

- > 15<sup>tas.</sup> Jornadas Federales y 14<sup>tas.</sup> Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos
- 4<sup>tas.</sup> Jornadas Profesionales Farmacéuticas

*El servicio farmacéutico ante los cambios epidemiológicos y tecnológicos*





15<sup>tas.</sup> Jornadas Federales y 14<sup>tas.</sup> Internacionales  
Política, Economía y Gestión de Medicamentos  
4<sup>tas.</sup> Jornadas Profesionales Farmacéuticas



*El servicio farmacéutico ante los cambios  
epidemiológicos y tecnológicos*

# AMERICAN

HOTEL CASINO & RESORT



15<sup>tas.</sup> Jornadas Federales y 14<sup>tas.</sup> Internacionales  
Política, Economía y Gestión de Medicamentos  
4<sup>tas.</sup> Jornadas Profesionales Farmacéuticas

*El servicio farmacéutico ante los cambios  
epidemiológicos y tecnológicos*



8 y 9 de junio de 2017  
Hotel American Carlos V  
Termas de Río Hondo, Santiago del Estero, Argentina

Copyright © FEFARA ediciones

Primera edición, 2017.

Federación Farmacéutica - FEFARA

15tas Jornadas Federales e Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos. ; compilado por Hugo Robatta ; editado por Ingrid Recchia ; Cecilia Pozzo. - 1a ed ilustrada. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Federación Farmacéutica - FEFARA, 2018.

302 p. ; 24 x 15 cm.

ISBN 978-987-46459-1-3

1. Farmacia. 2. Ejercicio Profesional. 3. Acceso a la Salud. I. Robatta, Hugo ed.

CDD 615

*Datos de catalogación*

Queda hecho el depósito que marca la Ley N° 11.723.

Impreso en la República Argentina.

Publicación

Federación Farmacéutica - FEFARA

Av. Hipólito Yrigoyen 900, C1086AAN CABA.

Tel.: (+54-11) 4342-9473

E-mail: [fefara@fefara.com.ar](mailto:fefara@fefara.com.ar)

Producción editorial

Federación Farmacéutica - FEFARA

Diseño gráfico

Ingrid Recchia

Agradecimiento por la colaboración en la edición de esta publicación

Laboratorio Monserrat y Eclair S.A.



**Las 15<sup>tas.</sup> Jornadas Federales y 14<sup>tas.</sup> Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos, junto con las 4<sup>tas.</sup> Jornadas Profesionales Farmacéuticas cuentan con las siguientes declaraciones de interés:**

Concejo Deliberante de la Ciudad de Termas de Río Hondo •  
Declaración 0038/2017

Cámara de Diputados de la Provincia de Santiago del Estero • Declaración 189

Cámara de Senadores de la Provincia de Santa Fe • 11 de mayo de 2017

Intendente de la Municipalidad de la Ciudad de Santa Fe de la Vera Cruz •  
Decreto 246 del 26 de abril de 2017

Gobernador de la Provincia de Santa Fe • Decreto 1120 del 2 de mayo de 2017

Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe • 1 de junio de 2017

Ministerio de Salud de la Provincia de La Pampa • Resolución 1751/17

Cámara de Representantes de la Provincia de Misiones • 1 de junio de 2017

#### **Auspicios**

Departamento de Biología, Bioquímica y Farmacia de la Universidad Nacional del Sur • 25 de abril de 2017

Rectorado de la Universidad Nacional de La Pampa • Resolución 122/17

Instituto de Seguridad Social de la Provincia de La Pampa • Resolución 48/17

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe • Resolución 0634/17

Decana de la Facultad de Ciencias Naturales y Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco • Resolución 316/17

Rector de la Universidad Nacional de San Luis • Resolución 787/17

Ministerio de Salud Pública, Gobierno de Misiones • Resolución 815/17

# ÍNDICE

|   |     |
|---|-----|
| <b>Acto de apertura</b> .....   | 11  |
| <b>Conferencia 1</b>  |     |
| Las nuevas regulaciones en el mercado farmacéutico de Chile.....  | 21  |
| <i>Coordinador: Manuel Agotegaray</i>   |     |
| <i>Expositora: Tatiana Tobar Aravena</i>  |     |
| <b>Conferencia 2</b>  |     |
| Los cambios y transformaciones en el mercado de medicamentos de México .....  | 39  |
| <i>Coordinador: Carlos Vasallo</i>  |     |
| <i>Expositor: Iván Franco</i>   |     |
| <b>Mesa 1</b>   |     |
| Medicamentos de alto costo y baja incidencia. La cuadratura del círculo, innovación, regulación, cobertura y judicialización..... | 69  |
| <i>Coordinador: David Campos</i>  |     |
| <i>Expositores: Edgardo Von Euw y Carlos Vassallo</i>   |     |
| <b>Mesa 2</b>   |     |
| La seguridad social y la cobertura de medicamentos .....  | 99  |
| <i>Coordinadora: Natalia Rodríguez</i>  |     |
| <i>Expositor: Raúl Ayuch</i>  |     |
| <b>Mesa 3</b>   |     |
| El círculo virtuoso de la investigación y producción farmacológica como base del acceso y la equidad en salud.....                | 113 |
| <i>Coordinador: Miguel Osio</i>   |     |
| <i>Expositores: Carlos A. Ubeira, Adolfo Sánchez de León y Pablo Barenboim</i>  |     |
| <b>Conferencia 3</b>  |     |
| Las tecnologías de la información y comunicación aplicadas a la gestión de las enfermedades crónicas.....                         | 143 |
| <i>Coordinador: José Antonio Cid</i>  |     |
| <i>Expositor: Pablo Arbeloa López</i>   |     |

#### **Mesa 4**

Nuevo escenario epidemiológico. Las políticas de salud en las provincias de Santiago del Estero y Tucumán ..... 171

*Coordinador: Hugo Navarro*

*Expositores: Lucía Cebe, Hugo Feraud y Roberto Chuit*

#### **Mesa 5**

Diálogo con el Colegio oficial del País Vasco y lineamiento del plan estratégico FEFARA 2027: farmacéutico y farmacia concentrados en el paciente ..... 201

*Coordinador: Manuel Agotegaray*

*Expositores: Ángel Garay Garay y Consuelo Orellana*

Acto de cierre ..... 227

*Manuel Solari, Natalia Rodríguez y Manuel Agotegaray*

4tas. Jornadas Profesionales Farmacéuticas ..... 235





> ACTO DE APERTURA

*Participaron de la Mesa de apertura de las 15<sup>tas</sup> Jornadas Federales y 14<sup>tas</sup> Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos, el Ministro de Salud de Santiago del Estero, Dr. Luis César Martínez, el Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Santiago del Estero, Farm. Hugo Navarro, y el Presidente de FEFARA, Farm. Manuel Agotegaray.*



**Farm. Hugo Navarro**

*Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Santiago del Estero*

Buenos días, en nombre del Colegio de Farmacéuticos y de los farmacéuticos de Santiago del Estero quiero expresar nuestra gratitud por contar con la presencia de todos ustedes, del señor Ministro de Salud, Dr. Luis César Martínez, que nos acompaña, del señor Presidente de FEFARA, Farm. Manuel Agotegaray. También agradezco la presencia del Presidente de la Obra social Municipal, de todos los disertantes y de los colegas que vinieron de diferentes ciudades del país. Muy especialmente, quiero destacar algo que nos gratifica cada día más y es la presencia de los estudiantes y futuros farmacéuticos en estas Jornadas. Realmente considero que es un gran logro disfrutar la concreción de estos encuentros de debate y reflexión sobre nuestra profesión.

También quiero destacar y agradecer la colaboración del Municipio de la Ciudad de Termas de Río Hondo, de la gente del Hotel Amerian Carlos V, de su Centro de convenciones, quienes con su trabajo facilitaron que estas Jornadas hoy sean una realidad. Creo que la presencia de todos ustedes lo demuestra y que va a ser fundamental poder interactuar y poder conocer las diversas realidades, sobre todo, para poder definir políticas a futuro. Les reitero mi agradecimiento en nombre del Colegio de Farmacéuticos de Santiago y cedo la palabra al presidente de la Federación Farmacéutica, Manuel Agotegaray.



### *Farm. Manuel Agotegaray*

*Presidente de FEFARA*

Buenos días a todos. La verdad es que tenemos un gran orgullo, desde FEFARA, por la organización de estas 15<sup>tas.</sup> Jornadas Federales y 14<sup>tas.</sup> Jornadas Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos. Cada año, los farmacéuticos renovamos la pretensión de que alguna vez se discuta en serio en nuestro país el tema de los medicamentos. Este deseo hace que iniciemos las Jornadas con más fuerza y que al discutir con Carlos Vasallo, sobre todo, el tema de la organización de las Mesas, no perdamos de vista la necesidad de que se trate con seriedad una política del medicamento desde el Estado, a cargo de las instituciones y a cargo de los profesionales. Estamos seguros de que sembrando –y subrayo que no vamos a dejar de hacerlo– algún día algún equipo sanitario, algún equipo de algún político, va a tratar este tema como realmente se merece.

Creo que no hay más que hojear los quince libros que hemos hecho desde 2002 hasta hoy, para ver que técnicamente tenemos los mejores recursos, tanto humanos como económicos, como para que la Argentina tenga realmente una política y un sistema de medicamentos acorde con las necesidades de la población. Por eso también quiero agradecer la presencia de todos ustedes. Nosotros creíamos que en 2002 habíamos creado estas Jornadas porque estábamos en crisis, pero resulta que cuando uno hace la evaluación de lo que ha pasado en el país y, en particular, con el tema medicamento, ya tenemos muchísimas dudas de que aquello fuera una crisis. El tiempo transcurrido también nos ha llevado a reflexionar –y a mí particularmente– qué significa cuando algo está en crisis, porque se-



guimos gastando inmensos recursos económicos en medicamentos en el país, pero todos observamos que no hay coordinación para que esos recursos sean gastados en forma equitativa, en forma eficiente.

Cuando empecé con mi profesión, iba a charlas donde se hablaba de la reforma del sistema, de la crisis de la reforma, de la reforma de la reforma y al final uno ve que la única reforma que se va produciendo en el tema de los medicamentos está dada por la oferta y no, por una regulación, que es a lo que aspiramos los farmacéuticos, para de alguna manera romper con esa asimetría de la información que se tiene entre la oferta y la población. Por eso, estos encuentros, que tuvieron una gran importancia durante los primeros años, han ido cambiando el concepto, y a las primeras Jornadas sobre economía, política y gestión vimos la necesidad de sumarle, hace unos cinco años más o menos, las Jornadas Profesionales, para que los colegas tengan la posibilidad de presentar sus trabajos, intercambiar y discutir todos sus saberes y, fundamentalmente, para ir posibilitando el camino por el cual consideramos que los farmacéuticos tenemos que ir.

Año a año vemos el crecimiento de los trabajos y estamos de acuerdo con que las presentaciones sirvan para consolidar el currículum de muchos profesores y académicos, sin embargo, a medida que el tiempo pasa, tanto estas Jornadas, como la misma profesión, les van a ir exigiendo entrar en temas que sean concretos, que realmente le sirvan a la profesión y que nos sirvan como farmacéuticos al servicio de la población.

Por este motivo, nuestras Jornadas tienen un dinamismo que se renueva. Entre todos los aciertos y errores que hemos tenido a lo largo de estos 15 años, seguimos reafirmando que esta es la forma de aportar desde la profesión farmacéutica al sistema de salud y a la población. Porque el día de mañana estos profesionales que hoy muy entusiastas discuten sus trabajos verán lo que estamos invirtiendo. En estas Jornadas contamos con muchos estudiantes de las facultades de Córdoba, San Luis, Misiones, Rosario y Bahía Blanca. También ellos empiezan a tomar conciencia y devolverán a la profesión esto que hoy se invierte en ellos. Sabemos que ese es el camino, no tenemos ningún tipo de duda. Por eso y por aferrarnos a este objetivo, quería comentarles que estamos realmente desbordados y quería avisarles y también pedirles disculpas si es que detectan algún tipo de falencia, porque la cantidad de inscriptos ha sido un récord, feliz, para todos nosotros.

Como decía ayer nuestro colega Ángel Garay Garay, presidente del Colegio de Farmacéuticos del País Vasco, estas Jornadas están sostenidas por el trabajo de la farmacia comunitaria. Durante un encuentro de trabajo, él nos decía una frase contundente y es que “Sin farmacia comunitaria no existe profesión farmacéutica”. Me quedé pensando que esta frase, para nosotros, es aún más profunda, porque para la realidad del sistema de salud de la Argentina, tan fragmentado y con 24 autonomías sanitarias, es cierto que si no existe la farmacia comunitaria directamente no existe la profesión. Sin la farmacia comunitaria no existiría la red de farmacias cuyo sentido es asegurar una gran capilaridad sobre el territorio y la distribución que la población merece.

Sin embargo, si analizamos lo que nos pasó a los farmacéuticos en el país a través de los años, podemos observar que fue exactamente el camino inverso, nos cooptaron las instituciones, nos debilitaron la red de farmacias, nos quieren hacer desaparecer. Actualmente, la oficina de farmacia y la profesión –como bien decía el colega español– está hoy en un momento donde necesita de todos independientemente de dónde ejerza cada uno la profesión, es momento de poner todo para sacarla adelante. Sabemos que este es el camino de acción, que debemos ser proactivos desde las instituciones, tenemos margen, tanto en los recursos como en la acción.

Sin entrar en posicionamientos políticos, hoy las instituciones farmacéuticas tienen que tener en claro que hay muchos aspectos del medicamento que conciernen al Estado pero que, sin embargo, no alcanza con reclamar todo al Estado. Tenemos que presentarnos ante los funcionarios para que entiendan nuestra convicción y nuestra postura, porque ejercemos una profesión que tiene un solo camino, que es ser socios de la demanda y no de la oferta.

Nosotros fundamos FEFARA con el propósito de trabajar para la profesión farmacéutica y para servirle a la población y hoy, más que nunca, tenemos que ser no reemplazantes pero sí ayudantes netos del Estado.

En estas Jornadas, tenemos disertantes que nos honran con su presencia, que nos van a enriquecer con sus conocimientos y sus acciones acerca, por ejemplo, de la política regulatoria de medicamentos en Chile, nos visita gente de México también, porque no casualmente vamos tratando de informarnos acerca de modelos que de alguna manera nosotros tenemos que tratar de neutralizar porque la concentración económica se va estableciendo más allá de lo que nosotros podamos hacer, y contaremos con la exposición del presidente del Colegio del País Vasco.



Desde FEFARA, impulsamos un mercado del medicamento transparente. De una vez por todas, queremos que en la Argentina se hable de genéricos, no como ahora que se confunde al genérico con la marca, a la marca con la patente y hay un bombardeo mediático y político para que esas discusiones no se den. Nosotros vamos a seguir impulsando esas discusiones, porque estamos más convencidos que nunca. Por eso tenemos un plan de accesibilidad para la población, donde se da una interacción entre lo público y lo privado, que ha sido comprobada y está funcionando en más de 4000 farmacias. No hay ninguna razón que le impida a aquel argentino al que lamentablemente hoy le toca estar excluido del sistema de protección social acceder al mismo servicio del que goza aquel que tiene una prepaga, porque recursos sobran y también sobran recursos tecnológicos. Tenemos una red de farmacias para que cualquier argentino tenga acceso a nuestros servicios. Lo único que falta es decisión y convicción política.

Desde FEFARA, hemos desarrollado lo que llamamos un Prerefa, que constituye un precio de referencia farmacéutica, porque si nosotros no hacemos algo con aquellos problemas en los que los funcionarios no se quieren involucrar, como es la política empresarial de los laboratorios, y si la industria hace lo que quiere con los precios, nosotros vamos a seguir siendo el último eslabón y siempre el más débil de esta cadena.

Necesitamos dar discusiones concretas y que se tenga en cuenta que el medicamento es un bien social, que la población necesita poder acceder a ese servicio y que el Ministerio debe regular. Por eso pensamos en los precios de referencia, para eso tiene que haber un tope de monodrogas, de modo tal que el medicamento esté garantizado en un ciento por ciento para todo ciudadano y que después al que le sobre un peso y quiera hacerle caso a la televisión que entonces vaya y compre una marca, pero nosotros tenemos que ir por ese servicio mínimo que todos merecen.

Tenemos un programa de asistencia farmacéutica que consiste en ayudar a aquellas localidades de menos de 1500 habitantes de la Argentina, para que puedan tener su farmacia y para que los jóvenes profesionales, no tengan la menor duda, puedan tener una salida laboral. Es evidente que no todos van a tener una farmacia como nos pasaba a nosotros hace 30 años, porque todo ha cambiado, pero el presente no es mejor ni peor, es distinto y nosotros tenemos la obligación de ayudarlos y de mejorarles el camino. También tenemos otros proyectos que a lo largo de las Jornadas les iremos contando, pero ahora no quiero extenderme más.

Quiero agradecer la presencia de los disertantes, los asistentes y los estudiantes. También avisarles que en el sitio de Internet de FEFARA están disponibles los quince libros que hicimos, desde 2002 hasta hoy, con todos los temas que hemos desarrollado sobre medicamentos, desde la visión de todos los actores involucrados. Están las discusiones sobre el papel que debería representar el Estado, si debe ser benefactor, regulador o no interferir, las discusiones sobre genéricos, sobre bioequivalentes, sobre mercado. Todas las opiniones y muchas experiencias se documentan allí. Por suerte, podemos decir que tenemos dos días de trabajo por delante y que nuestras Jornadas siguen gozando de muy buena salud.

Antes de terminar, quiero contarles que estamos en la provincia donde se encuentra la semilla de lo que fue FEFARA. En 2004, fue aquí donde se firmó un contrato entre la Obra social provincial y el Colegio de Farmacéuticos, para que los farmacéuticos santiagueños le dieran medicamentos a todos los afiliados de la Obra social. Actualmente, el doctor Peregrino Selser, que era el Presidente de la Obra social en ese momento, trabaja con nosotros en FEFARA como Secretario académico y, a través de los años y los cambios de gobierno, siempre persistió una cuestión de estado acerca de la conveniencia de que ese contrato se mantuviera en manos de los farmacéuticos para ayudar a la población, eso es lo que pedimos, es tan simple como eso. Pedimos coherencia, convicciones y sentido común, para que, independientemente de lo que políticamente crea cada uno, siempre pongamos por delante a la gente, a los argentinos, a nuestros conciudadanos. Muchas gracias a todos y adelante con el trabajo en las Jornadas.



**Dr. Luis César Martínez**

*Ministro de Salud de Santiago del Estero*

Buenos días, Manuel, Hugo, buenos días a todos y a todas quienes están presentes aquí. Gracias por permitirme compartir este espacio, estoy contento de estar aquí en estas Jornadas cuyos tres ejes son tan importantes como la política, la economía y la gestión del medicamento. Los que hacemos gestión, ya sea de manera pública o privada, constantemente nos encontramos con estos tres ejes y, como bien lo dijo Manuel, desde los distintos lugares donde nos encontremos trabajando, si lo que queremos es lograr que el medicamento, ese derecho que tiene



la población, llegue a sus manos, tenemos que acercarnos y negociar con la política. El objetivo, en definitiva, es que los decisores de política puedan ayudarnos en esto que queremos hacer, ya que la intención siempre es mejorar la calidad de vida de las personas, asegurando el acceso a un tratamiento o a un medicamento.

Veo mucha gente joven y lo destaco especialmente, ya que es muy importante ir transmitiendo todo lo que nosotros acumulamos en la experiencia. Debemos ayudar a las generaciones que vienen y se están formando, y cada tanto revisar esa agenda de temas pendientes que tenemos, con cuestiones que todavía no hemos podido decidir o resolver.

En estos días y a propósito de estas Jornadas he venido pensando algunos conceptos que estimo de mucha importancia y que quiero compartir con ustedes. Digo esto porque creo que la salud ha comenzado a pensarse en clave de derecho humano desde hace relativamente pocos años, si lo comparamos con la larga línea de tiempo que se extiende en la lucha por otros derechos denominados fundamentales. Tal vez ello se deba a que existe cierta representación social acerca de que el derecho a la salud no permite discusión alguna.

El devenir de la ciencia y los adelantos tecnológicos en materia de salud han introducido dilemas más instrumentales, por decirlo de alguna manera, donde los medicamentos ocupan un lugar central en el sistema sanitario. Su aparición ha significado increíbles aportes a la salud de la población, basta recordar lo que constituyó el descubrimiento de los antibióticos ya hace mucho tiempo, y de qué manera modificó los patrones de la morbilidad y de la mortalidad hasta el día de hoy. Hacia los años sesenta y setenta, el desarrollo de la industria y el desarrollo farmacéutico representaban una parte importante del gasto de los presupuestos sanitarios en los países occidentales. Sin embargo, la caída del Estado de Bienestar puso a los sistemas sanitarios ante la certeza de que los sistemas de salud tenían un precio y que muchos países, sobre todo los países en vías de desarrollo, no estaban en condiciones de pagar.

Desde entonces, el acceso a los medicamentos esenciales ha sido una preocupación y una prioridad en la agenda sanitaria establecida por la Organización Mundial de la Salud. La declaración de la ANMAT allá por el año 1978 ya postulaba el suministro de medicamentos esenciales como un derecho de todos los pueblos. Por eso, celebramos estas Jornadas, donde se desarrollará y se abordará en profundidad la dimensión política, la económica y la social del medicamento.

Nuestra provincia, a partir de la reforma de 2005 que lideró el entonces gobernador Gerardo Zamora, establece claramente en el artículo 24 de su Constitución que el medicamento es considerado un bien social, debiendo el Estado arbitrar los mecanismos que tiendan a promover su accesibilidad para todos los habitantes de la provincia, así como la fiscalización de su procedencia y calidad. En estos dos días de Jornadas, esta ciudad spa, lugar de encuentro de prestigiosos hombres y mujeres de diversos campos del saber, recibe a todos ustedes que, de una u otra manera, intervienen en la investigación, producción, distribución y comercialización de los medicamentos.

Realmente deseo que la protección del bien público, por encima de cualquier interés sectorial, sea la idea rectora de estos encuentros de trabajo. Creo que, en estos tiempos, todos debemos asumir la responsabilidad que nos compete para redoblar el esfuerzo y para garantizar a nuestra población medicamentos accesibles y de calidad. Espero que de aquí surjan elementos –como les decía al principio– para guiar la toma de decisiones y que nos los acerquen a través del Colegio de Farmacéuticos y a través de FEFARA, ya que estoy convencido de que la política se nutre democráticamente de aquellas experiencias y saberes que cada uno aporta.

Espero que estas Jornadas tengan un gran éxito y me parece que ya el gran número de convocados lo está adelantando. Les transmito un saludo cordial de nuestra Gobernadora, la Dra. Claudia Ledesma de Zamora, quien por su agenda no ha podido participar y espero que, además de lo mucho que van a trabajar, puedan, en esta ciudad, conocer y disfrutar de nuestras aguas termales, que también son un medicamento y son excelentes para la salud. Les deseo el mayor de los éxitos.



Arg. MIGUEL MUKDISE, Intendente de Río Hondo  
y Farm. MANUEL AGOTEGARAY, Presidente de FEFARA  
en la Conferencia de Prensa realizada el 7 de junio de 2017.





> CONFERENCIA

1

## LAS NUEVAS REGULACIONES EN EL MERCADO FARMACÉUTICO DE CHILE

*Coordinador: Farm. Manuel Agotegaray, Presidente de FEFARA.*

*Expositora: Tatiana Tobar Aravena, Química farmacéutica de la Universidad de Chile.*

*Jefa del Departamento de Política y regulaciones farmacéuticas prestadoras de salud y medicinas complementarias, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile.*

*Esta disertación estará a cargo de Tatiana Tobar Aravena, quien actualmente se desempeña como Jefa del Departamento de política y regulaciones farmacéuticas prestadoras de salud y medicinas complementarias de la División de políticas públicas saludables y promoción de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile. Hasta septiembre de 2014, ha trabajado en la Agencia nacional de medicamentos ANAMED del Instituto de Salud Pública de Chile, ocupando diversos cargos pero siempre especializándose en la temática de los asuntos regulatorios. Cursó estudios de Doctorado en Ciencias farmacéuticas en la Universidad de Chile, es diplomada en Política comercial en el Instituto de estudios internacionales de la Universidad de Chile y referente nacional en temas de medicamentos para los bloques ORAC, CONU, Mercosur y Unasur. Por otra parte, es miembro del Comité de expertos para la Certificación de autoridades nacionales de regulación de la Organización Panamericana de la Salud y asesora técnica del Ministerio de Relaciones exteriores. Se ha capacitado específicamente en propiedad industrial en la farmacia en la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires y es docente de posgrado en las universidades de Santiago y Austral, en su país.*

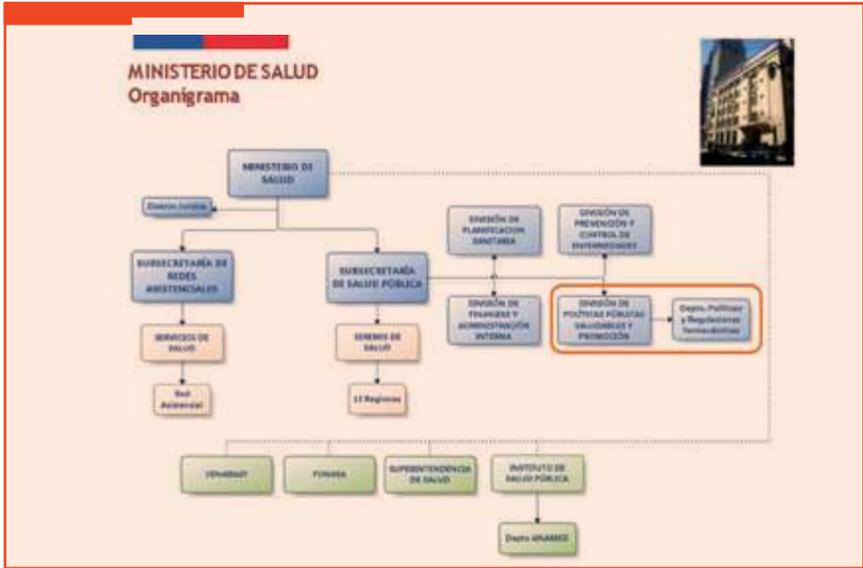
## *Palabras de Manuel Agotegaray*

Como hablábamos al inicio de estas Jornadas, vamos a buscar acrecentar nuestros conocimientos y, para ello, le damos la palabra a la colega Tatiana, que nos permitirá ingresar e incluso profundizar mediante su exposición en todo lo relacionado con la regulación en el mercado de los medicamentos en Chile. Creo que los aportes que ella nos haga nos permitirán reflexionar sobre un tema que, en la Argentina, ha sido como un fantasma, debido sobre todo a las famosas cadenas de farmacias y al crecimiento que estas han alcanzado en los últimos años.

## *Tatiana Tobar Aravena*

Buenos días a todos, quiero expresar un agradecimiento especial a FEFARA por la invitación y comentarles que tenemos una muy linda relación en salud los argentinos con los chilenos, así que no lo pensé mucho y aquí estoy, por primera vez en este lugar y con toda la disposición y el cariño. Tengo la intención de contarles todo lo que está pasando en estos últimos años ya que, en Chile, está muy movido todo lo relacionado con los medicamentos.

A nosotros nos costó mucho ser una agencia de nivel cuatro de la Organización Panamericana de la Salud - OPS, algo que ustedes ya son hace bastante tiempo. Y, sobre todo, constituirnos como una agencia de referencia regional, cumpliendo todos los estándares de la OPS. La verdad es que fuimos muy osados, ya que fuimos el primer país que se presentó para ser punta de lanza en la región y tuvimos todos los tropiezos de ese mecanismo hasta que al final en 2016 logramos ser una agencia reconocida y ordenarnos internamente como un Sistema Nacional Regulador, dentro del cual está el Ministerio de Salud, el Instituto de Salud Pública (ISP), que es el equivalente a la ANMAT de la Argentina, y donde también figuran las Secretarías regionales ministeriales (SEREMIS), ya que tenemos una población de 17 millones de personas y así es más fácil ordenarse.



El Ministerio y específicamente donde yo trabajo, que es la Subsecretaría de Salud Pública, son quienes ejercen el rol regulador. Esto implica que nosotros dictamos las normas, si bien lo hacemos a petición del Instituto que es el que las ejecuta. El ISP ejecuta esta regulación y también las Secretarías regionales ministeriales presentes en las 15 regiones de Chile, que actúan constituyendo como la representación de la salud en cada región. Esa es la estructura.

Sin embargo, en 2005, el Ministerio de Salud realizó una reforma para ordenar un poco los ámbitos, sobre todo, el tema de las redes asistenciales. Desde entonces la Subsecretaría de Redes Asistenciales se encarga de toda la atención primaria secundaria y terciaria, de los hospitales y los consultorios, en tanto, por otro lado, funciona la Subsecretaría de Salud Pública con su rol regulador. Supuestamente, esto iba a ordenar un poco el tema, pero desde mi punto de vista creo que nos ha costado bastante, porque ahora tenemos algo así como dos ministerios. Entonces, si antes las funciones estaban un poco complicadas, creo que ahora cuesta mucho más ponerse de acuerdo. Cuando hablamos de medicamentos, por ejemplo, hay que hablar con cinco o seis personas porque todos tienen alguna función diferente respecto del medicamento, si bien estamos tratando de salir adelante.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales vela por los 29 servicios de salud que hay en el país y la Subsecretaría de Salud Pública coordina directamente con

las 15 SEREMIS. Precisamente allí es donde se produce la división de políticas públicas y donde está el Departamento de regulaciones. Pero también hay instituciones autónomas, denominadas CENABAST, que son las Centrales de abastecimiento del Sistema nacional de Salud. Entre ellas se encuentra la Central nacional de medicamentos, que realiza las compras públicas, el Instituto de Salud Pública y el Fondo Nacional de Salud, además de la Superintendencia de Salud, que es la que hace el control.

Todos los que trabajamos en salud sabemos que solo somos portada de diario cuando se produce un escándalo o una muerte y que es muy difícil que a un periodista le interese ver algún logro auténtico. Pero hoy les quiero mostrar un tema súper importante del cual nos sentimos muy orgullosos, más allá de su baja notoriedad. Fue una guerra de casi cinco años, tanto interna como externa, y fue la Ley de etiquetado de alimento, la ley de súper 8 o –como debiera llamarse– la ley antiobesidad. Gracias a la sanción de esta norma actualmente se exige poner sellos discos pares en negro en todos los alimentos que, sobre una porción de 100 gramos, se encuentren altos en azúcares, en calorías y en grasas.



Se trató de un combate durísimo, pues se consideró un obstáculo técnico al comercio. Fuimos acusados por la OMC, y tuvimos que dar muchas explicaciones, video-conferencias en relaciones exteriores con otros países e internamente, sin

embargo, logramos sacar adelante la ley. Esta ya lleva un año de implementación y verdaderamente se ha dado un cambio en Chile donde el problema de la obesidad era y es bastante grande. Así, después de que nos demandaran ante la OMC, ahora todos los países nos piden que vayamos a acompañarlos y a contarles cómo es esto y cómo se puede implementar en sus comunidades. Ya estamos conversando con todos los países de la región, para apoyarlos en la implementación.

En la próxima imagen está el modelo de farmacias municipales. En 2015, el alcalde comunista Daniel Jadue creó la primera farmacia popular en Chile a la que bautizó con el nombre de Ricardo Silva Soto, un farmacéutico asesinado durante la dictadura, compañero de curso y amigo de muchos de nosotros. Este alcalde hizo todo un estudio, ya que de acuerdo con la Ley de municipalidades su rol también consistía en desplegar acciones de salud y educación públicas. Estudiaron muy bien el tema del medicamento y lucharon, primero contra los prejuicios, ya que como era comunista todo lo que el alcalde hiciera estaba mal visto, y luego contra las farmacias, debido a que se metían en un tema de sacar los medicamentos gratuitos y ponerlos a la venta.

< El servicio farmacéutico ante los cambios epidemiológicos y tecnológicos >



**PRIMERA FARMACIA MUNICIPAL**



**Golpe al Modelo Colusión**

3000 Farmacias  
 1500 cadena SB FA CV 90% \$  
 1500 independientes 10% \$  
 100 FFPP red AP

### Modelos de Farmacias Populares

#### Farmacia Popular Ricardo Silva Soto Municipalidad de Recoleta

LAS DIFERENCIAS DE PRECIO ENTRE LA FARMACIA POPULAR Y LAS GRANDES CADENAS

| Medicamento                    | SB     | FA        | CV        | FFPP      |
|--------------------------------|--------|-----------|-----------|-----------|
| ACETAMINOFENO 500MG CADA 30 CP | \$ 200 | \$ 14.810 | \$ 12.810 | \$ 15.790 |
| ADULTERIO 500MG CADA 30 CP     | \$ 340 | \$ 58.330 | \$ 70.130 | \$ 73.730 |
| ADULTERIO 500MG CADA 30 CP     | \$ 340 | \$ 58.330 | \$ 70.130 | \$ 73.730 |
| COLONIAS ALOE 1MG CADA 30 CP   | \$ 40  | \$ 1.720  | \$ 1.240  | \$ 1.290  |
| EFFINACE 100 MG CADA 30 CP     | \$ 40  | \$ 14.090 | \$ 10.190 | \$ 10.190 |
| EFFINACE 100 MG CADA 30 CP     | \$ 40  | \$ 14.090 | \$ 10.190 | \$ 10.190 |
| FRAN 30 MG CADA 30 CP          | \$ 340 | \$ 45.230 | \$ 38.840 | \$ 41.890 |
| FRAN 30 MG CADA 30 CP          | \$ 340 | \$ 45.230 | \$ 38.840 | \$ 41.890 |
| PLAQUINO 300 MG                | \$ 340 | \$ 34.910 | \$ 28.130 | \$ 30.130 |

El pensamiento de Daniel Jadue consistía en que resultaba más beneficioso comprar barato, adquiriendo los medicamentos directamente de la Central de abastecimiento, para luego entregárselos a los beneficiarios de los programas. Sin duda era más útil eso que traspasarles beneficios bajo la forma de dinero efectivo para que ellos fueran a la farmacia a comprar los productos a 20 o 30 veces su precio verdadero. En síntesis, en eso consiste el funcionamiento de una farmacia popular. Esto se hizo en 2015 y fuimos a conocer la experiencia de Jadue con el Subsecretario, después llegó la Presidenta, la Ministra y en verdad se trató de una revolución en Chile.

Los precios que están a la derecha de la imagen son los precios de las tres cadenas de farmacias que hay en Chile y que cobran casi lo mismo. Respecto de la farmacia popular, en un momento se cuestionó que se estaba haciendo una actividad comercial que no debería hacer ninguna institución del Estado, pero Jadue dijo que no se hacía una actividad comercial porque se le compraba a la Central de abastecimientos a 5 pesos y se transferían 5 pesos a las personas, por lo tanto no había ganancia. A la fecha, tenemos 150 farmacias populares en Chile, y tenemos gente de izquierda, de centro y de derecha, alcaldes que llevan adelante el proyecto y con la farmacia la gente está contenta. Cuando le preguntaron si lo que pretendía era dar abastecimiento en aquellos lugares donde no había farmacia, Jadue dijo que no, que lo que quería era dar un golpe al modelo económico que existe en Chile, que no hemos podido cambiar desde la dictadura.

Es decir que se trata de un gesto político, la farmacia popular está instalada en su alcaldía, en su municipio, y a menos de 10 metros hay dos farmacias de cadena. También instaló una óptica popular, un lugar donde se venden anteojos no donde se producen y elaboran, donde se los prepara y se los entrega. Es decir, se compran baratos y se traspasan a la gente. Ahí, también, hay una pelea con las instituciones de ópticas.

Ahora hablemos un poquito de regulación. La Ley de fármacos de 2010 empezó a ejercer un cambio en el código sanitario, aclarando algunos temas como el fraccionamiento, como las góndolas, ya que constituye un derecho a la salud tener los medicamentos fraccionados y tener góndolas que los exhiban. También se empezó a regular la prescripción, incorporando muy sutilmente el DCI, es decir, la denominación común internacional en la receta, y digo muy sutilmente porque es imposible hacerlo si el médico dice “Ventide es Ventide” y nadie puede decir otra cosa. Entonces, concretamos una incorporación un tanto manipulada, ya que la pusimos a modo de información. Para que, en caso de que el médico vea que hay un bioequivalente y pueda ser reemplazado, este autoriza un mecanismo que, hay que decirlo, por ahora es bastante complejo.



Pero ahora, en la modificación de la Ley de fármacos II, estamos diciendo “nada de sutilezas”, va sí o sí en todas las recetas el DCI. El desarrollo de este tema es duro, yo leí un artículo del Colegio farmacéutico donde aparece una pelea con los médicos acerca de la prescripción porque estaba la prescripción solo por DCI y el artículo decía “Ustedes estudiaron...”, los médicos estudiaron para prescribir estudiaron el organismo y prescriben, y entonces los farmacéuticos respondían algo como “Bien, yo no me meto, háganlo”, pero también tengan en cuenta que nosotros estudiamos para la dispensación, estudiamos los medicamentos, así que ustedes no se metan.

Otra cosa interesante es la transparencia de precio, hay que publicar los precios de los laboratorios porque actualmente solo se están publicando en cada farmacia y la gente tiene que hacer un tour de farmacia en farmacia para ver dónde está el medicamento más barato. Pero ahora, con la Ley de fármaco II, queremos que también uno mire en Internet y se entere dónde está más barato y pueda ir. Vamos avanzando lentamente, si bien hay otros temas que darían respuestas a eso en forma mucho más rápida.

Luego tenemos la prohibición de incentivos. No sé si acá eso ocurre pero, en Chile, uno va a comprar una cosa y le dan otra y uno no sabe por qué, no entiende si lo están ayudando o si es por su salud, pero no perdemos de vista que hay medicamentos que tienen un porcentaje asociado. En Chile, esto se llama “canela” y se estaba atacando eso, también se permite a la CENABAST hacer registros sanitarios, o sea, tener inscriptos a su nombre registros sanitarios en caso de necesidad o salud pública, por si acaso la industria decide, por ejemplo, no poner más la clorferamina porque no le interesa y no representa ganancia y coloca, en cambio, la loratadina. Entonces, se busca que la CENABAST tenga un Registro sanitario a su nombre para proveer de clorferamina desde el sistema público, porque cuando nosotros hicimos la exigencia de bioequivalencia, la industria organizó su producto y sacó aquellos que eran básicos o esenciales. Estamos trabajando el tema y entiendo que aquí hay una industria pública, así que andamos buscando alguien que nos dé los productos para ser registrados, en Chile, por el Estado.

También coincidimos con ustedes en que la farmacia es un centro de salud, eso no está en discusión, pero resulta que la farmacia cada vez está vendiendo más cosas, alimentos, fruta, zapatos, cualquier cosa. O sea, a esto hay que ponerle un tope. Para nosotros es un centro de salud, es decir que tiene que realizar acciones de uso racional de los medicamentos y de farmacovigilancia. Si bien la farmacia no está definida como un centro de salud porque no es un establecimiento de salud, como los hospitales, se está trabajando con el Ministerio, con el Colegio de

farmacéuticos y con la Agrupación de estudiantes, para definir qué tipo de centro de salud queremos que sea. Además, la ley también nos obliga a vender medicamentos en aquellas localidades donde no hay. Tenemos 58 comunas sin farmacia, donde es obligación del Estado proveer de medicamentos. O sea, hay lugares donde es difícil vender, a lo sumo hay una posta rural o algo así, pero si el alcalde de esa zona se entusiasma con una farmacia popular, nos resuelve un poco la vida y, si no, lo que están diciendo los establecimientos es entregar los medicamentos a modo gratuito y en arsenal básico y no ponerse a hacer gestión comercial.

No sé si saben aproximadamente cuáles son los números del mercado de farmacia en Chile. Somos 17 millones de habitantes, en 15 regiones y hay 3 mil farmacias, que en su mayoría pertenecen a empresas, dado que hay muy pocos farmacéuticos que puedan sostener una farmacia. De estas 3 mil farmacias, 1500 son de cadena, o sea, están Ahumada, Cruz verde, Salcobrand y también incluimos entre ellas a las del Dr. Simi, que son de origen mexicano. Las otras 1500 farmacias pertenecen a AFI, que es la Agrupación de farmacéuticos independientes, a Findec, que son las farmacias independientes de Chile, y a Unfa, la Unión de farmacéuticos con farmacias privadas. En la distribución, también coincide el número, porque estamos en 1500, en Santiago de Chile –hay un dicho que dice que “todo está en Santiago”–, y en 1500 repartidas en las regiones. Pero aquí está lo entretenido, porque resulta que el 90% de las ganancias se las llevan las cadenas y solo el 10%, las 1500 farmacias pequeñas.

SITUACIÓN DEL EXPENDIO FARMACÉUTICO EN CHILE (FARMACIAS)



- 51,2% de las farmacias pertenecen a las cadenas AHUMADA, CRUZ VERDE, SALCOBRAND y DR. SIMI.
- 48,8% de las farmacias son independientes.

En Chile, esto se relaciona con los precios de los medicamentos. Según un estudio realizado por una Agrupación de consumidores, a un mismo producto, por ejemplo, la atorvastatina, la empresa innovadora lo vende a 30.000 pesos, si bien también el zarator, que es la misma droga, el mismo producto y del mismo origen, se vende a 26.000 y la atorvastatina genérica bioequivalente cuesta 885. Pero el tema es que si ustedes van a una farmacia, nunca les van a ofrecer la atorvastatina genérica. Yo hice el ejercicio en una farmacia de Valparaíso donde dije “Quiero una atorvastatina genérica” y me contestaron “No, yo le voy a vender esta otra”. “Pero por qué no me da la genérica, ¿hay un problema de calidad?” A lo que el empleado me contestó: “Es que al lipitor lo fabrican con materias primas de primera calidad y a la otra, con tiza”. Así que, después de eso, cómo no va a haber denuncias.

ANADEUS

## COMPARACIÓN DE PRECIOS

- DATOS FARMACIAS CRUZ VERDE
- LIPITOR \$ 30.870 100 %
- ZARATOR \$ 26.330 85%
- ATORVASTATINA \$ 885 2,86%

**Diferencias de hasta un 6.500%**

**15** DICIEMBRE 2012

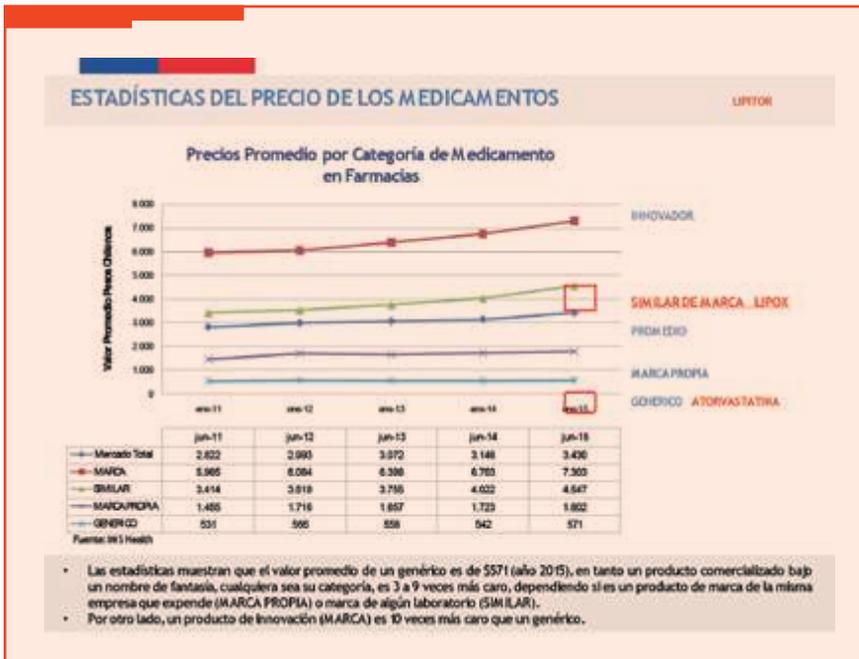
POR DANIELA TORO  
Los denunciantes llamaron al Estado a intervenir en los precios de los remedios, tal como se realiza en otras partes del mundo.

Esta agrupación de consumidores descubrió que si se recetaba un tratamiento con Anadeus, había un 6500% de diferencia entre comprar el primer producto o comprar este último, y todos los que somos farmacéuticos sabemos que hay GMP, que existen las normas de registro sanitario, exigencia de bioequivalencia en algunos casos, por lo tanto, no hay grandes diferencias. La única diferencia es económica y de publicidad.

En Chile, también tenemos la posibilidad de que una empresa registre un producto por marca o nombre de fantasía o por genérico, es decir que se pueden comercializar los dos productos. Y respecto de esta característica, una empresa denunció que el mismo producto de laboratorio (ya que en Chile se pide la fórmula cualicuantitativa completa), exactamente igual, era estuchado en envases distintos con un mil por ciento de diferencia en el precio, lo que hizo que el Estado se convierta en un cómplice.

El problema es que los consumidores no saben que es el mismo producto, entonces pudiendo comprar uno o el otro, se les entrega el más caro y esto es un poco el esquema de los precios en Chile. En la gráfica, se muestra que el producto innovador es el que está arriba. Luego, se presentan el producto original y los similares de marca. Después, aparece un promedio y la marca propia, que son aquellos productos que están elaborados por un laboratorio del cual es propietario el dueño de la farmacia. O sea, Salcobrand tiene un laboratorio, Cruz Verde tiene otro laboratorio, que es MINTLAB. Entonces, usted entra a la farmacia Cruz Verde y va a salir con un medicamento MINTLAB, porque allí se vende el producto de marca propia.

< 15<sup>tes</sup>. Jornadas Federales y 14<sup>tas</sup>. Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos >



Este conflicto de intereses o este vínculo entre las farmacias y entre las farmacias y los laboratorios es lo que también se está tratando de modificar en el Código sanitario.

Quería contarles un poco cómo se desarrolló la historia de la Ley de fármacos I, es decir, el cambio de Código sanitario que se hizo en 2010. Como todos saben, después de la dictadura hubo en Chile gobiernos digamos contrarios a la derecha, excepto entre 2010 y 2013. Entonces el gobierno quiso hacer una gestión innovadora y presentó los cambios regulatorios diciéndole a la gente que había cambios como el fraccionamiento, el tema de exhibición en góndola y –como les dije– el tema de la bioequivalencia. Todo esto se le presentó a las personas desde el discurso presidencial, diciendo que todas estas normas apuntaban a una baja de precio, que se iban a conseguir precios competitivos; en 2011, un 25% de rebajas, en 2012 entre un 20% y un 25%, y en 2013, cuando ya estaba finalizando el gobierno, ya se hablaba de un 30%, todo dicho sin estudios de por medio y sin respaldo científico. Pero lo cierto es que ni el fraccionamiento ni una góndola y menos el despliegue de la bioequivalencia pueden bajar el precio de un medicamento, sino todo lo contrario.

En todo caso, lo único que baja los precios es la regulación de precios. Y lo que había pasado es que se habían generado muchas expectativas, que había que cambiar sutilmente y no decir que un gobierno prometió una cosa y el otro, otra. Nosotros consideramos que no se podía enfrentar el tema diciendo que un grupo político iba a deshacer lo que el otro había hecho.



Creo que algo parecido les ocurrió acá con el Plan Remediar, llega un punto en que se debe aclarar cuánto hay de sanitario y cuánto hay de político. Son cosas complicadas, nosotros tuvimos que hacernos cargo de la expectativa que se generó en Chile, con la guerra mediática que se dio y las expectativas de las personas acerca de que se iban a bajar los precios. O sea, que un fraccionamiento o una góndola iban a bajar los precios. Por lo tanto, lo que hicimos fue convocar a todos los actores y abrimos un espacio de discusión interna en el Ministerio, porque tanto los usuarios, como la farmacia privada y los laboratorios decían que en el Ministerio no se les recibía. Así que abrimos un espacio y ahí tenemos las propuestas del presidente del Colegio de farmacéuticos y del presidente del Sindicato de trabajadores de farmacia. Ellos quieren ser trabajadores de la salud y participar como farmacéuticos en las acciones de salud y no tener que estar vendiendo los medicamentos con comisión. Ellos quieren ser capacitados. De ese modo y mediante el diálogo, fuimos cambiando un poco el carácter y diciendo que se trataba de medidas que iban a la calidad del producto. Se trató el tema de las góndolas, las diferencias entre las grandes farmacias y las pequeñas y, también, la imposibilidad de trabajar con una góndola en las farmacias que están instaladas en barrios peligrosos, donde se atiende detrás de una reja.



## REGLAMENTO "LEY DE FÁRMACOS" - PRINCIPALES MODIFICACIONES

### Venta medicamentos en góndolas

OBJETIVO

Regular la Venta Directa de Medicamentos sin intermediación (GÓNDOLAS) con estándares de seguridad y racionalidad, que permita la adecuada selección por parte de las personas.



- Instalación voluntaria.
- Áreas delimitadas de exhibición y expendio.
- Medicamentos no disponibles a menos de 1 metro para protección de los niños.
- Posibilidad de exhibir medicamentos propiamente tales o elementos que los representen.
- Los medicamentos se deben agrupar por tipos y grupos terapéuticos debiendo contar con la señalización respectiva. Eje: Antihistamínicos deben estar todos juntos.
- Prohibición de incentivos que dificulten el acceso o comparabilidad de los productos.
- Implementación de infografías de uso racional de medicamentos.



Ante estos inconvenientes, se planteó que quienes habían armado la norma desconocían la realidad del sector. Nosotros entonces les dijimos, bueno, están las góndolas pero que sean voluntarias, es decir que el que quiere instalarla la instala y ya se sabe que requiere autorización sanitaria. También se acordó poner el nombre en la receta y la prohibición total de cualquier publicidad.

Mediante la Ley de fármacos II lo que se busca es seguir fortaleciendo la Central de abastecimiento, dar información de precios, dar transparencia. En Chile es tema tabú hablar de regulación de precios, de palabras como “popular”, hay que romper con muchos mitos. Por ejemplo, uno habla con los estudiantes y les dice que la educación debe ser gratuita y ellos responden “No, pero por qué, si nada en la vida es gratuito y uno tiene que pagarlo todo”. Ya estamos tan formateados que es impensable que algo pueda ser gratuito, que yo tengo que pagar impuestos y el Estado me tiene que dar algo.

Por lo tanto, nosotros pusimos en primer lugar los temas de transparencia de precio, que digan a cuánto están y que no los cambien, y tomamos los modelos de Colombia y de Perú. Todos saben que Chile tiene una política de libre mercado tenemos el récord de 26 acuerdos con 60 países, somos el país que más acuerdos comerciales tiene. No sé si eso es bueno, pero para la salud sé que no lo es. A mí me toca asesorar en relaciones exteriores y conozco lo que sufrimos cada vez que quieren tocar el tema de las patentes, de la protección de datos, de la información no divulgada. En cada gestión, la protección intelectual en el caso de los medicamentos significa dificultades en el acceso.

**POLÍTICA COMERCIAL DE CHILE**



Chile ha optado por una economía abierta, competitiva y orientada al libre comercio  
Cuenta con 26 acuerdos comerciales con 60 países.

- MERCOSUR
- UNASUR
- ALIANZA PACÍFICO OTICMS
- TFP

- CECD
- ORASCONHU
- APEC
- COMUNIDAD ANDINA

1981 MODELO EDUCACIÓN SALUD PENSIONES

Por otro lado, tenemos el Mercosur y estamos en la Alianza Pacífico y cuando llegó la presidenta Michelle Bachelet dijo “queremos ser un puente para que estos dos bloques hablen de las mismas cosas en salud” y eso es lo que hemos estado haciendo. En el caso de nuestra participación en el Mercosur, la Argentina ha tenido un rol súper importante, tanto la Argentina como Brasil han sido pioneros y nosotros hemos ido detrás de ellos en compras conjuntas. Nos pusimos todos los países, en 2015, delante de la industria, elegimos productos, elegimos un producto para el VIH-sida, para la hepatitis, y llamamos a todos los titulares de los registros a nivel regional. Estuvimos todos los países y les dijimos “Nosotros vamos a hacer compras públicas para estos productos y queremos que nos den el mejor precio, que fue el que consiguió Brasil”. Entonces, invitamos a todas las empresas, una nos dijo que no, que solo vendía de acuerdo con lo que nosotros ganáramos y que por ello tenía precios diferenciados. Otra empresa, que vendió un producto para la hepatitis que el Secretario general de la Unasur había comprado en 84.000 dólares mientras en el mercado estaba a 30.000, nos dijo que sí quería negociar con nosotros, pero que tenía el producto en asociación con otro y nos los dejó en 7800 dólares. Es decir que el producto que en el mercado estaba a 30.000 lo bajó a 7800 y nosotros dijimos “De acuerdo”. ¿Cuál fue entonces la propuesta en todos los países? Pues que le compraron a esa empresa y no a otra.

Así, nuestro trabajo conjunto y coordinado se constituyó en un hecho político. Pedimos que el Fondo estratégico siguiera negociando. Nosotros habíamos conseguido 8250 por un tratamiento contra la hepatitis y la OPS sigue negociando y ya está en 7800. Se trata de un medicamento que cura la hepatitis que ni siquiera estaba en nuestro programa, o sea que empujamos nuestros programas ministeriales hacia la novedad, porque hasta ese momento teníamos el interferón, pero ahora estamos hablando de antivirales de acción directa.

Sin embargo, la cosa no terminó ahí y todavía no podemos celebrar porque ocurre que el producto está patentado y, entonces, debido a los altos costos, a que no figura aún en nuestros programas y debido a las dificultades que les mencionaba, los pacientes están comprándolo por su cuenta en otras partes del mundo. Así, están yendo a comprar directamente a Laboratorios Hetero, por ejemplo, que es un laboratorio que está respaldado por la OPS y fabrica para la OPS, y los mismos pacientes son quienes están trayendo el tratamiento a 800 o 600 dólares.

Otro producto que tomamos fue el del tratamiento del VIH-sida, el Darunavir. Nosotros pagábamos 7 dólares el comprimido, pero resulta que perdió la patente. Entonces, se invitó a todas las empresas que tenían Darunavir, ya que el titular al

que nosotros le comprábamos el comprimido no nos proveyó más. Pero también se presentó la OPS con su producto, proveniente del Fondo estratégico, y de comprarlo a 7 dólares pasamos a negociarlos a 1,7. Además, la OPS siguió negociando y consiguió un mejor precio y ahora el Darunavir está a 1,42 dólares, creo que en este momento está más bajo incluso que lo que ofrece el Fondo global que le vende a África. Eso de bajar el precio del Fondo global no se había conseguido con ningún producto y resulta que ahora lo estamos comprando a 1,4 dólares. Mientras tanto, la empresa nos acusó, denunció, demandó al Instituto y al Ministerio, y hasta colocó en discusión lo que estaba haciendo la OPS. Actualmente, estamos en la mitad de una guerra legal porque compramos ese Darunavir.

**HEPATITIS C**  
 TRATAMIENTO ACTUALIZADO  
 INNOVADOR  
 PATENTE  
**US\$ 30.000 A US\$ 8.250 FE OPS US\$ 7.500**  
 POR TRATAMIENTO  
 ABASTECIDO POR REPRESENTANTE EN CHILE

**VIH**  
 TRATAMIENTO HABITUAL  
 FONDO ESTRATEGICO OPS  
 GENERICO PRECALIFICADO  
**US\$ 7 A US\$ 1,7 US\$ 1,42**  
 ABASTECIDO POR OPS

*Comparación de precios*

| Producto | Precio  |
|----------|---------|
| 1        | \$1.000 |
| 2        | \$6.57  |
| 3        | \$4.24  |
| 4        | \$2.76  |
| 5        | \$2.00  |
| 6        | \$1.00  |

*Precio por litro para  
 Curación VIH  
 obtenido por el Fondo OPS  
 de Salud Pública  
 comparado con el  
 obtenido por el Fondo  
 Estratégico*

< El servicio farmacéutico ante los cambios epidemiológicos y tecnológicos >

La gente de Chile también hace tours farmacéuticos a Mendoza. Allí, algunas farmacias tienen una pequeña etiqueta o cartel que dice “Tengo todos los productos para los chilenos, despache aquí su receta”. Y a los chilenos les conviene, porque por ahí el medicamento está a la mitad, a un tercio o a un quinto del precio que la gente paga en Chile.

También está el tema de las compras para uso personal. Se trata de importaciones muy controladas por el ISP, porque creemos que no puede continuar la forma

en que la gente está comprando, para acceder a un producto a 800 dólares, es decir, a un tratamiento que está costando un décimo de lo que nosotros tendríamos que comprar para luego entregar. También nos contaron que Médicos sin fronteras creó una institución de investigación junto con el BMDI y están investigando y tienen un producto para curar la hepatitis C, ya en fase tres, que se llama Rapidasvir, que van a poner a disposición de todo el mundo a 500 dólares el tratamiento. Sobre este tema, tenemos que esperar.

Así de movido está el mundo en este momento. No sé si conocen, si llegó aquí a las noticias, el caso de Camila Vallejos, una estudiante chilena, que lidera a sus compañeros a partir de 2010, cuando se produjo la Marcha de los pingüinos. En ese año, los estudiantes se levantaron para cuestionar todo el sistema de educación chileno, de algún modo, transformaron el país y revolucionaron a la opinión pública. Temas que no se tocaban ya se tratan, porque los estudiantes intervienen y los más antiguos recuperaron la memoria de que la educación es un derecho. Destaco esto porque Chile viene de un período duro, donde las cosas no se hablaban, nada se llamaba por su nombre, pero estos estudiantes llegaron a levantar a cuatro diputados. Camila Vallejos y varios de sus compañeros han hecho reconsiderar muchos aspectos a la gente y han empezado a presionar en el Congreso para hacer cosas hasta ese momento impensables, por ejemplo, que queremos que la Presidenta regule los precios, que exista una banda de precios, que se fortalezca la Central de abastecimiento y se apoyen las farmacias populares. Gracias a sus reclamos, se nos permitió hacer un estudio de regulación de precios, ellos pidieron que se implemente una licencia obligatoria para el producto contra la hepatitis porque no puede ser que lo estemos pagando tan caro cuando en otras partes está barato. Para esto, se deben tomar decisiones muy osadas desde los ministerios, y en eso estamos.

El tema de la licencia obligatoria no es un tema extraño, yo conversaba con algunos colegas y esto ya se hace en un montón de lugares. Son flexibilidades que están permitidas, se ha hecho en Brasil, en Ecuador; en Colombia y Perú, ya están en discusión, y, en Chile, ya hay una licencia obligatoria solicitada. Así de movido está el tema y todos los ojos están puestos en ver qué va a hacer Chile con esta licencia. Todavía no sabemos qué vamos hacer, pero estamos evaluando las posibilidades, los beneficios, no podemos continuar diciendo que la hepatitis no es una necesidad de salud pública. No podemos decir eso independientemente de que se dicte una licencia obligatoria. Sin duda, el Ministerio tiene que expedir su posición al respecto.



15<sup>ta</sup> Jornada  
y 145 años  
Política, Economía  
Medicamentos  
70 Aniversario FEFARAJ

FEFARAJ  
AVANZANDO

HOTEL AMERICA  
Termas de  
Santiago del Estero  
8 y 9 de Julio





> CONFERENCIA

2

## LOS CAMBIOS Y TRANSFORMACIONES EN EL MERCADO DE MEDICAMENTOS DE MÉXICO

*Coordinador: Carlos Vassallo, Asesor técnico de FEFARA.*

*Expositor: Iván Franco, Economista egresado del Instituto Tecnológico Autónomo de México.*

*Iván Franco fue premiado como consultor del año a nivel global por la empresa de investigación de mercados Euromonitor Internacional durante 2012 y 2013. Durante su carrera ha colaborado con numerosas empresas multinacionales en sus planes de expansión. Es Economista por el Instituto Tecnológico Autónomo de México, y ha concluido dos diplomaturas en el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM). Combina su experiencia como economista con su conocimiento de los mercados de consumo. Su habilidad como investigador y líder de proyectos provee soluciones innovadoras para las empresas. Es columnista de temas económicos y de negocios en diversas revistas, entre las que se destacan CNN expansión y América economía. En la ciudad de México fundó y dirige la empresa Triplethree International, una consultoría en estrategia de mercados e inteligencia competitiva.*

## Palabras de Carlos Vassallo

*En primer lugar quiero dar las gracias a Iván por acompañarnos en estas Jornadas, es la primera vez que vamos a tener un disertante para hablar sobre el mercado de medicamentos, sobre la industria del medicamento en México y, antes de darle la palabra para que desarrolle su exposición, quiero hacer un breve comentario sobre qué es lo que está cambiando en materia de mercado de medicamentos en América latina. Como ustedes saben, antes se mencionó y yo lo reafirmo, que hay un proceso de concentración muy importante de las diferentes etapas, que empiezan con la producción, continúan con la distribución, la dispensa y la financiación del medicamento. Hay países, como en el caso de la Argentina, donde ese proceso de concentración ha estado liderado por laboratorios que, pasándose por encima de la dispensación, han generado o han consolidado una distribución, una concentración vertical muy importante en materia de producción, distribución y financiamiento de medicamentos. Esto es lo notable y lo diferente, que no se puede encontrar en muchos países, en realidad, en ningún país del mundo. Solamente en la Argentina, la industria farmacéutica está involucrada con la administración de contratos y con la financiación de los medicamentos, lo cual le da –como imaginarán ustedes– un poder muy importante para avanzar sobre el control de la dispensa, sin tener necesidad de tener el control “directo” de esa misma dispensa. Simplemente, al tener un contrato, se establece una relación de poder muy importante. Esto también es lo que hace que en la Argentina no hayan irrumpido tan fuertemente como en el resto de América latina las cadenas farmacéuticas, porque justamente los laboratorios son los que dominan el mercado y, por lo tanto, las farmacias, con las redes farmacéuticas tal como están planteadas, son funcionales a ese modelo.*

*El caso de Chile es un caso completamente diferente, porque es otra organización, otro modelo de mercado diferente, que también tiene consecuencias muy serias sobre la salud de la población porque impacta sobre el precio de los medicamentos, por ejemplo, con algunos acuerdos de precios que se producen básicamente entre las cadenas y las droguerías. Porque ahí, el poder del mercado lo tienen fuertemente las droguerías y las cadenas, que además ahora están avanzando en la integración vertical hacia la producción, como bien dijo Tatiana Tobar Aravena. Muchas de estas cadenas terminan consolidando un fuerte poder y los laboratorios en Chile son tomadores de precio a diferencia de lo que sucede muchas veces en la Argentina.*

*Mientras en Chile hay una consolidación muy fuerte de las cadenas, en el resto de América latina, Perú, Brasil, por caso, estamos asistiendo a un desarrollo muy importante en el mercado de la dispensa farmacéutica con la entrada de algunos actores internacionales. Por ejemplo, ingresa una cadena inglesa que compra Ahumada, que es una de las cadenas más importantes de Chile o empiezan a llegar cadenas estadounidenses que trabajan directamen-*



*te sobre el mercado de la dispensa del medicamento. El tema es muy actual e interesante. Así que vamos a escuchar la presentación de Iván Franco acerca de qué está pasando en esta materia en México, tanto con la industria como con la distribución, y luego vamos a intentar hacer algunas reflexiones sobre cuáles son las tendencias actuales en América latina.*

## **Iván Franco**

Muchas gracias, Carlos. Buenos días a todos, muchas gracias por la invitación, es un honor estar con ustedes. Gracias a Manuel Agotegaray, a Carlos Vasallo y a todos ustedes por estar hoy aquí con nosotros, gracias a la disertación de Tatiana Tobar Aravena, que fue muy interesante. Hay ciertas cosas que se parecen mucho, que convergen entre los mercados de los Estados argentino, chileno y mexicano. Y, en definitiva, todo depende de qué está sucediendo en el marco regulador de cada país y en cada mercado.

México, como ustedes saben, es como Chile uno de los países más abiertos al mercado. Tenemos 12 tratados comerciales, con 46 países, entre ellos, estamos en el NAFTA, que es el tratado más potente que hay a nivel global. Pero ahora, en México, la cuestión política es con Donald Trump, porque si bien México es el principal socio comercial de los Estados Unidos ello no ocurre al revés. Por el contrario, el principal socio de los Estados Unidos es China, entonces existe una creciente preocupación acerca de qué va a pasar en materia de política comercial.

El sector farmacéutico no es la excepción, México es un importador neto de medicamentos provenientes principalmente de los Estados Unidos, además de otras latitudes, aunque también exporta una parte mucho menor. En este sentido, el Tratado de Libre Comercio (TTP) era un tema importante en México, pero esto fue antes de que llegara Trump y los Estados Unidos salieran. Desde ese momento, hemos quedado en la negociación del TTP sin su –digamos– tutela. Un tema bastante interesante.

Para comenzar con mi presentación, les comento que quiero dividirla en varias partes. Una parte que es la parte numérica, la parte acerca de cómo está el mercado, es decir, la parte de los números, de los datos duros y les quiero contar al respecto una anécdota acerca del mercado mexicano, de por qué estamos hoy como estamos. Tatiana ya lo comentó a propósito del caso chileno. En el caso mexicano, en cambio, se relaciona con una empresa que se llama Farmacias similares, que ya está en Chile y en otros países de América latina, y que ha funcionado del modo más irruptivo que se puedan imaginar, por lo menos desde mi punto de vista, en toda la historia del país. Esta empresa data de principios del

siglo XX y fue en 1994 cuando empieza toda una revolución en el mercado farmacéutico mexicano. La última parte de lo que les voy a contar son hallazgos propios de la consultora que tengo el honor de presidir por encargo de un proyecto de investigación que nos encomendó la COFECE, es decir, la Comisión Federal de Competencia en México.

Al día de hoy, la COFECE está investigando a los 270 laboratorios que producen medicamentos en México, está analizando todas las cadenas farmacéuticas y siguiendo los movimientos de los grandes distribuidores que existen, así como investiga al sector público, en la parte de compras públicas, por medio de licitaciones. Esta investigación de oficio por parte de la COFECE fue posterior al análisis que nosotros le entregamos, y a las pautas y a los insumos estratégicos que empleamos para conocer la competencia y las prácticas competitivas dentro del Estado mexicano.

Durante el análisis que hicimos recurrimos a una diversidad de fuentes y fuimos también a conversar con las Cámaras de México. Como ustedes saben, la industria farmacéutica se maneja con estándares altos de confidencialidad en la información, por lo tanto, es un poco complicado obtener alguna información. Sin embargo, tuvimos mucha suerte porque hablamos con diversos laboratorios y muchos de ellos nos aportaron –y obviamente cuidando el anonimato de los informantes pues no se publicó nada de esto– que son muchas y variadas las prácticas a nivel de competencia que sucedían, que los acuerdos que suceden entre laboratorios y con distribuidores son impresionantes. Nosotros recabamos toda esa información desde el punto de vista del analista, consultamos a las fuentes públicas, ya que en México hay buena información de la parte pública, a FUNSALUD, que es una asociación que ha hecho un trabajo de investigación importante, a la PROFECO, que es la Agencia de precios, y también consultamos los estudios académicos de Patricia Danzón. Seguramente han escuchado hablar de ella, pues se trata de una autoridad desde el punto de vista de la economía de la salud a nivel global. Tiene muy buenos puntos, ha investigado algo de los casos de México, Argentina y Brasil.

Hemos hecho un levantamiento en campo de los precios de 64 sustancias o medicamentos y concretamos 90 entrevistas con laboratorios. Sostuvimos conversaciones con los equipos de la COFEPRIS, que es la autoridad sanitaria que autoriza y da los registros de todos los medicamentos. También nos reunimos con gente que hace pruebas de bioequivalencia, con empresas que se dedican a eso y lo que nos dijeron fue sorprendente. Estas han sido nuestras fuentes.



Para hablar de la industria del medicamento en México, hay que señalar dos momentos del cambio estructural, uno se da antes de 1997 y otro después de ese año. Antes de 1997, como ocurría en todo el mundo, los laboratorios multinacionales dominaban gracias a la protección de las patentes por parte del Estado. Ellos imponían precios de monopolio y, a la vez, poseían empresas no integradas, empresas independientes. En México, había cuatro bien grandes: Landron, Marzam, Fármacos nacionales y Casa Saba, que ahora está en quiebra; ellos eran los distribuidores. ¿Qué hacían? Tomaban los medicamentos de los laboratorios, los distribuían a las farmacias y, a la vez, marcaban un sobreprecio al precio del monopolio. Por lo tanto, los medicamentos en México eran carísimos, prohibitivos para la gente, como en todo el mundo, mientras estuvieron protegidos por patentes.

Por otra parte, como la publicidad estaba permitida en los medios masivos de comunicación, sobre todo en televisión, no había restricciones de ninguna clase y se competía intensamente por marca. El que tuviera el dinero para hacer una campaña de marketing tenía su comercial. Pero después de 1997 todo esto cambia, se da una vuelta de 180 grados, debido a que los medicamentos genéricos entran con precios competitivos. Y no solo por esto sino porque el sistema de

salud pública se empieza a volver universal. Durante el sexenio de Felipe Calderón, empieza la política del seguro popular, se da cabida a la universalidad en la seguridad social, se empieza a restringir la publicidad porque surgen productos, copias, falsificaciones, productos milagrosos que declaman propiedades que no tienen y, entonces, se tiene que empezar a regular.

Además, surge una serie de laboratorios nacionales que son muy flexibles, estos son los grandes maquiladores de medicamentos. Aquí surge la historia que les quería contar. En este contexto, había un farmacéutico que se llamaba Víctor González Torres, él es el dueño de las Farmacias Similares. Esta empresa data de principios del siglo XX. El padre tenía un laboratorio y tenía una cadena de farmacias que heredan sus hijos. Entre ellos, Víctor González se hace cargo del laboratorio y además abre otras sucursales. En este contexto, el IMSS, que es el Instituto Mexicano de Seguridad Social se convierte en su principal cliente. El IMSS posee 30 millones de afiliados, que son los trabajadores formales de la economía, en tanto los informales permanecen por fuera de toda cobertura, y en México la informalidad es altísima, alcanza a más o menos la mitad de la población. Por este motivo no había universalidad en la cobertura de la seguridad social. La cuestión es que Víctor González Torres empieza a proveer por medio de su laboratorio medicamentos al sector público, pero resulta que un buen día estos socios se pelean, no sé por qué se pelean, y el IMSS le dice “hasta aquí llegamos, ya no te voy a comprar más nada”.

Entonces, este señor se queda con toda la infraestructura, con la fábrica, pero sin saber qué hacer y termina encontrando un recoveco en la ley que le permite producir medicamentos similares o copias, debido a que en el texto de la norma no se prohíbe hacerlo. Esto significa que era posible elaborar sustancias a las que se les ponía casi el mismo ingrediente activo de las diferentes sustancias pero con cierta variación para que no se convirtieran en una copia y, por lo tanto, no afectaran la patente del producto original. Entonces, Farmacias Similares empieza a producir de esta manera y Víctor González Torres se hace millonario, porque vende los medicamentos hasta en un 75% más barato que los medicamentos originales. Imagínense lo que significó esto en un país como México, con tantas carencias y diferencias de ingresos. Por supuesto, la gente se abalanzó sobre sus locales.

Este señor se hace rico, pone 500 farmacias, 2000 farmacias. Hoy en día alcanza las 5000 farmacias y ya se expandió hacia varios países de América Central y América Latina. Pero la cosa es interesantísima, porque este señor comienza a



ver que la industria de las multinacionales empieza a jugar sucio, difama la marca de sus medicamentos, comunica que esos medicamentos van a matar a la gente, que no hacen nada porque no hay pruebas de bioequivalencias. Desde la industria, se insiste en señalar que no se puede hablar de un medicamento eficaz si no hay alguna prueba y lo cierto es que en ese tiempo en México no existía el genérico ni la bioequivalencia, ni nada por el estilo. Uno compraba el medicamento a ciegas y, hasta el momento, yo no sé de nadie que haya tenido un problema ni existen casos documentados de personas que hayan consumido un medicamento biosimilar y sufrieran problemas posteriores.

Lo cierto es que la industria se vuelve loca y como Víctor González Torres no estaba trabajando al margen de la ley, la industria empezó a negociar con el gobierno provincial la manera de detener un accionar que los estaba quebrando. Entonces el gobierno, gracias a ese cabildeo, modifica la Ley general de Salud y el Reglamento de insumos para la salud y se establece que, siempre que se produzca un medicamento similar o un medicamento genérico, se necesita un registro sanitario. En ese momento, se abre la puerta al mercado de los genéricos. Otros empresarios empiezan a producir porque tienen los insumos y sacan sus permisos.

Esto avanza, más o menos bajo las mismas condiciones, hasta que en 2005 se ajusta la ley y se establece, en el Registro, que cada 5 años se debe hacer una prueba de bioequivalencia y renovar el permiso. De este modo, el negocio se pone un poco más exigente en términos de calidad. Tal modificación fue aceptada por la industria y también por Farmacias Similares, ya que su laboratorio cumplía con todos los parámetros de calidad y pasó sin inconvenientes las pruebas de bioequivalencia.

Más tarde, en 2012, la COFEPRIS anuncia una nueva limitación a la venta de los medicamentos, esta vez vinculada con el tema de la publicidad. La regla consistió en que ya no se podía anunciar ningún medicamento por televisión ni ningún medio masivo, ya no es posible describir propiedades ni marcas, absolutamente nada. Y esto pasa a ser un problema, ya que desde el punto de vista económico la publicidad es un incentivo y limitar la hace que la gente no sepa cuándo se trata de un medicamento genérico y entonces insiste con las marcas y con los laboratorios clásicos a pesar de los mayores costos.



Respecto del seguro de salud, en el presente, la cobertura de la población asegurada prácticamente es universal. Hay personas que incluso tienen dos seguros, el seguro popular y el seguro del IMSS, ya que si se trabaja en una empresa, esa empresa tiene que estar registrada en el IMSS y este tiene que aportar al seguro social. También se puede contratar un seguro privado, si bien estos son un bien escaso en México. Solamente existen 9 millones de pólizas, aunque ha crecido bastante ya que, en 2002, las pólizas apenas alcanzaban los 3 millones. Es una cuestión que tiene que ver con la cultura y también con el ingreso. Luego existen otros sistemas de seguridad social, como el ISSSTE de los trabajadores del Estado; la SEDENA, para el Ejército, y los estatales que tienen el Cuadro básico de medicamentos del Consejo general de salubridad nacional.

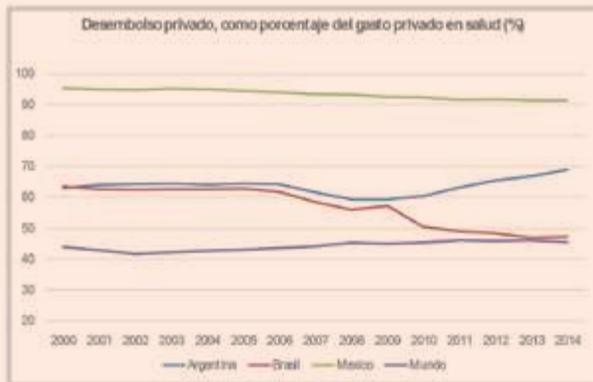


Este cuadro presenta 911 medicamentos, o sea que es bastante amplio. En él, todos son productos genéricos, pero el tema es que el Estado tiene problemas de surtido, tiene escasez de medicamentos. Entonces, si se le acaba uno y va el beneficiario del seguro social y no tiene el medicamento, hay que ir a la farmacia y comprar un medicamento genérico. Esta es la razón por la cual el mexicano desembolsa una importante parte de sus ingresos en medicamentos o, mejor dicho, tiene un importante gasto total en salud.

A pesar de estos datos, México es un país que gasta muy poco de la suma del gasto público y privado en salud como porcentaje del PIB. Si el gasto medio mundial está en el 10% del PIB, en México, este apenas alcanza el 6%. Es un gasto muy bajo y esto se debe a dos cosas principalmente. En la parte pública, México tiene un problema fiscal estructural. Desde hace muchos años, el gobierno recauda muy poco como porcentaje del PIB si se lo compara con otros países, además, existe corrupción, hay una pérdida de rentas inmensa, que determina que se destine menos dinero obviamente para los servicios de salud y para los programas sociales. Por supuesto, mucho dinero se usa con fines electorales.

### GASTO PRIVADO EN SALUD

- El desembolso privado (out-of-pocket) sigue siendo muy alto en México.
- En México, la participación de las aseguradoras es muy baja



Respecto de la parte privada, al existir tan amplia desigualdad en el ingreso, también se invierte poco. El desembolso privado, lo que el Banco Mundial llama *out of pocket*, continúa siendo muy alto en México. En la gráfica, es posible observar que México presenta casi el 100% del gasto en salud bajo la modalidad *out of pocket*. Esto implica gasto de las familias, de los hogares, lo que quiere decir que las aseguradoras tienen una participación muy baja. Las aseguradoras incluyen medicamentos en la mayor parte de sus programas pero evidentemente los medicamentos OTC (es decir, los medicamentos de venta libre) están fuera y la penetración de las aseguradoras es también bastante baja.

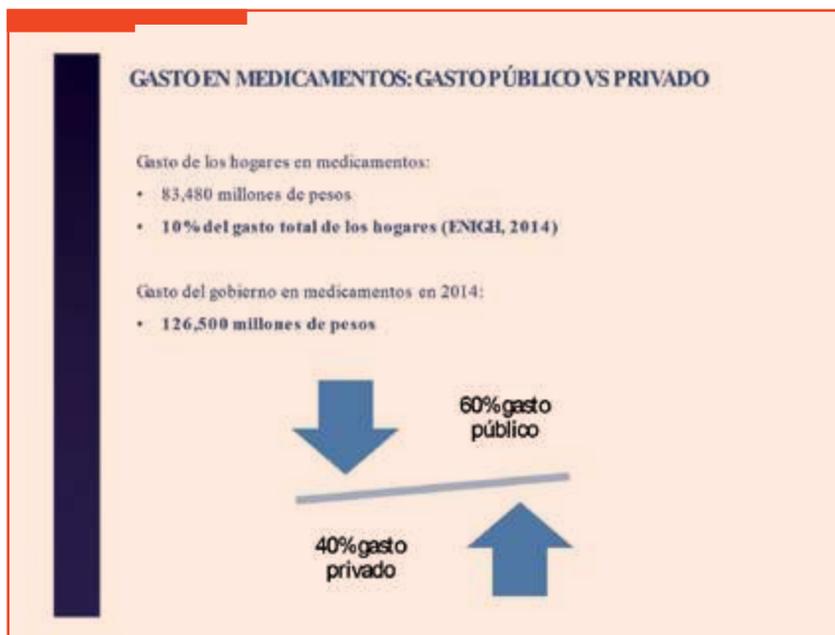
El gasto público en productos farmacéuticos en cambio ha estado bajando. En efecto, el gobierno está gastando menos como porcentaje de su gasto de salud. Si observan la gráfica, de 2004 hasta 2014, el gasto en medicamentos disminuye casi del 35% al 27,28%, porque el gobierno empezó a apretar un poco los márgenes de los proveedores de medicamentos genéricos. Gracias a estos medicamentos hay más competencia y los laboratorios están proveyendo precios más bajos, además de que se consolidan las compras. Hoy en día, todas las entidades que hay y que proveen salud y seguridad compran los medicamentos a través del IMS, el Instituto de Seguridad Social, tanto el seguro social mexicano como

el seguro popular. Por lo tanto, el IMS es el único ente que negocia los precios con los laboratorios. Anteriormente compraba la SELENE o el ISSSTE, que es el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y uno les compraba al 20% o 30% más, además de tener que desarrollar diversas negociaciones que implicaban pérdidas para el gobierno. En cambio, ahora, el gobierno se ha hecho un poco más eficiente.



< El servicio farmacéutico ante los cambios epidemiológicos y tecnológicos >

En términos del gasto público contra el privado, constatamos que el gobierno gasta más que el sector privado en medicamentos, con 126 mil 500 millones de pesos. Tenemos que pensar que el peso argentino y el peso mexicano están prácticamente en paridad al 13%. Entonces, el gasto del sector público está en un 60%, en tanto el gasto privado es del 40%. No obstante, hay que señalar que las familias gastan bastante del gasto privado, es decir que, más que nada, se trata del gasto de bolsillo de las familias, como porcentaje total del gasto privado. Estos datos provienen de la Encuesta nacional ingreso y gasto que se lleva a cabo cada año.



México moviliza 210 mil millones de pesos en 2016, es decir que se trata del segundo mercado más grande de América latina y del décimo primero a nivel mundial. Se trata de un país importador neto de medicamentos y, según FUN-SALUD, el 96% de sus medicamentos ya está fuera del sistema de patentes, en tanto, solamente el 4% de los productos está protegido con patentes. Los medicamentos de libre acceso representan al 15% del valor de mercado y a un 30% en volumen y se venden en su mayoría a través de farmacias. Existe una institución que se encarga de dar las patentes, que es el INTI y más o menos la patente de un medicamento dura en México unos 20 años. Si bien algunas organizaciones observan que se trata de un tiempo algo menor por el tiempo que demoran las investigaciones y los ensayos, hasta que finalmente el producto sale al mercado.

Vamos a empezar a conversar sobre lo que sucedió con nuestra investigación, nosotros hicimos un relevamiento de precios. Hablamos con los laboratorios y tomamos sustancias similares para comparar precios. Entonces identificamos diversos hallazgos. Uno de ellos consiste en que a partir de todos los cambios ocurridos en la ley, actualmente es numerosa la cantidad de medicamentos aprobados como genéricos por la COFEPRIS. Es decir que se volvió veloz el trámite de aprobar medicamentos genéricos. Hoy en día, México está inundado de medicamentos

genéricos, cada año se aprueban más de 500 productos, hasta llegar, actualmente, a las 5000 sustancias. Es un cambio bastante importante, ya que el 84% del volumen está representado por medicamentos genéricos, mientras que solamente el 14% posee patente vencida de marca original o el medicamento originador y otro 2% representa a los medicamentos de patente, todos con bioequivalencia.



Este tema es muy importante porque actualmente ya no se puede vender ningún medicamento si no pasa una prueba de bioequivalencia realizada ante una organización que esté avalada. Entonces, todos los productos tienen registro y todos pasan la prueba de bioequivalencia. Según la COFEPRIS, si un fabricante quiere manufacturar la ranitidina y tiene todos los medios, debe sacar su permiso y pagar aproximadamente unos 100 mil dólares.

En México hay un laboratorio nacional que se llama Pisa, no es ni Pfizer ni Boehringer ni Astra Zeneca, que posee 260 permisos. Se trata del maquilador más grande de México, que le provee al sector público y a diversas farmacias, así que imagínense el gasto, la inversión que hay detrás de todo eso.

Si concentramos la mirada sobre el consumidor, se observa que entre medicamentos OTC y medicamentos de prescripción, el ciudadano mexicano gasta mucho de su bolsillo, las familias gastan 2,5 veces más en medicamentos de prescripción que en los de venta libre (OTC). En relación con sus ingresos, cuando vemos a la población por deciles, encontramos que la diferencia entre el mexicano que menos gana (que percibe 2000 pesos por trimestre) y el que más gana, perteneciente al decil 10, es de 50 veces más. Yo he revisado una y otra vez esa cifra y el coeficiente que mide la desigualdad andaba casi en 6 puntos. Por lo tanto, cualquier política de precios o cualquier política pública que vaya en favor de la parte privada son regresivas, y al ingreso le pega muchísimo. Una medida tal implica que al rico no le va a influir en nada, pero sobre el pobre va a impactar bastante, porque este ciudadano gastará casi lo mismo en medicamentos. Entonces, lo más conveniente es que el sector público intervenga más.

< 15<sup>tas</sup>. Jornadas Federales y 14<sup>tas</sup>. Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos >



Pero como tampoco el sector público puede comerse a la industria, es difícil encontrar soluciones y una de ellas, tal vez, sea la que influya sobre el mercado. Es decir, buscar cómo manejar los precios. En otras palabras, cómo hacer para que cada vez la gente más pobre gaste menos. Por eso es que Víctor González Torres,



el dueño de Farmacias Similares es como un ídolo en México, es tan reconocido, porque si bien es una persona que guarda un perfil muy bajo actualmente la gente en las comunidades de bajos ingresos lo ama. En definitiva, las familias pueden ir y comprar su medicamento, cuando este no está cubierto por el seguro popular, a precios baratísimos.

Otros datos importantes se vinculan con cuáles son las sustancias más requeridas para curar las enfermedades que más nos aquejan a los mexicanos. Por ejemplo, tenemos el caso de la hipertensión arterial que está relacionada con la obesidad. México ocupa el segundo lugar en obesidad mundial, después de los Estados Unidos, nuestros vecinos, porque consumimos la vitamina T. ¿Han oído hablar de la vitamina T? Tacos, tortas, tamales, tostadas, pura vitamina T, porque todo eso lo fríen con aceite. Se come en los comales con aceite, un litro de aceite, y ponen ahí la vitamina T y es una bomba. Eso te lo comes todos los días y es peor que ir a un McDonald's. Entonces, el mexicano padece de obesidad y de sus problemas asociados, como la diabetes y la hipertensión arterial.

Luego tenemos la problemática del asma, porque la ciudad de México tiene el orgullo negativo de ser la más contaminada del mundo. Lo cierto es que ya no se puede vivir ahí, te enfermas cada 15 días. A mí me diagnosticaron asma, pero me fui de la ciudad y me curé. Lamentablemente, la mayor parte de la población padece alguna dolencia relacionada con el asma. Luego viene el tema de los antiácidos, los inhibidores de la bomba de protones, porque la gente vive muy tensa. Ustedes van a la ciudad de México y van a ver cómo está la gente, anda como loca, nada que ver con Buenos Aires, acá es más tranquilo. En el DF se vive en una tensión muy grande y todos tienen gastritis y colitis. Después está la diabetes no dependiente de la insulina y su disfunción, porque está ahí sin que terminemos de enterarnos.

En términos de medicamentos, tenemos el ketorolac, un analgésico de última generación para los dolores de cabeza; la loratadina, prescrita para las alergias y la rinitis, entre otras afecciones, el montelukast, que también es una maravilla para la alergia, y dos antibióticos que están entre los medicamentos que mayor número de laboratorios quiere comercializar. Todo el mundo quiere producirlos, porque sabe que va a vender bien.

Otro tema importantísimo es el tipo de dispensación. Porque en México, el 86% de los medicamentos se entrega previa receta médica y únicamente el 10% está constituido por productos OTC, que son de venta libre. La verdad es que si uno va

a la farmacia y pide un antibiótico, una penicilina, por ejemplo, le piden la receta. Pero, por otro lado, se puede pedir montelukast, ranitidina o cualquier medicamento destinado a la hipertensión, y se lo venden aunque no presente la receta.

Patricia Danzon dice que en países donde los consumidores pagan de sus bolsillos, existe una importante incertidumbre en torno a la calidad de los medicamentos. Y, como en México hay poca información y no se permite anunciar la calidad de un medicamento genérico, la gente no sabe bien qué es un genérico. Tanto los médicos, como las farmacias, y finalmente los pacientes representan tres niveles que, en verdad, no llegan a tener –en mi país– información completa acerca de los productos genéricos.

Según Patricia Danzon, en un escenario con estas características, se compite por vía de la marca, no a través del precio, que es lo que debería ocurrir en un mercado competitivo de genéricos bioequivalentes. En efecto, se debería competir por precios, es decir que el precio más competitivo fuera el de los laboratorios.

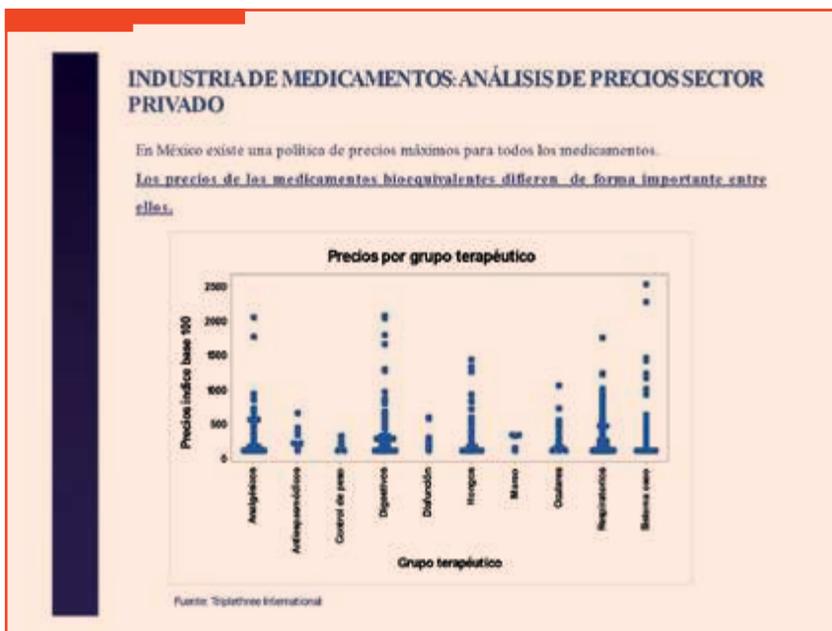
A lo largo de la curva de demanda –y eso es lo que está pasando precisamente en México– no está funcionando muy bien la cuestión de los genéricos. Hay genéricos de muy bajo precio, pero también los hay de costo muy alto. Entonces, lo que decimos nosotros es que sabiendo que hay un amplio mercado de medicamentos bioequivalentes sin tope de precio, los laboratorios compiten a través de precios diferenciados asociados con la reputación. La política de precios en México es la siguiente: la Secretaría de Economía fija un tope máximo a todos los medicamentos, estos llevan en su caja el precio máximo. Sin embargo, lo que sucede es que ese precio está muy por arriba del precio de equilibrio entre oferta y demanda. Si el precio de equilibrio es de 20 pesos, el precio máximo al público termina en 350, es decir que es una cosa ridícula. Evidentemente, ese es un incentivo para obtener rentas extra. En economía, se denomina *discriminación de precios*.

Los laboratorios se fijan en diversos puntos de precios a través de la curva de demanda, donde hay consumidores de altos ingresos que están dispuestos a pagar un precio mayor si se les ofrece un poco más por el medicamento, pero esto es incorrecto desde el punto de vista legal, porque se trata de medicamentos bioequivalentes. Entonces, cómo puede ser que yo pague 200 pesos por un bioequivalente con prueba y pague en una farmacia 20 pesos, es decir, 10 veces menos por el mismo medicamento, bajo la misma forma farmacéutica y en la misma presentación. En otro tipo de mercado, esto sería algo rarísimo.

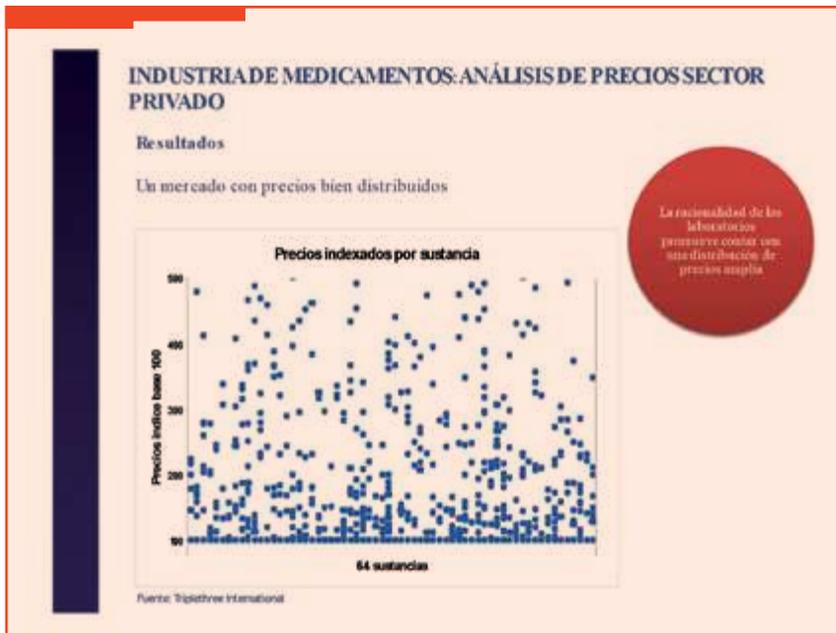
Y se supone que actualmente, en mi país, no hay regulación para eso. Esta fue la primera conclusión que le transmitimos a la Comisión Federal de Competencia Económica (COFECE). Cómo puede ser que haya un precio máximo y sin embargo exista todo este abanico de posibilidades, esto no tiene mucho sentido desde el punto de vista de la competencia económica. Pero la COFEPRIS nos dijo que desde que ellos autorizan 500 o 600 medicamentos genéricos por año los precios de los genéricos han estado bajando. Esa es la postura del Gobierno Federal.

Pero entonces, ¿porqué hay más competencia? Lo que considera el Instituto de estadísticas como inflación de medicamentos es una muestra no representativa fundamentalmente de medicamentos de marca que no refleja el precio real de lo que está sucediendo con el mix de precios. No obstante, la inflación ha bajado un poco por razones más estructurales que del mercado de los medicamentos y se ha mantenido más o menos estable. Pero esto no quiere decir que los precios hayan caído como dice la COFEPRIS, sino que más bien se mantienen medianamente estables. Esto es parte de nuestros hallazgos y nos pareció muy interesante. Si nosotros dividimos los medicamentos por grupos farmacéuticos –según los precios que nosotros recabamos en las farmacias– y los dividimos en analgésicos, antiespasmódicos y digestivos, entre otros, las diferencias son enormes.

< El servicio farmacéutico ante los cambios epidemiológicos y tecnológicos >



Lo que se ve en la gráfica es que indexamos a 100 el precio más bajo para que fueran comparables las sustancias y de ahí tomamos los demás precios de la misma sustancia hacia arriba. Vean ustedes cuántos precios hay, por ejemplo, para medicamentos digestivos: desde 2000 hasta uno de 100. O sea, las diferencias son enormes. Si uno va a la farmacia y pregunta y le ofrecen un medicamento a 2000 pesos, la verdad es que yo digo “No, deme el genérico”. Y dentro de los genéricos cuál. Pues si todos son buenos, compre el más económico, opte por el precio más racional. En el gráfico se exhiben 64 sustancias distintas, miren cómo se posicionan los laboratorios con todos sus productos.



Esta es la gran dispersión de precios que existe en el mercado mexicano. Uno podría pensar que quien marca los precios en México son los minoristas, las Farmacias Similares, Benavides, Ahumada, pero no, la diferencia en un análisis de regresión la marcan los laboratorios, el nombre del laboratorio de genéricos y de alguno que otro medicamento original. En el gráfico se observa la diferencia si uno ve el genérico por marca y comparativamente, se aprecia que sin marca la diferencia de precio es mínima. Si uno lo ve por sustancia también es mínima



la diferencia, y por el tipo de minorista también es muy poca. Los que hacen las marcaciones de precios son definitivamente los laboratorios. Y si bien la diferencia en precios entre genéricos de marca, el medicamento original y el sin marca es amplia, no lo es tanto como lo muestra la gráfica de los laboratorios.

Lo que ocurre entonces es que empieza a volver la competencia por la marca, no tanto por el precio, aunque exista incluso la bioequivalencia. Para qué quieren la bioequivalencia si van a competir por marca. Ahí es donde nosotros decimos hay que cambiar algo, como lo mencionaba Tatiana Tobar Aravena y también Carlos Vasallo. Si tienes un precio máximo, una de dos, o lo liberas o lo controlas, y si lo liberas no creo que cambie nada. El objetivo de un genérico es que compita por precio, si son bioequivalentes que compitan con precios muy similares. Por lo tanto, hay que bajar esos precios máximos a algo más cercano al precio de equilibrio. Porque eso es lo que genera toda esa gran sobreoferta en el mercado mexicano.

Finalmente, quiero transmitirles unas anotaciones a propósito del mercado OTC. Se trata de un mercado pequeño en México, de solamente 24 mil millones de pesos. El mercado UTC es el más grande, con 210 mil millones de pesos. Hay dos mil 172 distribuidores, tanto grandes como pequeños, y los cuatro grandes que manejaban el 85% del volumen antes de 1997, hoy en día ya tienen muy poquito. Uno de ellos quebró, Casa Saba, y otro, Casa Marzam, fue adquirido por Genomma Lab. Queda Fármacos Nacionales, con quienes es complicado hablar si bien finalmente concretamos una muy buena entrevista.

Hay 56 mil farmacias en México, de las cuales 15 son de cadena, las demás son independientes o pertenecen a dos o tres cadenas pequeñas. Cuando hablamos de cadena, nos referimos a empresas con cinco mil sucursales, como las Farmacias Similares, luego existen pequeñas uniones que aglutinan a pequeñas cadenas pero son independientes.



Respecto del mercado privado, en el gráfico se ven las cadenas más grandes Farmacias Similares tiene cinco mil sucursales, tenemos a las farmacias de Walmart, que se convirtió en un jugador importantísimo. En este momento, marcan los precios más bajos. Una ranitidina a 10 pesos, a 14 o a 20 pesos, unos precios de locura. Después está Farmacia GI, una farmacia del ahorro pero que más bien vende caro, porque tiene un valor agregado: la marca, la reputación. También tenemos a FEMSA, que es la que vende el agua Alpina y la Coca cola. Se trata de la segunda embotelladora más grande del mundo y compró la cadena Ahumada. También está Walgreens, que compró a Benavides y todas los demás: minoristas comerciales, Soriana, Farmacias Guadalajara, etc.

Farmacias Similares no es la que más factura porque vende tan barato, que su precio ticket promedio es bajísimo. En cambio, la que factura colosalmente es Farmacias del ahorro y, quizá, Walmart; estas dos, miles de millones de pesos de facturación, vendiendo medicamentos caros. Para extraer renta, lo que hacen es proponer a los maquiladores, a los laboratorios Pisa y muchos más "Véndeme un lote de tantos millones de pastillas de tantas sustancias a tal precio" y les imponen el precio. Y les dicen "... en el empaque quiero que venga rotulado el nombre de mi marca Farmacias del ahorro, no le pongan que ustedes lo hicieron". Esta es



una práctica competitiva inadecuada que la ley mexicana todavía no tiene competencia para combatir. Se trata de cadenas que, por su poder, extraen rentas de vender únicamente sus medicamentos genéricos. Aprietan los márgenes de los proveedores y obtienen un rédito bastante jugoso que no debiera ser. Yo se lo expuse a la COFESA una y otra vez y me contestan que es una práctica monopólica absoluta o relativa, pero para mí es una práctica abusiva e ilegal, porque la Ley de competencia dice que no se puede comercializar en exclusiva ningún producto, pero ese artículo es tan vago, que cualquiera le puede dar la vuelta.

También existe un nuevo negocio que fundó Farmacias Similares, aprovechándose de las deficiencias del sistema de medicina mexicano. El IMSS, lamentablemente, es famoso por la poca cantidad de médicos tratantes y por el tiempo de espera que hay que soportar hasta conseguir una consulta. Entonces, Farmacias Similares ha puesto sus consultorios anexos y por 10 o 20 pesos brinda servicios de consulta médica. Si uno consulta en México con un médico privado, este puede costar desde 500 hasta 2000 más otros 5000 pesos en medicamentos de marca. En cambio, frente a esto puedo ir a las Farmacias Similares y gastarme 20 o 30 pesos y adquirir medicamentos baratísimos. Esta cadena de farmacias ya tiene 5000 consultorios anexos, cada farmacia tiene su consultorio anexo y los

médicos que tratan ahí son médicos con cédula profesional, gente capacitada que está haciendo su residencia en su especialidad. Es decir que son médicos buenos. Este es el nuevo mercado que está surgiendo ahora, en mi país, con respecto a los médicos.

Ustedes saben que los médicos son el segundo eslabón en la cadena de consumo del medicamento, y ellos nos contaron que no confían en los medicamentos genéricos, porque si bien cuentan con prueba de bioequivalencia, consideran que no tienen la misma efectividad porque el vehículo a veces cambia entre un laboratorio multinacional y un laboratorio de bajo precio. Ante este hallazgo, consultamos el problema con la COFEPRIS y entonces surgió el tema de las prácticas del mercado farmacéutico que aparecieron y se extendieron durante los años ochenta. Es decir que los médicos recibían dádivas de parte de los laboratorios farmacéuticos, eran invitados a congresos y les pagaban estudios para que sesgaran su opinión hacia los propios medicamentos. Y, lamentablemente, esto sigue ocurriendo, porque si bien a partir de 2005 la legislación presenta un cambio y estipula que la receta que prescribe el médico tiene que decir en primer término la sustancia genérica, por ejemplo, ranitidina y solo después, si el médico lo decide, el nombre comercial Ranizen, lo cierto es que muchos médicos recomiendan el original y desestiman el genérico argumentando que aquel es mejor. Esto es un gran problema de información asimétrica desde el punto de vista económico.

Bueno, finalmente, quiero subrayar algunas conclusiones. El mexicano es un mercado desregulado de medicamentos, con fallas y omisiones en el diseño. Hay amplias libertades para quienes intervienen, cualquiera que tenga 100 mil dólares puede rendir la prueba de bioequivalencia y calidad, y luego puede vender al precio que quiera. Hay posibilidades de realizar acuerdos competitivos, anticompetitivos, disfrazados como ventas atadas y, una vez más, remarco que existe la fragmentación por precio. Esta es una falencia que tiene el mercado mexicano.

Nosotros dividimos a los laboratorios en tres jerarquías. Está el laboratorio A, que es el que cobra desde mil hasta diez mil por ciento más del medicamento más barato, en medicamentos genéricos y con la misma forma farmacéutica. Luego están los laboratorios B, que son los que cobran entre 200% y mil por ciento más y, por último, están los laboratorios C, que cobran entre el 0% como límite inferior y hasta el 200%.

Según datos que nos aportó un informante que realiza pruebas de bioequivalencia, los maquiladores, como el laboratorio Pisa y otros son capaces de llegar a

afectar la calidad de un lote si los márgenes los están apretando. Por ejemplo, llegan a Farmacias Similares, Farmacias del ahorro o a Walmart y les dicen “Yo te voy a comprar tal lote en tanto, no en más”, y luego llegan a alterar la calidad por sacar ese lote.



También tenemos los expés de precios anormales, es decir, las marcas que se convierten en obligadas por parte de los grandes minoristas. En este caso, no hay valor añadido en un medicamento genérico, no se debe competir por la marca de los genéricos, se debe competir por el precio pues se nos está brindando un servicio. No se vende un ketorolac con una consulta médica gratis o con recomendación gratis o con valor agregado, se vende el medicamento y nada más.

También nos informaron que toda prueba de bioequivalencia se pueden ampliar, que algunos laboratorios hacen la ampliación de los intervalos de confianza para que un medicamento se convierta en bioequivalente sin serlo, pero con eso ya se está ingresando en una corrupción enorme. No sé qué está haciendo la COFEPRIS al respecto, no sé si lo audita de alguna manera. Ellos tienen un directorio de proveedores de pruebas de bioequivalencia y tengo entendido que lo revisan con determinada frecuencia, pero aun así se dan situaciones irregulares.

Finalmente, hay compras atadas, las cadenas minoristas, como Walmart, Soriana, Comercial mexicana y otras le dicen a los laboratorios pequeños “Yo te compro este lote de genéricos pero solo si me vendes este otro lote a tal precio”. Se denominan ventas atadas y es una práctica que penaliza la Ley de competencia.

Como les comentaba al inicio, si no se brinda información mediante la publicidad, es muy fácil que un genérico se posicione solo por la marca. Así, viene un laboratorio como Pfizer, por ejemplo, y con solo colocarle el rótulo de Pfizer a su genérico ya puede llegar a cobrarlo 10 o 15 veces más que el medicamento más barato. En conclusión, sin información, la gente no conoce realmente la efectividad de un medicamento genérico.

También sabemos que falta profesionalización en la dispensa de medicamentos. En México, no se puede confiar plenamente en lo que nos diga quien está en la farmacia, falta información sobre genéricos entre los dispensadores. Como comentaba Tatiana, podemos ir a una farmacia y que nos den el medicamento más caro, cuando en verdad existe un genérico más barato. Pero se dispensa el caro, porque la farmacia obtiene un margen mayor de ganancia.

En este sentido, adhiero a la recomendación de Patricia Danzon, que dice que en el caso de los medicamentos genéricos la regulación de precios debería ser innecesaria, siempre que los mercados estuvieran estructurados para fomentar la competencia vía precio. Sin embargo, como esto no sucede, es necesario regularlos.

*Carlos Vasallo: –Gracias, por tu exposición, Iván Franco. Ahora vamos a abrir un intercambio de preguntas.*

*Me impresionó mucho el tema de la dispersión de precios, teniendo –como vos dijiste– bioequivalencia. En algún momento del estudio aparece el tema de que tienen una dinámica de aprobación de bioequivalencia inusual, yo estoy muy en contacto con Chile, y allí se ha iniciado un programa que apenas tiene 1200 o 1300 productos. Pero van a otro ritmo, acá estamos hablando de que tienen 500 estudios de bioequivalencia por año, me parece que ahí hay un problema del Estado, que no logra dar confianza, pues indudablemente no se puede lograr una competencia de precios si la gente no cree en realidad en la bioequivalencia y si no cree en el genérico. Me parece que ahí hay un punto que sería interesante profundizar y debatir.*

*El segundo comentario que quería realizar es que la anécdota que contaste no podría darse en la Argentina. Eso no podría suceder, porque un financiador tan*



*importante como el IMSS no le compraría un medicamento a un laboratorio, en este caso era el laboratorio de biosimilares de Farmacia Similares, que esté por afuera, porque existe una organización muy fuerte de la industria farmacéutica que va a impedir que pueda llegar a suceder eso. En Argentina, el proceso muy fuerte de integración que se da entre la distribución y los laboratorios impide la entrada de un laboratorio genérico internacional.*

*Voy a relatar un comentario. En 2011 vino a la Argentina Apotex, número uno de genéricos en Canadá, pero no consiguió distribuidora para poder entrar con sus medicamentos. Entonces ¿qué hizo? Cuando llegó, presentó sus productos en ANMAT, estableció la bioequivalencia de su producto y dijo "... bueno, ahora entro a competir en este mercado y me los como...". Sin embargo, tuvo que terminar haciendo un acuerdo con el Laboratorio Cassará para poder vender su producto y no irse con la cola entre las patas y como ese hay montones de ejemplos.*

Iván Franco: –Con respecto a la COFEPRIS, lo cierto es que le interesa más cuántos medicamentos se están aprobando y no tanto la calidad. Ellos dicen “ya tenemos las pruebas, los parámetros de calidad que deben pasar los medicamentos” y se jactan de aprobar el mayor número de medicamentos. El presidente de la COFEPRIS recibió una distinción del Gobierno Federal precisamente porque se le reconoció la cantidad de medicamento aprobados. No hay un aspecto de la regulación que diga “bueno, vamos por partes, vamos a empezar por informar a la población cuáles son los atributos de los genéricos que se venden”.

*Carlos Vasallo: –Respecto del tema de la bioequivalencia, te quería preguntar si visitan las plantas para autorizarlas, porque cuando acá la ANMAT (así se llama nuestra autoridad) hace un estudio, el laboratorio hace el estudio de bioequivalencia. Es decir que tiene que pagar, por eso no hay interés en la competencia por los genéricos, no hay muchas presentaciones por parte de los laboratorios para que esos medicamentos sean genéricos, pero sí, cuando uno presenta la planta, la ANMAT va a visitar esa planta y hace todas las revisiones que correspondan. ¿Eso también lo hace la COFEPRIS?*

Iván Franco: –Nos comentaron que sí hacen revisiones en las plantas y que conversan e interaccionan directamente con la gente. Ellos dicen que los ayudan en algunos procesos de la formulación de los medicamentos. Lo que tiene de bueno la COFEPRIS es que se trata de un órgano muy profesionalizado, la mayor parte de sus empleados son gente de la industria farmacéutica, químicos farmacéuticos, etc. También quería informarles que en México, por ley, se quitó el requisito de que para otorgar un registro sanitario de medicamento, se tiene que poseer una planta

en el mismo país. Esto quiere decir que Apotex, por ejemplo, no tiene planta en México pero si quisiera podría pedir un permiso de medicamento a la COFEPRIS o los que quiera, porque ya no está ese requisito y, entonces, cómo se va a vigilar.

*Carlos Vasallo: –En el caso de la ANMAT, si uno entra a un laboratorio que no tiene planta en el país, la ANMAT se traslada al país de origen donde está la producción y va ahí a certificar la planta.*

*Tatiana Tobar Aravena: –En Chile, al igual que en la Argentina entendemos que para que un medicamento se distribuya tiene que estar registrado. Simi, cuando llego a Chile, tuvo que registrar todos sus productos, pasó por el ISP y después salió al mercado, pero todas las demás cadenas de farmacia dijeron “... estos productos vienen sin registro, estos productos son ilegales...”. Hubo una campaña muy grande de las tres cadenas para sacarlo del mercado.*

*También me gustaría decir algo del TPP. Porque el director de la COFEPRIS dijo en ese momento que la finalidad del organismo era favorecer el mercado, favorecer el libre mercado y a mí me pareció que estaba equivocado y, luego, estábamos negociando el TPP en Atlanta y él llegó a conversar conmigo y me preguntó si yo estaba dispuesta a apoyar con él la propuesta de que si un producto obtenía el alta en los Estados Unidos, se pudiera comercializar automáticamente en todos los países del TPP. Para nosotros eso era una aberración, porque sin duda se pierde soberanía y autonomía y te conviertes en un país buzón. Por supuesto, le dijimos que no de inmediato.*

*Ese era un dato al margen que quería compartir, pero lo que me gustaría que nos contaras es tu entrevista con la gente de los laboratorios que hacen los estudios de bioequivalencia, porque nos toca trabajar en la Alianza Pacífico, con Perú, Colombia y México, y estamos tratando de llegar a algunos acuerdos pero nos encontramos con un obstáculo y es que México exige que solo sean reconocidos los estudios de bioequivalencia realizados en su territorio, mientras no reconoce los que están hechos en Europa o en los Estados Unidos. Allí tenemos un punto de conflicto y entonces quisiera conocer qué pasa con los laboratorios, qué presión están ejerciendo los laboratorios que realizan estudios de bioequivalencia en tu país.*

*Carlos Vasallo: –Un comentario, Tatiana... Hay un laboratorio argentino, que es de los que más estudios de bioequivalencia han hecho en México y ahora está empezando a hacer estudios en Perú y tiene su principal demanda en Chile. No en la Argentina, porque supuestamente son muy caros los estudios. Yo creo que falta mayor vocación para trabajar con medicamentos bioequivalentes, claramente la ANMAT está muy atrasada.*



Iván Franco: –Qué interesante, Tatiana y Carlos, ahí definitivamente la COFEPRIS tiene la responsabilidad, no está haciendo una parte que es cuidar la calidad, tiene los parámetros pero no está vigilando de manera adecuada. A nosotros nos dijeron dos personas de pruebas de bioequivalencia que estaban en puestos altos que se llegaron a alterar estudios. Nos dieron ejemplos de empresas transnacionales y que hubo presiones para que las pruebas de unos laboratorios que procedían de Europa pasaran. También ha habido casos de algún soborno, por ahí para que se abra el rango de bioequivalencia y que pase un medicamento. Si bien no es una práctica común, sabemos que ocurre.

*Tatiana Tobar Aravena: –Una pregunta concreta: ¿quién habilita a estas agencias que certifican los estudios de biodisponibilidad? ¿Las habilita el Estado, son del Estado, tienen directorios compartidos?*

Iván Franco: –Son independientes y existen reglas. Pero una cosa es que estén y otra cosa es que las cumplan o que, contrariamente, haya desviaciones, no entre instituciones sino entre individuos. El incentivo desde la COFEPRIS siempre va a ser aprobar más medicamentos. Las agencias son independientes pero están registradas ante la COFEPRIS. Va un evaluador a corroborar cómo está el laboratorio y supervisa varios parámetros.

Por otro lado, no se brinda información al público sobre los medicamentos genéricos y el Estado no hace nada al respecto. La penetración de genéricos es altísima, del 84%, pero los productos entraron gracias a Farmacias Similares y por su bajo precio. Como dice Carlos, el Estado debería decir que la calidad de los genéricos es buena porque se aplica la regla, que para eso la hicieron y por eso se supervisa, pero es muy poca la información que hay y la gente sigue desconfiando de los genéricos.

La regulación también dice que tiene que haber una persona dependiente que conozca la oferta disponible, no necesariamente tiene que ser un farmacéutico, y que tiene que solicitar la receta cuanto sea un medicamento de la categoría cuatro y dispensarlo tal cual venga la receta anotada. En ese momento, tiene que dar las opciones de los distintos medicamentos genéricos y también dar la opción del medicamento original. Pero lo que sucede en la práctica es que diversos medicamentos de categoría cuatro, que son los de prescripción, están en las góndolas. Por lo tanto, un cliente puede tomar un medicamento categoría cuatro y simplemente pagarlo; eso no debería ser así porque la regulación dice que tienen que estar detrás, sin embargo, las farmacias transgreden esa regulación. Por otra parte, según lo que nos dijeron los informantes entrevistados, los laboratorios pa-

gan a las farmacias por tener una góndola en un lugar privilegiado, como sucede con Walmart.

*Tatiana Tobar Aravena: –Has dicho que hay alrededor de 56 mil farmacias en México. La pregunta es ¿existe un registro de qué cantidad de farmacéuticos registrados hay? Por un lado, que ejerzan como directores técnicos de farmacia y, además, ¿qué cantidad de farmacéuticos trabajan en la visita médica?*

Iván Franco: –Muy buena pregunta, yo la verdad que no he visto ningún registro en términos de farmacéuticos, porque la industria no está profesionalizada. El nuestro es completamente distinto al modelo americano o al modelo de ustedes. En México no conozco un registro.

*Público: –Una consulta: no me quedó claro cuando lo explicaste, ¿por qué tienen poca venta de medicamentos de venta libre?*

Iván Franco: –En sí, el medicamento de venta libre representa al 10% del mercado. Según lo establece el Registro sanitario, el 10% de los medicamentos es de venta libre, en tanto el 86% es de prescripción, esa es principalmente la razón. En Argentina creo que es del 14 o 15%.

*Público: –Otra cuestión que me sorprendió es por qué en lugar de hacer esos consultorios donde van médicos, residentes, practicantes, por qué no ofrecen un servicio médico como podría ser la revisión del uso de la medicación, la indicación farmacéutica o el seguimiento fármaco-terapéutico. No sé si tenés alguna respuesta para eso, es decir, por qué no hay farmacéuticos.*

Iván Franco: –Exactamente. Diríamos que los dos temas están pegados. No hay profesionalización, pues lo que busca la farmacia es vender. Por eso lo que hizo Víctor González Torres fue poner farmacias con consultorios anexos. La ley dice algo muy claro y es que el consultorio anexo a la farmacia no puede tener ninguna relación con la farmacia, o sea, el personal de la farmacia no puede hablar con la gente que trabaja ahí ni con el médico, para que no haya influencias sobre las marcas de medicamentos que se podrían recomendar.

*Público: –En ninguna farmacia hay farmacéuticos... Me cuesta creerlo. Me hizo acordar mucho a cuando se analizó el mercado farmacéutico de Brasil, cuando se mencionó que en ese país el nacimiento de la farmacia está más vinculado a la comercialización que a una enfoque profesional de la dispensa. Es decir, todo lo*



*contrario de cómo surgió en la Argentina, que la cosa viene más de la tradición mediterránea, de España, Italia y Francia, donde el farmacéutico tiene una presencia importante.*

*Público: –Usted –y Tatiana ayer también lo dijo– mencionó que en México y si no entendí mal en Chile no está permitida la publicidad de medicamentos por televisión. Me parece que esto se contraponen un poquito con que además no tengan un profesional en el expendio de la farmacia. Quería saber si esta prohibición es sobre todos los medicamentos o solo sobre los OTC, porque aquí en Argentina sí está permitido que los OTC hagan publicidad y ahí tenía dudas.*

Iván Franco: –Ningún medicamento, ninguno que tenga alguna propiedad curativa o terapéutica puede anunciarse en medios masivos de televisión. Incluso hay regulaciones para los cosméticos y también para los productos de herbolaria. En México, dicen que quieren desaparecer la herbolaria, que son los productos herbáceos que pertenecen a la medicina mesoamericana de los aztecas, de las culturas prehispánicas. Además, si se vende una crema cosmética, por ejemplo, no se puede decir que esa crema es antiarrugas porque sería un fin terapéutico. No se puede anunciar prácticamente nada.

*Carlos Vasallo: –Yo te conté que estuve en México y me encontré con un sector farmacéutico que, en ese momento, discutía todo el tema de la efedrina, y me había impresionado mucho que en uno de los laboratorios me comentaron que en esos días habían sufrido el ataque de un grupo narco y habían muerto cuatro personas, por robarse algunos barriles. ¿Esto aún está presente?*

Iván Franco: –Es un problema enorme en México, no solamente respecto de los medicamentos sino en muchos otros sectores pero en medicamentos se copian drogas en laboratorios clandestinos o se roban las sustancias, como la pseudoefedrina y todas las efedrinas, para hacer drogas sintéticas. Se roban los camiones que van con medicamentos, con alimentos, con diversas cosas, es un problema gravísimo. Pero ahora además se ha agudizado esa cuestión de la seguridad.

Yo les quería comentar también que en este momento, en México, hay un auge de la venta a domicilio. Es enorme, debido al tránsito que hay, no solo en la ciudad de México, sino también en Monterrey, en Guadalajara. Todas las cadenas de farmacias tienen servicio a domicilio y, en estos casos, como los pedidos son por teléfono resulta más fácil eludir que a uno le pidan la receta, es decir que los controles son todavía más laxos porque lo que quieren solo es vender. Muchas gracias.





> MESA

1

## MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO Y BAJA INCIDENCIA. LA CUADRATURA DEL CÍRCULO, INNOVACIÓN, REGULACIÓN, COBERTURA Y JUDICIALIZACIÓN

*Coordinador: Farm. David Campos, Secretario de FEFARA.*

*Expositores: Edgardo Von Euw, del CETSA, Centro de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Universidad Isalud.*

*Carlos Vassallo, Profesor titular de Salud pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral.*

*Edgardo Von Euw es diplomado en Salud pública de la Universidad Nacional de Córdoba y especialista en Economía y gestión de salud. Cursó en la Sociedad Argentina de Auditoría Médica su posgrado en Auditoría médica y actualmente coordina el Centro de evaluación y tecnologías sanitarias de la universidad. Además, es responsable del área de Recuperación de prestaciones a reintegrables de la Obra social de YPF y es responsable de la Información prestacional y económica del Consorcio del Centro de Buenos Aires, que es un organismo público-privado que gerencia la cápita integral de atención médica para el Instituto de Seguridad Social y Jubilaciones y Pensiones de la provincia.*

*Carlos Vasallo es Contador público de la Universidad Nacional del Litoral y tiene un posgrado en Economía en salud universal. Es profesor titular de Salud pública, en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad del Litoral, profesor de Economía de las organizaciones de la salud*

*en la Universidad de San Andrés y asesor técnico de la Unidad de financiamiento internacional del Ministerio de Salud, además de trabajar como consultor de organismos internacionales.*

*David Campos será el coordinador de esta Mesa.*

## **Edgardo Von Euw**

Quiero agradecer a FEFARA por la invitación y especialmente a Carlos Vasallo. También quiero felicitarlos por estas Jornadas, que considero que son un éxito no solo por la cantidad de gente que convocan sino, principalmente, por la cantidad y por la calidad del trabajo de los estudiantes. Personalmente, considero que ellos son quienes van a plantear la disrupción en nuestra profesión, para que, de una vez por todas, comencemos a tener una gestión de medicamentos en serio en nuestro país.

Nos toca hablar de medicamentos de alto costo y baja incidencia y planteé este tema como “la cuadratura del círculo” por lo siguiente, como ustedes saben, los griegos eran muy afectos a los problemas matemáticos y geométricos, y ellos decían que había que hacer entrar la superficie de un cuadrado en un círculo. Sin embargo, después de muchísimos años esto todavía se sigue intentando sin que se haya encontrado un método geométrico que lo resuelva, ya que estaba planteado hacerlo solo con regla y compás. La pregunta que nos hacemos aquí respecto del tema que nos convoca es, por lo tanto, si el problema de los medicamentos de alto costo para enfermedades de baja incidencia continuará siendo insoluble para siempre.

Ante todo, tenemos que aclarar que no son los medicamentos “de baja incidencia” sino las enfermedades. Es decir que estamos hablando de un pequeño y limitado conjunto de medicamentos que se utilizan sobre un acotado grupo de enfermedades pero que, además, producen un alto impacto sobre las familias o los sistemas de salud, ya que estos o aquellas deben financiar su costo. Alguien definió que el sostenimiento de estas enfermedades, que además tienen una larga evolución como característica, involucraría un costo directo de más o menos el 40% para las familias. Es decir que costo, exclusividad, novedad y tipo de enfermedades conformarían las características asociadas a estos medicamentos, además de que todos ellos responden a mercados monopólicos, que tienen un único oferente; son productos de muy baja sustitución y rígidos en el precio.

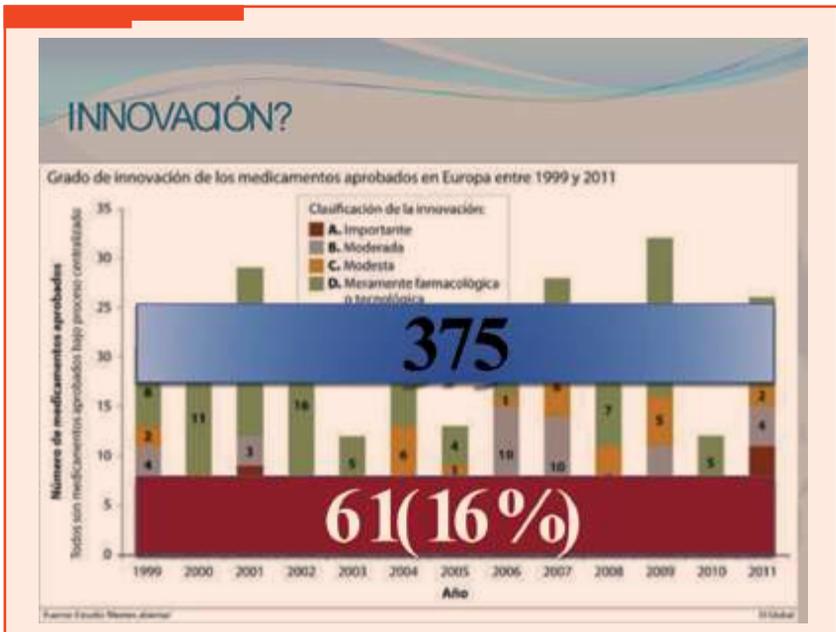
Estos medicamentos están protegidos por derechos de propiedad y, por lo tanto, tienen un gran impacto en el financiamiento de los sistemas de salud. Si miramos la distribución del gasto de estos productos con respecto a la población, vamos a

notar que la ecuación está invertida ya que, si bien la población de ingresos altos y medio-altos es del 50%, en el mundo estos medicamentos concentran su venta y su distribución dentro de los sectores que tienen más acceso en la sociedad.

Si miramos cuánto hay de bolsillo en este gasto de acuerdo con el nivel de ingreso de las sociedades, vamos a ver que en general el mayor impacto se da en aquellos países que tienen un ingreso medio bajo, donde el gasto privado es hasta del 91% del valor de estos medicamentos.

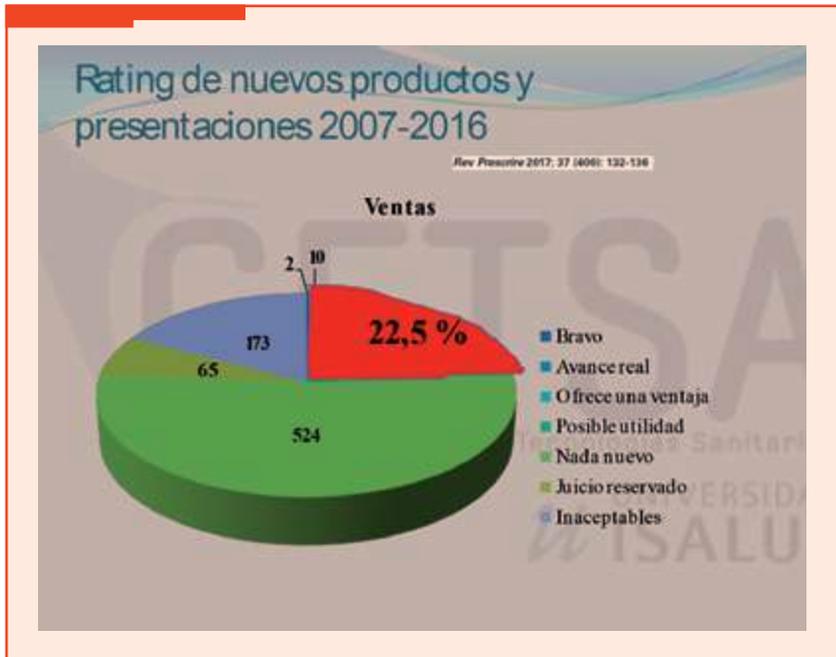
Hay una publicación muy interesante hecha por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que se llama “El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas”. Allí se refuerza el concepto de que la posibilidad de acceso a esos medicamentos constituye una de las manifestaciones más claras acerca de las desigualdades y las inequidades que existen dentro de los países o entre ellos.

Los medicamentos que estamos analizando suponen innovación y sus tecnologías innovativas han cambiado el sistema, ya que toda innovación mejora la salud. En el siguiente gráfico, vamos a ver el grado de innovación de los medicamentos aprobados en Europa en una serie de doce años. El color rojo en la barra está indicando los medicamentos que fueron realmente disruptivos, es decir, los que han planteado un cambio con grandes beneficios para la salud.



Los números, por otra parte, representan la cantidad de medicamentos dentro de cada segmento disruptivo que presentan una acción modesta sobre el curso de las patologías o meramente farmacológica. En total, se trata de 375 medicamentos disruptivos, pero solo el 16% de toda esta serie se comporta como novedades efectivas. Esto nos va dando la pauta de cuál es realmente la innovación que están planteando estos medicamentos. Vamos a verlo un poco mejor.

En esta publicación, que muestra los nuevos productos y presentaciones entre 2007 y 2016, y se miden las ventas. También, se evalúan los medicamentos disruptivos. Allí se le coloca “bravo” a un avance real, con respecto a otras alternativas de medicamentos, y se establece si ofrecen una ventaja o no, es decir que se evalúa su posible utilidad, colocando “nada nuevo”, “juicio reservado” o “inaceptable”. Si miramos cuántos de estos medicamentos son innovaciones, solo apreciamos que el 22% de ellos son disruptivos y eso que estamos hablando de medicamentos que tienen gran impacto sobre los sistemas de salud.



Ahora bien, ¿de qué estamos hablando cuando decimos *medicamentos de alto costo de tecnologías sanitarias*? Con esta denominación estamos nombrando a todos aquellos medicamentos, dispositivos y procedimientos, tanto médicos

como quirúrgicos, que son utilizados en la atención sanitaria, pero también nos referimos a los sistemas organizativos de soporte para la organización de la práctica médica en general. Por ejemplo, cómo está organizada una entrega de medicamentos, cómo está organizado un servicio, cómo está planificada la seguridad dentro de un país. Todo eso también es tecnología sanitaria y también es motivo de evaluación, para conocer la efectividad real de estas tecnologías.

La tecnología sanitaria está constituida, especialmente, por el cruce entre todos los dispositivos y medicamentos, que contraponen sus intereses cuando se interrelacionan en el mercado. Así se interrelacionan y tensan los intereses del paciente, los intereses de los médicos, de quien provee los medicamentos, de la industria y de los organismos financiadores. En general, el paciente quiere la última tecnología, tiene una actitud egoísta y no mira el precio, especialmente, en sistemas donde existe un tercer pagador.



El médico, por su parte, se cree con derecho a probar toda nueva tecnología, considera que esta le va a dar una ventaja competitiva sobre el resto y, entonces, tampoco mira los valores. Muchas veces –hoy lo comentaba Iván–, el médico hace la indicación de la nueva tecnología solamente para maximizar su beneficio;

así, los proveedores pasan a tener muy en claro que su cliente ya no es el paciente sino el médico.

También existe la queja permanente acerca del rol del Estado, porque regula demasiado o porque regula poco y permite la entrada en el mercado de aquellos medicamentos que compiten con peor calidad. Y los financiadores ven esto como una amenaza, porque lo único que subrayan es el impacto que tienen los costos y pierden la capacidad de evaluar cuando una tecnología es realmente disruptiva y está agregando valor real en la recuperación de la salud y en la calidad de vida.

Existen herramientas para mitigar este impacto de los medicamentos de alto costo, podemos nombrar algunas como para tratar de mitigarlo, si bien no lo vamos a resolver tal como está planteado el interjuego, los intereses que señalamos recién, la evaluación de tecnología sanitaria aporta muchísimo dentro de este esquema. Luego vamos a hablar de *evaluaciones de tecnologías*.

Ahora pasemos a la definición de un conjunto de prestaciones garantizadas de salud. En este grupo están la innovación tecnológica, que debería ser claramente nombrada, además de claramente definidos el marco regulatorio y de gestión. También están la gestión de compra y negociación, el riesgo compartido, el club de compradores y la alianza entre países. Todas estas son herramientas que nos ayudan a ir cuadrando el círculo. La evaluación de tecnologías sanitarias es un proceso ordenado y sistemático de actividades de evaluación que resultan relevantes para la gestión y que entregan información, que se comporta como un puente entre la investigación y la decisión. Entonces, la evaluación entrega información calificada para poder tomar decisiones. Sin duda, la evaluación y la tecnología ayudan a que se construyan sistemas más equitativos y solidarios, si son utilizadas en las decisiones políticas. Insisto en que se trata de un conjunto de herramientas.

Vamos a referirnos a lo que es la cobertura universal de salud, tal cual la planteó la Organización Mundial de la Salud, que comienza a hablar de este tema hace años y le comienza a dar forma en 2014, durante el 53° Consejo directivo, momento en que aprueba la Estrategia del acceso universal de la salud. La recomendación de alcanzar una cobertura universal de salud insta a los estados a tomar acción y además los conmina a desarrollar herramientas concretas para lograr la cobertura en salud de toda la población. ¿A qué se refiere la OMS con esto? Se refiere a la idea de que todas las personas tengan acceso a gozar del derecho concreto a la salud, no a una oferta sin clara garantía sino a un acceso concreto, sin discrimina-

ción, a servicios que sean integrales, de calidad, que sean oportunos y además, se procura asegurar que esos servicios no expongan a los usuarios a problemas financieros.

**El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud**

Implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras.

**Valores**

- ✓ Derecho a la salud
- ✓ Equidad
- ✓ Solidaridad

The slide features a collage of six small images on the right side, depicting diverse people and healthcare settings. Logos for the Organización Panamericana de la Salud and the Organización Mundial de la Salud are visible below the title.

La estrategia que la OMS define para lograr esta cobertura universal de la salud es el *conjunto de prestaciones garantizadas*. Este concepto implica un conjunto, una relación ordenada de un conjunto de derechos, donde se explicitan claramente los pares necesidad-tecnología que se van a brindar a una población, para que todos puedan acceder y ser cubiertos. Puede tratarse de un listado de tecnologías, como en el caso argentino con el Programa Médico Obligatorio (que es lo que vamos a mirar ahora) o puede ser un conjunto de necesidad-tecnología, bajo la forma listar cuáles son las enfermedades que garantizo y como digo que las voy a atender. Chile, por ejemplo, tiene este modelo. El modelo de Uruguay también es similar y se expresa en su Programa Integrado de Salud. En la región, ya hay varias experiencias de países que tienen conjuntos de prestación garantizada y otros que están en proceso de incorporarlos, con la ayuda de la OPS.

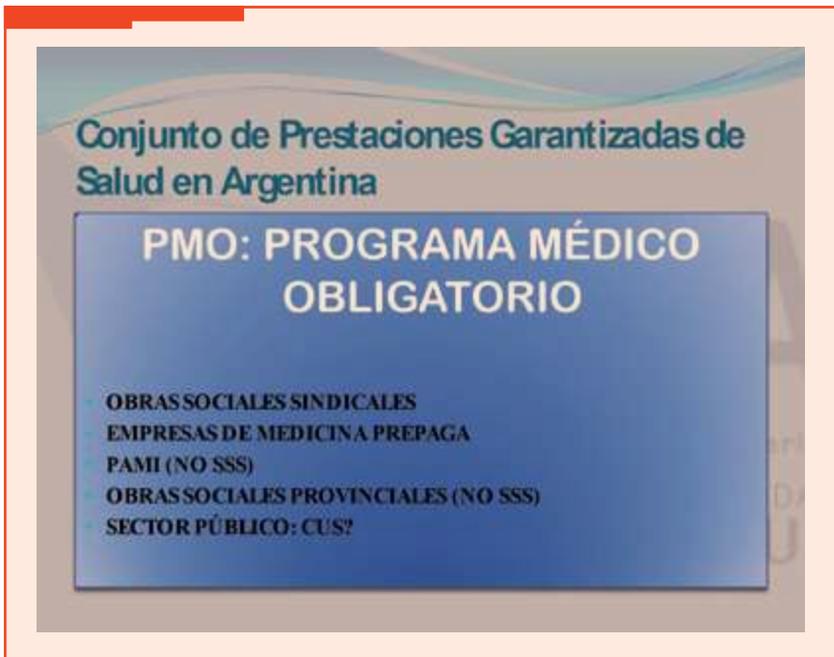
Cuando se piensa en definir un conjunto de prestaciones para garantizar la cobertura de salud de manera universal, se debe tomar en cuenta que ningún país del

mundo puede ofrecer de todo para todos. En efecto, considero que eso no debería ser así, porque no sería equitativo ni costo-efectivo y porque, además, sería imposible concretarlo, ya que la demanda es siempre creciente y la posibilidad de cubrirla, no. Por el contrario, se debe reconocer la limitada capacidad que tienen los sistemas para cubrir las necesidades crecientes. Tener en claro este rasgo es un primer paso. También es importante el tema de cómo se establecen las prioridades, porque establecer prioridades significa qué es lo que se va a dar y a quién.

Se habla de racionalizar los servicios y ello implica fijar explícitamente qué servicios efectivos y eficaces se van a dar en un contexto que sea equitativo para la población. Se debe pensar: ¿voy a seguir cubriendo a partir de la población que ya cubro actualmente? ¿Hasta dónde extendiendo el paquete de beneficios? ¿Cómo hago para que ello no repercuta económicamente sobre la población? Lo cierto es que si no se prioriza explícitamente se prioriza implícitamente. Y si no se planifica correctamente, surgen las colas, las esperas quirúrgicas y los grandes cuellos de botella.

En Argentina, el conjunto de prestaciones de salud garantizado es el Programa Médico Obligatorio, que se define fundamentalmente para las Obras sociales y, un poco antes de la regulación de las empresas de medicina prepaga, también estaba destinado a las medicinas prepagas. Además, si bien el Pami no está regulado por la Superintendencia, adhiere mediante su estatuto al PMO, en tanto las Obras sociales provinciales también tienen un conjunto de prestaciones muy similares a las que presta el PMO, aunque no están enmarcadas bajo el control de la Superintendencia. Luego, la cobertura del sector público la dejo como pregunta, porque si bien está definida la política de la cobertura universal en salud, entiendo que durante estas Jornadas vamos a tratar este tema y agrego que también deberíamos pensar en un conjunto de prestaciones garantizadas.

El Programa Médico Obligatorio surge hace muchos años con la creación del INOS. En realidad, se basa en el viejo Nomenclador Nacional de Prestaciones, que tiene varias modificaciones durante años, en tanto el primer PMO concreto a adoptar y obligatorio surge en 1996 con la Resolución N° 247. Luego, en 2000, se hace una revisión del programa y desde el marco de asegurar efectividad, eficiencia y calidad, se comienza a normatizar el uso de las tecnologías y se garantizan estudios como una resonancia. Poco después, en 2002, surge la Resolución N° 201, que constituye el Programa Médico Obligatorio que actualmente está vigente.



Este programa tiene, a la fecha, varios anexos que vamos a repasar rápidamente. Tiene un programa médico-asistencial, un catálogo de prestaciones y un catálogo de medicamentos. En él se define como obligatoriedad para las Obras sociales que dependen de la Superintendencia una cobertura llamada PMA. Para quienes están en el mundo de las Obras sociales, la cobertura de atención primaria de la salud es donde está el Plan materno-infantil (algunos de sus ejes son la cobertura del recién nacido hasta el año o el programa de prevención de cánceres femeninos), el servicio de odontología preventiva y un conjunto de 25 especialidades denominadas como obligatorias. Allí se definen las prestaciones a brindar: consulta en consultorios, internación, urgencia, emergencia programada en domicilio. Todo esto constituye la cobertura de cada ciudadano, aquellos servicios con los que está cubierto por el PMO y por los que puede demandar o exigir ante las autoridades, si es que no se le brinda el servicio de salud al cual esta adherido, ya sea una obra social o una prepaga.

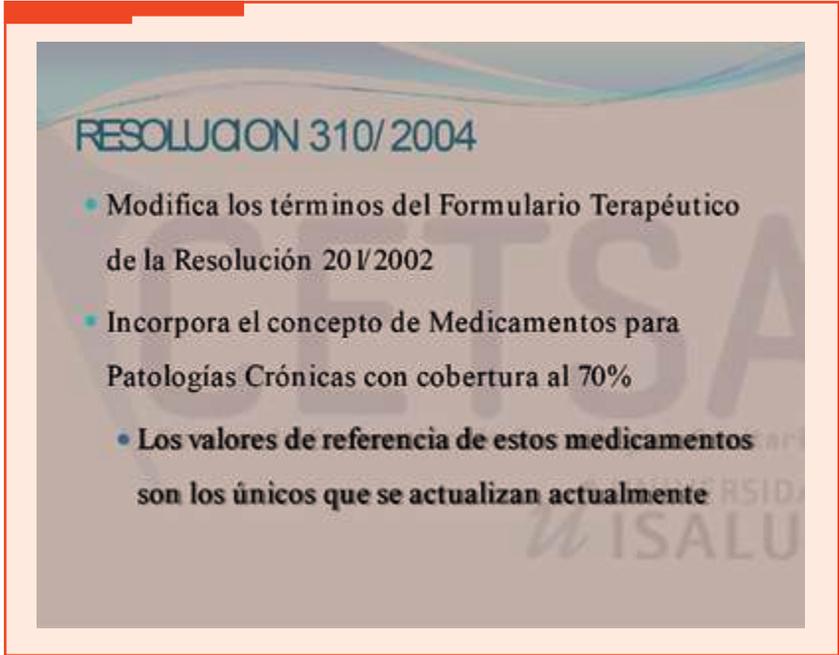
De todo esto hablamos cuando decimos un conjunto de derechos claramente establecidos. Se trata del manual a partir del cual se puede exigir una internación, una consulta, una consulta de emergencia, prácticas y estudios complementarios y ambulatorios, que están detallados absolutamente todos en un anexo. En el

caso de la internación, esta no es solamente institucional sino también domiciliaria. Además, dentro de la garantía del derecho a la salud se encuentra un conjunto de prestaciones de salud mental, si bien es bastante reducido.

Entre 2002 y 2017 efectivamente cambiaron muchas cosas en el PMO. Se sumaron prácticas de rehabilitación, kinesiológicas y fonoaudiológicas, odontología; los medicamentos ambulatorios pasaron de cubrirse el 40% al ciento por ciento; se cubren los medicamentos para patologías crónicas y otras coberturas de cuidado paliativo, la hemodiálisis, la diálisis peritoneal; se cubren anteojos, prótesis y órtesis de origen nacional, si bien las prótesis de origen nacional no cubren todas las necesidades o las expectativas de los médicos que las indican.

También se habla de los coseguros que fueron modificados hace muy poco, del programa nacional, de garantía y calidad de la atención médica, y del cumplimiento del Programa de vigilancia epidemiológica. Este programa tiene un catálogo de prestaciones donde figuran todos los procedimientos quirúrgicos, laboratorio, rayos, prácticas médicas por especialidad. Todo figura dentro del Programa Médico Obligatorio, desde un análisis de laboratorio hasta una videoendoscopia. Todas las prácticas están normatizadas para que se cumplan o para que, en caso de no cumplirse, se exijan o, si es necesario, puedan rechazarse si no existiera una evidencia clara acerca de su efectividad.

También se presenta un formulario terapéutico, donde están todos los principios activos y se cubre el 95% de la demanda desde 2002. El formulario terapéutico tiene varios anexos y más tarde fue modificado por la Resolución N° 310, a partir de la cual se vuelven a listar las prácticas por ATC (clasificación anatómico-técnica-terapéutica-química). Inicialmente, en esta resolución se presentaban valores de referencia de todos los medicamentos, pero actualmente ello no existe más salvo en aquellos medicamentos que tienen cobertura del 70%. En este caso, la Superintendencia se encarga de hacer una actualización de acuerdo con los nuevos productos que se van incorporando, realiza un rango de valores y estipula el porcentaje de cobertura. Así funciona la Resolución N° 310, que se sigue actualizando de acuerdo con modelos que vienen de la época de Jorge Leguiza.



**RESOLUCION 310/2004**

- Modifica los términos del Formulario Terapéutico de la Resolución 201/2002
- Incorpora el concepto de Medicamentos para Patologías Crónicas con cobertura al 70%
- **Los valores de referencia de estos medicamentos son los únicos que se actualizan actualmente**

En el siguiente gráfico se detalla una consulta pública, quien quiera conocer más, puede meterse en el sitio web de la Superintendencia. Allí se puede consultar medicamento por medicamento: el principio activo, el nombre comercial y además se pueden bajar archivos.

Como les comenté, existe un Fondo solidario de redistribución, que lo que hace es financiar las prácticas de alto costo y no solamente las prácticas sino también los medicamentos de alto costo. Desde este Fondo se administran prácticas como la intervención de la corval, que es una válvula para hacer una valvuloplastía (algo que hasta hoy solo se hacía a pecho abierto). Esta válvula se coloca directamente por la transparietal, a través del miocardio, o por la arteria femoral. Solo la válvula cuesta más de 35 mil dólares.

Por otro lado, medicamentos como los anticuerpos monoclonales, los biológicos en general, para tratamientos de hepatitis se encuentran dentro del Sistema único de reintegro (SUR), ahora subsidiado por el PMO, el cual no tiene incluido dentro de la obligatoriedad de cobertura ni dentro de sus anexos a los medicamentos que están financiados por el SUR. Esto ha dejado un vacío legal bastante importante y es donde se para la Justicia para otorgar amparos a aquellos pacientes que reclaman medicamentos de alto costo, frente a coberturas que en realidad tienen obligatoriedad.

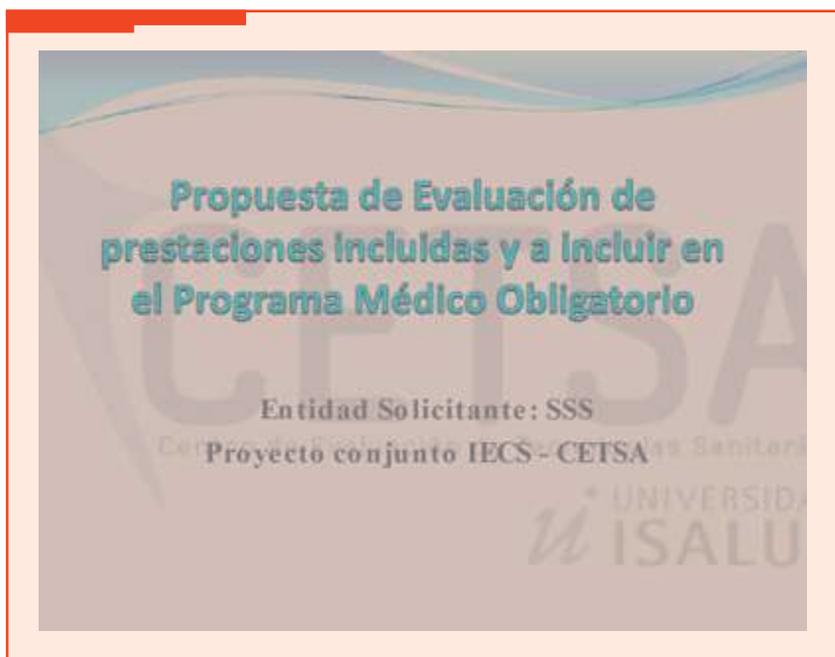
El PMO también tiene programas de prevención de dislipemias, para cáncer de cuello, para infección por HPV, cáncer de mama, diabetes, obesidad, cáncer colorrectal, hipertensión arterial. Posee un programa de prevención cardiovascular, y otro programa antitabaco. Todas estas prestaciones son obligatorias, las exige la Superintendencia, quien conmina a cada Obra social a que las describa y ponga objetivos generales y específicos, las metas acerca de a cuánta población van a incorporar, en qué grupos etarios, cómo van a evaluar. Porque también les pide indicadores de evaluación, junto con un listado de los pacientes incorporados bajo cada programa. En otras palabras, no se trata de programas enunciativos, porque la Superintendencia solicita que se compruebe la cobertura concreta.

Hasta aquí hemos hablado del PMO que se inició en 2002, pero ahora vamos a ver su estado actual. Las normativas accesorias y las modificaciones no fueron hasta el presente sometidas a un proceso de revisión ni de actualización sistemática e integral. Muchos medicamentos y prestaciones ya han sido superados por nuevas técnicas. Por otra parte, ha cambiado demográficamente la población, hoy existe una mayor proporción de adultos maduros, por lo tanto, las prácticas también han cambiado. Sin duda, hay un reacomodamiento de recursos por parte de los médicos, también ha habido innovación y se han redactado bastantes leyes y normas. Sin embargo, el PMO que se publica sigue siendo el mismo.

## PMO Estado Actual

- Los cambios de las características demográficas, epidemiológicas o del comportamiento de la población, y de los profesionales de la salud en relación a los tratamientos y conducta prescriptiva implican también una variación en la utilización de recursos y pueden modificar la relación de costo efectividad de muchas prestaciones.
- La investigación científica y la innovación pueden convertir en no costo-efectivas algunas de las tecnologías que anteriormente lo eran, por lo que deberían ser reemplazadas por aquellas que pronone el avance de la ciencia

Por lo tanto, el año pasado la Superintendencia solicitó una evolución de las presentaciones incluidas y excluidas en el programa. Se trata de un proyecto en el que participaron el Instituto de efectividad clínica sanitario y el Centro de tecnologías y salud como una propuesta para después ser pasada al Ministerio de Salud, que es el que realmente modifica el PMO. Esta propuesta tenía como objetivo una revisión inicial y una evaluación, para ver si el instrumento continúa cumpliendo el rol de garantizar las prestaciones. Presenta varios componentes: relevar decretos, resoluciones y guías; ver el programa de tutelaje y mirar si está orientado adecuadamente (este es el programa que cubre las nuevas tecnologías con una efectividad no del todo demostrada); un relevamiento y análisis de los expedientes conflictivos en la Superintendencia, también en algunos casos de los financiadores, productores y prestadores; definir mecanismos y metodologías para la actualización del PMO, es decir, cómo se hace para hacer una actualización de un modo más continuo; realizar la evaluación de tecnologías seleccionadas como prioritarias. Como último componente, se presenta un conjunto de requisitos de información que se les debe pedir a aquellos productores de tecnologías que quieran realizar propuestas para integrar en el PMO.



Luego se relevaron las leyes y resoluciones que modifican al programa y se incluyeron las que realmente tienen relación con él. Se excluyeron aquellas que no estén en vigencia o que tengan obligatoriedad para otras Obras sociales que no sean los de la Superintendencia. Así se llegó a identificar 44 documentos legales y resolutivos y 51 documentos de normativas y programas. Leyes sobre epilepsia, hipoacusia, sobre medicamentos, salud reproductiva, sobre salud mental. La ley de salud mental, por ejemplo, propone una variación absoluta del espectro de lo que existía. Es más, la ley de salud mental dice que dentro de dos años no tiene que haber más establecimientos psiquiátricos abiertos y propone una serie de mecanismos alternativos y dispositivos de tratamiento con eje en lo comunitario que no están ni siquiera mencionados en el viejo PMO.

Infografía con el título "¿QUÉ FUERON SELECCIONADAS?".

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN**
  - Incluir de manera explícita tecnologías dentro del PMO.
  - Determinar cobertura de enfermedades, problemas de salud o condiciones específicas.
  - Definir modalidades de cobertura o dispensa.
  - Constituir normas nacionales.
- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**
  - Normas que no se encuentren en vigencia.
  - Normas que definan obligatoriedad de cobertura para Obras Sociales Provinciales o cualquier otro seguro de salud que no se encuentre bajo injerencia de la SSSalud.

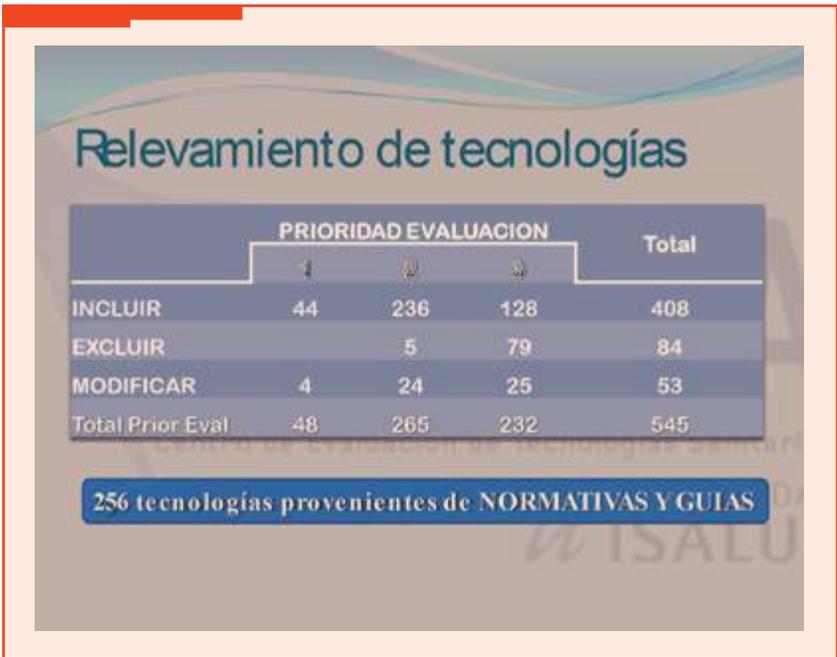
Resumen de documentos seleccionados:

- 44 documentos Marco Legal y Resolutivo
- 51 documentos de Normativas y Programas

A partir de todos los programas y normas relevados se extrajeron los pares necesidad-tecnología que estaban definidos en estas leyes, tanto de manera explícita como implícitamente. Por ejemplo, con la ley de fertilidad asistida, hay que definir en qué circunstancias, mediante cuántos intentos, para qué edad, porque todo eso no está en las leyes. También aparece el formulario que se utilizó para relevar las tecnologías conflictivas con una escala de 1 a 5, de menor a mayor conflictividad o cuando se le preguntaba a las ONG de pacientes, que también se

consultaron del 1 al 5, de menor a mayor posibilidad de acceso a una tecnología. Se consultaron muchos sectores para que opinen sobre estas tecnologías, de acuerdo con la frecuencia del conflicto, costo e impacto en los procesos de accesibilidad. Según cuál fuera el colectivo al cual se dirigiera el formulario, se tomaba uno u otro de estos puntos.

Luego se hizo una matriz de recomendación “se recomienda incluir, no incluir, excluir o modificar la condición de cobertura” en graduaciones de 1 a 3. Esto tenía que ver con si era prioritario evaluar una práctica, si podía incorporarse, o si podía retirarse la cobertura sin una evaluación formal o si ya había normativas que la incluyeran y no era necesaria la evaluación. De esta forma, se identificaron 545 pares de tecnología en general, de los cuales 256 eran el objeto concreto de esta primera parte del trabajo dentro de las normativas y guías que ya deberían estar incluidas en el Programa Médico Obligatorio. En el siguiente cuadro, tenemos esa frecuencia donde un conjunto pequeño de problemas de salud abarcaba el 70% de todos los problemas y conflictos de cobertura dentro de las consultas que habíamos hecho.



Además, quería comentarles qué se debe hacer para presentar una nueva tecnología en el PMO. Esto se define en 2006, en ese momento se señaló que era engorroso y lo dejaron sin efecto, pero ahora el tema se reflota y se publica una especie de Manual que define cómo se podría evaluar una tecnología para determinar si debe ser incorporada o no. Cualquier grupo que crea que hay una tecnología en desuso también puede hacerlo de la forma que se indica en el Manual. Tiene un ingreso, mediante una solicitud formal de gestión de datos, se llena la solicitud y se especifican los motivos que justificarían incorporar una nueva tecnología.



Para concretar la solicitud, se debe hacer un repaso de atributos: si es un medicamento o el tipo de tecnología, las especificaciones, si está autorizado y cómo, para qué patología es, qué carga global de enfermedad tiene esa patología; si la tecnología está autorizada a nivel nacional o internacional; si la autorizó la EMEA, Agencia Europea o la FDA, Agencia de Estados Unidos; qué evidencias hay; las indicaciones, contraindicaciones, interacciones medicamentosas, etc. También, para qué población está destinada, dentro de qué grupos etarios. Todo esto es lo que se va a hacer cada vez que alguien pida ingresar una nueva tecnología o un nuevo principio activo al PMO.



Si se trata de una sustitución, se debe establecer qué tecnología está sustituyendo; si lo va a hacer en forma parcial o en forma total; cuando se habla de evidencia, se describe cada una de los requisitos, los de ensayos clínicos que soportan la evidencia, el beneficio neto, la efectividad clínica, las evaluaciones económicas, el impacto presupuestario costo-efectividad, el análisis de sensibilidad, y hasta el valor en otros países (pues se debe hacer un estudio de mercado de otros países antes de presentar las tecnologías para ser incorporadas en el PMO). Entonces, si se le da cobertura o no en otros países, se analiza qué factibilidad de implementación existe. Por ejemplo, si se trata de una práctica, ¿hace falta un operador? La corval es uno de estos casos: ¿qué tiempo de capacitación y qué tipo de ejercitación tiene que tener el operador para implementar esta nueva tecnología? Todo esto está en la Resolución N° 370, que hace menos de dos meses está publicada en el sitio web de la Superintendencia y me parece que es una herramienta más que interesante para quienes quieran adentrarse en el tema y plantear cómo abordar el estudio de estos temas. Especialmente, el gran capítulo de la evaluación de tecnologías sanitarias. Muchas gracias.

### *Carlos Vassallo*

Con Edgardo vamos a superponernos un poquito en algunas cosas, recién le agradecía el tema de la presentación de la Resolución N° 370 porque es muy nueva y va a ser muy útil. Yo creo que esta resolución empieza a trazar un camino acerca de cómo incorporar nuevas tecnologías. También soy responsable de ponerle este título de “la cuadratura del círculo” a nuestras exposiciones, porque los cuatro puntos del cuadrado de ese círculo se refieren al tema de la innovación y a su impacto, cada vez mayor.

En efecto, la entrada de nuevos productos que impactan económicamente se vincula con el marco regulatorio, pues desde el marco regulatorio se puede incentivar o desincentivar. Otra punta del cuadrado es la cobertura, es decir qué cobertura podemos dar. Y, finalmente, está el tema de cómo la judicialización se ha convertido en un mecanismo que acorta el camino y permite que las cosas puedan ingresar. Incorporaría, incluso en los mismos términos, el tema de la legislación, porque existe mucha nueva cobertura que se incorpora a través de leyes específicas, que empiezan a legislar por encima del Programa Médico Obligatorio y van armando una carga de cobertura que nadie discute.

La cuadratura del círculo es una expresión que se utiliza para tratar de representar problemas de muy difícil o imposible solución y, lo que podemos agregar, sin duda, es que el sistema de salud de la Argentina es ciertamente muy complejo. Si tuviera que definirlo en pocas palabras, diría que es un sistema al que me cuesta pensar como “sistema”, que posee muy baja intensidad en materia de regulación, que tiene un gasto muy importante (ya que estamos gastando un 8,5% del PBI), y cuyos resultados son deficientes. Si se compara la efectividad que este gasto puede tener con otros países del mundo, comprobamos que la nuestra es muy baja. Seguimos teniendo una mortalidad materna muy alta y seguimos teniendo una mortalidad infantil que otros países que gastan menos que nosotros han conseguido descender. Seguimos teniendo indicadores de gente que está afuera de la cobertura. De hecho, tenemos una gran deuda pendiente en materia organizativa. Por ejemplo, Costa Rica es un país que gasta mucho menos que nosotros y tiene mejores resultados. Evidentemente, se trata de modelos de financiamiento, atención y gestión, que soportan y permiten que la efectividad de esos sistemas de salud pueda ser mucho mejor que la nuestra.

El otro problema serio que tenemos es un gasto de bolsillo alto y, si bien no llegamos a los porcentajes que hoy se mencionaron para el caso de México, sobre los 8,5% del PBI que gastamos en salud, un 3,5% se lo lleva el gasto de bolsillo. Este tema nos presiona a decir que no podemos seguir cargándole a la población con este gasto, además de que convivimos con un doble, triple o cuádruple estándar en materia de planes de beneficios. Es decir, Argentina tiene un grupo de gente cubierta por el PMO que está en una Obra social, que tiene una relación calidad-cobertura determinada; después vendría otro sector de Obras sociales sindicales empresariales, que tiene otro nivel de relación cobertura-calidad; después está el Pami; luego siguen las Obras sociales que están por fuera de la Ley N° 23,660; y, finalmente, viene la gente del programa Sumar, que tiene un plan de beneficios.

Insisto con esto, el plan de beneficios o el listado de todo lo que es preventivo tiene que sostenerse desde la calidad del servicio que se da, porque como ustedes saben no es lo mismo la calidad que se le exige a una clínica o a un sanatorio, que lo que se le exige al Estado para que un hospital funcione en forma adecuada. Sobre esto me parece que debe trabajar el proyecto de cobertura universal.

Muy rápidamente quiero comentar tres aspectos que condicionan una estrategia relacionada con la cobertura de salud. En primer lugar, existe dentro del sistema de salud argentino una especie de consenso tácito acerca de un conjunto de



arreglos de tipo institucional, que generan que nuestro sistema sea un sistema muy cerrado y difícil de transformar. Tenemos un financiamiento sostenido desde el trabajo (desde los salarios tenemos ya 9 puntos de aportes y contribuciones y no podemos seguir aumentando ese porcentaje), tampoco podemos financiar el sistema desde el gasto privado porque el gasto de bolsillo se ha incrementado notablemente. Entonces, vamos a tener que ir por el lado del gasto público, pero eso nos obliga a ser eficientes y a ser mucho más efectivos de lo que hemos sido hasta ahora.

Hemos estado los últimos 25 años hablando de reformas y, en verdad, es muy poca la reforma que se ha podido consolidar porque para hacer una auténtica transformación se necesita un grupo importante de población detrás de un liderazgo. A lo sumo, lo que se puede hacer son reformas en los márgenes. Entonces tenemos que tratar de identificar aspectos en los cuales es importante transformar y tratar de reunir el consenso político y social para poder realizar esa reforma.

El segundo aspecto se relaciona con entender que estas restricciones a los cambios, a las innovaciones, van a toparse con la inercia de arreglos institucionales implícitos que ya están planteados de manera previa, estos arreglos son de una fortaleza muy grande, porque hace 20, 25 años uno podía pensar “bueno, acá lo óptimo en materia de medicamentos de alto costo sería un seguro único que junte a los 43 millones de argentinos dentro de una cobertura única”, al estilo de lo que hace el Fondo de recursos de Uruguay, que tiene 5 o 6 millones de habitantes, de tal manera que los riesgos altos sean cubiertos por los bajos riesgos de los 43 millones de habitantes. Sin embargo, eso es políticamente inviable, porque ni las Obras sociales están dispuestas a ceder esa participación ni tampoco las prepagas. Por otra parte, la gran pregunta sería quién administra ese fondo. Esto quiere decir que estas restricciones constituyen lo que se denomina “una segunda naturaleza”. Existe una primera naturaleza que es la que marca la situación pero también hay determinantes, como estos arreglos, que conforman una segunda naturaleza que no se puede evitar tomar en cuenta.

El tercer aspecto, que hoy quedó manifiesto durante la presentación del caso de México, es la debilidad institucional del Estado para poder plantear estos procesos de reforma. Sin duda, entre las políticas que estuvimos mencionando, vamos a tener que poner en marcha el tema de la calidad, cómo lograr un programa de calidad que atravesase a todos los sectores (de seguridad, social, público y privado), cómo lograr un plan de beneficios único.

Sin ir más lejos, fíjense los desafíos que plantea la cobertura universal y cómo lograr también un mecanismo de evaluación de tecnologías que nos permita distinguir entre aquello que vale la pena incorporar porque agrega valor y aquello que en realidad es puro humo, porque hay que esquivar las modas, la presión de los medios de comunicación, la presión de la justicia, sumados los mismos prestadores, y los pacientes, que se enganchan ante toda promesa de mejor calidad de vida, sin que se dé a conocer ninguna evidencia concreta.

Actualmente, no podemos decir que se legisla políticamente diciendo esto entra y esto no entra. Se necesita claramente mostrar evidencias, mostrar pruebas que permitan saber cómo son esas condiciones. El tema del poder es lo que está detrás del sistema de salud argentino y es una sólida construcción que perdura a través de los años y las gestiones. Es un tema muy difícil pero lo cierto es que nada se modificará si no alcanzamos un gran acuerdo que permita sumar a la población. Transformar este sistema tal vez sea pensar en transformarlo desde los márgenes. Este es un poco el diagnóstico de situación que veníamos conversando.

Hay un bombardeo incesante de nuevas innovaciones, hay nuevos medicamentos que van a revolucionar el tema del tratamiento del cáncer, que lo convierten en una enfermedad crónica. Existe una cantidad de medicamentos biológicos que van a cambiar los tratamientos, van a obligar también a los farmacéuticos a replantearse su tarea, porque si bien no se terminan los medicamentos de síntesis química tarde o temprano vamos a tener que pensar cómo empezamos a reemplazar las marcas y similares que se llevan un porcentaje altísimo del gasto en salud (más del 50% del gasto; el 70% del gasto de Pami en ambulatorios). Son medicamentos que ya tienen patente vencida hace años, que no responden a ninguna fórmula mágica y que, por lo tanto, ya es necesario pensar una estrategia que permita hacerlos totalmente accesibles. No digo que vayamos a hacer la revolución mexicana metiendo 300 bioequivalencias por año, pero sí creo que en Argentina necesitamos iniciar un proceso de medicamentos con bioequivalencia.

Para lograrlo, tenemos que trabajar desde el Estado con una comunicación que incentive a los médicos, farmacéuticos y al resto de la población. En alguna oportunidad, hubo un intento que lamentablemente solo quedó en la prescripción por nombre genérico y no avanzó mucho más. Este cambio fue sostenido por la gente, que cuando iba a la farmacia discutía y pedía un precio más bajo. El farmacéutico también colaboró y, sin embargo, no se vio favorecido en nada. Por el contrario, hasta se vio perjudicado. Entonces, si uno imaginara una política, hay que rever muchas cosas.

## DIAGNÓSTICO DE SITUACION

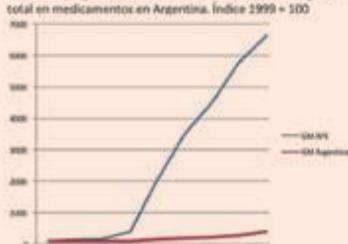
Bombardeo de innovaciones y nuevas tecnologías en salud

Incremento permanente y constante del gasto en salud

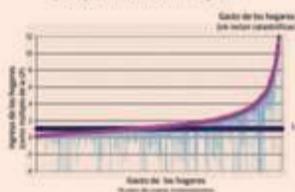
Ampliación vertical y horizontal de la cobertura de salud

Por supuesto que el bombardeo de novedades impacta sobre el gasto y eso genera también unas presiones muy importantes hacia la ampliación vertical y horizontal de la cobertura, y como esas presiones se producen en un sistema que está asentado sobre el que tiene más poder, el que va a los medios de comunicación tiene mayores posibilidades de ampliar la cobertura. Algunos datos de Federico Tobar muestran el crecimiento de gastos en catastróficos en la APE, otros datos muestran la necesidad de que una cobertura para este tipo de medicamentos necesita gran cantidad de gente cubierta. Son gastos que afectan a familias y a determinadas personas, que no pueden pagar de bolsillo. Si hay algo que requiere un mecanismo de solidaridad son estas coberturas que son de muy alto costo.

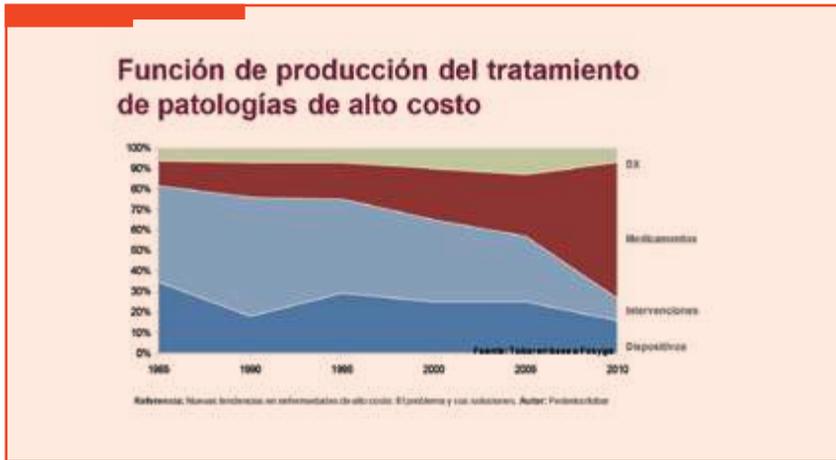
Evolución del gasto en medicamentos de APE versus el gasto total en medicamentos en Argentina. Índice 1999 = 100



¿Por qué se les llama catastróficos?



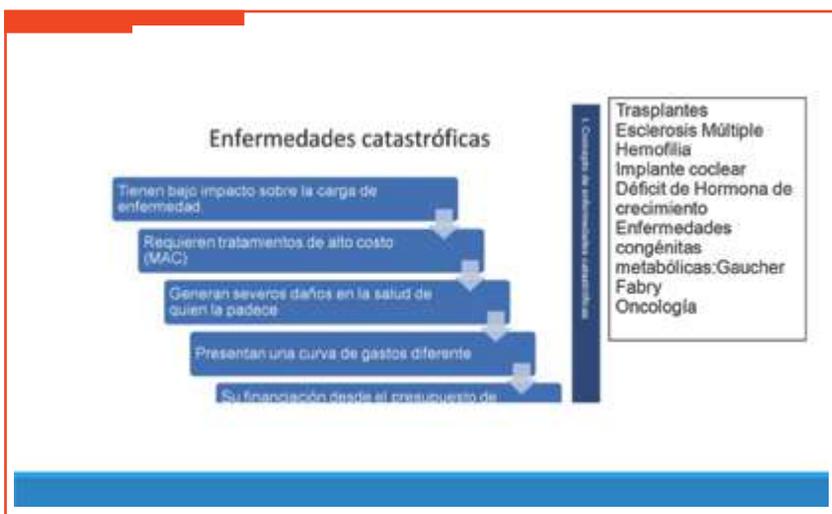
A diferencia de las coberturas ambulatorias, que van tendiendo también a tener un costo menor, las patologías de alto costo, como se ve en la parte roja que se refiere a los medicamentos, se han expandido de manera importante en los últimos años. Esto que les muestro está tomado del fondo que tiene Colombia, del FOCIA, que terminó hace un año colapsando y obligando a Colombia a avanzar en una política interesante de medicamentos con precios comparados, con precios de referencia, que apunta a mecanismos de regulación.



En el gráfico se observan algunas de las tendencias internacionales en la materia. Los biotecnológicos pasaron a duplicar el mercado farmacéutico, la tasa de crecimiento de las ventas alcanzó en 2007 los 75 mil millones y ahora están en más de 100 mil millones. El ritmo de crecimiento se aceleró durante los últimos cinco años. En 2002, solo seis productos superaban esta marca y, en 2007, 22 productos registran ventas superiores a los mil millones de dólares. Esto es lo que se vuelve necesario tratar y a lo que hay que responder desde el punto de vista organizativo. Porque no se resuelve con más financiamiento ni apelando al voluntarismo. Esto necesita un cambio desde el punto de vista organizativo.

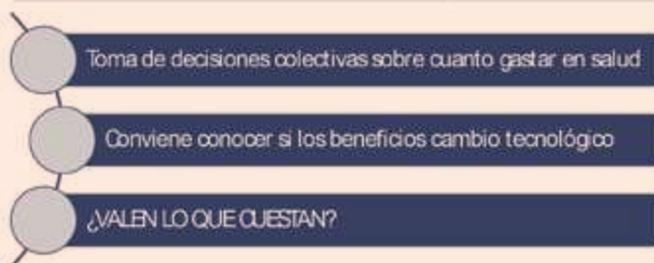
Aquí se observan algunas de las prestaciones de las que estamos hablando: trasplantes, esclerosis múltiple, hemofilia, implante coclear, deficiencia de hormonas de crecimiento, enfermedades congénitas, metabólicas, oncológicas. Esto nos obliga a trabajar sobre esta herramienta, a la cual ya ha ingresado la mayoría de los países de América latina, mientras nosotros todavía estamos pensando con un proyecto de ley que fue presentado en el Congreso y que ahora aparentemente

podría salir por un decreto presidencial. El tema es cómo tomar decisiones sobre cuánto hay que gastar en salud y si conviene adoptar cambios tecnológicos, lo que podrían llegar a costar. Se deben establecer prioridades y en esto la evaluación económica de tecnología nos ayudaría mucho, no solo porque tal como lo planteó Augusto Guerra el año pasado debería ser aplicada para las medicaciones nuevas sino también para las medicaciones que ya se están elaborando y para los tratamientos que ya están disponibles.



Durante las Jornadas del año pasado, hablamos mucho de lo que se llama *desinversión*. Es decir, por qué seguir financiando algunos tratamientos que en realidad no muestran efectividad o han sido reemplazados por otros que demuestran ser mucho más efectivos. Esto sigue ocurriendo y lo seguimos marcando. En este sentido, el Pami puede llegar a tener un rol importante, orientando en esta materia al Ministerio de Salud. Históricamente, el Ministerio no se ha visto involucrado en el tema de la regulación de medicamentos. Salvo en el caso del ministro Ginés González García que puso el tema de medicamentos en la agenda, este organismo ha permanecido apenas como un actor más y resulta que este tema necesita una política bien concreta y bien articulada. Acá hay que incluir a la ANMAT y al Ministerio de la Producción, porque entre otras cosas hay que encarar la defensa de la competencia.

## La evaluación de tecnologías



Como ustedes saben, los actuales niveles de concentración exigen que participen con decisión el Ministerio de la Producción, la Superintendencia de Servicios de Salud y el Pami. Edgardo ya mencionó algo respecto de que las tecnologías sanitarias son cualquier tipo de intervención que pueda ser utilizada en salud, ya sea como prevención, diagnóstico, tratamiento, medicamentos, dispositivos, procedimientos e incluso los sistemas organizativos. La evaluación de tecnología es básicamente una forma de investigación que va a examinar cuáles son las consecuencias técnicas, sociales, económicas, éticas, que se derivan del uso de esa tecnología en el mediano y largo plazo.

Las tecnologías sanitarias pueden ser directas o indirectas y pueden tener también efectos deseados e indeseados. Una agencia de evaluación de tecnologías en primer lugar emite una resolución acerca de la evaluación de los cuidados y de las tecnologías que son más apropiadas y lo hace utilizando un mecanismo de medición que es el costo-efectividad. En segundo lugar, aporta evidencia científica. Y, para poder realizar esas evaluaciones, desarrolla Guías de práctica clínica.

Yo considero que el Ministerio de Salud debería ya estar destinando recursos a la confección de guías clínicas, porque se trata de un instrumento que nos permite una mejor asignación de recursos y evita que cada médico “use su librito”. Una agencia de evaluación también busca mecanismos que nos permitan saber cuáles son los caminos más correctos, convoca a audiencias públicas a entidades, para poder discutir estas temáticas. En efecto, una agencia de evaluación de tecnología no puede ser un lugar cerrado que toma decisiones sino un lugar de intercambio donde se discute.



Estos son algunos puntos claves que se pueden considerar al momento de organizar una agencia; diseñar su organigrama, cuáles deberían ser sus objetivos, cómo debería hacerse la selección de tecnologías, qué se va a evaluar, cuáles son los requerimientos de la evidencia y el método de evaluación que se va a utilizar, cómo se va a producir la disseminación e implementación de los resultados de cada evaluación y cuál es la productividad.

Como sabemos que existen agencias que están trabajando con diversos métodos, buscamos algunos mecanismos para comparar, por ejemplo, en Alemania, Francia y España. España tiene agencias en muchas de sus comunidades autónomas y todas hacen referencia a una única Agencia nacional de tecnología. Alemania y Francia también tienen agencias nacionales y Gran Bretaña tiene un organismo que desempeña un rol de asesoramiento. Es decir que Alemania, Francia y España tienen agencias, en tanto Gales, Suecia e Inglaterra poseen organismos cuyas decisiones son tenidas en cuenta por el Sistema nacional de salud, es decir que todo está centralizado. En cambio, Alemania, como Francia, tiene un sistema que es más diversificado, más pluralista. En la Argentina todavía no tenemos una ley para crear la agencia y además tenemos un sistema que presenta algunas dificultades para poder implementar cualquier tipo de política. En pocas palabras, tenemos un sistema con reglas de juego poco claras.

Respecto de los objetivos, las agencias no tienen solamente como meta la evaluación de la mejor efectividad sino también de la eficiencia y ello se mide utilizando el ratio de costo-efectividad. Desde el punto de vista de la selección de tecnologías, se emplean diferentes criterios. Tanto Suecia como Inglaterra y Gales analizan la carga de enfermedad, el impacto de los recursos, la importancia clínica y política, la presencia de variabilidad inapropiada en la práctica clínica, como principales. La perspectiva del análisis no aparece muy definida en el caso español y francés, en cambio en Suecia y Alemania la perspectiva que se va a elegir es la de la sociedad y en el NICE la perspectiva será la del NHS, Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, o de la sociedad, según cuál sea la tecnología evaluada.

Los ingleses, con el NICE, constituyen la agencia más desarrollada y más evolucionada respecto de los conflictos de intereses. Por ello, un punto muy importante para estas agencias es el grado de independencia del gobierno. La protección de conflictos de intereses es razonable en estos casos, el NICE es el organismo más transparente, pone a disposición pública todos los documentos que se emplean en la evaluación de tecnologías, los plazos de procedimiento deben ser explícitos y deben cumplirse además ciertas reglas explícitas en el momento de apelación. Esto ocurre también en el caso de Inglaterra y Suecia.

Respecto del requerimiento de evidencia y los métodos de evaluación, que son cosas muy técnicas, es importante saber que en Inglaterra y en Suecia están las agencias que mejor han definido la información y las guías según el tipo de evidencia hallada. Si pensamos en la Argentina, en cambio, nos encontramos con que no se dispone por el momento de procedimientos estandarizados que definan cómo llevar adelante un proceso de evaluación y que tampoco están definidos criterios de calidad.

Otro punto importante del trabajo de las agencias se vincula con la comunicación, la diseminación y la implementación, es decir, cómo debe organizarse la transparencia y divulgación de los resultados obtenidos. En este caso, el NICE presenta el proceso más transparente, ya que llama a la participación a todos los implicados y convoca a la industria, los profesionales y los pacientes, para intentar ser un instrumento de aceptabilidad, de transparencia y de legitimidad en la toma de decisiones. Las principales agencias europeas priorizan sus elecciones según el beneficio clínico, pero por ahora solo las agencias inglesa y sueca también lo hacen tomando en cuenta el criterio de costo-efectividad. En Inglaterra y en Suecia, se adoptan incentivos financieros y no financieros para poder favorecer las decisiones de la práctica clínica. Por último, si se analiza el tema desde el punto de vista de la productividad de las agencias, es posible apreciar que Francia y España tienen un número cercano a 60 en ambos casos. España suma informes y guías alcanzando una productividad que está por encima de los otros cuatro países estudiados, en tanto el NICE se destaca superando a todas las demás agencias en la realización de guías de prácticas clínicas.

Algunas consideraciones para el caso argentino. Una es, en realidad, una pregunta y es si existe en el argentino una cultura evaluadora impregnada en los agentes sanitarios. Uno tiene la tentación de decir que esto todavía no existe. Cuando pienso en una agencia de evaluación de tecnologías, se me ocurre que es más un reclamo de los financiadores y de los proveedores y los laboratorios que un reclamo político y social sobre el tema. La evaluación de tecnología solo es útil si logra contribuir con la toma de decisiones, por eso es tan importante que se avance en el proceso de rectoría y en el proceso de empezar a gobernar la salud en la Argentina. Porque, en la medida que uno logra mayores capacidades de gobierno, empieza a necesitar la evaluación de tecnologías para tomar esas decisiones. La otra cuestión muy importante es que si no existe un mínimo de información sobre las tecnologías evaluadas, cualquier valoración puede ser inútil y entonces se verá retrasada la decisión o el rechazo de las posibles innovaciones.



También es importante destacar puntualmente la diferencia que hay entre evaluar tecnologías sanitarias y lo que significa demostrar la no inferioridad (que es en lo que trabaja una agencia reguladora tipo ANMAT, que evalúa seguridad, calidad y eficacia frente a los competidores) de una prestación, dispositivo, medicamento o tratamiento, mediante estudios comparativos. La otra cuestión es que se debe exigir un alto grado de transparencia en el tema, esto implica que tenemos que evitar que aquí esto se maneje como una sala de reuniones donde se toman decisiones discrecionales. El proceso de evaluar tecnologías tiene que tener una apertura y tiene que existir información disponible.

A mí me dejó muy impresionado el caso de Chile, por cómo manejaron el programa Auge y cómo lograron, en la medida de lo posible, que la población se involucrara con la discusión. El Auge tenía que ver con los tratamientos que se van a garantizar y, en consecuencia, cómo no va a tener que existir la opinión de la gente, para poder discutir eso en un plano diferente. Creo que en la Argentina estamos muy atrasados en eso, incluso si uno toma cualquier diario de Brasil, un diario de Chile o de Colombia, se encuentra con una cantidad de noticias y de información sobre los sistemas de salud y, en cambio, en la Argentina se navega muy por arriba, con un nivel de detalle muy deficiente. Los estudios internacionales se han concentrado también en qué cosas venden los laboratorios. Se han concentrado en intervenciones, en procedimientos quirúrgicos, en dispositivos médicos y en diagnóstico, pero se ha trabajado muy poco en evaluación de tecnologías vinculadas que inciden en los hábitos y estilos de vida.

Por ejemplo, problemáticas como el tabaquismo, la obesidad, el alcoholismo son áreas sensibles en las cuales las tecnologías tienen una incidencia muy fuerte. Piensen ustedes que, en un año, la relación costo-beneficios por una nueva tecnología que es incorporada es de 4 a 1, mientras que ganar en áreas preventivas es de 30 a 1. Fíjense si no hay márgenes sobre los cuales trabajar sobre estos aspectos que tienen que ver con una mayor cantidad de población que está incluida y con estos problemas.

Los estudios siempre se producen en el momento en que existe menos información, porque la tecnología recién está siendo introducida dentro del sistema. Entonces, es cuando en realidad más deberíamos pensar que las evaluaciones de tecnología deberían tener un proceso continuo y sostenido. Así como existe un área en medicamentos que se llama farmacovigilancia, que permite dar seguimiento a los productos, también debería pensarse que las tecnologías deben ser sometidas a un cierto proceso de revisión, para ver cómo están funcionando.

Por último, quería señalar que otra de las cosas que se están instalando, porque también el costo es muy alto para introducirla rápidamente, es el tema de los contratos de riesgo compartido, que son un mecanismo de financiamiento que toma en consideración la cuestión de cómo está funcionando una tecnología sanitaria y cuáles son los resultados, para pagar entonces en función de esos resultados y no simplemente pagar a ciegas, porque apareció como una novedad. Muchas gracias.

*A continuación vamos a intercambiar algunas preguntas.*

*Público: –Buenas tardes, les quería consultar, si está en agenda o si tienen conocimiento, además del tema de la evaluación de tecnologías sanitarias y de las guías de práctica clínica, que son sumamente importantes para hacer un uso racional de los medicamentos, si hay algún grupo de trabajo que esté analizando lo que es prescripción de medicamentos, especialmente de pacientes adultos, algo que es un gasto de muy alto impacto y en los criterios es top star. Porque ahí lo cierto es que la función del farmacéutico es sumamente relevante. En estas Jornadas se van a presentar dos trabajos de colegas donde se toca ese tema, por eso quería consultarles si hay alguna línea de trabajo sobre esta categoría.*

Edgardo Von Euw: –No concretamente así definido con respecto a los medicamentos. De lo que se está hablando es de desinversión, como les decía Carlos, de empezar a bajar medicamentos que no son costo-efectivos, pero en el tema específico que estás planteando lo que la Superintendencia está empezando a plantear es la cuestión de programas dedicados para adultos mayores dentro del PMO. Si bien no es exactamente lo que estás preguntado, posiblemente en este contexto pueda plantearse este tipo de estrategias para pintar un poco la polifarmacia.

*Público: –Me parece que es un tema interesante para poner en agenda, porque hoy estamos tratando síntomas y signos, pero que están provocados por medicamentos no por patologías, entonces creo que ahí habría un buen punto de análisis.*

Carlos Vasallo: –Sin duda es lo que vos decís. Estamos hablando de la desinversión, es un tema que se discute con los estudios que se piden de los laboratorios bioquímicos, cosas que se piden por inercia cuando en realidad eso es un costo-oportunidad. Estamos pagando por cosas que no le sirven a nadie. Yo creo que



nosotros tenemos acá un ejemplo mayúsculo, una especie de monumento al uso irracional del medicamento. A partir de la Resolución N° 337 se va a tomar caso por caso. Hay que buscar mecanismos que permitan hacer un seguimiento de la cantidad de medicamentos que se toman por paciente. Ahí yo creo que el Pami es el organismo óptimo para evaluar estos temas. También es interesante para llevarle el tema al Pami desde FEFARA, como para poder plantearse que nosotros no estamos simplemente para vender medicamentos sino que lo que nos interesa es la salud de los pacientes. Es una forma de mostrar cómo los farmacéuticos pueden ser mejores administradores que el que vende los medicamentos, que siempre va a tener por intención vender más productos porque con eso tiene mayor rentabilidad. Esto es lo que marca un poco el gran conflicto de intereses: que el administrador de contratos de medicamentos del Pami sea la misma industria. Es algo que no tiene pies ni cabeza.

*Público: –Es un buen momento político. Hace poco estuvo Sergio Cassinotti en el ámbito del grupo del Sanatorio Güemes y está apuntando concretamente al gasto de medicamentos, porque este representa el 25% del presupuesto de atención médica del Pami. Es tiempo para este tipo de iniciativas, y me parece que coincide con lo que dice Carlos: es un buen momento para llevar este tipo de proyectos que no solamente disminuyen el gasto sino que, sobre todo, disminuyen el daño. En los trabajos que se presentan aquí en las Jornadas está justamente eso que comentan los colegas y además se desarrolla el tema del impacto hospitalario, por ejemplo, los días de estadía que se disminuyen. Todo es –como decía Carlos– una cadena de situaciones.*



UMINOX  
ACERO  
APTO PARA  
ALIMENTOS



> MESA

2

## LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS

*Coordinadora: Farm. Natalia Rodríguez, Vicepresidenta Segunda de FEFARA.*

*Expositor: Cont. Raúl Ayuch, Presidente del Instituto de Obra Social del Empleado Provincial (IOSEP), Santiago del Estero.*

*Raúl Ayuch es actualmente Presidente del IOSEP. Además, fue Presidente de la Caja Municipal de la ciudad de Santiago del Estero, se desempeñó como Secretario de Economía en la Municipalidad de esta ciudad capital y fue Gerente de las Unidades de Atención Integral (Udaís) de la Anses de Santiago del Estero. Ha sido Diputado por la Provincia de Santiago del Estero, miembro de la Junta ejecutiva ampliada de COFPRAS, la Confederación de Obras y Servicios sociales provinciales de la República Argentina y se ha desempeñado como Presidente de compra de la región NOA. Por otra parte, ha sido disertante de resolución de conflictos en el Congreso promovido por el Banco Mundial y expositor en la Universidad de Sevilla, España.*

## Raúl Ayuch

Es una satisfacción poder compartir estas Jornadas con ustedes. Quiero agradecer a las autoridades de FEFARA y del Colegio Farmacéutico de Santiago del Estero que me hayan invitado a compartir este encuentro de colegas. Sin duda, estas Jornadas crecen año a año y vienen produciendo materiales realmente muy importantes e interesantes. Quiero mencionar que me acompaña un equipo completo de la Obra social, el Gerente prestacional, el Gerente general, el responsable de las prestaciones farmacéuticas, la Presidenta de la Obra social municipal, los trabajadores de sistemas y de comunicaciones. Les comento este detalle, porque nuestro propósito aquí es transmitir nuestra experiencia, nuestra vivencia en la administración y la gestión de medicamentos, junto con otros aspectos que están relacionados.

Por otra parte, más que dejarles algo que como farmacéuticos pueda servirles de la narración de nuestra experiencia, hemos venido a aprender, porque generalmente estamos en espacios de subsistemas que no comparten experiencias. Nosotros organizamos nuestros servicios a través de nuestras instituciones de compra y ustedes organizan las suyas, pero el hecho de que nos hayan invitado y nos permitan participar para nosotros es muy útil. Ya hemos hablado con el presidente de FEFARA para que nos haga llegar todos los trabajos, porque en este momento estamos replanteando el modelo prestacional, mediante una serie de modificaciones, y queremos conocer todas las sugerencias que vienen trabajando en las Jornadas. Además, como santiagueños, nos sentimos un poco anfitriones y deseamos que la pasen bien, que disfruten de Termas de Río Hondo y que se hagan un tiempo para conocer algunos aspectos de la provincia.

Quiero, en principio, hacer una presentación para que nos conozcan. Decirles qué es el IOSEP, cuál es nuestra composición y cuál es nuestra tarea. Nosotros constituimos una obra social que tiene 180 mil afiliados, esta es una de las 24 obras sociales que funciona en la provincia. Pero la característica de nuestros afiliados es que son todos empleados públicos, provinciales y municipales, y también de comisiones municipales del interior. Lo que guía nuestro desempeño en la función son los principios de solidaridad, accesibilidad y equidad en el sistema. Para nosotros es muy importante tener presente estas ideas fuerza porque en realidad constituyen los pilares para sostener el sistema. Desde estos principios de comportamiento, el IOSEP forma parte de las compras del Consejo de Obras sociales de la República Argentina, que está constituido por los representantes de todas las provincias, y también integramos la Junta de compras de nivel nacional, porque nos han honrado con la designación de presidir la región del Noa.



Estamos en el subsistema de la Seguridad social, donde las Obras sociales provinciales cubren desde un 16% hasta un 27% de todo el sistema de la seguridad social. Este subsistema tiene la particularidad de tomar, contener y procesar la demanda más federal que podamos expresar, porque cada provincia tiene sus afiliados hasta el último rincón de su territorio. Así compartimos problemáticas con Jujuy, Tierra del fuego, con Mendoza, con Buenos Aires y todos ellos con cada uno de sus partidos, departamentos y cada departamento con sus pueblos y sus comisiones. Por esa razón, cuando nos halagan con una invitación, aceptamos gustosos, porque estamos en condiciones de transmitir experiencias que son realmente federales.

Es importante destacar esto porque consideramos que vivimos en un país con un federalismo inconcluso y con una organización que todavía nos demanda y nos plantea ciertos desafíos. Tenemos heterogeneidad de regiones, en un país extraordinario, con diversidad climática, geográfica, de costumbres y de características socioeconómicas diferentes. Y hemos logrado constituir el Consejo desde instituciones como el IOSEP, que hoy tiene bajo su responsabilidad a 7 millones de afiliados.

Es evidente que formamos parte de un sistema de salud y a la vez estamos dentro del subsistema público de seguridad social y, como sabemos, también existe un subsistema privado. Pero lo bueno es que coincidimos en las preocupaciones y en el diagnóstico, por eso remarcamos que los componentes de este sistema están fragmentados. Hay una falta de relación y de integración, que yo creo que no tiene que ver con la falta de recursos sino con barreras culturales o de costumbres que los argentinos aún no tenemos el coraje de comenzar a revisar y cuestionar, para evolucionar en los desafíos que se nos plantean.

Hoy queremos dar un paso en ese sentido, para integrarnos. Cada uno de estos subsistemas de los que hablamos atiende un determinado sector de la población pero, en muchos casos, hay afiliados en común, hay punto de intersección y al no existir comunicación ni interactuar todo se traduce en una aplicación ineficiente de los recursos con los que cuenta el sistema y, además, ese solapamiento atenta contra el principio de la solidaridad.

En el país, el universo de la seguridad social está compuesto por un 47% de población que cubren las obras sociales nacionales, un 25% cubierto por las provinciales, luego tenemos al Pami con un 13%, a las prepagas con un 7% y otras Obras sociales, como pueden ser las de seguridad o de la universidad con otro 7%. Ese es el universo de la seguridad social dentro del esquema del sistema de salud y desde allí tenemos que abordar nuestra experiencia con los medicamentos.

Es obvio que el medicamento es un bien social y que el Estado debe garantizar la accesibilidad a este bien y su uso racional. El IOSEP, de manera similar a lo que ocurre en las 24 provincias de nuestro país, destina un 87% de la totalidad de sus recursos para asistencias y un 13%, para gastos administrativos. Dentro de ese 87%, un 72% es para prestaciones médicas o similares y un 28% para medicamentos. En general, en los últimos cuatro años se ha mantenido ese nivel de 28% a 30% de recursos orientado a los medicamentos, con la particularidad de que de ese total, existe un 80% que representa a la demanda de medicamentos de alto costo (MAC), en tanto, solo el 20% restante se destina a otros medicamentos.

Esta realidad se viene planteando de manera creciente a lo largo de los últimos cinco ejercicios anuales, donde tanto el porcentaje de la distribución que destinamos a medicamentos, como la cantidad de afiliados y el impacto de los MAC sobre el financiamiento de las Obras sociales provinciales es realmente preocupante. No vamos a entrar en el detalle de las patologías que atienden y sus características pero evidentemente tenemos que reflexionar sobre esta marcada tendencia, porque si proyectáramos estos números en el tiempo, sin ponernos de acuerdo en encontrar una solución, caminamos hacia un colapso del sistema.

Esto ocurre en las 24 jurisdicciones del sistema. Si trasladamos a la cantidad de afiliados que son beneficiados con la cobertura esta demanda de MAC, se genera una situación que es contradictoria respecto de los principios del sistema. Esto es así porque ocurre que el 80% de la inversión de medicamentos de alto costo se dirige a menos del 1% de los afiliados, lo que implica que el otro 20% tiene que satisfacer a casi el 99% restante de los afiliados. Tal vez sea demasiado simple esta exposición de números pero lo hemos hecho deliberadamente para que tomemos conciencia del desafío que tenemos por delante.

También tenemos otro trabajo estadístico de registros de los últimos años que expresa que en 2012 la Obra social gastaba como promedio anual por un ambulatorio por afiliado unos 270 pesos, mientras el promedio en medicamentos de alto costo para el mismo año era de 41.164 pesos por cada afiliado. En 2016, en cambio, el primer gasto ya era de 382 en tanto, por afiliado, se llegaba a un gasto anual de 187.659 pesos. Esto lleva a reflexionar sobre quiénes concretamente hacen uso o demandan la provisión de los medicamentos. Esto se da también en un contexto donde la demanda, la presión por los argumentos bien expuestos, ya sea la prescripción, la función de los distintos integrantes del subsistema o los condicionamientos sociales que existen en las provincias chicas, están actuando. Y, en este contexto, la judicialización, que se utiliza y que vuelve vulnerable



a nuestro sistema de salud, ha pasado a ser una herramienta para obligar a los prestadores a tratar de cubrir.

Aquí quiero detenerme brevemente en un comentario sobre la judicialización y una experiencia que nos dio resultado. La judicialización es, actualmente, uno de los principales problemas en las Obras sociales provinciales. Existe una gran falta de comunicación entre quienes administran justicia y quienes tenemos la responsabilidad de administrar las obras sociales, los sistemas de salud y los subsistemas de seguridad social. Desde luego tenemos el derecho de recurrir a la Justicia para que nos ampare cuando consideramos que no estamos bien contenidos o no se tienen en cuenta derechos, pero lo que ocurre es que el sistema judicial no siempre escucha antes de dictar sentencia, sencillamente decide sin escuchar a las dos partes y esto constituye otro rasgo de la falta de calidad institucional.

Considero que en la Argentina falta calidad institucional. No se buscan caminos de integración mediante el diálogo. Hace seis o siete años, advertimos que dentro de los jueces estaban aquellos que denominamos “garantistas”, que por la escuela de formación o pensamiento tienen un comportamiento, y que había otro tipo de jueces que para tomar una decisión, salvo que se tratase de una urgencia evidente, funcionaban muy de otro modo. De los casos judicializados, fuimos a diez convocatorias de la Justicia con el afiliado, y ocurría que, antes de dar lugar a un recurso, resolvíamos dialogando ocho o nueve casos. A partir de esa experiencia, en nuestro Instituto buscamos crear lo que se denomina un área de resolución de conflictos. Se trata de una experiencia que quiero transmitirles porque puede servir para los que tienen vinculación con las Obras sociales o por el tema de los medicamentos.

En ese momento, analizamos por qué causas o vías llegaban las denuncias hasta la Justicia, por dónde se promovía la judicialización y, para investigar, tomamos contacto con el Colegio de abogados, con el Ministerio de Salud, con la Comisión de salud de la Cámara de diputados, con ejecutivos, con la Defensoría del pueblo, con la Secretaría de Derechos humanos, y a partir de toda la información recabada comenzamos a invertir en la capacitación de mediación y conformamos un equipo interdisciplinario. Así, en cada caso analizamos dónde estamos parados, cuándo el cuadro se presenta complicado o si representa un conflicto potencial, para inmediatamente brindarle un abordaje diferente según cada caso, con la participación de psicólogos de trabajadores sociales incluso de asesores espirituales y demás.

En definitiva, hemos logrado reducir la judicialización. En este momento, Santiago del Estero es la provincia que menos casos de judicialización tiene. Esta experiencia ha sido observada por el equipo que organiza los encuentros de abogados especializados en derecho sanitario y que hacen congresos internacionales y fuimos invitados en dos oportunidades para comentar nuestra experiencia. Sin embargo, hago la siguiente aclaración, el área de resolución de conflictos nos dio resultado pero no es la solución.

Como bien lo mencionaban otros colegas, son parches que vamos poniendo en el camino para tratar de resolver las circunstancias que se nos presentan, pero lo cierto es que tenemos que encontrar formas de integrar el sistema. Nuestro objetivo es que los subsistemas se integren, que haya mecanismos de comunicación para que, de esa manera, no sea necesario otro tipo de soluciones.

Tenemos un sistema en el que se invierte mucho y, sin embargo, no logramos ser eficientes. Evidentemente el Estado tiene la mayor responsabilidad pero también tenemos que desarrollar la responsabilidad social. Un sistema de salud como el que aspiramos a tener los argentinos, con accesibilidad, con equidad, con solidaridad para resolver los desafíos que plantean los avances científicos y tecnológicos necesita que todos sin excepción asumamos qué cuota de responsabilidad social tenemos desde cada lugar en el que estamos. Como Obra social, como laboratorios, desde el Estado, la farmacia, el médico prescriptor, y hasta desde el paciente. También es parte de nuestro planteo que para lograr estos objetivos tenemos que partir de la autocrítica intelectualmente, porque el Estado es un actor importante pero no es el único.

Aunque tengamos un Estado con una presencia contundente, si nosotros no asumimos nuestra responsabilidad social, es difícil que una gestión dé resultado. Este es el caso, por ejemplo, de ciertos médicos prescriptores que evidentemente no toman en cuenta los costos de una especialización, llámese medicamento, prótesis o endoprótesis, y que comprometen seriamente sin advertirlo la responsabilidad social. Estos señalamientos, si bien no son científicos ni técnicos, forman parte de los desafíos cotidianos que enfrentamos en las Obras sociales provinciales y en las que no son provinciales también, y ello significa hablar de la salud de prácticamente la mitad de la población.

Deseamos alcanzar un Sistema de salud integrado. Pero la integración comprende distintos aspectos, no solo operativos, sino de orden legal (es decir, de revisión de las normativas vigentes), y también aquellos que competen a una Agencia de



evaluación tecnológica que, según tengo entendido, ya tiene estado parlamentario, o sea que ya se está trabajando en el Congreso de la Nación. Esa es la información que teníamos, que están trabajando en la Comisión de salud y que se invitó a la Comisión de compras para plantear los problemas que existen. Así se comenzó a charlar del tema pero luego apareció la disputa política partidaria, el proceso electoral, y una vez más el valor salud vuelve a quedar desplazado por el interés sectorial del momento. Creo que en este y en otros temas perdura la inmadurez cívica, la inmadurez democrática. Estamos saliendo después de 30 años de democracia de una adolescencia política y es bueno que lo pensemos. Hablar de la salud es –en nuestra opinión– vital, fundamental. Por algo aparece en la Constitución de la Nación que el Estado debe garantizarla. Sin embargo, esa situación solo la vamos a alcanzar si todos comprendemos y apoyamos al Estado.

Sin duda, es necesario entender y aplicar los avances científicos y tecnológicos desde una responsabilidad social compartida. Más allá de todas las herramientas que vayamos a implementar, si no hacemos nuestro aporte, difícilmente lo podemos resolver. La intervención del Estado como ente regulador para tender a la desmercantilización del sistema de salud es importante porque a esta altura ya no podemos discutir ni permitir que el factor económico y las ambiciones desmedidas formen parte de un sistema de salud sano. Hay países que ya han pasado por esto y lo han analizado profundamente, no creo que sea bueno ni práctico copiar totalmente modelos, pero sí, ver experiencias y aplicarlas a nuestra realidad. En efecto, existen países que han tenido la madurez de tratarlos.

Tenemos el caso de Chile, que viene avanzado, tenemos el caso de Uruguay o de Inglaterra o el de España, es decir, países que han reaccionado ante la problemática del medicamento, que hoy está sobre el tapete en los principales centro de poder, en congresos, en la agenda del Poder ejecutivo nacional, en los organismos de compra, en el Pami y en estas Jornadas. Todos nos sentimos convocados, nos sentimos en la necesidad de resolver el tema y, por suerte, empezamos a conversar sobre ello.

Sin duda, es bueno que intercambiamos ideas, pero si nos quedamos en el debate y no generamos acciones vamos a repetir un defecto de nuestro comportamiento: hablar mucho y hacer poco. Lo que nosotros queremos expresar es que el medicamento es una prestación tan importante para la población que debemos asegurar su servicio garantizando la equidad. El más humilde de los ciudadanos tiene que tener el mismo acceso al medicamento que el más encumbrado. Y tenemos que tener presente que el sistema desde hace rato está planteado de esta

forma en términos teóricos, pero resulta que luego, cuando pasamos a ejecutarlo, fallamos, entonces la intervención del Estado es fundamental. Hay pasos importantísimos que cumplir, como contar con la Agencia de evaluación tecnológica, pues entre otros temas esta agencia constituye una herramienta para evitar la judicialización de casos. Protocolizar es controlar que la equidad sea una realidad y se debe permitir que el Estado tenga el control.

Debemos construir un sistema solidario y equitativo. Tal vez en este momento falte, para un auditor e incluso para los profesionales, estar preparados o informados del aspecto social y político que conlleva el medicamento como bien social. Esta concepción del medicamento es crucial para enfrentar los desafíos y los problemas que tenemos que resolver desde la seguridad social.

Debo reconocer que teníamos cierto temor de asistir a estas Jornadas, porque pensábamos que nos estaba invitando la farmacia y la industria del medicamento, pero no termino de asombrarme cuando escucho a los disertantes y casi todo es coincidencia. Las ideas son las mismas, las preocupaciones también, coincidimos en las herramientas. Algunos manejan con mucha más propiedad las modalidades y nosotros tenemos que aprender, pero también nosotros les podemos transmitir de otra manera lo cotidiano, lo que pasa cuando uno está en la trinchera de la gestión. Desde el IOSEP, tanto el equipo que me acompaña como yo queremos agradecerles el habernos convocado y también pedirles disculpas por esta especie de preconcepción y temor que yo traía. Como les adelanté, estamos haciendo reformas en toda el área prestacional, y es muy importante recibir información de calidad e intercambiar ideas.

Porque en el proceso de transformación de nuestra Obra social, junto con el proceso de transformación de la provincia, venimos invirtiendo mucho en capacitación. Por otra parte, hemos tomado además de los gastos normales debidos a la demanda de las urgencias y de toda enfermedad una importante inversión en promoción y prevención, porque entendemos que allí radica la verdadera solución. Pero esta sí que es una solución estructural del sistema, porque la promoción y prevención se va a llevar a cabo en el mediano y en el largo plazo.

También estamos muy contentos respecto de la capacitación, porque hace treinta días que diez profesionales han presentado sus tesis para obtener su maestría en Gestión y administración de salud, luego de cursar dos años y con trabajos sobre la Obra social. Nos vamos de aquí con un bagaje de conocimiento y experiencia, con los que el equipo va a trabajar y va a estudiar, así que mis palabras son de total agradecimiento.

## Palabras de Natalia Rodríguez

*Cubrió totalmente nuestras expectativas, porque nosotros lo que necesitamos es precisamente conocer la realidad que ustedes viven en la trinchera. Respecto de todo lo que ustedes están trabajando en prevención, quería comentarle que nosotros en algunas provincias tenemos campañas en prevención desde la farmacia, y desde allí abordamos distintos aspectos. También los invitamos a que todos los trabajos y análisis que ustedes hagan sobre la gestión de la Obra social los presenten en las Jornadas del año que viene, específicamente en las Jornadas profesionales. Y, por supuesto, los convocamos a que vengan a conocer las propuestas presentadas este año.*

Raúl Ayuch: –Gracias, Natalia. Yo quiero destacar que si hemos podido comenzar el proceso de transformación y profundizarlo en la Obra social, es porque hemos encontrado en el Colegio Farmacéutico un apoyo muy importante. El Presidente de FEFARA acordó en 2004 un convenio que no solo fue posteriormente consolidado sino que fue ampliado, porque en este momento los medicamentos ambulatorios están en la cápita y los administra y los ejecuta el Colegio farmacéutico, lo que nos garantiza la trazabilidad. Por supuesto que tenemos el sistema de auditorías y demás. También, desde hace cinco años agregamos los medicamentos oncológicos, que el Colegio de Farmacéuticos se encarga de distribuir con su logística. Y así van saliendo las cosas. En estos años y a medida que se suman tareas, debemos rendir un reconocimiento especial a la función social del farmacéutico, porque quienes estamos en la tarea, podemos comprobar lo que significa un farmacéutico trabajando en territorio. No solo respecto del farmacéutico que está en la capital sino, sobre todo, de aquellos que están en el interior, de quienes radican en los pueblos chicos y se esfuerzan, abandonando incluso la calidad de vida de la ciudad. Sin duda, nos sería prácticamente imposible contener a nuestros afiliados sin la red que los farmacéuticos nos aseguran hasta en el último rincón de la provincia.

*Público: –Según usted, a veces está poniendo parches en los agujeros, yo quería preguntarle ¿qué porcentaje de su actividad la puede utilizar para planificar el futuro de la Obra social, qué porcentaje de su actividad es simple administración y cuánto le tiene que dedicar a los parches?*

Raúl Ayuch: –Esa es una pregunta interesante porque la verdad es que yo llevo doce años en la presidencia y hemos ido transformando la Institución y generando

equipos. Durante los primeros años, uno se acerca y no conoce y comete errores y algunos aciertos, hasta que se le toma el pulso a la gestión, se conoce la problemática y se encuentra con que la propia experiencia demanda muchísimo tiempo. Cuando hablo de parches del sistema de salud argentino, me refiero a cuestiones como que la Obra social viene invirtiendo en la transformación, en aspectos que son estructurales, con la capacitación, con inversión, con la logística, con el desarrollo del área de sistemas. Hoy, para dar un ejemplo, el edificio de la Obra social es el primero de Santiago del Estero declarado ambiente laboral saludable por el Ministerio de Trabajo de la Nación y ha obtenido certificación. Es decir que hemos ido generando de a poco nuevas condiciones, pero esto ha sido posible porque a partir de la experiencia y la constitución de equipos vamos delegando y en la medida que eso se consolida en el tiempo, con organización y con capacitación, uno se siente mucho más liberado. Doce años nos ha llevado conocer la medicina de antes, que se retiraba, y observar cómo la nueva toma otro camino. No podemos descuidarnos, tenemos que abrir la mente y buscar nuevas formas, incluso que no duren mucho tiempo, porque la dinámica de los avances científico-tecnológicos y de las comunicaciones nos plantean cambios de escenario en poco tiempo.

Tenemos mucho que corregir pero hemos logrado reconocimientos nacionales e internacionales, y tenemos indicadores clave de gestión que nos indican que vamos por buen camino. Este hecho de charlar y de conocer y de tener elementos para aprender y después estudiar y después transmitir, me lleva a comentarles algo que es particular de nuestra gestión. Nosotros tenemos veinte capacitadores que se han graduado en inteligencia emocional y nos dan talleres. Porque consideramos que es una actividad que contribuye con la promoción y prevención de la salud. Hace siete años ya que comenzamos con las capacitaciones en inteligencia emocional y luego en inteligencia espiritual, ahora en abordaje sistémico, con el doctor Costner, que viene de Brasil especialmente a darnos las capacitaciones. La visión de la Obra social es que recibimos las capacitaciones y luego las volcamos hacia nuestros empleados, porque el objetivo es que todos ellos sepan cuál es la misión de la Obra social. Toda esta tarea contribuye con el autoconocimiento y con mejorar nuestras relaciones.

*Público: –Yo me quiero detener en el tema –que para nosotros es importante– de poder compartir los datos concretos acerca de la experiencia que tuvieron con los jueces, si podemos conocer con detalles esta posible solución local para un problema universal, ya que todos los países estamos siendo víctimas de la judicialización. Nosotros aspirábamos a que el derecho a la salud se ponga en la Constitución y algunos países nos decían “No, porque si está en la Constitución,*



*los ciudadanos ejercen su derecho y van a los Tribunales”, entonces uno dice qué hacemos, por dónde sea nos van a pillar y vamos a pagar caro las buenas intenciones. Lo mío es una petición, porque cuando hay buenas soluciones locales hay que documentarlo y compartirlo, y eso creo que es lo que estamos haciendo aquí. Nadie viene a enseñar qué hacer, todos contamos lo que hacemos y tomamos lo bueno del otro y lo adaptamos. Por eso, sería bueno conocer si tienen esta experiencia de trabajo con los jueces por escrito, para saber cómo fue el proceso, qué significo, con qué costos llevaron adelante la estadística, cuál es el lugar con más baja judicialización. Nosotros estuvimos en Chile, con la OPS, trabajando este tema, es decir, cómo podemos acceder a los jueces, cómo podemos vincularnos con ellos y cómo trabajar con los tribunales de propiedad industrial para poder sensibilizarlos. Es realmente muy complejo entrar en ese espacio, pero ustedes ya lo hicieron y sería muy útil que lo pudieran compartir.*

Raúl Ayuch: –Con todo gusto, después intercambiamos datos para hacerle llegar lo que fuere necesario de nuestra experiencia. Yo creo que esto es hablar de política, no de la política pequeña o de lo partidario, estamos hablando de políticas públicas y sobre qué significa construir puentes y diálogo entre poderes.

Lo primero que nosotros hemos utilizado como herramienta es la mediación. Hemos invertido en capacitar mediadores, eso implica que la Obra social tiene mediadores que están más preparados que cualquiera de nosotros para sentarse a buscar una solución. Tienen formación en mediación, porque a veces cuando uno tiene que tratar problemas conflictivos con los núcleos familiares y las personas están atravesando una mala situación, uno tiene que observar y recién después abordar el problema. A lo mejor un integrante de la familia ayuda a encontrar caminos de solución y otro no está en condiciones de buscarlos. Para poder entrar en este tipo de contextos, hace falta que un trabajador social con profesionalismo y buscando la integración eleve un informe. Es todo un tema pero lo más importante de todo no es cómo hablar con los jueces (en buena hora, si los jueces nos escuchan), lo ideal es evitar que se pise la vereda de los Tribunales.

Hay que ver por dónde llegan, en nuestro ámbito, los casos judicializados. Porque llegan por muchos espacios de poder político que, por alguna razón, prefieren incentivar la judicialización, sin advertir que también le tiran una sobrecarga al sistema judicial, que no logra resolver los problemas por la acumulación de causas. Entonces, hay que buscar vías de diálogo y plantear la necesidad de generar un ámbito, generalmente los ministerios de Justicia del Poder Ejecutivo nacional, provincial o municipal, como nexo para comenzar a charlar este tipo de cosas. Es

decir que la tarea es con el Poder judicial pero a la vez dentro de cada institución, porque los que estamos en los primeros niveles divisamos el momento en que el conflicto está naciendo y no hay que esperar a que madure. Inmediatamente hay que activar mecanismos, que no son los rutinarios, y requieren estrategias particulares, un poco de eso se trata. No vayan a creer que nosotros tenemos laboratorios intergalácticos, no, somos cinco o seis que estamos en distintas áreas y cuando se presenta algún lío, bueno, que venga pero hay que dilucidar si viene de esta u otra concepción.

Hemos constituido una Mesa y cada 15 o 30 días nos reunimos con los representantes de la Defensoría del pueblo, de la Secretaría de Derechos humanos, de la Comisión de salud de Diputados, del Ministerio de Salud, de la oficina de la Gobernadora, donde van todos los pedidos del Intendente, o donde sea. A nuestros interlocutores los hemos capacitado básicamente en dos cosas: en mediación –por supuesto–, planteándoles una decisión política de integración para resolver los diferentes casos, y en conocer en profundidad el funcionamiento y el espíritu de la Obra social. Entonces, cuando convocamos a estas reuniones comentamos cómo son los problemas y los funcionarios empiezan a darse cuenta de la responsabilidad social que tienen al poner una firma para judicializar un tema. Digamos que lo que hemos preferido –hablando en criollo– es entrar en los ranchos y conversar adentro, no que vayan para Tribunales y nos perjudiquemos mutuamente, y nos ha ido bien.







> MESA

3

## EL CÍRCULO VIRTUOSO DE LA INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN FARMACOLÓGICA COMO BASE DEL ACCESO Y LA EQUIDAD EN SALUD

*Coordinador: Farm. Miguel Osio, Vicepresidente primero de FEFARA.*

*Expositores: Carlos Alberto Ubeira, Médico interventor del Ministerio de Salud de la Nación en la Administración de laboratorios e institutos de salud de Salta.*

*Adolfo Sánchez de León, Médico, Presidente de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos ANLAP.*

*Pablo Miguel Barenboim, Gerente del Departamento de atención y servicio de profesionales y clientes de los Laboratorios Monserrat y Eclair.*

*Desde mayo de 2016 hasta la fecha, Carlos Alberto Ubeira es interventor en la Administración de laboratorios e institutos de salud en la Provincia de Salta, por el Ministerio de Salud de la Nación. Se ha recibido como médico en la Universidad Nacional de Tucumán en 1976 y ha obtenido títulos de posgrado como médico especializado en diabetes, médico especialista en nutrición, médico diplomado en Gerenciamiento estratégico para hospitales públicos, diplomado en Gestión hospitalaria y también en Gestión de enfermedades crónicas. Además,*

*es miembro titular fundador de la Asociación Médica Latinoamericana, miembro titular fundador del Centro de estudios de salud pública de la Provincia de Salta, miembro titular de la Sociedad Argentina de Nutrición, y ha ocupado cargos como médico de planta en el Servicio de metabolismo y como Jefe del sector Diabetes del Hospital Doctor Arturo Oñativia de Salta. También ha sido médico auditor de YPF en esta misma provincia.*

*Adolfo Sánchez de León es médico egresado de la Universidad de La Plata y es especialista en Salud pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, donde obtuvo una maestría. Es autor del libro Más salud más derecho. El desafío de la Argentina que viene, editado en 2011. También es docente de Salud pública en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Centro y ocupó, entre otros cargos, el de Subsecretario de Relaciones sanitarias e investigaciones en el Ministerio de Salud de la Nación, Director de Seguro público de salud en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y Secretario de Salud y desarrollo humano en la Municipalidad de 3 de febrero. Actualmente, el doctor Sánchez de León es presidente de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos ANLAP.*

*Pablo Miguel Barenboim es gerente del Departamento de Atención y servicio de profesionales y clientes de los Laboratorios Monserrat y Eclair S.A., una empresa orientada a los profesionales farmacéuticos. Desde 1981, actúa en la industria farmacológica y, en 1988, participó del relanzamiento del laboratorio mencionado. Por otra parte, desde 2013 integra la Comisión directiva de Silfa y, en 2015, fue nombrado adherente honorario del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires, distinción otorgada por tercera vez en toda la trayectoria de la institución y por primera vez a una personalidad no profesional y perteneciente a la industria farmacéutica. También colabora activamente en congresos farmacéuticos, jornadas técnico-científicas y jornadas de historia de la farmacia, y realiza variedad de estudios y publicaciones técnicas y económicas. A lo largo de su vida profesional, participa en publicaciones históricas, juegos deportivos farmacéuticos y encuentros deportivos farmacéuticos asistenciales, que son patrocinados por instituciones farmacéuticas, junto con campañas de jerarquización de la profesión farmacéutica y del medicamento.*

### **Palabras del Farm. Miguel Osio**

*Buenas tardes a todos. En primer lugar va a hacer su exposición el doctor Carlos Alberto Ubeira que es titular de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud Doctor Carlos Malbrán. Este Instituto posee una trayectoria centenaria en la Argentina y ha tenido en sus filas a figuras importantes como Bernardo Houssay o César Milstein. En esta ocasión, el doctor Ubeira nos va a hablar y exponer acerca de los procesos de investigación que se llevan a cabo en los institutos, desde la órbita del Estado nacional, es decir, de qué se trata la investigación pública sobre distintos temas y aspectos de la salud.*



*Luego expondrá el presidente de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP), el doctor Sánchez de León. Este organismo fue motivo de mención en nuestras Jornadas en más de una ocasión. La agencia fue creada por la Ley N° 27.113 que declara el interés nacional y estratégico de la actividad de los laboratorios de producción pública. Durante su disertación, el doctor Sánchez de León nos va a dar detalles de su funcionamiento, de sus programas y proyectos.*

*Seguidamente va exponer el licenciado Pablo Miguel Barenboim de Laboratorios Monserrat y Eclair, una pyme que desde hace 30 años acompaña a las farmacias con una presencia efectiva, que ha atravesado distintos momentos de la Argentina y del mercado del medicamento, y siempre lo ha hecho con éxito, basándose fundamentalmente en su trabajo. Como dice Pablo, “nada más y nada menos que cumpliendo con la ley”, este laboratorio ha desarrollado una experiencia muy rica desde el sector privado.*

## **Carlos Alberto Ubeira**

Buenas tardes, en primer lugar quiero agradecer la invitación de FEFARA y, especialmente, a Carlos Vasallo, el alma mater de esta organización que ya lleva 15 años de trabajo. Hoy voy a presentarles la ANLIS, es decir, la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud, un organismo integrado por 11 institutos de investigación. Quizá ANLIS no es tan conocida como sus partes, o sea, es una rara institución donde las partes son más conocidas que el todo. Por ejemplo, si les hablo del Instituto Malbrán probablemente lo reconozcan o, tal vez, si les menciono el instituto Maiztegui de Pergamino, que también forma parte de esta reunión de lugares de investigación y trabajo.

La ANLIS está conformada por 11 institutos. Desde una presentación geográfica, tenemos, empezando por el norte, el Centro nacional de investigaciones nutricionales en Salta, creado por el coprovinciano doctor Arturo Oñativía; después, en Santa Fe, el Instituto de enfermedades respiratorias Emilio Coni. Al pasar a la Provincia de Buenos Aires, encontramos en Pergamino el Instituto provincial de enfermedades virales humanas Doctor Julio Maiztegui y, hacia el sur, en Mar del Plata, está el conocido Instituto nacional de epidemiología Doctor Juan Jara.

Después, ya en la CABA, se encuentran el Instituto nacional de parasitología Doctor Mario Fatała Chabén, conocido por sus investigaciones acerca de la enfermedad de Chagas; el Centro nacional de diagnóstico e investigación en endemoe-

pidemias llamado CENDIE, que fue creado en 1997 y, luego, ya en el predio donde está el edificio del Malbrán, se encuentra el INEI, que es el Instituto nacional de enfermedades infecciosas, que nació como una desagregación de aquel por donde pasaron nada menos que dos premios Nobel, Houssay, que trabajó allí, y Milstein, que se desempeñó hasta 1967, cuando lamentablemente tuvo que emigrar como consecuencia de la fatídica noche de los bastones largos, que desarticuló la ciencia y la universidad en la Argentina. Por otro lado, también están el Centro nacional de biológicos y el Centro nacional de red de laboratorios.

La evolución presupuestaria de nuestro Instituto expresa cuantitativamente la voluntad política de las autoridades de turno respecto del interés o desinterés que pueda haber sobre nuestra área de trabajo. El presupuesto está dividido de una manera simple en: recursos humanos, gastos operativos y gastos de capital. En la ANLIS, desde 2006 hasta 2015, hemos venido realizando fundamentalmente desarrollo experimental e investigación básica, además de investigación aplicada.

Los institutos surgieron, fundamentalmente, desde una mirada que buscaba atender la demanda y cubrir necesidades. Pensemos, por ejemplo, en el Maiztegui, que investigó la fiebre hemorrágica en la Argentina, o en el caso del Oñativia de Salta, que estudió la desnutrición en el NOA. Sin embargo, esta realidad de trabajar en investigación sobre la demanda, se ha ido modificando con el transcurso de los años y, en cambio, se pasó a invertir y subsumir la investigación en la lógica de la oferta, o sea que ya no se trabaja de manera contemporánea con lo que va pasando en el sistema de salud y sus problemas, sino que se pasó a financiar capacidad instalada o posibilidades, en tanto, se dejan de lado, necesidades reales.

Este efecto distorsivo obviamente está determinando los resultados que estamos teniendo respecto de la transición epidemiológica, mientras surgen nuevas demandas de investigación que no se corresponden con las actividades técnico-científicas y de desarrollo que hay en la Argentina.

Existe una gran cantidad de publicaciones de salud. Hacia 2014, entre los países latinoamericanos Brasil encabeza el ranking con 23 mil publicaciones, seguido por México con 4900, la Argentina con 3900, Chile con 2200 y Colombia con 1600. Como ustedes saben, tenemos muchos científicos de nuestro país trabajando afuera. Entonces, si tomamos el caso de los argentinos que están lejos, encontramos que, fuera del país, ellos lograron solicitar 84 patentes, en 2014, en tanto los argentinos que están en el país solicitaron 47. Esto demuestra que hay un volumen de trabajo en esta área de cierta significación. Luego, si analizamos



cuáles son las características científicas del campo de investigación y desarrollo, podemos establecer que en primer lugar se encuentra el campo de aplicación y de financiamiento público de la investigación en el mundo.

De hecho, el mayor volumen que hay de financiamiento está vinculado con la investigación y el desarrollo en salud. Ello también se debe a la alta legitimidad social que tiene la investigación en salud. Y también porque se conjugan, tanto en magnitud como en composición, el financiamiento público con el privado y no gubernamental, el cual en los últimos tiempos está adquiriendo una dimensión importante y trascendente respecto del desarrollo de las investigaciones. Después, se presenta una multiplicidad de dimensiones y de actores, hay agendas internacionales y nacionales, existe el impacto de la oferta y de la oferta tecnológica y además se desarrollan diferentes tipos de investigación, si bien, en nuestro caso se da, fundamentalmente, la investigación aplicada.

Pero ¿cuáles serían hoy los grandes desafíos o las megatendencias que afectan la salud y que seguramente requieren del campo de la investigación para ser resueltos? Aquí aparecen dos aspectos, por un lado, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y fundamentalmente la diabetes, desde el punto de vista metabólico, son dolencias que van creciendo en forma exponencial. Después tenemos otra enfermedad que está requiriendo altos gastos en el sector salud, que es la demencia.

Sin duda, en la Argentina, actualmente estamos en una situación donde hay una transición epidemiológica, que hace que todavía convivamos con las enfermedades infecto-contagiosas, con las enfermedades nutricionales vinculadas con la carencia, no solamente por desnutrición sino muchas veces por la falta de micronutrientes. Este es el caso, por ejemplo, de la anemia en la población de 6 a 24 meses, que constituye uno de los mayores problemas sanitarios que hoy tiene el país.

Sin embargo, también se está conviviendo con el otro problema de la abundancia en términos nutricionales que es la obesidad. Si observamos como causa de mortalidad a las enfermedades infecto-contagiosas –en una proyección con datos de nivel mundial entre 2014 y 2030–, es posible advertir que estas estaban disminuyendo en cuanto a prevalencia, en tanto van creciendo los accidentes de tránsito, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias. Luego, dentro de las enfermedades cerebro-vasculares y la cardiopatía isquémica, tenemos que inscribir otras enfermedades metabólicas, como la diabetes, habida cuenta de que la diabetes no es otra cosa que una enfermedad vascular.

Ante este panorama, el tema es pensar cómo está respondiendo el sistema de investigación y desarrollo. Para ello, vamos a hacer una pequeña interface para definir tres áreas que se están generando en cuanto a nuevas definiciones de enfermedades. Se trata de las enfermedades raras, olvidadas y huérfanas, que por ahí hasta se solapan entre sí.

Las enfermedades raras son las de baja prevalencia, si bien hay un registro acerca de que son más de 5000. Después están las enfermedades olvidadas, cuya singularidad radica en que tienen prevalencia alta en países del tercer mundo. Generalmente todas son transmisibles y hay una gran falta de interés de parte de la industria por combatirlos, obviamente debido a su baja rentabilidad. Es lógico que así sea, ya que la industria desarrolla investigaciones y productos para maximizar sus ganancias. Lamentablemente, son casos de enfermedades olvidadas el mal de Chagas o la leishmaniasis, que todavía presentan abundancia de casos.

Finalmente están las enfermedades huérfanas, cuyo rol hoy por hoy se está redefiniendo, ya que huérfanos son en verdad los enfermos, quienes adolecen de financiamiento. Ellos son huérfanos de capacidad de financiamiento y esto además se conjuga con que sus enfermedades son de alta prevalencia. En efecto, existe falta de interés por parte de la industria y también falta de políticas públicas para dar respuesta a estas patologías. Por lo tanto, las personas se transforman en pacientes con dificultades para acceder al tratamiento y curarse, debido a los altos costos.

Si tomamos los 30 años que van de 1975 a 2004, es posible identificar que sobre 1535 desarrollos de medicamentos, solamente 18 fueron para enfermedades tropicales y 3 –lo que representa a solo el 1,3%– para la tuberculosis. Esto marca la tendencia de hacia dónde va el mercado y, sin ninguna duda, el mercado se encamina a resolver y a desarrollar aquellos medicamentos que tengan alto grado de retorno financiero. Este dato también lo podemos ejemplificar con el problema que actualmente se ha instalado en el mundo, que es la resistencia bacteriana. De hecho, el consumo de antibióticos va creciendo entre los humanos, sobre todo, en los pacientes ambulatorios.

Este crecimiento, que está expresado en miles de millones de unidades, tiene su correlato en el uso de medicamentos sobre los animales de consumo, una práctica que se vincula mucho con la resistencia bacteriana. En 2010, se utilizaron 63 millones de toneladas de antibióticos para uso en animales, generalmente en la actividad avícola, porque este uso posibilita una más rápida ganancia de peso,



lo mismo ocurre con las vacunas y se da fundamentalmente en los peces. Solo resta agregar que en la Argentina, en 2014, se utilizaron 4100 toneladas para la actividad aviar.

Esta conjunción de mal uso de la prescripción del medicamento, más la automedicación entre las personas, más el uso de los antibióticos en animales ha generado la resistencia bacteriana, y fíjense que la tendencia se expresa en miles de muertes. Así, en 2013 se estima que hubo 700 mil muertes por resistencia a los antibióticos y, si se piensa en una proyección a 2050, se llega a hablar de 10 millones de personas que van a fallecer, si es que no se corrige la tendencia modificando los núcleos de investigación.

Pero, además de esto, también ocurre que en la industria no se ha generado el desarrollo de un nuevo núcleo antimicrobiano más o menos desde 1984. Es decir que hace 33 años que no hay una innovación al respecto y ello se debe, sin duda, a una causa netamente económica. Hoy por hoy, la industria encuentra mayor retorno y ganancia maximizando sus inversiones en las patologías crónicas y no en las patologías infecciosas, que son dolencias agudas de 7 a 10 días. O sea que, actualmente, un medicamento desarrollado para la hipertensión, la diabetes, la dislipemia o para el cáncer resulta mucho más rentable y abona el terreno de la industria durante años y décadas, mientras que no se encuentra esa intensidad de rentabilidad para el desarrollo de nuevos núcleos antibióticos, lo cual hace que la resistencia bacteriana se esté transformando en una enfermedad huérfana, porque es de alta tasa de frecuencia, no hay interés de la industria y todavía las políticas públicas no pueden resolverla.

Ante esta realidad, en todos los países se están creando Comités que trabajan intensamente para encontrar un mecanismo de resolución que se base en el uso racional de los antibióticos, pero también procurando incentivar a través de la industria y mediante un mix entre lo público y lo privado nuevos núcleos de desarrollo de antibióticos. Las alianzas público-privadas para el desarrollo de productos constituyen la herramienta más novedosa de los últimos 10 o 15 años (incluso a pesar de ciertos prejuicios que se mantienen respecto de la injerencia de capitales privados en las etapas de investigación), pues son el modo de ir resolviendo las vacancias que se están generando en el área de la investigación y, fundamentalmente, en el desarrollo de nuevos medicamentos.

Las formas de resolución mixta son herramientas óptimas porque además utilizan formas de gestión que el Estado actualmente no puede desarrollar debido a su

alto grado de complejidad burocrática. Por otro lado, también es cierto que hasta ahora el principal financiador de la investigación lo han constituido más las fundaciones que los gobiernos.

Si nosotros vemos cuáles son las alianzas público-privadas para el desarrollo de productos que hoy se desarrollan a nivel internacional, buscando, por ejemplo, el tratamiento o la cura del sida mediante una vacuna, nuevos núcleos de desarrollo de antibacterianos, vacunas contra la malaria o la tuberculosis o desarrollos sobre otras enfermedades infecciosas desatendidas, es posible identificar que el mayor financiador de nivel mundial en este tipo de inversiones mixtas es la fundación presidida por Bill Gates. Esta institución posee una inversión de 253 mil millones de dólares, lo que representa un 52% del total de las inversiones.

Para ir finalizando, quiero describirles algunas tecnologías clave que poseen un impacto potencial sobre varios campos del sector de la salud. La primera de ellas es el uso de la informática, por ejemplo, en el monitoreo remoto de los pacientes. En efecto, la gestión del tratamiento brindado a los pacientes crónicos es uno de los grandes desafíos que hoy se plantean en las enfermedades crónicas, es decir, cómo controlar que los pacientes continúen con el protocolo. En el caso de la diabetes, por ejemplo, según un informe de la Federación Internacional de Diabetes, en los Estados Unidos se asume un gasto por tratamiento crónico –debido a complicaciones que podrían haberse prevenido– que supera los 320 mil millones de dólares por año. Y esto sucede cuando el 80% de esas complicaciones podrían evitarse, lo que significa que el monitoreo desarrollado por la informática puede alcanzar un alto impacto sobre el sistema de salud.

También está el caso del sistema de registro de salud electrónico, pues es sumamente importante empezar a tener megadatos para que, a partir de su análisis, se pueda inferir el desarrollo de nuevas estrategias en los modelos de atención. Luego están los robots de cirugía, que todos conocemos como neurotecnologías, y que están vinculados con las enfermedades neurológicas; los nanomateriales, como los chips de diagnóstico de gran sensibilidad, por ejemplo, para el diagnóstico precoz del cáncer; los marcadores fluorescentes, también presentes en los nanomateriales, para dar mejor fiabilidad en los diagnósticos in vitro, y las tecnologías de impresión en 3D, que tienen un alto impacto, por ejemplo, en las prótesis dentales, en los implantes de cadera o en el caso de las manos protésicas, que tanto estamos viendo actualmente.



También tenemos el desarrollo de la biología sintética, en el área del desarrollo de vacunas, antibióticos y terapia génica y, por último, tenemos la medicina de precisión, que yo considero que constituye la gran herramienta que va a llegar a mejorar, incluso, los costos en salud vinculados con los factores ambientales.

La medicina de precisión, a través de la genómica humana, va a posibilitar otorgarle mayor precisión a la prescripción médica. De hecho, bajo la órbita de la ANLIS, que tiene un Centro nacional de genética médica, el año pasado hemos creado un Biobanco y, además, estamos confeccionando una base sobre el mapa genómico de la Argentina y de los argentinos, sobre todo, para que sea posible cruzar la información con la industria, para poder determinar la especificidad farmacológica de un medicamento, como en el caso de aquellos cánceres cuyos tratamientos con monoclonales tienen un altísimo costo. En casos así, el estudio del genoma de un individuo puede dar la especificidad del medicamento a un muy bajo costo.

La medicina de precisión ha generado un nuevo ámbito de investigación y, sobre ella, articulando los esfuerzos de la industria y los gobiernos, debemos trabajar en forma conjunta para mejorar la calidad de vida y la capacidad del sistema de salud, a la hora de gestionar respuestas adecuadas.

### *Adolfo Sánchez de León*

Muchas gracias a Carlos Vasallo y a todos los integrantes de FEFARA por la invitación. Ya es la tercera vez que participo desarrollando, en cada caso, distintos temas. También quiero agradecer la presencia de los jóvenes y muchísimas gracias a todos los participantes.

Hoy me toca presentar en esta Mesa de investigación una producción muy particular que se da en nuestro país que es la producción de los laboratorios de dependencia estatal, es decir, de los laboratorios públicos, y digo particular porque muchos países o la mayoría de los países, salvo en el caso de Brasil que tiene una política muy fuerte de producción pública, no se posee este tipo de estrategias ni de desarrollos que dependan de los Estados nacionales. En nuestro caso, en Argentina, estos laboratorios se establecen desde el nivel provincial, municipal, los hay de las fuerzas armadas, como el laboratorio de la policía federal, o de las

universidades. Ya existen muchos laboratorios en nuestro país de dependencia estatal que tienen su razón, incluso a pesar de las críticas que despiertan.

En otras épocas, yo he participado de discusiones teóricas acerca de si era eficiente o no que el Estado produjera medicamentos y lo cierto es que, si uno habla con personas de países desarrollados, ven la producción estatal como algo rarísimo. Al hablar con gente de España o de Israel, ellos dicen “No, acá todo es privado, pero mediante acuerdos con el Estado”. En cambio, en Brasil es muy fuerte la producción pública de medicamentos y, en nuestro país, evidentemente tendríamos que ir a los antecedentes acerca de por qué se ha desarrollado esta producción.

Voy a tratar de ser muy breve y voy a dividir mi exposición en tres partes, básicamente para presentar la agencia. Desde FEFARA están perfectamente en conocimiento de lo que son los laboratorios de gestión pública pero igual quiero presentarlos, porque creo que en los próximos años van a ser una bisagra en la producción pública, si bien hoy ya constituyen una bisagra aunque muy desorganizada, que fue generando volumen a partir de necesidades, hasta este momento, en que se crea la agencia, cuyo Directorio tiene apenas seis meses.

Si sale todo bien, creemos que a futuro contaremos con una producción pública organizada, que va a empezar a comportarse como un actor, no les digo determinante pero sí importante en el mercado de medicamentos. Fundamentalmente, el objetivo central de toda producción pública es garantizar el acceso al medicamento. En efecto, todas las leyes que se nombraron aquí más otras leyes más hablan de la producción pública asociada con una mejor accesibilidad. Sin embargo, lo notable –y curioso– es que el crecimiento que ha tenido la producción pública de medicamentos en la Argentina siempre estuvo vinculado con las crisis que hemos tenido.

Es decir, generalmente se da un aumento de la producción pública o avanza toda esta idea, cuando existen períodos de crisis en la accesibilidad a los medicamentos, en particular, desde dos aspectos. Por un lado, desde la accesibilidad económica, porque creo que en algunos casos es cierto que el propósito de tener una producción pública es bajar costos. O, por lo menos, para decirle a la industria privada: “Si tú lo produces con esos valores, yo lo puedo hacer más barato”, que es lo que hace Brasil, quien así negocia muy bien los valores con la industria privada, ya que tiene una industria pública detrás que podría reemplazar esos medicamentos.



Si bien a nosotros nos falta mucho para lograr esa estrategia, la idea que siempre se tuvo acá, por lo menos durante los últimos años de producción pública, ha sido lograr esa competencia.

El otro tema de accesibilidad es un poco lo que decía Carlos: lograr producir los medicamentos huérfanos, aquellos que debido a que tratan enfermedades raras o de baja incidencia no son de producción “conveniente” para la industria privada, ya que son de muy alto costo y no hay interés de los laboratorios por producirlos.

Esto se está viendo muy fuertemente en todas las áreas. Desde el Ministerio de Salud, por ejemplo, tenemos problemas con la producción de medicamentos re-trovirales, oncológicos, o sea, se está restringiendo el acceso a muchos medicamentos porque la industria se pasa a los biológicos. Sin embargo, existen medicamentos “viejos” que aún funcionan bien en los protocolos, que aún los médicos los recetan y aún tienen costos relativamente bajos. Pero ocurre que no se están consiguiendo y entonces decae la oferta de poder producir medicamentos para los programas nacionales.

Voy a hablar de los antecedentes de la producción pública para que vean cómo se fueron dando las cosas. Después, les voy a contar lo de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP) y, tercero, voy a compartir con ustedes qué es lo que estamos pensando para el futuro.

La gran explosión de laboratorios públicos, ya que hoy hay alrededor de 40 laboratorios de diferentes dependencias públicas, se dio a partir de la crisis de 2002. En ese momento, sucedió que muchas jurisdicciones decidieron producir ellas mismas sus medicamentos básicos y esenciales para cubrir la atención primaria de la salud o los hospitales. Fue una respuesta rápida, comenzaron a hacerse farmacias hospitalarias; algunos que ya venían con una experiencia de otra provincia aportaron sus estrategias y rápidamente se armó un montón de laboratorios. Obviamente, en ese momento surgió una ley: la Ley de emergencia sanitaria, que permitió a los laboratorios producir y distribuir los medicamentos en su jurisdicción, sin necesidad de estar aprobados por la ANMAT.

Actualmente, la gran mayoría de esos laboratorios no tiene la aprobación de la ANMAT, por lo tanto, sus medicamentos no pueden salir de su jurisdicción. Un laboratorio que produce en cualquier provincia pero no tiene autorización solamente puede distribuirse en el sector público de su provincia o municipio. Existen 46 laboratorios que están activos. Entre ellos, están el LIF de Santa Fe, el LEM

de Ciudad de Rosario, Puntanos de San Luis, un laboratorio de biológicos en la provincia de Buenos Aires, el de hemoderivados de Córdoba y otro en Misiones, que posee una aprobación medio vencida de la ANMAT, que también estamos trabajando.

Con la crisis de 2002, florecieron muchos laboratorios, si bien hay antecedentes previos. Se dice que el primer laboratorio fue un instituto relacionado con las fuerzas armadas, creado a raíz de los problemas generados durante la Segunda Guerra Mundial, pues no llegaban al país sueros ni vacunas y entonces hubo que salir a producirlos. Luego, durante el primer Plan quinquenal de Perón, se habla expresamente de fomentar la industria nacional del medicamento debido a los altos precios. Más adelante está la creación del LIF de hemoderivados de Santa Fe, a partir de una iniciativa del presidente Illia, quien destinó gastos reservados a su construcción. Se trata de un laboratorio que ya tiene 50 años y realmente es una maravilla, que exporta hemoderivados por intercambio.

Nuevamente en 2008 se produce otra crisis. En ese momento yo era Subsecretario de la Nación y nos tocó una especie de boicot hacia el Programa Remediar, cuando los laboratorios dejaron “varios renglones” sin cubrir. Ahí se crea entonces el Programa nacional de producción pública de medicamentos, con la idea de asociar la producción pública para abastecer al Remediar. Todo estaba muy desordenado y se decidió algo así como “Empecemos a considerar la posibilidad de ver si hacemos una asociación entre el Estado nacional, los estados provinciales y los laboratorios”, con el fin de abastecer al Remediar que, como ustedes saben, es un programa de compras centralizadas de medicamentos que hace la Nación y que distribuye vía botiquines a los Centros de atención primaria de salud.

Este programa comenzó a funcionar con diferente suerte hasta que, en 2011, se sanciona la Ley N° 26.688, que declara de interés nacional y estratégico la producción pública de medicamentos y determina que el Ministerio de Salud tiene que hacer un listado de laboratorios, financiar la producción de medicamentos y la investigación y capacitación. Luego pasan unos años y el Congreso de la Nación crea, mediante la sanción de la Ley N° 27.113, la Agencia de Laboratorios Públicos.

La agencia fundamentalmente ha sido creada para garantizar la accesibilidad a los medicamentos, se habla de cubrir los medicamentos huérfanos y de financiar obras y equipamientos. O sea que se trata de una agencia que promueve la producción pública de los medicamentos y para ello se le ha asignado un presu-



puesto de 84 millones de pesos anuales. Algunas de las funciones que marca la ley son: diseñar las políticas de investigación y producción nacionales públicas, definir prioridades estratégicas, brindar asistencia técnica y capacitación, promover inversión en infraestructura y promover compras centralizadas.

Esto de comprar centralizadamente es muy interesante porque ahora es posible comprar materia prima (uno de los costos más altos que tienen los laboratorios públicos) y estamos viendo de propiciar la articulación público-privada, es decir que ya no se habla de competir con la industria ni mucho menos sino de asociarnos con instituciones privadas, para alcanzar “un laboratorio mix” con participación estatal.

La ley nos otorga autarquía financiera y es un organismo descentralizado como el ANLIS, sin embargo, todavía no tenemos ni estructura ni lo que se llama “servicio de administración financiera”, que es lo que me permite a mí firmar un cheque para comprar, por lo tanto, se trata de un período en el que estamos discutiendo lo básico para empezar a funcionar. En segundo lugar, nos hemos propuesto generar rectoría, y esto no es fácil cuando ningún laboratorio depende de nosotros. Somos una agencia promotora pero en este marco tan desorganizado donde todos los laboratorios hacen más o menos lo mismo, es bastante difícil ordenar y generar rectorías. Al contar con financiamiento, obviamente los laboratorios se empiezan a acercar, pero nosotros tenemos que buscarle la vuelta para que no todos hagan lo mismo, sino lo que el país necesita. Entonces, el financiamiento constituye una herramienta de rectoría muy fuerte.

La otra herramienta de rectoría es la capacidad técnica y, en este sentido, estamos tomando los mejores técnicos. Estamos convocando farmacéuticos, bioquímicos e ingenieros de la ANMAT, para constituir un laboratorio con fuerte capacidad técnica de asistencia y orientación.

Otro tema es el marco legal, ya que uno de los objetivos que tenemos es asociar la producción pública con los programas verticales del ministerio. En esta dirección, se está por firmar un convenio entre el Ministro de Salud Jorge Lemus y más de 20 laboratorios públicos, mediante el cual, en principio, la Nación se compromete ante los laboratorios públicos a que los productos del programa Remediar, que ahora se llama Cobertura Universal de Salud (o Cus Medicamentos), se comercialicen mediante convenios directos entre el Ministerio de Salud de la Nación y los laboratorios, y que, además, esto sea por varios años, con lo cual se le da una previsibilidad muy grande al laboratorio porque sabe que va a tener que producir

una gran cantidad o muchísimos millones de comprimidos para tal o cual medicamento. Eso le va a abaratar los costos en su materia prima e incluso al dinero que va a ingresar lo puede utilizar para subsidiar otros medicamentos.

Eso mismo estamos replicando con todos los programas, por ejemplo, con el banco de drogas para oncológicos. Esta dinámica está entusiasmando a los laboratorios y ello nos permite exigirles que tienen que tener la aprobación de la ANMAT, ya que los medicamentos pasarían la frontera de cada provincia. Así que esta es nuestra meta inmediata para fines de 2018. Los seis laboratorios que les nombré ya están firmando convenios marco y convenios específicos para más de diez productos del Cus Medicamentos y los demás tendrán un tiempo para adaptarse, es decir, para que la ANMAT los apruebe. Por ejemplo, si en un laboratorio falta una refacción o equipamiento lo vamos a financiar nosotros. Estamos viendo sus planos, sus cuestiones, para que la ANMAT apruebe a estos laboratorios.

A partir de 2019, la mayoría de los programas va a realizarse desde acuerdos interjurisdiccionales y, para eso, necesitamos duplicar la cantidad de laboratorios que tienen aprobación. En eso estamos trabajando actualmente. Debemos rápidamente generar una visión estratégica, por eso estamos elaborando un Plan estratégico, para definir a qué tipo de producción pública queremos llegar.

La idea es, de acá al año que viene, tener este Plan estratégico y generar un sistema de información sobre los laboratorios. En efecto, queremos saber los costos, cómo podemos ayudarlos, qué producto están haciendo, qué volumen están produciendo, y deseamos crear una Ley de laboratorios que nos permita dividirlos en líneas de producción. Por ejemplo, para que lograr que un laboratorio se especialice en generales, otro en oncológicos, otro en biológicos. La meta es que existan 20 o 30 laboratorios que estén aprobados por ANMAT, pero cada uno con una especialización.

Otro tema que tenemos que abordar, a partir de la Ley de cannabis, es que son los laboratorios públicos los organismos que tenemos que producir cannabis. Finalmente, también está la investigación y capacitación, para lo cual estamos financiando acuerdos entre las universidades, ya que hay muchas universidades que hacen investigación y producen medicamentos.

Entonces, les estamos diciendo que nos gustaría financiar la producción y el desarrollo con ellas, pero para eso tienen que buscar un laboratorio público al que asociarse. Esto ya lo logramos, por ejemplo, con la Universidad de La Plata. En



este modelo de gestión, les decimos: “Asóciense con un laboratorio público, no hagan todo ustedes, porque son negocios medio diferentes”, salvo que los desarrollen como hemoderivados, que tienen una articulación muy bien establecida. En ese sentido, estamos exigiendo que cambien su personería jurídica, queremos que se formulen como sociedades del Estado, ya que los modelos exitosos se constituyen todos como sociedades anónimas del Estado. Estamos tratando de impulsar ese tipo de modelo de gestión, porque si dependen de las leyes provinciales se atraviesa una gran burocracia.

En definitiva, creo que estamos asistiendo a un período bisagra, con una producción que vino creciendo importantemente pero muy desordenada. En cambio, a partir de la aparición de esta agencia, de aquello que estamos viendo y planteando, creo que se perfila una nueva etapa para posicionarnos de manera bastante eficiente en la producción de medicamentos. Muchas gracias.

### *Pablo Barenboim*

Agradezco la hospitalidad del Colegio Farmacéutico de Santiago del Estero y agradezco a FEFARA por esta invitación y por cumplir el sueño del pibe, ya que hoy estoy compartiendo un debate con el doctor Carlos Alberto Ubeira y con el doctor Sánchez de León. Voy a empezar mi reflexión con una pregunta sencilla, fíjense en el título de esta Mesa: “El círculo virtuoso de la investigación y su producción farmacológica como base del acceso y equidad en la salud”. Me pregunto entonces, ¿qué hace una pequeña pyme nacional en esta Mesa? Creo que la respuesta es que nosotros agregamos creatividad, invención y riesgo, como base de la supervivencia de una pyme argentina en salud.

El primer tema antes de empezar a hablar de investigación, consiste en conocer que el 32% de las unidades que salen de una farmacia (u oficina de farmacéutico) hacia los pacientes lo constituyen un conjunto de apenas 70 productos. Estas drogas son: la aspirina, que fue descubierta en 1853 y lanzada en el mercado recién en 1867; la hioscina, más conocida como escopolamina, que es de 1880; la vitamina A de 1914; la metformina, la penicilina y los corticoides, que son de 1940, 1955 y 1957, respectivamente; el ibuprofeno, de 1961, el clonazepam, el salbutamol... y así podemos seguir hasta llegar a que el 32% de lo que pasa por las manos de un farmacéutico está conformado por 20 sustancias descubiertas hace 140 años. De este tema les voy a hablar.

Les voy a hablar del círculo virtuoso de la investigación y la producción farmacológica como bases del acceso y la equidad en salud. Tenemos la industria farmacéutica y tenemos el mercado farmacéutico actual, donde debemos hacer investigación y desarrollo. Si cada uno de ustedes tuviera 50 millones de dólares, seguramente la industria farmacéutica nacional sería independiente, sin embargo, ese no es el caso más común.

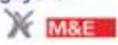
Desde Salud Monserrat y Eclair, tratamos permanentemente de innovar, para crecer y para sortear las crisis. Podríamos decir que apostamos a la creatividad de cumplir con las normas y de siempre innovar, para facilitar la atención de un mayor número de pacientes.

Es decir que intentamos desarrollar conceptos como creatividad, innovación, reinversión y riesgo, como bases de la supervivencia de una pyme argentina que se desenvuelve en el sector de la salud. Les voy a describir resumidamente cómo se formó nuestro laboratorio. En 1816, en Alemania, el farmacéutico Emanuel Merck comenzó a fabricar medicamentos a partir de una farmacia fundada en 1668. Desde entonces, se suceden los episodios que pueden observarse en la siguiente lámina.

### LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

---

- **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 en Luján, Bs As.
- **1886** El Dr. Craveri inicia la producción de medicamentos para Demarchi, Parodi & Cia.
- **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.
- **1935** El Farm. Méndez Vázquez funda Laboratorios Monserrat y Eclair a partir de su Farmacia ubicada en las calles México y Bernardo de Irigoyen.

MONSERRAT Y ECLAIR 



Como puede apreciarse en la gráfica, en 1881, el doctor Casas comienza a desarrollar medicamentos en Argentina, específicamente en Luján, en la provincia de Buenos Aires, algo bastante poco habitual en un país que, en ese momento, era una nación subdesarrollada. Mientras tanto, el mercado de los medicamentos se sigue desarrollando en el mundo y, hacia 1888, por ejemplo, Bayer pasa de fabricar tinturas a encontrar el método para la fabricación de aspirinas de uso terapéutico. Si bien había sido descubierta 50 años antes, Bayer empieza a fabricar aspirina y con eso crea un laboratorio de productos químico-farmacológicos.

Luego, en 1935, el farmacéutico Méndez Vázquez funda el laboratorio Monserrat Eclair a partir de su farmacia, que estaba en la calle México y Bernardo de Irigoyen. Allí se constituyó un incipiente laboratorio, y así nacimos nosotros al mercado farmacéutico mundial, a la investigación y el desarrollo.

Si volvemos al ejercicio hipotético inicial que les planteé, ustedes cuentan, para iniciar la actividad en el mercado de los medicamentos, con 50 millones de dólares que –supongamos– les acabamos de regalar desde esta Mesa. Frente a este capital, cuentan con los siguientes datos: los Estados Unidos y Canadá facturan anualmente 442 mil millones de dólares; Europa factura 203 mil millones de dólares; África, Asia y Australia, 177 mil millones de dólares, sin Japón, ya que en facturación de medicamentos Japón alcanza los 73 mil millones de dólares. Además, tenemos que América latina factura 56 mil millones de dólares; Brasil, solo 20 mil; México, 7 mil; Argentina, 5700; Centroamérica, 1750 y Bolivia, por dar otro ejemplo menor, 300 millones de dólares.

En todos estos casos se invierte y se investiga, por eso los doctores dicen que la única forma de hacer investigación de desarrollo, sobre aquellas moléculas que siguen funcionando o que hay que utilizar en determinadas patologías que están quedando huérfanas, va a tener que contar con el apoyo del Estado. Precisamente, porque con 50 millones de dólares no se puede hacer nada.

### Mercado Farmacéutico Mundial (2015) ¿Dónde hacer I + D?

|                           |                      |             |
|---------------------------|----------------------|-------------|
| U.S.A. + Canadá           | U\$S 442.200.000.000 |             |
| Europa                    | U\$S 203.300.000.000 |             |
| África + Asia + Australia | U\$S 177.400.000.000 | (sin Japón) |
| Japón                     | U\$S 73.100.000.000  |             |
| América Latina            | U\$S 55.900.000.000  |             |
| Brasil                    | U\$S 19.465.000.000  | U\$S 5,74   |
| México                    | U\$S 6.704.000.000   | U\$S 8,34   |
| Argentina                 | U\$S 5.756.000.000   | U\$S 7,95   |
| Centroamérica             | U\$S 1.746.000.000   | U\$S 7,97   |
| Bolivia                   | U\$S 306.000.000     | U\$S 8,27   |
| Venezuela                 | U\$S 12.617.000.000  | U\$S 21,94  |

Fuente: "Escenario y Perspectivas de la Industria Farmacéutica Nacional", CILFA 2016 / IMS Health Argentina

MONSERRAT Y ECLAIR



Es decir que si en la Argentina queremos hacer investigación y desarrollo, no va a quedar otra salida que trabajar con el Estado. Ahora bien, si observamos el precio promedio de un medicamento en los países de América latina, nos encontramos con que, en Brasil, cuesta 5,74 dólares (este es el precio a 2015); en México, 8,34; en Argentina, 7,95 dólares; en Centroamérica, 7,97 dólares y, en Bolivia, 8,27 dólares, siempre realizando estos cálculos sobre el valor oficial del dólar. Y si nos vamos al caso de Venezuela, con la crisis que tiene su mercado de 12.600 millones de dólares, nos encontramos con un precio promedio para un medicamento que ronda los 22 dólares.

Si pensamos en términos de alcanzar una industria farmacéutica nacional que nos permita ser independientes en salud, hallamos que, en unidades, se abastece al 66% del mercado interno. El 60% de los precios de los laboratorios nacionales son más baratos, porque las empresas nacionales están en manos de sus familias fundadoras. Esto es una cosa extraña pero, en la Argentina, quienes fundaron las primeras industrias, digamos en el período que va de 1881 a 1935 –y salvo contadas excepciones–, conforman laboratorios que continúan en manos de esas mismas familias fundadoras. Sus plantas industriales son de alta y moderna tecnología, están internacionalizadas. En tanto, muchos laboratorios farmacéuticos argentinos líderes se han convertido en multinacionales en el resto de América latina y tienen plantas en países como China o Pakistán.

Esto implica que el balance comercial de los laboratorios nacionales es positivo. En términos de empleo, se le da trabajo a 38 mil personas; en forma directa, a muchos técnicos y, a otros 120 mil, de manera indirecta a través de la cadena de valor agregado. Los laboratorios farmacéuticos constituyen la tercera industria de la Argentina en incorporación de valor agregado, la que solo es superada por la industria del petróleo y el acero.

La inversión en investigación y desarrollo, según datos de la encuesta llevada a cabo por el Ministerio de Ciencia y Tecnología en 2013, determina que la industria farmacéutica nacional fue líder en inversión, al alcanzar el 19% de la inversión total del país. Luego, esta industria farmacéutica recibe un aporte promedio del 30% para facilitar el consumo a través de las Obras sociales y, si arreglamos el contrato con el Pami y se alcanza una incidencia en la estructura impositiva del medicamento, las cosas pueden incluso mejorar.

Dentro de la industria farmacéutica del país, de cada unidad que la farmacia dispensa al público, un 33,4% va para el Estado. Luego, también debemos tomar en cuenta que dentro del mercado farmacéutico nacional, el 92% de lo que se vende se fabrica en la Argentina, en laboratorios nacionales, en tanto el restante 8% se importa a través de las multinacionales (52% lo fabrican estos laboratorios y el 48% lo importan). Los laboratorios nacionales, además, poseen 160 plantas manufactureras instaladas.



Sobre nuestro desarrollo, les puedo contar que Monserrat se convierte, en menos de 35 años, de una farmacia en un laboratorio. En 1980, cierra la empresa y fallece el farmacéutico fundador. En 1988, la firma se reabre con 25 empleados, una planta industrial y dos productos; de los 25 empleados, 20 eran vendedores. En 1989, es decir, un año después de que abrimos, se consideraba que la inflación estaba en un 3080% y, ese año, el dólar aumentó un 2038%. Imagínense que abrimos en abril de 1988 y en junio de 1989 teníamos que cerrar.

Sin embargo, no cerramos exactamente un viernes de junio de 1989 porque no teníamos plata para indemnizar a los 25 empleados. “Como no tenemos plata, dijimos, no cerramos, porque no podemos indemnizar a nadie” y entonces dijimos “Aguantemos hasta el otro viernes, para ver cómo hacemos para juntar la plata”, y como no pudimos hacer nada, aguantamos una semana más, y así llegamos hasta el día de hoy, que yo estoy conversando con ustedes en esta Mesa.

Finalmente salimos de ese tremendo 1989, y ya van a ver por qué aguantamos, van a ver lo que es crear e innovar. Salimos ese año y al año siguiente la inflación fue del 2314%. Muchos jóvenes, que no lo vivieron, creerán que es ciencia ficción lo que estoy contando. Teníamos una lista de precios a las 8 de la mañana, una a las 11, otra a las 4 de la tarde y otra nueva a las 6.

Después, vino la crisis de 2002. La inflación fue entonces del 42%, llegó el corralito y tuvimos que lidiar con las seudomonedas provinciales, porque por si fuera poco cada provincia tenía su moneda que, por supuesto, no servía para comprar materia prima.

**MONSERRAT Y ECLAIR**  
**Innovar para crecer o para esquivar las crisis**

---

|                     |   |   |                          |
|---------------------|---|---|--------------------------|
| <b>1935:</b>        | <b>De Farmacia Monserrat a Laboratorios Monserrat y Eclair S.A.</b> |   |                          |
| <b>1980:</b>        | <b>Cierre de la empresa</b>   |   |                          |
| <b>1988:</b>        | <b>Reapertura: 25 empleados, 1 planta industrial, 2 productos</b>   |   |                          |
| <b>1989:</b>        | <b>Inflación: IPC 3.079% (Dólar 2.038%)</b>                         |   |                          |
| <b>1990:</b>        | <b>Inflación: IPC 2.314%</b>  |   |                          |
| <b>2002:</b>        | <b>Inflación: IPC 42% + corralito + pseudomonedas provinciales</b>  |   |                          |
| <b>2003 / 2016:</b> | <b>Inflación: IPC 408%</b>  | <b>Priv. 1265%</b>  | <b>Medicamentos 512%</b> |
| <b>2017:</b>        | <b>Monserrat y Eclair:</b>  | <b>150 empleados</b><br><b>Tres plantas industriales</b><br><b>70 productos</b><br><b>Actividad en Paraguay y Bolivia</b> |                          |

**MONSERRAT Y ECLAIR**



De 2003 a 2016 la inflación fue, según el Indec, del 408%, según los privados, en cambio, del 1265%, y la industria farmacéutica aumentó un 512% de diciembre de 2003 a diciembre de 2016. La medicina prepaga aumento 1711%, los medicamentos subieron el 512%. Además, todo medicamento que se lanzó como nuevo en ese período no tenía contra qué compararse, así que este número representa el promedio general de la industria.

Sin duda, tuvimos que innovar para crecer. Para sortear la primera gran crisis, en 1988 abrimos un laboratorio donde planteamos no hacer promoción médica, no participar en licitaciones, no vender a los hospitales, si no, trabajar con la farmacia. Es decir que decidimos que le íbamos a vender al que vende, simplemente vamos a hacer un laboratorio dirigido a la farmacia, nos dijimos. Y así nacimos con dos productos, uno de ellos fue un antigripal, que tenía una sustancia que en la Argentina ya casi no se usaba, que es el butetamato. Así lanzamos ese producto y salimos a pelear contra todos los antigripales que había, explicando técnicamente por qué el nuestro tenía butetamato.

Eso fue en 1988. Hoy tenemos cuatro productos con butetamato y el mercado farmacéutico argentino ya tiene 25 productos más con butetamato. El año pasado, se vendieron 3 millones 500 mil unidades entre todos los laboratorios, y el laboratorio líder en prescripciones y líder en venta libre tiene el mismo producto que nosotros, ya que la única forma que tuvieron de aprobarlo (tal como autoriza la ANMAT) fue la de comprobar que hubiera otro en el mercado, y ahí estábamos nosotros.

En 2006, se produjo la crisis en el mercado de los chiclos laxantes y los caramelos. Quienes tienen farmacia desde hace más o menos diez años saben de qué hablo y lo vamos a comentar.

Más adelante, en 2014, apareció el reglamento técnico del Mercosur para protectores solares y, en 2016, un ejemplo de cómo innovar para facilitar la atención de más pacientes. Desde 2006 para acá, estuvimos obligados a innovar, pero en el medio tuvimos el complicadísimo febrero de 2002, con una crisis tan profunda, que hizo pensar a varias provincias en la creación de laboratorios propios. El índice de precios al consumidor trepó al 42%, la instauración del corralito impedía sacar dinero del banco y, además, había que ir a cobrarle a nuestros clientes en monedas provinciales que después teníamos que vender en una cueva. A veces, en la misma provincia o, por ejemplo, acá cerquita a 70 km, en el Banco Tucumán, donde depositábamos para volver a los 30 días a buscar algo que valía tres veces menos.

¿Cómo hicimos para sobrevivir se preguntarán ustedes? En 2002, salimos con una comunicación a los farmacéuticos que decía “Todo lo que les afecta nos afecta”. Y agregábamos algo así como: “Si usted disminuye su caja diaria por la recesión, el corralito y el desabastecimiento, a nosotros nos afecta. Si su capacidad de financiación está llegando al límite porque no le pagan las Obras sociales, porque la distribución minorista ha endurecido sus términos y los bancos han eliminado los descubiertos, a nosotros todo eso nos afecta. Si al finalizar el día la composición de su caja es una babel de diferentes monedas, a nosotros nos afecta. Todo lo que le afecta, nos afecta”.

Y seguíamos diciendo: “Usted está atravesando dificultades y nosotros también. Los pocos productores dispuestos a vender lo hacen en contrapago, al contado, en dólares o en peso al valor dólar”. Y agregábamos: “Porque sabemos que la importancia del mostrador hoy es más necesaria que nunca, queremos venderle y financiarlo, queremos mantenerlo abastecido”. Y terminábamos diciendo: “De usted solo necesitamos el fiel cumplimiento de los plazos otorgados, lo demás lo hacemos nosotros. Sin el farmacéutico, nosotros estamos fundidos y ustedes también, así que salgamos de esta juntos”.

De 2002 a 2003 crecimos el doble, duplicamos las ventas de 2003 a 2004 otra vez, es decir que nos consolidamos como un laboratorio de farmacéuticos, cada vez más cercanos a los problemas comunes.

Como les comenté, en 2006 se dio la crisis en el mercado de los chicles laxantes. Había un elaborador de chicles medicinales que era Felfort, pero ese proveedor decidió cerrar las puertas de un día para el otro y nos avisó solo cinco días antes. Nosotros le exigimos que por lo menos cumpliera con las órdenes de compra. Cerró en 2006 y nosotros teníamos nada más que cuatro meses de *stock*. Sin embargo, veníamos analizando el mercado de los chicles desde hacía unos meses porque habíamos descubierto una innovación, que consistía en que en el mundo los chicles se estaban haciendo de otra manera diferente del chicle tradicional.

Hoy un chicle es una goma que esta grageada con azúcar más un principio activo. Pero en los Estados Unidos y en Europa, ya hacía cuatro años que los chicles se estaban fabricando de otra manera, los hacían con la goma pulverizada. Esto permitía hacer un comprimido con un principio activo adentro, lo cual tiene varias ventajas. La primera ventaja es que la sustancia se distribuye homogéneamente por toda la mezcla, porque ya no se trata de un grageado sino que era un polvo de sodio mezclado con el polvo del comprimido y, por otra parte, ocurría que la mezcla se podía hacer sin azúcar, lo que beneficiaba aún más a los pacientes.

**I + D a la criolla**  
**Innovar para crecer o para esquivar las crisis**

---

**2006: Crisis en el Mercado de Chicles Laxantes**

**NUEVO KRITEL CHICLES LAXANTES**

Para fabricar medicamentos en la forma farmacéutica chicles en Europa y en Estados Unidos, desde hace pocos años, se utilizan nuevas técnicas y nuevos excipientes.

**MONSERRAT Y ECLAIR** incorporó esta nueva farmacotecnia para desarrollar el nuevo KRITEL Chicles Laxantes.

**Ventaja N° 1:**  
 La sustancia activa se encuentra homogéneamente distribuida en todo el granulado. Esto garantiza la exacta concentración de principio activo, chicle a chicle 100 partes.



**Otros chicles laxantes.**  
 Capetura con azúcar en la que se agrega el principio activo al preparar.



**KRITEL Chicles Laxantes.**  
 Principio activo distribuido homogéneamente en todo el granulado.

**Ventaja N° 2:**  
 KRITEL Chicles Laxantes no contiene azúcar y su utilización se extiende a más pacientes.

**MONSERRAT Y ECLAIR** 

Así fue que a nosotros nos dejaron fuera del mercado de chicles laxantes porque cerró el fabricante y nuestro único competidor, que eran los productores de chicles, por supuesto no quiso fabricar para nosotros. Por lo tanto, aquello que para nosotros era un desarrollo innovador, que alguna vez íbamos a implementar, se precipitó en el tiempo y nos vimos obligados a adelantarlo.

De ese modo, tuvimos que acelerar cerca de un año un desarrollo, todavía no habíamos llegado al sabor ideal, nos faltaba alguna cosa, pero igual salimos a la calle. La ANMAT nos autorizó el cambio y salimos... Pero no pudimos evitar choquitos con el farmacéutico, porque el farmacéutico chocó con los clientes, y la innovación chocó con que no teníamos inversión para estar un año desarrollando, investigando. Éramos solamente una pyme y, para colmo, chocamos con que el cliente cuando masticaba el chicle, sentía que no era un chicle habitual. Al chicle conocido lo mordía y se hacía goma, pero de pronto se encontró con que al nuestro tenía que morderlo cuatro o cinco veces, llenarlo de saliva, y recién entonces se volvía goma.

Esto nos hizo caer en el mercado un 50%, aunque después nos fuimos recuperando. De esa época para acá, fuimos modificando y ajustando la formulación a partir de lo que un proveedor de España nos dice acerca de cómo lo están

haciendo ellos. Cuando nosotros salimos en la Argentina con los chicles laxantes de nueva formulación, todavía no existían en el mundo chicles laxantes gruesos. Entonces, los españoles nos pidieron la formulación porque ellos la podían mejorar y porque tenían un cliente.

Teníamos que sortear la crisis, con innovación, no teníamos dudas. Con los caramelos medicinales ocurrió que toda la industria tenía el mismo proveedor, de 2007 a 2011, y una vez más, de un día para otro, nos quedamos sin proveedor, esta vez, de caramelos medicinales. Todos los países tuvimos problemas y quien aprovechó esta situación fue Inglaterra, entonces, desde allí se empezaron a exportar hacia la Argentina caramelos medicinales. Por este motivo aparecieron en el país dos o tres marcas importadas. Mientras tanto, como no nos podíamos abastecer, empezamos a trabajar en cómo paliar la falta del caramelo y en cómo desarrollar una fórmula y además mejorarlo.

Entonces, lo que hicimos fue un comprimido desleible, con un 40% menos de azúcar que el que teníamos, que poseía exactamente los mismos principios activos, con la idea de sortear la crisis. Es decir que otra vez una pyme nacional salió a producir una alternativa del caramelo, no porque nos quedamos sin caramelo sino por la posibilidad de que el caramelo antibiótico volviera a tener inconvenientes en el mercado.

**I + D a la criolla**  
**Innovar para crecer o para esquivar las crisis**

---

**2006: Crisis en el Mercado de Caramelos Medicinales**

**Quando duele la garganta por anginas, faringitis, laringitis**



**GARGALETAS**  
**CARAMELOS ANTIBIÓTICOS**  
 Forma farmacéutica: Caramelos  
 Contenido de azúcar: 2,30 g  
 Tiempo de disolución: 1,2 a 1,4  
 Contenido total: 8 comprimidos  
 Acabado: en 1 sabor a B  
 Solubilización: por caramelización  
 Substrato: Origen Soja

**Fórmula**  
**Gramicidina**  
**Neomicina**  
**Benzocaina**



**GARGALETAS**  
**COMPRIMIDOS DESLEIBLES**  
 Forma farmacéutica: Comprimidos desleibles  
 Contenido de azúcar: 1,30 g  
 Tiempo de disolución: 1,2 a 1,4  
 Contenido total: 12 comprimidos  
 Acabado: en 2 sabores a B  
 Solubilización: por caramelización  
 Substrato: Origen Soja

**MONSERRAT Y ECLAIR** 

En esta oportunidad chocamos con la misma situación frente al público. Como el comprimido desleíble no gustaba porque la gente no estaba acostumbrada y era algo nuevo, entonces le contamos al farmacéutico y le informamos por qué estábamos haciendo el nuevo producto, con qué lo estábamos haciendo y cuáles eran los beneficios que sumaba, pero el farmacéutico se encontraba con que la gente seguía prefiriendo la presentación caramelo. Entonces decidimos trabajar con los dos productos. Tenemos los caramelos y tenemos los comprimidos desleíbles, es decir que damos una posibilidad más para aquellos clientes que no pueden utilizar el caramelo por el azúcar y, por lo tanto, tienen la posibilidad de consumir el comprimido desleíble.

Otro tema que consideramos importante es que un laboratorio pyme tiene que ser creativo en el cumplimiento de las normas. En 2003, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud indicó una Guía práctica de índice mundial, que fue avalada por la Organización Meteorológica Mundial, por el Programa Mundial de la ONU para el medio ambiente y por la Comisión Internacional de Protección contra la radiación no ionizante. Así empezó la campaña de la OMS, informando que el sol, de ahora en adelante, emite una radiación que se denomina “uv”. Por otra parte, en 2012, la ANMAT desmintió la disposición N° 957 que informaba la reglamentación unificada para el Mercosur sobre los protectores solares.

**I + D a la criolla: la creatividad de una PyME de cumplir las Normas**

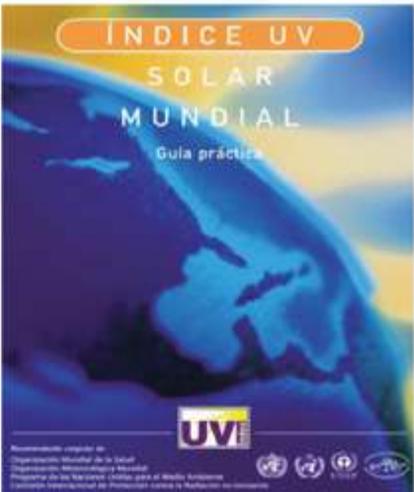
**2003 Guía Práctica Índice UV Mundial**  
 \*Organización Mundial de la Salud  
 \*Organización Meteorológica Mundial  
 \*Programa de las O.N.U. para el Medio Ambiente  
 \*Comisión Internacional de Protección contra la Radiación no ionizante

**2012 Disposición ANMAT 0957/12**  
 Reglamentación unificada para MERCOSUR sobre Protectores Solares

**2012 Disposición ANMAT 7230/12**  
 Establece que el Reglamento MERCOSUR es de plena aplicación a partir de 2015

**2014 Resolución N° 04/14**  
 Reglamento Técnico MERCOSUR

**MONSERRAT Y ECLAIR**



En efecto, a fines de 2012, se estableció que el reglamento Mercosur era de plena aplicación en la Argentina a partir de 2015 y, en 2014, se emitió la resolución N° 414 que decidió el reglamento técnico del Mercosur con el que había que cumplir a partir de enero de 2015 según las nuevas regulaciones. Lo cierto es que los farmacéuticos no tenían la menor idea de cómo íbamos a explicarle al público que ahora iban a cambiar los factores de protección y que lo que antes decía 45 ahora iba a decir 30, que lo que era 60 ahora sería 40, y que había que establecer, además, cuál era el factor de protección para los rayos ultravioleta, que son los que determinan cuál es el máximo que se puede poner como protección uv.

Sobre todo esto, tengo que decirles que actualmente estamos bien con la reglamentación del Mercosur, en plena vigencia desde 2015. Hoy se sabe cuáles son los productos que están alcanzados, cómo es el concepto de factor de protección solar por los uv, cuál es el concepto de factor de protección solar por los uva, cuál es el concepto de longitud de onda y cuáles son las metodologías aprobadas para calcular el factor de protección y la resistencia al agua.

Todo está tipificado y es norma: cuál es la información que obligatoriamente tiene que estar en la etiqueta del frasco y cómo tienen que ser los envases. Hasta acá, vamos bien, entonces nosotros salimos con nuestros dos protectores solares a explicar todo lo de los uv y uva, pero lo cierto es que el farmacéutico no tenía ni idea de cómo traducirles a los clientes todo este proceso de cambio de normas y nomenclaturas.

Por esta razón, hicimos un material instructivo que repartimos en las farmacias, porque, al constituirnos como un pequeño laboratorio que defiende y posiciona sus productos, tenemos que hacer el trabajo de explicar claramente cada cosa que hacemos y estar siempre cerca de las farmacias y de los farmacéuticos.

## I + D a la criolla. La creatividad de una PyME: cumplir las Normas

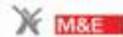
2012 Disposición ANMAT 0957/12 Reglamentación unificada para MERCOSUR sobre Protectores Solares.

Definiciones a cumplimentar por los países miembros:

- 1) Sobre qué productos destinados a ser usados para protección solar tiene alcance.
- 2) Concepto de Factor de Protección Solar (FPS).
- 3) Concepto de Factor de Protección UVA (FPUVA).
- 4) Concepto de Longitud de Onda.
- 5) Metodologías aprobadas para cálculos de FPS, FPUVA y Resistencia al Agua.
- 6) Rotulado que debe constar en envases y estuches de Protectores Solares.
- 7) Información que no debe estar presente en el rotulado.
- 8) Información que obligatoriamente debe estar presente en el rotulado.



MONSERRAT Y ECLAIR



Por último, voy a comentar los temas del Braille y de la celiacuría. El primero de estos temas se viene discutiendo en la Cámara de Diputados de nuestro país desde hace años. Hay muchos proyectos que chocan entre sí y es difícil hacer un proyecto que aúne los criterios. Además, algunos plantean que el vencimiento del lote esté en Braille y eso es aún más difícil, porque es muy complicado cambiar los puntitos en cada fabricación. Aun así, nosotros tenemos Braille en todos los estuches.

Por otro lado, consideramos que es totalmente correcto que en los estuches figuren todos los datos pertinentes para las personas celiacas. Ya en 2013 la ANMAT emitió una resolución por la cual los laboratorios teníamos que empezar a hacer los estudios de celiacuría y, además, informar sobre aquellos productos que contienen gluten. Para ello, lo primero que hicimos sobre todos los productos de uso sistémico fue el estudio para detectar presencia de tacc. Y, actualmente, tenemos nuestros productos certificados, es decir, libres de gluten.

Sin embargo, en medio de esta tarea, recibimos una llamada de una farmacéutica de Concordia que nos informó que tenía un problema con un paciente celiaco al que le hacían mal nuestros productos dermatológicos y nosotros pensamos que aquello no podía ser porque los habíamos testeado. Pero igual empezamos a estudiarlo y

encontramos que era verdad, que existen ciertos pacientes celíacos que tienen un índice de reacción al gluten altísimo y que responden negativamente al uso de, por ejemplo, una crema.

Por lo tanto, estamos realizando un estudio sobre todas nuestras cremas, sin importar el costo, porque consideramos que lo importante no solo es cumplir con las normas, sino facilitar la atención óptima de cada vez más pacientes.



Hacemos investigaciones y desarrollo y, cuando es posible, hacemos toda la innovación que podamos. De 2013 a 2017, Monserrat y Eclair incorporó equipamiento: tres reactores de acero inoxidable con capacidad de dos mil y tres mil litros, un reactor de fibra de polietileno que compramos en Santa Fe, de 1000 litros, cuatro estuchadoras, y hemos armado una nueva central de pesadas. Nos equipamos para agilizar nuestro depósito y para cubrir de manera dinámica todos los pedidos.

¿Cómo hicimos para comprar todo esto nosotros entre 2013 y 2017? Pues les comento que no tenemos un financiador del Estado, no tenemos un papá en los Estados Unidos, no tenemos una casa central en Europa. Venimos del barrio de Constitución y más de uno de ustedes vino a comprarnos y conocieron nuestra planta. Nosotros no sabemos pedir préstamos del Bicentenario ni cómo se gestionan millones de dólares,



lo último que tuvimos fue una cuenta en el Banco Nación desde hace 30 años y entonces les dijimos: “Miren, necesitamos un préstamo para comprar máquinas” y nos contestaron: “¿Y cuánto necesitan?” y les dijimos: “Y... necesitamos unos cuántos mangos”. Así que tomaron como garantía nuestros 7 mil clientes y que en general no tenemos cheques rechazados, y así compramos todo.

Hoy tenemos tres plantas industriales, 70 productos, 83 presentaciones y 152 empleados, y ya contamos con representaciones en Paraguay y en Bolivia. Muchas gracias por la atención que me prestaron.





➤ CONFERENCIA

3

## LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN APLICADAS A LA GESTIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

*Coordinador: Farm. José Antonio Cid, perteneciente al Comité Evaluador de FEFARA.  
Expositor: Pablo Arbeloa López, Médico pediatra, Socio Director en INNOVASALUD  
del País Vasco.*

### *Palabras del Farm. José Antonio Cid*

Buenas tardes. Es realmente un orgullo recibir a los hermanos del País Vasco: a Ángel Garay Garay y a Pablo Arbeloa López. Sabemos que la formación de Pablo es tan profunda como la de Ángel en muchos aspectos del ejercicio profesional y de la actividad sanitaria. Ambos son consultores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sabemos también que Pablo es de la escuela de Rafael Bengoa y que los une una historia de construcción de conocimiento respecto de las enfermedades crónicas, así como de temas más holísticos.

Es una buena oportunidad para agradecer la hospitalidad de la gente que nos recibe en Santiago del Estero, para agradecer la presencia de calificados actores en la conducción de las instituciones públicas, que nos han enseñado esa voluntad de trabajo y de construir que se tiene en la Argentina y, por supuesto, también agradecer por su confianza y por su sabiduría a Manuel Agotegaray, el presidente de FEFARA. Su discurso inaugural es un documento de enorme valor para la discusión, todo lo que ha dicho está plasmado en los libros que crearon con Carlos Vasallo.

Siempre es necesario rescatar la construcción histórica: de esas crisis a las que se refirió Manuel surgió, precisamente FEFARA. Yo pensaba, en esos momentos de reflexión nocturna que tiene uno, y salvando las tremendas diferencias que existen entre la realidad europea y la argentina, en la institución de la Federación Farmacéutica, y vinculé esto con un discurso que pronunció el papa Francisco en Roma. Todos pensaban que iba a hacer un discurso eclesiástico pero les habló de Estado a Estado, como Jefe de Estado, y habló de la necesidad de rescatar siempre la historia, no como proceso aislado sino como la savia que ilumina el presente y el futuro. También planteó el concepto de crisis, no como una cosa negativa sino que lo definió incluso etimológicamente, señalando que en griego es un término vinculado con investigar, valorar, juzgar. A estos conceptos, ayer Manuel les agregó la palabra accionar.

Salvando las diferencias con el Papa, destacó que hay que rescatar la historia pero, además, dar un salto de calidad. Esto implica construir una nueva hermenéutica, una nueva cultura donde la centralidad esté en el hombre y se mire el mundo como un todo. Hay que analizar, insisto, el documento que nos leyó Manuel, porque sus reflexiones nos hacen recordar cómo se construyó esta institución, también en un momento de crisis. Había una historia a construir, había que animarse a armar una institución y la armaron. Esto permitió plantear las alternativas que necesitaba el mercado y que necesitaba la profesión. Al día de hoy, continuamos en ese camino.

Sinceramente, vaya mi reconocimiento a esta conducción y a la decisión de agregar a la palabra crisis la palabra acción: yo creo que también aquí, en el marco de la Federación, hay que plantear una nueva hermenéutica, tal como la planteó Manuel en su discurso, donde también es central la concepción del Estado.

En este sentido, son precisos un gobierno centralizado y un Estado organizado para que exista un equilibrio. Este equilibrio se tiene que dar entre un Estado presente, las instituciones que manejan el poder, la industria, y también esos actores



fundamentales que Ángel señaló en la charla del miércoles, cuando dijo que si no hay una oficina farmacéutica, la profesión no tiene sentido y corre riesgo de desaparecer esa nueva hermenéutica.

Se trata de construir un equilibrio de poderes donde el Estado cumpla un rol, los que tienen el poder cumplan otro y las instituciones de la sociedad puedan cumplir un rol de equilibrio en beneficio de la población y de la salud. Muchas gracias, vamos a escuchar a Pablo, que nos va a enriquecer con la experiencia del País Vasco.

Pablo Arbeloa López es médico pediatra. Lleva muchos años dedicado a la gestión sanitaria. En España, trabajó inicialmente en la dirección de hospitales para después ejercer la consultoría sanitaria. Ha dirigido diversos proyectos relacionados con la implementación, en España, del conjunto mínimo básico de datos, para los sistemas de contabilidad analítica de gestión clínica de los modelos de calidad, especialmente el modelo europeo de calidad. También se ha dedicado al desarrollo de estrategias para la atención de las personas con enfermedades crónicas.

### *Pablo Arbeloa López*

Buenas tardes a todos. Quiero agradecer a FEFARA que me pidiera venir a contar una historia en la cual he invertido mucha pasión: la implantación en el sistema sanitario de mecanismos de actuación distintos, en tanto son mecanismos no presenciales. Voy a intentar hacer amena mi intervención, a ver si consigo convencerlos de ir cambiando hacia una mejora en estos temas. En primer lugar, quisiera decir que, como sabéis, en nuestra sociedad las TIC han cambiado muchísimas cosas. Ahora, si estamos en la sala de espera de un aeropuerto, con una consulta al móvil podremos ver a todo el mundo. Hace sólo quince años no teníamos los celulares, y ahora son como una especie de contagio colectivo. A la vez, las formas de viajar han cambiado de manera determinante: antes teníamos que ir a la agencia de viajes de la esquina y hoy en día por Internet planificamos un viaje un domingo por la tarde, compramos los vuelos y reservamos los hoteles. Todo ha cambiado.

Pero si nos fijamos en el ámbito de la salud, no hemos sido capaces de incorporar las nuevas tecnologías para hacer las cosas de una forma diferente, no solo para sustituir lo que estamos haciendo sino para poder hacer cosas que en un modelo presencial serían imposibles de realizar. Yo no podría decir a todos los pacientes

que están en un estado de extrema fragilidad que viniesen todos los días a mi consulta. Sería inviable. Pero hoy en día las tecnologías nos ofrecen mecanismos para que esas personas nos manden mensajitos y nosotros podamos tomar un teléfono y llamarles. Estas cosas que, reitero, en la forma presencial son inviables por su lentitud, con estos mecanismos hoy son posibles.

Comenzaré mi presentación haciendo un diagnóstico de las enfermedades crónicas y el enorme desafío que representan para los sistemas de salud y acabaré con la actualización inteligente de las tecnologías sencillas, las cotidianas, las que utilizamos continuamente, tales como WhatsApp, el correo electrónico o simplemente la transmisión a través de un *smartphone* de una serie de datos. Estas tecnologías pueden hacer que la atención sanitaria sea cada vez más progresiva.

Comienzo, con una foto fija de cómo estamos en salud, en este caso, en Argentina:



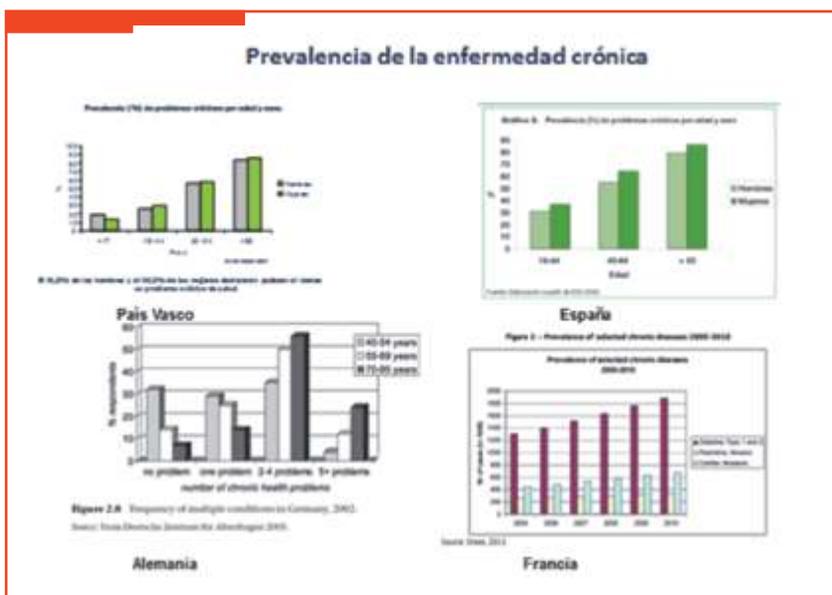
Como sabéis, la esperanza de vida al nacer en Argentina es de 76 años, lo que supone que representa en el ranking mundial la posición número 58. En la Argentina, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y los traumatismos representan prácticamente el 58% de las causas de muerte. Estos tres problemas de salud concentran un 47% de años perdidos para la ciudadanía. También podemos decir que en hay en el país un 21% de la ciudadanía que manifiesta tener una percepción negativa sobre su salud, que hay un 55% de sedentarismo, un 29% de obesidad, un 25% de tabaquismo y un gran consumo de alcohol per cápita que alcanza

los 9,3 litros por año. Por último, la prevalencia de la diabetes según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (de 2013) está en el 9,8% de la población, y la de la hipertensión está en 25%.

Planteo todo esto porque, como veis, Argentina tiene muchas cosas que hacer: hay que actuar sobre esos condicionantes que tantas vidas sustraen. Si bien también la dolencia crónica está impactando de una forma determinante en la población, y eso tiene como efecto la posición 53 respecto de la esperanza de vida, cuando probablemente haya que tener la aspiración de ir progresando en esa escala y consiguiendo que las personas vivan más y mejor.

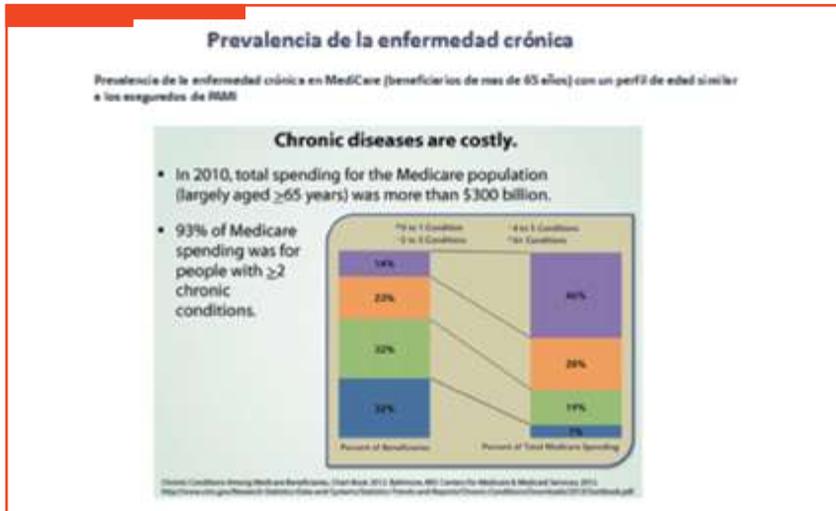
Ahora vamos a hablar de la prevalencia de las enfermedades crónicas. En los siguientes gráficos, tenemos datos del País Vasco, de España, de Alemania y de Francia, donde se ve la incidencia de las dolencias crónicas. Allí se aprecia la presencia de las enfermedades respiratorias, la enfermedad cardíaca y la diabetes, que como se puede observar tiene cada vez mayor impacto y una incidencia negativa cada vez mayor en la prolongación de la vida.

< El servicio farmacéutico ante los cambios epidemiológicos y tecnológicos >



En el siguiente cuadro vemos el impacto de estas enfermedades y cómo, en la población que se sitúa por encima de los 65 años, al menos el 70% tiene una dolencia crónica. Esta es la prevalencia de las enfermedades crónicas según Medi-

care, que es la agencia americana que se encarga de la atención de los pacientes de más de 65 años. Yo diría que es casi un Pami 2, en tanto tiene una estructura de afiliados muy parecida al Pami; por lo tanto, lo que han estudiado en Medicare probablemente pueda ser aplicado a lo que es el Pami, aquí en la Argentina.



Tenemos un 12% de pacientes con una única dolencia crónica, 32% con 2 dolencias crónicas, 22% con 3 o 4 dolencias crónicas y un 14% con más de 6 dolencias crónicas. Ahora bien, si yo extrapolo esto a los asegurados del Pami, que en estos momentos según su página web son 4 millones 800 mil, tenemos que hay 672 mil argentinos que tienen 6 dolencias crónicas o más, que hay 1 millón 100 mil que tienen entre 4 o 5 dolencias crónicas y que hay 1 millón 500 mil que tienen entre 2 y 3 dolencias crónicas concurrentes.

**Estimación del impacto de la enfermedad crónica en PAMI en base a prevalencia en Medicare**

| Prevalencia Medicare | Nº de Asegurados PAMI |
|----------------------|-----------------------|
| 0-1 condiciones      | 1.538.122             |
| 2-3 condiciones      | 1.538.122             |
| 4-5 condiciones      | 1.106.526             |
| Más de 6 condiciones | 672.928               |
| <b>Total</b>         | <b>4.855.698</b>      |



Esto, por un lado, es una foto bastante clara de la situación. Ahora veamos las características que tienen estos pacientes que tienen varias enfermedades concurrentes. Son pacientes que hacen un uso muy intensivo de la hospitalización y de la guardia y, por lo tanto, suelen ingresar varias veces al año. Presentan morbilidad, en muchos casos déficit de la autonomía personal, y además muchos son polimedicados (la mayoría de ellos estará con 10 medicaciones o más). En muchas de estas personas mayores, su morbilidad se ve agravada por los problemas sociales, que repercuten de forma determinante. Son gente de edad avanzada, muchos viven solos, tienen deterioro cognitivo y algunos de ellos tienen deficiencias de recursos.

Todo esto representa un panorama complicado respecto del manejo de pacientes. Estas características provocan que estos pacientes tengan grandes dificultades para manejar su enfermedad y para mantener una adherencia al tratamiento. Además, practican poco los estilos saludables de vida. Todos estos son factores que agravan todavía más la enfermedad.

Por otro lado, estos pacientes interactúan con un sistema sanitario desagregado, que no actúa de manera uniforme y en equipo. En cambio, cada actor sanitario actúa a su tiempo, según su forma, y los pacientes en muchos casos atraviesan una gran desorientación: el cardiólogo les dice una cosa, el médico clínico otra, el neurólogo otra, y al final son ellos lo que se ven obligados en su ignorancia a gestionar situaciones complejas. Esto es un problema común tanto en España como en la Argentina: la sanidad va por un lado y la protección social va por otro; no convergen ni se relacionan, y cada uno actúa de forma separada. De este modo, los recursos se desaprovechan.

Todos estos pacientes en esta situación compleja, en un modelo de atención desagregado y con un componente social limitado, sufren ciclos de desestabilización. En un trabajo que hice al respecto, se reveló que el 40% de las instancias hospitalarias son consumidas solamente por un 12% de la ciudadanía. Se trata de una serie de pacientes que ingresan con dolencias crónicas muy inestables. Esta inestabilidad está vinculada, precisamente, con el sedentarismo y con el problema de la conciliación de la medicación.

Este es un problema importante en España y seguramente aquí también: pacientes que ingresan a una consulta, les cambian los planes terapéuticos y no hay nadie que ponga orden en esta situación, en la cual la nueva medicación, por ejemplo, produce duplicidades, interacciones entre medicamentos, dosis desajustadas, etc. Lo cierto es que hay estudios que, como ustedes sabrán mejor que yo, ponen los pelos de punta sobre estos problemas.

Se trata de pacientes que tienen dificultades para adherirse al tratamiento, no saben manejar su enfermedad, y además hay falta de prevención (uno de los desencadenantes clínicos) y hay también retrasos en la intervención. Cuando empiezan el ciclo de desestabilización clínica –no sé si les pasara a ustedes aquí, pero sí sucede en España– que cada vez que un paciente crónico inestable se empieza a poner mal, llama a alguien. El tema es que la persona a la que llama puede ser un especialista, que le dice que tiene su agenda completa y le da cita para dentro de tres meses. Es decir que el especialista no atiende los ciclos de desestabilización, que quedan de este modo fuera de la cobertura. O sea, el especialista está en otro mundo y no lo atiende. Todo esto ha hecho que la mayoría de los países haya puesto en marcha estrategias para intentar resolver estos problemas que estamos planteando.

En este sentido, lo que se pretende es conseguir un modelo que actúe más desde la prevención que desde la intervención cuando el deterioro clínico ya se ha producido. Porque veréis que el modelo de dejar que el paciente crónico se desestabilice para entonces ingresarlo y actuar en ese momento, aparte de ser horrible, es carísimo. Así, todo el mundo se ha dado cuenta de que este ciclo hay que romperlo de alguna forma.

Veamos ahora qué se está haciendo a nivel internacional.



El modelo asistencial actual que aquí intento especificar está migrando hacia el que será el modelo del futuro. El primero está orientado a la atención de las enfermedades crónicas en los periodos de desestabilización. Se trata de un modelo

asistencial fragmentado, sin conciliación con consultas, que son exclusivamente presenciales. No presenta casi actividades de prevención o hay dificultades en desarrollarlas, hay lagunas en la conciliación de la medicación y en la adherencia al tratamiento y está orientado más a curar que a cuidar.

El modelo de atención al que se intenta migrar para intentar resolver estas situaciones está basado en equipos multi-interdisciplinarios de profesionales que trabajan colaborativamente y que se comunican mediante las TIC: a través de los modelos electrónicos de interacción, con historias clínicas electrónicas, mensajes de correo electrónico, entre otros. Es un sistema que interviene con actividades preventivas y, en ese sentido, insiste mucho en estilos saludables de vida y en la adherencia al tratamiento. Además, intenta actuar precozmente cuando se inicia el ciclo de desestabilización clínica. Esto significa que, cuando el paciente levanta el dedo diciendo “Me estoy poniendo malo”, hay todo un dispositivo que lo va a atender con precocidad; un dispositivo que no espera que se deteriore para que finalmente acabe ingresando al hospital. Esto conlleva realizar actuaciones no presenciales.

Dicho de otro modo, el modelo de “vente pa acá que estoy yo aquí” hay que sustituirlo por modelos de interacción. La atención presencial seguirá existiendo, pero cuando un paciente levanta el dedo diciendo “Me estoy poniendo mal” es posible que mediante una llamada telefónica hable con un experto en su materia, y que esto tenga un efecto determinante en su estabilización.



Por otro lado, en este modelo futuro también hay que promover estilos saludables de vida y tampoco se puede hacer esto diciendo “Ven aquí, que te daré una charla sobre lo que tienes que ponerte y te diré que tienes que caminar”. Hay que utilizar distintos mecanismos, por ejemplo, ponerles un podómetro que nos oriente sobre si se han movido o no, y encontrar formas de motivar a las personas a moverse.

Otro tema importante: no solo van a cambiar las formas de organizar el sistema sanitario sino que también el paciente progresivamente va a tener cada vez más capacidad de intervenir; va a ser un elemento activo, un elemento importante. Tendremos pacientes que conozcan su situación, que sepan cómo actuar en el manejo de su enfermedad. Este es un elemento clave de transformación del sistema sanitario que, sin embargo, no conocemos muy bien porque estamos acostumbrados a fomentar un paciente analfabeto en el manejo de su enfermedad. No dedicamos nada de tiempo a instruirle en el manejo de su enfermedad. Pero esto, insisto, es un elemento clave y determinante.



Me vais a decir que a las personas mayores les afecta la brecha digital y no interaccionan. Luego les daré algunos ejemplos de cómo esto no es del todo cierto. En parte sí, pero indudablemente también sabéis que una persona mayor normalmente tiene un referente, por ejemplo, un hijo, que es el que le ayuda a interaccionar con el sistema de salud y le facilita todos estos elementos de colaboración.

El modelo de atención también va a transformarse de una forma determinante en cuanto a su gestión. En estos momentos, el sistema sanitario debe de ir migrando

hacia un sistema basado en el trabajo colaborativo de todos los profesionales que complementan sus conocimientos y su destreza para dar un servicio a la ciudadanía y que de alguna forma trabajan colaborativamente y en base a acuerdos. Hay que sustituir el modelo en el que el cardiólogo, el cirujano cardíaco y el médico de cabecera ni siquiera se ven por entornos colaborativos donde la interacción no necesariamente tiene que ser presencial: también el teléfono, el correo electrónico, pueden ser de gran ayuda para el desarrollo de estos instrumentos.



Por ejemplo, en España ya se ha implementado lo que llamamos interconsultas no presenciales entre el médico de cabecera y el especialista. Puede parecer una cosa de perogrullo, algunos dirán “¿cómo esto no lo hemos hecho antes?”. Sin embargo, es equivalente al caso en que el médico de cabecera se enfrenta a un problema de salud que no maneja plenamente y en lugar de decirle al paciente “Vaya usted al neurólogo”, le manda un correo electrónico al neurólogo y le dice: “Tengo un paciente que cumple tales y tales requisitos; ¿qué hago?” y el neurólogo le responde: “Pues, mándamelo a la consulta, que yo lo tengo que ver” o “Haz esto” o “Deja de hacer aquello”. Es una forma de interaccionar sumamente sencilla, con un tipo de respuesta de 24 horas, muy práctica y que sustituye el modelo actual de referencia: un mes para darle la cita al paciente, luego viene y resulta que los problemas tardan dos meses más en resolverse.

En cambio, en el sistema de atención consistente en un espacio colaborativo entre profesionales y una integración hospitalaria, ya se han montado dispositivos

de atención ambulatoria donde están los médicos de cabecera y los especialistas trabajando colaborativamente en el mismo sitio. Así trabajan de una forma muy proactiva y con mucha capacidad. De hecho, el Pami está desarrollando un proyecto en estos momentos de atención especial a los pacientes en situación de fragilidad. Se trata de pacientes crónicos extremos, con reiteradas internaciones y atenciones en guardias.

También hay unidades especializadas para este tipo de atención, por ejemplo, donde vive Ángel, en San Sebastián: es una unidad que lleva muchos años funcionando y que tiene mucho reconocimiento externo. En general, estamos dirigiéndonos a mecanismos de hospitalización a domicilio, a la actuación no presencial y, como luego hablaremos, a sistemas de seguimiento a distancia, tales como tener pacientes con dispositivos que nos avisan cómo están para que, en el caso de que las cosas se estropeen, poder actuar con mucha antelación. Estos son todos elementos críticos en el manejo del paciente crónico.

Un aspecto muy importante, como ya hemos comentado, es la actitud del paciente y su educación: una vez que se educa al paciente respecto de los elementos de alto cuidado que necesita, viene la delegación del cuidado, es decir, el autocuidado. Este es otro elemento importante hoy: cuando el paciente sepa cómo cuidarse solo, cuando se lo instruya realmente bien, se cuidará solo muchísimo mejor que como lo haría cualquier profesional sanitario. Piensen tan solo en pinchar la heparina: cuando uno se lo tiene que hacer a sí mismo, lo hace con muchísimo más cuidado que si lo hace un tercero.





En la gestión del sistema sanitario, es importante la creación de redes integradas de proveedores. En España se ha hecho esto, y fue un esfuerzo importante. Antes, en casi todas las comunidades autónomas había gerencias de primaria y gerencias de especialidades, pero ahora se han creado gerencias únicas de áreas en las cuales están integrados los servicios de primaria y los especializados. Tenemos esperanzas de que esto, poco a poco y en el futuro sea realmente de utilidad.

Hay otros sistemas de estratificación de la población. Es importante definir qué pacientes están en situaciones de vulnerabilidad extrema, cuáles tienen una dolencia crónica que pueden automanejar y estabilizar por sí mismos, etc. Es lo que se llama pirámide de Kaiser. Por ejemplo, en un trabajo que estamos haciendo en el Pami, estamos intentando estratificar la población a partir de la intensidad de las enfermedades crónicas. También hay que empezar a desarrollar modelos específicos para la gestión de las enfermedades crónicas. Es preciso que se designe un Comité de expertos que determine cuál es el mejor modelo de atención para la diabetes, para la insuficiencia cardíaca, entre otros. También progresivamente se están desarrollando modelos de financiación de base capitativa muy proactivos en cuanto a la prevención de las enfermedades.

Luego, respecto de la tecnología, que es un área en la cual la Argentina está realmente retrasada, el primer problema que hay que subsanar radica en la casi nula capacidad de tener una historia clínica electrónica, si es posible única, en la cual cada vez que alguien interacciona con un paciente deje su marca de lo que ha hecho, y donde cualquiera pueda consultar cómo está ese paciente. La historia clínica electrónica es un elemento de comunicación y de transferencia de información fundamental. Este es un desafío crítico clave, imprescindible para todo el manejo del tema. Toda la gente que ha trabajado en dolencias crónicas monta centros de atención multicanal, centros en los cuales se pueda atender a los pacientes por teléfono, por correo electrónico, por WhatsApp, todos mecanismos de interacción que pueden hacer que a la gente se les resuelvan los problemas.

Veamos ahora cuáles son los problemas claves más habituales en la atención de los pacientes crónicos. En primer lugar, el modelo de atención del paciente pluri-patológico está desintegrado, porque el nivel primario y los diferentes especialistas actúan de una forma autónoma, sin converger en sus actuaciones ni sintonizar sus programas terapéuticos. Creo que en la Argentina esto está resuelto.

En segundo lugar, el paciente frágil carece de un gestor de su enfermedad que armonice los diferentes programas terapéuticos y que gestione y programe sus

necesidades asistenciales en aras de una atención integrada y efectiva. Este es un tema muy importante: el paciente pluripatológico, con varias patologías en alto grado de inestabilidad, es el autogestor de su enfermedad, aun con sus limitaciones; no tiene nadie que le haga de interlocutor frente a todo el dispositivo sanitario, y que le resuelva los problemas.

En tercer lugar, en el área sanitaria social, son muchos los que van trabajando a su aire, sin converger, sin poder aunar esfuerzos. Todo este modelo desagregado hace que el paciente no esté estabilizado, o se ponga muy mal e ingrese una y otra vez a los centros de salud, también, que vaya mucho a la guardia. Por lo tanto, en cuarto lugar, tenemos que es un sistema malo y costoso. Es más, yo soy de los que creen que el mejor sistema sanitario es el que consigue que la gente lo utilice menos.

Finalmente, ocurre que hay deficiencias en la información concreta y no se utilizan las TIC. Como les decía antes, la forma básica de práctica clínica no ha cambiado en los últimos años. Todo está orientado a actividades presenciales. Ni siquiera hemos sido capaces de quitar esas consultas tan reiterativas al médico clínico de primera atención, es decir, esas consultas relacionadas con recetas, formularios, etc. Además, esta realización de actividades de bajo valor clínico molesta a los clínicos mismos. A nadie le gusta hacer tonterías. Cada uno quiere dar valor a su trabajo. Y, lo que es muy importante, como antes mencionábamos, cuando los pacientes con dolencias crónicas se ponen mal, quienes habitualmente los atienden no están disponibles en ese momento y, en cambio, son atendidos en las guardias por profesionales que es la primera vez que los ven.

Todo esto lo tendremos que transformar de alguna forma porque nos conduce a que los profesionales estén desmotivados, a que haya muchas consultas de bajo valor añadido, a que no haya continuidad, a que el sistema sanitario esté gastando dinero de una forma muy intensa en actuaciones de bajo valor. Por lo tanto, estamos obligados a transformar todo esto.

Podemos hacer esto a través de las TIC, que nos van a permitir facilitar los procesos. Esto parece que es claro. Estas tecnologías también nos van a permitir informar a los profesionales y formar a los pacientes. Con las TIC podemos conseguir una progresiva implicación del paciente en el manejo de su enfermedad, como lo vamos a hacer utilizando aquellos sistemas de interacción que hoy en día se han implementado en la sociedad de una forma práctica y operativa. No podemos imaginarnos lo que sería nuestra vida sin el correo electrónico, por ejemplo, dada



la cantidad de cosas que en una hora podemos hacer, con enorme agilidad, gracias a esta herramienta. Sin embargo, reitero que si bien en el sistema sanitario se utiliza el correo electrónico, no se utiliza puntualmente para interactuar con el paciente. Lo mismo ocurre con la telefonía, con la telemedicina y con todos los sistemas de actuación a distancia: todos pueden ser de gran ayuda para conocer el estado de los pacientes y para saber cómo están desarrollándose.

La mejora en los modelos de gestión de enfermedades es uno de los factores que más ha incidido en la tasa de pacientes crónicos: ha definido un modelo óptimo de atención a quienes sufren insuficiencia cardíaca, tienen diabetes o deterioro cognitivo, y ha determinado qué recaudos hay que lograr que el paciente tome. En efecto, el paciente debe cumplir un rol activo para conseguir una situación más estable respecto de su enfermedad.

Hay que transformar el sistema sanitario poniendo mayor valor en todo lo que son las actividades preventivas, tanto respecto del paciente sano como del paciente enfermo, y en todos los condicionantes que van a influir en su enfermedad. Los modelos más avanzados en gestión de enfermedades crónicas hacen infinito énfasis en la prevención y en la promoción de la salud.

El modelo actual se basa en que el paciente aparece, es tratado, es dado de alta y desaparece; ya nos olvidamos de él. En contraste, el modelo del futuro será uno donde el paciente es identificado, es informado, tratado, dado de alta y a partir de allí recibe un apoyo continuo del sistema sanitario. Esto implica que la persona está continuamente en el radar de nuestras preocupaciones y, a la distancia, sabemos cómo está.

A partir de este nuevo modelo, hay muchas oportunidades de hacer cosas que ahora no podemos hacer debido a su laboriosidad pero que sí podremos a través de mecanismos no presenciales, utilizando los sistemas de teleasistencia. Por ejemplo, podemos hacer un seguimiento del paciente a distancia, tener un call center desde donde den consejos sanitarios a la ciudadanía, formar al paciente en el manejo de enfermedades, poner alertas sanitarios, promover estilos de vida saludables en la población joven, armar redes sociales de pacientes.

Esto último es muy interesante: por ejemplo, que los diabéticos monten sus redes sociales e interactúen entre ellos, y que entre ellos mutuamente se den recomendaciones. Pueden intercambiar sus experiencias en las redes sociales: “Oye, yo soy diabético tipo 1 y voy a ir hoy de farra. ¿Tú qué haces en esos casos? ¿Qué

es lo que te va bien?”. Esta forma de interacción entre los pacientes es de gran utilidad.

Ahora veamos las experiencias prácticas. La mayoría de la gente que ha empezado a trabajar con mecanismos de teleasistencia monta sistemas de atención. Los llamados Centros de Servicios Sanitarios Multicanal son sistemas de interacción con el ciudadano, a través de mecanismos no presenciales: correo electrónico, teléfono, chat, entre otros.



Estos mecanismos sirven para que el paciente se sitúe en el centro y todos los actores del sistema sanitario lo rodeen: son los que de alguna forma u otra contribuyen a esta conectividad con el paciente. Los call center sirven para dar una cita previa al paciente o para darle un consejo sanitario. Veamos un ejemplo: reforzar la adherencia al tratamiento en los pacientes dados de alta por insuficiencia cardíaca congestiva.

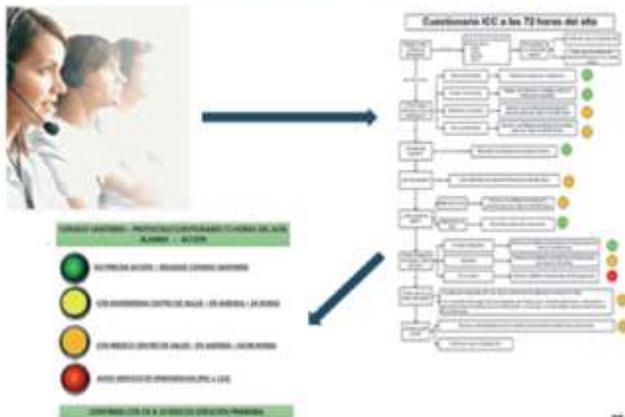
## Protocolo de Seguimiento Telefónico a las 72 horas al alta para pacientes con Insuficiencia Cardíaca

### Objetivo :

1. Detectar el incumplimiento del autocuidado: tratamiento farmacológico, ejercicio físico y autocontrol del peso.
- 2.- Evaluar los síntomas que están fuera de la "normalidad" para su situación: aparición sintomatología previa al ingreso, disnea.
- 3.- Asegurar la continuidad asistencial: Cita en Atención Primaria:
  - con enfermería a los 8-10 días (educación, adherencia, ECG/análítica)
  - con Médico de AP a los 10-12 días

No sé cuál es el porcentaje aquí en la Argentina, pero en España el 35% de los pacientes dados de alta con insuficiencia cardíaca congestiva vuelven a ingresar como una urgencia 30 días después. Para resolver este problema, a algunos se les ocurrió llamar al paciente a los tres días de dada el alta y empezar a hacerle preguntas, hacer un repaso de si está manejando bien la medicación, preguntarle si está teniendo una vida activa, es decir, controlando si evita el sedentarismo.

## Protocolo de Seguimiento Telefónico a las 72 horas al alta para pacientes con Insuficiencia Cardíaca



Todo esto con el objeto de evitar la recirculación del paciente por el sistema con el consiguiente perjuicio para él y para la red sanitaria. Esta tarea la desarrollan equipos de enfermería, llaman y, en función de las respuestas del paciente, tienen un sistema de semáforos que identifica el nivel de alerta. Entonces, según el nivel de alerta y el algoritmo de actuación, toman una decisión: desde no hacer nada, pasando por darle una cita con su médico de cabecera o con el cardiólogo, hasta mandarlo al servicio de emergencia.

Otra de las iniciativas que se han puesto en marcha es el plan de actuación en pacientes en situaciones de cuidados paliativos, pacientes que están en riesgo de fallecimiento o en estado muy crítico. Se trata de una llamada diaria de alguien que sabe de este tipo de acompañamiento y le pregunta a la persona cómo está, qué medidas paliativas debe tomar, lo que implica también cierto consuelo para los cuidadores, quienes probablemente también estén en una situación bastante estresante.

Cuando hablamos de proyectos de telemedicina, tenemos que hablar también de la EPOC, un proyecto en el que yo participé muy activamente. Es un proyecto muy sencillo. Se aplica principalmente a los pacientes EPOC que son reingresantes crónicos, es decir, concretamente sobre todos los pacientes que en un período de doce meses han ingresado más de dos veces.

### Telemonitorización – Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

- > Pacientes telemonitorizados: pulsioxímetro, podómetro, PDA .... (Sat. O2, TA, FC, FR, T°, peso) y algoritmos de preguntas personalizadas
- > Alarmas a AI. primaria y AI. especializada en tiempo real
- > Llamadas salientes desde el call center para seguimiento y refuerzo
- > Grado de satisfacción de pacientes y profesionales: muy bueno







En estos casos, en lugar de decirle a la persona: “Ve a casa, a ver qué pasa contigo”, para que vuelva en dos o tres meses, se la manda a casa con un *smartphone*, con un pulsioxímetro bluetooth y un podómetro. Luego, todos los días, mediante

estos sistemas, se le mide el pulso y se apuntan los pasos que se han dado el día anterior, en tanto el paciente tiene que responder a tres preguntas clave que son enviadas a través de la PDA al *smartphone* y a un ordenador, desde donde se aplica un programa que, en función del resultado, manda una señal a la enfermería o al médico. Así, el sistema sanitario actúa y un médico o enfermero llama al paciente cuando ve que las cosas se están poniendo mal.

Esto tiene un efecto determinante. Y tal vez el valor de estos aparatos en casa sea lo de menos, porque lo más importante es que estos son enfermos muy extremos se sienten, entre comillas, vigilados, digitalizados y monitorizados: saben que hay alguien detrás del teléfono a quien en un momento determinado, cuando surge un problema, pueden llamar y les resolverá la cuestión. Tal es la utilidad que este método ha tenido, que estos pacientes prácticamente han reducido a la mitad el número de internaciones y, además, que cada vez que ingresan en lugar de estar seis días están solo tres y prontamente son dados de alta.

Yo recién he creído en la eficacia de este método cuando en el hospital me he encontrado en el ascensor con el jefe de guardia y me ha dicho literalmente “¿Qué pasa con los EPOC, que no están apareciendo por la guardia?”. Y era precisamente porque habían puesto en marcha este programa. Esto es muy sencillo, vuelvo a insistir: el otro día vendían un pulsioxímetro por 17 euros, y un podómetro vale otros 20. Por otra parte, todos los ciudadanos ya tienen *smartphones*. Quiere decir que estos mecanismos son de muy bajo costo y de gran utilidad.



La última experiencia que les quiero contar es la siguiente. Allá, en España, hay cinco servicios regionales que ya han puesto en marcha la denominada carpeta de salud, que consiste en una recopilación de toda la información que tiene el sistema sanitario sobre la salud de las personas, y a la cual cada uno, como ciudadano, va a poder acceder. La carpeta de salud exige que haya una historia clínica electrónica. Se trata de toda la información sanitaria que tiene el sistema de salud sobre cada ciudadano, y se deja en manos del paciente para que pueda interaccionar. Esto significa que al paciente se le dan, con todos los requisitos legales, una serie de claves de acceso, porque la información sanitaria es de máximo nivel. De este modo, va a ser posible consultar y recuperar datos de cada uno, datos de filiación, historia clínica, próxima cita, historial de vacunación, si la persona está en lista de espera quirúrgica, etc.

Además, cada uno va a poder enriquecer su historia clínica incorporándola a actividades de autoseguimiento, por ejemplo, si está en un módulo de enfermedad crónica. El sistema también permite que, en caso de que el paciente haya sido atendido por un proveedor diferente de su sistema de salud, se pueda incorporar esa información. Por ejemplo, si me he hecho una resonancia, digamos, en Honolulu, puedo incorporar ese resultado a mi historia clínica.

La carpeta de salud también permite interaccionar con los profesionales sanitarios. Concretamente, el sistema permite que día a día el paciente pueda escribir cómo se encuentra, esto es, que de alguna forma confeccione su autohistoria clínica cotidiana. Por otra parte, como decíamos, este sistema permite que los profesionales sanitarios puedan emitir mensajes. Por ejemplo, si me he hecho unos análisis y estoy esperando los resultados, en lugar de decirme que vaya en quince días a una consulta, me manda un mensaje diciéndome que mis análisis están bien, y que en mi carpeta todo está ok. Entonces no tengo que molestarme en ir a la consulta.

A la vez, a través de mi carpeta de salud, en el caso de que el médico haya llegado a un acuerdo con el paciente, se puede interaccionar: mandar dudas, por ejemplo, a través de un correo electrónico. Entonces, al médico le va a llegar la llamada anunciando: "Tienes una duda de tal paciente", y el médico va a tener que responder.

Por otra parte, el sistema de acceso cuenta con una regulación, para que esté plenamente garantizada la confidencialidad de la información. Se trata de datos personales de información clínica, ya que los pacientes tienen en su carpeta los

informes de alta, de radiología, de patología, de atención primaria, todos los informes de laboratorio, los quirúrgicos, es decir, todo lo que conforma el historial clínico, y los pueden imprimir y reproducir cuando quieran. Incluso, tienen todos los resultados de laboratorio secuenciados por fecha, así como la historia de los tratamientos.

La carpeta de salud también está asociada con la receta electrónica, de modo tal que quede a mano la totalidad de la historia en el caso de que se tengan dudas acerca de cuáles son las prescripciones. Igualmente, se puede consultar el carnet de vacunación y en la carpeta también figuran las próximas citas que el paciente tiene con sus médicos de cabecera y con los especialistas.

Esto da la posibilidad de hacer el seguimiento de un programa de salud completo. Se puede, por ejemplo, registrar diariamente cómo se encuentra un paciente diabético y, al mismo tiempo, controlar todas las aplicaciones de insulina que se ha hecho, mientras puede interactuar no presencialmente con su médico, mediante las diferentes formas que ya comentamos. Incluso en estos momentos también se pueden responder encuestas sobre satisfacción respecto de diferentes temas. La carpeta de salud también se encuentra en formato de *app* para celulares y es ciertamente muy accesible.



Todo lo expuesto hasta aquí nos lleva a pensar en un ciudadano que está incluido dentro de una red de interacción. En esa red están todos: el centro médico, su historia clínica, la tarjeta sanitaria, la oficina de farmacia, los sistemas de telemedicina. Todos están trabajando en red colaborativamente y tienen al paciente en el centro del sistema. A la vez, todos estos profesionales trabajan en entornos colaborativos. Este es el gran desafío, porque esto de poner tecnología probablemente sea lo más sencillo; lo más difícil es que los profesionales trabajen en entornos colaborativos y además con un paciente activo, esto es, con un paciente que sabe tomar decisiones, que sabe hacer, que sabe actuar y que maneja adecuadamente su enfermedad. Esta es la tendencia vigente.

Aun así, todavía hay muchas cosas que hacer para conseguir que ese sistema sanitario trabaje colaborativamente y que el paciente también sea una persona ilustrada en el manejo de su enfermedad y haga cosas para reforzar su salud. Esto es todo lo que quería comentarles. No sé si tenéis alguna pregunta que hacerme o alguna duda que consultar.

*Público: –Mi pregunta es sobre la base de datos que reúne a las historias clínicas del paciente: ¿quién la administra? Lo pregunto en el sentido de contar con la seguridad correspondiente. Y, en segundo lugar, le quiero preguntar cómo imagina este método si nosotros lo aplicamos acá en la Argentina, con la gran cantidad de Obras sociales que hay, con grupos de pacientes con distintas coberturas. Me imagino que la administración de toda esta gran base de datos tiene que ser estatal, por la importancia que tienen los datos.*

Pablo Arbeloa López: –En nuestro caso, en el País Vasco, hay una sociedad informática que es la que gestiona todos los servidores en los cuales se carga este tipo de información. Desde el punto de vista informático, creo que el tema está totalmente resuelto. No hay ninguna dificultad, pero sí hay mucho cuidado en cuanto a la confidencialidad: para darte de alta en tu carpeta de salud tienes que ir a una institución con tu DNI y que te identifiquen. Y para interaccionar hay elementos de seguridad muy estructurados. Lo que sí es verdad es que ustedes tienen en la Argentina un montón de sectores en el sistema de salud, y que cada uno actúa individualmente. En este sentido, entiendo que aquí, como está el sistema tan desagregado, van a tener grandes dificultades para confeccionar la historia clínica electrónica. A mí no se me ocurre ninguna otra solución que no sea la de que el Ministerio de Salud lidere un proyecto de historia clínica electrónica.



En el mercado hay productos de gran calidad; hay que tratar de que progresivamente los proveedores vayan incorporándose a esa forma de actuar. Por ejemplo, en España, como la sanidad está descentralizada y cada región tiene su sistema de salud, el Ministerio de Sanidad ha hecho una especie de recopilatorio, que es una bajada de información de las historias clínicas de los servicios regionales a una base de datos común. Por ejemplo, yo soy de Bilbao, donde está hecha mi historia clínica, pero si me voy de vacaciones a Canarias, en Canarias pueden interaccionar a través de mi historia clínica electrónica. Aunque la verdad es que esto no está funcionando demasiado bien, si bien sería lo correcto, lo ideal: que si uno se traslada a otro lado puedan acceder a su historia clínica.

*Público: –Me parece que lo tecnológico no es el problema, sino que la dificultad más grande –quiero ver cómo han logrado resolverla allá– es cómo corrernos del centro para poner en el centro al ciudadano. Tenemos que correr del centro a un montón de actores de la salud o a un sistema entero que hoy tiene el poder, que hegemoniza. En efecto, esa confianza en el ciudadano y esa humildad del sistema de salud como para decir: “Vos tenés la capacidad de autogestionarte” me resulta medio difícil de aplicar.*

Pablo Arbeloa López: –Me imagino que en cuanto a la forma de interaccionar, el modelo de salud español y el argentino son muy parecidos, pero yo suelo decir que en España tú llegas a un hospital y según llegas te dicen: “Tú desnúdate, deja afuera tus valores, tus creencias, tu capacidad de racionalizar y tu lógica, que aquí nosotros nos encargamos de todo”. Si a mí me pasa eso como paciente, se me ponen todas las alarmas en activo: ¿cómo que estos se van a encargar de todo lo mío, que es tan importante y tan esencial? Probablemente este *punch* del paciente va a ser un elemento determinante, una exigencia. Pero yo quisiera hacer énfasis en este punto. Imaginemos que el sistema educativo dijera al alumno: “Oye, chaval, vente para acá. ¿Tú qué quieres estudiar? ¿Ingeniería? Bueno, pues, entra por aquí y tú no hagas nada, que nosotros nos encargamos de todo. Tú no estudies ni escuches”. Sería impensable en el modelo educativo. El alumno tiene que ser un elemento activo y motor de su propio aprendizaje. Pero eso, que nos parecería en el mundo educativo tan horroroso, es la realidad en el sector sanitario. Y es una gran monstruosidad porque, como dicen los expertos, podemos ganar más años de vida haciendo que la gente se mueva, que no esté gorda, que haga ejercicios, estableciendo que no fume y que controle la tensión arterial. Con eso, la Argentina ascendería en el promedio de expectativa de vida, aunque

el sistema de salud siguiera siendo tan horrible como antes. Lo que hay que hacer es empezar a convencer a la gente. Es propio de una visión cortoplacista e intelectualmente de bajo perfil decir al paciente: “Tú no hagas nada, nosotros nos encargamos de todo”. Pero es lo que está pasando sistemáticamente.

No sé si estáis de acuerdo, pero yo conozco pocos profesionales en los que esté arraigada la cultura de decirle al paciente que tome un rol activo. Quizá la diabetes haya sido la enfermedad que más se ha delegado al paciente, pero no lo hemos hecho porque realmente creyésemos que era bueno sino porque no podíamos llegar, o sea, no ha sido por un razonamiento lógico. Sin embargo, los diabéticos, sobre todo los diabéticos tipo 1, que tienen una enfermedad absolutamente terrorífica, están consiguiendo vivir muchos años gracias a que trabajan, saben que moviéndose necesitan menos insulina, comen mejor. Son gente en la que se ha delegado el trabajo terapéutico y están respondiendo a las exigencias de lo que se les ha planteado. Pero esto solo lo hacemos con los diabéticos. No lo hacemos con todas las otras enfermedades. Y, sin embargo, un paciente con una insuficiencia cardíaca congestiva es determinante que se mueva: no se puede quedar en el sofá delante de la televisión. Se tiene que mover sí o sí. Pero no son pacientes que tengan esa cultura, en general, porque nadie les ha dicho que es tan determinante que se muevan. Esto hay que cambiarlo, y probablemente esa presión vendrá por parte de la ciudadanía y luego también a partir de que, poco a poco, desde su razonamiento todos vayan incorporando estos elementos tan fundamentales.

Para reforzar esta teoría sobre el rol activo del paciente, permítanme insistir en el tema de los pacientes diabéticos, que es mi especialidad y he lidiado con ella, a pesar de que ya estoy en el área del sector público como área de decisión y no como asistencia. Por ejemplo, en la Argentina, la escuela diabetológica fue y sigue siendo una de las escuelas más importantes en el mundo. De hecho, Escudero fue el que creó la escuela mundial y creó en 1944 la Sociedad de Enfermos Diabéticos, mucho antes de que se creara la Sociedad Argentina de Diabetes, que es el nucleamiento profesional técnico-científico más importante. O sea que el empoderamiento del conocimiento por parte del diabético ha sido la gran estrategia. Por eso, un planteo como este me hace optimista en la medida en que nosotros, es decir, el sistema de salud, podamos empoderar al paciente en cuanto al conocimiento de su enfermedad y cómo manejarla. En diabetes, nosotros decimos que el mejor paciente es el obsesivo, porque es el que mejor autocuidado lleva.

Si uno les da herramientas a los pacientes para detectar los síntomas precoces de cualquier complicación aguda e incluso crónica, estas herramientas pueden



ser un gran aliado y pueden ayudar a poner al paciente en el centro de la escena del sistema para salir del clásico modelo médico hegemónico, el cual yo creo que compartimos, desgraciadamente, entre España y la Argentina. En esto, yo soy optimista.

*Público: –El problema que se plantea con respecto a estas herramientas para gestión de las enfermedades es la falta de estudios que avalen la efectividad real de estas herramientas. Cuando uno comienza a leer qué es lo que hay publicado al respecto, ve muchas experiencias que no se confrontan en general con otras experiencias de la misma forma, desde el mismo perfil, que además estén validadas con el enfoque de un trabajo de ensayo clínico. No hay un grupo de controles, una elección doble ciego donde uno pueda determinar las diferencias estadísticas entre un grupo y otro, y a partir de ahí validar el método y decir que este método, por ejemplo, el que acaba de presentar con un smartphone y con el dispositivo, es realmente efectivo o no. Porque yo puedo decir que me fue muy bien con una determinada experiencia, pero no sé si esa experiencia está encarada como un ensayo clínico que me pueda permitir realmente tomar la decisión de implementarla en forma masiva. ¿Se ha hecho en otros lados? ¿Hay estudios que avalen este método o revisiones sistemáticas? La pregunta es por qué todos estos trabajos que tienen que ver con la utilización de las TIC tienen un futuro muy promisorio dentro de la gestión de las enfermedades, pero chocan y se enfrentan con la falta de evidencia científica concreta con respecto a la efectividad de los métodos.*

Pablo Arbeloa López: –Ese es un grave problema que progresivamente se va a ir superando. Creo que por 2009 hubo una publicación en la cual se decía que habían hecho un metaanálisis de los sistemas de telemedicina y habían concluido que no tenían ninguna utilidad porque no mejoraban la estabilidad de la enfermedad. Por lo menos en el caso de la EPOC en el hospital –la experiencia que acabo de comentar–, el trabajo está publicado y se han hecho estudios de caso y control. Te puedo dar la referencia y el artículo completo, que está publicado en un *Journal* de enfermedades de la EPOC, y está muy bien estudiado, teniendo en cuenta calidades de vida, encuestas, todos los requisitos.

Se sacan resultados que son estadísticamente significativos en cuanto a la reducción del número de hospitalizaciones y de urgencias. Pero, realmente, es así: poco a poco hay que ir publicando todo porque, si no, no tiene ningún valor. De todas formas quiero decir que estoy convencido de que cuando salió aquel artículo, el

que sostenía que no eran de utilidad los sistemas de teleasistencia y los modelos que presentaban, se fundamentaban en que daban cuatro instrucciones a los pacientes, los mandaban a casa y ellos eran los que se autocontrolaban. En cambio, el gran valor de los sistemas de teleasistencia está en el *call center*, en la atención telefónica. Cuando el paciente precisa cualquier tipo de ayuda o de asesoramiento o se empieza a encontrar mal, lo que vale es la capacidad de interactuar con alguien de actuación inmediata. Ese es el gran valor: esa tranquilidad que se le da al paciente y esa seguridad de que si algo pasa, va a llamar a algún lado y le van a decir que suba tal medicación, que baje tal otra o lo que corresponda.

*Público: –Cuando arrancaron con este sistema en el País Vasco, sobre todo con las consultas telefónicas al call center, una de las ideas también era disminuir las consultas presenciales. Yo tenía una información de que al principio lo lograron pero luego no fue lo esperado, o sea, se sumaron –no sé si es correcto esto que te digo– las consultas telefónicas como una prestación nueva, pero no disminuyeron las consultas presenciales. ¿Puede ser así o hay alguna estadística contraria?*

Pablo Arbeloa López: –Eso no es cierto. Hay muchas iniciativas con respecto a la interacción y a la consulta presencial. Una idea que tuvo mejor resultado fue la siguiente: cuando el paciente llamaba para pedir una cita con su médico de cabecera, se le preguntaba si quería una cita presencial o telefónica, y en el caso de que el paciente eligiera la telefónica, el médico lo llamaba a una hora convenida. Para que se den una idea del impacto de la medida, les doy un ejemplo: yo voy hoy al dentista y me prescribe amoxicilina. Tengo que salir del trabajo, desplazarme hasta lo del médico para decirle que me dé una receta de amoxicilina, y perder cuatro horas, con un costo social espectacular para una tontería.

Esto habría que hacerlo telefónicamente: tengo la receta, te la dejo en el despacho de admisión y pasas a la tarde a recogerla. Se puso esto en marcha, y en estos momentos en el País Vasco el 23% de las consultas con el médico de atención primaria son telefónicas, es decir, una de cada cuatro. Vosotros sabéis que la interacción telefónica es infinitamente más rápida que la interacción presencial. Cuando dentro de poco sea por WhatsApp ya ni te cuento. Le mando un WhatsApp pidiéndole que me dé la amoxicilina y ya. Pero, volviendo a la pregunta, no se ha incrementado sino que ha disminuido la tasa de frecuentación, dado que entre las dos, la cifra total es la misma. No ha subido. Además, ahora también está la receta electrónica, cuando antes la solicitud de recetas era una causa



de consulta muy frecuente; es una medida barata, práctica y maravillosa. Se ha llegado a un acuerdo en que el tiempo que se dedicaba a una consulta presencial se ha convertido en dos consultas telefónicas. Entonces ahora hay equivalencia dos-uno. Si atiendo a veinte pacientes, ahora atiendo a catorce presenciales y a seis telefónicos.

*Público: –Esto lo aplicaron en España. ¿Allá el ambiente del sistema de salud es único o es público y privado? ¿Se integraron? Si es público y privado, particularmente me interesa saber cómo el médico percibe los honorarios por su consulta.*

Pablo Arbeloa López: –El modelo sanitario en España es un sistema nacional de salud de cobertura global y gratuito para todo el mundo. Luego, además del aseguramiento público, uno puede tener una prepaga y tener un doble aseguramiento. Pero como en general el aseguramiento es público, entonces son los servicios de salud los que montan los dispositivos de atención primaria y especializados, y son los hospitales los que dan cobertura. Los profesionales trabajan por sueldo con pocos sistemas de incentivo; prácticamente es un sueldo fijo y muy estabilizado. No es un sistema demasiado bueno, a pesar de que supone un costo relativamente importante. Hay una diferencia muy importante con el sistema de salud de la Argentina. Este sistema de salud argentino es casi único, en función del impacto de las Obras sociales. En Europa, hay cinco países que funcionan con sistemas de seguridad social, aunque no son como las Obras sociales. Francia y Alemania están más integradas y trabajan con modelos de seguridad social bastante parecidos a las Obras sociales, pero con mayor nivel de integración que aquí, si bien son dos grandes países que funcionan con sistemas de seguridad social. España, Italia, Reino Unido, Portugal y Dinamarca, en cambio, funcionan con sistema nacional de salud.

El sistema nacional de salud español es un sistema que tiene un buen equilibrio entre costo y efectividad: estamos gastando en estos momentos el 9% del PIB en salud y los indicadores de salud son muy competitivos, muy buenos. Hay mucha gente a la que le gusta mucho el sistema de salud español. Y no tenemos estos problemas de atomización que tienen aquí. Hay un modelo integrado y hay, por ejemplo, una historia clínica única en casi todas las regiones de España, de utilización colectiva, donde todo el mundo puede consultar. Eso facilita muchísimo el trabajo, así como la receta electrónica.





> MESA

4

## NUEVO ESCENARIO EPIDEMIOLÓGICO. LAS POLÍTICAS DE SALUD EN LAS PROVINCIAS DE SANTIAGO DEL ESTERO Y TUCUMÁN

*Coordinador: Farm. Hugo Navarro.*

*Expositores: Lucía Cebe, Subsecretaria de Salud Pública del Ministerio de Salud de Tucumán. Hugo Feraud, Médico, Unidad de Coordinación del Ministro, Ministerio de Salud de Santiago del Estero.*

*Roberto Chuit, Doctor en Medicina y Diplomado en Salud pública de la Universidad Nacional de Córdoba, integrante de la Academia Nacional de Medicina.*

*Lucía Cebe es médica, egresada de la Universidad Nacional de Tucumán y magíster en Economía de la Salud de la Universidad ISALUD. Desde 2007 y en la actualidad es médica del Sistema Provincial de Salud y Directora académica de los posgrados en Dirección y Gestión de Salud de la Universidad de San Pablo T. En esta misma universidad, también se desempeña como Directora del Centro de Investigación, políticas y economía de la salud y es Profesora titular de la Cátedra de Liderazgo I y Medicina. Por otro lado, es responsable del Comité de calidad del Centro Privado de Cardiología Tucumán y docente de posgrado, conferencista y asesora en Gestión de la salud.*

*Roberto Chuit es Doctor en Salud Pública y Epidemiología de la Universidad de Yale, en los Estados Unidos y Doctor en Medicina y Cirugía. Diplomado en Salud Pública, por la Universidad Nacional de Córdoba. También es, por esta Universidad, Cirujano, Profesor de Medicina Preventiva y Social en el área de Epidemiología y Académico de número de la Academia Nacional de Geografía. En la actualidad, se desempeña como Secretario técnico Director del Instituto de investigaciones epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina. Es autor y coautor en más de 100 artículos científicos, sobre enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas, epidemiología y salud pública, y ha sido merecedor de más de 20 becas, premios y distinciones por parte de instituciones y sociedades científicas y académicas. Trabajó como médico rural en diferentes provincias del norte argentino y se desempeñó como Jefe de Departamento del Servicio nacional de Chagas. Ha sido Ministro de Salud de la Provincia de Córdoba, además de Director de Epidemiología y Secretario de Salud. También, Director de Epidemiología Nacional, Jefe de Gabinete del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y asesor regional de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, con sede en Washington DC.*

### **Lucía Cebe**

Buenas tardes. Muchas gracias a FEFARA por la invitación. Les traigo el saludo de la Ministra de Salud de Tucumán, que se encuentra en el exterior, razón por la cual yo estoy reemplazándola. Hablar de políticas de salud y de la transición epidemiológica sería un tema muy largo, necesitaríamos muchos días para plantear las políticas de salud de una provincia o región. Entonces, voy a tratar de resumir lo que a criterio del Ministerio de Salud de Tucumán pueden haber sido políticas innovadoras. Dentro del trazado de las líneas estratégicas, existen políticas que uno tiene que sostener y fortalecer, y que se han construido durante muchos años, con resultados muy buenos y que han logrado transformar gran parte de la salud pública de la provincia.

Eso implica que fortalecer estas políticas es una responsabilidad y hay que profundizarlas mediante innovaciones. Por otro lado, hay otras políticas que vienen sosteniéndose pero que ya no sirven más, que han quedado obsoletas y desde el Ministerio se tiene la enorme responsabilidad de sacarlas de juego o de cambiarlas. Esto es, por ejemplo, lo que está ocurriendo con algunas políticas de recursos humanos que se han sostenido a lo largo de los años con un determinado modelo pero que en la actualidad han quedado desfasadas de la realidad y de la transición epidemiológica, porque el sistema de salud se ha complejizado y demanda

otro recursos humanos, con otras habilidades, con otros conocimientos y con otras capacidades, sobre todo, respecto de la toma de decisiones.

El cambio de políticas significa, seguramente, un costo político y económico altos, y también un enfrentamiento social alto dentro de la comunidad y dentro de la corporación de los mismos profesionales y agentes de la salud. Se trata de una transición muy dura para los gobiernos y, a raíz de eso, muchas veces ciertas políticas se sostienen incluso aunque estén obsoletas. Por otra parte, está la necesidad de crear políticas nuevas y que estas sean políticas innovadoras adaptadas a las nuevas necesidades, lo que significa diseñar la política, crecer con ella y medirla.

Ante este escenario, desde nuestro Ministerio, que está por cumplir dos años, hemos decidido crear un marco de actuación y un Plan rector integrador de políticas, que fortalezca políticas innovadoras y que realice la transición respecto de ciertas políticas que ya estaban obsoletas.



Este Plan rector, diseñado para el período 2016-2024, que quiero mostrarles hoy es un instrumento que nos ha ayudado a crear un marco de abordaje de cuatro temas: el primero es intervenir sobre los determinantes de la salud. Respecto de esto, había políticas muy buenas pero en otras sin duda había que innovar. El segundo tema es reorientar el modelo de la gestión, esto es, trasladar una gestión que estaba centrada en la enfermedad hacia una gestión que esté centrada en

las personas. Esta política implica incluir dos actores importantes para el sistema, que interactúan entre sí: el paciente y el agente de la salud, es decir, el profesional de la salud. El tercer punto es fortalecer la capacidad del sector, ya que la transición epidemiológica exigía una nueva realidad y había franjas etarias que no estaban trabajadas ni abordadas, como la adolescencia o la tercera edad. Fortalecer el sector no solo tiene que ver con producir la transición epidemiológica sino también con atender a la peor de las epidemias que nos ha tocado y nos toca vivir en este momento, que es la epidemia del accidente de tránsito. Tenemos entonces como cuatro puntos centrales: la adolescencia, la tercera edad, los accidentes de tránsito y la atención del individuo sano.

Para esto, en cuarto lugar, fue necesario emprender acciones intersectoriales. Y, para ello, generamos un modelo de abordajes prioritarios y un modelo transversal de información, comunicación, sustentabilidad e innovación. En el siguiente gráfico es posible observar de qué manera se resume lo que queríamos llevar adelante en la provincia.



Una vez que el instrumento estuvo diseñado, hicimos un libro que presentamos entre nosotros, y luego generamos el ConSaTuc, que es el nombre que recibe el Consejo de Salud de Tucumán. Así reunimos a trescientos actores del sistema de salud para pensar y decidir sobre las nuevas líneas estratégicas, recogimos durante todo un día esta información, luego la procesamos e hicimos una retro-



alimentación cuyos resultados se sostienen hasta el día de hoy. Todo se basa en el trabajo sobre las líneas estratégicas diseñadas, en intervenir sobre los determinantes de la salud, algo que, si bien no era nada nuevo, había que enfrentar, generando un fortalecimiento del monitoreo y del análisis de la situación de la salud pública.

La Provincia de Tucumán tiene una Dirección de Epidemiología que es referente en el país. Tiene un excelente trabajo intersectorial e interministerial, que se encuentra muy articulado. Se trabaja con el modelo OPS (es decir, de la Organización Panamericana de la Salud) para el trabajo territorial y para el tema de las epidemias. Se trata de un modelo que nos ha dado muy buenos resultados, sobre todo en el trabajo con la prevención del dengue, el zika y la chikungunya, y también ha sido muy efectivo para tratar el tema de la bronquiolitis. Por otra parte, Tucumán ha tenido epidemias importantes, sumadas a las inundaciones y el sarampión y tuvimos que desplegar todo el bloqueo del hantavirus.

Tenemos una emergencia epidemiológica como la puede tener cualquier provincia, pero hemos evaluado esto con excelentes resultados a partir del modelo con el cual está trabajando la Dirección de Epidemiología. Nosotros tenemos a todos los actores que intervienen reunidos cada lunes a las siete de la tarde, como régimen de encuentro obligatorio. Allí, durante cada reunión de trabajo, se presenta la situación epidemiológica, además de otras contingencias que surjan o de los servicios que quieran exponer sus innovaciones. Esta metodología nos permite articular a todos los actores, refuerza la comunicación entre ellos, y nos ha dado muchísimo éxito. Insisto en esto: lo mejor que tenemos es un sistema de comunicación muy importante, a partir de esta metodología de reuniones semanales, para atender los factores de riesgo y los estilos de vida de la población.

No solo hemos creado este sistema sino que lo hemos podido multiplicar muy bien a lo ancho de toda la provincia. Hemos creado los Espacios Salud, que son espacios educativos, que tienen diferentes líneas de trabajo, por ejemplo: nutrición, hábitos saludables y actividad física. Sobre esta última actividad, ya hemos incorporado en la provincia a treinta y cuatro profesores de educación física que forman parte de todos los Espacios Salud.

El Espacio Salud es una herramienta destinada tanto a la educación para la salud respecto del individuo sano como para acompañar en el autocuidado a los pacientes con enfermedades crónicas. Se trata de un conjunto de acciones que nos ha dado muy buen resultado. Tenemos buenos indicadores, aunque sabemos que

la diabetes y la hipertensión están en crecimiento sin que identifiquemos ningún indicador de mejora.

En cuanto al adulto mayor, seguimos teniendo una deuda. Debo reconocer que el adulto mayor no está abordado correctamente y que recién ahora estamos poniendo consultorios multidisciplinarios en todos los puntos de la provincia. Todavía estamos empezando a generar el Programa Provincial de Abordaje Integral del Adulto Mayor. La provincia está trabajando para que rompamos con la fragmentación y empezemos a trabajar en red. Tanto el abordaje del adulto mayor como el del adolescente y el de la discapacidad tienen en este momento un desarrollo en red. Nuestra intención es seguir trabajando en este camino porque, justamente, la fragmentación nos ha dado muy mal resultado, mucha pérdida de tiempo y, además, gran dilapidación de recursos y de oportunidades para el paciente.

Hemos trabajado en el autocuidado y en impulsar el empoderamiento de la ciudadanía con equipos territoriales específicamente capacitados para ello. Buscamos empoderar a los pacientes en su autocuidado, sobre todo respecto de las enfermedades crónicas y creemos que vamos a poder ver resultados dentro de unos cuantos años. Trabajan en esto psicopedagogos, pedagogos, educadores, profesores de educación física, todos en equipos multidisciplinarios que están trasladando el autocuidado incluso al domicilio de las familias. Esta es una manera de romper con el modelo fragmentado que teníamos hasta entonces, basado en especialistas. Ahora, generalmente están a la cabeza médicos generalistas o médicos de familia, algo que también está dándonos muy buen resultado, si bien todavía estamos en la transición de un modelo a otro.

Por otra parte, estamos trabajando en la erradicación de la desnutrición infantil y hemos desarrollado el Programa provincial sobre Trastornos de nutrición. Para esto, hemos creado un Centro donde se trabaja multidisciplinariamente, el cual está replicado en toda la provincia. Nuestra provincia es pequeña, pero tiene 1 millón 600 mil habitantes, o sea, una gran densidad de población, por lo tanto, hemos abordado intersectorialmente el tema de los trastornos alimentarios y de la malnutrición. Ahora disponemos de un modelo integrado para la atención primaria de la salud.

También está funcionando exitosamente el programa de Promoción y prevención de enfermedades crónicas. La verdad es que todas las acciones estaban fragmentadas según las diferentes fuentes de financiamiento; de hecho, todos los programas internacionales, nacionales y provinciales estaban divididos. Por ello,



cuando creamos la estructura para implementar el CUS (Cobertura Universal de Salud), dispusimos transversalmente el tema de la enfermedad crónica y, de ese modo, ya llegamos a unificar todos los programas en un sistema de comunicación y de información articulado, para que no se superpongan y para que los financiamientos sean correctamente definidos. Además, hemos avanzado enormemente en la identificación y nominalización de toda la población. Esto nos ha dado la plataforma para generar la Cobertura Universal de Salud.

Por otra parte, definir la atención de la salud mental nos ha llevado mucho tiempo y actualmente estamos en una gran transformación. Hemos creado la Dirección de Salud Mental, compuesta por equipos multidisciplinarios. Además, cuando nos dimos cuenta de que nadie manejaba adecuadamente los temas de drogadependencia y adicciones, sino que los abordajes eran demasiado puntuales y muy desarticulados, hemos decidido capacitar a nuestros profesionales de salud mental y de otras especialidades. Con este objetivo, hemos enviado a ochenta personas de nuestro sistema a realizar distintos estudios de especialización en adicciones. Muchos de ellos están egresando y ya están trabajando en el tema.

De todos modos, como el tema de las adicciones es tan complejo, hemos hecho una mesa de gestión intersectorial y estamos trabajando de manera articulada con Desarrollo Social y Educación, en busca de desarrollar políticas realmente integradas. Tenemos un importante Centro de rehabilitación para los adictos y ya contamos con muchos casos de personas adictas recuperadas. Sin embargo, cuando la gente vuelve a sus casas, a su lugar, la problemática continúa. Se trata de cuestiones realmente muy complejas, pero lo que no se debe hacer es mirar para otro lado, así que hemos decidido generar una red de contención de la adicción y está funcionando muy bien.

Respecto de las personas con capacidades diferentes o personas con discapacidad, hemos lanzado el Plan Provincial de Abordaje de la Rehabilitación con cobertura en toda la provincia. Todos los puntos de la provincia tienen ya un Centro de rehabilitación para la discapacidad motriz y sensorial. Y para los Centros de estimulación temprana infantil hemos creado el Documento de la Red. Estamos muy comprometidos con el tema de la discapacidad: para nosotros ha sido un gran desafío y nos sentimos muy orgullosos de esto. Y aunque todavía nos quede un largo camino, por lo menos hemos tratado de generar un indicador de inclusión y de accesibilidad.

Respecto de los fallecimientos que son evitables, dos temas nos preocupan enormemente: por un lado, el suicidio y, por otro, la violencia de género. En este sentido, hemos creado dos programas para prevenir estas situaciones, los hemos profundizado y trabajado, y los podemos compartir con todos ustedes porque realmente hemos alcanzado un protocolo eficiente.

Otro tema fundamental, que consideramos que es una deuda enorme de la sociedad, a nivel mundial, es la problemática de los accidentes de tránsito. Para combatir este flagelo, hemos generado nuestro propio registro, que se llama RUATS (Registro único de accidentes de tránsito en salud), ya que había datos dispersos por todos lados y, a la vez, se incrementaban los accidentes y la necesidad de atenderlos. En nuestra provincia, tenemos 22 mil accidentados al año. No hay epidemia ni accidente de avión que se compare con lo que nos pasa con los accidentes de tránsito.

El accidente de tránsito, que antes se registraba solo entre los adultos, ya se ha trasladado a los adolescentes. Hoy tenemos una gran cantidad de muertes y de discapacidad en adolescentes, y también una gran cantidad de niños que son víctimas de estas verdaderas tragedias. Esto último se debe principalmente a las motos. Estamos trabajando en el tema, pero a nosotros, desde Salud, nos toca la peor parte: llegar tarde, recibir a las personas ya con lesiones e invertir una enorme cantidad de recursos en la atención, cuando en verdad la recurrencia de los siniestros depende de otros sectores. En este sentido, lo que hemos hecho desde el Ministerio es comenzar con una Mesa de gestión y difundir una campaña publicitaria en apoyo a la prevención de los accidentes de tránsito.

Mientras tanto, el Gobierno nacional está lanzando nuevamente facilidades para la compra de motos, algo que no está mal porque cubre la necesidad de movilidad y accesibilidad de muchas personas, pero lo que permanece pendiente es el tema de la educación y los controles. Frente a esto, lamentablemente, nosotros hemos tenido que incrementar las camas de terapia intensiva, también los equipos de neurocirugía y hemos invertido una enormidad de recursos en prótesis. Hoy llevamos erogados muchos recursos en discapacitados por accidentes de tránsito, una realidad que nos golpea a todos y que todavía pareciera no tener solución. La Provincia de Tucumán está trabajando en esto seriamente, pero tampoco podemos solucionar lo que no depende de nosotros.



En cuanto a la reorientación de la gestión, hemos querido que el paciente se sienta cerca del sistema. El Ministerio de Salud ha puesto un *call center* y nosotros tenemos el 0800 ya implementado, para que cada paciente pueda hacer toda la gestión de turnos y solucionar todos los problemas que surjan al respecto. También tenemos un 0800 para quejas. Respecto de las dudas y los síntomas de los pacientes, si bien no contamos con un 0800 sí disponemos de una conexión directa con un médico para los casos de emergencia. En general, lo que está haciendo el 0800 es facilitar la referencia y contrarreferencia, mientras que el *call center* está respondiendo a otras problemáticas; por ejemplo, cuando hay un intento de suicidio y una solicitud de ayuda en ese sentido, se actúa inmediatamente. Esto está protocolizado, y nosotros ya estamos trabajando con mucho éxito.

También hemos implementado una app para toda la población, donde está todo el sistema de salud disponible. En esa app, cualquier paciente puede consultar dónde localizar al especialista más cercano, dónde está el consultorio más cercano y en qué horario atienden los CAPS (Centros de atención primaria) o los centros de referencia de cada zona. Todo el mundo tiene posibilidades de acceder a la app, porque es fácil de encontrar: se llama TUC Salud.

Este instrumento nos ha dado un gran resultado y hay un alto índice de satisfacción de los usuarios. Por esta vía el usuario puede consultar dónde tiene un neurólogo infantil, a qué hora está, a qué distancia le queda la consulta y qué ómnibus lo lleva. Incluso, desde la app puede pedir el turno. Es decir que la app ha

abierto en la provincia la posibilidad de que el paciente acceda al sistema de salud con rapidez y grandes facilidades. Al entrar a la *app*, también figura el 0800 por si alguien necesita además consultar algo específicamente, y ahora agregamos una sección para la atención integral del adolescente, donde puede consultar fácilmente, entre otras cosas, cómo acceder a la prevención del embarazo, o si necesita información o asistencia sobre el VPH (Virus del papiloma humano). Hemos tenido un excelente resultado con estas estrategias y la mejor satisfacción nos la ha dado el hecho de que son los adolescentes mismos los que están entrando y pidiendo ayuda por la *app*, debido a que son los que mejor manejan los celulares.



Para nosotros es un gran avance. Esperemos poder ver pronto resultados. Sobre todo en violencia de género, hemos tenido una intervención casi inmediata en muchísimos casos porque tenemos la vía de consulta electrónica.

Luego, para medir la calidad de las prestaciones brindadas, lanzamos hace poco tiempo el Programa provincial de Calidad y seguridad del paciente. Se trata de un programa transversal que obliga a todos los efectores a contar con un Comité de calidad y, a la vez, a tener un Comité de seguridad para los pacientes, junto con un registro de eventos adversos. Hemos pensado que era la mejor manera de empezar a comunicarnos entre nosotros por el tema de la seguridad de los pacientes. Este programa se presenta en pocos días y compromete a todos los actores del sistema sanitario en la conformación y presentación de los Comités de calidad de los procesos que se van a certificar. Así adherimos al programa de



garantía y calidad de la nación, al programa de la OPS y, además, protocolizamos los procesos clave de todos los efectores. Todo esto implica un gran trabajo, que publicaremos en breve.

Respecto de la seguridad del paciente existe una gran deuda. Y algo similar ocurre respecto del tema de la satisfacción del trabajador de la salud, si bien es algo muy difícil de revertir de un día para el otro. Nosotros implementamos, en este sentido, políticas de recursos humanos centradas en la seguridad laboral y la seguridad física del trabajador de la salud. Para ello, hemos generado el Plan de “desprecarización”, que implica que ya no tenemos más reemplazantes “eternos” ni gente en tránsito, porque todos los puestos son permanentes. Esta era la mejor manera de que estuvieran satisfechos. Además, hemos incrementado en un 50% la cantidad de profesionales que trabajan en guardias críticas: ya sea fuera de paritarias o como fuera, se factura aparte, sobre todo, con los profesionales que trabajan en guardias críticas, y mucho más aún los fines de semana y en zonas de alta montaña. A todas estas situaciones, les hemos dado preferencia, dado que en las guardias críticas no teníamos profesionales o nos costaba mucho encontrarlos. Y, como la parte económica pesaba mucho, hemos generado un sistema de recursos económicos específicos para los profesionales de alta montaña y los profesionales de guardias críticas.

También, a raíz de los casos de violencia de los que es víctima el personal de salud, hemos creado la Dirección de Seguridad del Personal del Departamento de Seguridad del Agente de Salud. Como parte de esta estrategia, hemos puesto botones antipánico en todas las guardias, hemos creado un sistema de cámaras y hemos protocolizado la intervención ante cualquier agresión hacia un agente de salud. Además, hemos legislado y reglamentado un decreto, mediante el cual puede ser detenido de una manera diferente, bajo otras consideraciones más específicas, el agresor de un agente de salud.

Otro punto importante es fomentar ambientes saludables. En este sentido, se ha generado un convenio con la Universidad de Buenos Aires y se han creado espacios de educación y espacios de recreación para los agentes de la salud. Con esto hemos logrado en parte revertir la situación. El año pasado, hemos capacitado quinientos agentes de la salud en temas como: pertenencia, liderazgo y compromiso, porque necesitamos desarrollar esas habilidades.

Por otro lado, el año pasado hemos iniciado el Foro por el Cambio Climático, con el objetivo de abordar las enfermedades que están vinculadas a este tema. Para

nuestra sorpresa, tuvimos 5 mil personas inscriptas, así que este año lo repetiremos. Hay un equipo trabajando sobre el impacto del cambio climático en la región del norte y sobre las enfermedades prevalentes relacionadas con esta modificación de nuestro entorno. Nosotros tenemos inundaciones todos los años y, como les mencionaba, hemos tenido que fortalecer determinados tipos de atención, pero es importante señalar que las inundaciones no dependen de nosotros, ni tampoco se solucionan con simples arreglos viales: es un tema climático y también es producto de la tala indiscriminada. Por otra parte, como vamos a seguir teniendo inundaciones, hemos armado un Comité de crisis y fortalecido el sistema en toda la zona sur de la provincia, para seguir atendiendo a las necesidades que surgen debido a esta alteración climática y geográfica.

Por último, quisiera mencionar que hemos publicado un documento, denominado “Abordajes intersectoriales” donde damos prioridad a varios abordajes que requieren un trabajo permanente en: nutrición infantil, trastornos de la alimentación, atención de la tercera y cuarta edad, adolescencia y, sobre todo, embarazos adolescentes y violencia de género. En todos los casos, se trata de abordajes prioritarios para los cuales hemos desarrollado políticas, programas, equipos e instrumentos específicos.



Nuestra idea principal es dejar de tener sistemas fragmentados y empezar a trabajar en red. Nuestra intención es dejar de mentirnos y creer que porque tenemos



especialistas y súper especialistas cubrimos la salud de la población, ya que esto no es así. Sin duda profesionales preparados e idóneos son necesarios, sin embargo, si no trabajamos en red, no podemos darles eficacia. En cambio, a través de las estrategias y las innovaciones que les fui describiendo, creemos haber dado un gran paso respecto de indicadores de inclusión y de accesibilidad.

Vamos a habilitar preguntas o consultas que los asistentes tengan para la doctora Lucía Cebe.

*Público: –Sí, yo quería saber, ya que usted comentó sobre la gran cantidad de víctimas de accidentes de tránsito que reciben, si además de las políticas abordadas por el Ministerio de Salud existía alguna coordinación con otro Ministerio para afrontar la problemática.*

Lucía Cebe: –Nosotros no teníamos otra forma de hacerlo que esa que usted señala. Así que construimos la Mesa de Gestión Intersectorial con la Municipalidad, las comunas, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Desarrollo Social. Actualmente estamos trabajando de manera conjunta. De todos modos, las políticas intersectoriales siempre son más difíciles que las políticas propias, porque continúa existiendo –y esto quiere ser una crítica constructiva– una gran mezquindad para compartir los debates y articular las políticas. No hemos disminuido los accidentes de tránsito sino que, por el contrario, han aumentado en los últimos meses y además van a seguir aumentando. Teníamos 22 mil por año y creemos que vamos a tener más, debido a la nueva política de venta de motos.

### **Hugo Feraud**

Buenas tardes. Agradezco a FEFARA la invitación y les traigo el saludo de nuestro Ministro, el doctor Luis César Martínez, que por razones de agenda no ha podido estar, y también el saludo de nuestra Gobernadora, la doctora Claudia Ledesma de Zamora, quienes se han hecho partícipes y han auspiciado estas Jornadas.

A continuación me voy a referir a la realidad de Santiago del Estero ante los desafíos epidemiológicos. En 2005, cuando inicia esta gestión de gobierno con dos primeros periodos del doctor Gerardo Zamora, la situación era bastante mala. Yo ya había sido funcionario de la intervención federal en 2004, y cerca del 95% de

los hospitales del interior de la provincia no tenía guardias activas. En esos años, se invirtió en infraestructura sanitaria, en alrededor de 120 mil metros cuadrados de construcción o remodelación, lo que representa un 20% más de la capacidad construida al momento de inicio de la gestión. Con esto quiero decir que hubo que ocuparse primero de cuestiones fundamentales, para poder recién ponernos a pensar en cuestiones de gestión, enfoques sanitarios y abordajes epidemiológicos.

También fui parte de la gestión durante 1998, cuando se diagramó el ordenamiento territorial. En ese momento, las dificultades en las conexiones terrestres que teníamos, tanto en rutas como en caminos, hizo que tuviéramos que pensar un sistema dividido en doce zonas sanitarias.

Sin embargo, a pesar de esos avances, Santiago del Estero es una provincia que todavía está atrapada en lo que se denomina clásicamente la transición epidemiológica y demográfica. Estamos atrapados en este continuo que no termina de definirse y que conlleva nuevos desafíos sin poder dejar atrás otros. Nuestra provincia tiene la tasa más alta de embarazo adolescente. También tenemos la epidemia de los accidentes viales. Las enfermedades crónicas no transmisibles, por otra parte, se han convertido, desde hace cinco o seis años, en una presencia permanente de la provincia. Para ello, es suficiente con ver la evolución de las líneas de morbilidad y mortalidad.

Por otra parte, la geografía y la producción han cambiado. Hoy, Quimilí es el polo de explotación sojera de la provincia. Y, en general, los cambios en la producción y la adquisición de campos han determinado un corrimiento de la frontera agropecuaria y han hecho que la gente empezara a migrar. Esto hizo que cambiara drásticamente todo el escenario: somos muchos los santiagueños dispersos, a diferencia de los tucumanos que están todos juntos y todos apretados.

Esta transformación obligó a repensar el sistema sanitario: ¿cómo hacer para radicar a profesionales y especialistas en ciudades de menos de 10.000 habitantes, de modo de garantizar el acceso a la salud para esas poblaciones? Pensamos entonces en un sistema territorial ordenado en corredores, cada uno con una “cabeza enorme”. En los libros suele aconsejarse todo lo contrario: redes integradas de complejidad creciente, pero esto no se ajusta a situaciones como la nuestra. Por eso elegimos desarrollar dos corredores: el Este y el Oeste, que tienen como ejes las rutas 9 y 34, y también a los ríos que cortan a la provincia en dos bloques al Este y el Oeste, como son el río Salado y el río Dulce.



Según este ordenamiento, tenemos casi la misma cantidad de ciudadanos de un lado y del otro, y tenemos dos cabezas (por eso digo que es un sistema macro-bicefálico). De un lado, contamos con el Centro integral de La Banda, que es un hospital nuevo, inaugurado hace casi dos años. Allí se está trabajando para dotarlo de todas las especialidades. Se trata de un gran desafío porque reemplaza a tres hospitales que estaban en condiciones edilicias deplorables. Y la otra cabeza es la ciudad de Santiago del Estero. Esta disposición territorial determina que tengamos el 95% de los especialistas concentrados entre Santiago del Estero y La Banda.

En ambas ciudades se ampliaron los servicios neonatales y los de maternidad, y se empezó a trabajar en una red con mayor coordinación entre los hospitales que eran satélites de estos dos puntos. Para ello, se trabajó en protocolos de derivación y abordaje de las patologías prevalentes, un trabajo para el cual contamos con la ayuda de la Fundación Garrahan y de la OPS (Organización Panamericana de la Salud).

Actualmente, estamos apostando muy fuerte por el sistema de Telesalud, para poder empezar a coordinar tanto la consulta clínica como la capacitación. Es muy complejo articular capacitaciones a 400 km de nuestra ciudad capital, con todo lo que conlleva. En este sentido, apareció un actor en el que ponemos muchas expectativas, que es la Facultad de Ciencias Médicas. Otro núcleo de esta cabeza del corredor Oeste lo constituyen el Hospital Regional y el CEPSI (Centro Provincial de Salud Infantil).

Evidentemente, este ordenamiento territorial también trajo ordenamientos de tipo administrativos y de gestión. En el tema puntual de los medicamentos, por ejemplo, la provincia a través de un proyecto del PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) ha desarrollado –desde hace ya ocho o nueve años– un *software* de gestión de medicamentos que yo coordiné, y que hoy está camino a implementarse en toda la provincia. Este sistema permite conocer el *stock* en tiempo real, vincular los servicios públicos entre sí y ordenar el tema de los medicamentos, cuya situación anterior era bastante precaria. Sin duda, todo esto hizo más eficiente el uso de los recursos. Ahora tenemos un depósito central de medicamentos en la provincia, que la Gobernadora inauguró hace tres años. Este depósito cuenta con los estándares vigentes de la ANMAT, de la cual recibimos asesoramiento.

Actualmente, estamos estudiando cómo reconvertir los servicios ante nuevas o más numerosas demandas sanitarias, como son el aumento del número de nacimientos y los casos de los adolescentes y jóvenes que se suicidan o quedan discapacitados por accidentes de motocicleta, entre otros.

Tuve la suerte de conocer las herramientas del sistema español de salud, debido a que hice mi maestría de gestión sanitaria en la Escuela andaluza de Salud pública. Y, a pesar de que ellos dicen que tienen muchos errores, yo considero que tienen una serie de ventajas muy valiosas, ya que, sobre todo, han constituido un sistema único pero no centralizado. Es decir, tuvieron un sistema centralizado, hasta que las comunidades autónomas tomaron cada una su camino en salud, y esto permitió pasar de lo centralizado, que no servía, a lo unificado que sí funciona. La tecnología es importante para esto, sin embargo, el problema no es tecnológico, como lo vengo sosteniendo desde hace tiempo, sino económico y organizacional.

Se trata de reestructurar nuestros servicios para, por ejemplo, poder resolver si el paciente hipertenso tiene que venir o tengo que ir a buscarlo. Tenemos que cambiar la forma de pensar de los profesionales, los agentes sanitarios, sostener una línea de cuidados en el tiempo, y pensar equipos de salud en el territorio. Hay que reorientar nuestro sistema, sin duda es un desafío ante los cambios epidemiológicos e insisto con que hay que sostener las líneas de cuidado. Este debería ser el enfoque principal. En este punto, sí las herramientas tecnológicas van a ser de gran ayuda.

Por otro lado, estamos experimentando con la utilización que hacen varones y mujeres de los grupos de WhatsApp. En los varones hemos usado, como prueba piloto, un grupo en torno a un equipo de fútbol y, en las mujeres mamás, un grupo de escuela primaria. Estamos avanzando bastante en eso y viendo qué hace que esos grupos respondan. En un contexto como el nuestro, donde tenemos escasez de recursos humanos calificados a los cuales consultar para obtener una segunda opinión, este tipo de herramientas sin duda va a hacer posible avanzar. Es el escenario que vislumbramos en el mediano plazo.

Ponemos mucho énfasis en la Facultad, además, porque los estudios hechos hace cuatro o cinco años nos indican generalmente que quienes egresan de la Facultad desde su provincia hacen su residencia y su especialidad también en su provincia. Mientras no le busquemos otra solución, este tema es determinante en la articulación de las redes integradas de salud. La disponibilidad de recursos humanos, tanto médicos como de enfermería de calidad, constituye un desafío ante los problemas epidemiológicos que enfrentamos.



Por otro lado, se ha avanzado muchísimo en salud sexual y reproductiva en la provincia. Considérese solamente que hacia fines de los años noventa (yo era funcionario) la gobernación no nos dejaba comprar anticonceptivos. Ahora el patrón reproductivo en la provincia está cambiando. Basta ver los datos de los últimos años, que muestran un continuo bastante dinámico. Así como en matemática la asíntota es una línea recta que se acerca infinitamente a una curva sin llegar nunca a tocarla, lo mismo ocurre con nosotros que corremos detrás de realidades que van modificándose. Les agradezco mucho la atención, ha sido un gusto para mí compartir esta Mesa con los colegas y con ustedes y, sobre todo, con el doctor Roberto Chuit.

### *Roberto Chuit*

Buenas tardes a todos. Agradezco mucho la invitación a FEFARA, con quien he compartido estas Jornadas en muchas ocasiones. Quiero plantear en esta reunión qué nos pasa con el sistema de salud y qué podemos hacer por él o, mejor dicho, qué podemos hacer por nosotros. Es sabido que nuestro sistema está segmentado y fragmentado. Segmentado, porque tenemos Obras sociales sindicales, prepagas, Obras sociales provinciales, el sistema público y, a la vez, dentro de cada provincia tenemos municipios, comunas, y otros estamentos de organización, donde ninguno se habla con ninguno. Esto no es algo que ocurra ahora sino que se viene dando desde hace bastantes años atrás.

Se ha generado una red prestacional enredada donde, en realidad, están los responsables de los Centros de salud que atienden gente que no puede pagar y no paga, gente que puede pagar y es atendida, en tanto, se atiende desde distintos esquemas y sobre muy diferentes condiciones. Todo esto nos lleva a ineficiencias y elevados costos y, más que nada, nos lleva a comprobar que no modificamos nuestros indicadores de salud.

Les voy a presentar un ejercicio haciendo una pequeña cuenta con los datos que nos ha aportado el colega del País Vasco. Recién nos dijeron que la cápita que tenían los vascos era de 1500 euros por habitante, es decir unos 20.000 pesos. Y, como nosotros tenemos 44 millones habitantes, estamos hablando de un gasto de entre 88 y 90 mil millones. Esto es más o menos así, sin embargo, el Ministerio de Salud de la Nación tiene como presupuesto cerca de 40 mil millones de pesos. A esto súmenle lo que manejan las Obras sociales sindicales y las Obras sociales

provinciales, que son trescientas, más las setecientas instituciones de medicina prepaga. Quiero decir con esto que nuestro problema de salud no es solo un problema económico, sino que estamos desquiciados y, sobre todo, estamos desorganizados.

## Nuestro sistema de salud

- Sistema segmentado y fragmentado
- Red prestacional enredada
- Ineficiencia y elevado costo y bajo impacto sobre los indicadores de salud
- Inequidad
- Ausencia de política de RRHH
- Débiles programas orientados a la calidad
- Y....



Yo intenté en alguna época ser médico y dejé de serlo, intente ser epidemiólogo y la verdad es que me interesa mostrar datos y reflexionar sobre lo que venimos haciendo. Desde el Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina, hicimos un estudio de adhesión al tratamiento del paciente con fisura labiopalatina. Les voy a mostrar algunos datos sobre esto.

El conflicto en los casos con fisura labiopalatina era que los pacientes abandonaban los tratamientos. Generalmente, en el país se producen entre mil y cien mil casos nuevos por año, y el abandono del tratamiento es del 3%. No es un gran abandono, pero lo que pasa es que la gente deja de ir a los servicios de salud porque allí no le dan las prestaciones que necesita. Es decir, el niño nacía, tenía su problema de hendidura y lo operaban, pero si luego necesitaba hacer fisioterapia, órtesis o distintas cosas, ese servicio no se le brindaba y se tenía que trasladar a otro.

A partir de esto, hicimos una comparación con Chile, donde sí se cumplen las normas para el paciente fisurado. Es decir, los chicos son operados en tiempo y forma, o comienzan sus rehabilitaciones relativamente en tiempo y forma. Nos dimos



cuenta entonces de que lo que hacen es importante, porque la responsabilidad del sistema de salud no consiste solo en intervenir desde el punto de vista quirúrgico sino también en apuntar a la recuperación de las habilidades de la persona.

Pusimos entonces a un profesional que hace su tesis doctoral sobre este tema a hacer un estudio de caso-control. Tomó a un chiquito que tenía lesión labiopalatina y lo siguió junto con su hermanito conviviente. Surgió allí la sorpresa de que el niño tiene diferencias en su desarrollo cognoscitivo, pero el sistema de salud no está enterado de eso, cuando lo más importante es que el sistema de salud debería acompañarlo y seguirlo. Creo que este es un ejemplo fundamentado de las dificultades que presenta el sistema de salud.

Pongamos otro ejemplo: el cáncer de mama. Hay infinidad de instituciones que trabajan sobre cáncer de mama. Hay un estudio hecho entre los años 1983 y 1984, en el que intervinieron Aldo Neri y Mabel Bianco, sobre el cáncer de mama diagnosticado en 1700 mujeres de la República Argentina. Treinta años después, decidimos repetir la metodología de aquel estudio para ver qué diferencias encontrábamos y la gran sorpresa radicó en reconocer al tipo de población, es decir, nos encontramos con que no había diferencia en los grupos poblacionales que tenían la enfermedad. Seguimos investigando y encontramos que tampoco había diferencias en nuestras poblaciones respecto de la época de menarca y tampoco sobre la menopausia. Buscamos entonces otras poblaciones, y no vimos tampoco diferencias. Entonces pasamos a considerar si había alguna diferencia en cuanto a que los casos más severos hubieran pasado a ser menos severos. Prácticamente tampoco encontramos cambios. Y cuando preguntamos en las dos encuestas si las mujeres hacen el autoexamen, descubrimos que muchas lo conocían y pocas lo practicaban.

Pero este es el punto en que los médicos entramos a formar parte del problema, y lo hacemos porque no creemos en el autoexamen. Muchos dicen que no es suficientemente sensible para detectar el cáncer de mama, en un momento en que incluso estamos discutiendo si la mamografía es suficiente o no para detectarlo. Como conclusión, lamento decirles que nuestro trabajo demostró que después de treinta años no hemos cambiado en prácticamente nada.

Ahora bien, cuando analizamos solo los casos de cáncer entre 2012 y 2013, vimos que había otro problema más grave, que consiste en que mujeres educadas, universitarias, con antecedentes de cáncer en la familia, no concurrían en el 50% de los casos a hacer su control de mamas con el profesional, pero además, en-

contramos que al 50% de aquellas 1700 mujeres con cáncer reciente, y que sí habían consultado con un profesional médico, el profesional no les había hecho el examen mamario.

Este sí que es un problema realmente grave, porque si volvemos al trabajo de investigación que les mencionaba, resulta que nuestro sistema tiene un conflicto de organización, al cual además se suma un conflicto de recursos humanos.

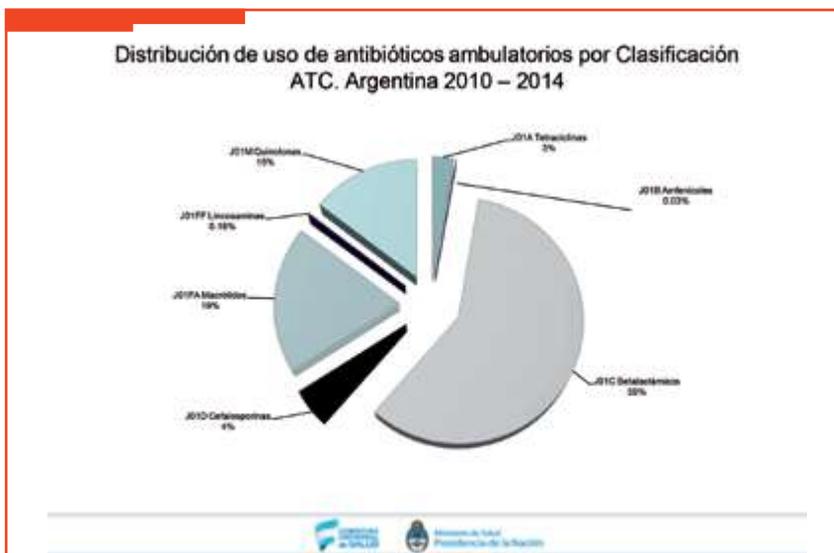
Pasemos ahora a considerar los casos de linfomas cutáneos primarios, que también hemos estudiado. Según nuestro registro, se producen por año en la Argentina entre 200 y 300 nuevos casos de linfomas cutáneos. Los comenzamos a estudiar, dado que no había otros estudios poblacionales desarrollados, pero encontramos algunas cosas diferentes: todos nos creemos europeos, pero cuando vemos la distribución de los cánceres, y fundamentalmente de la micosis fungoide, vemos que nuestra distribución es más del tipo asiático que del tipo europeo. Esto nos llevó a entender algunas deficiencias que tenemos en los tratamientos y algunas dificultades en las concepciones. Aquí vemos, por lo tanto, que tenemos otro conflicto: además de tener servicios que no funcionan, tenemos profesionales que tienen dificultades por una cuestión cultural, porque, es evidente que no somos lo que creemos que somos.

Pasemos a los farmacéuticos. Estamos trabajando juntamente con la ANMAT y con el doctor Bolaños en una serie de análisis y trabajos con un grupo de farmacovigilancia, que forma parte de nuestro instituto. En este caso, la pregunta es cuántas personas consumen antibióticos en la República Argentina por día. Se trata solo de los más comunes. Así encontramos que, de 2010 a 2014, entre 400 y 500 mil personas diariamente consumieron antibióticos.

Ahora bien, consideremos que el 1% de esas personas no consume el antibiótico en la dosis indicada y que, por lo tanto, contaríamos con que hay 4000 personas que diariamente presentan deficiencias del antibiótico. Evidentemente esto es para reconsiderar, sobre todo cuando luego hablamos de la resistencia antibiótica. Ahora pensemos en el 10%, que es la norma: en este caso, estamos hablando de 40 mil personas que diariamente no toman la dosis necesaria.

Actualmente, estamos trabajando esto mismo con psicofármacos y con algunas otras drogas, para tener un conocimiento mayor de qué es lo que está sucediendo, según las distribuciones geográficas. No estoy discutiendo si estos han sido antibióticos expendidos con receta o no, aunque deberían, me refiero a que el

problema pasa por que no le estamos indicando de manera adecuada a la gente cómo tiene que seguir el tratamiento.



Ni siquiera es necesario que asociemos con lo que vimos que hacen en el País Vasco, vayamos a algo todavía mucho peor. Sabemos que en la Argentina el número de pacientes que pasa de sala de internación a terapia intensiva es alto: un 10%. Pensemos ahora en un hospital de 150 camas. Quince de los pacientes que están internados en sala bajo nuestro control y cuidados van a terminar en terapia intensiva, siendo que la norma en general, respecto de pacientes que empeoran su condición, está entre el 2,5% o el 3%. Nuestra solución es, por ahora, poner más camas de terapia intensiva. Cuando lanzamos este estudio en la Ciudad de Buenos Aires y en el Conurbano bonaerense, donde están los hospitales de mayor complejidad, tanto públicos como privados, vimos que teníamos una gran dificultad: no se tomaban los signos vitales de los pacientes en las tres tomas diarias que corresponden, es decir que no se respetaban los controles de las condiciones básicas: medir tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, pulso y saturación de oxígeno. A duras penas, en algunos hospitales en el inicio de la guardia de enfermería les tomaban los signos vitales. Con esto quiero decirles que nuestro sistema de salud termina siendo una consecuencia de cómo se da la organización y el compromiso de los recursos humanos, en función de colaborar o trabajar en asociación con las personas.

Hay problemas que podemos corregir, desde lo farmacológico, por ejemplo, el relevamiento de la venta de anticonceptivos hormonales de emergencia *versus* los preservativos, la revisión de la medicación inapropiada según los criterios de *stock*, el suplemento dietario con ingredientes no permitidos o el análisis de errores en la medicación de una institución. Conocemos estos problemas y sabemos que tenemos que corregirlos.



Pero, sin duda, y a esto quería llegar con ustedes, tenemos otro conflicto aún más serio y es que nosotros, como Academia, como instituto, tenemos un pueblo en la Provincia de Buenos Aires sobre el cual estamos trabajando para desarrollar una serie de herramientas que permitan ayudar a implementar la Cobertura Universal de Salud.

Los epidemiólogos decimos que una persona sana es aquella que no ha sido suficientemente estudiada, ya que siempre le vamos a encontrar algo. Vamos a un ejemplo, hay un problema en el estudio epidemiológico de la localidad de Rawson, ya que sobre 300 encuestas realizadas sobre los dos sexos, en un promedio de edad de 48 años y con un rango que va de 30 a 85 años, preguntamos a la gente qué grado de satisfacción tiene respecto de los servicios de salud. Así encontramos que el 80% de la gente está muy satisfecha o algo satisfecha y solo el 5% de los entrevistados está insatisfecho.



Esto se da, en el siguiente contexto: el esquema de salud de Rawson consiste en un solo hospital, que no hace rayos, que no tiene laboratorio, donde el pediatra atiende dos días por semana, el kinesiólogo también, y resulta que cada uno da solo diez turnos. En Rawson, hay mil habitantes y tienen trescientas personas con discapacidad, ciento y pico con discapacidad motora, entre otros datos. Es más, no cuentan con ginecólogo. Sin embargo, insisto, cuando le preguntamos a la gente, el 80% está satisfecho con el sistema de salud.

En esa misma encuesta, les hacemos a las personas otra pregunta: “¿Cómo considera usted su estado de salud?”. Y resulta que prácticamente el 30% de la gente considera que es excelente y muy buena, en tanto el 56% responde que es buena. Es decir, prácticamente el 87% de la gente considera que tiene una buena salud. A partir de esto, les preguntamos si cuando hacen alguna tarea se sienten limitados para hacerla. En este caso, solo el 3% aproximadamente dice que sí tiene mucha limitación cuando hace tareas simples, tales como barrer la casa, levantar un balde, etc. En resumen, el grave problema que tenemos es cómo le transmitimos a la gente que se cree sana cosas que necesita saber para prevenir o tratar sus dolencias y posibles enfermedades.

Hecha esta introducción, quiero referirme ahora a la Cobertura Universal de Salud, en la cual el Ministerio de Salud trabaja. En realidad, la Argentina ya tiene una cobertura universal porque la Constitución de la Nación nos garantiza a todos la salud. El problema de nuestro sistema es la oportunidad; no tanto la accesibilidad, ya que en algún momento la gente es atendida. Con esto quiero decir que si alguien llega con una situación de urgencia aguda y necesita cirugía va a ser operado. Pero en otras tareas, la gente tiene muchas dificultades en cuanto a la oportunidad, y con esto se vinculan todos los otros problemas que vengo mencionado.

Los sistemas de salud trabajan fundamentalmente con *quienes concurren al sistema de salud*. Si hablamos en términos económicos, ustedes tienen un *stock*, que es la cantidad de gente que debería ser atendida, pero en realidad no trabajan sobre ese *stock* sino sobre el *flujo*, que son los que concurren al sistema de salud. Lo que ocurre es que en tanto se trabaja sobre el flujo y no sobre el *stock*, ahí queda la ganancia. Si a mí me consultaran todos los que me tienen que consultar, los recursos que yo digo tener no me alcanzarían. Entonces, para cubrir este desfasaje, solo me quedo con el que viene.

Sin embargo, la persona que no viene no representa un problema siempre y cuando aparezca de manera temprana: a una mujer que concurre ya con un cáncer

de mama declarado, por ejemplo, la tengo que operar, pero además le tengo que dar el tratamiento oncológico y la tengo que controlar durante muchos años. En cambio, si me llega de manera tardía, el gasto es agudo y corto. Disculpen que sea medio duro, pero dicho con crudeza, una persona fallecida deja de ser un problema para el sistema de salud. Entonces, tenemos que ponernos de acuerdo. Efectivamente, en salud, la prevención no es barata, sino todo lo contrario. Y no podemos hablar de salud en términos económicos sino que, muy por el contrario, tenemos que comenzar a hablar de salud en términos de calidad de vida, es decir, no importa qué es lo que yo padezca, en la medida en que yo tenga una buena calidad de vida.

En todo este contexto, el Ministerio de Salud se planteó el proyecto de la Cobertura Universal. La Cobertura Universal tiene como objetivo fundamental que todas las personas sin cobertura formal tengan acceso a los servicios de salud adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesiten y próximos a su domicilio, sin la necesidad de pasar por dificultades financieras para pagarlos. Tal como se plantea, la Cobertura Universal no implica determinar cuál es la canasta de servicios que da el sector público, porque esa canasta ya está definida por las Obras sociales. El problema es que el sector público no la está cumpliendo y, como sector público, deberíamos cumplir. En otras palabras, el sistema tiene que trabajar para tratar de llegar a lo que el PMO (Programa Médico Obligatorio) garantiza.

Lo lamentable, para quienes defendemos el sistema público de cobertura sanitaria, es que este sistema que debe garantizar la equidad se ha convertido, en realidad, en el más inequitativo de los sistemas. No da ni oportunidad ni tiempo. Pero hay cosas en que somos iguales con el sistema de las Obras sociales. Así, cualquiera que vaya de acá a Santiago y tenga un inconveniente a mitad de camino va a comprobar que se encontrará con dificultades de atención, problemas para que llegue la ambulancia, entre otros. Es decir que en eso estamos iguales de desorganizados.

Hoy el sistema funciona de manera vertical, por programas o parcializado, como si el objetivo fuese el programa y no las personas. Así, cuando hablamos de cobertura de vacunas, decimos que la Argentina está bien porque tiene 95% de cobertura de vacunas para la primera dosis. Sin embargo, el problema es que nacen 700 mil chicos al año. El 5% de 700 mil son 35 mil niños, es decir que, leído de otra manera, hay 35 mil chicos que actualmente no gozan de esa cobertura. Y si vamos a las segundas dosis, ya tenemos que hablar del 88%, y respecto de las terceras dosis, estamos en el 80% de la cobertura. O sea que, en la cuenta

redondeada, en síntesis, tenemos en realidad 150 mil niños menores de un año que no están vacunados adecuadamente. Y todavía hay otro grave problema y es que las vacunas que les corresponden ya están compradas.

Y así como les hablo de las vacunas, podemos hablar de cualquier otro problema de salud preventiva. Lo que estamos buscando es cambiar este proceso de verticalidad por uno de horizontalidad, es decir, cambiar el foco, e ir de los programas a los individuos. Dejemos de hablar de programas, porque el individuo es el que va a recibir la vacuna, la medicación, la atención y los distintos procesos en los cuales nosotros comenzamos a intervenir.

En 2016, el Ministerio llevó adelante distintas iniciativas en este sentido. Se hicieron los acuerdos de COFESA (Consejo Federal de Salud), que firmaron los distintos ministros de la Argentina, se confeccionó la resolución ministerial, el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 908/16, que asigna una cantidad de recursos a la emergencia sanitaria nacional, y se comenzó a trabajar en relaciones de intercambio con el funcionamiento del Ministerio de Salud de la Nación. Así han comenzado los programas piloto en las provincias y la unificación entre los programas que alcanzan a los ciudadanos.



Todavía hay muchas cosas que tenemos que hacer a nivel de los Centros de salud que son parte del sistema público. Tenemos 9 mil Centros de salud registrados

que desarrollan distintos niveles de complejidad. Tanto el programa REMEDIAR como el CUS continúan vigentes y se siguen distribuyendo medicamentos. Pero tenemos que ver cómo hacemos para que en este trabajo con las farmacias podamos reorientar todo este proceso de entrega de medicamentos.

Por otro lado, tenemos el problema recién planteado en esta Mesa por la Subsecretaría de Salud Pública de Tucumán: allí tienen la población nominalizada y hay otras varias provincias que están trabajando en este mismo proceso de nominalización general. Nosotros también estamos trabajando en la organización del gran reservorio de información de salud que tiene el sistema sanitario, que constituye una red integrada sanitaria de datos, donde los distintos actores puedan trabajar con la ficha del ciudadano y con los distintos reportes, elementos y redes.

Con un padrón de ciudadanos como este, ya tenemos identificadas 25 millones de personas que han concurrido al sistema público. De esos 25 millones, tenemos 15 millones que no tienen cobertura ni Obra social. En términos generales, observamos que el 60% de la población concurre a la asistencia pública. En estos casos, es cuando se da lo que antes consultaban acerca de los subsidios cruzados que se establecen entre la cobertura del sistema público y los sistemas de las Obras sociales.

|           |   |
|-----------|---|
| 5,055,325 | INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS                                       |
| 2,021,999 | O.S.P. BUENOS AIRES (ICMA)  |
| 1,712,283 | OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO Y ACTIVIDADES CIVILES  |
| 973,518   | PROGRAMA FEDERAL INCLUIR SALUD (PFIS)   |
| 853,013   | OBRA SOCIAL DEL PERSONAL RURAL Y ESTIBADORES DE LA REPUBLICA ARGENTINA                                      |
| 608,671   | O.S.P. CORDOBA (APROSS)   |
| 586,664   | OBRA SOCIAL DE EJECUTIVOS Y DEL PERSONAL DE DIRECCION DE EMPRESAS   |
| 539,847   | OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA CONSTRUCCION   |
| 536,641   | O.S.P. SANTA FE (IAPOS)   |
| 486,067   | OBRA SOCIAL UNION PERSONAL DE LA UNION DEL PERSONAL CIVIL DE LA NACION                                      |
| 390,937   | O.S.P. MENDOZA (OSEP)   |
| 319,441   | OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL TURISMO, HOTELERO Y GASTRONOMICO DE LA UNION DE TRABAJADORES DEL TURISMO HOTEL |
| 318,419   | O.S.P. TUCUMAN (IPSTT)  |
| 306,677   | OBRA SOCIAL DE PETROLEROS   |
| 291,476   | O.S.P. ENTRE RIOS (IOSPER)  |
| 268,360   | O.S.P. SALTA (IPS)  |
| 265,116   | OBRA SOCIAL ACCION SOCIAL DE EMPRESARIOS  |
| 262,899   | OBRA SOCIAL DE LA UNION OBRERA METALURGICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA  |
| 260,863   | O.S.P. CIUDAD AUT. DE BUENOS AIRES (O6SBA)  |
| 248,485   | O.S.P. CHACO (INSSSEF)  |
| 227,358   | OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD ARGENTINA  |
| 215,444   | OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL ORGANISMO DE CONTROL EXTERNO   |
| 210,103   | O.S.P. RIO NEGRO (IPROSS)   |

A partir de esta unificación de padrones de trabajo integrado que venimos desarrollando en el Ministerio en este tiempo, y a partir de las bases históricas, hemos podido ir generando reportes para de a poco ir despejando la situación. Por ejemplo, en el mes de abril detectamos 500 mil personas mayores de 65 años que figuran sin cobertura. Todas estas personas deberían estar incluidas en el sistema, y en virtud de los derechos de la ancianidad, deberían estar cubiertas por Pami. En cambio, lo que hallamos quiere decir que estas 500 mil personas no se han enterado de los beneficios que el sistema les está provveyendo y continúan boyando por las distintas estructuras de salud.

La distribución de este padrón por las distintas provincias alcanza a 14 millones de beneficiarios. El padrón está a disposición de las provincias y estamos trabajando en la distribución de estructuras del sistema de salud, que incluyen a los médicos y a los farmacéuticos. En el Registro Federal de Farmacia tenemos 13 mil farmacias registradas. Al estar ya en el sistema, consideramos que esto va a poder funcionar.



Además, en el mecanismo de datos abiertos, hemos tomado la decisión de que todos los que son profesionales registrados en el sistema figuren en la base de datos para que las personas puedan consultar si cada profesional posee en orden su matrícula, si las instituciones de salud están registradas o no, y qué condición de registro han tenido.

Mediante todas estas iniciativas, se va a poder recibir información como para actualizar los distintos datos de los subsistemas y confeccionar después la ficha de cada ciudadano. Este es el sistema: uno ingresa y en el sistema de registro encuentra los distintos registros de personas, qué vacunas tienen, etc. Se entra así al padrón de ciudadanos. Si yo pusiera el documento de alguno de ustedes, podría confirmar si tiene o no tiene Obra social y, si tiene Obra social, cuál es. Estos datos están bajo confidencialidad, desde ya. Cuando esto esté abierto, cada paciente va a tener su clave para permitir la circulación de esta información. Una vez que esto se da, es posible encontrar el nombre de la persona, y el nombre permite saber la fecha de nacimiento junto con otros datos.

Por ejemplo, si nosotros ponemos “tiempo de cobertura” y aparece que no tiene cobertura, vamos a “prestaciones”, donde hemos cargado nosotros información desde redes o desde otras fuentes. En este momento, estamos cargando toda la información antigua de las personas, proveniente de las distintas bases que tiene el sistema, y de esa forma vamos a comenzar a trabajar para cada ciudadano.



Estas distintas fuentes incluyen, por ejemplo, la información histórica de redes de NOMIVAC, que es el Registro Nacional de Vacunación Nominalizado, y así también toda acción o intervención de que se haya dado cuenta en el sistema para recupero de costos, etc. Es decir que lo que estamos armando es una historia



clínica retrospectiva de la población, y estamos comenzando en este momento el piloto para después transferirlo al resto de las provincias.

En Guaymallén, Provincia de Mendoza, un departamento con 300 mil habitantes, hay 25 centros de salud. Allí estamos trabajando en los procesos de interconectividad. Parece que buscáramos algo utópico, pero después de escucharlo a Pablo creo que es posible que nosotros lo concretemos, en algún tiempo. Es factible que el Estado comparta estos procesos de relación con los habitantes, ya que entonces permitiría que, por ejemplo, una mujer embarazada que no tiene cobertura, que no tuvo posibilidades de educación, que no tiene trabajo y que está en una condición de vulnerabilidad asista a los controles.

Insisto en esto, que es fundamental: si nosotros trabajamos el *stock* y no solamente el flujo, vamos a poder ayudar a la mujer embarazada, al anciano, al niño y a toda la población del país en el cuidado de la salud a partir de las distintas tecnologías. Yo creo que actualmente es posible: que lo podemos hacer. De hecho, todo lo que hoy les mostré es casi la hecatombe del sistema. Por lo tanto, si no intervenimos y si no lo modificamos, nos vamos a quedar sin salud, por lo menos, los sexagenarios que estamos hoy aquí sentados, en un futuro no muy lejano. Y, como dice Einstein, no esperemos tener resultados diferentes si hacemos siempre lo mismo. Muchísimas gracias.





## DIÁLOGO CON EL COLEGIO OFICIAL DEL PAÍS VASCO Y LINEAMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO FEFARA 2027: FARMACÉUTICO Y FARMACIA CONCENTRADOS EN EL PACIENTE

*Coordinador: Farm. Manuel Agotegaray, Presidente de FEFARA.*

*Expositores: Ángel Garay Garay, Farmacéutico, Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos del País Vasco.*

*Consuelo Orellana, Farmacéutica y Bioquímica, Termas de Río Hondo.*

*Ángel Garay Garay es Licenciado en Farmacia de la Universidad de Barcelona y en Ciencia biológica por la Universidad del País Vasco. También ha sido diplomado en Sanidad y en Bioestadísticas por la Universidad Autónoma de Barcelona y en Nutrición por la Universidad de Granada. Es técnico ortopédico y funcionario de carrera del cuerpo sanitario en la escala de inspectores farmacéuticos de la seguridad social, además de ejercer como Secretario técnico del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Gipuzkoa desde 1979. Se ha desempeñado en este puesto durante varias gestiones y, entre otras actividades, también ha sido Presidente del Consejo de Farmacéuticos del País Vasco entre 2012 y 2013.*

*Consuelo Orellana es farmacéutica y bioquímica, con 52 años de desempeño en la profesión, al frente de diferentes oficinas de farmacia en Termas de Río Hondo y otras localidades de la Provincia de Santiago del Estero y amplía experiencia al frente de una farmacia propia.*

### **Palabras de Manuel Agotegaray**

Buenas tardes a todos. Como dice el título de esta Mesa, queremos desarrollar diálogos de enriquecimiento mutuo entre el Plan estratégico FEFARA 2027 y el Presidente del Colegio de Gipuzkoa, País Vasco, porque se trata de un profesional de gran prestigio y experiencia, que ya lleva 52 años de profesión y, por lo tanto, algo conoce del tema. Sobre todo, luego de pasar entre nueve y doce horas por día tras el mostrador de una oficina de farmacia, haciendo honor a nuestra actividad de dispensa de medicamentos a los pacientes y comprendiendo la profesión como un servicio de salud, cuyo acceso constituye un derecho de los ciudadanos.

### **Ángel Garay Garay**

Primero, quiero agradecer la invitación a FEFARA y lo bien recibido que he sido por vosotros y por los compañeros. Estoy haciendo un esfuerzo para aprender a hablar en “argentino” pero tengo que avisarles que tengo un buen lío entre el vos y el tú. Voy a intentar que este diálogo sea una conversación entre compañeros y compañeras farmacéuticos. Brevemente, les voy a contar sobre la farmacia vasca. Lo que aparece en la siguiente imagen es el País Vasco, es Euskadi, un territorio muy pequeño, apenas el 0,2% de la extensión de la Argentina. Somos 2 millones 171 mil habitantes pero, además, quiero destacar que somos una población vieja, algo así como los indígenas de Europa. Ya había vascos en el Cromagnon y en el Neolítico. Por otra parte, somos una población muy ancianizada, ya hay más de un 22% de los habitantes que alcanzan los 65 años. También, quiero destacar que existen muchos hogares con personas de 65 años que viven solas.



En concreto, hay 167 mil 800 hogares en esta población tan chiquita y eso es un problema que quiero destacar, porque ahí puede interaccionar mucho el farmacéutico comunitario. Yo creo que, en este sentido, la Administración pública y quienes toman decisiones en los ministerios tienen que apostar por el farmacéutico y confiar en la profesión, porque eso es apostar a un ganador seguro.

En efecto, en los farmacéuticos tienen una cantidad de medios humanos –que tantas veces se reclaman– para concretar las políticas, por ejemplo, para implementar políticas de género, de prevención de adicciones y de otra cantidad de servicios, como el desarrollo del mapa para medir la presión arterial. Allí tienen unos medios fantásticos, con una gente preparadísima, activa y que trabaja profuturo. También tenemos que decir que somos una profesión fuertemente femenina, ya que el 83% de los farmacéuticos del País Vasco son mujeres y yo considero que ese es un valor impresionante.

Ahora les voy a describir cuáles son nuestras fortalezas y debilidades. Entre las fortalezas figura que tenemos una normativa muy potente. Yo estoy en el Colegio desde la transición política, es decir, desde que murió Franco y toda la legislación de ordenación de la profesión farmacéutica ha estado presente en todas las negociaciones con la Administración pública.



Tenemos una Administración pública que siempre nos ha llamado a discutir los proyectos normativos de regulación y, cualquier cosa que tenga que ver con la farmacia, ahí estamos nosotros sentados. Diseñan la norma como ellos piensan pero ahí estamos luego para la consulta y eso es un valor. Entonces tenemos esa fortaleza: los aspectos regulatorios, la cuestión de la calidad del sistema de salud.

También está la ordenación de la profesión sanitaria mediante la Ley de garantías del uso racional de medicamentos y productos sanitarios, que contempla al farmacéutico y a los servicios que el farmacéutico debe y puede dar. Algunos de estos, en concurrencia y colaboración con otros profesionales de la salud, están contemplados ahí. El otro día alguien me preguntaba sobre el Speed y lo cierto es que legalmente está contemplado en la Ley de garantías que el farmacéutico puede organizar la medicación del ciudadano, porque se trata de una actuación, es un servicio posdispensación que autoriza el propio paciente.

También tenemos una fortaleza en la interlocución profesional. Como somos un territorio muy pequeño, nos conocemos y los diferentes colegios sanitarios nos reunimos continuamente. El Colegio de médicos, el Colegio de veterinarios, los clásicos Colegio de enfermería y de dentistas nos reunimos periódicamente, para hablar de nuestros problemas y procuramos ir ante la Administración con algunas cuestiones ya pensadas, unidos y, por supuesto, eso nos da fuerza.

También tenemos la interlocución con los sindicatos médicos. Osatzen, por ejemplo, es el Sindicato de médicos de atención primaria, con el que intervenimos mucho, porque tenemos problemas conjuntos. Es decir que hay una interlocución política en todos los ámbitos, entre ellos, desde el local autonómico con las diputaciones, que son provinciales.

Desde el nivel autonómico, por ejemplo, estamos participando legalmente en el Consejo social sanitario del País Vasco, en la Comisión de policía sanitaria, desde donde se regula el tema del acuerdo de esa fuerza sanitaria. Nosotros pretendemos que se acote un poco porque con el tema de los dentistas y de las cirugías estéticas, hay muchas historias de se están desmadrando. También estamos en el Consejo de adicciones, ya que es mucho lo que puede hacer el farmacéutico desde los servicios. Y estamos en el Consejo de formación continua también.

Ahora hablaremos de las debilidades. Sin duda, la crisis económica nos ha sacudido. También es cierto que el País Vasco ha cobrado sus facturas mensualmente, algo que no ha pasado en otras zonas de España. Aun así, hay algunas farmacias que están con el agua hasta el cuello pero, bueno, nos mantenemos y miramos con optimismo el futuro. Las agencias públicas de competencia –a todos los niveles, autonómicas, estatal y europea–, muchas veces por intereses desconocidos que tienen por detrás las grandes multinacionales, nos quieren desregularizar pero nos vamos a defender.

Introducción

FARMACIA PROFESIONAL Y COMUNITARIA

**MODELO DE FARMACIA: FORTALEZAS Y DEBILIDADES**

**DEBILIDADES**

CRISIS ECONOMICA

AGENCIAS PUBLICAS DE COMPETENCIA. Autonómica, Estatal y Europea.

FARMACIA COMUNITARIA

- Integración en el continuo asistencial
- Integración funcional en el SNS
- Acceso a la Historia clínica
- Acceso a medicamentos innovadores

En este sentido, el primer tema es la regulación, es decir que tenemos la propiedad y titularidad en las farmacias. Donde hay medicamentos tiene que, obligatoriamente, haber farmacéuticos. Esto es innegociable, constituye una línea roja que no se puede modificar. La farmacia tiene que ser independiente, no puede depender de intereses financieros. El medicamento no es un bien de consumo, es tecnología sanitaria, la más utilizada y hay que utilizarla con responsabilidad. En 1985, la OMS definió lo que significa el uso racional del medicamento. Por lo tanto, apliquemos la fórmula de la farmacia comunitaria, su integración y el continuo asistencial que representa. Nuestra profesión se sustenta en un pilar que es la farmacia comunitaria. Si no hay farmacia comunitaria, no hay profesión. Esto es así. Históricamente tenemos muchos compañeros trabajando en muchos campos distintos. En mi Junta están todos: la farmacia hospitalaria, la ortopedia, la óptica, los que trabajan en la alimentación, en la educación, están los sindicatos o las asociaciones de trabajadores o empleados adjuntos de las farmacias, están los titulares de las farmacias; todos discutimos mucho pero también estamos todos juntos, porque somos pocos y nos tenemos que unir.

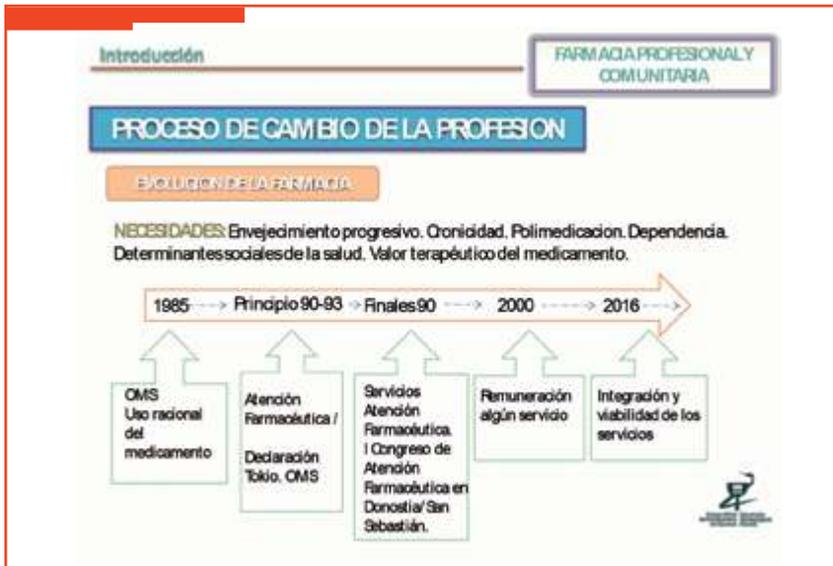
Entre las debilidades todavía tenemos falta de integración en el continuo asistencial, integración funcional en el sistema nacional de salud, el tema del acceso a la historia clínica y la problemática del acceso a medicamentos innovadores. En la actualidad, todo esto constituye una debilidad, porque no lo tenemos totalmente logrado, algunas cosas medio logradas pero, en general, no. Si bien es cierto que la integración de la farmacia comunitaria en el continuo asistencial y, funcionalmente, en el sistema nacional de salud forma parte del plan estratégico de mi gobierno autónomo –algo con lo que yo estoy perfectamente de acuerdo–, la cuestión es que todo figura en los documentos pero todavía falta bastante para que se concrete.

En la siguiente imagen, les presento un repaso del proceso de cambio de la profesión: en el siglo XIX, el farmacéutico era el elaborador del medicamento, hacía la formulación magistral; en el siglo XX, se convierte en un distribuidor de aquello que la industria hace, es decir, de la especialidad farmacéutica como producto industrial y, entonces, el farmacéutico dispensa. Luego llega un momento, en el siglo XXI o al final del siglo XX, donde ya comenzamos a hablar de otra cosa. Ahora el farmacéutico es un provisor de servicios farmacéuticos, de servicios cognitivos, algo más que un dispensador, un profesional que da servicios y atiende al paciente que utiliza los medicamentos.



Actualmente, nosotros atendemos a pacientes que utilizan medicamentos. En ese cambio creo que estamos todos. En la Argentina, en España y en todo el mundo, el farmacéutico experimenta que la profesión evoluciona. La farmacia tiene la necesidad de atender el envejecimiento progresivo de la población, la cronicidad, la polimedición, la dependencia. Aquellos determinantes sociales de la salud de los que tanto se ha hablado son los que hoy vemos en la farmacia del barrio.

El medicamento ha recobrado valor terapéutico. Tenemos que poner no el valor económico solamente sino el valor terapéutico, subrayar los beneficios que aporta y no solamente el gasto. En 1985, la OMS define el uso racional de los medicamentos, que todos conocéis, y define que tenemos que reflexionar sobre el medicamento que el paciente recibe según sus necesidades clínicas, en la dosis indicada y durante el tiempo que necesita. Solo después se habla del mejor precio, pero los políticos y los reguladores se han fijado nada más que en la última parte, en tanto la anterior, que significa que el paciente reciba los medicamentos que necesita clínicamente y la finalidad terapéutica que se pretende con esos medicamentos, se venía pasando por alto. Además, existen los determinantes genéticos, ya que todos somos distintos y el mismo medicamento para la mismas patologías no nos hace lo mismo, y quien pone ahí la mirada, quien reflexiona si esa terapia alcanza los fines terapéuticos que se procuran es el farmacéutico, en colaboración con el médico y con el servicio de enfermería, por supuesto, pero en la función del farmacéutico no va a haber otro.



Entonces, ya en 1985 empezamos a reflexionar sobre esta definición, es decir que hay algo más que economía en el medicamento. Luego, entre 1990 y 1993, llega la Declaración de la mesa de Tokio acerca del papel del farmacéutico en la comunidad. En 1990 nosotros hicimos el primer congreso en España sobre la atención farmacéutica. Se trató de un Congreso, en San Sebastián, al que asistieron 1500 personas y estuvo todo el mundo que empezaba a hablar, en aquel momento, del seguimiento farmacoterapéutico. Luego, en 2000, se empiezan a remunerar los servicios profesionales de las farmacias mediante dinero público y, más tarde, en 2016, ya hablamos de la integración y de la viabilidad en los servicios y de la implantación de estos servicios.

En la actualidad –y en casi todos los países del mundo–, se están diseñando e implantando servicios profesionales farmacéuticos. Se trata de intercalarlos en la actividad de la farmacia comunitaria. Las organizaciones internacionales nos han dicho que ya no existe futuro para la farmacia comunitaria que se base únicamente en la dispensación. Por lo tanto, todos caminamos hacia un cambio de paradigma y hacia un cambio de rol del farmacéutico, algo que va a ser difícil pero por lo que hay que luchar. En esa dirección estamos todos alineados.

El objetivo de la organización farmacéutica vasca es la implantación progresiva de servicios profesionales farmacéuticos remunerados en la farmacia comunitaria.

Porque pensamos que no hay servicio si no es remunerado; será otra cosa, será caridad, ong, lo que queráis, pero no un servicio. Para que un servicio sea mantenido, tiene que tener su proyecto, procedimientos, tiene que estar registrado y tiene que ser remunerado.

**Servicios Profesionales País Vasco** **FARMACIA PROFESIONAL Y COMUNITARIA**

**SERVICIOS FARMACEUTICOS REMUNERADOS EN EL PAIS VASCO**

- ✓ Formulación magistral
- ✓ Programa de Ayuda Domiciliaria
- ✓ Programa de metadona
- ✓ Programa de prevención VIH y sífilis

Logo of the Basque Government

Aspiramos a que los servicios dirigidos al sistema nacional de salud estén incorporados en la cartera común de servicios a la que todos tienen derecho. Por otra parte, la farmacia también puede dirigir servicios a pacientes privados o a aseguradoras. También solicitamos la formulación magistral, como en cualquier otro sitio y, entre las novedades, proponemos programas de ayuda domiciliaria. Lo que nosotros llamamos programa de metadona, programa de prevención de VIH/sida y sífilis. Estos servicios, que se hacen en el País Vasco, se remuneran a la farmacia.

Desde 1995, cubrimos el tratamiento con opiáceos metadona, les voy a mandar toda la información sobre los resultados. Existe un convenio de colaboración entre el Departamento de Salud del gobierno vasco y los colegios farmacéuticos de la ciudad autónoma. Ese servicio está remunerado por el Departamento con 57,28 euros por paciente por mes y es gratuito para cada paciente. Se le paga a la farmacia y esta tiene que reportar los datos sobre cada caso. En aquel momento, el problema de adicción a las drogas era un problema de seguridad policial, pero a medida que se constituyó como un problema de salud pública y se fueron

implementando recursos de salud pública fue disminuyendo la peligrosidad y la adicción. Yo tengo todo registrado, año a año. Los robos y los atracos que sufrían las farmacias eran impresionantes y algunos desesperantes. Pero eso se acabó, cuando se implementaron los recursos sanitarios correspondientes y se le dio acceso a la gente a esos recursos se terminó el problema, ya no hubo atracos ni robos ni nada por el estilo.

Slide content:

- Servicios Profesionales País Vasco
- FARMACIA PROFESIONAL Y COMUNITARIA
- TRATAMIENTO CON OPIÁCEOS METADONA**
- ❖ 1995: Convenio de colaboración entre el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de la CAE
- ❖ Servicio remunerado por el Departamento de Salud:  
**57,28€/paciente/mes**  
**Gratuito para el paciente.**

The slide includes two small photographs: one showing a person at a pharmacy counter and another showing a person in a white coat, likely a pharmacist, interacting with a patient.

Sobre prevención del sida y otras enfermedades de transmisión sexual, desde 1990 contamos en el País Vasco, con el kit antisida, que contempla jeringuillas, preservativos, toallitas, alcohol, agua destilada y un folleto explicativo. En ese entonces el kit le costaba al usuario 0,5 euros. Este tema era bien impresionante, porque había jeringuillas tiradas por todos lados, en las playas de mi ciudad, en los jardines, y la gente se pinchaba, estaba asustadísima. Era un problema terrible el de la transmisión del sida. Y como sobre todo se trataba de personas adictas a opiáceos por vía parenteral, lo que se hizo fue implementar el intercambio de las jeringuillas desde la autoridad pública. Fue muy curioso porque en una farmacia, harta de que le vinieran atracando con las jeringuillas, se le dijo a los consumidores “Dame la jeringuillas, que te doy nuevas”. Entonces implementaron un servicio de intercambio: iba la persona usuaria a la farmacia entregaba las jeringuillas y le daban nuevas jeringuillas.



Luego está el tema de los preservativos, que se llamaban publicitariamente airbags de bolsillo. Se hizo una campaña, financiada por el gobierno vasco, de tres preservativos por uno. A continuación, el test rápido de VIH, que se implementó en primer lugar en Europa y luego en el País Vasco, allí se empezaron a hacer directamente test rápidos de VIH/sífilis, y ahora estamos pidiendo también que se haga candidiasis. El test de VIH se empezó en febrero de 2009, el de sífilis en 2011. Se trató de un convenio de colaboración cuyo objetivo fue la detección temprana del VIH y la sífilis desde la farmacia comunitaria. Así se facilitan consejos pre y postest y se recaban datos. Esto se está pagado a razón de 13,48 euros, más otros 5 euros que paga el paciente.

**Servicios Profesionales País Vasco**

**FARMACIA PROFESIONAL Y  
COMUNITARIA**

4

**TEST RAPIDO DE VIH / SIFILIS**

- ❖ VIH (Feb 2009) y SIFILIS (Nov 2011) : Convenio de colaboración entre el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de la CAE
- ❖ Objetivo: Detección temprana del VIH y/o sífilis desde la farmacia comunitaria. Facilitar consejo pre y post test
- ❖ Servicio remunerado por el Departamento de Salud:

13,48 €/test

5 € paga el paciente



La ayuda domiciliaria (su nombre es MUMSAD) busca la mejora del uso del medicamento en los servicios de ayuda domiciliaria. Los ayuntamientos, y con ellos el del País Vasco, tienen una normativa muy potente en materia social y de servicios, que atienden personas dependientes en su domicilio y hasta les ponen una persona para que les ayude en las tareas domésticas y otras necesidades. En este programa, donde los usuarios son dependientes, utilizan medicamentos y no tienen entorno familiar adecuado, la farmacia es la que se encarga del tema.

Fundamentalmente, se hace un análisis de toda la medicación que toma el paciente, de cómo tiene el botiquín, se reporta todo eso y se le preparan los SDP, que son los sistemas de dosificación, para dos semanas. Luego, a las siguientes dos semanas, el paciente va a la farmacia con los blisters tal y cómo los tiene y la farmacia anota si ha dejado un medicamento sin tomar, si están los de la última hora del día o, en todo caso, pide una explicación, pues es posible que la persona se duerma sin tomar esa dosis. Si es así, habla con el médico, le cambia la pauta o lo que sea. El costo de esta tarea o test es de 31,16 euros y es gratuito para el paciente.

4

## AYUDA DOMICILIARIA (MUMSAD)

- ❖ Feb 2009: Convenio de colaboración entre el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de la CAE
- ❖ Objetivo general: Optimizar el uso de los medicamentos en personas atendidas por los servicios de ayuda domiciliaria contribuyendo a asegurar su seguridad y efectividad.
- ❖ Servicio remunerado por el Departamento de Salud:

31,16 €/test  
Gratuito para el paciente



Luego están los proyectos de investigación. En este caso, para que un servicio se pague, hay que aportar evidencia. Nosotros, desde mi Junta, estamos en el Seguimiento farmacoterapéutico, hemos estado en el conSIGUE, en todas sus fases. Creemos que el seguimiento farmacoterapéutico, como el servicio más completo, justifica toda una profesión. Esa participación nuestra se ha transformado en una tesis doctoral, lo que en estos momentos para nosotros es políticamente fundamental, porque ha sido publicada en las mejores revistas. Está perfectamente demostrado y hay evidencia de que por cada euro que invierte el sistema público en el seguimiento le retorna entre 3 y 6 veces. Entonces, ya se trata de una cuestión de que la pelota está en el tejado del político, es decir, “Ahí tiene usted las evidencias, tome una decisión”. ¿Qué ha pasado, entonces? Pues que efectivamente nuestro gobierno ha dicho “Vale, pero quiero hacer un piloto”. Así fue como el día 17 de mayo de 2017 firmamos un convenio y se va hacer un seguimiento farmacoterapéutico, un piloto integrado integral, del que van a participar médicos y enfermeras, y el gobierno vasco pagará un dinero, que hemos evaluado en 23 euros por paciente por mes, a las farmacias que van a formar parte del piloto.



Hacer este programa es muy importante porque lo apoya el mismo Consejero, él se ha interiorizado y nos ha dicho que, dependiendo de los resultados, –pues estamos en la primera fase– lo ampliamos. En este momento, están todas las farmacias de España mirándonos para ver qué pasa con el desarrollo de nuestro programa.

Luego está el Servicio de adherencia, llamado Adtralip, que es un programa que diseñamos –porque nos pidieron desde el Colegio– para toda España y que se hizo con médicos de primaria y de farmacia comunitaria. También estamos en el proyecto del Consejo de Adherencia Med. La adherencia es un tema realmente muy difícil. Luego está el tema del Servicio de conciliación de la medicación, que es fundamental porque ahorra dinero y además porque se detecta un montón de cosas mediante las hojas de tratamiento activo. Otra acción que desarrollamos es un Programa de comunicación, el Farmazia Lagunkoia, que a mí me gusta mucho. El nombre quiere decir “amigable”. El programa de San Sebastián amigable pertenece a una red internacional de amigabilidad. Esta red la creó la OMS en 2005 para las personas mayores.

Todo esto es muy importante porque nos ayuda de salir de la botica a otro mundo, a interaccionar con el tema social. Con el tema del MUMSAD pasa lo mismo, son espacios socio-sanitarios, donde se concretan y completan las acciones, arti-



culando con los técnicos de los servicios sociales, con los médicos de primaria y trabajando juntos para brindar servicios que la farmacia posee y que pone en acción siendo remunerada.

También tenemos los Servicios de conciliación de la medicación, se trata de acciones de trabajo colaborativo que se sustentan en la confianza. Nos ha costado un año elaborar el programa y ya lleva tres meses en práctica, con resultados fantásticos. El 90% de las consultas que se daban han sido respondidas. Se trata de consultas de tipo administrativo, sanitario, algunas urgentes y de tipo socio-sanitario, que han habilitado un canal de interacción inmediata y de pronta respuesta. Esto prueba que la mejor tic del presente es la farmacia comunitaria, que puede ayudar sobre una gran gama de problemas, interaccionando y aportando soluciones.

Otro programa, que al final fracasó, era el Sinergia Parkinson, que se hizo con neurólogos y con una empresa informática de inteligencia artificial. En verdad fracasó, porque la farmacia actuaba como centro: veía al paciente continuamente, le daba la medicación, a partir de un test preparado por los neurólogos, que se hacía en la farmacia, para luego –según los datos que la farmacia transmitía al neurólogo– se determinara si había señales de alarma o no. Si se tenía que llamar a consulta al paciente con inmediatez, si se continuaba el tratamiento de la misma manera o si se realizaba un control dentro de los siguientes seis meses.

Se desarrolló otro programa de atención domiciliaria llamado Hurkoa, que quiere decir “prójimo” en vasco, y estaba destinado a las interacciones con los pacientes fuera de la farmacia. Nosotros tenemos una Fundación desde la cual trabajamos con personas frágiles, que viven solas, mayores, y tenemos un equipo de abogados para ayudarlos antes de que su calidad de vida se deteriore de tal forma que se tenga que recurrir a un juez para tomar medidas más drásticas.

También hay un programa que están implementando muchísimas farmacias que es el de Detección de riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2. A las farmacias que participan se les ha facilitado gratuitamente un glucómetro, para realizar el test. Si es necesario se mide la glucosa y según cuáles son los resultados, se deriva el paciente al médico. Muchos clientes de la farmacia están realizándose la prueba y ya la toman como una más de las nuevas estrategias de la organización farmacéutica.

Estamos buscando apoyos, es decir, quién nos puede ayudar con el paciente diabético. Están las Escuelas de pacientes pero en el País Vasco no han funcio-

nado. En cambio, quienes mejor desarrollan las técnicas de paciente empático o paciente activo son las Asociaciones de pacientes, son los que mejor comprenden al diabético y han conseguido el estado de los pacientes anticoagulados, que cada vez son más. Nosotros interaccionamos con la Asociación anticoagulados, apoyándolos en el tratamiento de su dolencia, porque ellos pueden hacerse su INR en casa, y pueden lograr estar en rango terapéutico mejor que nadie. Lo que necesitan es que se les apoye, porque las tiras de medición del INR son caras.

Tenemos que crear una cultura en la farmacia comunitaria y fomentar la investigación en atención farmacéutica comunitaria. Quienes ya tenemos unos años hemos visto un montón de publicaciones de la industria farmacéutica, de farmacia hospitalaria, pero ya es hora de que empiecen a florecer materiales y trabajos de farmacia comunitaria, porque hay desarrollos e inteligencia aplicados a este campo.



Hemos alcanzado acuerdos con la Universidad y tenemos proyectos de investigación comunes con la Facultad de Farmacia; también, generamos tesis doctorales. Tanto desde mi Colegio como desde la Facultad se dirigen tesis doctorales, ya que sin duda hay que impulsar cambios en la formación universitaria del farmacéutico.

Por otro lado, tenemos que incorporar formadores para implantar servicios en farmacia comunitaria. Esta es una novedad y consiste en que creamos la figura del experto en el Centro de información del medicamento. Actualmente, todos los colegios tenemos una farmacéutica para dar servicio en información del medicamento, pero como próxima medida tenemos que implementar un técnico farmacéutico o un licenciado en Farmacia que ayude a implantar servicios de farmacia comunitaria; fundamentalmente, para que esto ocurra y se sostenga desde la propia farmacia. Estos nuevos profesionales tienen que ir a la farmacia y ayudar tanto a reclutar pacientes como a implementar acciones. Además, debemos buscar colaborar con otros profesionales sanitarios, sociales y con asociaciones de pacientes. Es decir, interaccionar, participar y colaborar con servicios sociales diversos.



Tenemos muchas acciones por delante, como participar con otros grupos de reflexión. Por ejemplo, con APTES, que es la Asociación para la promoción de la tecnología social. Meterse en todo esto implica trabajar con antropólogos, con sociólogos, algo a lo que no estábamos acostumbrados, pero lo cierto es que hay muchas cosas para hacer si queremos lograr que la farmacia comunitaria sea la base de nuestra profesión.

En efecto, debemos dar cohesión y concretar el abordaje de los servicios a la sociedad de manera colectiva. Hemos cooperativizado lo que son los servicios obligatorios de guardia o urgencia nocturna en las farmacias y logrado que se paguen entre todos. De este modo, se garantiza la presencia de personal contratado por todos en aquellas farmacias que tienen que estar de servicio.

Sin ninguna duda, el sistema sanitario necesita una farmacia independiente de intereses económicos, que sea profesional y sostenible económicamente. Ello implica que caminamos hacia una farmacia más asistencial, centrada en el paciente. Yo creo que esta transformación ideológica es más o menos universal. En mayor o menor medida, ello ya se ha producido en las farmacias y las y los farmacéuticos han evolucionado, pasando de ser meros dispensadores a ser, actualmente, proveedores de servicios asistenciales y de promoción de la salud.

ESTRATEGIAS

FARMACIA PROFESIONAL Y COMUNITARIA

**ESTRATEGIAS DE LA ORGANIZACION FARMACEUTICA**

- ✓ Apoyo en pacientes usuarios.
- ✓ Fomentar la investigación en atención farmacéutica comunitaria.
- ✓ Acuerdos con la Universidad. Proyectos comunes de investigación. Tesis doctorales. Impulsar cambios en la formación universitaria del farmacéutico.
- ✓ Incorporar formadores para implantar servicios en farmacia comunitaria.
- ✓ Colaboración con otros profesionales sanitarios, sociales y asociaciones de pacientes.
- ✓ Interaccionar, participar y colaborar con servicios sociales. Proyectos Farmazia Lagunkoia.

Para ir redondeando estos aportes, quería afirmar que implicar a los farmacéuticos y farmacéuticas comunitarios en servicios profesionales constituye una apuesta ganadora, ya que es fundamental y estratégico para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. En esta innovación y adecuación de nuestra profesión, todos tenemos que seguir trabajando, en España y fuera de España, en Argentina, en México, en toda América latina, para ir transformando el rol y la gran importancia sanitaria y social del farmacéutico. Muchas gracias.



## Consuelo Orellana

Muchas gracias por permitirme estar aquí e intercambiar ideas con ustedes. Creo que todo forma parte de las inquietudes de la juventud, para que sigan adelante y luchan por la profesión. En primer lugar, quería contarles que aun teniendo 52 años al frente de la farmacia, todavía no me retiré. En este momento estoy con la farmacia cerrada porque Salud pública considera que la farmacia debe estar abierta con un profesional al frente y yo eso lo he asumido a *full*.

A mí esta profesión me resultó medianamente fácil porque la quería verdaderamente y también me fue difícil, porque no era sencillo todo el evento de levantar una farmacia y ponerse al frente. También soy bioquímica y eso me ha ayudado para darme un poquito de valor, porque era muy jovencita. A los 21 años recién cumplidos ya rendía la última materia de Farmacia y en cuanto me recibí empecé a regentear farmacias. Me tocó ir al campo, me tocó tener vivencias especiales y como era muy joven mis padres me acompañaban e iban a vivir a las farmacias del campo. Fui a Beltrán, después regenté farmacias aquí, siempre con asistencia permanente, tanto es así que después de un tiempito le pedí al dueño de la farmacia que me dejara ir después de que el cadete limpiara. Siempre hice presencia, por eso ahora sigo luchando y me duele mucho saber que algunos farmacéuticos prestan el título por unos pocos pesos. Realmente me duele porque sé lo mucho que se puede hacer desde una farmacia, que es todo lo que el doctor ha dicho y mucho más y, entonces, que dejemos la profesión en manos de personas que no han estudiado y que no han luchado como lo están haciendo ustedes es bastante injusto. Sobre todo, porque empobrece los servicios que se brindan a la comunidad.

En la farmacia, primero empecé por aprender, porque lamentablemente la facultad nuestra nos formaba para otras cosas, nosotros aprendíamos las formulas magistrales, hacíamos versitos para acordarnos porque en los exámenes nos podían pedir distintas fórmulas y era difícil acordarse de todo. No nos enseñaban a tratar con el público ni teníamos esa materia tan hermosa que yo veo ahora: Atención comunitaria. Todo lo he hecho con esfuerzo a lo largo del tiempo, en el mostrador. Cuando hoy me preguntan qué hace, yo contesto que hago atención farmacéutica, que sería la farmacia comunitaria de ustedes, aquello en lo que los están formando. A mí, en cambio, me lo enseñó la práctica. La práctica y la necesidad de seguir adelante, mis padres eran humildes, la farmacia la tuve que poner yo, construirla, prepararla, poner los medicamentos, hacer todo. Hasta ahora sigo en la lucha, porque cada año se presenta un problema nuevo. En este momento, te-

nemos la desregulación, que les permite poner en la farmacia a cualquier persona. En Termas, han puesto varias farmacias los empleados, las farmacia no respetan turnos, no respetan horarios, simplemente hay farmacias donde se está tomando cerveza en la puerta y atienden a todo el que venga a la hora que sea. Todo eso a mí me produce un dolor tremendo porque no es lo que yo pienso que debe y puede hacer un profesional farmacéutico.

En este momento, mi farmacia subsiste sin mutuales, porque cuando quedé viuda resultó mucho para mí, no solo había que atender con la mutual sino hacer cálculos, no existía la tecnología de ahora. Había que sumar, controlar precios, ver a qué hora habíamos atendido, si era con el precio nuevo o viejo, con el de la tarde o el de la mañana. Hemos vivido todo eso que durante estas Jornadas se ha contado. También fui asaltada cuatro veces, llegué a tener una farmacia muy bonita, con las góndolas adelante, con los elementos de venta libre. Todo tenía tique para controlar que no robaran, tenía la balanza que tomaba la presión y daba la altura. Considero que, en Termas, conseguí tener una linda farmacia. Seguía con la atención farmacéutica y con algunos preparados. Me acuerdo que se puso de moda el aloe vera y mi esposo se entusiasmó y me hizo una plantación de aloe vera. Pero no me animé a entrar en ese juego.

Después empezaron a comercializar las aguas termales pero yo seguía con mi atención farmacéutica desde el mostrador: “¿Qué te pasa?, ¿cuántos años tenés?” “Bueno, tenés que ir al médico, acostarte...”. No sé si todavía doy como receta ir a la cama y la de “un resfrío se cura en siete días o en una semana”. En estas cosas de la atención y la profesión le doy la razón al doctor. Sobre mi vida en la atención farmacéutica, quiero decirles que no me he vuelto rica. Tengo mis bienes, que en este momento me ayudan a pagar la cuenta de la farmacia y de la droguería, porque la farmacia sola no se maneja, tengo mi jubilación y otros recursos ajenos a la farmacia.

Muchas gracias, colega. Creo que Consuelo Orellana nos ha dado las bases para FEFARA 2018. Ahora será nuestra tarea ir delineando objetivos y metas para sostener nuestra profesión frente a la farmacia comunitaria. A continuación, pasamos a los comentarios y preguntas que quieran hacer el público y los disertantes.



*Público: –¿Cuáles han sido las estrategias utilizadas para negociar con el gobierno?*

Ángel Garay Garay: –Yo creo que la estrategia es muy importante, porque antes de ser cura, es bueno ser monaguillos. Yo estuve trabajando de técnico en la Administración pública y también soy inspector de sanidad. Estuve empleado durante un tiempo y ahí uno se da cuenta de que antes de ir a la audiencia o solicitar algo al gobierno, primero hay que diseñar bien el proyecto que uno tiene, ponerlo en práctica, hacer un piloto, obtener resultados de ese piloto e implementarlo más ampliamente. Solo después, cuando tienes eso, tienes que hablar con los técnicos de la Administración pública. No con el Director de la farmacia o con el Consejero o con el Ministro o con el Subsecretario, sino con los técnicos para pedirles colaboración.

Luego de este paso, si obtienes un ok de la parte técnica, entonces ve al Director o al Consejero, porque lo que ocurre si van directamente a los estamentos de decisión, donde a veces hay farmacéuticos y a veces no, es que ellos van a ir a sus técnicos y les van a decir “Han venido aquí unos farmacéuticos con este proyecto y... ¿qué les parece?”. Luego, si no obtienen el consentimiento de sus equipos técnicos, van a descartar el proyecto. Por este motivo, yo primero me gano a los técnicos y procuro tener muy buena relación con ellos y creo que, en general, lo logramos.

Por ejemplo, el proyecto de Conciliación se hace con farmacéuticos de la Administración pública. Presentamos ponencias y paneles conjuntamente; ellos están con nosotros y, por lo tanto, su director no tiene más remedio que hablar bien de ese proyecto, al punto de que el programa de Asistencia domiciliaria que empezamos nosotros con los técnicos de San Sebastián y de otro municipio, en este momento, ya es un proyecto del gobierno vasco. Ya dejó de ser nuestro, porque ellos lo pagan. Lógicamente lo desarrollamos todos, pero cuando los interpelan en el Congreso, cuando están frente a los diputados, ellos lo defienden y dicen “Este proyecto es muy bueno y tiene unos resultados fantásticos”. Y lo que dicen es verdad, por ejemplo, en el caso del Programa de adherencia. Entonces, ¿cómo les van a cuestionar los servicios municipales que dan ese servicio gratuitamente si hasta han ampliado su cartera de servicios? ¿Cómo los van a quitar si todo el mundo está contento y enganchado con el servicio? Por el contrario, les responden con el pedido de ampliarlos. Además, ya no se los pueden quitar porque son de ellos, se han apropiado de esos proyectos y de concretarlos.

Y nosotros, encantados, porque al final no se trata de protagonismos, se trata de que nosotros tenemos unas capacidades que debemos ofrecer, obligatoriamente, a la sociedad que confía en nosotros. Debemos, es nuestra responsabilidad, utilizarnos para la mejora de la salud de los pacientes que utilizan medicamentos y de eso se trata, nada más ni nada menos, nuestra profesión. Disculpen mi apasionamiento pero me gusta mucho la profesión y mi trabajo.

*Público: –Aparte de felicitarlo porque la exposición fue muy buena, me quedó algo pendiente sobre el tema de los turnos. Acá nos encontramos con que los farmacéuticos nos dicen “Tengo que estar sentado sin atender y eso es antieconómico y no lo quiero hacer” pero usted nos contó cómo trabajan allá y me parece que puede sernos útil.*

Ángel Garay Garay: –Sí, nosotros hicimos una Ley de ordenación farmacéutica y había obligación de atender a la población. Esta es una de sus virtudes. A la farmacia le hace muy bien el acceso al medicamento; este se garantiza las 24 horas, los 365 días del año, lo que significa que tiene que haber guardias al mediodía y también lo que denominamos urgencias, que van de 10 de la noche a 9 de la mañana. Sin embargo, había lugares donde, debido al carácter familiar de la farmacia la gente no descansaba o bien se superponían abiertas de un modo nada rentable tres farmacias en el radio de pocas cuadras. Por lo tanto, había que poner un poco de racionalidad a la cosa y entonces le propusimos al gobierno si podíamos poner, de guardia durante todo el año, a una misma farmacia y luego rotar su servicio de urgencias a otra.

De este modo, es posible contratar farmacéuticos para que realicen el servicio y, además, es posible que esos farmacéuticos interaccionen con los médicos de urgencia, con el fin de resolver muchos problemas. Pues bien, así se está haciendo actualmente si bien tengo que decirles que, como ese servicio hoy se paga, es ineficiente en Bilbao y otros lugares y solo en San Sebastián ha sido algo rentable. El tema es que tenemos que cambiar el concepto de servicio farmacéutico ante la población y explicar que el servicio de farmacia comunitaria es un servicio que lo dan los farmacéuticos pero lo pagamos entre todos. Tenemos que lograr ponerlo en valor, porque se trata de atención farmacéutica y acceso al medicamento las 24 horas, los 365 días del año.

Cuando esto se entiende así, se logra que las farmacias comunitarias paguen más dinero para que las zonas donde hay déficit se puedan cubrir. El servicio, entonces, es darse cuenta de que no estamos atendiendo de forma individual a



nuestros pacientes sino globalmente. Es la profesión y la farmacia comunitaria las que atienden las necesidades y la sociedad lo tiene que ver así y por eso te deja a ti, confía en ti y te da ese monopolio, entre comillas.

*Público: –Creo que esto que acaba de decir Ángel es el fundamento de la red, uno es fuerte porque forma parte de una red donde lo individual está al servicio general, entonces se produce esa compensación de la que están hablando. Yo te quería consultar respecto del honorario por servicio y también cómo han mostrado la evidencia y qué perspectiva le ves en el País Vasco, en España en general y en otros países europeos.*

Ángel Garay Garay: –Es muy importante, si vas a reivindicar un servicio que quieres que sea remunerado, demostrar sus virtudes. Es decir que ese servicio tiene que demostrar sus resultados, las evidencias, pero también tienes que hacer un buen plan económico. El programa conSIGUE, por ejemplo, ha generado varias tesis doctorales. Una que pronto se va a publicar trata el cálculo del costo que tiene para la farmacia el implantar un servicio tan completo como el seguimiento. Esto es bastante difícil, porque cuando la tarea de la farmacia está avanzada puede atender muchos pacientes, pero al comienzo cuesta, por eso el formador colegial va en su ayuda, para fortalecerla y apoyarla.

También tenemos que definir y ponernos de acuerdo en la terminología. Porque cuando decimos “seguimiento farmacéutico o farmacoterapéutico” nos referimos a valorar que la terapia que se ha implantado y a comprobar que todo el proceso de uso de un medicamento produce un resultado positivo. Y eso lo hace el farmacéutico preparado y registrado. Entonces hay que calcular cuánto cuesta ese tiempo del profesional y, según, la tesis doctoral de la que les hablo ese valor está en 23 euros por paciente, por mes. Eso es justamente lo que vamos a pagar a las farmacias piloto que van hacer ese proyecto de seguimiento.

Se me ha olvidado decir que también tenemos un Foro de atención farmacéutica, es decir, una institución donde participa gente muy distinta, de asociaciones científicas, farmacéuticas, del Consejo, de la organización farmacéutica colegial y de distintos grupos de investigación de la Universidad de Granada.

*Público: –Me interesaría saber un poco más acerca del instructor colegiado que trabaja con la farmacia comunitaria. Concretamente, en la ciudad de Rosario hace siete años que diseñamos y pusimos en marcha una unidad de farmacoterapia mediante un convenio conjunto entre la Facultad de Farmacia de la Universidad*

*Nacional de Rosario (que puso todo lo académicamente necesario para que la unidad de optimización de la farmacoterapia se ponga en marcha) y el Colegio de Farmacéuticos de la 2da circunscripción de la provincia, que tuvo la grandeza de aportar en lo económico para que los dos colegas becarios de este acuerdo pudieran entrevistar pacientes.*

*Somos un grupo interdisciplinario de farmacéuticos, algunos especialistas en farmacia clínica, otros en gestión, psicólogos y abogados, que concretamente lo que hacemos es brindar seguimiento y optimización de la farmacoterapia a la población. Se trata de un servicio gratuito porque justamente nace de la Universidad y lo sustenta económicamente nuestro Colegio. Sin embargo, la principal dificultad que tuvimos –a pesar de que nacimos como un espacio al que los colegas pudieran derivar todo el trabajo que no pueden realizar en sus farmacias– fue, para nuestra sorpresa, que los principales derivadores de pacientes al servicio son los médicos. Así comprobamos que las personas a las que más nos cuesta explicarles lo que hacemos son nuestros propios colegas.*

*Lo que más nos cuesta es comprender “hacia dentro” la importancia de estos servicios. Ganamos becas de vinculación tecnológica y de extensión, participamos por videoconferencia, somos docentes de la carrera de la especialidad en Atención farmacéutica en una Universidad de Zaragoza pero nos cuesta horrores que los colegas de nuestras farmacias nos deriven pacientes o entiendan la importancia de usar un servicio que tienen a su disposición.*

Ángel Garay Garay: –Estoy totalmente de acuerdo. No pasa solo en Rosario, pasa también en mi ciudad, exactamente así, y todos sabemos que el cambio de rol dentro de la farmacia no va a ser fácil. En Australia, hace ya años pusieron servicios de seguimiento remunerados y convencieron al gobierno para que ponga el dinero. El primer año el gobierno subsidió el servicio porque había una expectativa, sin embargo, tuvieron que devolver el dinero porque ninguna farmacia brindó el servicio. ¿Qué es lo que pasó? Que es muy difícil cambiar el pensamiento y las costumbres: “Si yo tengo una farmacia, vivo de la caja que hago. Entonces no me vengas con cuentos chinos, yo vivo de lo que vendo que ya me lleva un montón de tiempo. No me pidas más porque estoy perdiendo tiempo, ventas, y además no me remunera”.



Esas son las barreras. Como tú dices, primero hay que convencer a los colegas sobre el cambio de rol, ayudar a cada farmacia. Por lo tanto, es imprescindible que haya una persona preparada para que los acompañe en ese cambio, porque tienen que transitar un proceso de transformación y hacer una catarsis. Muchas gracias.



*Marcelo Fernández Cobo, Manuel Agotegaray y Miguel Ángel Osio*



> ACTO DE CIERRE

## ACTO DE CIERRE

*A continuación, vamos a cerrar formalmente las 15tas. Jornadas Federales y 14ras. Jornadas Internacionales Política, Economía y Gestión de Medicamentos. Para coronar estos intensos encuentros de trabajo, toman la palabra el farmacéutico Manuel Solari, Coordinador de la Comisión Jóvenes FEFARA, Natalia Rodríguez, Vicepresidenta Segunda, y Manuel Agotegaray, Presidente de FEFARA.*

### **Manuel Solari**

*Coordinador de la Comisión Jóvenes FEFARA*

Muchas gracias, soy farmacéutico de la Provincia de San Luis y debo empezar agradeciendo la participación de todos los jóvenes que se acercaron a estas Jornadas. Nos ha costado mucho organizar las delegaciones y los viajes, pero finalmente aquí estamos, aprendiendo, discutiendo. Nos han hecho trabajar muchísimo. Quiero agradecer como siempre a FEFARA, porque hace ya cuatro años que los jóvenes venimos participando y creciendo cuantitativamente y, durante todo este tiempo, hemos estado empoderándonos en nuestra profesión.

Les cuento brevemente nuestra actividad, que este año se ha potenciado de manera notable. Lo que hacemos es tomarnos un espacio de las Jornadas, mezclarlos entre las distintas delegaciones y tomar la posta sobre alguna temática. Esta vez tomamos como eje algunos aspectos de la disertación de Ángel Garay Garay, ya que consideramos que es desde las universidades desde donde se puede lograr un gran cambio y ello se dará a través de los programas de estudio. En estas ideas hemos trabajado, en problematizar esos programas de estudio, los cuales si bien nos forman, creemos que arrastran demasiadas deficiencias.

Otro tema que nos interesó tratar seriamente es que, en la actualidad, surgió toda la problemática en torno a los medicamentos biotecnológicos. Respecto de esto, sabemos que somos nosotros, los farmacéuticos, quienes tenemos que exigir formar parte de la discusión y de su dispensación. Por eso, debemos exigir que nos abran las puertas de la industria de los medicamentos biológicos, porque es fundamental, porque estos medicamentos tienen un alto costo y además son los que se están utilizando cada vez más. Sin duda, nuestro trabajo y la práctica cotidiana de la farmacia se van a relacionar cada vez más con estos productos y, por lo tanto, necesitamos conocerlos y estudiarlos.

El tema de las prácticas profesionales es otro ejemplo. En nuestra carrera, estas prácticas son acotadas, aceleradas y, entonces, tal vez al contrario de lo que algunos estudiantes piensan, nosotros queremos tener más prácticas profesionales y más materias específicas, para salir mejor formados. Por este motivo, también quiero y queremos agradecer instancias como estas Jornadas, porque nos permiten capacitarnos, renovar nuestros conocimientos, actualizarnos.

Otra de las dificultades que vemos desde las universidades es cómo se elude el tema del rol del farmacéutico como gestor. Efectivamente, no nos enseñan a gestionar, y cuando nos referimos a gestionar no hablamos solamente de los recursos económicos con cuya administración sin duda nos tenemos que encontrar cuando ya estamos insertos laboralmente, sino que también hablamos de gestionar correctamente los recursos humanos y todos los recursos que debe manejar un farmacéutico en tanto es el líder de su espacio de trabajo, ya que la gestión es un conjunto de herramientas que nosotros discutimos para poder brindar un servicio profesional de excelencia a la comunidad. Como dijo Ángel, hay que apostar al ganador, porque apostar al farmacéutico y a los jóvenes es, para nuestra profesión, apostar al ganador.



Por último, quiero destacar que los jóvenes fuimos de algún modo visionarios, ya que venimos armando esa red de la que se habló bastante durante las Mesas y los encuentros de estas Jornadas. Todos formamos parte de esta red de trabajo profesional y nos sentimos cada día más comprometidos. FEFARA nos da este espacio de discusión y conocimiento pero también nos desafía permanentemente. De hecho, nos reconocen pero nos incitan a seguir por más, y eso a nosotros nos interesa y nos apasiona. Por eso, gracias a todos por el espacio. Muchas gracias a FEFARA y a todos los asistentes.

### **Natalia Rodríguez**

*Vicepresidenta Segunda de FEFARA*

Este año creo que las Jornadas Profesionales nos superaron gratamente. Digo que nos superaron porque se presentó un 50% más de trabajos que el año anterior. Y, entre estos trabajos sumamente interesantes y comprometidos con el quehacer de la profesión, se seleccionaron 30 para ser expuestos y discutidos. Por otra parte, también tuvimos una instancia de tutorías, que constituyó un profundo y extenuante trabajo previo.

Quienes integran el Comité Evaluador de las 4tas. Jornadas Profesionales Farmacéuticas y toda la gente de FEFARA trabajaron en horarios inusitados, ya que todos tienen además sus propios trabajos. Del mismo modo y con igual intensidad lo han hecho todos los profesionales que estudian, investigan y presentan sus trabajos. Esto hace que estemos todos agotados, pero muy satisfechos.

Creo que ser seleccionado ya es todo un premio. Es un logro tener expuestos 32 trabajos académicos, así que todos los participantes considérense premiados. Quiero que sepan que además de la participación en las Mesas, las Jornadas tienen otras instancias para dar conocimiento y difusión de las investigaciones presentadas. Por un lado, el póster en físico, que está exhibido para quienes quieran verlo. Por otro lado, el resumen que es publicado en nuestro libro, más la exposición del autor. Todo ello requiere dedicación, compromiso, trabajo. Sin duda, se trata de una enorme instancia educativa y esperamos que así lo experimenten.

También notamos que existe una marcada diferencia entre los trabajos de investigación que se realizan, que son de universidades, con aquellos que pertenecen a los farmacéuticos comunitarios, que se realizan desde otra mirada, muy espe-

cífica, desde el trabajo que desarrollan en sus oficinas de farmacia. Por ello, es siempre un desafío poder equilibrar las diferentes autorías y aportes.

Gracias a Alejandro Farioli, a Dolores Tellería, y a todos quienes están en los detalles que a veces nosotros ni siquiera pensamos y, con ellos, nombro y hago extensivo el agradecimiento a todo el equipo de FEFARA. Son especiales y son el alma de estas Jornadas. Gracias al público, a los colegas y a todos los participantes.

### **Manuel Agotegaray**

*Presidente de FEFARA*

Sin duda, las expectativas que teníamos con estas Jornadas este año han sido totalmente excedidas y colmadas. Por otro lado, espero que el excelente clima de trabajo y de discusión que tuvimos, entre todos los participantes, haya permitido disimular los posibles errores.

Este año nos planteamos tomar la temática de la farmacia comunitaria como un desafío, porque creo que por diferentes causas, hoy y en nuestro país, la farmacia comunitaria está atravesando un momento crítico. Al planificar estas Jornadas, conversamos con Carlos Vasallo y procuramos convocar disertantes que nos pudieran aportar a este tema, desde las transformaciones que estaban viviendo en sus propios países. Por eso buscamos mercados donde existiera alguna semejanza con lo que le puede llegar a pasar a la farmacia independiente oficial de la Argentina.

Fundamentalmente, pensamos en la cercanía del mercado chileno, ya que todos conocemos la concentración del mercado que se está dando a través de las poderosas cadenas farmacéuticas. Algo similar a lo que ocurre actualmente en nuestro país frente a la presencia de la cadena farmacéutica más grande, no sé si en cantidad de farmacias, pero sí en cuanto a poder económico. Hoy por hoy, además, tan cercana al poder político. Este dato obviamente nos cambia el escenario y, nosotros, quienes somos dirigentes, tenemos la obligación de reconocer esta situación, para pensar y analizar cómo vamos creando barreras y diseñando estrategias para que los colegas puedan seguir teniendo una farmacia rentable, que sea sustentable y que les permita ejercer la profesión de manera independiente.



Escuchamos atentamente el caso de Chile, a partir del análisis de la colega Tatiana Tobar. Como también todo lo concerniente al caso del mercado farmacéutico de México, que nos expuso en su disertación Iván Franco, con su análisis y profundización tanto de los aspectos legales del mercado del medicamento, como así también de las modalidades que adquiere infringir las normas.

Hoy concretamente, con la presentación de Ángel Garay Garay –y durante estos dos días que venimos trabajando con él–, observamos de cerca cómo funciona una farmacia todavía regulada por el Estado, como ocurre en el caso del País Vasco. Sin duda, con otras características que tienen ellos, bastante diferentes de las que nos tocan a nosotros, respecto de ejercer la profesión, sobre todo porque el nuestro es un sistema de salud altamente fragmentado.

Otro tema fundamental que Ángel nos mostró y desarrolló extensamente es la fuerza emanada de convencer a los políticos –apelando a su influencia y poder de decisión– acerca de la importancia de los servicios farmacéuticos, sobre todo en su comunidad, donde los funcionarios reconocen con claridad que dar importancia a la cobertura de salud de la población es una acción redituable en términos de votos. Algo que, sin embargo, en nuestro país no ocurre de manera semejante.

Lamentablemente, acá se da exactamente al revés. Cualquier político que uno contacta para hablar de estas cosas plantea que, según las encuestas, el interés de la población por el tema salud se posiciona en un quinto o sexto lugar. Entonces, obviamente, tratar seriamente el tema no les trae tantos votos y, por lo tanto, se vuelve muy difícil implementar nuestros intereses o desarrollar una discusión responsable. Por eso estas Jornadas son tan importantes para nosotros, para seguir debatiendo y luchando. Por estos motivos, estamos discutiendo las bases del Plan estratégico de FEFARA. En este sentido, un gran objetivo de nuestros intercambios lo constituye la defensa y sustentabilidad de la oficina de farmacia comunitaria, tal como la planteaba la colega y profesional Consuelo Orellana.

En estos momentos críticos, también les quiero transmitir la tranquilidad de que, por primera vez en veinte años, la mayor Obra social de país que es el Pami rescinde su convenio, lo que implica que, por primera vez, los farmacéuticos estamos a la altura de las circunstancias. De este modo les demostramos al mercado, al Gobierno nacional y al Pami que los farmacéuticos estamos preparados técnicamente, informáticamente, que podemos desempeñar un rol eficiente y necesario en la comunidad para brindar servicios de salud.

Sin duda, tenemos que generar un tipo de vínculo alternativo hacia el futuro, diferente de ese contrato que nos dejó en una posición cautiva, en una relación con la industria que nos hacía totalmente dependientes. Hoy, en cambio, tenemos la tranquilidad de que técnicamente les demostramos que podemos.

Posiblemente no estén dadas ahora las condiciones políticas como para que un gobierno pegue un salto de esa magnitud, sin pagar un alto costo ante la población en los medios de comunicación, ya que es muy probable que se extienda la sensación de que los pacientes podrían quedarse sin medicamentos. Sin embargo, nosotros tenemos la obligación de seguir trabajando con la misma seguridad, con la misma convicción, para que cuando llegue el día –que seguramente va a llegar, no tengo ninguna duda–, nosotros tengamos los deberes hechos y estemos a la altura de las circunstancias. Es muy difícil exigir y negociar si nosotros no hacemos primero los deberes. En eso estamos desde FEFARA, en preparar las condiciones, ya que existen muchísimos intereses políticos y, a veces, lo que debería ser lógico, en nuestro país no se implementa.

No obstante eso, estamos convencidos de que tenemos que seguir trabajando. Recién se hablaba de algo que se discute desde hace muchísimos años, que es el tema de la colaboración público-privada. Sobre esto tuvimos reuniones, fuimos con Carlos Vasallo, nos reunimos con el entonces viceministro de Salud y le presentamos el Plan de accesibilidad ciudadana que tenemos en FEFARA, mediante el cual tranquilamente le podemos dar a las personas desprotegidas de este país el mismo servicio que brinda una medicina privada, gracias a la informatización de las farmacias. Sin embargo, no tuvimos suerte. Digamos que esperábamos que el funcionario nos llamara para implementarlo, pero luego sobrevinieron los cambios.

Hoy, durante estas Jornadas, retomamos la comunicación con dos nuevos funcionarios que han sido disertantes, con Adolfo Ponce de León y con Carlos Alberto Ubeira. Nos reuniremos con ellos la semana que viene, iremos la otra, pero sobre todo, lo que quiero transmitirles es que siempre estamos generando propuestas, acciones y proyectos que brinden soluciones, porque ese es realmente el motivo por el cual trabajamos.

Durante la apertura de estas Jornadas, yo planteaba lo que significa la ubicación que tenemos que tener como una Red de farmacias. Porque desde FEFARA, consideramos que el posicionamiento es la única forma que tenemos para continuar

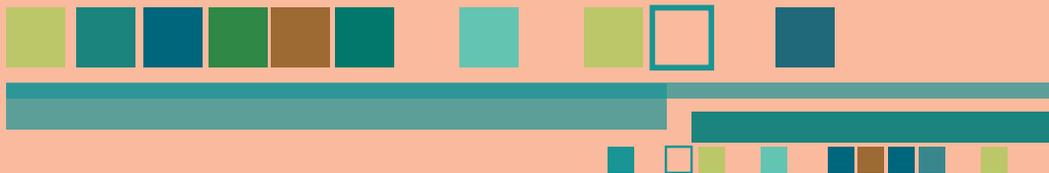


existiendo. Por eso ahora, y para ir cerrando, les quiero transmitir que estamos muy contentos y muy agradecidos.

Principalmente, tenemos que agradecer a los Colegios integrantes de FEFARA, desde donde se realizan esfuerzos muy grandes para que las Jornadas se puedan concretar. También queremos agradecer a los estudiantes, que comparten pensamiento y discusiones con nosotros, y a los disertantes, que nos dan su tiempo y sus ideas, y saben que las reglas de juego son muy claras ya que, con responsabilidad, pueden realizar todo tipo de propuestas sin limitación alguna.

Un fuerte agradecimiento a muchas personas que nos acompañan y nos facilitan la implementación y el desarrollo de las Jornadas, como Natalia Rodríguez, Dolores Tellería, Alejandro Farioli, Cintia Pozzer, Damián Sudano, y muchos otros que son parte de lo que es FEFARA, sin ser farmacéuticos, pero llevando con convicción la camiseta puesta, tanto como para pasarse tres o cuatro días en cualquier lugar que elegimos para hacer nuestras Jornadas. Estamos realmente orgullosos de ustedes.

Va un enorme agradecimiento a los colegas santiagueños que nos recibieron con gran solidaridad. Y, ya pensando en el futuro, hablamos con Teresa Albizúa porque el año que viene tal vez nos vayamos para Neuquén. Simplemente, muchísimas gracias a todos y será hasta que nos reencontremos el año próximo.



# 4<sup>tas.</sup> Jornadas Profesionales Farmacéuticas

8 y 9 de junio de 2017

Hotel Amerian Carlos V

Termas de Río Hondo, Santiago del Estero, Argentina







## 4<sup>TAS</sup>. JORNADAS PROFESIONALES FARMACÉUTICAS

### *Prefacio*

*Durante estas 4tas. Jornadas Profesionales Farmacéuticas, el Comité Evaluador se ha encontrado frente al desafío de una creciente cantidad y calidad en los trabajos presentados. En efecto, este año recibimos un 50% más de trabajos que durante las Jornadas anteriores y observamos cómo se diversifican los focos de interés, además de comprender la gran incidencia de nuestra profesión sobre la calidad de los servicios que recibe la población.*

*En esta edición de nuestras Jornadas, por primera vez se instaló una instancia de tutorías previas, disponible para todos los interesados, lo que resultó ser una muy buena experiencia, que continuará el año que viene.*

*Si bien se deben seleccionar, por una cuestión de organización y de tiempos, solamente 30 trabajos, todos fueron sumamente interesantes y sin duda colocan en valor nuestra profesión farmacéutica, en cada ámbito de incumbencia. Enmarcados en las áreas temáticas correspondientes, más allá de las menciones especiales alcanzadas y del Primer premio que se elige cada año, consideramos que ser seleccionados para exponer ya constituye un galardón en sí mismo para todos los participantes.*

*Es importante destacar que estas Jornadas tienen tres instancias de presentación. Por un lado, contamos con la confección de los pósteres, que son expuestos de modo permanente*

durante el desarrollo de los encuentros. Luego, se desarrolla la exposición de los autores, ya sea en modalidad de Defensa del póster o Mesa de exposición oral y, finalmente, el resumen de cada trabajo se publica en el presente libro y en la Biblioteca digital de FEFARA.

Desde FEFARA, agradecemos al Comité Evaluador por la ardua tarea llevada a cabo en las instancias previas a las Jornadas, por el trabajo realizado durante el desarrollo y por la permanente docencia que ejercen, tanto hacia los autores de los trabajos como hacia nosotros como institución. En este sentido, reafirmamos nuestro compromiso de continuar por este camino, desde una interacción de respeto, tolerancia y superación permanentes.

Farm. Manuel Agotegaray  
Presidente de FEFARA

---

### Comité Evaluador

- Mgter. Ana María González (*Facultad de Bioquímica Universidad Nacional del Litoral - Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe 1° Circunscripción*)
- Mgter. Carlos Vasallo (*Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral*)
- Dra. Claudia Ortega (*Facultad de Farmacia, Universidad Nacional de San Luis - Colegio de Farmacéuticos de San Luis*)
- Dra. Diana González (*Facultad de Farmacia, Universidad Nacional de San Luis*)
- Farm. José Antonio Cid (*Facultad de Farmacia, Universidad Nacional de San Luis*)
- Farm. Esp. Marisa Bazzano (*Hospital Universitario Austral*)
- Farm. Miguel Osio (*Universidad Nacional de La Pampa*)
- Dra. Paula García (*Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, Universidad Nacional de Rosario*)
- Dr. Peregrino Selser (*Universidad Austral*)
- Farm. Roberto Uliana (*Facultad de Ciencias Exactas, Universidad Nacional de Misiones*)
- Farm. Silvina Fontana (*Colegio Farmacéutico Santa Fe 1° Circunscripción*)
- Dr. Pedro Armando (*Facultad de Ciencias Químicas, Universidad Nacional de Córdoba*)
- Dra. Carola Muzzetti (*Ministerio de Salud de la Nación*)
- Mgter. Williams René Pedrozo (*Ministerio de Salud Pública Misiones, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de las Misiones*)
- Dr. Juan Pablo Real (*Facultad de Ciencias Químicas, Universidad Nacional de Córdoba*)
- Prof. Esp. Farm. Mercedes Stein (*Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales, Universidad Nacional de Misiones*)

### Coordinador

- Farm. José Antonio Cid (FEFARA)

### Secretaría del Comité Evaluador

- Farm. Natalia Rodríguez (FEFARA)

# ÍNDICE DE TRABAJOS SELECCIONADOS

## Pósters

- Evaluación de pH y concentración de formulaciones líquidas orales pediátricas de Enalapril maleato. *Autor principal: Juan Marcos Calvo Kremnitzer. Coautores: Cianchino, V.; Gette, M.; Álvarez, M.*..... 243
- Revisión de medicación inapropiada según criterios *stopp* en pacientes mayores internados en un servicio de clínica médica del Hospital de San Luís. *Autora principal: Mariela Camargo. Coautores: Ávila, A.; Bustamante, A.; Ibalborde, G.* ..... 244
- Análisis de errores de medicación e implantación de estrategias de mejora en un hospital de tercer nivel. *Autora: Marcela Viviana Valenciaga*... 245
- Diseño de la configuración edilicia de una farmacia hospitalaria basada en la gestión de los procesos. *Autora principal: Carolina Bustos Fierro. Coautor: Sobrero, C.B.*..... 247
- Intervenciones farmacéuticas para garantizar tratamientos antirretrovirales ante la falta de combinación a dosis única, en un servicio de farmacia hospitalaria. *Autora principal: Sandra Lemos. Coautores: Silva, F.; Zamora, A.; Coseani, M.; Rivera Sánchez, E.*..... 248
- Caracterización de preparaciones magistrales pediátricas elaboradas en farmacias comunitarias. *Autora principal: Indiana Vignolo. Coautores: Cirelli, O.; Asinari, M.*..... 250
- Caracterización de las formas polimórficas de Meloxicam. Desarrollo de un modelo multivariado para determinar proporción polimórfica y predecir el perfil de disolución de comprimidos comerciales. *Autora principal: Marina Antonio. Coautores: Kaufman, T.S.; Maggio, R.M.* ..... 251
- Desarrollo de un ensayo de disolución para formas sólidas de Diclofenac sódico. Discriminación de pseudo-polimorfos. *Autor principal: Salazar Rojas, Duvernís. Coautores: Kaufman, T.S.; Maggio, R.M.*..... 253
- Análisis de la adecuación a la normativa vigente de prospectos, etiquetas y rótulos de medicamentos de venta libre. *Autora principal: Maitena Moscardó. Coautores: Zabala, V.; Cassano, A.; Rossaroli, S.; Armando, P.* ..... 254

|  |     |
|--|-----|
| Plurifarmacia en adultos mayores. Revisión de las indicaciones al ingreso sanatorial según criterios <i>stopp/start</i> en el servicio de cuidados intermedios. <i>Autora: Roxana Isabel Cascone</i> .....   | 256 |
| Un caso de bradicardia e hipotensión asociada a infusión de fenitoína en adulto mayor. <i>Autora principal: Romina Belén Gaggioli. Coautores: Calvo, J.; Valenciaga, M.</i> .....  | 257 |
| Resultados derivados de la aplicación de un protocolo de resfrío durante la prestación del servicio de indicación farmacéutica. <i>Autora: Cristina Beatriz Grosso</i> .....   | 258 |
| Desarrollo y optimización de gotas de Atenolol para el tratamiento de cardiopatías en pacientes pediátricos. <i>Autor principal: Mauro Gaspar Morri. Coautores: Castellano, P.; Vignaduzzo, S.</i> .....   | 262 |
| Reformulación de comprimidos de Bosentan monohidrato para un paciente pediátrico. <i>Autora principal: Graciela Edelweis Núñez. Coautora: Romañuk, C.</i> .....  | 263 |
| Diseño y caracterización fisicoquímica de complejos de inclusión utilizando Sulfobutileter $\beta$ Ciclodextrina/beznidazol. <i>Autor: Daniel Andrés Real. Coautores: Leonardi, D.; Salomón, C.</i> .....  | 265 |
| Tamizaje fitoquímico y cuantificación de metabolitos con capacidad antioxidante en extractos de quinua. <i>Autora principal: Ana Laura Ruiz. Coautores: Díaz, M.J.; Santana Sánchez, A.M.; Michel, A.del R.; Aguilar, M.F.; Fontenla, R.F.; Urquiza, N.M.; Manca, S.G.; Moyano, M.A.</i> ..... | 267 |
| Valoración del conocimiento y la adherencia en usuarias de anticonceptivos orales: estudio piloto. <i>Autora principal: Melisa Cordero. Coautores: Fava, G.; Zurlo, M.; Hernández Colque, M.; Armando, P.</i> .....  | 268 |

## Exposiciones orales

|   |     |
|---|-----|
| <ul style="list-style-type: none"> <li> <b>Panel N° 1: Farmacia comunitaria</b><br/> <i>Coordinador: Pedro Armando (Comité Evaluador)</i>.....         </li> </ul>  | 272 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>           Necesidad en la capacitación en la lengua de señas en Argentina para una adecuada atención farmacéutica a la comunidad con discapacidad auditiva. <i>Autora principal: Lorena Beitia. Coautores: Luraschi, G.; Eriij, S.; Melito, G.</i>.....         </li> </ul> | 272 |

|  |     |
|--|-----|
| <p>Relevamiento de dispensación de anticoncepción hormonal de emergencia <i>versus</i> preservativos y la educación sexual adquirida por los pacientes en farmacias oficinales de Posadas. <i>Autora principal: Vania Beatric Ilchuk. Coautores: Flores, M.; Rivas, R.; Ostrowski, M.</i>.....</p>                             | 273 |
| <p>Intervención farmacéutica en la dispensación de medicamentos que pueden afectar la capacidad de conducir. <i>Autora principal: Silvana Anahí Acuña Mesina. Coautores: Rossaroli, S.; Lépori, A.; Armando, P.</i>.....</p>   | 274 |
| <p>• <b>Panel N° 2: Otros temas de interés farmacéutico</b></p>  |     |
| <p><i>Coordinador: Juan Pablo Real (Comité Evaluador)</i> .....</p>  | 276 |
| <p>Propuesta para la implementación de un sistema de autorización <i>on line</i> de vales de psicotrópicos y estupefacientes en la Provincia de San Luis. <i>Autora principal: Ana Griselda Andíñach. Coautores: Rotelli, A.</i>.....</p>  | 276 |
| <p>Instituto de preparadores magistrales y sus actividades. una respuesta a necesidades de farmacéuticos comunitarios formulistas. <i>Autora principal: Mónica Asinari. Coautores: Cirelli, O.; Vignolo, I.</i>.....</p>   | 277 |
| <p>Suplemento dietario con ingredientes no permitidos, accesible por Internet. <i>Autora principal: Adriana Cuello. Coautores: Paganí, M.; Sinelli J.; De Zan, M.; Caro, Y.</i> .....</p>  | 279 |
| <p>Servicios profesionales en farmacias comunitarias como eje de una nueva experiencia docente. <i>Autora principal: Natalia Ángel Villegas. Coautores: Real, J.P.; Formica, M.L.; Palma, S.D.</i>.....</p>  | 280 |
| <p>• <b>Panel N° 3: Farmacia hospitalaria</b></p>  |     |
| <p><i>Coordinador: Marisa Bazzano (Comité Evaluador)</i> .....</p>   | 284 |
| <p>Intervención del farmacéutico clínico en la reducción de la prescripción inapropiada y de la prescripción apropiada omitida de medicamentos. <i>Autora principal: Ana Fajreldines. Coautores: Valerio, M.; Malvicini, A.; Piccirilli, G.; González, V.; Davide, L.; Insúa, J.; Schnitzler, E.; Pellizzari, M.</i> .....</p> | 284 |
| <p>Reacción adversa cutánea al tratamiento con extracto de ginkgo biloba: presentación de un caso. <i>Autor principal: Oscar Vera. Coautores: Sierra, P.; Romañuk, C.</i>.....</p>   | 285 |

|  |     |
|--|-----|
| Algoritmo de intercambio terapéutico. <i>Autora principal: Alejandra de Guernica</i> .....   | 287 |
| <b>• Panel N° 4: Tecnología farmacéutica</b>   |     |
| <i>Coordinadora: Claudia Ortega (Comité Evaluador)</i> .....   | 288 |
| Caracterización de tres formulaciones de películas bucales mucoadhesivas con actividad antifúngica basadas en Quitosano/ carbopol. <i>Autor principal: Guillermo Tejada. Coautores: Sortino, M.; Lamas, M.C.; Leonardi, D.</i> .....                     | 288 |
| Nanocristales redispersables de Albendazol obtenidos por homogeneización de alta presión y secado por aspersión: caracterización físico-química. <i>Autor principal: Alejandro J. Paredes. Coautores: Allemandi, D.; Palma, S.</i> .....                 | 289 |
| Estudio de la inhibición y disrupción de biofilm de E.coli tratado con extractos de arándanos. <i>Autora principal: María Paola Muratore Lorenzi. Coautores: Santana Arriazu, M.; Heredia Alemán, B.; Urquiza, N.M.; Manca, S.G.; Moyano, M.A.</i> ..... | 291 |
| Screening de extractos de plantas de la flora argentina con actividad antifúngica potenciada contra <i>cándida albicans</i> en combinación con Itraconazol. <i>Autora principal: Estefanía Cordisco. Coautores: Sortino, M.; Svetaz, L.</i> .....        | 292 |

## PÓSTERS

### EVALUACIÓN DE PH Y CONCENTRACIÓN DE FORMULACIONES LÍQUIDAS ORALES PEDIÁTRICAS DE ENALAPRIL MALEATO

**Calvo Kremnitzer, J.M.**

*Hospital San Luis, San Luis.*

#### INTRODUCCIÓN

Enalapril maleato (*em*) es un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, utilizado en el tratamiento de la hipertensión arterial y algunos tipos de insuficiencia cardíaca. En Argentina, la especialidad farmacéutica de *em* está disponible bajo la forma comprimidos, por lo tanto, el desarrollo de una formulación líquida es esencial para la farmacoterapia pediátrica. En el Servicio de Farmacia del Hospital San Luis, se prepara una solución de *em* sin disponer de datos de estabilidad y se emplean nipas como conservantes; datos bibliográficos indican que estos correctivos son efectivos y estables a pH: 4 a 8, mientras que en fórmulas orales de *em*, el pH óptimo es aproximado a 3.

#### OBJETIVO

Evaluar el pH y la concentración de diferentes formulaciones líquidas orales pediátricas de enalapril maleato.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se prepararon tres formulaciones con 2 mg/ml de enalapril maleato (Parafarm®). En F1 se emplearon nipas sódicas, sorbitol 70% y agua destilada. Para F2 se usó agua destilada y jarabe simple como vehículos. En F3 se empleó glicerina y como vehículo la combinación de una solución de metilcelulosa 1% y jarabe simple. A diferencia de F1, en F2 y F3 se utilizaron benzoato de sodio como conservador y buffer cítrico-citrato sódico para ajustar a pH 3-3,5. Las fórmulas se estudiaron evaluando: características organolépticas (aspecto y color), pH y concentración durante 60 días. Las muestras se almacenaron en frascos ámbar y transparentes a 4 y 25°C. La concentración de *em* se analizó mediante HPLC (Dionex autosampler y detección UV 215 nm). Se recogieron alícuotas a 0, 15, 30, 45 y 60 días, se diluyeron a 0,2 mg/ml con buffer fosfato pH 2,2 y se analizaron por triplicado.

## RESULTADOS

El aspecto y color no se modificó durante las 8 semanas de estudio. El pH se mantuvo entre 3 y 4. La concentración media de *em* en F1 fue > 90% durante los primeros 45 días de estudio; en F2 fue > al 97% a los 45 días y más de 90% al finalizar el estudio. En F3 se observó a los 30 días una disminución marcada de la concentración de *em* ( $\approx$  82%), en todas las condiciones de trabajo.

## CONCLUSIONES

Las tres formulaciones mantuvieron inalterados sus caracteres organolépticos y los valores de pH. F2 mantuvo el mayor porcentaje de concentración en el tiempo, por encima del 90%, siendo la más estable de las formulaciones.

## REVISIÓN DE MEDICACIÓN INAPROPIADA SEGÚN CRITERIOS STOPP EN PACIENTES MAYORES INTERNADOS EN UN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL HOSPITAL SAN LUIS

*Ávila, A.; Camargo, M.; Bustamante, A.; Ibalborde, G.*

*Hospital San Luis, San Luis.*

## INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores son un grupo heterogéneo donde a menudo coexisten múltiples enfermedades para las que se prescribe un elevado número de medicamentos. Este hecho, sumado a los cambios metabólicos farmacocinéticos y farmacodinámicos propios de la edad, conlleva un aumento del riesgo de aparición de interacciones y de reacciones adversas a los medicamentos. En este contexto, la prescripción de fármacos inapropiados es un problema frecuente. Numerosos estudios demuestran que los criterios STOPP (Screening Tools of Older Person's Prescriptions) constituyen una herramienta útil para la identificación de medicación potencialmente inapropiada (MPI) y para facilitar una prescripción adecuada en pacientes mayores, por lo que decidimos aplicarla en nuestra investigación.

## OBJETIVO

Analizar la MPI según los criterios STOPP Edición 2014 en pacientes adultos mayores internados del servicio de clínica médica del Hospital San Luis.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal. Se incluyeron pacientes  $\geq 65$  años, internados en Clínica Médica durante 2 meses (abril-mayo 2016), polimedicados. Se consideró polimedicado al paciente con prescripción de 3 o más medicamentos. Se excluyeron pacientes con cáncer terminal. Las variables registradas fueron edad, género, diagnóstico, tratamiento farmacológico y número de medicamentos indicados, valores de creatinina, potasio, sodio y calcio en sangre. Cada receta se chequeó con las listas de los criterios STOPP Edición 2014. Para la valoración de cada tratamiento se revisó la historia clínica y, cuando fue necesario, se entrevistó al paciente o cuidador y al médico. Los datos obtenidos se analizaron con Excel®.

## RESULTADOS

Se revisaron las prescripciones correspondientes a 59 pacientes; media de edad 74 años (DE=8); 53% masculino; media de medicamentos/paciente: 7 (DE=2). El 54,2% de los pacientes presentó al menos un criterio STOPP; con una media de 0,93 (DE= 1,1) Sobre un total de 408 medicamentos prescritos se identificaron 53 MPI (13%). Los MPI más frecuentemente prescritos fueron las benzodiazepinas y antipsicóticos (28%), seguidos por AINEs (21%) y antiagregantes / anticoagulantes (21%).

## CONCLUSIONES

Más del 50% de nuestros pacientes tenía al menos una MPI. Este porcentaje fue similar al de otros estudios, al igual que el predominio de los grupos terapéuticos sistema nervioso central, músculo esquelético y cardiovascular. La revisión sistemática de la medicación aplicando los criterios STOPP permitió detectar y cuantificar la MPI prescrita y percibir la necesidad de intervenciones farmacéuticas para lograr una medicación adecuada.

## ANÁLISIS DE ERRORES DE MEDICACIÓN E IMPLANTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE MEJORA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

*Valenciaga, M.*

*Hospital San Luis, San Luis.*

## INTRODUCCIÓN

Los errores de medicación (EM) están presentes en la atención de pacientes y pueden causar daño durante la hospitalización. Si bien algunos pueden conside-

rarse impredecibles, se considera que entre 20 y 70% de los EM pueden evitarse al mismo tiempo que su ocurrencia aumenta los costos en salud. El análisis de los EM en nuestro hospital y la implementación de medidas dirigidas a prevenirlos, se considera necesaria para mejorar la calidad asistencial.

### **OBJETIVO**

Analizar los EM notificados al Comité de Farmacovigilancia del Hospital San Luis (CFVHSL).

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo, retrospectivo de las notificaciones de EM recibidas en el CFVHSL durante el período julio 2016 - marzo 2017. Durante el estudio se analizaron las notificaciones de EM realizadas por profesionales y pacientes. Se utilizaron las fichas de ANMAT como sistema de comunicación de errores. Una vez evaluados, los EM se clasificaron según tipo, proceso en que ocurrió y factores contribuyentes. La categorización se realizó según el National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP). Se evaluó además, el origen de los reportes. Posteriormente, el Comité se reunió para decidir las estrategias de mejora a implantar.

### **RESULTADOS**

Se analizaron 66 notificaciones de EM. El 80,3% de los errores realmente se produjeron. El 94,3% no produjo daño al paciente (B, C Y D), mientras que el 5,6% sí causó daño (E y F). El proceso más implicado fue la prescripción (59%), seguido por administración (20%). El tipo de error más frecuente fue dosis incorrecta (27%), medicamento no indicado/apropiado (26%) y omisión de dosis (12%). Los principales factores contribuyentes fueron: problemas de comunicación entre profesionales (25%), entorno, personal o volumen de trabajo (19,4%). Los reportes fueron efectuados por: farmacéutico 86%, médico/enfermero 9% y paciente 5%.

### **CONCLUSIONES**

La mayoría de los EM no produjo daño al paciente. Los errores de prescripción fueron los más notificados y las dosis incorrectas el error más implicado, siendo los problemas de comunicación y de personal los factores que más contribuyeron a errores. La observación directa de las prescripciones por el farmacéutico avala su importancia en la detección de EM. A partir de los resultados obtenidos, las medidas propuestas para reducir los EM fueron: a) confección de guía: "Recomendaciones para evitar errores de Prescripción", b) charlas informativas y de sensibilización e c) Información a través del mail institucional.

## DISEÑO DE LA CONFIGURACIÓN EDILICIA DE UNA FARMACIA HOSPITALARIA BASADA EN LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS

**Bustos Fierro, C.,<sup>1</sup> Sobrero, C.B.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Farmacia central, Hospital Nacional de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.

<sup>2</sup> Laboratorio hemoderivados, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la Farmacia Hospitalaria ha cambiado su concepto y desarrollo profesional. Este cambio ha supuesto una reorganización de las dependencias del Servicio y una nueva planificación de las estructuras existentes en consonancia con su actividad. Así quedó manifestado en normativas del Ministerio de Salud de la Nación (Res. N° 1023/2012) y de la Provincia de Córdoba (Res. N° 166/2012), sobre la Organización y Funcionamiento de Farmacias en Establecimientos Asistenciales. En el servicio de Farmacia (SF) del Hospital Nacional de Clínicas (HNC) que ocupa el mismo lugar físico desde que fue inaugurado el hospital (1913), se presentó la oportunidad de diseñar una nueva configuración de su estructura edilicia en un nuevo espacio asignado. Para optimizar las actividades y los recursos del servicio y alcanzar los resultados con eficiencia y la mejora de su gestión, fue necesario contemplar uno de los ocho principios de la Gestión de Calidad, el Enfoque Basado en Procesos.

### OBJETIVO

Diseñar una nueva configuración de la estructura edilicia de la FC teniendo en cuenta los Procesos Operativos prioritarios para cumplir con su misión de proveer una farmacoterapia integral segura y eficiente.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo del proceso de planificación del SF del HNC para proyectar el funcionamiento del mismo en la nueva estructura edilicia basado en la gestión por procesos. Período: Años 2015 y 2016. Se tuvo en cuenta la misión, visión, funciones y comunicaciones. Se desarrollaron procesos estratégicos, operativos y de apoyo y se los ubicó en un mapa de proceso. Se reconoció a dos como prioritarios para el cumplimiento de su misión: “Elaboración de Formulaciones Farmacéuticas” y “Dispensación de Medicamentos a Pacientes Internados”.

## RESULTADOS

De acuerdo con el relevamiento diagnóstico de los procesos, se realizó una propuesta de diseño para la configuración de la nueva estructura edilicia de la FC priorizando los dos Procesos Operativos seleccionados. Se describieron detalladamente sus espacios, ubicación y comunicación. Se desarrollaron los indicadores necesarios para evaluar la mejora de los procesos luego de su nuevo diseño.

## CONCLUSIÓN

El trabajo permitió a través del nuevo diseño, desarrollar e implementar una Gestión por Procesos en el SF del HNC. Esto le permitirá aprovechar el recurso humano y hacer eficiente su trabajo, y que las actividades sean desarrolladas con una secuencia lógica. El proyecto fue presentado a las autoridades y fue contemplado para su ejecución. De esta manera, el nuevo diseño de la estructura contempla y se adapta a los procesos.

## INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS PARA GARANTIZAR TRATAMIENTOS ANTIRRETROVIRALES ANTE LA FALTA DE COMBINACIÓN A DOSIS ÚNICA, EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

**Lemos, S.; Uema, S.**

*Farmacia Hospital Rawson, Córdoba.*

## INTRODUCCIÓN

La Farmacia del Hospital Rawson (FHR) dispensa medicamentos antirretrovirales (ARV) a pacientes pertenecientes al Programa Nacional VIH-SIDA. El pilar fundamental para controlar la epidemia es la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR). Los esquemas se realizan con 3 antivirales. 10 años atrás, un tratamiento base representaba entre 12 y 18 comprimidos por día, y llega a la actualidad con 1 comprimido por día, por combinación a dosis fija (CDF), lo que permitió una mejor calidad de vida a los pacientes y una mayor adherencia a los TAR. En 2016 hubo discontinuidad de los medicamentos, especialmente de las CDF. Ante esta falta de comprimidos CDF, se realizaron y registraron intervenciones farmacéuticas (IF).

## OBJETIVO

Cuantificar las intervenciones farmacéuticas en la dispensación a pacientes por no disponer ARV en CDF, en la FHR. Garantizar los TAR a los pacientes bajo Programa.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional y transversal, en 2 períodos. Períodos de estudio: desde 01/02/2016 al 31/03/2016 (P1) y desde 01/08/16 al 30/09/2016 (P2). Población y ámbito de estudio: pacientes pertenecientes al Programa al 30/09/2016, cuyos tratamientos sean:

P1 las CDF: tenofovir/emtricitabina/efavirenz (T/EMT/EFV).

P2 las CDF: abacavir/lamivudina (ABC/L), tenofovir/lamivudina (T/L).

IF: dispensación de alternativas terapéuticas o farmacéuticas.\*

## RESULTADOS

Las entregas de tratamientos analizados en P1 fueron de 3120 y en P2, de 3184. En P1, 734 pacientes requirieron T/EMT/EFV, solo al 24% se le pudo entregar la CDF indicada, al 76% restante se le entregaron equivalentes terapéuticos, realizando 557 (IF). En P2, 336 pacientes requirieron T/L y 301 pacientes con ABC/L, en ambos casos se realizaron 497 IF, entregando alternativas farmacéuticas. En el P1, se dispensaron 734 TAR, correspondientes a la población en estudio, se realizaron 557 IF, entregando equivalentes terapéuticos. Al 43% de los pacientes atendidos en este período se le realizaron IF. En el P2, se dispensaron 497 TAR, correspondientes a la población en estudio, se realizaron 497 IF, entregando alternativas farmacéuticas. Al 100% de los pacientes atendidos en este período se le realizaron IF.

## CONCLUSIONES

Las IF permitieron que los pacientes recibieran medicación, acompañada del asesoramiento de la nueva posología, asegurando la continuidad de los tratamientos. Las IF permitieron que todos los pacientes con TAR con CDF puedan recibir medicación, asegurando la continuidad de los tratamientos, evitando potenciales abandonos y sus consecuencias (resistencia). Durante el período analizado se sostuvieron todos los esquemas ARV, sin necesidad de cambiar a otro alternativo.

\* *Alternativas farmacéuticas*: los productos son alternativas farmacéuticas que contienen la misma cantidad, expresada en moles, de las mismas fracciones activas desde el mismo punto de vista farmacéutico, pero difieren en cuanto a su forma farmacéutica (por ejemplo, tabletas *versus* cápsulas) y/o su composición química (por ejemplo, distintas sales o ésteres). Las alternativas farmacéuticas liberan la misma fracción activa, por la misma vía de administración, pero en los demás aspectos no son equivalentes farmacéuticos; pueden o no ser bioequivalentes o equivalentes terapéuticos al producto de comparación. \* *Equivalentes terapéuticos*: se considera que dos productos farmacéuticos son terapéuticamente equivalentes si son equivalentes farmacéuticos o alternativas farmacéuticas y, tras la administración de la misma dosis, expresada en moles, sus efectos, cuando son administrados a los pacientes por la misma vía en las condiciones especificadas en la etiqueta, son esen-

cialmente los mismos, tanto con respecto a su eficacia como a su seguridad. Esto puede demostrarse mediante estudios apropiados de bioequivalencia, tales como farmacocinéticos, farmacodinámicos, clínicos o *in vitro* (Referencia: definiciones tomadas del glosario de la Organización Panamericana de la Salud).

## CARACTERIZACIÓN DE PREPARACIONES MAGISTRALES PEDIÁTRICAS ELABORADAS EN FARMACIAS COMUNITARIAS

**Vignolo, I.; Cirelli, O.; Asinari, M.**

*Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe, 1° C, Santa Fe.*

### INTRODUCCIÓN

La industrialización del medicamento permite su producción a gran escala pero pierde la personalización. En países desarrollados muchos niños reciben medicamentos diseñados para adultos, lo que puede conducir a errores. La formulación magistral es muy útil ya que permite elaborar medicamentos dosificados de acuerdo con la edad, en una formulación y forma farmacéutica adecuadas.

### OBJETIVOS

Caracterizar las preparaciones magistrales indicadas a pacientes pediátricos, elaboradas en farmacias comunitarias de la Ciudad de Santa Fe. Determinar si las mismas están destinadas a cubrir vacíos terapéuticos.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo. Se trabajó con las 293 recetas de preparaciones magistrales elaboradas en tres farmacias comunitarias de Santa Fe (ciudad) durante junio-diciembre 2016, para pacientes de 0 a 14 años de edad. Se registró en una planilla: identificación del paciente, edad, principio activo principal y su clasificación según el 1° nivel ATC (órgano o sistema al cual va dirigido el principio activo), forma farmacéutica, dosis y motivo. En “motivo” se consignó: “medicamento huérfano”, “formulación huérfana” (no producidos industrialmente); “falta momentánea en el mercado”, “otros motivos”. Para determinar las dos primeras categorías de motivo se utilizó el Vademécum Nacional de Medicamentos (página web-ANMAT). Para el 3° motivo: Faltante de Medicamentos (página web-ANMAT) e información del laboratorio productor.

## RESULTADOS

Se utilizaron 66 principios activos distintos en 83 formulaciones diferentes (67 de uso interno y 16 de uso externo) en diversas formas farmacéuticas (49 soluciones/jarabes, 13 cápsulas, 10 gotas, 1 sobre y 10 crema/gel). El número de preparaciones, cuyos principios activos fueron clasificados según el 1° nivel ATC, resultó: 22:A, 21:C, 12:D, 6:J, 4:B, 4:M, 4:N, 3:L, 2:R, 1:G, 1:H, 1:P, 1:S y 1:V. Se usaron 6 principios activos, en diferentes dosis. La mayoría de los pacientes (62/78) perteneció a la franja etaria de 4 a 11 años y la mayor proporción de medicamentos que utilizaron correspondió a las categorías: A (metabolismo) y C (cardiovascular). Los motivos fueron: 81%(n:67) formulaciones huérfanas, 18%(n:15) medicamentos huérfanos y 1% (n:1) falta momentánea.

## CONCLUSIONES

Las preparaciones magistrales abarcaron una variedad de órganos y sistemas. Predominaron las de uso interno. Se elaboraron en las formas farmacéuticas más frecuentemente preparadas en farmacia comunitaria. Por tratarse de formulaciones/medicamentos huérfanos, estuvieron destinadas a cubrir un vacío terapéutico. Se propone alentar la elaboración de preparaciones farmacéuticas (magistrales y oficiales) en farmacias comunitarias en el marco de las buenas prácticas de preparación, ya que las mismas dan respuestas a necesidades terapéuticas no cubiertas por la industria farmacéutica.

## CARACTERIZACIÓN DE LAS FORMAS POLIMÓRFICAS DE MELOXICAM. DESARROLLO DE UN MODELO MULTIVARIADO PARA DETERMINAR PROPORCIÓN POLIMÓRFICA Y PREDECIR EL PERFIL DE DISOLUCIÓN DE COMPRIMIDOS COMERCIALES

**Antonio, M.; Kaufman, T.S.; Maggio, R.M.**

*Instituto de Química Rosario (IQUIR, CONICET-UNR), Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, Universidad Nacional de Rosario, Rosario.*

## INTRODUCCIÓN

Dentro del paradigma de Calidad por Diseño (Quality by Design, QbD), se encuentra que el entendimiento de los procesos lleva a obtener productos de calidad y es un paso crucial en la cadena de producción. Debido a que los polimorfos pueden presentar propiedades físico-químicas diferentes, encontrar el polimorfo adecua-

do o la relación de polimorfos aceptable para lograr un perfil de disolución apto es un problema crucial en la industria actual. Meloxicam (MEL) es un fármaco antiinflamatorio no esteróideo que presenta 5 polimorfos aislados y caracterizados. Sin embargo, solo las formas I (PI) y IV (PIV) son lo suficientemente estables como para estar presentes en un producto formulado.

### OBJETIVO

Establecer correlaciones entre la disolución de comprimidos de MEL y la proporción entre sus polimorfos.

### MATERIAL Y MÉTODOS

PI y PIV fueron preparados según la literatura y caracterizados mediante Espectroscopia en el Infrarrojo Medio y Cercano, Calorimetría Diferencial de Barrido y Punto de fusión. Un conjunto de mezclas polimórficas (PI/PIV) fue preparado mediante pesada, tamizado y mezcla mecánica. Los ensayos de disolución fueron realizados en una estación de trabajo Hanson SR8-PLUS configurado siguiendo las condiciones de Farmacopea Británica para MEL. Para cada muestra, se obtuvo un perfil de disolución (promedio de 6 curvas) en las condiciones indicadas. El análisis de datos mediante Regresión Lineal Múltiple (MLR) fue realizado utilizando el aplicativo DesignExpert 7.

### RESULTADOS

Las curvas de disolución fueron correlacionadas con la fracción polimórfica mediante MLR. Luego de un proceso de selección de variables (step wise selection,  $\alpha$  in: 0.05,  $\alpha$  out: 0.10), se estableció que el porcentaje de disolución a los 8 minutos del ensayo brinda un modelo que permite predecir la proporción de polimorfos con aceptable exactitud sin introducir información de otras variables: Fracción polimórfica =  $-0.16 + 0.019 \times \% \text{ disolución (8 min)}$ . Además, se desarrolló un modelo MLR capaz de estimar un perfil de disolución a partir de la proporción de polimorfo presente en la forma sólida (PI/PIV). El modelo produjo valores predictivos para los tiempos hasta 40 minutos de disolución siendo luego la disolución idéntica para los polimorfos de MEL.

### CONCLUSIONES

Se desarrolló un modelo capaz de obtener la relación polimórfica óptima (PI/PIV) que proporcionara un perfil de disolución adecuado (80%, 8 min) para comprimidos comerciales, lo cual resulta fundamental en el marco del paradigma QbD para el entendimiento de los factores que afectan el proceso de fabricación.

## DESARROLLO DE UN ENSAYO DE DISOLUCIÓN PARA FORMAS SÓLIDAS DE DICLOFENAC SÓDICO. DISCRIMINACIÓN DE PSEUDO-POLIMORFOS

*Salazar Rojas, D.; Kaufman, T.S.; Maggio, R.M.*

*Instituto de Química Rosario (IQUIR, CONICET-UNR), Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, Universidad Nacional de Rosario, Rosario.*

### INTRODUCCIÓN

El ensayo de disolución demostró ser una herramienta válida para la determinación de polimorfos y pseudopolimorfos en productos formulados. Diclofenac sódico es un antiinflamatorio no esteroide de uso masivo y presenta tres formas cristalinas una forma anhidra (DSA), un tri-hidrato (DH3) y un tetra-hidrato (DH4).

### OBJETIVO

Descripción del desarrollo de condiciones de disolución discriminantes para el Diclofenac en su forma anhidra y tetra-Hidrato.

### MATERIAL Y MÉTODOS

El DSA se obtuvo mediante desecación en atmósfera de humedad reducida. Los hidratos se obtuvieron a partir de DSA en condiciones controladas. [DH3 (0,02 g; 75% HR; 40°C, 1 h) y DH4 (2 g; 100% HR, 27°C, 24h)]. Se realizó la caracterización de los pseudopolimorfos mediante microscopía óptica, punto de fusión, termo-gravimetría, calorimetría diferencial de barrido, espectroscopia de infrarrojo medio (MIR) y espectroscopia de infrarrojo cercano (NIR). Los ensayos de disolución fueron realizados en una estación Hanson SR8-Plus (aparato II USP, 37 °C, 100 RPM, 500 ml). Se utilizaron 3 medios de disolución solución reguladora fosfato pH 4,5; pH 4,5 con tensoactivo (T.A) y pH 7. La concentración de DSA fue determinada espectrofotométricamente a 278 nm. Las mezclas sintéticas de DSA y DH4 en distintas proporciones y matriz de excipientes fueron preparadas por pesada y mezcla mecánica. DH3 fue descartado debido a su inestabilidad. Los perfiles de disolución fueron analizados visualmente y estadísticamente mediante el coeficiente de correlación ( $r^2$ ).

### RESULTADOS

El medio de disolución más discriminante para DSA y DH4 resultó ser la solución reguladora pH 4,5 con un  $r^2 = 0,027$ . Seguidamente, las condiciones de disolución halladas fueron utilizadas para analizar las mezclas de los pseudopolimorfos del diclofenac sódico y matriz de excipientes (simulando comprimidos comerciales). Los pseudopolimorfos puros (DSA y DH4) fueron utilizados como

curva modelo para dicha comparación. En todos los casos los resultados obtenidos asignaron correctamente el pseudopolimorfo mayoritario presente en la matriz (Tabla 1).

Tabla 1. Coeficientes de correlación Modelo/Muestra

| r <sup>2</sup> | DSA  | DH4  |
|----------------|------|------|
| DSA80/DH20     | 0.91 | 0.82 |
| DSA20/DH80     | 0.90 | 0.97 |
| Voltaren       | 0.95 | 0.83 |
| Flexiplen      | 0.85 | 0.67 |

## CONCLUSIONES

Se contribuyó al conocimiento del polimorfismo farmacéutico mediante el desarrollo de condiciones de disolución discriminantes para DSA y DH4. Se determinó que la solución reguladora fosfato pH 4.5 como medio de disolución permite diferenciar entre los pseudopolimorfos de diclofenac sódico presentes en una matrices farmacéuticas.

## ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN A LA NORMATIVA VIGENTE DE PROSPECTOS, ETIQUETAS Y RÓTULOS DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

*Moscardó, M.; Zabala, V.; Cassano, A.; Rossaroli, S.; Armando, P.*

*Servicio de Farmacia de la Unión de Educadores de la Provincia de Córdoba (UEPC), Córdoba.*

## INTRODUCCIÓN

Los medicamentos de venta libre son aquellos destinados a aliviar dolencias que no exigen en la práctica una intervención médica y que, además, su uso, en la forma, condiciones y dosis previstas no conlleva (por su amplio margen de seguridad) peligros para el paciente. La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) ha establecido mediante la Disposición N° 753/12 las definiciones y lineamientos generales de la información que deberán contener los prospectos, etiquetas y rótulos de especialidades medicinales de venta libre.

## OBJETIVO

Analizar la adecuación de prospectos, etiquetas y rótulos de medicamentos de venta libre a la Disposición N° 735/12 de la ANMAT.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionó una muestra de los 130 medicamentos de venta libre más dispensados en el Servicio de Farmacia de la Unión de Educadores de la Provincia de Córdoba (UEPC), durante todo 2016, a fin de evitar variaciones estacionales.

A partir de esta muestra, se analizaron los prospectos, etiquetas y rótulos disponibles en la farmacia durante los primeros 15 días del mes de abril de 2017. Para valorar la adecuación a la Disposición N° 753/12 se diseñó una planilla de evaluación, en la que se registró el cumplimiento de 17 pautas derivadas de esta normativa, entre las que se destacan la composición, las acciones farmacológicas y forma de administración, entre otras. Cada medicamento fue analizado en paralelo por 2 farmacéuticos.

## RESULTADOS

El 100% de los medicamentos de la muestra incumple con al menos una de las 17 pautas establecidas. El 44,6% no tiene resaltada la condición de expendio y el 67,7% no expresa adecuadamente el contenido del medicamento de acuerdo con lo especificado en la disposición. El 48,2% de los medicamentos no cumple con el tamaño de letra requerido, mientras que el 45,4% usa términos incomprensibles para el usuario al momento de definir la acción farmacológica. Un 13,9% de los medicamentos analizados no indica la vía de administración. El 49,2% no incluye el teléfono de contacto de la ANMAT.

## CONCLUSIÓN

A más de 5 años del establecimiento de la normativa se puede observar que, aún vencido el plazo de adecuación, los laboratorios incumplen con lo establecido por la ANMAT. Se propone elevar este trabajo ante dicha Administración, a fin de colaborar con la Comisión de Normatización de la información contenida en los Prospectos de Especialidades Medicinales, quien es la encargada de evaluar la información que estos deben contener.

## PLURIFARMACIA EN ADULTOS MAYORES. REVISIÓN DE LAS INDICACIONES AL INGRESO SANATORIAL SEGÚN CRITERIOS STOPP/START EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTERMEDIOS

**Cascone, R.**

*Sanatorio Privado del Salvador S.A., General Deheza, Córdoba.*

### INTRODUCCIÓN

La prescripción inapropiada es aquella donde no existe evidencia clara que apoye su indicación, no sea bien tolerada o produzca más efectos adversos que beneficios al paciente que la recibe, siendo los adultos mayores de 65 años quienes consumen el mayor número de medicamentos con una media que oscila entre 4,5 y 8 fármacos por persona por día, lo que aumenta la morbimortalidad en estos pacientes.

### OBJETIVO

Evaluar el tratamiento farmacológico apropiado indicado al ingreso de la internación de pacientes adultos mayores.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: estudio descriptivo, prospectivo, de 24 días de duración. Criterio de inclusión: pacientes mayores de 65 años con indicación de 5 o más medicamentos en el Servicio de Unidad de Cuidados Intermedios (UCI). Se evaluaron las indicaciones médicas prescritas al ingreso de la internación en UCI de 62 pacientes, de los cuales 20 pacientes cumplían con los criterios de inclusión y 6 quedaron excluidos por falta de datos de dosis o frecuencia en la indicación médica (n total: 14 pacientes). El farmacéutico, siguiendo los criterios Stopp/Start, registró en una planilla excel el tratamiento farmacológico de cada paciente, registrando: edad, sexo, medicamentos y criterios Stopp/Start identificados.

### RESULTADOS

Se analizó un total de 88 indicaciones en 14 pacientes con una edad promedio de 77 años, siendo el 61,30% mujeres y el 38,7% de hombres. Los criterios Stopp detectados fueron 29,03% y 70,97% indicaciones correctas. Se detectaron 12 indicaciones con criterio START no prescritas. En los criterios Stopp fueron prevalentes las posibles prescripciones inapropiadas con un 36%, con 16% dos medicamentos de la misma clase, en los criterios Start se detectó como más frecuente con un 42% la falta de anabolizantes óseos y con un 25% tratamientos antihipertensivos.

## CONCLUSIONES

El gran número de prescripciones potencialmente inadecuadas pone de manifiesto la importancia del control del tratamiento farmacológico en pacientes mayores de 65 años con más de 5 medicamentos. Para ello, es necesario implementar una estrategia donde el farmacéutico tenga una mayor participación y pueda intervenir en forma conjunta con el médico prescriptor, aportando sus conocimientos en beneficio del paciente.

## UN CASO DE BRADICARDIA E HIPOTENSIÓN ASOCIADA A INFUSIÓN DE FENITOÍNA EN ADULTO MAYOR

**Gaggioli, R.B.**

*Hospital San Luis, San Luis.*

### INTRODUCCIÓN

Los problemas asociados al uso de medicamentos en adultos mayores son frecuentes y generalmente prevenibles. Los efectos, terapéuticos como adversos, pueden intensificarse en estos pacientes. La fenitoína, utilizada en crisis convulsivas, debe monitorizarse por su variabilidad en los niveles séricos entre distintos tipos de pacientes y la infusión parenteral debe ser ajustada a cada condición. A continuación se presenta el caso de un paciente adulto mayor que manifestó una reacción adversa secundaria a infusión de fenitoína, originando un error de medicación por dosis y velocidad de administración incorrecta, según la Adaptación Española de la Clasificación National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP).

### CASO

Paciente masculino, 83 años, 73 kg, con antecedente de ACV, ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital San Luis (28/03/2017), presentando astenia, hipoventilación, rigidez generalizada y afasia. Se diagnostica síndrome convulsivo secundario a ACV y neumonía por broncoaspiración.

29/03/2017: se realiza un electroencefalograma, valoración neurológica y se indicó carga de fenitoína (18mg/kg) a infundir en 30 minutos (50 mg/min), sin control de enzimas hepáticas. A la media hora, manifiesta un cuadro de broncoaspiración asociada con bradicardia e hipotensión severa (FC: 48 y TA: 90/50). Cardiología decidió el traslado a la Unidad de Cuidados Intermedios.

Laboratorio 30/03/17: GOT (66 U/L) y GTP (82 U/L).

31/03/17: el paciente evoluciona favorablemente (GOT=33 U/L; GPT=49 U/L / FC: 58, TA: 120/80) y retorna a la sala de Clínica Médica con dosis de mantenimiento de fenitoína.

El farmacéutico realizó el seguimiento del caso. La categorización del error según la NCCMERP fue Categoría F (Error con Daño).

### COMENTARIOS

Si bien el cuadro de bradicardia e hipotensión es un evento adverso esperable ante la administración de fenitoína, el error en la dosis y la velocidad de administración (que debía ser 25 mg/min, fueron factores contribuyentes, con el agravante de tratarse de un paciente adulto mayor. En el análisis de la medicación concomitante, se detectaron dos potenciales interacciones: fenitoína-ranitidina y fenitoína-amiodarona, ambas incrementan las concentraciones sanguíneas del anticonvulsivante, contribuyendo a la reacción.

### CONCLUSIÓN

La monitorización de drogas como fenitoína tiene como objetivo la individualización posológica, especialmente en adultos mayores. La optimización del tratamiento farmacológico permite minimizar la toxicidad y establecer el mejor régimen posológico para cada paciente en particular. El rol del farmacéutico en la validación de prescripciones y la monitorización de drogas es una conducta proactiva que contribuye a disminuir errores de medicación y garantizar la seguridad del paciente.

## RESULTADOS DERIVADOS DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE RESFRÍO DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA

**Grosso, C.B.**

*Farmacia "Monte Cristo", Monte Cristo, Córdoba.*

### INTRODUCCIÓN

Indicación Farmacéutica es el servicio profesional prestado ante la demanda de un paciente que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud



concreto. Si el servicio requiere la dispensación de un medicamento, se realizará de acuerdo con la definición anterior.

### **OBJETIVOS**

Valorar los resultados obtenidos de la aplicación de un protocolo de resfrío en cuanto al número de pacientes que mejoraron sus síntomas tras la indicación farmacéutica, como así también de aquellos que fueron derivados al médico

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se empleó un protocolo clínico de resfrío elaborado por docentes de Farmacia de Ciencias Químicas (Universidad Nacional de Córdoba). Este protocolo consta de: a) planilla de opciones farmacológicas de venta libre disponibles en la Farmacia; b) ficha informe de consulta farmacéutica (datos del paciente, motivo de consulta, enfermedades, medicación habitual y dispensada); c) ficha para el paciente (medicación indicada-pauta, dosis, duración del tratamiento, tratamiento no farmacológico); d) ficha de derivación al médico. Se incluyeron los pacientes de edades comprendidas entre 2 y 70 años con síntomas de resfrío que concurren a una farmacia comunitaria de Monte Cristo (Córdoba) durante marzo-abril de 2017. Ante la solicitud del paciente se evalúa si requiere derivación (ficha d), de no hacerlo se indica medicación de venta libre y/o tratamiento no farmacológico utilizando fichas b y c, al tercer día posindicación se contacta al paciente y se registran los resultados.

### **RESULTADOS**

Recibieron el servicio un total de 24 pacientes, 21 (87,5%) recibieron medicación de venta libre y tratamiento no farmacológico, 3 (12,5%) fueron derivados porque presentaban síntomas de más de 7 días y por edad; al ser contactados telefónicamente 7 (29,2%) de ellos debieron ser derivados y 14 (58,3%) lograron mejoría de los síntomas. El medicamento más indicado fue paracetamol (70,8%), solo o combinado con otros principios activos, el síntoma más común fue congestión nasal (50%), el tiempo requerido para las intervenciones fue de entre 5 y 10 minutos.

### **CONCLUSIONES**

Todos los pacientes recibieron asesoramiento ante la demanda, mostraron agradecimiento y confianza al ser contactados. Siguiendo el protocolo, 3 pacientes fueron derivados al médico y el 58,3% (14 pacientes) mejoró con el consejo farmacéutico que actuó optimizando el uso de la medicación en procesos autolimitados.





## DESARROLLO Y OPTIMIZACIÓN DE GOTAS DE ATENOLOL PARA EL TRATAMIENTO DE CARDIOPATÍAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Morri, M.,<sup>1</sup> Castellano, P.,<sup>2-3</sup> Vignaduzzo, S.<sup>2-3</sup>

<sup>1</sup> Planta Piloto de Producción de Medicamentos, Centro Integral del Medicamento (CIDEM);

<sup>2</sup> Área Análisis de Medicamentos, Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, UNR;

<sup>3</sup> IQUIR (CONICET-UNR), Rosario, Santa Fe.

### INTRODUCCIÓN

La falta de medicamentos apropiados para niños es un problema mundial que afecta a los países en desarrollo. El atenolol, un agente  $\beta$ -bloqueante con efectos predominantes sobre los receptores  $\beta$ -1, está indicado en el tratamiento de la hipertensión arterial esencial, la angina de pecho y en el infarto agudo de miocardio. La dosis más empleada en pediatría es de 2 mg mL<sup>-1</sup>. No se encuentra en el mercado argentino este tipo de formulación y los hospitales suplen esta falencia haciendo uso de preparaciones magistrales. Farmacopea Argentina especifica que el contenido de principios activos debe estar dentro del rango del 90-110% de lo rotulado.

### OBJETIVO

Describir el desarrollo y optimización de formulaciones de gotas de atenolol, haciendo uso de diseños experimentales.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se empleó un diseño *Plackett-Burman* en el que se evaluaron los efectos de tres factores numéricos (pH (2,00-7,00), concentración de atenolol (1-4 mg mL<sup>-1</sup>) y porcentaje de agente viscosizante (0-20%) y dos categóricos (composición del *buffer*, citrato o fosfato, y composición de agente viscosizante, glicerina o jarabe) sobre la recuperación del fármaco. Los porcentajes de recuperación se determinaron por cromatografía de líquidos. Las condiciones experimentales, obtenidas de la bibliografía, fueron modificadas resultando una fase móvil compuesta por: *buffer* citrato (10 mM, pH 4): metanol (70:30), flujo 1 mL min<sup>-1</sup>, columna C<sub>18</sub> Silia-Chrom (150 x 4,6 mm, 5 $\mu$ m), a 30°C y longitud de onda 226nm. Posteriormente, se procedió a la etapa de optimización empleando un Diseño Central Compuesto, considerándose como factores a optimizar el contenido de glicerina y jarabe (0, 5, 10,20 y 27%) y el pH del *buffer* citrato (2,32; 3,00; 4,00; 5,00 y 5,68). La búsqueda bibliográfica y la consulta con distintas farmacias de hospitales revelaron que la concentración más empleada de atenolol es 2 mg mL<sup>-1</sup>. Estas soluciones fueron almacenadas durante 6 meses a 4°C, 25°C y 40°C/75% de humedad relativa. El



porcentaje de recuperación de atenolol fue determinado en cada punto del diseño y, como criterio de deseabilidad, la maximización en la recuperación de atenolol.

## RESULTADOS

El diseño *Plackett-Burman* determinó que la composición del buffer no mostró diferencias significativas ( $p > 0,05$ ) pero sí el pH utilizado en cada caso así como el contenido de jarabe, glicerina o combinaciones de ambos ( $p < 0,05$ ). A partir de datos de estabilidad obtenidos del ingrediente activo, sería conveniente el uso de buffer citrato. La fase de optimización se llevó a cabo sobre los datos de recuperación obtenidos a 40°C/75% de humedad relativa. Tres formulaciones fueron consideradas de acuerdo con los resultados de *Deseabilidad* obtenidos: 1) 21,79% de jarabe, pH 4,47 ( $D=0,995$ ); 2) 10% de glicerina, pH 4,61 ( $D=1$ ) y 3) 8,28% de glicerina, 9,70% de jarabe, pH 4,67 ( $D=1$ ).

## CONCLUSIÓN

La combinación de los excipientes (buffer citrato, glicerina y jarabe) resulta en una formulación líquida de atenolol con recuperaciones dentro de los límites exigidos por la Farmacopea Argentina VII Ed (90-110% de lo rotulado), durante 6 meses a 40°C/75% de humedad relativa.

## REFORMULACIÓN DE COMPRIMIDOS DE BOSENTAN MONOHIDRATO PARA UN PACIENTE PEDIÁTRICO

**Núñez, G.E.; Romañuk, C.**

*Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba Capital, Córdoba.*

## INTRODUCCIÓN

La carencia de formulaciones pediátricas de fármacos por vía oral aceptados para niños es preocupante para los profesionales de la salud y sus tutores. Para cubrir este vacío terapéutico es necesario acudir a la formulación magistral facilitando la administración de medicamentos a prematuros, recién nacidos y niños pequeños. Bosentanmonohidrato (BMH) es un fármaco para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar (HAP) en pacientes pediátricos. Sin embargo, las dosis requeridas para el tratamiento en esta población a menudo no son alcanzables con las formulaciones actualmente comercializadas, lo que deja a los profesionales sin opciones de dosis ajustadas que permitan un control adecuado de la patología.

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional de los EE.UU. (NIOSH, por sus siglas en inglés) incluye al BMH en el grupo de medicamentos considerados como peligrosos, lista 3: medicamentos teratogénicos. Al momento de realizar la formulación magistral, la manipulación debe realizarse cumpliendo con las buenas prácticas de elaboración y siguiendo los requisitos de seguridad para el operador. Por otra parte, el personal sanitario que manipule dichos medicamentos debe estar informado sobre los riesgos asociados a la actividad que realiza y tomar las medidas necesarias para evitar riesgos para su salud

### CASO

Paciente femenina de 2 años y 12 kg, internada en la UCO del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad con diagnóstico de HAP. El cardiólogo prescribe BMH oral 6 mg/12h para la primera semana, de manera de seguir la respuesta al tratamiento y ajustar dosis si fuera necesario. El servicio de farmacia (SF) dispone comprimidos recubiertos de BMH de 125mg. Para adecuar la dosis a esta paciente, se analizó la composición cuali-cuantitativa de la formulación (Vademécum Nacional de Medicamentos, de ANMAT) y se comprobó que su cubierta es cosmética, por lo tanto, es factible la trituración del comprimido sin que esto afecte las características de BMH.

La literatura científica aconseja colocar el comprimido de BMH 125mg en una jeringa conteniendo de 5-25mL de agua y dejar desintegrar. Una alícuota de esta suspensión se utiliza para administrar la dosis adecuada y el resto debe descartarse ya que la estabilidad es de 24 h. El alto costo de los comprimidos hace inviable realizar este procedimiento, por lo cual el SF procedió a readecuar la dosis triturando el comprimido y colocando la cantidad exacta en cápsulas para posterior administración del polvo. Dada la categorización de BMH como medicamento peligroso, la preparación magistral debería efectuarse bajo campana de seguridad biológica I. En caso de no contar con dicho equipamiento, se deberán seguir las recomendaciones del NIOSH: en situaciones como apertura de cápsulas, fraccionamiento de comprimidos o trituración en las que no se dispone de cabinas extractoras, cabinas de seguridad o aisladores, se debe utilizar doble guante, mascarilla, bata y protección de la superficie de trabajo. En nuestra institución no disponemos de un laboratorio de fármacotecnia, por lo que la reformulación de comprimidos a cápsulas fue tercerizada a otra farmacia hospitalaria que realiza la elaboración de preparados magistrales.

### DISCUSIÓN

Una alternativa farmacéutica más adecuada, con antecedentes bibliográficos, es la elaboración de una suspensión oral a partir de los comprimidos. Esta formula-



ción demostró estabilidad durante 31 días, facilita la adecuación de dosis y contribuye a la aceptabilidad debido a las características organolépticas optimizadas. Sin embargo, los vehículos utilizados Flavorplus/Flavorsweet®, además de su alto costo, no son accesibles en la Argentina. A corto plazo se proyecta desarrollar una suspensión de BMH a partir de los comprimidos utilizando excipientes adecuados para pediatría y realizar un estudio de estabilidad para asegurar su calidad. Esta estrategia es factible de llevarse a cabo, ya está enmarcada en trabajos en colaboración con la Unidad de Investigación y Desarrollo en Tecnología Farmacéutica (UNITEFA/CONICET-UNC). Todo esto pone de manifiesto la necesidad de contar con una unidad de fármacotecnia en el SF, para lograr flexibilidad en las dosis y facilidad de administración mediante la reformulación, consiguiendo la seguridad y efectividad del tratamiento farmacológico en pacientes pediátricos.

### **CONCLUSIÓN**

El farmacéutico cuenta con todos los conocimientos fármaco-técnicos para contribuir a la optimización de la farmacoterapia, especialmente en pediatría, donde se hace evidente la falta de medicamentos disponibles para este grupo etario. Además, debe cumplir el rol de capacitar al equipo de salud, a los padres y/o tutores informando sobre el riesgo que supone la manipulación de fármacos peligrosos, como es el caso de BMH.

## **DISEÑO Y CARACTERIZACIÓN FÍSICOQUÍMICA DE COMPLEJOS DE INCLUSIÓN UTILIZANDO SULFOBUTILETER B CICLODEXTRINA/BEZNIDAZOL**

*Real, D.A.; Leonardí, D.; Salomón, C.*

*IQUIR-CONICET, Rosario, Santa Fe.*

### **INTRODUCCIÓN**

Benznidazol (BZL) es el fármaco de elección en el tratamiento de la Enfermedad de Chagas. Es poco soluble en agua, lo que tiene un impacto directo sobre su biodisponibilidad. Las ciclodextrinas son oligosacáridos cíclicos, con una cavidad central con la capacidad de alojar una amplia variedad de compuestos hidrofóbicos. La principal aplicación farmacéutica del diseño de sistemas de inclusión en ciclodextrinas es incrementar la solubilidad aparente de los fármacos incluidos. SulFOButileter  $\beta$  Ciclodextrina (SBE-CD) es un derivado altamente soluble de la  $\beta$ -ciclodextrina. La solubilidad en agua de SBE-CD (170 g/100 ml a 25°C) es signi-

ficativamente más alta que la de la  $\beta$ -ciclodextrina (18,5 mg/mL a 25 °C). Además, SBE-CD no presenta nefrotoxicidad asociada o efecto citotóxico sobre células intestinales epiteliales humanas.

### OBJETIVOS

Describir la formación, solubilidad y velocidad de disolución *in vitro* de complejos de inclusión Benznidazol-SBE-CD.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se formularon complejos de inclusión de BZL con SBE-CD en proporciones molares 1:1 y 1:2 por diferentes métodos: mezcla física (MF) y evaporación de solvente (ES). Se caracterizó la estequiometría y constantes termodinámicas de los complejos mediante Estudios de Solubilidad de Fase (ESF). También se determinó el equilibrio de solubilidad de los distintos sistemas, análisis de espectroscopia infrarroja (IR), calorimetría diferencial de barrido (CDB), microscopía electrónica de barrido (MEB) y ensayos de permeación en bolsa de diálisis.

### RESULTADOS

Mediante ESF se pudo determinar una estequiometría de formación de complejos 1 a 1 y la espontaneidad termodinámica de formación del complejo ( $K_c=30,7$ ;  $\Delta G=-8490,4$  J/mol·K;  $\Delta S=20,1$  J/mol·K;  $\Delta H=-2733,2$  J/mol). Los estudios de equilibrio de solubilidad mostraron un incremento de la misma en los sistemas preparados utilizando SBE-CD (~ 600  $\mu\text{g}/\text{ml}$ ) respecto del fármaco sin tratar (~400  $\mu\text{g}/\text{ml}$ ). El IR mostró la desaparición de bandas características del fármaco, lo que indica una posible formación de complejos de inclusión. A través de CDB, se observó una tendencia hacia la amorfización de BZL mediante su inclusión con SBE-CD, siendo más notoria en los sistemas preparados por ES. Mediante la MEB, se pudieron observar diferencias morfológicas entre los complejos preparados por ES y por MF. El estudio de permeación en bolsa de diálisis mostró un incremento de 3 veces en la permeación/disolución de los sistemas preparados por ES (31,6 mg/ml luego de 360 minutos) respecto del fármaco sin tratamiento (9,8 mg/ml luego de 360 minutos).

### CONCLUSIONES

Los análisis de ESF, MEB, CDB e IR demostraron mayor eficiencia en la formación del complejo SBE CD/BZL cuando se utilizó el método de ES. Este complejo permitió optimizar la solubilidad aparente y la velocidad de disolución/permeación del fármaco *in vitro*.

## TAMIZAJE FITOQUÍMICO Y CUANTIFICACIÓN DE METABOLITOS CON CAPACIDAD ANTIOXIDANTE EN EXTRACTOS DE QUINUA

Ruiz, A.L.; Díaz, M.J.; Santana Sánchez, A.M.; Michel, A. del R. y Moyano, M.A.<sup>1</sup>  
Aguilar M.F.; Fontenla, R.F.; Urquiza, N.M. y Manca S.G.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Cátedra de Garantía de Calidad de Drogas y Medicamentos; <sup>2</sup> Cátedra de Química Analítica  
I. Facultad de Bioquímica, Química y Farmacia, Universidad Nacional de Tucumán, Tucumán.

### INTRODUCCIÓN

El interés en especies vegetales no gramíneas, se incrementó en los últimos años, sus semillas poseen propiedades nutricionales y funcionales potenciales, que brindan protección contra múltiples enfermedades. La quinua (*Chenopodium quinoa*), de creciente importancia comercial en la Argentina, es rica en: ácidos fenólicos, flavonoides, antocianinas, entre otros, compuestos que demostraron tener capacidad antioxidante con un potencial efecto benéfico para la salud. Estos antecedentes nos permiten estudiar la composición y las propiedades en extractos de quinua, de origen tucumano, revalorizando y aprovechando las cualidades nutritivas y el potencial medicinal que posee.

### OBJETIVO

Determinar la composición fitoquímica en extractos de quinua y cuantificar metabolitos secundarios con capacidad antioxidante.

### MATERIALES Y MÉTODOS

La quinua provino de la escuela EMETA, Tafí del Valle. Se trabajó con extractos secos, obtenidos por maceración en alcohol absoluto, acetato de etilo, hexano y en mezcla hidroalcohólica (20:80), unos con saponinas y otros sin ella. Se concentró en rota vapor y liofilizó, y se obtuvieron 8 extractos secos. Se efectuó el tamizaje fitoquímico investigando: flavonoides, triterpenos, saponinas, cardiotónicos, antracenos libres, alcaloides, cumarinas volátiles y taninos. Se cuantificaron metabolitos secundarios como: compuestos fenólicos (método Folin-Ciocalteu), flavonoides (método Vennat), antocianinas (método diferencial de pH) y saponinas (método Monje y Raffailac). Se determinó la capacidad reductora del Molibdeno (método de Prietto) y la capacidad antioxidante frente al jugo de manzanas (método Mi Soon Jang). Los análisis se efectuaron por triplicado en cada caso.

### RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el tamizaje fitoquímico reportan la presencia de fenoles totales, flavonoides, saponinas, cardiotónicos, antracenos libres, cumarinas

volátiles y taninos condensados. La cuantificación mostró valores inferiores en extractos con saponinas en relación con extractos sin saponinas. En extracto acetónico sin saponinas: Fenoles 79,38%, Flavonoides 9,17%, Taninos 40,63%; en extracto hidroalcohólico: Fenoles 77,13%, Flavonoides 17,887%, Taninos 34,14%. En extracto acetónico con saponinas: Fenoles 35,81%, Flavonoides 8,74%, Taninos 15,93%; en extracto hidroalcohólico: Fenoles 50,22%, Flavonoides 8,37%, Taninos 21,66%. Los resultados de actividad antioxidante se correlacionaron, la reducción del molibdeno para extracto acetónico 8,24% y 24,71% para hidroalcohólico, en el jugo de manzanas: 175,68% y 1959,46%, respectivamente.

### CONCLUSIONES

Los datos obtenidos permitieron caracterizar y cuantificar metabolitos secundarios con capacidad antioxidante en quinua, y se observó un importante valor de la misma en los extractos acetónicos. Esta propiedad permitirá efectuar ensayos de compatibilidad con excipientes, para preformular un medicamento herbario y/o un nutracéutico a partir de los mismos.

### VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA ADHERENCIA EN USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS ORALES: ESTUDIO PILOTO

*Cordero, M.; Fava, G.; Zurlo, M.; Hernández Colque, M.; Armando, P.*

*Servicio de Farmacia de la Unión de Educadores de la Provincia de Córdoba (UEPC), Córdoba.*

### INTRODUCCIÓN

El empleo de Anticonceptivos Orales (ACO) es muy frecuente y el farmacéutico tiene un papel muy importante en el proceso de dispensación de estos medicamentos, para conseguir un uso efectivo y seguro de los mismos; promoviendo además el empoderamiento de las usuarias para tomar decisiones y resolver problemas.

### OBJETIVOS

Evaluar el conocimiento y la adherencia de las usuarias de ACO, mediante la aplicación de un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) desarrollado en el servicio de Farmacia de la Unión de Educadores de la Provincia de Córdoba (UEPC).



## METODOLOGÍA

Se desarrolló un PNT con su instrumento de registro, para aplicar al momento de dispensar un ACO a las usuarias, contemplándose como aspectos principales el inicio del uso o la continuación de un tratamiento. A fin de realizar el pilotaje del PNT, se lo aplicó en 39 usuarias de ACO que acudieron al Servicio de Farmacia de la UEPC, durante el mes de abril de 2017.

## RESULTADOS

A partir de la aplicación del PNT, se observó que 36 usuarias (92,3%) ya empleaban el ACO, de las cuales 27 llevaban más de un año de tratamiento. 27 mujeres (69,2%) utilizan estos medicamentos como método anticonceptivo, mientras que 13 los emplean como regulador hormonal. 15 pacientes (42,9%) discontinuaron el tratamiento alguna vez, siendo la principal causa el realizar un período de descanso. 4 usuarias (11,4%) informaron haber tenido efectos adversos asociados con la toma de ACO, como náuseas, migrañas y “spotting”.

Respecto de los factores de riesgo para el uso de ACO, 7 pacientes (19,4%) manifestaron tener problemas circulatorios, 5 (13,9%) colesterol elevado y 6 (16,7%) son fumadoras. Con relación a la adherencia al tratamiento, 25 usuarias (69,4%) olvidaron la toma de al menos una pastilla en algún momento del tratamiento.

## CONCLUSIONES

El PNT desarrollado permitió caracterizar y vehiculizar adecuadamente las demandas de información y de educación sanitaria de las usuarias de ACO. Un porcentaje importante de las pacientes utilizaba los ACO a pesar de estar contraindicados por presentar factores de riesgo para trombosis venosa y tromboembolismo (problemas circulatorios, hipercolesterolemia o por ser fumadoras). Un elevado porcentaje olvidó alguna toma de ACO, y en la mayoría de los casos informaron que lo resolvieron tomando dos comprimidos juntos. Por ello, sería conveniente diseñar actividades de educación sanitaria dirigidas a las usuarias de ACO, para que reciban información sobre el uso adecuado y los riesgos que conlleva el empleo de estos medicamentos.





## EXPOSICIONES ORALES

### • Panel N° 1: Farmacia comunitaria

#### NECESIDAD EN LA CAPACITACIÓN EN LA LENGUA DE SEÑAS EN ARGENTINA PARA UNA ADECUADA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A LA COMUNIDAD CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

**Beitia, L.**

*Universidad Maimónides, CABA.*

#### INTRODUCCIÓN

Las personas con discapacidad auditiva, aquellas con déficit en la percepción de sonidos, encuentran múltiples barreras de comunicación al recibir información sobre el uso de los medicamentos. En el ámbito de la farmacia oficial, específicamente en el de atención al paciente, es fundamental garantizar la comunicación para dar un servicio de calidad.

#### OBJETIVO

Determinar la necesidad de la capacitación en la Lengua de Señas Argentina (LSA) del farmacéutico y/o su personal auxiliar para un adecuado servicio, comprendiendo las necesidades de los pacientes con discapacidad auditiva y la predisposición del farmacéutico y personal para aprender el lenguaje de señas.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo con muestreo no probabilístico, en el cual se realizaron dos tipos de cuestionarios anónimos de marzo a julio de 2016. Uno de ellos a personas con discapacidad auditiva de diferentes institutos, para conocer las necesidades en la atención farmacéutica (n = 27). El otro, dirigido al personal farmacéutico profesional y auxiliar de distintas farmacias de CABA, para evaluar su percepción al respecto (n = 79).

#### RESULTADOS

Primer cuestionario: se entrevistaron 20 mujeres y 7 hombres de entre 24 y 37 años de edad. El 33% reportó hipoacusia, el 63%, sordera y el 4%, no sabe. El 89% dice que nunca ha encontrado a alguien que sepa la lengua en las farmacias, el 7%, a veces y el 4%, siempre. Asimismo, frente al mostrador, un 75% debe escribir lo que necesita sin establecer una comunicación fluida y con el riesgo de



que no lo interpreten. Un 10% depende de alguien que lo acompañe para que se comunique por él.

Segundo cuestionario: se entrevistaron 40 mujeres y 39 hombres con edad promedio de 36 años. El 84% sabe la diferencia entre sordera e hipoacusia pero el 78% no conoce el LSA. El 95% consideró importante que se aprendiera, a fin de mejorar la calidad de la atención farmacéutica. Sin embargo, frente a la pregunta de si “realizaría el curso”, el 63% respondió que sí tenía tiempo y el 21% dijo que lo haría si era gratis. Cabe destacar que el 49% de los encuestados ha tenido pacientes con alguna discapacidad auditiva pero en la mayoría de los casos le resultó sumamente complicado comunicarse eficazmente.

## CONCLUSIONES

Existe una falta de comunicación entre el personal de farmacia y el paciente con discapacidad auditiva que puede llevar a graves errores en el uso correcto de los medicamentos y, además, impide al paciente lograr su autonomía. Sobre la base de este estudio, se desarrolló un proyecto de capacitación en LSA específicamente para el personal de farmacia. Resulta necesario concientizar y sensibilizar al farmacéutico y al personal respecto de la importancia de conocer el LSA.

## RELEVAMIENTO DE DISPENSACIÓN DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA *VERSUS* PRESERVATIVOS Y LA EDUCACIÓN SEXUAL ADQUIRIDA POR LOS PACIENTES EN FARMACIAS OFICINALES DE POSADAS

*Flores, M.; Ilchuk, V.; Rivas, R.; Ostrowki, M.*

*Oficinas de Farmacia (Farmacias: Mercantil, 20 de Junio, Romanna), Posadas, Misiones.*

## INTRODUCCIÓN

Desde que las mujeres se inician en la sexualidad, su principal preocupación se basa en evitar el embarazo no planificado y dejan en segundo plano la atención, el riesgo y las implicancias que pueden tener en su salud, en general y reproductiva, contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS).

## OBJETIVO

Comparar las ventas del anticonceptivo hormonal de emergencia (AHE) y de los preservativos, de septiembre a noviembre de 2015, e igual período en 2016, en tres farmacias de la Ciudad de Posadas. Detectar abusos y mal uso del AHE y relevar conocimientos sobre AHE y ETS en mujeres en edad reproductiva.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, respecto de las ventas de AHE y preservativos (cajas por tres unidades), entre los meses de septiembre a noviembre de 2015 y el mismo período de 2016, en tres farmacias, localizadas en el microcentro y periferia de la Ciudad de Posadas. Se encuestó a mujeres en edad reproductiva, entre los 15 y los 44 años, respecto de la AHE, los métodos anticonceptivos y el conocimiento sobre las ETS.

## RESULTADOS

En 2015, se vendieron 119 cajas AHE y 129 cajas de preservativos. En 2016, se vendieron 140 cajas AHE y 115 cajas de preservativos. En 2016, se visualizó un incremento del 15% (21 cajas) en las ventas de AHE respecto de 2015 y una disminución del 12% (14 cajas) en las ventas de preservativos. La cantidad total de pacientes dispensados en 2015 fue 7250 y, en 2016, fue de 6680. Del total de 160 entrevistas, un 75% (120 mujeres) manifestó utilizar alguna vez la AHE. Un 61,66% (74 mujeres) la utilizó más de dos veces al año y un 38,33% (46 mujeres) la usó más de dos veces al mes. Un 100% (160 mujeres) expresó tener conocimiento sobre las ETS. El 30% (48 mujeres) utiliza el preservativo como método de anticoncepción. El 45% (72 mujeres) utiliza otro método anticonceptivo y un 25% (40 mujeres) utiliza algún método en forma intermitente.

## CONCLUSIONES

Se deduce que decayó la venta de preservativos, al tiempo que se elevó el consumo de la AHE. Se considera preocupante el incremento del uso del AHE, que se empleó como método anticonceptivo habitual, y el uso del preservativo como forma exclusiva para evitar embarazos, sin considerar la protección de las enfermedades de transmisión sexual. Creemos encontrarnos ante un problema educativo y que se debería poner mayor énfasis en la promoción de los métodos anticonceptivos, en la correcta utilización de la AHE y en concientizar sobre el uso del preservativo y los riesgos de contraer ETS.

## INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS QUE PUEDEN AFECTAR LA CAPACIDAD DE CONDUCIR

*Acuña Mesina, S.; Rossaroli, S.; Lépori, A.; Armando, P.*

*Servicio de Farmacia de la Unión de Educadores de la Provincia de Córdoba (UEPC), Córdoba.*



## INTRODUCCIÓN

Las lesiones por accidentes de tránsito constituyen un grave problema de salud pública en todos los países. Muchos medicamentos disminuyen el rendimiento psicomotor, alterando la capacidad para conducir vehículos y/o maquinarias. Durante la dispensación, el farmacéutico tiene un papel relevante para proporcionar información al paciente sobre aquellos medicamentos que pueden afectar la conducción.

## OBJETIVOS

Describir los principales grupos terapéuticos y medicamentos disponibles en la Argentina que puedan tener influencia sobre la conducción. Intervenir, al momento de la dispensación, proporcionando información a aquellos pacientes que emplean estos fármacos, registrando los resultados obtenidos.

## MÉTODOS

Se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica, tomando como referencia el Documento de Consenso sobre Medicamentos y Conducción en España de 2016, basado en las recomendaciones del proyecto DRUID (Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). Se diseñó un instrumento de registro de la intervención farmacéutica durante la dispensación, el que fue aplicado por un farmacéutico durante dos semanas en el Servicio de Farmacia de la Unión de Educadores de la Provincia de Córdoba (UEPC). El registro se realizó cuando se detectaba al menos un principio activo con potencial influencia en la conducción y contenía datos demográficos del paciente y relativos a la medicación empleada, así como también hábitos relacionados a la conducción que permitieran conocer la información de que disponían los pacientes.

## RESULTADOS

Basados en la revisión bibliográfica y en la consulta al Centro de Información de Medicamentos, se adaptó la clasificación española de cuatro categorías, tomando en cuenta los principios activos comercializados en la Argentina (categoría 0: no influyen la conducción; categoría 1: influencia leve; categoría 2: influencia moderada; y categoría 3: influencia muy marcada sobre la conducción). Durante la dispensación, se realizaron 102 intervenciones farmacéuticas sobre las categorías 1 a 3. 73 pacientes fueron mujeres (71,6%) y 42 mayores de 61 años (41,2%). 51 pacientes (50%) conducen habitualmente, pero 28 de ellos (54,9%) desconocen que la medicación empleada puede tener efectos en la conducción. 18 de los pacientes (80%) que tienen conocimientos suficientes toman alguna precaución al conducir. 95 personas (93,1%) manifestaron que no recibieron previamente información por parte del farmacéutico sobre el tema.

## CONCLUSIONES

La aplicación de esta sencilla metodología de trabajo durante la dispensación, permite efectuar educación sanitaria, asesoramiento y corrección de la información, a fin de mejorar el conocimiento de los pacientes. Se destaca el elevado porcentaje de pacientes que conducen habitualmente y que desconocen los efectos de la medicación. Además, se observó que un número elevado de los pacientes no habían recibido información previa sobre este aspecto por parte del farmacéutico; lo que pone de manifiesto una oportunidad de intervención farmacéutica, pues no solo se puede ayudar a la correcta utilización de los medicamentos, sino también contribuir con una disminución potencial del riesgo de accidentes de tránsito.

## • Panel N° 2: Otros temas de interés farmacéutico

### PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE AUTORIZACIÓN *ON LINE* DE VALES DE PSICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES EN LA PROVINCIA DE SAN LUIS

**Andiñach, A.G.**

*Fiscalización Sanitaria, Ministerio de Salud, San Luis.*

## INTRODUCCIÓN

Si bien las sustancias identificadas como estupefacientes y psicotrópicos tienen gran importancia clínica en el tratamiento de diversas enfermedades y en cuidados paliativos, un excesivo control y restricción devienen en una falta de acceso, por lo que es necesario encontrar el equilibrio para favorecer su correcta utilización sin dejar de lado el control y fiscalización de las mismas. El marco regulatorio actual nacional y provincial sumado a otras tecnologías presentes en la Provincia de San Luis (Cédula de Identificación Provincial Electrónica CIPE 3.0 y WIFI gratuito) representan un importante avance para la implementación de un sistema de autorización *on line* de vales.

## OBJETIVOS

Proponer la implementación de un sistema de autorización *on line* de los vales de psicotrópicos y estupefacientes en la Provincia de San Luis. Comparar las ventajas y desventajas con el sistema actual.

## INTERVENCIÓN

Se revisó el sistema actual de adquisición de las Sustancias Sujetas a Control Especial (SSCE), el marco legal vigente a nivel nacional (Ley de Firma Digital N° 25506) y provincial (Ley N° V-0591-2007) y la tecnología presente en la Provincia de San Luis, proponiéndose un modelo de “vale *on line*” para la adquisición de SSCE y los recursos necesarios para su implementación. Se identificaron ventajas y desventajas del sistema actual de autorización, registro y archivo, como del sistema propuesto.

## RESULTADOS

La tecnología requerida es de fácil acceso, costo mínimo, incluye la utilización de la CIPE y la obtención de firma digital validada por el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de San Luis constituido en autoridad de registro.

El modelo de vale propuesto cuenta con cuatro firmas digitales: 1) establecimiento comprador (solicitud de compra), 2) autoridad sanitaria (autorización de compra), 3) establecimiento vendedor (envío del pedido) y 4) establecimiento comprador (recepción del pedido). Esta información formaría parte de un registro actualizado y en tiempo real del consumo de SSCE en la provincia. Algunas de las ventajas de la propuesta son: a) el fortalecimiento de la regulación y vigilancia sanitaria con documentación segura, registrada y en tiempo real de las SSCE; b) la informatización del sistema de registro y control de los establecimientos compradores y vendedores; c) la constitución de bases de datos útiles para fines estadísticos de tenencia, uso y consumo de SSCE; d) la reducción del consumo de papel y cuidado del medio ambiente; y e) el menor costo y tiempo de entrega del medicamento en zonas rurales y lugares alejados de la autoridad sanitaria, para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

## INSTITUTO DE PREPARADORES MAGISTRALES Y SUS ACTIVIDADES. UNA RESPUESTA A NECESIDADES DE FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS FORMULISTAS

**Asinari, M.**

*Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe 1° Circunscripción, Santa Fe.*

## INTRODUCCIÓN

La preparación magistral ha sido durante siglos la única forma de elaboración de medicamentos. La industrialización provocó una disminución de esta actividad

pero no la sustituyó, ya que es el medio para adaptar la medicación a las particularidades/necesidades individuales de cada paciente. Las farmacopeas modernas la destacan como una parte esencial de la práctica médica y farmacéutica equiparando sus monografías a las de medicamentos de fabricación industrial. Sin embargo, no se da a esta actividad suficiente relevancia; los pocos farmacéuticos que se dedican a ella encuentran dificultades para realizarla, especialmente en el acceso a la información, la normatización de la práctica y la actualización de conocimientos y técnicas, adquiridos en la carrera de Farmacia. Para contribuir a resolver estos problemas, un grupo de farmacéuticos comunitarios preparadores del Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe 1° Circunscripción crearon el Instituto de Preparadores Magistrales.

### **OBJETIVO**

Describir las actividades del Instituto de Preparadores Magistrales del Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe 1° Circunscripción, desde su creación hasta el presente.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo, retrospectivo. Período analizado: 2005-2016. Se obtuvieron los datos de las Actas del Instituto de Preparadores Magistrales, la web educativa del Colegio de Farmacéuticos y las encuestas realizadas a los farmacéuticos, al inicio del año y luego de cada actividad educativa.

### **RESULTADOS**

Se organizaron 14 cursos teórico-prácticos, 1 taller, 1 Jornada y 1 Conferencia, basados en los resultados de las encuestas; con participantes de distintas profesiones de la salud. Se participó en programas de capacitación y reuniones con asociaciones profesionales y comisiones de otros colegios farmacéuticos, intercambiando proyectos y trabajos. Se realizaron visitas a farmacias de formulistas de reconocida experiencia y a laboratorios de materias primas. Se elaboró un proyecto de Buenas Prácticas de Preparaciones en Farmacia (BPPF), aprobado por el Colegio y FEFARA.

### **CONCLUSIONES**

Las actividades desarrolladas por el Instituto han permitido: ampliar la oferta educativa, desde la teoría y la práctica, en esta temática; crear un marco adecuado para la elaboración de las BPPF; difundir la actividad formulista y trabajar colaborativamente con otros profesionales. Se propone: seguir trabajando en la capacitación profesional; presentar el Proyecto de Buenas Prácticas de Preparaciones



en Farmacias comunitarias en el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe; y promover la interacción entre el Instituto y la Cátedra de Farmacotecnia de la carrera de Farmacia para contribuir a fortalecer la actividad de preparaciones en farmacias.

## **SUPLEMENTO DIETARIO CON INGREDIENTES NO PERMITIDOS, ACCESIBLE POR INTERNET**

**Cuello, A. y Pagani, M.<sup>1</sup> Sinelli, J.; De Zan, M. y Caro, Y.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe, 1°C. <sup>2</sup> Laboratorio de Control de Calidad de Medicamentos. Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, UNL.

### **INTRODUCCIÓN**

El Sistema de Información de Medicamentos (SIM) del Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe 1° Circunscripción atiende consultas sobre medicamentos, suplementos dietarios, hierbas medicinales. Posee bases de datos y trabaja en colaboración con entidades científicas y universidades. El SIM da soporte técnico al Efector Periférico de Farmacovigilancia (EPF) del Colegio. Durante agosto de 2016 se recibió la consulta de un farmacéutico comunitario sobre un Suplemento Dietario (SD), adquirido por Internet y sospechado de provocar convulsiones. La consulta fue: ¿El producto está autorizado por la ANMAT para su comercialización? Por su composición, ¿este producto puede provocar convulsiones?

### **OBJETIVOS**

Confirmar la composición declarada en el rótulo de un Suplemento Dietario. Determinar la legalidad del SD, aplicando la normativa vigente, y si la convulsión es un efecto adverso conocido de sus ingredientes.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo. Se recibió en el EPF un SD (cápsulas), promocionado como “quemador de grasa súper potente”, elaborado en los Estados Unidos. Se analizó su composición por Cromatografía Líquida de Alta Resolución con Detector de Arreglo de Diodos (CLAR-DAD). En el SIM, se investigó bibliográficamente antecedentes de convulsión por sus ingredientes, y se consultó al Código Alimentario Argentino (CAA) si están permitidos sus ingredientes en SD y a la ANMAT sobre referencias del producto.

## RESULTADOS

Análisis cuali-cuantitativo: yohimbina: 2,05mg/cápsula; rauwolscina: 1,29mg/cápsula; cafeína: 81mg/cápsula; teobromina: 7,0 mg/cápsula. No se investigó p-sinefrina, declarada en el rótulo. Según el CAA: el producto incumple el art. 1381 por contener yohimbina, rauwolscina, cafeína, teobromina, sustancias no permitidas en SD. Respuesta de ANMAT: en la base de datos no constan antecedentes de registro del producto y el “Programa de Monitoreo y Fiscalización de Publicidad y Promoción de Productos sujetos a Vigilancia Sanitaria” solicitó la baja de los anuncios de este SD en Mercado Libre, por contener yohimbina, componente con actividad farmacológica y conocidos efectos adversos. En la bibliografía se halló un caso: un joven de 23 años que consumía crónicamente SD con yohimbina y cafeína, convulsionó y luego falleció. Su muerte se atribuyó a la toxicidad por yohimbina. La información de este trabajo fue comunicada a la Agencia Santafesina de Seguridad Alimentaria y el farmacéutico notificó y alertó al usuario.

## CONCLUSIONES

El suplemento dietario estudiado contiene los ingredientes declarados en el rótulo. No está aprobado por ANMAT. Sus ingredientes, no permitidos, son riesgosos para la salud. Si bien el Estado es responsable del control de estos productos, es importante que el farmacéutico informe a la población sobre el peligro de su consumo, y reporte.

## SERVICIOS PROFESIONALES EN FARMACIAS COMUNITARIAS COMO EJE DE UNA NUEVA EXPERIENCIA DOCENTE

**Ángel Villegas, N.; Real, J.P.; Formica, M.L.; Palma, S.D.**

UNITEFA-CONICET. Departamento de Farmacia, Facultad de Ciencias Químicas, Universidad Nacional de Córdoba, Programa de Servicios en Farmacias Comunitarias (PROSERFARM).

## INTRODUCCIÓN

Los planes de estudio de la carrera de Farmacia han centrado la formación del farmacéutico en los aspectos químicos y clínicos, no contemplando la formación profesional como gerente de su propia empresa. Desde la Facultad de Ciencias Químicas, UNC, la asignatura Farmacia Comunitaria propone ampliar el perfil profesional farmacéutico formando a los estudiantes en la gestión de la farmacia y la prestación de servicios profesionales.

## OBJETIVOS

Desarrollar una actividad docente innovadora donde los estudiantes incorporen en forma teórico/práctica conceptos relacionados a servicios profesionales con énfasis en planificación estratégica y análisis de rentabilidad.

## METODOLOGÍA

Los 86 estudiantes de la asignatura fueron distribuidos en grupos de 3 o 4 personas para la elaboración de un trabajo integrador final (TIF). Se generaron “farmacias hipotéticas” para cada grupo, distribuidas al azar sobre un mapa de la Ciudad de Córdoba. Se les proporcionó información demográfica de los diferentes barrios, así como también información propia de la farmacia, por ejemplo: ventas por rubro, cantidad de empleados, metros cuadrados del local, márgenes de ganancia, perfiles de los recursos humanos, entre otros. Los estudiantes debieron realizar un diagnóstico de situación de la farmacia para luego elaborar un plan de desarrollo profesional que optimizara el funcionamiento de la misma, basándose en un servicio novedoso en un área temática específica asignada por los docentes. Las metodologías para el análisis de la rentabilidad de las farmacias fueron las aportadas en cursos dictados por FEFARA a cargo del CP Carlos Sandoval.

## RESULTADOS

A partir del diagnóstico, el análisis de la rentabilidad de la farmacia fue realizado en forma correcta por el 80% de los estudiantes. Los errores más comunes consistieron en no considerar su salario como profesional (10%), el costo oportunidad del local propio (4%) o las bonificaciones de la seguridad social (6%) en dicho cálculo. Respecto al desarrollo del servicio, todos los grupos fueron capaces de identificar un cliente específico y sus necesidades para finalmente diseñar un servicio apuntado a satisfacerlas. En los servicios desarrollados se destaca la utilización de tecnologías de la información y la comunicación, el uso de test y de tiras reactivas para autodiagnóstico, la explotación de dispositivos de medición y el trabajo cooperativo con otros profesionales no médicos como nutricionistas, kinesiólogos y profesores de educación física. Utilizando InfoStat, las encuestas de satisfacción arrojaron que un 80% de los estudiantes consideraron la metodología y temática abordada como excelente o muy buena.

## CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos, se puede concluir que la experiencia docente resultó útil para el desarrollo de competencias relacionadas con los objetivos propuestos, lo que demuestra que desde la oficina de farmacia es posible lograr un cambio de paradigma de la profesión.





## • Panel N° 3: Farmacia hospitalaria

### INTERVENCIÓN DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO EN LA REDUCCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA Y LA PRESCRIPCIÓN APROPIADA OMITIDA DE MEDICAMENTOS

*Fajreldines, A.; Valerio, M.; Malvicini, A.; Piccirilli, G.; González, V.; Davide, L.; Insúa, J.; Schnitzler, E.; Pellizzari, M.*

#### INTRODUCCIÓN

La prescripción inapropiada de medicamentos (PIM) y la prescripción apropiada omitida (PPO) en los pacientes ancianos son problemas sanitarios que deben ser analizados con enfoques sistémicos para reducir su magnitud. Por otro lado, originan eventos adversos, y con ello readmisiones, exponiéndolos a una mayor morbilidad y mortalidad.

#### OBJETIVOS

Evaluar los porcentajes de PIM y de PPO en pacientes mayores a 64 años hospitalizados en un hospital de alta complejidad durante 2 períodos. También se valoraron los eventos adversos a medicamentos (EAM) y las readmisiones antes y después de una intervención.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de tipo pre-post no controlado. El período preintervención fue en 2014 y el post en 2015. Para evaluar la PIM, se empleó la herramienta Screening Tool Of Older Person's Prescriptions (STOPP) y para la PPO, los Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment (START). Se evaluó el porcentaje de PIM y de PPO al ingreso y egreso de cada paciente en los dos períodos. La intervención fue la recomendación estandarizada y sistemática del farmacéutico a cada médico prescriptor, efectuada por vía telefónica e e-mail. Los resultados se analizaron en el programa SPSS19®, realizándose una regresión binaria ajustada, a fin de analizar las variables asociadas.

#### RESULTADOS

Se analizaron 1262 pacientes y un total de 16.542 fármacos. Los resultados observados antes y después de la intervención farmacéutica se resumen en la siguiente tabla.

### Intervención farmacéutica

|                              | Antes | Después |
|------------------------------|-------|---------|
| PIM al ingreso               | 48,9% | 47,4%   |
| PIM al egreso                | 46,1% | 16,7%   |
| PPO al ingreso               | 10,0% | 12,2%   |
| PPO al egreso                | 7,6%  | 7,9%    |
| EAM                          | 50,9% | 34,4%   |
| Interacciones medicamentosas | 24,4% | 17,4%   |
| Readmisiones hospitalarias   | 7,5%  | 6,1%    |
| Readmisiones a Emergencias   | 12,2% | 4,7%    |

### CONCLUSIONES

Las PIM, los EAM, la interacción medicamentosa clínicamente relevante y las readmisiones a emergencias fueron reducidos con niveles de significación ( $p < 0,05$ ), las readmisiones a la hospitalización fueron reducidas pero no con niveles de significación. La intervención fue positiva y los aspectos evaluados coinciden con la literatura internacional. La intervención clínica del farmacéutico continúa siendo una estrategia de mejora avalada por la evidencia para mejorar la prescripción apropiada sobre la población anciana.

### REACCIÓN ADVERSA CUTÁNEA AL TRATAMIENTO CON EXTRACTO DE GINKGO BILOBA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

**Oscar, V.,<sup>a</sup> Calderón, T.E.,<sup>b</sup> Sierra, P.,<sup>c</sup> Romañuk, C.<sup>d</sup>**

<sup>a</sup> Servicio de Farmacia, Hospital Tránsito Cáceres de Allende; <sup>b</sup> Servicio de Alergia e Inmunología, Hospital Tránsito Cáceres de Allende; <sup>c</sup> Dirección de Jurisdicción de Farmacias, Ministerio de Salud de Córdoba; <sup>d</sup> Unidad de Investigación y Desarrollo en Tecnología Farmacéutica (UNITEFA), CONICET; Departamento de Farmacia, Facultad de Ciencias Químicas, Universidad Nacional de Córdoba.

### INTRODUCCIÓN

Las reacciones cutáneas por hipersensibilidad a fármacos son una condición que genera cuadros muy diversos. En ocasiones, imitan otras entidades dermatológicas y provocan confusión al diagnosticar. En este caso clínico, se presenta una

Reacción Adversa a Medicamentos (RAM) en piel poco frecuente y de varios meses de evolución, donde no se encontraba el origen del problema.

### CASO

Paciente femenina de 77 años, se presenta el día 08/03/2017 en la guardia del hospital exhibiendo lesiones dermatológicas, tipo máculopapulares, eritemato-pustulosas, descamativas y pruriginosas, diseminadas en regiones dorsal, abdominal, miembros inferiores y superiores, pocas en cuero cabelludo y nada en facie. Sin fiebre. La paciente manifiesta que padece esto hace 18 meses y que consultó diferentes médicos, quienes le indicaron tratamientos con corticoides, antimicrobianos y antialérgicos, sin lograr mejoría. Entre los antecedentes patológicos describe hipotiroidismo, hipertensión arterial y ansiedad; tratada crónicamente desde hace varios años con levotiroxina, clortalidona + clonidina y clonazepam. Hasta entonces nunca presentó lesiones en piel. En junio de 2015, su neuróloga le diagnostica deterioro cognitivo y le prescribe extracto de *Ginkgo biloba* 40 mg/12 h, tratamiento que sigue hasta marzo de 2017. La alergista de guardia advierte que las lesiones cutáneas aparecen tiempo después de iniciar tratamiento con *Ginkgo biloba*. Se le indica antialérgicos y se solicita biopsia de piel y exámenes de laboratorio. Los resultados de laboratorio arrojaron valores dentro de los parámetros normales y la biopsia expresó como conclusión diagnóstica “posible fármacodermia”. Se le solicita determinación en sangre de IgE específica para levotiroxina, clortalidona + clonidina, clonazepam y *Ginkgo biloba*, y resulta positivo para *Ginkgo biloba* y negativo para los demás. Se le indica que suspenda el *Ginkgo biloba* y que continúe con los demás tratamientos. Al mes siguiente, se efectúa control con mejoría notable y sin lesiones en piel. Se retira tratamiento antialérgico manteniéndose asintomática hasta el día de la fecha.

### COMENTARIOS

Aplicando el algoritmo de Karch-Lasagna se determinó una relación de causalidad “probable”. Es una RAM Tipo B descrita en bibliografía y de gravedad moderada. No es factible concluir la relación de causalidad entre *Ginkgo biloba* y la RAM, debido a que no es posible una reexposición. Este caso se reportó al Sistema Unificado de Fármaco Vigilancia de la Provincia de Córdoba, para documentar la frecuencia de aparición de este tipo de RAM asociada a *Ginkgo biloba*.

### CONCLUSIÓN

Ante manifestaciones clínicas en piel, se debería considerar la posibilidad de fármacodermia.



## ALGORITMO DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO

**De Guernica, A.**

*Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba.*

### INTRODUCCIÓN

El intercambio terapéutico de medicamentos es un procedimiento mediante el cual un medicamento es sustituido por otro, de diferente principio activo, del que se espera el mismo efecto o superior, sobre la base de un protocolo previamente establecido y aceptado, definiendo equivalente terapéutico como un medicamento diferente en su estructura química del original pero del que se espera un efecto terapéutico y un perfil de efectos adversos similares cuando se administra en dosis equipotentes. Con el fin de reducir el riesgo de extrapolar el efecto de “clase” de los medicamentos de un mismo grupo, hemos desarrollado un algoritmo de toma de decisiones en el intercambio terapéutico, en el que se valoran de forma secuencial y según su importancia clínica los criterios primarios (eficacia y seguridad) y los secundarios (conveniencia y costo). El intercambio terapéutico considera la existencia de medicamentos clínicamente equivalentes e intercambiables entre sí, y define cuál es el más adecuado para la prescripción según el paciente y la política de medicamentos de la institución. Se pretende así favorecer el uso eficiente de los medicamentos, garantizar su disponibilidad en el lugar y momento oportunos, facilitar el control y uso racional de los mismos y asegurar la mejor alternativa terapéutica.

### OBJETIVO

Elaborar un algoritmo para el intercambio terapéutico en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboró un algoritmo consensuado y supervisado por el Comité de Farmacia, organismo multidisciplinario que preside el Director del hospital, según: a) criterios primarios de eficacia: selección de estudios relevantes según nivel y grado de evidencia; b) criterios primarios de seguridad: frecuencia, relevancia y gravedad de reacciones adversas, datos de farmacovigilancia, ensayos directos e indirectos y c) criterios secundarios de conveniencia y costo. Los grupos terapéuticos seleccionados fueron inhibidores de la bomba de protones, antiinflamatorios no esteroideos, estatinas, inhibidores de enzima convertidora y antagonistas de renina-angiotensina.

## RESULTADOS

Se elaboró el documento como un Protocolo Normalizado de Trabajo. Fue aprobado por el Comité de Farmacia, y refrendado por el Comité de Seguridad de Pacientes y el Comité de gestión de calidad, y socializado en una reunión con los referentes de la institución para su próxima implementación.

## CONCLUSIONES

Elaborar un algoritmo de intercambio terapéutico basado en el consenso y en la evidencia científica disponible constituye una herramienta sencilla que contribuye al uso racional de los medicamentos, lo que garantiza la disponibilidad y el empleo eficiente de los recursos.

### • Panel N° 4: Tecnología farmacéutica

#### CARACTERIZACIÓN DE TRES FORMULACIONES DE PELÍCULAS BUCALES MUCOADHESIVAS CON ACTIVIDAD ANTIFÚNGICA BASADAS EN QUITOSANO/CARBOPOL

*Tejada, G.; Sortino, M.; Lamas, M.C.; Leonardi, D.*

*Área Técnica Farmacéutica, Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, Rosario, Santa Fe.*

## INTRODUCCIÓN

Las candidiasis bucales son infecciones causadas por hongos levaduriformes en la lengua y el revestimiento de la boca del paciente. El tratamiento de esta patología se basa en el empleo de enjuagues bucales y geles, acompañados de comprimidos. Las matrices bucales adhesivas conteniendo un fármaco antifúngico proporcionan una alternativa a las formas tradicionales para el tratamiento de esta infección.

## OBJETIVO

El objetivo de este trabajo fue la caracterización de tres matrices mucoadhesivas cargadas con nitrato de miconazol (NM) como fármaco modelo. Se desarrollaron tres formulaciones que contienen NM, polietilenglicol 400 (PEG 400), como plastificante; y quitosano (Q) y carbopol (CB), como polímeros formadores de las



## INTRODUCCIÓN

Albendazol (ABZ) es un fármaco (F) antiparasitario de amplio espectro con escasa solubilidad acuosa y biodisponibilidad errática, lo cual se ha asociado a fallas terapéuticas. La formulación de nanocristales se ha convertido en una estrategia de gran valor para la formulación de F pocos solubles ya que se produce un aumento exponencial en su superficie específica, lo que incrementa su velocidad de disolución, concentración de saturación y mucoadhesividad. El objetivo del presente trabajo fue obtener nanocristales de ABZ (NCABZ) en forma de polvos redispersables mediante una técnica optimizada de homogeneización de alta presión (HAP), secado por aspersión (SPA) y realizar la caracterización físico-química de los sistemas. Para la producción de NCABZ se partió de suspensiones acuosas del F (2,5% p/p) y un estabilizante [Poloxamer 188 (P188)] a diferentes concentraciones (0,25; 0,5; 1 y 2,5% p/p), utilizando un mortero y un pilón. Las suspensiones fueron procesadas mediante HAP (30 ciclos a 1200 bar) y finalmente fueron convertidas en polvos mediante SPA. El rendimiento de proceso (RP) y la capacidad de redispersión (CR) fueron medidos luego del SPA. La caracterización físico-química de los sistemas incluyó la medición del tamaño de partícula e índice polidispersidad (IP), mediante dispersión dinámica de la luz, microscopía electrónica de barrido, difracción de rayos X, ensayos de solubilidad y disolución. Las 4 suspensiones estudiadas arrojaron tamaños de partícula dentro del rango nanométrico (~500 nm) y valores de IP cercanos a 0,250 luego de la HAP, dichos parámetros se mantuvieron estables hasta 5 días. La presencia de P188 al 1% y 2,5% permitió una alta CR (551±20,45 nm y 483,78±14,76 nm respectivamente), mientras que al 0,25% y 0,5% la CR se vio reducida (1648,24±87,34 nm y 770,12±20,56 nm, respectivamente). El RP también aumentó a concentraciones crecientes de P188, alcanzando un 72% para 2,5% de P188. Los patrones de difracción de rayos X demostraron la ausencia de cambios en la cristalinidad de ABZ, y se encontraron sus picos característicos (7, 17, 38 y 45 °θ), tanto en NCABZ como en la mezcla física (Control). Las fotomicrografías demostraron un alto grado de homogeneidad y una reducción en el tamaño de partícula para NCABZ respecto del F puro. La velocidad de disolución se vio incrementada para NCABZ (Q1h: 84,63%) mientras que el F puro y el Control presentaron valores de Q1h de 4,28% y 7,7%, respectivamente. La combinación de HAP y SPA es viable para la producción de una fórmula optimizada de ABZ.

## CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo podrían tener un alto impacto sanitario ya que se necesitarían menores dosis de F, y se disminuirían así riesgos de toxicidad y costos de tratamiento.

## ESTUDIO DE LA INHIBICIÓN Y DISRUPCIÓN DE BIOFILM DE E. COLI TRATADO CON EXTRACTOS DE ARÁNDANOS

*Muratore Lorenzi, M.P.; Santana Arriazu, M.; Heredia Alemán, B. y Moyano, M.A.,<sup>1</sup> Urquiza, N.M. y Manca, S.G.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Cátedra de Garantía de Calidad de Drogas y Medicamentos; <sup>2</sup> Cátedra de Química Analítica I, Facultad de Bioquímica, Química y Farmacia; Universidad Nacional de Tucumán, Tucumán.

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones urinarias tienen alta incidencia mundial. E. Coli es patógeno etiológico en un 90%. La ingesta de arándanos, con fines medicinales es conocida. Los arándanos contienen ácido quínico, ácido málico, ácido cítrico, glucosa y fructosa. Recientemente, se demostró que los arándanos rojos evitan que E. coli se adhiera a células de vejiga debido a la fructosa y a un compuesto polimérico de naturaleza desconocida que inhibe dicha adherencia. Estos antecedentes nos permiten estudiar los efectos de extractos de arándanos azules (*Vaccinium corymbosum* L) cultivados en Tucumán sobre el biofilm de una cepa de *Escherichia coli* uropatógena.

### OBJETIVO

Determinar los efectos de extractos de arándanos azules cultivados en Tucumán sobre el biofilm de E. coli uropatógena.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se emplearon arándanos tucumanos, preparando extractos secos, mediante lixiviaciones secuenciales con mezclas hidroalcohólicas, partiendo de: frutos secos (E1) y frutos frescos congelados (E2), y una lixiviación con acetona al 70% con frutos frescos congelados (E3). La cepa *Escherichia coli* fue aislada de un paciente con infección urinaria crónica, medio de aislamiento microbiano: agar-sangre MüllerHinton. Se evaluó la capacidad de los extractos para inhibir la formación de biofilm bacteriano a 1 hora, 6 horas, y la capacidad disruptora, con el método de O'Tool y colaboradores, en concentraciones de extractos 50 a 1000 µg/mL, 200 µL de cultivo bacteriano. Control: medio MüllerHinton.

### RESULTADOS

Los tres extractos, E1, E2 y E3, mostraron capacidad para inhibir la formación de biofilm a 1 hora. La mayor inhibición en E1, fue 125 µg/mL, mientras que las inhibiciones observadas en E2 y E3, se produjeron a 500 y 250 µg/mL de extracto respectivamente. En todos los extractos la actividad inhibitoria de formación de

biofilm a 6 horas aumentó hasta alcanzar la mayor capacidad, produciéndose a concentraciones de 500  $\mu\text{g}/\text{mL}$ , para E1 y de 250  $\mu\text{g}/\text{mL}$ , para E2 y E3, en tanto disminuyó a concentraciones mayores. El extracto E1, en el rango de concentraciones entre 125 y 600  $\mu\text{g}/\text{mL}$ , presentó una disrupción del 60%. Este comportamiento se repitió para E2 y E3 pero en el rango de concentración de 125 a 500  $\mu\text{g}/\text{mL}$  y 50 a 250  $\mu\text{g}/\text{mL}$ , respectivamente.

## CONCLUSIONES

Los tres extractos poseen capacidad de inhibir la formación de biofilm de *Escherichiacoli*, también de provocar su disrupción, siendo importante la capacidad disruptora del extracto E1. Estos resultados son promisorios para su posible empleo en la formulación de formas farmacéuticas.

## SCREENING DE EXTRACTOS DE PLANTAS DE LA FLORA ARGENTINA CON ACTIVIDAD ANTIFÚNGICA POTENCIADA CONTRA *CÁNDIDA ALBICANS* EN COMBINACIÓN CON ITRACONAZOL

**Cordisco, E.; Sortino, M.; Svetaz, L.**

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

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones fúngicas han aumentado en estos últimos años, dificultándose su tratamiento por el limitado número de drogas, que además poseen inconvenientes como toxicidad, estrecho espectro de acción, emergente resistencia, altos costos y tratamientos prolongados, por lo que es necesario encontrar tratamientos alternativos.

## OBJETIVO

Identificar plantas de la flora argentina que potencien la actividad del itraconazol en combinación.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se trabajó con 258 extractos secos de diferentes plantas y partes de las mismas. Se determinó la concentración inhibitoria mínima (CIM) de cada extracto en solitario por el método de microdilución en caldo, contra *Candida albicans*.



Posteriormente, se utilizó un ensayo de baja complejidad y alta capacidad para un primer tamizaje de la actividad en combinación con itraconazol (ITZ). Los extractos activos se evaluaron a su CIM, los extractos inactivos a 1000 µg/mL y el antifúngico comercial a cuatro concentraciones diferentes (CIMx2, CIM, CIM/2 y CIM/4). Aquellos extractos que disminuyeron la CIM de ITZ por lo menos a la mitad se seleccionaron para la siguiente etapa, en la que se evaluó la actividad mediante el método del tablero de ajedrez. Para determinar el tipo de interacción se calculó el índice de concentración inhibitoria fraccionaria (ICIF=):  $ICIF \leq 1$ : sinergismo;  $ICIF = 1$ : indiferencia o aditivismo e  $ICIF > 1$ : antagonismo. También se calculó el índice de reducción de dosis ( $DRI = CIM_{solitario} / CIM_{combinación}$ ).

## RESULTADOS

Solo un 11,24% de los extractos mostró actividad en solitario (CIM 1000 µg/mL) y un porcentaje similar de extractos activos se obtuvo mediante el primer tamizaje en combinación. Dichos extractos fueron analizados en una etapa posterior por el método de tablero de ajedrez. La mezcla más sinérgica se obtuvo con el extracto metanólico de partes aéreas de *Scoparia dulcis* ( $ICIF = 0,10$ ), que provocó una disminución de 26 veces la dosis de ITZ en la combinación, con respecto a la dosis necesaria para inhibir en solitario. Otros extractos que también resultaron sinérgicos con ITZ son: hexánico de partes aéreas de *Zuccagnia punctata* ( $ICIF = 0,53$ ;  $DRI_{itra} = 34$ ), metanólico de partes aéreas de *Gaillardia megapota mica* ( $ICIF = 0,12$ ;  $DRI_{itra} = 16$ ), metanólico de flores y diclorometánico de partes aéreas de *Nicotiana glauca* ( $ICIF = 0,12$  y  $0,58$ ;  $DRI_{itra} = 16$  y  $12$ , respectivamente), acuoso de partes aéreas de *Cestrum parqui* ( $ICIF = 0,56$ ;  $DRI_{itra} = 16$ ), metanólico de flores de *Argemone subfusiformis* ( $ICIF = 0,19$ ;  $DRI_{itra} = 8$ ) y metanólico de partes aéreas de *Ipomoea cairica* ( $ICIF = 0,37$ ;  $DRI_{itra} = 8$ ).

## CONCLUSIÓN

Estos resultados demuestran la actividad sinérgica de los extractos de *S. dulcis*, *Z. punctata*, *G. megapota mica*, *N. glauca*, *C. parqui*, *A. subfusiformis* y *I. cairica* con itraconazol, potenciando su actividad antifúngica y permitiendo una reducción de la dosis, lo que reduciría la toxicidad del mismo en el huésped.





## > ACTO DE CIERRE 4<sup>TAS.</sup> JORNADAS PROFESIONALES FARMACÉUTICAS

Vamos a realizar el cierre de las 4<sup>tas.</sup> **Jornadas Profesionales Farmacéuticas**, con unas palabras del Presidente del Comité Evaluador, Profesor farmacéutico José Antonio Cid. A continuación, se realizará la entrega de certificados, menciones y el nombramiento del primer premio.

### **José Antonio Cid**

*Presidente del Comité Evaluador*

Ha sido un año de mucho trabajo y estamos gratamente entusiasmados por la calidad de los trabajos presentados. En esta edición de nuestras Jornadas, tenemos menciones en todas las categorías. Realmente, contamos con un nivel tan elevado en los trabajos, que nos costó tomar decisiones.

Los integrantes del Comité Evaluador han hecho que esta tarea no solo sea posible sino también muy agradable, a pesar de lo arduo de la misma. Aquí están Claudia Ortega, Diana González, Silvina Fontana, Ana María González, Mercedes Stein, Williams René Pedroso, Pedro Armando, Paula García, Juan Pablo Real, Miguel Osio y Peregrino Selser.

En las Jornadas anteriores, tuvimos una tarea intensa que nos dejó mucha experiencia, reflexiones, cosas para revisar y creo que este año terminamos de con-

solidarnos como equipo. Tenemos un grupo de trabajo con una madurez y una generosidad que crece cada día y, sobre la base de todos nuestros avances y también de algunos errores, estamos planteando modificaciones para el año que viene, siempre tratando de sumar y de integrar a más gente. A continuación, Natalia nos contará cuáles son las investigaciones premiadas.

### **Natalia Rodríguez**

*Integrante del Comité Evaluador*

Vamos a entregar los premios de este año. Se presentó un total de 60 trabajos de gran calidad, de los cuales 32 han llegado a exponerse durante las Jornadas, ya sea como exposiciones orales o bajo la modalidad póster.

En primer lugar, tenemos que decir que la mención correspondiente a la temática de la “Farmacia comunitaria” fue alcanzada por dos trabajos, debido a que no fue posible que el jurado se decidiera únicamente por una de las presentaciones.

Este premio fue entonces compartido por una exposición oral titulada *Intervención farmacéutica en la dispensación de medicamentos que pueden afectar la capacidad de conducir*, cuya autora es Silvana Anahí Acuña Mesina. Y, simultáneamente, también recibió esta distinción otra exposición oral denominada *Necesidad en la capacitación en la lengua de señas en Argentina para una adecuada atención farmacéutica a la comunidad con discapacidad auditiva*, cuya autoría pertenece a Lorena Beitia.

Luego, la categoría “Tecnología e industria farmacéutica” fue una de las más complicadas, debido al elevado nivel de los trabajos presentados. En este caso, fue distinguida una exposición oral de Alejandro Paredes titulada *Nanocristales redispersables de Albendazol obtenidos por homogeneización de alta presión y secado por aspersión: caracterización físico-química*.

En la categoría “Salud pública y medicamentos”, también tenemos una mención especial para una exposición oral que se realizó sobre un tema muy interesante y actual como lo es el de los suplementos dietarios, llamado *Suplemento dietario con ingredientes no permitidos, accesible por Internet*, cuya autora es Adriana Cuello.



En el caso de la categoría “Política y legislación farmacéutica”, el trabajo galardonado se expuso en modalidad póster. Fue presentado por Victoria Zabala y se denomina *Análisis de la adecuación a la normativa vigente de los prospectos, etiquetas y rótulos de medicamentos de venta libre*. Su autora principal es Maitena Moscardó.

Por otra parte, en la categoría “Educación y formación profesional”, obtiene una mención especial el trabajo del que hoy estuvo hablando Ángel Garay Garay denominado *Servicios profesionales en farmacias comunitarias, como eje de una nueva experiencia docente*, perteneciente a Natalia Ángel Villegas.

Finalmente en la categoría “Otros”, tenemos un trabajo que se expuso de manera oral, cuya autora es Mónica Asinari y es el trabajo del *Instituto de preparadores magistrales y sus actividades. Una respuesta a necesidades de farmacéuticos comunitarios formulistas*.

Por último, debemos comentar que otorgar el premio principal fue una tarea difícil que insumió un profundo debate, ya que pensamos que todos los trabajos de algún modo han sido premiados. En efecto, sobre la totalidad de los trabajos concursantes, treinta de ellos hoy están presentes en las Jornadas y consideramos que su difusión y las discusiones que han generado constituyen un premio en sí mismo.

En todos los casos, tanto para determinar las menciones como el primer premio se tomó en cuenta la verdadera intervención del farmacéutico en cada estudio o investigación. Finalmente –y sin más suspenso– debemos decir que el trabajo premiado pertenece a la categoría de “Farmacia hospitalaria”, su autora es Sandra Lemos y se denomina *Intervenciones farmacéuticas para garantizar tratamientos antirretrovirales ante la falta de combinación a dosis única en un servicio de farmacia hospitalaria*.



FEFARA  
AVANZA

FEFARA HNE FCM

DISEÑO DE LA CONFIGURACIÓN  
FARMACIA HOSPITALARIA

FEFARA  
ASISTENTE  
Sandra Lemos  
Asistente  
15 años de experiencia  
Medicamentos

INTERV

- La Farmacia Nacional
- 10 años por com
- TAR
- En el año
- Ante esta
- o farmac

- Cuantific
- en la dispe
- ARV en C
- Garantiza
- Program

N° 6304  
P1. N° 3



Las entr  
En el P  
restant

## TRABAJO PREMIADO Y MENCIONES ESPECIALES

### PRIMER PREMIO

**Intervenciones farmacéuticas para garantizar tratamientos antirretrovirales ante la falta de combinación a dosis única, en un servicio de farmacia hospitalaria**

Autora principal: Sandra Lemos. Coautores: Silva, F.; Zamora, A.; Coseani, M.; Rivera Sánchez, E.

### MENCIONES ESPECIALES

#### *Farmacia comunitaria*

**Intervención farmacéutica en la dispensación de medicamentos que pueden afectar la capacidad de conducir**

Autora principal: Silvana Anahí Acuña Mesina. Coautores: Rossaroli, S.; Lépori, A.; Armando, P.

**Necesidad en la capacitación en la lengua de señas en Argentina para una adecuada atención farmacéutica a la comunidad con discapacidad auditiva**

Autora principal: Lorena Beitia. Coautores: Luraschi, G.; Erlij, S.; Melito, G.

#### *Tecnología e industria farmacéutica*

**Nanocristales redispersables de Albendazol obtenidos por homogeneización de alta presión y secado por aspersión: caracterización físico-química**

Autor principal: Alejandro J. Paredes. Coautores: Allemandi, D.; Palma, S.

#### *Salud pública y medicamentos*

**Suplemento dietario con ingredientes no permitidos, accesible por Internet**

Autora principal: Adriana Cuello. Coautores: Pagani, M.; Sinelli J.; De Zan, M.; Caro, Y.

### *Política y legislación farmacéutica*

#### **Análisis de la adecuación a la normativa vigente de los prospectos, etiquetas y rótulos de medicamentos de venta libre**

Autora principal: Maitena Moscardó. Coautores: Zabala, V.; Cassano, A.; Rossaroli, S.; Armando, P.

### *Otros temas de interés farmacéutico*

#### **Instituto de preparadores magistrales y sus actividades. Una respuesta a necesidades de farmacéuticos comunitarios formulistas**

Autora principal: Mónica Asinari. Coautores: Cirelli, O.; Vignolo, I.

ISBN 978-987-46459-1-3



9 789874 645913 >

