., Coassolo A., Dezzutto D., Facino M., Imhof S., Pagani M., Rojas S., Sen V., Sosa A.*

*Colegio de Farmacéuticos de la Prov. de Santa Fe - 1° C.*

### **Introducción**

Las “Buenas Prácticas de Promoción de Medicamentos de Venta Bajo Receta” (Resolución N° 627/2007) regulan la promoción destinada a los profesionales que prescriben o dispensan medicamentos. Otros autores (Uema S. y col., 2010; Vacca C. y col., 2011) demostraron escaso cumplimiento de dicha Resolución. Transcurridos 8 años desde la publicación de esta norma, se realiza una revisión.

### **Objetivos**

- Analizar el cumplimiento de la Resolución N° 627/2007 respecto a información técnico-científica mínima, fecha de revisión y legibilidad requeridas, en materiales promocionales impresos recolectados.
- Determinar si la información de las indicaciones incluidas en los materiales promocionales es exacta-completa, respecto a las aprobadas por ANMAT.

### **Materiales y métodos**

Estudio descriptivo, transversal. Durante marzo/2015 se solicitaron materiales promocionales impresos de medicamentos de venta bajo receta a profesionales de establecimientos sanitarios públicos y privados (seleccionados por conveniencia) de la ciudad de Santa Fe. Se descartaron los repetidos y los de productos no incluidos en el Vademécum de ANMAT. Se numeraron y analizaron según un instructivo elaborado por los autores. Los datos se registraron y procesaron con Microsoft Excel 2010.

Variables consideradas: los ítems del artículo 4, legibilidad (mínimo arial 8), fecha de revisión del material promocional (Resolución N° 627/2007) y tipo de materiales (a: folletos, b: folletos con bibliografía adjunta, c: impresos en revistas para prescriptores y dispensadores). Se compararon las indicaciones de los medicamentos del material promocional con los respectivos prospectos, para determinar si eran exacta-completas (artículo 11).

## **Resultados**

Se recolectaron 256 materiales promocionales, se analizaron 225 (a: 141, b: 30, c: 54). De éstos, el 100 % poseía tanto nombre genérico como comercial, 24% composición cuali-cuantitativa, 95% forma farmacéutica, 84% indicación, 26% contraindicaciones, 22% efectos adversos, 21% precauciones, 21% advertencias, 59% dosificación, 84% nombre-dirección del laboratorio, 49% condición de expendio, 16% fecha de revisión del material. Ítems menos frecuentemente legibles: precauciones (6,2%), advertencias y efectos adversos (7%). La media de cumplimiento de los ítems del artículo 4, legibles, por material impreso, con su desviación estándar:  $5,47 \pm 1,92$ . Sólo 3 materiales cumplieron con lo requerido en el artículo 4, legibilidad y fecha de revisión.

Indicaciones exacta- completas: 43 %.

## **Conclusiones**

La mayoría de los materiales promocionales analizados no cumple con la Resolución N° 627/2007 lo que muestra una ineficiencia del Estado en su monitoreo y fiscalización. Una gran proporción no cuenta con indicación exacta-completa y datos legibles de seguridad, esto pone de manifiesto que la información promocional recibida por los profesionales es parcial.

## **ACCIONES DEL FARMACÉUTICO Y EL PACIENTE ANTE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POR NOMBRE GENÉRICO**

*Foglia M., Albanesi M., Carignano G., Priotti J., Verdini R.*

*Comisión de Jóvenes Farmacéuticos. Rosario*

### **Introducción**

Los medicamentos genéricos mejoran el acceso de la población a sus tratamientos, por tanto, es necesaria la participación activa del Farmacéutico en la selección de una farmacoterapia adecuada.

### **Objetivos**

Determinar el grado de sustitución farmacéutica ante la prescripción de medicamentos por nombre genérico y la aceptación por parte del paciente.

### **Materiales y métodos**

Estudio observacional descriptivo de encuesta transversal a pacientes y farmacéuticos en 67 farmacias del distrito Centro de la ciudad de Rosario durante el mes de Junio de 2014. Se encuestaron individualmente a 341 pacientes mayores de 18 años que habían concurrido a la farmacia con prescripción médica y a 67 farmacéuticos a cargo de las respectivas farmacias, utilizando dos formularios de encuestas con respuestas cerradas. Las encuestas fueron efectuadas por un entrevistador y estuvieron basadas en un estudio realizado por el Ministerio de Salud de la Nación durante Noviembre 2002/Marzo 2003.

### **Resultados**

El 50.4% de los pacientes encuestados consideró que los medicamentos de las marcas más conocidas tienen igual efecto que el resto de las alternativas.

El 60.4% de las prescripciones contenían nombre genérico y marca comercial, el 16.1% de éstos pacientes realizó selección entre distintas alter-

nativas, dentro de los cuáles el 74.2% sustituyó la marca sugerida. El 16.4% de las prescripciones contenían solo el nombre genérico, el 28.6% de estos pacientes realizó selección. El 12% de las prescripciones contenían sólo la marca comercial, el 17.7% de estos pacientes realizó selección, dentro de los cuáles el 87.7% sustituyó. En un 11.2% de las prescripciones se desconocía el contenido de la receta, dentro de éstas el 7.9% de los pacientes realizó una selección.

El 16.4% de los farmacéuticos declaró que realiza sustitución en la mayoría de los casos y el 55.2% afirmó que el principal motivo para la no sustitución es la desconfianza del paciente sobre medicamentos que no sean de marcas conocidas.

### **Conclusión**

Se evidencia un bajo grado de sustitución farmacéutica basado principalmente en el concepto del profesional de la desconfianza del paciente ante diferentes alternativas comerciales. Esto se contrapone con el alto grado de aceptación del paciente ante el acto de la sustitución, en los casos en dónde se realizó selección. Existen otros trabajos de campo que evidencian una actitud positiva del paciente al momento de ofrecer la sustitución, por lo tanto la principal falla estaría en la mayoría de los casos, en la propia acción del farmacéutico de no ofrecer alternativas.

## **PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA DE MEDICAMENTOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN CUATRO INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN**

*Fajreldines A., Insua J., Malvicini A., Schnitzler E.*

*Hospital Universitario Austral*

### **Antecedentes**

La prescripción inapropiada de medicamentos en el paciente adulto mayor es un problema común en la salud mundial. Una de las causas prevenibles de los eventos adversos a drogas (ADES) lo constituye la prescripción inapropiada de medicamentos (PIM), es decir aquella prescripción donde los riesgos superan los beneficios clínicos. Existen varios instrumentos para medir la potencial prescripción inapropiada de medicamentos. Los más utilizados son los siguientes: a) criterios de Beers, b) los STOP c) los START y d) la lista MAI (Medication Appropriateness Index).

### **Objetivos**

Este estudio tiene como objetivo evaluar la prevalencia de potenciales PIM en una población de adultos mayores en tres ámbitos clínicos de un hospital universitario: hospitalización, ambulatorio y emergencias.

### **Material y métodos**

Estudio de corte transversal de 300 casos aleatorizados de los ámbitos: hospitalización (100), ambulatorio (100) y emergencias (100), todos pacientes de 65 años o más que fueron atendidos en el hospital Austral de Argentina en el mes de octubre de 2013, mediante la extracción de datos de la historia clínica electrónica, efectuados y validados por farmacéuticos entrenados en seguridad del paciente. Se realizó la carga en las tablas definidas por cada instrumento y se procesaron los resultados considerando datos demográficos, diagnósticos de ingreso, grupos terapéuticos de los fármacos.

### **Resultados**

Se analizaron 1355 prescripciones de fármacos, encontrándose en

pacientes internados valores de PIM de 57,7%, 55%, 26% y 80% según Beers, STOP, START y MAI respectivamente. En ambulatorio se halló: 36%, 36,5%, 5% y 32% mientras que pacientes atendidos en emergencias 35%, 35%, 6% y 52% con las mismas herramientas, se halló asociación significativa de PIM con polifarmacia con los tres criterios ( $p < 0,05$ ) y con sexo masculino ( $p < 0,05$ ).

### **Discusión**

Los resultados obtenidos son comparables a la literatura mundial (26-80% vs 11-73,1%), pareciera que los criterios STOPP-START integrados serían mejores estimando el problema, dado que Beers tiene en su lista medicamentos no usados en Latinoamérica y el tiempo insumido para la revisión de cada paciente en la aplicación de la lista MAI es considerablemente mayor.



## **ADAPTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO PARA LA DISPENSACIÓN DE BIFOSFONATOS Y ANÁLISIS DE SUS RESULTADOS EN UNA FARMACIA INSTITUCIONAL**

*Moscardó M., Acuña Mesina S., Armando P.,  
Cassano A., Rossaroli S.*

*Servicio de Farmacia de la Unión de Educadores de la Provincia de Córdoba (UEPC)*

### **Introducción**

Para lograr un adecuado y eficiente desarrollo del servicio profesional farmacéutico (SPF) de dispensación es importante emplear un procedimiento normalizado de trabajo (PNT). Los bifosfonatos son un grupo de fármacos con una técnica de administración compleja, ya que si no se emplean de la manera adecuada puede no conseguirse la respuesta terapéutica o llevar a la aparición de resultados negativos relacionados con la seguridad.

### **Objetivos**

- Adaptar el PNT del Programa D-Valor para la dispensación de bifosfonatos y su instrumento de registro.
- Registrar las dispensaciones de bifosfonatos durante el período de estudio y analizar los resultados obtenidos.

### **Material y métodos**

Se desarrolló un estudio observacional y prospectivo registrando datos de dispensación de bifosfonatos durante 4 semanas en Servicio de Farmacia de la Unión de Educadores de la Provincia de Córdoba. Para estandarizar el proceso de dispensación se adaptó el PNT del Programa D-Valor (Sociedad Española de Farmacia Comunitaria: SEFaC), registrándose las dispensaciones de aquellos pacientes que aceptaron participar durante el período de estudio. Para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0 y se efectuó un análisis estadístico descriptivo de las principales variables involucradas.

## **Resultados**

Se registraron 72 dispensaciones, de las cuales el principio activo más prescrito fue el ibandronato (76,4%). El grupo etario predominante fueron pacientes mayores a 65 años y un 90,3% del total ya los venía empleando de forma crónica.

Un 25,0% de los pacientes no conocía la técnica adecuada de administración y casi la mitad de los pacientes (43,1%) no tomaban suplementos de calcio. Las intervenciones del farmacéutico estuvieron mayoritariamente dirigidas a proporcionar información personalizada de los medicamentos (73,8% de los casos) y consejos higiénico-dietéticos (58,3%). Un 16,7% de los pacientes fueron derivados al médico y en un 5,6% de los casos se sospechó una reacción adversa.

## **Conclusiones**

Las carencias de información sobre el correcto proceso de uso de los bifosfonatos son importantes. A través de un adecuado ejercicio del SPF de dispensación por medio de un PNT, el farmacéutico se asegura de que los pacientes que utilizan estos medicamentos conozcan su correcto proceso de uso, con el objetivo de que el tratamiento sea lo más efectivo y seguro posible.

## **CARACTERIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN DE MEDICAMENTOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, EN EL MARCO DEL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS**

*Tassoni S., Chiarvetti L., González A., Palchik V.*

*Comisión Provincial del Medicamento. Dirección Provincial Bioquímica, Farmacia y DC.  
Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe*

### **Introducción**

La utilización irracional de medicamentos es un problema que afecta a todos los ámbitos de la atención de la salud. Un instrumento para enfrentarlo es el Comité de Farmacoterapia (CFT). Como parte de la Política de Medicamentos de Santa Fe, se creó la Comisión Provincial del Medicamento (CPM) (2008), a fin de asesorar en la aplicación del Formulario Terapéutico Provincial (FTP). Este listado de medicamentos, de uso obligatorio en instituciones oficiales provinciales, posee aproximadamente 600 ingredientes farmacéuticos activos (IFA) empleados para atender el 90% de las patologías prevalentes.

### **Objetivo**

Caracterizar las actividades de la CPM de Santa Fe, en el marco del uso racional de los medicamentos.

### **Metodología**

Estudio observacional descriptivo. Se utilizan indicadores propios y propuestos por Mordujovich y col (2009), tomando como ejes funciones asignadas a la CPM (Período 2008-2015):

- Implementación del FTP:

- N° de ediciones
- N° de IFAs adicionados en la última edición
- N° de IFAs excluidos;

- Desarrollo de directrices clínicas para protocolización y normatización de tratamientos:
  - N° de protocolos desarrollados;
- Capacitación del personal de la salud:
  - N° de actividades de difusión del FTP
  - N° de boletines editados;
- Visado de solicitudes de medicamentos (vía de excepción/no incluidos en FTP):
  - N° de solicitudes evaluadas y respondidas.
  - N° de solicitudes evaluadas y consideradas adecuadas (últimos 6 meses)
  - N° de solicitudes evaluadas y consideradas no adecuadas (últimos 6 meses);
- Implementación de buenas prácticas de adquisición de productos farmacéuticos:
  - N° de ítems con especificaciones de dosis y forma farmacéutica incluidos en los pliegos para la licitación de medicamentos.

## **Resultados**

En 7 años, se realizaron 2 ediciones del FTP. En la 2°, considerándolas solicitudes previamente recibidas en la CPM, se adicionaron 95 IFAs, un listado de IFAs para preparaciones magistrales y otro de fórmulas para nutrición, se excluyeron 10 IFAs de la 1° edición. Se elaboraron 7 protocolos y 3 boletines; las actividades de difusión del FTP fueron 9. Se evaluaron y respondieron 8.722 solicitudes de medicamentos. En los últimos 6 meses, se consideraron adecuadas 458 solicitudes y no adecuadas 298. Los pliegos para licitación elaborados comprendieron todos los medicamentos del FTP.

## **Conclusiones**

La mayor actividad de la CPM fue la evaluación y respuesta de solicitudes de medicamentos. Al reeditarse el FTP, se observa la intención de adaptarse a los cambios prescriptivos y, con la generación de directrices y capacitación, orientar conductas de utilización de medicamentos hacia el uso racional.

## INACTIVACIÓN FOTODINÁMICA DE CEPAS DE *CANDIDA* DE INFECCIONES OROFARÍNGEAS POR $\alpha$ -TERTIENILO

Postigo A.<sup>a</sup>, Bulacio L.<sup>b</sup>, Sortino M.<sup>a,b</sup>, Zacchino S.<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Área Farmacognosia, <sup>b</sup> Centro de Referencia de Micología-CEREMIC  
Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas. Universidad Nacional de Rosario

### Introducción

La Candidiasis Orofaringea (COF) es una infección frecuente en pacientes inmunocomprometidos. La terapia fotodinámica es una alternativa a los tratamientos convencionales, basado en la utilización de compuestos que inhiben o matan a los microorganismos sólo bajo el efecto de la luz, proceso conocido como inactivación fotodinámica (IFD). En el presente estudio, fue investigada la IFD de *Candida spp.* por el producto natural  $\alpha$ -tertienilo ( $\alpha$ -T) bajo la irradiación con luz UV-A.  $\alpha$ -T fue aislado de *Porophyllum obscurum* (Spreng) DC, un sub-arbusto aromático nativo de América, perteneciente a la familia Asteraceae.

### Objetivo

Determinar la actividad fotodinámica de  $\alpha$ -T frente a *Candida spp.*

### Materiales y Métodos

*Determinación de la concentración inhibitoria mínima (CIM):*

Se empleó un panel de cepas de *Candida* aisladas de COF de pacientes con cáncer de cabeza y cuello (*C. albicans*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis* y *C. krusei*). El ensayo se realizó en microplacas de 96 pocillos siguiendo los lineamientos de CLSI M27-A3, con una modificación para determinar actividad fotodinámica.

*Ensayo de reducción de viabilidad:*

Se utilizó microscopía confocal y la tinción vital con yoduro de propidio y diacetato de fluoresceína que tiñe de color rojo las levaduras no viables y de color verde las viables.

*Ensayo de tubo germinativo:*

Diluciones seriadas de  $\alpha$ -T en una suspensión de *C. albicans* fueron irradiadas 5 min con luz UV-A, luego se agregó suero humano y se incubaron 2 h a 37 °C. Los resultados fueron analizados por microscopía.

**Resultados**

$\alpha$ -T sin luz UV-A no inhibió el crecimiento fúngico de las cepas evaluadas presentando una CIM > 250  $\mu\text{g/mL}$ , mientras que ( $\alpha$ -T + luz UV-A) causó una inhibición completa de células en 5 min de irradiación con CIMs entre 0,12 y 0,98  $\mu\text{g/mL}$ . Los resultados del ensayo de reducción de células viables confirmó que hay una inhibición total al irradiar  $\alpha$ -T durante 5 min, ya que en esta condición todas las células se observaron de color rojo. En cuanto a la formación del tubo germinativo de *C. albicans*, ésta fue inhibida por  $\alpha$ -T incluso a concentraciones sub-inhedoras luego de la irradiación.

**Conclusión**

Los resultados indican que  $\alpha$ -T presenta IFD a concentraciones muy bajas pudiendo constituir una alternativa para los tratamientos de COF.

## **PREFORMULACION DE SUSPENSIONES DE ALBENDAZOL PARA EL TRATAMIENTO DE HELMINTIASIS EN PEDIATRIA**

*Lamas M., Barrera M., Ferrari A., Frenke M.*

*Área Técnica Farmacéutica. Facultad de Ciencias Bioquímicas y  
Farmacéuticas. Universidad Nacional de Rosario*

### **Introducción**

El Albendazol (ABZ) es un derivado benzimidazólico, con acción antihelmíntica, que actúa en forma local para expulsar helmintos del tubo digestivo, o a nivel sistémico para erradicar helmintos adultos o formas intermedias que invaden órganos o tejidos. Es el principio activo de primera elección para el tratamiento de helmintiasis por su elevada efectividad y seguridad. Las infecciones producidas por helmintos representan un grave problema de salud pública en las poblaciones de los países en vías de desarrollo, afectando casi a un tercio de la población mundial, principalmente a la población infantil.

Dado que el ABZ es un principio activo de clase II según el sistema de clasificación biofarmacéutica (SCB), consta de una absorción de tipo errática y una baja biodisponibilidad, debido a su pobre solubilidad en un medio acuoso. Esto constituye una limitación para su formulación en solución con el fin de obtener una adecuada administración oral, destinada a pacientes pediátricos.

### **Objetivo**

El objetivo del presente trabajo fue preformular suspensiones orales de ABZ y ABZ incluido en sistemas microparticulados de quitosano (ABZ-Q). Se prepararon las suspensiones con distintos vehículos de diferentes viscosidades y agregados de electrolitos para lograr la estabilidad necesaria.

### **Materiales y métodos**

ABZ, carboximetilcelulosa, glicerina, polisorbato 20, sacarina y cloruro de sodio. Se prepararon

Equipos: Nanosizer Horiba, modelo Nanoparticle SZ – 100 para determinación de potencial z. Mini Spray Dryer, modelo 290 Bunchi. Reómetro Brookfield, Modelo: Programmable DV-II Viscometer Spindle N° 27.

Las suspensiones orales fueron preparadas a partir de ABZ (droga pura) (Tablas 1 y 2) utilizando dos agentes floculantes.

**Tabla 1: Suspensiones formuladas empleando cloruro de sodio como agente floculante.**

<b>NOMBRE</b>	<b>N-A1</b>	<b>N-A2</b>	<b>N-A3</b>	<b>N-B1</b>	<b>N-B2</b>	<b>N-B3</b>	<b>N-C1</b>	<b>N-C2</b>	<b>N-C3</b>
Albendazol (g)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	<b>1.00</b>
Cloruro de sodio (g)	0.45	0.70	0.90	0.45	0.70	0.90	0.45	0.70	<b>0.90</b>
CMC	0.50	0.50	0.50	0.75	0.75	0.75	1.00	1.00	<b>1.00</b>
Glicerina (mL)	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	<b>6.00</b>
Tween (mL)	1.50	1.50	1.50	1.50	1.50	1.50	1.50	1.50	<b>1.50</b>
Sacarina	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	<b>0.10</b>
Agua Conservada c.s.p. 100mL									

**Tabla 2: Suspensiones formuladas empleando citrato de sodio como agente floculante.**

<b>NOMBRE</b>	<b>C-A1</b>	<b>C-A2</b>	<b>C-A3</b>	<b>C-B1</b>	<b>C-B2</b>	<b>C-B3</b>	<b>C-C1</b>	<b>C-C2</b>	<b>C-C3</b>
Albendazol (g)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	<b>1.00</b>
Cloruro de sodio (g)	0.45	0.70	0.90	0.45	0.70	0.90	0.45	0.70	<b>0.90</b>
CMC	0.50	0.50	0.50	0.75	0.75	0.75	1.00	1.00	<b>1.00</b>
Glicerina (mL)	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	<b>6.00</b>
Tween (mL)	1.50	1.50	1.50	1.50	1.50	1.50	1.50	1.50	<b>1.50</b>
Sacarina	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	<b>0.10</b>
Agua Conservada c.s.p. 100mL									

Las micropartículas fueron preparadas a partir de soluciones de Q (0,1-0,5% p/v) y ABZ disueltos en ácido acético glacial (30% p/v).

La obtención se realizó mediante secado por aspersión.

## Resultados

Se obtuvieron suspensiones de ABZ homogéneas, fácilmente re-suspendibles y con una viscosidad correspondiente a un sistema no Newtoniano pseudoplástico con tixotropía adicional. No se observó la presencia de sedimento compacto no redispersable en ninguno de los sistemas formulados.

## Conclusiones

El sistema elegido fue el N-C3. Este vehículo permitió obtener una viscosidad equilibrada, retardando la sedimentación pero también posibilitando una correcta dosificación del principio activo.



## **GUÍA PARA LA VALIDACIÓN DEL PROCESO DE EMPAQUE MANUAL DE PRODUCTOS MÉDICOS ESTERILIZADOS TERMINALMENTE**

*Gaido S.<sup>1</sup>, Albesa I.<sup>2</sup>, Paraje M.<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup> Alumna de la Especialidad en Esterilización. Facultad de Ciencias Químicas,  
Universidad Nacional de Córdoba (UNC)*

*<sup>2</sup> Dpto. Farmacia, IMBIV-CONICET, Fac. Cs. Químicas, UNC*

*<sup>3</sup> Cátedra de Microbiología, IMBIV-CONICET, Fac. Cs. Exactas, Físicas y  
Naturales, UNC*

### **Introducción**

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue creada por la Organización Mundial de la Salud con el propósito de sistematizar, divulgar y difundir las mejoras alcanzadas a todo el mundo. La responsabilidad en la prevención de las infecciones hospitalarias en pos de la seguridad del paciente, obliga a generar acciones que prevengan un daño innecesario, siendo la producción de material estéril uno de los puntos importantes sobre el que se debe trabajar. La complejidad de todas las etapas involucradas en conservar la condición de estéril de los productos médicos (PM) hasta el momento de su utilización, desde la limpieza hasta su almacenamiento, obliga a establecer rutinas y procedimientos operativos estándares (POE). La validación del proceso de empaque manual con hojas para esterilización es algo poco conocido y por su sencillez frecuentemente desvalorizada, a pesar que el objetivo en el diseño del sistema de barrera estéril (SBE) es permitir la esterilización, proporcionar protección física y mantener la esterilidad hasta el momento de utilización, permitiendo su presentación aséptica.

### **Objetivo**

En este trabajo se presenta una “Guía para la validación del proceso de empaque manual de productos médicos con esterilización terminal utilizando hojas para esterilización”, cuyo objetivo es servir de orientación al personal de la central de esterilización, farmacéuticos y técnicos, para desarrollar destrezas necesarias y adquirir los conocimientos necesarios a fin de reforzar este eslabón.

## **Materiales y métodos**

La norma de la International Organization for Standardization número 11607, Parte 1 y 2, la Farmacopea Argentina VII Ed. Vol. IV y las Normas del Instituto Argentino de Normalización y Certificación relacionadas al material de empaque: hojas para esterilización, fueron utilizadas como respaldo normativo.

## **Resultados**

Se diseñó una guía la cual describe el plan de validación del proceso manual de plegado y envoltura con hojas para esterilización: PGM, Papel crepado y telas no tejidas. Se abordaron las fases de su implementación, como desarrollar el informe de validación, adopción del mismo para finalizar el control de procesos el seguimiento y la rutina de especificaciones para una posterior revalidación.

## **Conclusiones**

Esta guía da respuesta a la necesidad de simplificar y reforzar los puntos establecidos por normativas nacionales e internacionales, debido a que la norma indica que *todos los requisitos se deben cumplir independientemente de quien lo cumple.*

## **DETERMINACIÓN DE LA ESTABILIDAD MICROBIOLÓGICA DE MEZCLAS DE NUTRICIÓN PARENTERAL EXTEMPORÁNEAS**

*Verdini R., Pell B., Perone V., Traverso M., Tuan F.*

*Laboratorio de Terapia Intravenosa. LATIV S.A. Rosario*

### **Introducción**

Las mezclas de nutrición parenteral extemporáneas (MNPE) son formulaciones contenidas en un envase único, compuestas por glúcidos, aminoácidos, lípidos, vitaminas, electrolitos, oligoelementos y/o fármacos, destinadas a un paciente individualizado y con un reducido período de vida útil (96hs). Son elaboradas mediante procesamiento aséptico. La normativa nacional establece que el elaborador deberá garantizar la estabilidad microbiológica del producto hasta su fecha de vencimiento, lo que implica considerar y evaluar aquellos aspectos que influyen en la esterilidad del producto terminado. En estas especialidades medicinales involucra la validación de la técnica aséptica, el control microbiológico ambiental y prueba de esterilidad.

### **Objetivo**

Determinar la estabilidad microbiológica de las MNPE elaboradas mediante procesamiento aséptico, para verificar la esterilidad durante su período de vida útil.

### **Material y métodos**

Revisión de normativas de ANMAT, Disposiciones 2819/04 y 2592/03, Farmacopea Argentina; y recomendaciones de organizaciones de referencia Sociedad Española de Nutrición Parenteral, United States Pharmacopeia, Organización Mundial de la Salud, International Conference on Harmonisation y Food and Drug Administration. Definición de estudios para determinar la estabilidad microbiológica, con redacción de Protocolos de Validación para la técnica aséptica y para el Método de filtración por membrana aplicado a prueba de esterilidad, y redacción de Procedimientos Operativos Estándar

relacionados (Preparación de medios de cultivo, Monitoreo microbiológico ambiental, Control microbiológico de producto terminado y Simulación microbiológica). Ejecución de estudios y análisis de resultados. Período de realización: agosto 2014 a enero 2015.

## **Resultados**

Validación de procesamiento aséptico: simulación microbiológica con medio de cultivo Caldo Tripteína Soya, a escala de lote de producción, reproduciendo condiciones operativas reales de elaboración. 100% MNPE sin crecimiento microbiano (n=90). Control microbiológico ambiental: monitoreo diario de aire, superficies y operadores en condiciones operativas normales, para detectar cambios según límites de alerta y acción predeterminados. Complementación con validación de sistema de tratamiento de aire, cabinas de flujo laminar y proceso de limpieza y desinfección. 100 % de las placas de cultivo con UFC que no superan los límites de acción (n=1598). Prueba de esterilidad: método de filtración por membrana a diferentes fórmulas de MNPE, almacenadas a diferentes temperaturas y tiempos, definidos por estudio previo de estabilidad fisicoquímica y período de vida útil. 100% muestras sin crecimiento microbiano (n=42).

## **Conclusiones**

En función de los resultados obtenidos, se concluye que las MNPE elaboradas por LATIV S.A. mantienen la esterilidad durante su período de vida útil, cuando son elaboradas y conservadas bajo las condiciones definidas y normatizadas.

## **ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS DISPENSADOS POR UNA FARMACIA HOSPITALARIA A PACIENTES AMBULATORIOS**

*Dubois L.*

*Hospital Nivel I de Concepción de la Sierra. Misiones*

### **Introducción**

El uso de psicofármacos ha adquirido gran importancia, por el aumento constante y creciente de las patologías que requieren su empleo. Es cuestionable el hecho de que la mayoría de los mismos sean prescritos por médicos generales de atención primaria.

### **Objetivos**

Evaluar la prevalencia de uso de psicofármacos en pacientes ambulatorios que concurren al Hospital de Concepción de la Sierra. Realizar un perfil de los mismos. Objetivar los psicofármacos más prescritos. Detallar el diagnóstico por el cual se indicó la droga.

### **Materiales y Métodos**

Estudio descriptivo y retrospectivo del uso de psicofármacos en pacientes ambulatorios mediante la observación de las recetas dispensadas que incluyeran a los mismos, entre enero de 2.011 y enero de 2.012. Variables: edad, sexo y cobertura social de los pacientes, diagnóstico, unidades dispensadas, especialidad del médico prescriptor. Los fármacos fueron agrupados de acuerdo a la clasificación ATC. Los datos fueron volcados en planillas de Microsoft Excel.

### **Resultados**

Se analizaron un total de 476 prescripciones. El 65% correspondió al sexo femenino. La edad promedio 47,6 años. El 22% poseía cobertura social. En el 66% de las prescripciones la dosis/día no era especificada. Las prescripciones fueron realizadas el 80% por clínicos. El diagnóstico prevalente fue depresión en un 80%. Los psicofármacos prescritos correspondieron

principalmente a la categoría N de la clasificación ATC; dentro de ella los antiepilépticos fueron los más prescritos y dispensados (45%), incluyéndose en este grupo el clonazepam, correspondiéndole el 38,4%.

### **Discusión**

En nuestro estudio, se observaron concordancias con un estudio realizado en Pamplona donde las mujeres presentaban una prevalencia del 24% en el consumo de psicofármacos, siendo la depresión el trastorno más frecuente. No obstante que la clasificación ATC señala que la principal aplicación del clonazepam es como antiepiléptico, se encontró que esta benzodiacepina se utilizó principalmente en pacientes para el tratamiento de la depresión.

### **Conclusiones**

Se hace evidente la necesidad de continuar con la realización de estudios de utilización de medicamentos más exhaustivos orientados a mejorar el uso y aprovechamiento de todo tipo de medicamentos en el ámbito de consulta externa. En el caso de las benzodiacepinas es preciso revisar y mejorar las condiciones de su empleo, ya que se pudo observar que las mismas no son prescritas por médicos especializados en el tema, y no siempre concuerda el diagnóstico con prescripción.

## **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ALUMNOS DE UNA ESCUELA RURAL**

*Dubois L.*

*Hospital Nivel I de Concepción de la Sierra. Misiones*

### **Introducción**

Los adolescentes experimentan cambios biológicos, psicológicos y sociales propios de esa etapa, iniciando la actividad sexual sin el conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos necesario para evitar embarazos no deseados, además de numerosos riesgos consecuencia del poco o mal uso de los mismos.

### **Objetivos**

Determinar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos que poseen los alumnos del BOP N° 107 de La Corita, Santa María, Misiones.

### **Materiales y métodos**

Estudio prospectivo descriptivo en alumnos que concurren a la escuela rural BOP N° 107. La técnica de recolección fue la encuesta. Lo que permitió realizar un perfil de los mismos. Se tomó como universo el total de estudiantes de la institución 78 alumnos. Para el procesamiento estadístico se utilizó el programa Microsoft Excel. Resultados: Se analizaron 52 encuestas, correspondientes al 67% de la población estudiantil. La edad promedio fue 16,1 años. El 60% correspondió al sexo femenino. El 86% vive con sus padres. La menarca se produjo a los 12,3 años. El 51% del total refirió haber tenido relaciones sexuales. Su primera relación sexual a los 13,3 años. El 92% del total dijo conocer los métodos anticonceptivos. Del 49% que los han usado alguna vez, solo el 17% mencionó no haber recibido información sobre su uso. El 83% recibió información del personal sanitario. El 48% de los alumnos dijo conocer hasta tres métodos. El método más empleado fue el condón (89 %). La mayoría los retiran gratuitamente del centro de salud.

### **Discusión y conclusión**

Los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con los analizados en cuanto al inicio de las relaciones sexuales, y al método anticonceptivo más utilizado. Podemos concluir que la edad promedio de los encuestados fue de 16 años. La mayoría de sexo femenino. Solo un pequeño porcentaje convive con su pareja. La menarca se produjo en un promedio de 12 años. Más de la mitad de los alumnos tuvo relaciones sexuales. La mayoría conocía los métodos anticonceptivos, siendo hasta tres los conocidos. Un pequeño porcentaje no recibió información sobre su uso. La información fue impartida en gran medida por un personal sanitario. Conocen la entrega gratuita de los métodos. Sólo una minoría de las adolescentes ha estado embarazada alguna vez.



## **DESARROLLO DE FORMULACIONES LÍQUIDAS DE VITAMINA D3 PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS, ADULTOS Y ADULTOS MAYORES**

*Martinez M., Castellano P., Leonardi D., Vignaduzzo S.*

*Planta Piloto de Producción de Medicamentos. Centro Integral del Medicamento (CIDEM).*

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

### **Introducción**

El déficit de vitamina D es un problema a nivel mundial y afecta a personas de cualquier edad. Entre las funciones más importantes de la vitamina D se encuentran la regulación de la absorción intestinal de calcio y el metabolismo del calcio y fósforo para mantener la homeostasis ósea y muscular. Las enfermedades clásicamente asociadas al déficit de esta vitamina son el raquitismo en los niños y en los adultos la osteomalacia. Una opción ante esta problemática es el empleo de suplementos vitamínicos. En el mercado argentino sólo existe una formulación de gotas de vitamina D3, por lo que sería importante desarrollar alternativas de esta formulación.

### **Objetivos**

El objetivo del presente trabajo es la obtención de formulaciones líquidas alternativas a las comerciales de vitamina D3.

### **Materiales y métodos**

Se ensayaron diferentes formulaciones, fueron preparadas a partir de agua conservada (con metil y propil parabenos), a la cual se le adicionaron los componentes hidrosolubles (propilenglicol y/o glicerina). Paralelamente al agente solubilizante (polisorbato 80) se le incorporaron el estabilizante (BHT) y el colecalciferol (D3). Una vez disueltos completamente se incorporó a la solución acuosa obteniéndose una solución micelar. Finalmente la formulación fue llevada a volumen final con agua conservada con agitación constante hasta homogeneizar. El control de calidad de las gotas, se llevó a cabo empleando un método HPLC, utilizando una columna C18 Phenomenex

(25 cm, 4.6 mm, 5  $\mu$ m). La fase móvil consistió de una mezcla metanol:agua (97:3), el flujo fue de 1,5 mL/min y volumen de inyección de 20  $\mu$ L.

### **Resultados**

Las tres formulaciones alternativas obtenidas de vitamina D3, consistieron en soluciones micelares que según el caso combinaron algunos de los siguientes excipientes: metil y propil parabenos, glicerina, polisorbato 80, BHT, sacarina y esencia de frutillas; propilenglicol y jarabe simple. Las formulaciones presentaron propiedades organolépticas apropiadas, fueron estables en el tiempo y mostraron una viscosidad adecuada para ser administradas en forma de gotas orales.

### **Conclusiones**

Las tres soluciones orales de Vitamina D 3 formuladas en el presente trabajo, podrían ser una alternativa a la que se encuentra en el mercado argentino para el tratamiento del déficit de vitamina D.

## **DETERMINACIÓN DE PODER HIDRÓFILO EN PIEZAS DE GASA TUBULAR HIDRÓFILO PARA USO MEDICINAL. ESTUDIO EXPERIMENTAL**

*Werle E., Maidana M., Vera L.*

*Central de Esterilización de Misiones.*

*Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga. Posadas. Misiones*

### **Introducción**

Las gasas son utilizadas en procedimientos de curación con el fin de prevenir y controlar las infecciones promoviendo la cicatrización. En la Central de Esterilización de Misiones (CEMIS) se producen insumos textiles estériles para distintos tipos de curaciones, cuya principal materia prima es gasa hidrófila tubular, en piezas, para uso medicinal. La calidad de dicha materia prima varía enormemente a pesar de las especificaciones impuestas por Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. Desde CEMIS surge la propuesta de desarrollar estrategias en Salud Pública para asegurar la calidad de los productos y proteger al paciente.

### **Objetivo**

Determinar poder hidrófilo en piezas de gasa hidrófila comprobando si cumplen con los requisitos establecidos por Farmacopea Argentina VI Edición (FNA VI Ed.) y Normas IRAM 7782.

### **Materiales y métodos**

Estudio experimental, prospectivo y longitudinal. Se determinó poder hidrófilo a muestras de gasa hidrófila de distintos lotes de una misma marca. El ensayo consiste en formar un copo de gasa, que luego es depositado sobre la superficie de 1L de agua destilada contenido en una probeta y se toma el tiempo que tarda en embeberse y llegar al fondo. La muestra deberá embeberse totalmente en menos de 3 segundos y llegar al fondo en menos de 10 segundos. El muestreo se llevó a cabo de forma aleatoria, entre los meses de setiembre de 2014 hasta febrero de 2015, mediante una adaptación del muestreo establecido por las Normas IRAM 7782, donde se separó

a las muestras según la cantidad ingresada por N° de lote y no, en función a la cantidad total del N° lote.

### **Resultados**

Entre los meses de septiembre de 2014 a febrero de 2015, ingresaron 1520 piezas de gasa hidrófila, marca InsumosXXI® PM ANMAT N°1057-1, provenientes de cuatro lotes N°: 140901, 140724, 140404 y 140902. Mediante el ensayo de poder hidrófilo se estableció que uno de los ingresos de 220 piezas del lote N° 140724 y otro de 150 piezas del lote N° 140902 no cumplieron los requisitos de poder hidrófilo establecidos por FNA VI Ed. e IRAM 7782. Es por ello que se decidió rechazar los productos, con posterior devolución al proveedor.

### **Conclusiones**

El ensayo de poder hidrófilo reflejó que hubo ingresos de lotes de gasa hidrófila que no cumplieron los requisitos, por lo que fueron rechazados. Este trabajo constituyó el primer estudio de prueba planificado por CEMis, para la determinación de poder hidrófilo y posterior evaluación de calidad en piezas de gasa hidrófila, con las que se elaboran productos textiles estériles destinados a tratamiento de pacientes.

## **INCIDENCIA DE LOS EFECTOS ADVERSOS EN EL CAMBIO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD**

*Carignano G., Albanesi M., Giordani J.*

*Hospital Provincial del Centenario. Rosario*

### **Introducción**

La no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) es la principal causa de fracaso terapéutico. Los efectos adversos producidos por los medicamentos antirretrovirales son uno de los principales motivos de suspensión y/o modificación del tratamiento. Se define TARGA, a la combinación de tres tipos de drogas cuya finalidad es la supresión de la replicación del VIH y el restablecimiento de la función inmunológica. Estas combinaciones se basan en la utilización de un Inhibidor de la Proteasa (IP) y dos Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Análogos de Nucleósidos (ITIAN) o bien, dos ITIAN y un Inhibidor de la Transcriptasa Inversa no Análogo de Nucleósidos (ITINN). Las opciones terapéuticas consideradas en nuestro estudio fueron, IP: Ritonavir, Atazanavir, Fosamprenavir, Darunavir, ITIAN: Abacavir, Lamivudina, Zidovudina, Tenofovir, ITINN: Efavirenz, Nevirapina, Etravirina.

### **Objetivos**

Determinar la incidencia de los efectos adversos producidos por los medicamentos ARV en los cambios de esquema de tratamiento y estimar la frecuencia de aparición de los mismos.

### **Materiales y Métodos**

Estudio observacional descriptivo de seguimiento, retrospectivo en pacientes atendidos en el Centro de Atención de VIH-SIDA del Hospital Provincial del Centenario de la ciudad de Rosario, con serología VIH positiva. El período seleccionado para el estudio fue desde Octubre de 2014 a Marzo de 2015. Se realizó un registro electrónico en Microsoft Excel estandarizado por paciente con datos personales (sexo y edad), esquema de tratamiento

antirretroviral (TAR) recibido y efectos adversos manifestados. Para la descripción de las variables cuantitativas se utilizaron medias, máximos, mínimos y para las variables cualitativas frecuencias relativas.

## **Resultados**

Los pacientes con criterio de inclusión fueron 640, de los cuales 23 (3.59%) presentaron efectos adversos ante la prescripción del esquema inicial de TAR. El estudio se centró en estos 23 casos. El 60,87% (N=14) correspondió al sexo masculino. La media de edad fue 41,78 años.

En los 23 pacientes que reportaron efectos adversos fue necesario un cambio en el esquema inicial de medicación. El 73,91% (N=17) respondió favorablemente, en el 26,09% (N=6) restante fue necesario un segundo cambio de medicación. De estos, el 66,67% (N=4) no manifestó efectos adversos y el 33,33% (N=2) requirió de un tercer cambio de tratamiento.

Ante el tratamiento inicial, se obtuvo anemia 25% (N=6), intolerancia gastrointestinal 25% (N=6), farmacodermia 20.83% (N=5), lipodistrofia 16.67% (N=4), alteraciones renales 8.33% (N=2) y alteraciones en el sistema nervioso central 4.17% (N=1).

Ante el primer cambio, anemia 33.33% (N=2) y el 66, 34% (N=4) para lipodistrofia, alteraciones renales, ictericia y trastornos del sistema nervioso central en idénticas proporciones.

Luego del segundo cambio, dislipidemia 50% (N=1) y farmacodermia 50% (N=1).

## **Conclusión**

Existe una relación directa entre la aparición del efecto adverso y el posterior cambio en el esquema de TAR, siendo la anemia el efecto adverso mayormente reportado. En virtud de esta situación, se desarrolló un sistema interno para el monitoreo de los posibles efectos adversos manifestados por los pacientes.

## **ELABORACIÓN DE UNA EMULSION A PARTIR DE MATERIAS PRIMAS DERIVADAS DE LA SOJA EN EL LABORATORIO DE UNA OFICINA DE FARMACIA**

*Castellani M., Vilarrubi S.*

*Farmacia Vilarrubi. Córdoba*

### **Introducción**

La Soja es una oleaginosa altamente difundida a nivel mundial y por ser Argentina un país de gran producción y el mayor exportador del mundo se propuso generar un producto de diseño farmacéutico que utilizara como principio activo materias primas derivadas de la soja. Estos derivados son ricos en ácidos grasos poli-insaturados, de los cuales, aproximadamente el 2% se encuentra en forma de lecitina (fitoquímicos bioactivos). Además contienen tocoferoles, que actúan como antioxidantes naturales. También poseen una amplia gama de minerales como: Calcio, Hierro, Cobre, Fósforo y Zinc y vitaminas como: Tiamina, Riboflavina, Piridoxina, Niacina, Ácido Pantoténico, Biotina, Ácido Fólico, Provitamina-A, Inositol, Colina y Ácido ascórbico.

Estos componentes de los derivados de soja los convierten en valiosos activos para productos dermocosméticos confiriéndoles excelentes propiedades nutritivas, protectoras, suavizantes, hidratantes y regeneradoras.

### **Objetivo**

Crear desde el laboratorio de la farmacia, un producto de diseño farmacéutico, estable y de calidad que utilice principios activos derivados de la soja.

### **Metodología**

Para llevar a cabo el preparado, fue necesario contar en la farmacia con un laboratorio adecuado a las leyes actuales de infraestructura y funcionamiento, además contactar a un proveedor que pueda asegurar materias primas de calidad certificada (fabriQUIMICA S.R.L)

Los derivados de la soja utilizados fueron: Glycine Soja oil + Hidrogenated Soybean oil (Fabriwax Soja) y Lecitina de soja (Lecsoy E).

En la elaboración del producto: Crema base hidrófila no iónica con Fabriwax Soja, se procedió de acuerdo a la Guía de Buenas Prácticas de la Actividad Farmacéutica (Formulario Provincial de Productos Oficinales Normalizados Res152/2012). Una vez elaborada la base se incorporó Lecsoy 5%. Los controles de calidad se realizaron de acuerdo a la: Enciclopedia de formulación magistral Vol I. Estabilidad y control de calidad de fórmulas magistrales. Caracteres físicos y organolépticos (color, olor, evanescencia y oclusividad, extensibilidad y consistencia aparente), observación microscópica (determinación de fenómenos de floculación y coalescencia, formación de grumos y grado de polidispersión), extensibilidad y determinación de pH.

### **Resultados**

Se obtuvo una emulsión con alta viscosidad y poder emoliente, untuosa al tacto y con buena extensibilidad. De olor agradable, suave y característico, color amarillento y con brillo. No presentó formación de grumos, floculación ni coalescencia al microscopio. Su pH fue de 6.

### **Conclusión**

Se logró producir en el laboratorio de la farmacia una emulsión de calidad y estabilidad aceptables, con muy buenas propiedades dermocosméticas. A futuro se deberían realizar diferentes controles externos para confirmar los resultados obtenidos.



## **GELES DE CARBOPOL: FORMULACIÓN ESTABLE PARA EL AGREGADO DE PRINCIPIOS ACTIVOS ÁCIDOS EN PREPARACIONES MAGISTRALES**

*Castellani M., Vilarrubi S.*

*Farmacia Vilarrubi. Córdoba*

### **Introducción**

La incorporación de un principio activo ácido produce la ruptura inmediata del gel de carbopol, debido a la disminución del pH. Usualmente la gelificación del Carbopol se realiza con trietanolamina, obteniéndose un gel neutro inestable a pH ácido, esto se podría mejorar con el agregado de agentes humectantes, ya que la gelificación, en este caso, se produciría por la formación de puentes hidrogeno, generados entre los grupos oxidrilos (-OH) de los agentes humectantes y los grupos carboxilo (-COOH) del carbopol.

### **Objetivo**

Obtener la concentración y el agente humectante más adecuado que genere un gel de carbopol estable para la incorporación de principios activos ácidos.

### **Metodología**

Se comparó el comportamiento de tres agentes humectantes de uso común en preparaciones magistrales: propilenglicol, polietilenglicol 400 y glicerina.

Se prepararon 9 hidrogeles de Carbopol 940 al 2,5%, 3 con Propilenglicol al 10, 20 y 30%. Otros 3, con glicerina y los 3 restantes con polietilenglicol 400 en las mismas concentraciones, mediante agitación manual.

Para observar la estabilidad se agregó ácido láctico al 10% a cada muestra y se controlaron a tres tiempos, t=1 (a las 24hs del agregado del ácido), t=15 (15 días) y t=30 (30 días) los siguientes caracteres con los valores deseados: consistencia aparente (semifluida o media), transparencia (translúcido), pH (3-5), extensibilidad (pendiente positiva), existencia de exudado y

de grumos (ausente) de acuerdo a la Enciclopedia de formulación magistral Vol I, al Codex Farmacéutico Bonaerense y la Guía de Buenas Prácticas de la Actividad Farmacéutica de Córdoba Res152/2012.

Se realizó una escala del 1 al 6 contabilizando la cantidad de caracteres controlados de cada muestra, tomando a 6 como valor de estabilidad máxima y rechazando aquellas muestras que no mantuvieron constante por lo menos 4 caracteres.

El principal criterio de rechazo de muestras fue la ruptura del gel, luego la existencia de grumos y exudado.

### **Resultados**

Los geles con agente humectante al 10% se licuaron inmediatamente al agregar el ácido. Los geles con el agente humectante al 20%, mantuvieron sus propiedades a  $t=1$ , pero luego a  $t=15$  perdieron entre 2 y 4 caracteres. El gel con Propilenglicol 30% solo perdió 2 puntos a lo largo del tiempo. Tanto el de Glicerina 30% como el de Polietilenglicol 400 30% perdieron 3 caracteres a lo largo de 30 días.

### **Conclusión**

De acuerdo a lo observado, se concluye que el agente humectante más estable en el tiempo es el Propilenglicol al 30%.

## **DETERMINACIÓN DE PRÁCTICAS DE AUTOMEDICACIÓN EN ALUMNOS DEL 5to. AÑO DE LA CARRERA DE FARMACIA**

*Espíndola M., Rodríguez L., Schell M.*

*Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales*

*Universidad Nacional de Misiones*

*Módulo de Bioquímica y Farmacia*

### **Introducción**

La automedicación es una práctica riesgosa para la salud de las personas y conduce al uso irracional de los medicamentos. Si bien la OMS promueve la automedicación responsable, podría ser aplicable a países desarrollados fortalecidos en áreas relacionadas con los cuidados de la salud mientras que en países en vías de desarrollo es más difícil. La información acerca de prácticas de automedicación permite direccionar las estrategias de educación sanitaria para disminuir la magnitud de este problema que exige acciones preventivas.

### **Objetivo**

Determinar las prácticas de automedicación en alumnos del 5to año de la Carrera de Farmacia (FCEQyN-UNaM) durante los años 2013-2014.

### **Materiales y métodos**

Se utilizó como instrumento de recolección una encuesta estructurada de preguntas cerradas, carácter anónimo y voluntario. En la misma se indagaron temas relacionados con los motivos por los cuales se automedicaron, lugares de adquisición de los medicamentos, entre otros. La población total en estudio (N=55) de alumnos de 5to año estuvo distribuida con n=31 en 2013 y n=24 en 2014. Estos grupos poblacionales fueron seleccionados con la intención de evaluar hábitos de consumo, dado que estarán próximos a ser profesionales que participarán activamente en la cadena de los medicamentos. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva.

## **Resultados**

La población respondió practicar la automedicación mencionando realizarla habitualmente un 48,39% en la cohorte 2013 y un 37,50% en la cohorte 2014. Si bien la gran variación observada de una cohorte a la otra sería un aspecto positivo a resaltar, se cuenta con pocos datos para justificar que posiblemente haya evolucionado al concepto de automedicación responsable. Los valores observados ampliamente superiores en el año 2013 se encuentran en relación con los detectados en alumnos de otras universidades nacionales. El grupo farmacológico predominante resultó ser el de los AINEs encontrándose valores de 55,56% en 2013 y 39,29% en 2014. La población encuestada mencionó adquirir los medicamentos mayormente en una Farmacia, 2013: 87,50%; 2014: 79,31%, el 100 % en ambas cohortes considera importante la información que puede brindar el profesional pero tan sólo respondieron recibir información del Farmacéutico 2013:48,13%; 2014:50%.

## **Conclusión**

La automedicación es una práctica frecuente en la población estudiada. Este trabajo permite direccionar la educación sanitaria de los futuros profesionales farmacéuticos para que promuevan la automedicación responsable.

## HACIA LA PREPARACIÓN DE UNA FITOMEDICINA ANTIFÚNGICA BI-HERBARIA ACTIVA FRENTE A AISLAMIENTOS CLÍNICOS DE *CANDIDA ALBICANS* Y *CANDIDA GLABRATA*

Butassi E.<sup>a</sup>, Feresin G.<sup>c</sup>, Ivancovich J.<sup>b</sup>, Svetaz L.<sup>a</sup>,  
Tapia A.<sup>c</sup>, Zacchino S.<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Área Farmacognosia, Fac. Cs Bioqcas y Farm.,  
Universidad Nacional de Rosario (UNR)

<sup>b</sup> Área Estadística, Fac. Cs Bioqcas y Farm. UNR

<sup>c</sup> Instituto de Biotecnología, Fac. Ingeniería. Universidad Nacional de San Juan

### Introducción

En 2012, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de Argentina puso en marcha un Plan Estratégico Nacional para desarrollar fitofármacos que contengan plantas argentinas, nativas o endémicas. *Zuccagnia punctata* Cav. (Fabaceae) y *Larrea nitida* Cav. (Zygophyllaceae), que se usan indistinta o conjuntamente en la medicina tradicional, habían mostrado propiedades antifúngicas moderadas contra hongos de importancia clínica en trabajos previos cuando actuaban solas. Sin embargo, no había estudios sobre la actividad antifúngica de combinaciones de ambas ni de cuál sería la proporción más adecuada de sus componentes.

### Objetivo

Encontrar combinaciones sinérgicas de extractos de *Z. punctata* (ZpE) y *L. nitida* (LnE) contra *Candida albicans* y *Candida glabrata* y establecer la proporción óptima de sus componentes.

### Materiales y métodos

Se probaron cuatro mezclas de ZpE-LnE (correspondientes a colectas de cuatro meses de un año) *in vitro* frente a *C. albicans* y *C. glabrata*. Se evaluó el sinergismo con el método *MixLow*, que permite determinar el Índice de Combinación (IC) con base estadística. Mediante el gráfico de fracción afectada (fa) (porcentaje de levaduras afectadas por una dada concentra-

ción de mezcla) vs IC, se determinó sinergismo ( $IC < 1$ ), aditivismo ( $IC = 1$ ) o antagonismo ( $IC > 1$ ) a diferentes fa. La cuantificación de los marcadores seleccionados (cuatro flavonoides para *ZpE* y tres lignanos para *LnE*) en las combinaciones se realizó utilizando HPLC-UV.

## Resultados

Tres de las cuatro mezclas probadas contra *C. albicans*, mostraron interacciones sinérgicas a niveles de efecto  $fa > 0,5$ . La dosis de la mezcla más sinérgica fue de 65,96  $\mu\text{g/ml}$  (28% de *ZpE* y 72% de *LnE*) con 8 y 36% de flavonoides y lignanos respectivamente. Por otro lado, una de las cuatro mezclas probadas contra *C. glabrata* mostró sinergismo en  $fa > 0,5$ . La dosis fue de 168,23  $\mu\text{g/ml}$  (27% de *ZpE* y 73% *LnE*), con 9,7 y 31,6% de flavonoides y lignanos respectivamente.

## Conclusiones

Los estudios realizados permitieron detectar mezclas sinérgicas de *ZpE*-*LnE*, y determinar su composición, dando apoyo a una utilización adecuada de la combinación de ambas plantas en la medicina tradicional y generando los datos necesarios para el futuro desarrollo de una fitomedicina utilizando estas dos plantas antifúngicas de Argentina.

## **CARACTERIZACIÓN DE SISTEMAS MICROPARTICULADOS POLIMÉRICOS OBTENIDOS MEDIANTE PRECIPITACIÓN CONTROLADA**

*Priotti J., Lamas M., Leonardi D.*

*IQUIR – CONICET, Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas.  
Universidad Nacional de Rosario*

### **Introducción**

El albendazol (ABZ) es un carbamato benzimidazólico de amplio espectro utilizado en el tratamiento de enfermedades helmínticas. Sin embargo, presenta problemas de absorción luego de ser administrado oralmente, debido a su escasa solubilidad en agua (1µg/mL). Esto lleva a una biodisponibilidad baja y variable. Los sistemas microestructurados pueden mejorar la solubilidad de este tipo de compuestos al aumentar el área superficial efectiva y, por tanto, la velocidad de disolución. Dentro de los sistemas microestructurados encontramos a las micropartículas poliméricas (MPs). Las mismas pueden ser obtenidas por precipitación controlada empleando soluciones acuosas de polímeros hidrofílicos y solventes no acuosos en donde se solubiliza al fármaco.

### **Objetivos**

Diseñar, preparar y caracterizar MPs de ABZ por precipitación controlada para alcanzar una mejora en el tratamiento de la triquinelosis.

### **Materiales y métodos**

El procedimiento consistió en gotear una solución de ABZ en ácido acético:etanol 1:1,5 sobre soluciones acuosas de distintos polímeros (derivados celulósicos y quitosano, en dos concentraciones diferentes), con o sin el agregado de Poloxámero 388. Las suspensiones resultantes fueron secadas por aspersión. Se determinó el tamaño y la morfología de las MPs a partir de imágenes de microscopía electrónica de barrido. Además se realizaron los siguientes ensayos de caracterización: rendimiento, estructura cristalina por difracción de rayos, equilibrio de solubilidad, velocidad de disolución

y actividad antihelmíntica *in vitro* en nematodos adultos de *Trichinella spiralis*.

## Resultados

Los rendimientos variaron de acuerdo a la composición de la solución acuosa empleada. Las MPs presentaron un tamaño entre 5 y 20  $\mu\text{m}$  y una morfología esférica. El difractograma de rayos X del ABZ exhibió varios picos de reflexión revelando su naturaleza cristalina mientras que los difractogramas de las MPs mostraron patrones amorfos indicando una transición de la estructura cristalina del ABZ. En los equilibrios de solubilidad se logró quintuplicar la solubilidad aparente del ABZ. En los perfiles de disolución de ABZ cargado en las MPs, dos de los sistemas exhibieron una liberación del 100% a los 30 minutos, mientras que el ABZ sin microencapsular alcanzó sólo un 2,8%. El ensayo en nematodos adultos mostró que, para alcanzar un efecto, se necesitó una menor dosis de ABZ cuando se encontraba incluido en las MPs que cuando no lo estaba.

## Conclusión

El aumento en la solubilidad y la velocidad de disolución del ABZ en las MPs se traduce en un aumento en la cantidad de fármaco disponible para actuar y, en una mayor eficacia.



## **ANALISIS DE LAS NOTIFICACIONES DE FARMACOVIGILANCIA EN EL HOSPITAL SAN LUIS**

*Valenciaga M., Ballerino Montacci E.*

*Hospital San Luis. San Luis*

### **Introducción**

La Farmacovigilancia es una actividad destinada a la identificación, evaluación y prevención de los riesgos asociados a los medicamentos una vez comercializados. Las reacciones adversas a medicamentos (RAMs) tienen alto impacto en la salud y calidad de vida del paciente. El análisis de las mismas permitirá dimensionar el problema en nuestro Hospital y plantear medidas que faciliten un uso más seguro de los medicamentos.

### **Objetivo**

Cuantificar y clasificar las notificaciones de Farmacovigilancia en el Hospital San Luis (HSL).

### **Material y método**

Estudio descriptivo, retrospectivo de las notificaciones reportadas por el Servicio de Farmacia (SF) del HSL a la ANMAT para el período marzo 2014 – abril de 2015.

En el periodo de estudio se analizaron las notificaciones espontáneas comunicadas por el personal sanitario y aquellas detectadas indirectamente por Farmacéuticos en su seguimiento diario a pacientes, a través prescripciones de fármacos trazadores, suspensión de medicamentos, disminución abrupta de dosis, cambio de frecuencia y patologías relacionadas con RAMs. Se utilizaron las fichas de ANMAT como sistema de comunicación de RAMs. Una vez evaluados, los reportes fueron clasificados de acuerdo a: evento adverso (EA), error de medicación (EM), falta de eficacia (FE) y falla de calidad relacionada con medicamentos (FC). A su vez, las RAMs se clasificaron por grupo terapéutico del fármaco sospechoso, órgano/sistema afectado, gravedad y causalidad. También se evaluó el origen de las notificaciones.

## **Resultados**

Se analizaron 57 notificaciones; 34(60%) EA, 15(26%) EM, 6(11%) FE y 2(3%) FC. Se describieron 77 RAMs, cuya distribución según órgano/sistema afectado fue: piel y anexos 56%, sistema nervioso 20%, aparato gastrointestinal 17%, afectación general 4%, aparato genitourinario y sistema cardiovascular 1% cada uno. Los grupos farmacológicos más involucrados fueron: antirretrovirales 41%, antibióticos 20% y antiépilépticos 18%. La gravedad de las RAMs fue: moderada 62%, grave 26% y leve 12% y la imputabilidad: probable 62%, definitiva 26%, posible 9%, y dudosa 3%. Los reportes fueron efectuados por: Farmacéutico 79%, médico/enfermero 16% y paciente 5%.

## **Conclusiones**

Las características de las RAMs fueron similares a trabajos publicados. Los reportes de EM, FC y FE fueron pocos, tal vez por desconocerse que también se notifican. La participación activa del Farmacéutico en las salas de internación fue la principal fuente de notificación. Resulta necesario generar, desde el SF, intervenciones educativas e informativas que contribuyan a revertir la infranotificación de los demás profesionales sanitarios y mejorar la efectividad y seguridad de la farmacoterapia en el ámbito hospitalario.

Durante el periodo estudiado se observó un alto porcentaje de RAMs provocadas por antirretrovirales y antibióticos afectando es su mayoría a piel y anexos.

La mayor parte de las RAMs fueron clasificadas como de gravedad moderada, con causalidad probable.

Resulta necesario generar, desde el SF, intervenciones educativas e informativas que contribuyan a revertir la infranotificación observada por parte de los demás profesionales sanitarios.

## OBTENCIÓN DE TINTURAS HIDROALCOHÓLICAS DE HOJAS DE *PSIDIUM GUAJAVA* L

Bogler E., Espíndola M., Lloret M., Uliana R.

Laboratorio Central. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales.

Universidad Nacional de Misiones

### Introducción

*Psidium guajava* L es una planta perenne, de la familia de las Mirtáceas, conocida vulgarmente como “guayabo”, rica en taninos, fenoles, triterpenos, flavonoides, aceites esenciales, saponinas, carotenoides, lecitinas, vitaminas, fibra y ácidos grasos. La monografía de *Psidium guajava* L fue incorporada a la Farmacopea Brasileira en el 2002 (4ta edición). Sus hojas son utilizadas en la medicina popular desde tiempos remotos para tratar distintas afecciones, especialmente padecimientos gastrointestinales. Diversos estudios biológicos demostraron que la quercetina extraída de las hojas es uno de los principios activos más importantes responsable de su actividad antidiarreica y espasmolítica. Existen estudios que validan científicamente su uso y que sugieren que el extracto acuoso de hojas de guayaba se puede utilizar como un tratamiento eficaz para la diarrea no específica en la medicina popular.

### Objetivo

Optimizar el proceso de obtención de tinturas hidroalcohólicas a partir de extractos de hojas secas y pulverizadas de *Psidium guajava* L.

### Materiales y métodos

El material vegetal fue recolectado en su hábitat natural, en el paraje Santa Inés, municipio de Garupá, Departamento Capital de la provincia de Misiones, identificado y herborizado. Las hojas de *Psidium guajava* fueron secadas en estufa a (40°C) hasta peso constante y pulverizadas hasta el estado de polvo grueso. Se elaboraron VI tinturas por lixiviación conforme lo descrito en Farmacopea Argentina 7 con distintas graduaciones alcohólicas (30°, 50° y 70°) y dos temperaturas 40°C y 60°C. Se determinó flavonoides totales (como quercetina) contenidos en las tinturas y en las hojas según

Farmacopea Brasileira 4ta edición. El procesamiento de los datos se realizó con el programa estadístico StatGraphics (2011). Se utilizó el análisis de varianza para comparar los contenidos de flavonoides totales (quercetina).

### Resultados

Los valores medios de contenido de flavonoides totales (sobre droga anhidra) en las diferentes tinturas fueron: I: 0,462%; II: 0,589%; III: 0,417%; IV: 0,428%; V: 0,460%; VI: 0,559%. Estos valores fueron inferiores al contenido de flavonoides totales en las hojas cuantificados como quercetina (0,620%).

Al realizar el análisis de varianza se encontró diferencias significativas entre las diferentes tinturas ( $p < 0,05$ ), siendo la tintura II, con una graduación alcohólica de 50° y una temperatura de 60°C, la que presentó mayor porcentaje de flavonoides totales, con un rendimiento de extracción del 95%.

### Conclusiones

A partir de esta investigación se logró determinar la graduación alcohólica y la temperatura óptima de extracción de flavonoides totales para la obtención de tinturas de *Psidium guajava L.*

## **ADECUACIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**

*Palchik V., Colautti M., Dolza M., Salamano M., Traverso M.*

*Área Farmacia Asistencial. Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas  
Universidad Nacional de Rosario*

### **Introducción**

El cáncer es un problema de creciente relevancia para la salud pública, siendo la segunda causa de muerte en el país. Los tratamientos con medicamentos oncológicos se caracterizan por la multiplicidad de esquemas y la dinámica de su actualización.

Siendo las Guías de Práctica Clínica (GPC) recomendaciones destinadas a optimizar el cuidado del paciente es fundamental indagar cómo son utilizadas en la práctica asistencial cotidiana.

### **Objetivos**

Determinar la adecuación de las prescripciones de medicamentos oncológicos a GPC de referencia.

### **Material y métodos**

Estudio farmacoepidemiológico enfocado a prescripción de oncológicos en Servicio de Oncología del subsistema público de Rosario.

Población: adultos mayores de 18 años, con diagnóstico de tumores (Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10), en tratamiento con oncológicos de uso endovenoso de los grupos terapéuticos L01 (agentes antineoplásicos) y L02 (terapia endócrina) del Sistema de Clasificación ATC.

Período: enero-junio de 2012.

Fuentes de información: Historias Clínicas, registros de Farmacia. GPC consideradas:

- local: Protocolos Tratamientos Oncológicos Ministerio Salud Santa Fe.
- nacional: Pautas Oncología Instituto Roffo.

- internacionales: National Comprehensive Cancer Network, American Cancer Society, y European Society Medical Oncology.

Se considera prescripción de oncológico a la indicación de cada uno de ellos que realiza el médico en Historia Clínica, definiendo así el inicio de un esquema terapéutico. Su mantenimiento a través del tiempo, comprendiendo variaciones de dosis o frecuencias, representa un único tratamiento.

Para determinar si la prescripción coincide con lo recomendado por las GPC, se tiene en cuenta el esquema completo del tratamiento.

Se cuenta con autorización Comités Bioética de Facultad y Municipalidad.

## **Resultados**

Se prescriben 33 medicamentos oncológicos, en 259 prescripciones para distintos tratamientos. El fluorouracilo (L01BC02) es el medicamento más prescripto (12,4% de las prescripciones) indicándose en el 24,1% de los pacientes.

Los protocolos provinciales no poseen recomendaciones para 12 de los 27 diagnósticos registrados. El 44,4% de los diagnósticos tiene al menos un medicamento prescripto que no coincide con lo recomendado por al menos una de las GPC consideradas. La mayor proporción de no adecuación a GPC se da con los protocolos provinciales y con la del Roffo.

## **Conclusiones**

Si bien las GPC del Roffo son consideradas de referencia a nivel nacional, se observa mayor adecuación a las GPC internacionales. Esto podría deberse a que en Argentina no existe aún una definición estándar en el manejo de las patologías tumorales por parte del Estado Nacional.

## **ANÁLISIS DE LA DISPENSACIÓN DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN UNA FARMACIA INSTITUCIONAL**

*Rossaroli S., Acuña Mesina S., Armando P.,  
Cassano A., Moscardó M.*

*Servicio de Farmacia de la Unión de Educadores  
de la Provincia de Córdoba (UEPC)*

### **Introducción**

Para contribuir a la eficiencia del servicio profesional farmacéutico de dispensación es importante emplear procedimientos normalizados de trabajo (PNT). Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) constituyen un grupo farmacológico químicamente heterogéneo y ampliamente utilizado en nuestro país, cuya seguridad es motivo de revisiones periódicas y que requiere de un monitoreo permanente.

### **Objetivos**

- Adaptar el PNT del Programa D-Valor para la dispensación de AINEs y su instrumento de registro.
- Registrar las dispensaciones de AINEs durante el período de estudio y analizar los resultados obtenidos.

### **Material y métodos**

Se desarrolló un estudio observacional y prospectivo registrando datos de dispensación de AINEs durante 4 semanas en Servicio de Farmacia de la Unión de Educadores de la Provincia de Córdoba. Para estandarizar el proceso de dispensación se adaptó el PNT del Programa D-Valor (Sociedad Española de Farmacia Comunitaria: SEFaC), registrándose las dispensaciones de aquellos pacientes que aceptaron participar durante el período de estudio.

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0 y se efectuó un análisis estadístico descriptivo de las principales variables involucradas.

## **Resultados**

Se registraron 274 dispensaciones a distintos pacientes, de las cuales los AINEs mayoritariamente implicados fueron: ibuprofeno (47,1%) y diclofenac (12,4%).

El uso de AINEs se asoció en un 84,7% a mujeres y el grupo etario predominante se ubicó entre 45-65 años.

Un 76,3% de los pacientes utiliza los AINEs en forma crónica y un 5,1% manifestó haber tenido algún problema durante su empleo. Un 20,8% de los pacientes desconoce el lapso de tiempo en que debe utilizarlos.

El 38,7% de los pacientes tomaba algún medicamento susceptible de interacción con AINEs, siendo los antihipertensivos el principal grupo involucrado.

Las intervenciones del farmacéutico estuvieron mayoritariamente dirigidas a proporcionar información personalizada de los medicamentos (58,4% de los casos) y consejos higiénico-dietéticos (44,5%).

## **Conclusiones**

Este trabajo pone de manifiesto la necesidad de que el farmacéutico intervenga en forma activa durante la dispensación, responsabilizándose por los resultados del uso de los medicamentos. Se resalta el elevado porcentaje de pacientes que desconocen el tiempo de uso de los AINEs, lo que podría desencadenar problemas de seguridad en los tratamientos; considerando además que muchos de estos fármacos se encuentran bajo la categoría de medicamentos de venta libre.



## **EL GLAUCOMA Y EL ROL DEL FARMACÉUTICO EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ELEVACIÓN DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR COMO SU PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO**

*González M., Jirala M., Melito G.*

*Universidad Maimónides. C.A.B.A. Argentina*

### **Introducción**

El Glaucoma es la primera causa de ceguera prevenible e irreversible a nivel mundial. La elevación de la presión intraocular (PIO) es su principal factor de riesgo y dada su progresión lenta y asintomática, es muy importante su detección temprana.

Se propone que el farmacéutico pueda contribuir en su detección y prevención, mediante la medición de la PIO en la farmacia y a través de la educación a los pacientes.

Este servicio es realizado por farmacias en Barcelona, Málaga y Córdoba (España).

Además se han realizado campañas organizadas conjuntamente por la Sociedad Española de Oftalmología, el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos y la Fundación Pfizer en las que participaron farmacias de toda España.

### **Objetivos**

- Evaluar el nivel de conocimientos de la población estudiada sobre el glaucoma.
- Averiguar cuándo se realizaron el último control de la PIO y el resultado de dicha medición.
- Determinar los factores de riesgo preponderantes para padecer glaucoma.
- Conocer el nivel de aceptación de la población analizada sobre la realización de la medición de la PIO en la farmacia.

## **Material y métodos**

Encuesta transversal diseñada específicamente para este estudio. Muestreo probabilístico aleatorio irrestricto: 96% fueron mayores de 21 años y 65% de sexo femenino. 38 % poseyeron estudios universitarios. Se realizaron entrevistas personales en dos farmacias, en la campaña “Conociendo Nuestra Salud” y en el Servicio de Oftalmología del Hospital Álvarez y encuestas autoadministradas en modalidad on-line, difundidas mediante redes sociales.

## **Resultados**

136 entrevistas fueron realizadas de manera personalizada por el encuestador y 78 autoadministradas en modalidad on-line. Un 44,0% refirió no saber qué es el glaucoma, un 59,0% dijo no padecerlo y el 35,0% no sabía si lo padecía. Un 33,0% de los entrevistados nunca se realizó un control de la PIO y el 27,0% lo efectuó hace más de 2 años.

El 32,0% expresó no recordar el resultado de la última medición y el 90,0% de los entrevistados refirió que se mediría la PIO en la farmacia.

## **Conclusiones**

Un alto porcentaje de la población entrevistada no sabe qué es el glaucoma. El 60% nunca se había realizado un control de la PIO o lo había hecho hace más de 2 años. Un 60% de los pacientes posee al menos un factor de riesgo, siendo los principales: edad mayor a 35 años, HTA, miopía y diabetes. Hubo una elevada aceptación por parte de los encuestados para controlarse la presión intraocular en la farmacia al indagar puntualmente sobre este aspecto.

## **INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS PARA PREVENIR ERRORES DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS. ESTUDIO PILOTO**

*Nuñez G.<sup>1</sup>, Fungo M.<sup>2</sup>, Parisia L.<sup>3</sup>, Vega E.<sup>4</sup>*

*<sup>1</sup> Hospital Materno Provincial "Dr. Raul Felipe Lucini". Córdoba*

*<sup>2</sup> Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua. Río Cuarto. Córdoba*

*<sup>3</sup> Hospital J.B Iturraspe. San Francisco. Córdoba*

*<sup>4</sup> Departamento de Ciencias y Tecnología Farmacéutica; Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas. Universidad de Chile. Independencia, Santiago. Chile*

### **Introducción**

La tarea del farmacéutico consiste en asegurar que la farmacoterapia que recibe el paciente sea óptima, la más efectiva, segura y cómoda.

Como intervención farmacéutica (IF) se denominan las actuaciones en las que el farmacéutico participa activamente en la toma de decisiones referidas a la terapia de los pacientes y en la evaluación de los resultados. Esta responsabilidad no debe llevarse a cabo aisladamente, sino en colaboración con el resto de profesionales sanitarios y con el paciente.

### **Objetivo**

Evidenciar errores de administración de medicamentos que se evitaron debido a las IF.

### **Materiales y métodos**

Estudio observacional descriptivo prospectivo entre enero y marzo 2015. Se registraron y analizaron las IF realizadas por 3 farmacéuticos en 3 hospitales públicos de la provincia de Córdoba, tanto para pacientes internados como ambulatorios. Se documentaron IF generadas por consultas del equipo de salud (pasivas) como aquellas que surgieron por participación del farmacéutico en sala (activas).

Las IF se categorizaron de acuerdo a los motivos de consulta según los errores de medicación evitados, usando la clasificación de la American Society of Health-System Pharmacists en: Preparación, manipulación y

acondicionamiento (PMA), Técnica de administración (TA), Prescripción incorrecta (PI), Dosis incorrecta (DI), Hora de administración incorrecta (HAI), Medicamento deteriorado (MD).

De cada IF se registró: fármaco involucrado, especialidad farmacéutica, dosis requerida, descripción del motivo de consulta y solución propuesta. Además, las IF se presentan por hospital y número de camas día (c-d).

Los datos fueron procesados en planilla de cálculo de Microsoft Excel® 2010 diseñada para el estudio.

## **Resultados**

Durante 3 meses los farmacéuticos registraron 18 IF, las cuales se clasificaron en: 7 de PMA, 4 de TA, 3 de PI, 2 de DI, 1 de HAI, 1 de MD.

En promedio, cada farmacéutico dedicó 1 hora por IF para la resolución de las mismas.

De las 18 IF, 10 fueron activas y 8 fueron pasivas. Según institución, las IF correspondían: 10 IF al Hospital Materno Provincial/176 c-d; 5 IF al Hospital J. B. Iturraspe/120 c-d, 3 IF al Nuevo Hospital Río Cuarto/152 c-d. Todas las IF fueron aceptadas.

## **Conclusiones**

Las IF evidenciaron potenciales daños que podrían haber afectado al/los pacientes ambulatorios y/o hospitalizados al momento de administrar una forma farmacéutica. Dichas IF demostraron desconocimiento en cuanto a vías de administración, dosificación, estabilidad y manipulación de diferentes ingredientes farmacéuticos activos por parte del personal de salud.

## **TRABAJO PREMIADO Y MENCIONES ESPECIALES**

### **Primer Premio**

- **Programa de Educación Escolar sobre el apropiado uso del medicamento**

*Autores:*

Fernández M., Araya M., Camusso A., Cortez M., Dezzutto D., Sosa A.

### **Menciones Especiales**

- **Encuesta y Taller de concientización en atención al celíaco en Farmacias de Misiones**

*Autores:*

Salcedo L., Milde L.

- **Elaboración de una emulsión a partir de materias primas derivadas de la soja en el laboratorio de una oficina de Farmacia**

*Autores:*

Castellani M., Vilarrubi S.

- **Prescripción potencialmente inapropiada de medicamentos en la población adulta mayor según cuatro instrumentos de medición**

*Autores:*

Fajreldines A., Insua J., Malvicini A., Schnitzler E.

- **Análisis del cumplimiento de las Buenas Prácticas de Promoción de medicamentos de venta bajo receta en materiales promocionales impresos**

*Autores:*

Grigolato V., Araya M.; Asinari M.; Caraballo A.; Clavé M.; Coassolo A.; Dezzutto D.; Facino M.; Imhof S. ; Pagani M.; Rojas S.; Sen V.; Sosa A.

- **Caracterización de las actividades de la Comisión de Medicamentos de la Provincia de Santa Fe, en el marco del uso racional de los medicamentos**

*Autores:*

Tassoni S., Chiarveti L., González A., Palchik V.

- **Hacia la preparación de una fitomedicina antifúngica bi-herbaria, activa frente a aislamientos clínicos de *Candida albicans* y *Candida glabrata***

*Autores:*

Butassi E., Feresin G., Ivancovich J., Svetaz L., Tapia A., Zacchino S.

