



Dr. José Julio Daniel Alvarado
Farmacéutico
Presidente de la Confederación Farmacéutica Argentina

Una profesión que crece

A partir del censo descubrimos que somos más. Eso es bueno, ya que la profesión crece y comienza a tener representantes destacados en diferentes áreas, y las profesiones grandes pueden aspirar a incumbencias grandes.

No debe ser motivo de preocupación, si se lo piensa en términos de competencia. A diferencia de lo que ocurría hace algunos años, hoy **FALTAN FARMACÉUTICOS EN LA ARGENTINA**. Diferente de lo que ocurría en el pasado, hoy el profesional asumió nuevos y ampliados roles como el control de la tensión arterial, la aplicación de vacunas y otros inyectables, la atención de pacientes diabéticos y asmáticos, la aplicación de buenas prácticas de dispensación, el seguimiento del uso correcto de medicamentos y la sustitución de marcas con igual principio activo, entre otros. A diferencia de lo que ocurría antes, hoy todos los hospitales, clínicas y sanatorios deben contar con farmacéuticos. Hoy, a diferencia de ayer, el farmacéutico ocupa espacios no tradicionales en: materiales biomédicos, centrales de esterilización, consultorías, suple-

mentos dietarios, periodismo gráfico, etc.

20.593 "expertos en medicamentos" son el sustento de una actividad de interés público como es la profesión de farmacéutico; capaz de darle a los argentinos la atención que se merecen. Porque todos usamos medicamentos, desde que nacemos, hasta que morimos. Todos tomamos remedios para sentirnos mejor y vivir más. Y todos necesitamos farmacéuticos que nos garanticen la calidad de lo que consumimos, nos expliquen cómo hacerlo correctamente, y nos acompañen durante los tratamientos. Es nuestro derecho.

En este número encontrará los detalles del censo, el reglamento de certificación profesional, información al paciente que toma diclofenac, y la opinión de la COFA sobre la necesidad de que los medicamentos se vendan exclusivamente en la farmacia. En este último aspecto hemos realizado un gran esfuerzo por lograrlo y el Ministro de Salud de la Nación confirmó que así será. Hasta la próxima

Junta Ejecutiva

AUTORIDADES 2002-2004

Presidente

Dr. JOSE DANIEL ALVARADO (Buenos Aires)

Vicepresidente

Dr. MARCELO PERETTA (Capital Federal)

Secretario

Dr. RICARDO M. AIZCORBE (Mendoza)

Prosecretario

Dr. HUGO NICOLÁS TORRES (Salta)

Tesorero

Dr. SERGIO JOSE CORNEJO (San Juan)

Protesorero

Dr. ENRIQUE E. ROCA (Córdoba)

Vocales

Dr. OSCAR R. OVIEDO (Capital Federal)

Dr. MIGUEL ANGEL RUSSO (Chubut)

Dr. ALBERTO GEMINIANI (Córdoba)

Dr. EDUARDO ALEM (Entre Ríos)

Dra. MARIA DEL C. SILVA (Jujuy)

Dr. MIGUEL ANGEL OSIO (La Pampa)

Dra. SILVIA RITA MILANESIO (La Rioja)

Dr. JORGE JAKUBSON (Mendoza)

Dr. GABRIEL BERARDI (Misiones)

Dra. ALBIZUA TERESA (Neuquen)

Dr. RICARDO CORIA (San Juan)

Dra. MARIANA G. DE SALONIA (San Luis)

Dr. MANUEL AGOTEGARAY (Santa Fe)

Dra. SUSANA BEATRIZ LOPEZ (Rosario)

Revisores de Cuentas:

TITULARES

Dr. RICARDO PERIS (Corrientes)

Dr. RICARDO SASBON (Chaco)

Dr. CARLOS UZANDIVARAS (Jujuy)

SUPLENTE

Dr. EDUARDO LATTANZIO (Río Negro) †

COFA es miembro de:

FEPAFAR: Federación Panamericana de Farmacia, C.G.P.: Confederación General de Profesionales de la República Argentina, FEFAS: Federación Farmacéutica Sudamericana.



CONFEDERACIÓN FARMACÉUTICA ARGENTINA



Progresos con el uso de los medicamentos 3

OMS: el negocio de los medicamentos falsos 6



Hipérico: ¿Curanderismo o realidad? 7

ATENCIÓN FARMACÉUTICA ¿evolución o revolución? segunda parte 12

Credencial farmacéutica de uso obligatorio 16



Información al paciente: Diclofenac 17

Reflexiones 21



Una sociedad con atención farmacéutica primera parte 22

España: ponen precios de referencia y bajan hasta 80% los medicamentos 25

La Farmacia en el mundo: Portugal 26



PLANTAS MEDICINALES biodiversidad y comunidades locales 29

¿Cuántos farmacéuticos somos? 32



Solicitada: POR UNA MAYOR SEGURIDAD EN LAS FARMACIAS 36

Muere joven farmacéutica Cofagrama 37

Misiones:
Condenan a mujer por venta ilegal de fármacos 38



Nuevas autoridades 38

¿Cómo debe ser un líder? 40

Correo Farmacéutico TV® 42

Proyecto de Ley para regular la venta de medicamentos 44



Honorarios farmacéuticos mínimos 2003-2004 47

REGLAMENTO DE CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN 48



La Asamblea aprobó memoria y balance por unanimidad 54

Creció el consumo de SILDENAFIL EN ARGENTINA 58



Medicamentos sólo en farmacias 59

La hipertensión tiene nuevo tratamiento 60



Farmacéuticos de hospital alcanzan objetivos y renuevan autoridades 62

LA VIDA Y LA SALUD EN PELIGRO 63



Boticomix 64



Año XIV- Nº 58
Noviembre - Diciembre 2003

Director

Dr. Marcelo Peretta

Redacción

*Dr. Carlos Izidore †
Dr. José Ruggieri*

Consejo editorial

*Prof. Dr. Alberto Boveris
Dr. René Cárdenas
Dr. Mario Castelli
Prof. Dr. Miguel Dáquino
Dr. Marcos Fuksman
Dr. Gilberto González
Prof. Dr. Néstor Iribarren
Prof. Dr. Norberto López
Por. Dr. Eloy Mandrile
Prof. Dra. Regina Wikinski
Dr. Hugo Robatta
Prof. Dr. Nicolás Jamardo*

Corresponsales

*Prof. Silvia Berajá (Capital Federal)
Dra. Ana Cecilia José (Jujuy)
Dra. María Victoria Cozzi (Rosario)
Per. Marcelo Soria (Córdoba)
Far. Rafael A. Storto (Buenos Aires)
Dra. Amalia Juri (Mendoza)
Dra. Alicia Caraballo (Santa Fe)
Dra. Irma Echeverría (Entre Ríos)
Dra. Rossana Thomas (Misiones)*

Colaboradores

*Dr. Gerardo A. Fridman
Dra. Graciela Melito
Dr. Carlos A. Vicente
Dra. Rossana Thomas
Dra. Margarita Jarque
Dra. Silvia Viggliola
Dr. Carlos Gurizzatti*

Administración

*Sra. Liliana Sosa
Dra. Carina Hornus*

Diseño y fotocomia

raquel@studiopigmentos.com.ar

Impresión ADAGRAF

Humor Kappel

Distribución Monserrat Y Eclair

Propiedad Intelectual Nº 255557

Tirada 20.000 ejemplares

El contenido de los artículos así como el de los avisos publicitarios no reflejan necesariamente la opinión de la Institución o de la Dirección de la Revista sino que son de exclusiva responsabilidad de los autores y de los anunciantes respectivamente. Se permite la reproducción total o parcial del material de esta publicación que no lleve el signo © (Copyright), siempre que se cite el nombre de la fuente (revista COFA), el número del que ha sido tomado y el nombre del autor. Se ruega enviar 3 ejemplares de la publicación de dicho material.

Progresos con el uso de los medicamentos

a través del acceso del farmacéutico a la información del paciente

S E G U N D A P A R T E

2 ¿Qué información del paciente requiere el farmacéutico?

A fin de determinar si el paciente necesita tomar un medicamento, toma un medicamento que no necesita o comprobar que el tratamiento instituido es el más adecuado, los farmacéuticos necesitan acceder a la siguiente información clínica del paciente:

- El perfil de la medicación (principio activo, concentración, marca y fecha de inicio del tratamiento).
- Signos vitales y datos de laboratorio.
- Diagnóstico y enfermedades actuales.
- Informes sobre antecedentes personales patológicos y evaluación física.

Un gran número de estudios demostraron que esta información mejora la habilidad de los farmacéuticos en sus evaluaciones para determinar si los medicamentos recetados son correctos o no, y para identificar y resolver los problemas relacionados con los medicamentos (PRMs), principalmente porque se necesita reducir las hipótesis –hipótesis que pueden ser incorrectas-. Leape y otros²⁸ han demostrado que la causa más frecuente de errores en la medicación se debe a la imposibilidad de los clínicos de acceder a la información pertinente acerca de la salud del paciente. Considere los hallazgos de otros estudios claves:

- Entre un 24% y un 53% de los errores incurridos en la prescripción, hubieran ocasionado un daño al paciente si los farmacéuticos no los hubieran identificado y solucionado.^{32,34,35}
- Entre un 32% y un 99% de las veces, los profesionales que extendieron las recetas

realizaron las enmiendas recomendadas por los farmacéuticos.^{30,31,33,37}

En el ámbito de la comunidad se desconoce el índice actual de los problemas relacionados con los medicamentos (PRMs), pero un gran número de expertos creen que el índice es 5 a 10 veces superior de lo que en realidad se informó.⁴ Otros investigadores concluyeron que los farmacéuticos podrían detectar y prevenir mayores PRMs si tuviesen acceso a una información más completa del paciente.^{3,24} Por ejemplo, en los Estados Unidos, la medicación empleada por los pacientes que se atienden en centros de atención primaria (Medicare) que cuentan solo con personal de enfermería, es evaluada mensualmente por un farmacéutico.

En los círculos médicos abundan los informes anecdóticos acerca de errores con la medicación ocurridos por falta de información clínica del paciente. Por otra parte, Warholak-Juarez y otros³² llegaron a la conclusión de que los farmacéuticos estaban en una mejor posición para identificar potenciales problemas relacionados con los medicamentos cuando acceden a una información más completa del paciente.³²

La falta de una atención coordinada entre los centros de salud como hospitales, clínicas, geriátricos y farmacias dificulta la reducción de los problemas relacionados con los medicamentos (PRMs). Sin embargo, la implementación de mejores mecanismos para lograr que la información del paciente se comparta entre los distintos centros puede dar lugar a mejores resultados. Como se puede observar en Cruzando el abismo de la calidad⁷, "Cuando los pacientes visitan a múltiples profesionales en distintos centros de salud, y ninguno

de ellos tiene acceso a la totalidad de la información del paciente, es más probable que se cometan más errores que cuando la información está centralizada y la atención se encuentra mejor coordinada".

Un ejemplo donde un acceso compartido a la información del paciente ha mejorado los resultados es el modelo de atención conjunta empleado por los Servicios de Salud Indios (Indian Health Service-IHS).³⁸ En este sistema, la información clínica de los pacientes está disponible para los centros de salud y los cuidadores de los pacientes, incluyendo los farmacéuticos. Esto se logra a través de la producción de un registro sanitario único al que los farmacéuticos y demás profesionales pueden acceder y emplear para documentar y evaluar los servicios sanitarios brindados.

Aún así, un número importante de obstáculos impide que los farmacéuticos accedan a información clínica del paciente. Estos obstáculos son:

- Ausencia de un mecanismo eficaz para transferir la información del paciente entre los farmacéuticos y demás profesionales.
- Privacidad del paciente y confidencialidad de la información.
- Desconocimiento del paciente y el profesional de los beneficios que resultan si se permite a los farmacéuticos acceder a información específica del paciente.

El gobierno y las demás organizaciones comprometidas con el cuidado de la salud reconocen, cada vez más, la importante función que desempeñan los far-



S E G U N D A P A R T E

macéuticos en el mantenimiento de la buena salud, la prevención de las enfermedades y la administración de los tratamientos farmacoterapéuticos; tam-

bién comprenden la necesidad de suministrarles la información que necesitan para cumplir con su papel. Uno de los hitos más importantes fue la sanción de la Ley "Ómnibus Budget Reconciliation Act (OBRA)" en el año 1990, que reconoce el papel del farmacéutico en conducir la evaluación del uso del medicamento y la educación de los pacientes bajo el plan de salud Medicaid.

En un informe del año 1990 titulado *La función clínica del farmacéutico comunitario*³⁹ el inspector general Richard Kusserow del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de los Estados Unidos, destacó que el "papel del farmacéutico en la administración farmacoterapéutica puede ser decisiva" y agregó: "existe una prueba contundente de que los servicios de la farmacia clínica agregan valor al cuidado del paciente y reduce los costos globales de la atención sanitaria." Kusserow señaló que la poca información disponible para los farmacéuticos era una de las principales barreras en la prestación de servicios clínicos y declaró: "a fin de que los farmacéuticos puedan ofrecer un servicio clínico completo, deben tener acceso a la pertinente información del paciente".

El informe continúa sugiriendo que se deben estudiar los costos y beneficios del sistema farmacéutico comunitario donde el farmacéutico tiene acceso a la información clínica y al diagnóstico del paciente y, también agrega, que se les debe entregar a los be-

neficiarios del sistema público de salud fichas en blanco donde los médicos puedan anotar los medicamentos, sus propósitos y otros ítems que pudieran facilitar la comunicación entre los médicos y los farmacéuticos y ampliar la información que tienen los farmacéuticos.

Existen otras experiencias de apoyo a la información que necesita el farmacéutico. Por ejemplo, hace más de 35 años que los farmacéuticos del Servicio de Salud Indio (IHS) tienen acceso a toda la información contenida en las historias clínicas. Utilizan esta información para: (i) evaluar si las órdenes de medicación son correctas, (ii) identificar y prevenir las reacciones adversas a medicamentos, (iii) aconsejar a los pacientes, y (iv) administrar la farmacoterapia en las clínicas dirigidas desde las farmacias.⁴⁰

Las autoridades sanitarias de muchos países están convencidas de que una de las formas de lograr esta meta es proveer, además del expendio del medicamento, servicios de atención orientados al paciente. Manteniendo esta forma de pensar, la administración sanitaria estadounidense (el DHHS) destinó \$1.600 millones de dólares para financiar proyectos que demuestren los beneficios sanitarios de los servicios de farmacia clínica y difundió estos servicios a través de los Centros Comunitarios para extenderlos a toda la población.

El objetivo de los proyectos de demostración es mostrar cómo el acceso a los fármacos combinado con *servicios farmacéuticos integrales*, es viable e importante para mejorar la salud de la población, y debiera *convertirse en un componente estándar de los sistemas de prestación de atención sanitaria*.⁴¹ Los proyectos de demostración financiados apuntan al desarrollo de servicios farmacéuticos innovadores como: la educación del paciente, la interconsulta, observancia y control de los resultados de salud, y el tratamiento multidisciplinario de enfermedades crónicas.

Finalmente, otras organizaciones importantes apoyen el cambio y señalaron que "la ausencia de información específica del paciente es un factor que contribuye a que ocurran desgracias con la medicación."^{1,2,42-44} Existe el "National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention" (Consejo nacional coordinador de informes so-

bre errores en la medicación y su prevención) que es un cuerpo independiente integrado por 20 organizaciones nacionales y hace periódicas recomendaciones para enmendar los errores que suelen cometerse en las recetas de medicamentos. Una de estas recomendaciones consiste en la inclusión de la pertinente información del paciente en las órdenes prescriptas.⁴⁵

4 Protección de la información sanitaria del paciente

Los pacientes deben tener la certeza de que los farmacéuticos cuentan con sistemas adecuados para proteger la confidencialidad y seguridad de la información clínica específica. La protección de la información del paciente debe incluir mecanismos para que el propio paciente conozca la manera en que se usa esa información y con quiénes se la comparte. Las disposiciones vigentes establecen los siguientes nuevos e importantes derechos al paciente:

- A recibir en forma clara y por escrito las explicaciones correspondientes sobre la manera en que los profesionales y los planes de salud utilizarán mantendrán y compartirán su información.
- A acceder a sus historias clínicas y verificar con quien se compartió esta información.
- A otorgar el consentimiento a los profesionales, incluyendo a los farmacéuticos, antes de que se use su información para tratamientos, pagos y tramites relacionados con el cuidado de su salud.

La información clínica de una persona se puede usar únicamente con fines sanitarios, salvo algunas pocas excepciones.

5 Respuesta de los pacientes a los esfuerzos de los farmacéuticos

Los pacientes incluidos en programas de atención farmacéutica respondieron favorablemente a los servicios recibidos. Recientemente se publicaron dos estudios: uno sobre *vacunación en la farmacia*⁴⁶ y otro sobre *servicios anti-conceptivos de emergencia en la farmacia*⁴⁷ Los destinatarios manifestaron gran satisfacción en términos de convenien-



SEGUINDA PARTE

cia, costos, información recibida, conocimientos del farmacéutico, y oportunidades para formular preguntas.

Además, varios estudios mostraron la voluntad de los pacientes de abonar estos servicios. En una encuesta reciente, realizada por correo, sobre un total de 2.500 consumidores, más de la mitad (56%) de los entrevistados aseguraron que estaban dispuestos a pagar por un servicio de atención farmacéutica integral una cuota de entre 23 y 50 dólares mensuales.⁴⁸ Otra encuesta realizada a 984 consumidores, 3 años atrás, reveló que más de dos tercios mostraban una actitud favorable hacia los servicios de atención farmacéutica y un 40% estaba dispuesto a abonar por ellos.⁴⁹

Conclusión

El sistema de atención sanitaria experimentó importantes cambios, y puede que sean mayores debido al desarrollo de nuevas terapias biotecnológicas. Estos avances terapéuticos se tornarán más complejos, presentarán un riesgo mayor de efectos adversos, se ajustarán en forma individual y se tendrán que administrar con mayor cuidado que los medicamentos actuales, especialmente a medida que la población envejezca y aumente la necesidad de estas terapias.

Los farmacéuticos están ampliando sus funciones y se esfuerzan para mejorar las respuestas de los pacientes. Sus esfuerzos probaron ser eficaces.

A fin de identificar, prevenir y

resolver mejor los problemas relacionados con los medicamentos (PRMs), los farmacéuticos necesitan acceder a información específica de cada paciente. Las investigaciones realizadas demostraron que la atención farmacéutica ayuda a reducir la morbimortalidad relacionada con los medicamentos, cuyo costo estimado, solo en los Estados Unidos, supera los U\$17.000 millones de dólares anuales. Una carga que se puede evitar.⁵⁰

Los farmacéuticos que accedan a información específica del paciente y la empleen profesionalmente, pueden reducir el riesgo del paciente a presentar PRMs y mejorar la calidad de la atención sanitaria. Los consumidores responden favorablemente a los servicios de farmacia clínica, y muchos expresaron su voluntad de pagar por ellos.

Referencias

- 1- Manasse HR. "Medication use in an imperfect world: drug misadventure as an issue of public policy". Part 2. *Am J Hosp Pharm*1989;461:14152.
- 2- Ernst F, Grizzle A. "Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model". *J Am Pharm Assoc*.2001;41: 192-200.
- 3- Johnson JA & Bootman JL. "Drug-related morbidity and mortality". *Arch Int Med*1995; 155: 1949- 56.
- 4- Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 1999; 153. Available at: http://stills.nap.edu/html/to_err_is_human
- 5- Phillips DP, Christenfeld N, Glynn LM. Increase in U.S medication-error deaths between 1983 and 1993.*Lancet*1998; 351: 643-4.
- 6- Bates D W, Spell N, Cullen DJ, et al. "The costs of adverse drug events in hospitalized patients". *JAMA*1997; 277: 3071.
- 7- Committee on Quality Healthcare in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
- 8- Hepler CD, Strand LM. "Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care". *Am J Hosp Pharm*1990; 47: 553-43.
- 9- CoastSenior EA, Kroner BA, Kelley CL, Trilli LE, Managment of patients with type 2 diabetes by pharmacists in primary care clinics. *Ann Pharmacother*1998;32: 636-41.
- 10- Cranor CW, Christensen D. "Assesing the Impact of pharmaceutical care services-principles and applications to diabetes". Paper presented at: American Pharmaceutical Association Annual Meeting; March 10-14,2000;Washington, DC.
- 11- Mc Kenney JM, Slining JM, Henderson HR, et al. "The effect of clinical pharmacy services on patients with essential hypertension". *Circulation*1973;48: 1104-11.
- 12- Wilson Norton JL, Gibson DL. Establishing an outpatient anticoagulation clinic in a community hospital. *Am J Health Syst Pharm*1996; 53:151-7.
- 13- Mc Millan Nola K, Gourley DR, Portner TS, et al. "Clinical and humanistic outcomes of a lipid management program in the community pharmacy setting". *J Am Pharm Assoc*.2000; 40:166-73.
- 14- Ibrahim OM, Catania PN, Mergener MA, et al. "Outcome of cholesterol screening in a community pharmacy. *Ann Pharmacother*. 1990;24:817-21.
- 15- Bluml BM, Mc Kinney JM, Cziraky MJ. "Pharmaceutical care services and results in Project ImPACT: Hyperlipidemia". *J Am Pharmacother*. 1990;24:817-21.
- 16- Rupp MT, Mc Callian DJ, Sheth KK. Developing and marketing a community pharmacy based asthma management program. *J Am Pharm Assoc*1997; NS37: 694-9.
- 17- Pauley TR, Magee MJ, Cury JD. Pharmacist-managed, physician-directed asthma management program reduces emergency department visits. *Ann pharmacother*1995;29:5-9.
- 18- Dedden P, Chang B, Nagel D. Pharmacy-managed program for home treatment of deep vein thrombosis with enoxaparin. *Am J Health Syst Pharm*1997; 54:968-72.
- 19- Garabedian-Ruffalo SM, Gray DR, Sax MJ, et al. Retrospective evaluation of a pharmacist-managed warfarin anticoagulation clinic. *Am J Hosp Pharm*1985; 42:304-8.
- 20- Berringer R, Shibley MCH, Cary CC, et al. Outcomes of a community pharmacy-based diabetes monitoring program. *Am J Health Syst Pharm*1999;39:791-7.
- 21- Jaber LA, Halapy H, Fernet M, et al. "Evaluation of a pharmaceutical care model on diabetes management". *Ann Pharmacother*. 1996;30:238-43.
- 22- Sczapak CA, Conrad WE. Relationship between patient-oriented pharmaceutical services and therapeutic outcomes of ambulatory patients with diabetes mellitus. *Am J Hosp Pharm*1977;34:238-42.
- 23- Dix Smith M, Mc Ghan WF, Lauger G. Pharmacist counseling and outcomes of smoking cessation. *Am Pharm*1995;NS35(8):20-9.
- 24- Gray DR, Garabedian-Ruffalo SM, Chretien SD. Cost-justification of a pharmacist-managed anticoagulation clinic. *Drug Intell Clin Pharm*1985;9: 575-80.
- 25- Furnaga EM. Pharmacist management of a hyperlipidemia clinic. *Am J Hosp Pharm*1993;50:915.
- 26- Campbell JR, Tierney WM. Information management in clinical prevention. *Primary Care*1989;16:251-64.
- 27- Abelson RP, Levi A. Decision-making and decision theory. In: Lindsey G, Aronson E, eds. *Handbook of Social Psychology*. Vol 1. New York, NY: Random House; 1985
- 28- Leape L, Bates DW, Cullen DJ, et al. Systems analysis of adverse drug events.*JAMA*1995;274: 35-43.
- 29- Lesar, TS, Briceland L, Stein DS, et al. Factors related to errors in medication prescribing. *JAMA*1997;277: 312-7.
- 30- Christensen DB, Campbell WH, Madsen S, et al. Documenting outpatient problem intervention activities of pharmacists in an HMO. *Med Care*1981;9: 104-17.
- 31- Rupp MT, Schondelmeyer SR, Wilson GT, Krause JE. Documenting prescribing errors and pharmacists interventions in community pharmacy practice. *Am Pharm*1998;NS 28:574-81.
- 32- Rupp MT. Evaluation of prescribing errors and pharmacists interventions in community practice: an estimate of 'value added'. *Am pharm*1988;NS28:766-70.
- 33- Rupp M, De Young M, Schondelmeyer S. Prescribing problems and pharmacists' interventions in community practice. *Med Care*1992;30: 926-40.
- 34- Rupp MT, Value of community pharmacists interventions to correct prescribing errors. *Ann Pharmacother*1992;26:580-4.
- 35- Dobie RL, Rascati KL. Documenting the value of pharmacists interventions. *Am Pharm*1994; NS34(5):50-4.
- 36- Warholak-Juarez TL, Rupp MT, Salazar T, Foster S. The effect of patient information on the quality pharmacists drug use review decisions. *J Am Pharm Assoc*.2000;40:500-8.
- 37- Leape LL, Cullen DJ, et al. Pharmacists participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *JAMA*. 1999;282:267-70.
- 38- Smith C, Christensen D. "Identification and clarification of drug therapy problems by Indian Health Service pharmacists". *Ann Pharmacother*. 1996;30: 119-24.
- 39- Kusserow RP. The Clinical Role of the community Pharmacists. Bethesda, Md: Office of Inspector General, U.S. Department of Health and Human Services; 1990.OEI-01-89-89160.
- 40- Paavola FG, Dermanoski KR, Pitman RE. Pharmaceutical services in the United States Public Health Service. *Am J Health Syst Pharm* 1997;54: 766-72.
- 41- BPHC Policy Information Notice 2001-18.
- 42- American Hospital Association. *Improving Medication Safety*. Washington, DC: American Hospital Association; 1999. AHA Quality Advisory.
- 43- Harding R. Major conference examines medication use system. *Pharmacy today* .May 2000:7
- 44- Ernst M, Bergus G, Sorofman B. "Patients acceptance of traditional and nontraditional immunization providers". *J Am Pharm Assoc*. 2001;41: 53-9.
- 45- Recommendations to correct Error Prone Aspects of prescription Writing. Rockville, MD: National Council for medication Error Reporting and Prevention; 1996. Available at: www.cccmerp.org.
- 46- Weitzel KW, Goode JR. Implementations of a pharmacy-based immunization program in a supermarket chain. *J Am Pharm Assoc*. 2000; 40: 252-6.
- 47- Sommers S, Chaiyakunapruk N, Gardner J, Winkler J. The emergency contraception collaborative prescribing experience in Washington state.*J Am Pharm Assoc*.2001;41:60-6.
- 48- Larson R. Patients willingness to pay for pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc*.2000;40:618-24.
- 49- Metge CJ, Hendrickson, C, Maine L. Consumer attitudes, behaviors, and perceptions about pharmacies, pharmacists, and pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc*. 1998;38:37-47.
- 50- National Association of Boards of Pharmacy. Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990 Patient Counseling and Drug Use Review Requirements [information packet]. Park Ridge, Ill: National Association of Boards of Pharmacy; 1992.



OMS: Medicamentos falsos un negocio de 27.564 millones de euros



La Organización Mundial de la Salud (OMS) va a poner en marcha un plan de acción contra los medicamentos falsos en seis países de la región del sudeste asiático (Camboya, China, Laos, Tailandia, Birmania y Vietnam), naciones en las que la presencia de estos fármacos sin la calidad requerida para su comercialización alcanza hasta el 16% del total.

El director de Política sobre Medicamentos Esenciales de la OMS, Jonathan Quick, asegura que 'éste no es un problema aislado o que se pueda reducir a una zona concreta', y explica que, aunque en menor medida, 'también afecta a casi todos los países industrializados'. Los datos de la agencia estadounidense del medicamento (Food and Drug Administration) dados a conocer por la OMS muestran que se trata de un negocio ilegal que, además de poner en serio riesgo la salud de millones de personas, supone un mercado fraudulento que genera 27.564 millones de euros en todo el mundo.

Esto supone que el 10% de los medicamentos son falsos, porcentaje que se eleva en los países en vías de desarrollo hasta el 25%.

'Se trata de una actividad criminal que, en ocasiones, encubre redes internacionales organizadas', explica Quick, lo que, en su opinión, dificulta su con-

trol. Aunque señala que 'todavía queda un largo camino por recorrer', este experto se muestra optimista de cara a una reducción del número de medicamentos falsos si se trabaja en un triple pilar: tomar acciones legales contra los infractores, controlar y prevenir estas actividades mediante el seguimiento por parte de las autoridades y fomentar el conocimiento de la población de este hecho.

Existen varios tipos de falsificación de medicamentos, entre los que destacan los que no tienen el principio activo requerido, pero que son inocuos para la salud; los que contienen el compuesto esperado, pero no en una dosis suficiente; y los que pueden suponer un riesgo añadido para la salud por su mala calidad o por contener un ingrediente inadecuado.

En España, muy pocos casos de falsificación de fármacos han llegado a los tribunales, comenta el presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico, Mariano Avilés, lo que muestra la 'efectividad' de los sistemas de control existentes en nuestro país.

Una actividad criminal que ha levantado las alarmas

Hasta el 50% de determinados medicamentos en China son falsos, cifra que en Argentina, Colombia y México alcanza el 40%, según señala la agencia estadounidense del medicamento.

Entre el 20% y el 90% de los fármacos para tratar la malaria en siete países africanos no han superado las pruebas de calidad mínimas, según un estudio reciente de la OMS. Esto ocurre entre el 23% y el 38% de los jarabes y comprimidos que contienen cloroquina y en más del 90% de los comprimidos con sulfadoxina y pirimetamina.

2.800 vendedores de medicamen-

tos ilegales se detectaron en Camboya y hay

1.000 medicamentos ilegales registrados en el año 2001.

Viagra es uno de los medicamentos más falsificados, especialmente en los países occidentales. En estados Unidos se han dado casos de falsificación de hormonas de crecimiento como Serostim y Neupogen.

El Gobierno de Tailandia asegura que el 8,5% de los medicamentos en este país son falsos. El de Vietnam lo sitúa en el 8%, y el de Birmania en el 16%.

La forma de evitar los medicamentos falsos es comprar en la farmacia y sacarse las dudas con el farmacéutico.



Hipérico: ¿CURANDERISMO O REALIDAD?

Dr. Gerardo Abraham Fridman

Farmacéutico

Comisión Científica

Colegio de Farmacéuticos

de Corrientes



INDICACIONES
Depresión leve y moderada. Trastornos psicovegetativos y neurovegetativos. Humor depresivo asociado a angustia, ansiedad y/o estrés psicosocial. Desinterés, tristeza, abatimiento, insomnio.

Botánica

El extracto de *Hypericum perforatum*, también conocido como Yerba de San Juan, es el ingrediente activo de los medicamentos fitoterápicos a base de Hipérico.

Es una planta herbácea perenne, perteneciente a la familia de las Guttiferae, aunque por las características algo diferentes al resto de los integrantes de ésta familia se la suele considerar una familia diferente, distribuida por Europa en donde es muy común encontrarla, Asia y Norte de África.

Es una planta pequeña, verde y completamente lisa. El tallo es erecto, presentando una longitud de 30 a 100 cm y con ramificaciones en la parte superior. Las hojas, opuestas, son ovaladas o elípticas, alargadas con una longitud de 0,7 a 3 cm y un ancho de 0,3 a 1,5 cm, largamente elípticas sin pedúnculos y simples. Las flores son actinomorfas, numerosas, hermafroditas y amarillas, variando de 7 a 11 cm de largo y 5 a 11 cm de ancho, que se juntan formando racimos.

Las bracteadas son lanceoladas y el cáliz es profundamente cortado, 5 mm de largo y cerca de 2 a 3 veces más corto que la corola. Los sépalos son lanceolados, 1 mm de longitud a lo largo del ovario. Los pétalos son oblongos u oblongo-elípticas, 1,2 a 1,5 cm de longitud, 0,5 a 0,6 cm de ancho conteniendo finas líneas de numerosos puntos glandulares negros o no. El ovario es ovoide, de 3 a 5 mm de longitud y el fruto tiene forma de cápsu-

la. La semilla es cilíndrica, de color marrón y de 1 mm de largo.

La parte utilizada para fines medicinales son las flores y hojas, las que se recolectan durante la florecencia. La recolección debe realizarse antes del florecimiento, debiéndose desecarse lo más pronto posible para evitar la degradación de sus principios activos.

Fue utilizada por la medicina popular en Europa para el tratamiento de las inflamaciones de los bronquios e infecciones del tracto genitourinario, como cicatrizante de heridas, traumatismos y quemaduras. Además se la utilizaba como diurético y astringente. Actualmente no es utilizada para tales fines, pero sí para el tratamiento de las depresiones, aunque ciertas investigaciones se realizan orientadas como un agente antiviral contra el SIDA.

Química

De los principios activos aislados de la planta, los más importantes son la hipericina, pseudo-hipericina, hiperforina, amentoflavonoide, biapigenina y santonas. También están presentes flavonoides, tales como la Rutina, Hiperosidos y aceites esenciales. Otros componentes de importancia biológica aislados de diferentes partes de la planta son la hiperforina, hiperisina, adhiperforina y 1,3,6,7 tetrahidroxi-xantona dotados de actividad antimicrobiana.

El extracto de Hipérico usado en la terapéutica actualmente y preparado por la extracción de las partes aéreas

de la planta previamente secas con una mezcla de etanol-agua y estandarizados en hipericina en una proporción de 7/1, o sea que 7 partes de la planta seca rinde 1 parte de extracto.

Ensayos clínicos controlados contra placebo

La atención personal y contención brindadas por un profesional de la salud, contribuyen considerablemente al índice de mejora de los pacientes con trastornos depresivos. Los estudios doble ciego contra placebo son esenciales validar la actividad de los antidepresivos. Los índices de mejora de acuerdo con la escala de Hamilton en 101 pacientes ambulatorios leve a moderada, se encontraron entre un 60 a 80% en pacientes tratados con antidepresivos sintéticos, bien para los casos tratados con Hipérico.

En otro ensayo comparando el Hipérico contra placebo durante cuatro semanas. Las primeras dos todos los pacientes utilizaban el medicamento y en las segundas dos la mitad utilizaba placebo y la otra continuaba con el Hipérico. la mejora fue significativa en los que utilizaron el Hipérico respecto a placebo, comprobadas tanto por test hetero-administrados (HAM-D) como por auto-administrados (Beck).

→ continua → → →

**Ensayos clínicos comparando con tratamientos patrones**

El Hipérico fue evaluado en tres estudios controlados, comparándolo con tratamientos antidepresivos patrones: un estudio lo comparó con la Imipramina, otro con la Maprotilina y otro con otra forma de tratamiento (fototerapia).

El primer estudio, doble ciego, fue realizado con 135 personas en 20 centros. Los criterios de inclusión fueron establecidos de acuerdo al DSM III R como depresión mayor, episodio único o recurrente, distimia y trastorno de adaptación con humor depresivo. La dosis fue de 300 mg de Hipérico 3 veces por día o de 25 mg de Imipramina 3 veces por día. El tratamiento duró 3 semanas y se evaluó con la Escala de Hamilton para Depresión (HAM D), Escala de Depresión de Von Zerssen (D-S) y Impresión Global Clínica (en inglés CGI).

En otro estudio, doble ciego, randomizado, se lo comparó con Maprotilina en términos de eficacia y seguridad. Participaron 102 pacientes de 17 clínicas especializadas en psiquiatría/neurología. Por un periodo de 4 semanas los pacientes tomaban grageas con idéntica apariencia conteniendo 300 mg de Hipérico o 25 mg de Maprotilina. La eficacia fue evaluada por la Escala de Hamilton para Depresión (HAM D), Escala de Depresión de Von Zerssen (D-S) y Impresión Global Clínica (en inglés CGI). El HAM D cayó aproximadamente el 50% en ambos grupos durante las cuatro semanas de terapia. Un resultado similar se obtuvo con el D-S y el CGI, según los cuales las reducciones de los dos grupos no fueron significativamente diferentes al final del estudio.

El trastorno afectivo estacional es una forma de depresión mayor (DSM IIIR), caracterizada por la recurrencia de los síntomas depresivos en otoño e invierno, con la remisión de los mismos en primavera y verano. Una forma especial de tratamiento que mostró ser eficaz es el uso de luz fluorescente brillante (fototerapia).

En un estudio simple ciego con 20 pacientes diagnosticados con este trastorno, durante 5 semanas, todos recibían 300 mg de Hipérico por día, 10 de los cuales se le agregó fototerapia de 3.000 lux (dos horas por día). Los otros 10 eran considerados controles de la fototerapia. El análisis estadístico demostró una reducción de los síntomas de depresión, sin superioridad significativa de un grupo sobre el otro.

Farmacodinamia

Uno de sus mecanismos de acción sería como inhibidor de la MAO (IMAO), aunque esa acción no pudo ser confirmada en estudios recientes. Existen indicaciones de un tipo de mecanismo inmunomodulador. El sistema nervioso y el inmune son las únicas estructuras biológicas equipadas con una memoria. Ellos se caracterizan por numerosos interacciones reguladoras y procesos bioquímicos comunes. Moléculas importantes son conjuntamente reconocidas, secretadas y activamente reconocidas en ambos sistemas.

La influencia del Hipérico sobre la expresión estimulada de citosina fue estudiada en individuos sanos y en depresivos. La liberación de varias citocinas fue cuantitativamente medida luego de 24 horas de incubación sobre placas microtituladas. Con el extracto de Hipérico fue observada una acentuada supresión de la liberación de interleucina-6 estimulada, lo que llevó a concluir que el efecto antidepresivo se puede atribuir a una modulación inmunológica de las vías neurohormonales.

A pesar de las controversias, la hipótesis más cercana es que la acción farmacológica se debe a la presencia de hipericina o compuestos derivados. Existen muchos investigadores que relacionan el mecanismo de acción con la inhibición de la MAO y/o COMT, enzimas responsables del catabolismo de

de aminas biógenas como la serotonina, noradrenalina, adrenalina y dopamina. Algunos autores consideran la hipericina como un IMAO A y B, mientras que otros demostraron que utilizando hipericina pura la acción terapéutica no es significativa. Otros estudios confirman la acción inhibitoria de la MAO de las sustancias tipo flavonoides y xantonas junto a la hipericina presentes en los extractos.

Algunos trabajos recientes sugieren un mecanismo de acción semejante a los antidepresivos tricíclicos, o sea aumentando la disponibilidad de serotonina, noradrenalina y dopamina en el espacio sináptico. A pesar de esa semejanza, la gran ventaja del fitoterápico es no poseer los efectos colaterales de éstos antidepresivos, como ser los efectos anticolinérgicos.

Otro mecanismo de acción sugerido, es la modulación de los mediadores de la inflamación y de la expresión de los receptores de serotonina.

Farmacocinética

Los niveles plasmáticos son de 1,5 a 14, 2 ng/ml de hipericina y de 2,7 a 30,6 ng/ml de pseudohipericina, luego de 3 tomas diarias. La vida media para la hipericina es de 24,8 a 26,5 horas y para la pseudohipericina varía de 16 a 30 horas. Con una dosis diaria de 900 mg de extracto, el estado de equilibrio se alcanza en 4 días. El pico plasmático máximo es de 6,5 ng/ml para la hipericina y de 5,8 ng/ml para la pseudohipericina.

Aunque la pseudohipericina está presente con una mayor concentración en el extracto que la hipericina, los niveles plasmáticos son mayores para ésta última. No se conoce mucho sobre la metabolización de las mismas, pero sus estructuras químicas sugieren una glucuronización hepática con subsecuente eliminación biliar. La eliminación es lenta.

Interacciones

La posibilidad de interacción del Hipérico con el alcohol fue investigada en un estudio a doble ciego controlado contra placebo. La muestra consistió en 32 voluntarios sanos de ambos sexos, en-

→ continua → → →

30 millones de unidades en especialidades medicinales farmacéuticas anuales.

17 filiales en países latinoamericanos cuentan con la presencia y el aporte médico y científico de Bagó

100 productos farmacéuticos de última generación tanto de desarrollo propio, como elaborados en base a acuerdos de primer nivel internacional.

3 plantas industriales, dos farmacéuticas (una de ellas dedicada exclusivamente a la producción de antibióticos) y una termoquímica.

1.130 personas integran la compañía conformando un equipo altamente calificado.

Nuestro horizonte la vida

20 países a los que Bagó exporta sus productos cumpliendo con las grandes corporaciones mundiales.

Centro de Investigación Multidisciplinario dedicado a la investigación científica y tecnológica.

En Laboratorios Bagó asumimos, desde su fundación en 1934, un compromiso que nos acompaña hasta hoy: construir una empresa de vanguardia, al servicio de la salud.

Fieles a este principio, el siglo XXI nos encuentra consolidados como la primera organización farmacéutica en Latinoamérica de capital regional.

Bagó, desde 1934, toda una vida a favor de la vida.

**Bagó**

para sus fórmulas magistrales soluciones simples y eficaces

Apta para Farmacias,
Hospitales, Laboratorios, etc.

Blisters para sellar con plancha



Aún cuando se deba envasar poca cantidad de cápsulas o comprimidos también es posible hacerlo en blisters, para ello vienen estos blisters pre-formados con lámina de aluminio pegadas en un borde, se llenan a mano y se sellan con una plancha doméstica.

Emblistadora manual

Diseñada especialmente para envasar cápsulas y comprimidos en blisters en pequeños volúmenes de producción. Permite el cambio de producto a emblistar en segundos. Producción aproximada 300 blisters/hora.



Encapsuladoras

Semlautomática

Acomoda, destapa y tapa las cápsulas todas juntas. Capacidad 120 cápsulas por ciclo. Producción aproximada 1800 cáps/hora. Posce un exclusivo compactador con 120 pernos que permite presionar el polvo en todas las cápsulas a la vez.



Manual

Es de novedoso diseño, de fácil uso y limpieza.



Succia 980 - (B1834ITP) Temperley - Pcia. de Buenos Aires - Argentina
Tel./Fax: (011) 4260-0097 (L. Rotativas) - E-mail: info@maclen.com.ar - Web: www.maclen.com.ar

Modelo de oro en el
CONGRESO INT'L DE
FARMACIA INTERNACIONAL DE
AMSTERDAM EN OROBRO,
SUVA, 1974 Y 1977.

Nuestro compromiso...



Roche descubre, desarrolla y fabrica productos para diagnóstico y medicamentos de primera calidad, en un compromiso activo con el avance de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. El carácter innovador de nuestras ideas, productos y servicios tiene como objetivo brindar un completo abanico de opciones individualizadas.

Rosson 3150, Panamericana, Ruta 9, Km 34,5
B1610BAL-Ricardo Rojas-
Partido de Tigre, Pcia. de Buenos Aires
Tel: 5129-8000. Fax: 5129-8011
www.roche.com.ar



Innovación para la salud

tre 25 a 40 años de edad. Un grupo recibió durante la primera semana una dosis de 300 mg 3 veces al día y luego placebo durante la otra semana. En el segundo grupo el orden fue invertido. Los días 7 y 14 los participantes fueron evaluados con test de valoración del desempeño necesario para la operación adecuada de maquinaria y para manejar un vehículo, teniendo concentraciones respiratoria de alcohol de 0,21 y 0,38 mg/l (concentración plasmática de 0,46 a 0,80%). El análisis estadístico de los resultados demostró que no ocurren interacciones entre el Hipérico y el alcohol que pudiese afectar funciones psicomotoras o mentales.

La capacidad del Hipérico de inducir el citocromo P-450 2C9 y 3A4, con lo que resulta en una disminución clínica significativa de los sustratos de ese sistema. La literatura sugiere una caída del 49 al 99% de los niveles de indinavir, un inhibidor de proteasas, ocurre cuando se lo administra conjuntamente con el Hipérico, con lo que se puede producir resistencia. También existen reportes de la caída de los niveles séricos de ciclosporina, teofilina y warfarina cuando se administran con el Hipérico.

Hay reportes de casos de la producción del Síndrome Serotoninérgico, el cual está caracterizado por hipertermia, temblor y convulsiones, cuando se administra Hipérico con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS), como la fluoxetina o fluvoxamina.

La seguridad de un tratamiento de 4 semanas con extracto de Hipérico fue monitoreada por 663 clínicos generales. Los datos de 3.250 pacientes fueron registrados, 76% mujeres. Las edades variaron desde 20 a 90 años (media de 51 años). De los pacientes el 49% presentaba trastornos depresivos leves, 46% moderados y 2% graves. Los síntomas típicos estaban presentes en un 50-90% antes de iniciarse la terapia, disminuyendo aproximadamente un 50% con el tratamiento, tanto en eficacia como en gravedad.

Con la terapia la condición se normalizó o mejoró en un 80% aproximadamente. Se relató reacciones adversas en 79 pacientes (243%) y abandono de tratamiento por 48 (145%).

Reacciones Adversas

Es posible que ocurra fotosensibilización (sensibilidad aumentada en la piel a la exposición al sol), particularmente en personas con piel muy blanca. Los efectos colaterales más frecuentes son molestias gastrointestinales (0,55%), reacciones alérgicas (0,52%), cansancio (0,40%) y agitación (0,26%).

Caso Clínico

Paciente de sexo femenino y 35 años, ama de casa, diagnosticada con trastorno depresivo mayor y que es tratada con éxito desde ya hace 7 meses con fluoxetina 60 mg por día. Consulta porque leyó en una revista que la hierba de San Juan (Hiperico) es buena para los estados depresivos y al ser un producto de origen natural quisiera ella iniciar su consumo, hasta luego reemplazar completamente la fluoxetina por ésta.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO

1. Motivo de la consulta

Paciente joven de sexo femenino con diagnóstico de depresión mayor tratada con fluoxetina desde hace 7 meses con éxito, que desea reemplazar en forma progresiva la medicación actual por hierba de San Juan por ser un producto natural.

2. Historia farmacoterapéutica

a. Medicamento: Fluoxetina.

b. Dosis: 60 mg por día.

d. Comentario: Fármaco inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina

3. Análisis del caso

La acción terapéutica del extracto seco de *hypericum perforatum*, ha sido atribuida principalmente a la hipericina y sus derivados, derivados antraquinónicos presentes en las partes aéreas de la planta. Sin embargo no se sabe la acción de otras sustancias presentes en la planta entre las que se cuentan bioflavonoides, derivados antraquinónicos, diterpenos y alcanos. Aún hoy día hay muchos interrogantes sobre la composición, farmacología y mecanismo de acción del producto; de hecho el constituyente activo aún es desconocido.

El extracto seco de *hypericum* posee

una actividad antidepressiva clínicamente demostrada y comprobada por estudios clínicos recientes, la que deriva de su acción inhibitoria de la monoaminoxidasa (MAO) y de la catecol-o-metiltransferasa (COMT).

Su efecto se atribuye a la hipericina y sus derivados, pero no se descarta la acción de los otros componentes del extracto. Teniendo en cuenta esto se debe advertir la posibilidad de interacción entre los dos fármacos: Potenciación mutua de efectos (síndrome serotoninérgico con IMAO).

Se aconsejaría a esta paciente no suspender la terapéutica actual instituida por su médico psiquiatra, como así también no aconsejar el consumo de la hierba de San Juan en forma concomitante con la fluoxetina, por el riesgo que correría de generar como efectos adversos el síndrome serotoninérgico (Síndrome que se caracteriza por comienzo de prurito o progresión de confusión, agitación, escalofríos, fiebre, diaforesis, diarrea, náuseas, temblores), ni la suspensión brusca de la fluoxetina y reemplazo por la hierba de San Juan sin previa evaluación de su médico.

Referencias

1. ABRAMS DI. Alternatives therapies in HIV infection. *AIDS* 1990; **4**: 1179-1187.
2. ALONSO-FERNÁNDEZ F. *La Depresión y su Diagnóstico. Nuevo modelo clínico*. Editorial Labor S.A. 1ra Edición. Barcelona, 1988.
3. ANONYMUS. Treating AIDS with worts. *Science* 1991; **254**: 522.
4. BLAZER DG, KESSLER RC, SWARTZ MS. Epidemiology of recurrent major and minor depression with a seasonal pattern: The National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry*. 1998. **172**: 164-7.
5. CURTIS, JL; DIPAULA, BA; DOPHENDIE, JA; FULLER, MA; GUTHERIE, SK; TYLER, LS: *Psychiatric pharmacy practice speciality certification. Examination review course*. American Society of HealthSystem Pharmacy, Seattle, 2001.
6. GILG E & SCHURHOFF PN. *Curso de Botánica General y Aplicada*. Editorial Labor, 3ra Edición. Barcelona, 1950.
7. LINDE K, RAMIREZ G, MULROW CD, PAULS A, WEIDENHAMMER W & DIETER M. St. John's Wort for depression: an overview and meta-analysis of randomized clinical trials. *Brit Med J* 1996; **313**: 253-258.
8. MARRARI JA. *Manual Farmacoterapéutico, vademecum de especialidades medicinales*. Alfa Beta Ediciones, 4ta Edición. Buenos Aires, 2000.
9. PRESKORIN SH. *Tratamiento Ambulatorio de la Depresión*. Professional Communications, Inc. Wichita, Kansas, Enero de 1994.
10. THE ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY. *Martindale, The Extra Pharmacopoeia*. 31st Edition. London 1996.
11. TREASE GE, EVANS WC. *Tratado de Farmacognosia*. Editorial Interamericana, 12da Edición. Madrid, 1986.
12. WILKINSON G, MOORE B & MOORE P. *Como tratar a las personas con Depresión, Guía práctica en atención primaria*. J & C Ediciones Médicas, Barcelona 1999.



Dra. Graciela Melito
Farmacéutica y Bioquímica (UBA)
Escuela de Farmacia y Bioquímica
Universidad Maimónides



ATENCIÓN FARMACÉUTICA

¿evolución o revolución?

s e g u n d a p a r t e

Fuerzas de cambio internas

La insatisfacción provocada en el ejercicio profesional durante los últimos años y la difícil situación económica que aún continuamos atravesando son fuerzas internas de cambio muy importantes. El arte de la composición o elaboración de recetas magistrales transcurrió por una etapa donde la práctica fue cada vez más escasa, hecho que lentamente comenzó a revertirse en la actualidad, apoyándose en las recientemente aprobadas Buenas Prácticas de Elaboración Magistral (BPEM). La simple entrega de un producto o incluso las tareas de reenvasar y rotular, como ocurre en algunos países bajo el marco de una legislación de medicamentos genéricos, parecen insuficientes para la vocación y formación profesional del farmacéutico. Optimizar el proceso de utilización de los medicamentos es un nuevo y desafiante papel para el farmacéutico. La provisión de atención farmacéutica es una auténtica forma de satisfacer el anhelo de muchos farmacéuticos por recuperar amplios y protagónicos papeles dentro del sistema de salud con la alegría de regresar al cuidado del paciente. Además, la realidad económica prueba que dispensar productos como principal fuente de ingresos, es cada vez menos rentable. A continuación se analizan otros factores internos de carácter económico, tecnológico y de competencia.

Económicas

Casi todas las farmacias han tenido que sufrir los cambios en el sistema de salud y muchas de ellas no han logrado sobrevivir a las nuevas reglas de juego. Entre 1988 y 1998, el número de farmacias independientes en EE.UU. disminuyó de 34.313 a 29.828.⁷ En Argentina entre 1991 y 1998 la cifra total de farmacias independientes cayó de 11.700 a 9.200.⁸ Desde junio de 1992 a junio de 1993, el número de recetas dispensadas por farmacias independientes disminuyó en un 2%, mientras que el total comercializado de medicamentos bajo receta creció un 5%. La porción del mercado para farmacias independientes decayó de 28.8% en 1988 a 22.8% en 1992.⁹

La consolidación del negocio de la farmacia continuará en este sentido mientras las tendencias del mercado incrementen la necesidad de promover cambios para asegurar su supervivencia. Las fuerzas del mercado pueden estimular el cambio o contenerlo.

Tecnológicas

Muchos cambios recientes en la farmacia oficial se basaron en los avances tecnológicos. El primero de ellos fue la introducción de sistemas de computación específicos para la farmacia a fines de la década de 1970. Estos sistemas aportaron eficiencia al proceso de dispensación. Con telecomunicaciones de avanzadas, códigos de barra, y tecnología robótica, el

proceso de distribución y dispensación de los medicamentos se automatizó en forma creciente. Como resultado de esto, la participación del farmacéutico se reducirá marcadamente.

Si bien la tecnología mejoró el proceso de distribución de medicamentos, lo que permite al farmacéutico ocuparse de revisar los regímenes farmacológicos y de dar información al paciente, la misma tecnología hará que el almacenamiento, la integración y el análisis de gran cantidad de información se vuelva cada vez más sencilla. Por lo tanto, el sistema de salud dependerá cada vez menos del farmacéutico para estos servicios. La revisión de los regímenes farmacoterapéuticos se volverá un proceso automatizado que se iniciará cuando el prescriptor ingrese la orden de prescripción en la tarjeta universal del paciente. El papel del farmacéutico como proveedor de información puede verse reducido a la insignificancia.

Muy pocas farmacias independientes han podido sobrevivir a los cambios tecnológicos sin adaptaciones a la nueva orden. Excepcionalmente esas farmacias lideran el cambio o generan mayores ingresos a sus arcas. A menudo, la comprensión de que la farmacia tomó una nueva dirección llega demasiado tarde como para salvar el negocio.

La tecnología del diagnóstico crea nuevas oportunidades para que los farmacéuticos puedan realizar, en la farmacia, tareas de evaluación y monitoreo de

la farmacoterapia de los pacientes. Las pruebas sanguíneas, a través de un pinchazo en el dedo, para el monitoreo del nivel de las drogas en sangre y los efectos de los medicamentos (glucemia, colesterol, anticoagulación, etcétera) han permitido que este servicio sea más accesible para los pacientes a través de la farmacia. Por medio de la tecnología, pueden implementarse en la farmacia otros procedimientos de monitoreo de los pacientes (presión sanguínea, pulso cardíaco, peso, etcétera).

La competencia

En un pasado no muy distante, el término farmacia denotaba un establecimiento de propiedad y operación independientes. Actualmente, la farmacia comprende muchos tipos de negocios competitivos.

Redes y cadenas de farmacias

Las redes y las cadenas de farmacias convencionales son organizaciones de cuatro o más locales de uno o varios dueños que luchan por dominar parte del mercado del negocio farmacéutico en un área geográfica determinada. Para atraer consumidores, estas redes y cadenas publicitan ofertas y servicios basados en la rapidez, la eficiencia, y la cortesía. Para los sistemas de cobertura de salud, estas redes y cadenas ofrecen cobertura de medicamentos en determinadas áreas geográficas, con la facilidad de tratar con un número limitado de proveedores de farmacia y precios competitivos (aunque no necesariamente los más bajos).

El dominio de un mercado por una cadena de farmacias convencional le otorga varias ventajas sobre los competidores menores:

- Puede proporcionar una publicidad más efectiva y eficiente.
- Puede ofrecer servicios atractivos para el cliente, como atención las 24 hs., y bases de datos integradas que suministren información del paciente y órdenes de prescripción a las que se puede acceder en todos los locales que los competidores no pueden.
- Puede usar personal de venta para comercializar con sistemas de cobertura de salud.
- Puede ofrecer redes de comunicación y programas de entrenamiento para brindar servicios como el de sustitución genérica

y formularios terapéuticos específicos a mejor costo que la mayoría de las redes abiertas.

- Dado que una farmacia de cadena tiene usualmente alcance regional o nacional, puede seleccionar mercados específicos donde puede competir fuertemente, sin dificultades económicas.
- Puede hacer ofertas competitivas por su tamaño y eficiencia.

Las redes y cadenas de farmacia tuvieron en EE.UU. 17565 locales a fines de 1992 (una leve disminución del 1% desde el año anterior). Su parte del mercado del total de las ventas farmacéuticas disminuyó de 251% a 24% entre 1988 y 1992.⁹

En la Argentina las redes aparecieron en 1992 y para 1997 representaban cerca del 17% del mercado total de farmacias. Sin embargo, el sistema de *drugstore* aplicado por muchas de ellas durante casi cinco años, no ha dado resultados favorables, por lo que actualmente las redes y cadenas de farmacias argentinas se hallan en proceso de reconversión.¹⁰

Farmacias en supermercados

Los supermercados con farmacia ofrecen medicamentos de venta libre y bajo receta a precios bajos. Estos precios bajos son usados como un constructor de imagen y una atracción para garantizar las visitas de clientes regulares. Con un número limitado de locales en cualquier área geográfica, raramente pueden ofrecer a los sistemas de salud suficiente cobertura como para lograr contratos exclusivos, pero su estructura de costo muy bajo los capacita para hacer ofertas altamente competitivas a estos sistemas de cobertura de salud.

Los supermercados con farmacia propia combinan las bajas expectativas de lucro para el departamento de farmacia con un muy bajo costo operativo. Estas operaciones crean mucha presión en el mercado de las prescripciones de alto margen tanto para los clientes que pagan en efectivo y con obra social. Esta estrategia de marketing central ha sido exitosa. En los Estados Unidos existían 3.568 supermercados con farmacia en 1992 (un incremento del 6% respecto del año anterior). La parte del mercado de los supermercados con farmacia sobre el total de las ventas farmacéuticas creció de 41% a

64% entre 1988 y 1992.⁹ En la Argentina, los supermercados con farmacia tienen un desarrollo creciente.

Farmacias con venta de productos alimenticios

Este tipo de negocio es común en países como EE.UU. y Brasil y se caracteriza por combinar alimentos con medicamentos. El departamento de farmacia es el alma del negocio, con productos para la salud y la belleza. Según algunas estadísticas, cuando las farmacias son parte de locales con diversidad, es decir que combinan alimentos con medicamentos, las ventas de productos para la salud y la belleza crecen tres veces más sobre el promedio de los locales que no utilizan la combinación medicamentos y alimentación.

La mayoría de las grandes farmacias con productos alimenticios operan con una estructura de costo ligeramente mayor que los supermercados con farmacia. El costo de la estructura de la farmacia para la mayoría de estos locales oscila entre el valor de los supermercados y el de las cadenas convencionales. Las tiendas combinadas son altamente competitivas en ofertas para contratos con empresas de cobertura de salud por su cobertura geográfica y su estructura de bajo costo. Este grupo es el más diverso a causa del número de operadores y sus diferentes actitudes hacia el negocio de la farmacia. Diferencias filosóficas entre los operadores complican la creación de amplias redes regionales.

En Estados Unidos, a fines de 1992, había 5421 locales combinados (un incremento del 5% respecto del año anterior). Su parte del mercado sobre el total de ventas farmacéuticas creció del 5.8% al 6.3% entre 1988 y 1992.⁹

Otros dispensadores no tradicionales

- *Farmacia de ventas por correo.* La Asociación Norteamericana de Jubilados (American Association of Retired



Persons -AARP) Caremark, y la National Rx son ejemplos de farmacias de venta por correo. A través del uso efectivo de la tecnología, economías de escala, poder de compra y conveniencia, las farmacias de venta por correo han obtenido una significativa parte del mercado estadounidense de las prescripciones de pacientes ambulatorios. En los últimos cinco años, el mercado de las compañías de venta por correo creció de 3,3% a 6,5%.² Si bien muchas farmacias hacen entregas a domicilio, en la Argentina aún no existe esta modalidad de farmacia.

• *Médicos dispensadores, empresas de atención domiciliaria y clínicas con farmacias* Este grupo de proveedores de medicamentos no tradicionales como centros de urgencia, clínicas, sanatorios y prepagas o sistemas de cobertura de salud se han desarrollado en forma importante en la última década. Dado que pueden controlar el acceso de los pacientes y ofrecer ventajas superiores, estos proveedores no tradicionales han sacado muchos clientes a las farmacias tradicionales. Casi inexistentes 20 años atrás, este grupo ha alcanzado una parte del mercado que ronda el 5% del total, tanto en EE.UU. como en los países sudamericanos.

La competencia constituye un factor que el farmacéutico oficial deberá evaluar en detalle. Como se ha señalado, casi todos los negocios alternativos para la distribución de medicamentos fueron y son una dura competencia para la farmacia oficial. Según algunas encuestas, en los Estados Unidos los proveedores de medicamentos tradicionales, como las farmacias oficiales independientes y los hospitales, vieron decrecer su parte del mercado de 88,4% a 73,7% entre 1988 y 1992.⁹

Aunque ninguno de estos negocios desplazará completamente a las farmacias oficiales, han acumulado las principales partes del negocio de la farmacia ambulatoria y contribuido a disminuir el mercado de la farmacia tradicional. Dado su eficiente proceso de distribución, han reducido marcadamente los márgenes de comercialización de medicamentos.

¿La atención farmacéutica es potestad exclusiva de los farmacéuticos?

El adjetivo farmacéutica cuando es usado para describir la atención, indica que la

atención esta asociada con agentes farmacéuticos, no a los individuos quienes la proveen. Consecuentemente, esta nueva filosofía no está reservada para ninguna profesión o grupo de profesionales. Aunque es cierto que la mayor investigación teórica y práctica sobre el concepto fue realizada dentro de la profesión de farmacia, esto no implica necesariamente que los farmacéuticos serán los proveedores exclusivos y excluyentes de atención farmacéutica. La profesión que se atreva a dar un paso hacia adelante en asumir la responsabilidad sobre los resultados de la utilización de los medicamentos será la que conduzca la atención farmacéutica (o como decida llamársela).

Todos los antecedentes sobre el tema, incluso el aporte del presente, tienen la expectativa de que sea la profesión farmacéutica la que acepte el desafío y de el paso hacia adelante para aceptar el mandato del público para proveer atención farmacéutica. Sin embargo, y dado que la atención farmacéutica es, por definición, una actividad de colaboración y que otros profesionales también están muy involucrados en el proceso de utilización de medicamentos (médicos, odontólogos y enfermeros), es posible y probable que la atención farmacéutica sea provista por una variedad de profesionales de la salud. La competencia profesional también debe considerarse como una fuerza de cambio que el farmacéutico debe evaluar para transitar su exitoso camino hacia la atención farmacéutica.

Barreras externas

Existen factores externos e internos que dificultan el camino hacia la atención farmacéutica. Algunos de ellos son obstáculos reales, pero tienen solución, otros, en cambio son, mas bien, excusas que no se sustentan en evidencias objetivas, y forman parte de la resistencia que genera todo cambio importante. Las barreras varían de acuerdo con el ambiente de trabajo, las actitudes de los profesionales y de los pacientes, y los niveles informativos de cada uno de los participantes. Pueden agruparse en cinco categorías³¹

- Relacionadas con la farmacia.
- Relacionadas con el farmacéutico.
- Relacionadas con el paciente.
- Filosóficas e informativas.
- Otras.

Relacionadas con la farmacia

Los farmacéuticos manifiestan que la barrera más importante es la excesiva carga de trabajo, o falta de tiempo y de personal (o ambas). En general se tiende a sobreestimar el tiempo requerido para el asesoramiento. Según los estudios realizados, el tiempo promedio necesario para asesorar a un paciente que viene con una receta, oscila entre 5 y 8 minutos. Por supuesto que existen consultas que requieren más tiempo (entre 20 y 30 minutos), pero también, muchas otras se resuelven en sólo 2 o 3 minutos.

La distribución física de la farmacia es, a menudo, un problema. Mostradores altos, estanterías fijas, o diseños imperfectos hacen dificultosa la atención al paciente. Otro problema relacionado con las instalaciones edilicias, es la existencia de un modelo diseñado para vender y entregar productos farmacéuticos, y procesar recetas en forma rápida y eficiente, sin considerar la interacción con los pacientes. En algunos casos, los modelos de funciones del personal impiden las tareas de asesoramiento; en otros, si incorporan asesoramiento, producen ineficiencia en el trabajo global de la farmacia.

Otra barrera relacionada con la farmacia es la falta de privacidad, que puede provocar distracciones. Por ejemplo, la necesidad de responder llamadas telefónicas personales o preguntas de otros empleados, o de clientes.

Relacionadas con el farmacéutico

La falta de habilidades comunicativas del farmacéutico es, tal vez, la principal barrera para poner en práctica la atención farmacéutica. Muchos farmacéuticos reconocen tener poca educación formal o experiencia en el asesoramiento de pacientes y, por ende, no poder convertirse en asesores más activos.

Otras dificultades, reconocidas por los propios farmacéuticos, incluyen: escaso conocimiento sobre el medicamento prescripto, poca noción de lo que se debe decir al paciente, incomodidad al hablar con el paciente, y temor de decir algo equivocado. Este último inconveniente se agrava con la posibilidad de incurrir en un litigio o un conflicto con las instrucciones del médico.

Las barreras menos reconocidas son: la presión de otros colegas para no asesorar,





La falta de interés para involucrarse en los problemas de los pacientes, no ver el asesoramiento como una responsabilidad profesional, y la posibilidad de correr un riesgo profesional.

Relacionadas con el paciente

Los farmacéuticos notan, frecuentemente, que los pacientes no quieren ser asesorados, y suelen decir: "los pacientes están apurados", "siempre conocen sobre sus medicamentos y ofrecerles asesoramiento es como faltarles el respeto", "tienen que luchar con sus niños", "están desconcertados con el concepto de asesoramiento", entre otras expresiones.

Otras barreras de comunicación incluyen problemas culturales o de lenguaje, problemas auditivos y visuales, deterioros mentales, y creencias sobre medicinas alternativas. Muchos farmacéuticos suponen que los pacientes no están abiertos al asesoramiento porque no lo esperan. La baja expectativa del paciente constituye una barrera importante.

Aunque este evento comenzó paulatinamente a revertirse en este último año, desde la aparición de la Ley de Prescripción y Dispensación por Nombre Genérico surgida de una necesidad social en el escenario de la emergencia sanitaria, el afianzamiento de esta actitud más receptiva por parte de los pacientes es un proceso que aún está en sus comienzos.

Relacionadas con los otros profesionales de la salud

Resulta imprescindible tener en cuenta que el farmacéutico no tiene la exclusiva autoridad en lo relacionado con el uso de los medicamentos. Otros profesionales de la salud desempeñan valiosos y muy reconocidos papeles en el proceso de utilización de los medicamentos. El concepto de atención farmacéutica no disminuye la función ni la responsabilidad de otros profesionales de la salud. Tampoco implica

usurpación de la autoridad por parte de los farmacéuticos. La atención farmacéutica debe realizarse y verse como una actividad cooperativa y complementaria, a pesar de que el conocimiento, la habilidad y la tradición del farmacéutico lo hagan legítimo líder de los esfuerzos que realizan los equipos de profesionales de la salud para mejorar el uso de los medicamentos.

Se debe recordar que la legislación de las profesiones de salud se desarrolló y promulgó con el fin de proteger al paciente. La atención farmacéutica es totalmente compatible con ese objetivo. Por lo tanto, resulta difícil pensar que alguna ley, vigente o a sancionar en el futuro, pueda prohibir categóricamente al farmacéutico brindar atención farmacéutica. En particular, la ley Nº 17565 del ejercicio profesional -sus modificatorias y decretos reglamentarios- que regula la actividad farmacéutica argentina, no lo prohíbe en ninguno de sus artículos.

Sin embargo, puede que el médico, que está poco familiarizado con la atención farmacéutica, sea reticente a compartir la autoridad que tiene sobre el paciente. También los administradores sanitarios, los directores de los servicios de farmacias hospitalarias y los dueños de farmacia pueden ser reticentes a asignar responsabilidades adicionales al farmacéutico. Las reticencias pueden derivar desde lo concerniente a la motivación o a la responsabilidad legal o desde el mero reconocimiento de la inseguridad personal, el orgullo o la desconfianza.

Para que la atención farmacéutica sea implementada en todas las áreas, estos temas deben examinarse abiertamente por todos a quienes concierne, y el farmacéutico debe estar preparado para responder objetiva y precisamente a todas las preguntas relevantes. Los temas de directo beneficio terapéutico para el paciente deben volverse supremos en las deliberaciones sobre cómo implementar atención farmacéutica. Los médicos deben comprender que los farmacéuticos no han de diagnosticar enfermedades ni recetar fármacos, sino prevenir problemas con medicamentos y monitorear los tratamientos farmacológicos para el éxito de las terapias y la mejor utilización de los recursos sanitarios.

En realidad, la atmósfera litigiosa de la

moderna práctica médica sugiere que médicos, directores de hospitales y administradores sanitarios podrían beneficiarse con el establecimiento de la atención farmacéutica. Lejos de ser riesgosas, las consultas profesionales tendientes a tomar decisiones científicas y objetivas, en la selección y el monitoreo de las farmacoterapias pueden ser legalmente ventajosas para el médico.

Filosóficas e informativas

Algunos farmacéuticos cuestionan, tanto la necesidad de realizar asesoramiento como su efectividad para mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Incluso suelen citar literatura que sustenta su posición. Ahora que en los Estados Unidos la actividad farmacéutica ha sido regulada por el Estado, obligando al farmacéutico a brindar asesoramiento profesional a los pacientes cuando compran un medicamento, la necesidad de brindar atención farmacéutica ya no se pone en duda.

La falta de adecuada información sobre el paciente es también una barrera para ofrecer asesoramiento profesional. Por ejemplo, el farmacéutico, a menudo, desconoce la finalidad de uso del medicamento que dispensa y considera que sin ese conocimiento, puede darle al paciente información que se contrapongan con las instrucciones del médico, o puede decirle al paciente algo que el médico no quería que supiese. Sólo en forma ocasional se percibe que algunos médicos discrepan filosóficamente con los actos del farmacéutico como educador del paciente.

Otras barreras

Los problemas legales que pueden causar las actividades de asesoramiento y los aspectos económicos, tanto la inversión necesaria para implementar atención farmacéutica como la dificultad para lograr un reembolso por los servicios profesionales brindados, son otras barreras que frenan la implementación de atención farmacéutica. ➔

➔ continúa ➔ ➔ ➔
en el próximo
número

Credencial farmacéutica de uso obligatorio

*La COFA la provee gratuitamente.
Solicítela en su Colegio.*

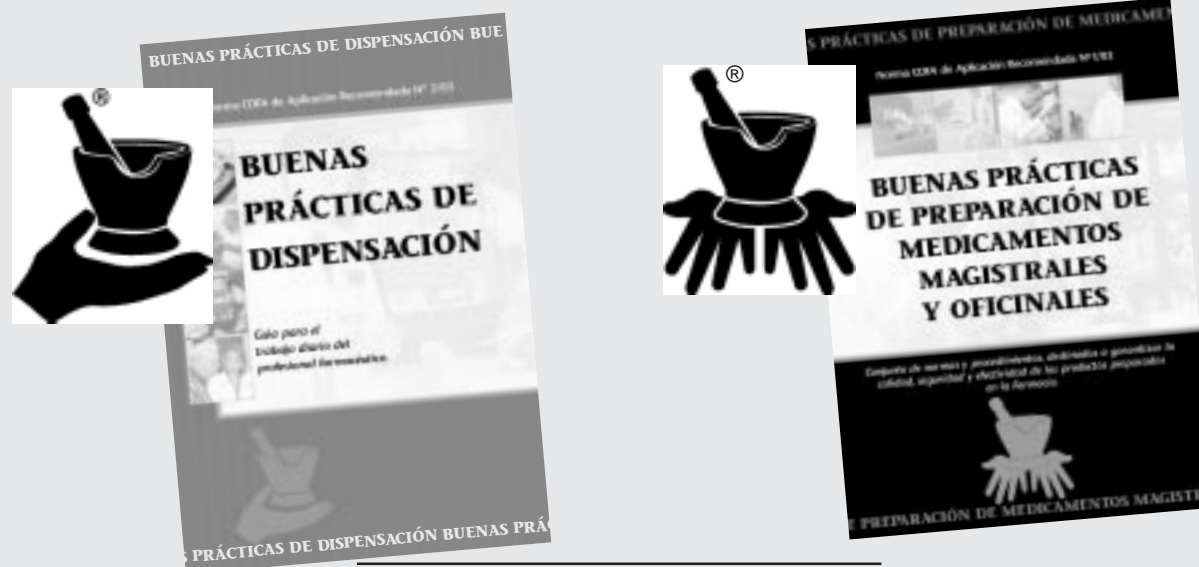
Estimado Farmacéutico:

Le recordamos que el Decreto 987/03 reglamentario de la Ley 25.649 de Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico dispone la obligatoriedad de exhibir en su vestimenta una credencial que lo identifique como profesional farmacéutico. En dicha credencial deben figurar su nombre y apellido, número de matrícula y foto.

La credencial es una obligación legal para el ejercicio profesional.



Solicite esta documentación en su Colegio respectivo



Av. Julio A. Roca 751 2º Piso Tel. (011) 4342-1001



Diclofenac

Otros nombres:

Cataflam®, Voltaren®, Blokium® y Oxa-Tomanil®.

¿POR QUÉ se indica este medicamento?

El diclofenac alivia el dolor, la sensibilidad, la inflamación y la hinchazón producidos por ciertos tipos de artritis. También se utiliza para aliviar los dolores menstruales y el dolor después de una intervención quirúrgica o el parto.

¿CUÁNDO debe tomarse?

El diclofenac se toma dos, tres o cuatro veces al día para la artritis. Siga cuidadosamente las instrucciones que aparecen en la etiqueta y pídale al farmacéutico o a su médico que le explique cualquier parte que no comprenda.

El diclofenac es más eficaz para la artritis cuando se toma en forma regular. Trate de tomarlo siempre a la misma hora en que realiza regularmente alguna otra actividad para que le ayude a recordarlo.

¿CÓMO se utiliza?

El diclofenac se presenta en forma de comprimidos de liberación controlada (acción prolongada). Los comprimidos deben tomarse enteros sin triturarlos. En la etiqueta se le indica la cantidad que debe tomar con cada dosis. Consulte al farmacéutico si tiene dudas sobre la repetición de la receta.

¿Qué INSTRUCCIONES ESPECIALES debo seguir al utilizar este medicamento?

Tome solamente la cantidad de medicamento que se le receta.

No falte a ninguna cita con su médico y de laboratorio. A veces el médico tendrá que ajustar la dosis y se tendrá que realizar análisis de sangre.

El diclofenac puede producir mareo. No maneje el automóvil ni utilice maquinaria peligrosa hasta saber cómo lo afecta a usted.

Asegúrese de tener siempre suficiente medicamento a la mano. Verifique su provisión antes de salir de vacaciones, antes de días feriados u otras ocasiones en que le sea imposible conseguirlo.

¿Qué hago SI OLVIDO tomar una dosis?

Pregunte al farmacéutico qué debe hacer si olvida tomar una dosis.

¿Qué EFECTOS SECUNDARIOS puede producir este medicamento? ¿qué puedo hacer al respecto?

Aunque no es común que se produzcan efectos secundarios, algunas veces pueden presentarse. Dolor de cabeza y mareo. Consulte a su médico si son intensos.

Náuseas, dolores o cólicos abdominales, diarrea o estreñimiento, hinchazón del vientre, indigestión y gases. Tome el diclofenac con comida o con un antiácido. No tome bebidas alcohólicas. Si estos síntomas continúan o son intensos, consulte a su médico. Si vomita sangre, tiene diarrea

con sangre o su materia fecal es negra, suspenda el diclofenac y consulte a su médico inmediatamente.

Sarpullido, zumbido en los oídos, hinchazón de las manos, pies, tobillos y parte baja de las piernas, picazón. Consulte a su médico lo más pronto posible.

¿Qué OTRAS PRECAUCIONES debo observar durante el uso de este medicamento?

Antes de tomar diclofenac, informe a su médico si ha sufrido de gastritis, sangrado del estómago o del recto, úlceras u otras enfermedades gastrointestinales; enfermedad del hígado, del corazón, o de los riñones; presión arterial alta; o SLE (lupus eritematoso sistémico).

Las mujeres que están embarazadas o amamantando deben informarlo a su médico antes de tomar este medicamento. El diclofenac no debe tomarse durante la lactancia o hacia el final del embarazo.

Antes de tomar diclofenac, informe a su médico o farmacéutico qué otros medicamentos está tomando, ya sean con o sin receta, en particular anticoagulantes, aspirina, ciclosporina, medicamentos para la diabetes, digoxina, diuréticos, litio, metotrexato y otros medicamentos para la artritis.

Antes de tomar diclofenac, informe a su médico si alguna vez ha tenido una reacción negativa a la aspirina u otros medicamentos para la artritis.

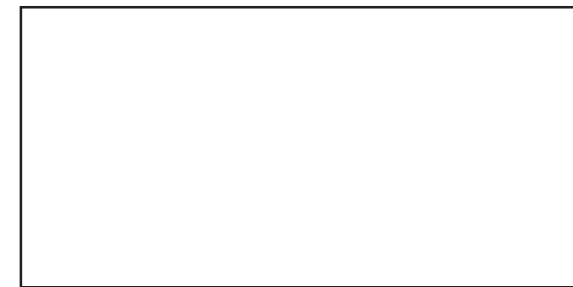
No tome aspirina mientras utiliza diclofenac, a menos que su médico se lo indique expresamente.

No deje que ninguna otra persona tome su medicamento.

¿Cómo debe GUARDARSE este medicamento?

Mantenga este medicamento en el envase original, bien tapado, y fuera del alcance de los niños. Guárdelo a temperatura ambiente, alejado de fuentes de calor excesivo y de la humedad (no en el cuarto de baño).

Si sufre de artritis, pida al farmacéutico que ponga este medicamento en un frasquito con tapa fácil de abrir.



SELLO FARMACIA



Ante cualquier duda, consulte a su farmacéutico"

CAMPAÑA INSTITUCIONAL DE COFA

Agradecemos a
MONSERRAT Y ECLAIR
el permanente apoyo
a los farmacéuticos argentinos.

Cuando mayor es la exposición
a computadoras, televisión
o contaminación ambiental
aparecen con más frecuencia
ojos enrojecidos, secos o irritados.

Para estos casos
algunos colirios son específicos

Otros
están expresamente contraindicados

Tratándose de medicamentos
tómese los medicamentos en serio

Consulte a su Farmacéutico

Confederación Farmacéutica Argentina

Tratándose de medicamentos
tómese los medicamentos
en serio

Cuando el Farmacéutico
aconseja, opina o recomienda,
se compromete
personal y profesionalmente

SE HACE RESPONSABLE

Consulte a su Farmacéutico

Confederación Farmacéutica Argentina

Tratándose de
medicamentos

El error por los
mensajes publicitarios
muchos consumidores se resquebraja
siguiendo el área más conveniente,
el slogan más simpático,
el precio más pequeño
o la propaganda más difundida.

tómese los
medicamentos
en serio

Consulte a su Farmacéutico

Confederación Farmacéutica Argentina

Para tratar la tos
la publicidad masiva le ofrece
muchas opciones.

Usted puede elegir mucolíticos,
antitusivos, balsámicos
o expectorantes.

También puede elegir
consultar al que sabe

Tratándose de medicamentos
tómese los medicamentos en serio

Consulte a su Farmacéutico

Confederación Farmacéutica Argentina


CONFEDERACIÓN
FARMACÉUTICA
ARGENTINA

MSD PRESENTA UN NOVEDOSO AVANCE
PARA SUS PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA.

PRIMERO
DE UNA NUEVA
CLASE

NUEVO EZETROL[®] (ezetimibe)

UN PODEROSO ALIADO DESDE EL INICIO

NUEVO en el tratamiento del colesterol

EFICACIA, POTENCIA Y RAPIDEZ

PRESCRIBA **EZETROL** CONJUNTAMENTE CON UNA ESTATINA
PARA SUS PACIENTES HIPERCOLESTEROLÉMICOS QUE:

- NECESITAN UNA IMPORTANTE REDUCCIÓN DE C-LDL
- NO HAN ALCANZADO LAS METAS DE C-LDL
- EZETROL MEJORÓ TAMBIÉN LOS NIVELES DE TG Y C-HDL
- LAS REDUCCIONES MÁXIMAS SE OBTUVIERON GENERALMENTE EN DOS SEMANAS¹

MECANISMO DE ACCIÓN ÚNICO Y COMPLEMENTARIO AL DE LAS ESTATINAS²

- El primero de una nueva clase de inhibidores de la absorción del colesterol³

BUENA TOLERABILIDAD Y PERFIL DE SEGURIDAD

- EZETROL ha sido evaluado en más de 4.700 pacientes en estudios clínicos. La incidencia de efectos adversos reportados asociados con el uso de EZETROL fue similar a Placebo¹

CONVENIENTE DOSIFICACIÓN DE UNA VEZ AL DÍA

- EZETROL 10 mg junto con una estatina, en cualquier dosis¹

Antes de prescribir, por favor consultar la Información para Prescribir .

Para la administración conjunta con una estatina, por favor tener en cuenta las recomendaciones de cada estatina. C-LDL: colesterol de lipoproteína de baja densidad; C-HDL: colesterol de lipoproteína de alta densidad; TC: colesterol total; TG: triglicéridos

EZETROL (ezetimibe) es marca registrada de MSP Singapore Company, LLC.
Copyright © 2003 Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ USA
Todos los derechos reservados
07-04 EZ-03-RA (W-6004-J) 3011-J
www.msd.com.ar



References

1. Datos en archivo MSD Argentina. 2. Shepherd J. The role of the exogenous pathway in hypercholesterolemia. *Eur Heart J Suppl* 2001;3(Suppl E):E2-E5. 3. Bays HE, Moore PB, Drehoz MA et al. Effectiveness and tolerability of ezetimibe in patients with primary hypercholesterolemia: Pooled analysis of two phase II studies. *Clin Ther* 2001;23:1209-1230.

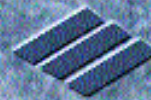


Bagó

PHENIX

Montpellier

Laboratorio
ELEA



GRAMON

DISPROFARMA

Suma de Esfuerzos

SCHERING

making medicine work

Lilly

ALLERGAN

SERVIER

IVAX

Pfizer

NUTRICIA - Bagó

trb pharma s.a.

BETA
TECNOLOGIA
FARMACEUTICA
INNOVACION

MERCK

FERRING
PHARMACEUTICALS

Pierre Fabre
Argentina

EP

PURISSIMUS S.A.

Q

QUESADA
FARMACEUTICA S.A.

IONE

Andrómaco

LABORATORIO
DOMINGUEZ S.A.

CRAVERI

Alcon
ARGENTINA

LABORATORIOS
HIGTE

RAFFO
Tradición y Desarrollo

M

MENARINI ARGENTINA S.A.

sanofi-synthelabo
"La Salud es lo esencial"

ATLAS
farmacéutica

DEFUEN
Inteligencia en Dermatología

INTERBELLE
COSMETICS S.A.

JUSTESA IMAGEN
ARGENTINA S.A.

DISPROFARMA

Virrey Cevallos 1643 (C1135AAI) Capital Federal Tel. 4379-4350.
E-mail: info@disprofarma.com.ar Internet: www.disprofarma.com.ar

BQi
ISO 9001:2000

"Si un barredor se propusiera obtener un título universitario que lo acreditara como médico y estuviera dispuesto, con ahínco y constancia, a todos los sacrificios que ello requiere, téngase la seguridad de que pasarán 10, 20, 30 años, pero algún día ese hombre será médico. Pero no lo quiere. Se trata fundamentalmente de un problema de voluntad."

Alberto Machado

"El espíritu esforzado y profundo es aquel que puede abarcar lo grande y lo pequeño."

Johnson

"En la ciencia no existen caminos fáciles; sólo puede triunfar y conquistar sus cimas luminosas el que no se arredra ni se cansa de trepar por sus senderos pedregosos."

Marx

"El necio entre otros males, posee éste: Siempre trata de comenzar de nuevo su vida."

Epicuro

"La crítica debe hacerse a tiempo; no hay que dejarse llevar por el hábito de criticar sólo después de consumado los hechos."

Mao Tse Tung

"La diferencia que hay entre lo que queremos ser y entre lo que estamos dispuestos a sacrificar para lograr nuestras aspiraciones, suele llamarse: Frustración."

Voltaire

"Los niños son como el cemento fresco. Todo lo que les cae les deja una impresión indeleble."

W. Stekel

Una sociedad con atención farmacéutica

PRIMERA PARTE

Por que coincidimos con la idea de que los sueños de hoy son, muchas veces, las realidades del mañana, a continuación reproducimos la exposición titulada *Vista futurística de la farmacia en las Américas* presentada por el Dr. Tom Sappington, durante la Segunda Conferencia Panamericana de Educación Farmacéutica, llevada a cabo en México en 1993.

Buenos días. Gracias por la oportunidad increíble que me han brindado de hablarles acerca del futuro. Lo hago con mucha humildad. Al hablarles acerca del futuro, busco ayudarles a diseminar y, a la vez, enfocar sus energías. Cada uno de ustedes trabaja en una situación que es única. Como tal pueden sentirse libre de no estar de acuerdo o ignorar partes de lo que diga. Después de todo, trabajamos como parte de una profesión que brinda cuidado al paciente en instituciones que nosotros mismos ayudamos a crear. Nuestro futuro descansa en nuestra habilidad para identificar los desafíos y soluciones comunes a los problemas que encara el sistema de servicios de salud y la educación farmacéutica. Estos desafíos están contenidos en la historia de una tormenta terrible, la cual nos trae tanto destrucción como oportunidad.

Cuando el huracán Hugo se dirigía hacia las costas de Carolina de Sur en 1989, nadie en su trayectoria se preocupaba por el impacto en la población del estado cinco o diez años más adelante. Centenares de personas atemo-

rizadas bloquearon con madera sus hogares y evacuaron las áreas inundables buscando protección contra la tormenta. Estaban preocupados por sus vidas, sus hogares, sus hijos y sus trabajos. Los vientos de la tormenta llegaron a marcar 150 millas por hora, suficientes como para clasificar el huracán como uno de clase cuatro. Hogares majestuosos de color pastel y graciosas palmas con raíces poco profundas estaban en su camino, a lo largo con siglos de tradición y costumbre. En pocas horas, las vidas, las estructuras y el paisaje de Charleston sería cambiado para siempre. Ahora sus habitantes se refieren al tiempo como antes o después de Hugo.

Existe una tormenta que azota los sistemas de servicios de salud en las Américas que refleja el mismo impacto que Hugo tuvo sobre la ciudad de Charleston. Esta tempestad amenaza con destruir siglos de tradición sobre los cuales se han fundado los sistemas de prestación de servicio de salud. Como la tempestad ha tocado las costas de varios países de las Américas, nuestra primera reacción es bloquear las casa y protegernos, esperando y orando que el impacto no sea grande. Mi tarea es describir cómo los sistemas se verán años después que la tormenta haya pasado. Específicamente, describiré un sistema de prestación de servicios de salud diferente y discutiré su impacto en la educación farmacéutica.

“Los sueños de hoy son las realidades de mañana. Lo imposible solo demora un poco más de tiempo”.



La tormenta

Los vientos se crean por necesidades que no se han atendido. Varios conferencistas del Primer Congreso Panamericano de Educación Farmacéutica han presentado una descripción detallada de la naturaleza de la tempestad. En pocas palabras, la tempestad de la atención de la salud se origina como resultado de pacientes que no reciben los cuidados necesarios, de estudiantes que no aprenden lo que necesitan para actuar como proveedores de salud efectivos, de miembros de la facultad que están desligados del ejercicio profesional, y de administradores faltos de visión, destreza y liderazgo para crear nuevos sistemas de prestación de servicios.

Las necesidades desatendidas de los pacientes alterarán la prestación de servicios de salud para siempre. ¿Qué necesidades están desatendidas en estos momentos? Los datos demográficos, económicos, tecnológicos, sociales y políticos señalan una tempestad terrible de necesidades desatendidas. A continuación, mencionaré cuatro áreas de necesidades desatendidas y ofreceré algunas sugerencias de cómo estas serán diferentes en el año 2020.

1. La salud pública

Todos estamos conscientes que el gran impacto en la salud que hemos experimentado en tiempos modernos

se origina en el mejoramiento de la sanidad y la atención efectiva de las enfermedades infecciosas. La tecnología médica ha logrado muy poco desde entonces. La medicina enfocada en la población y los avances epidemiológicos que han ocurrido en muchos de sus países, en años recientes, han contribuido más al mejoramiento de la salud que la medicina enfocada al paciente.

2. El autocuidado

La comunidad médica en general no es consciente que la mayoría de los pacientes toman un papel activo en el manejo de su propia salud, diagnosticando sus problemas y buscando soluciones por su cuenta. Y esto continuará. El profesional de la salud que con mayor probabilidad consultarán es el farmacéutico. Años atrás, dicté una conferencia en el Segundo Congreso Panamericano sobre Sida en Santo Domingo. En ese momento, descubrí que la mayoría de la educación sanitaria que ocurre en Centro y Sudamérica ocurre entre el paciente y el farmacéutico. Creo que esto también ocurre en Norteamérica. Aunque los pacientes en general poseen más conocimiento sobre la salud y la enfermedad, su conocimiento sobre los beneficios y peligros de tratamientos particulares es limitado. Debido a que el farmacéutico es, a menudo, mucho más educado con respecto a la composición del medicamento que a la salud del paciente, hemos perdido una oportunidad de prestar servicios de salud a nuestros pacientes. Los vientos del huracán continúan soplando.

3. Los costos de la salud

Los costos de la salud han incapacitado la base fiscal de casi todas las naciones del mundo occidental. El logro de las metas de salud para todos en el 2000, en cada nación, bajo el sistema actual puede resultar en un colapso económico. Si examinamos los gastos

por persona de todos los países en Sudamérica, no aparenta haber un análisis consistente que justifique las decisiones que conducen a tales gastos. ¿Qué recibo por mi inversión? ¿Cuál es mi ganancia? Estas preguntas de tipo empresarial aparentan ser insensibles cuando se aplican al cuidado de la salud. Sin embargo, los líderes políticos y económicos deben seleccionar entre varias áreas de política pública: salud, seguridad, educación, infraestructura y otras necesidades legítimas.

4. Falta de cohesión de los sistemas de salud

La estructura actual de los sistemas de salud está desmoronada. Los pacientes se mueven de la clínica local a instituciones de cuidado terciario y viceversa con poca comunicación entre los profesionales de salud involucrados. Los farmacéuticos de los hospitales, clínicas y farmacias de comunidad raramente hablan entre ellos acerca de las preocupaciones y necesidades de los pacientes.

5. El aumento de la población longeva

Una medida de éxito en la mejora de la salud de la población es el aumento en la expectativa de vida. Nosotros en los Estados Unidos hemos comenzado a entender la enorme carga que la gran cantidad de pacientes ancianos, con enfermedades crónicas pondrá en el sistema de la salud. Para muchos de ustedes, las necesidades de cuidado de salud son tales que se han enfocado en los primeros años de vida. Sin embargo, los vientos de la tempestad continúan soplando mientras la expectativa de vida continúa aumentando.

Mirar la tempestad de cerca es impresionante y, a la vez, atemorizante. Nos magnetiza cuando enfocamos nuestra atención. No podemos quitarle la vista. Nos mantiene en su garra, revoloteando y revoloteando. Aquellos que se enamoran de la tem-

pestad son los primeros en ser absorbidos. También existen aquellos que buscan contener la tempestad. ¿Cuáles son las alternativas? Déjeme transportarlo al mundo del año 2020 y a la experiencia del paciente con la Atención Farmacéutica.

En el año 2020, estaré consciente y seré responsable de mi salud. Estoy informado de los aspectos básicos que contribuirán a mi salud. **Cuando examino el sistema de servicios de salud, lo encuentro diferente al del año 1993 en las siguientes maneras:**

1. Acceso

La primera persona que consulto sobre el estado de mi salud es el farmacéutico. Él sabe mi historial de salud, conoce mis enfermedades, sabe lo que me mejora y lo que no. El farmacéutico es el profesional de la salud más cercano a mí, localizado en mi vecindario. Al hablar con el farmacéutico sobre temas de salud, lo encuentro informado e interesado, haciéndome preguntas sobre mi estilo de vida y lo que deseo hacer en mi vida. Además, me ayuda a diagnosticar cualquier problema que esté experimentando, ofreciéndome opciones y consejos que me ayuden a decidir cuál es el mejor tratamiento adecuado. Una vez comenzado el tratamiento, sigue el progreso del mismo y mantiene el historial médico al día.

2. Trabajo en grupo

Ocasionalmente las dificultades que presento van más allá del autodiagnóstico y la automedicación y requieren la experiencia de otros profesionales de la salud, médicos, enfermeras, dentistas, fisioterapeutas y otros. El farmacéutico conoce los que en

→ continua → → →

la comunidad prestan estos servicios y cómo y cuándo acudir a ellos. Juntos revisan mi caso y presentan un grupo de opciones con recomendaciones sobre el tratamiento más eficaz. También presentan un plan de salud, ocasionalmente el farmacéutico, actúa como líder de un grupo y coordina el tratamiento con los otros profesionales de la salud. El farmacéutico sirve de experto en la terapia con medicamentos, lo cual lo hace responsable de los resultados de esa terapia.

3. Continuidad de la atención al paciente

Cuando es necesario que acuda a un centro de atención terciaria, mi farmacéutico me ayuda de dos maneras: a) trabajando directamente como parte del equipo de salud en el hospital o en la clínica manteniendo la responsabilidad por la terapia con medicamentos, o b) trabajando con el farmacéutico del hospital el curso de la terapia con medicamentos mientras estoy en el hospital. El farmacéutico de hospital está ubicado cerca de mi cuarto lo que le permite seguir mi progreso. Una vez que salgo del hospital y regreso a mi casa, el farmacéutico continúa siguiendo el progreso de mi terapia.

4. Papel de los auxiliares y la tecnología

Mi farmacéutico y el farmacéutico de hospital me dedican tiempo y consultan con otros profesionales de la salud para lograr los mejores resultados terapéuticos. Esto es posible debido a que muchas de las tareas antes realizadas por farmacéuticos (como la preparación y dispensación de fármacos) son hechas ahora por la nueva tecnología o por los auxiliares y técnicos de

farmacia. Estos cambios han llevado a una reducción sustancial en el número de percances relacionados con medicamentos.

5. Sistemas de información integrados

Cuando entro al sistema de servicios de salud, traigo una tarjeta que contiene mi historial médico en una cinta magnética similar a las usadas por los cajeros automáticos de dinero. Esta permite a los profesionales de la salud cargar y tener acceso inmediato a la información. La tarjeta puede ser utilizada también en mi residencia con una computadora personal. En un futuro, la tecnología nos permitirá conectar la tarjeta a un televisor que transmitirá los datos.

Tal vez más importante en esta época de la tecnología de información aplicada, es la integración de los sistemas. La farmacia hospitalaria está conectada directamente con todas las farmacias satélites en la comunidad, permitiendo que exista continuidad de la terapia. Las farmacias están conectadas con bases de datos nacionales lo cual les permite a los farmacéuticos tener acceso a información sobre el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades. La universidad también está conectada a bases de datos que permiten a los investigadores la oportunidad de seguir las tendencias en salud y, a la facultad, la oportunidad de prestar servicios de consulta a los farmacéuticos de la comunidad.

6. Conocimiento sobre los costos

Los costos de los servicios de salud continúan siendo responsables de muchos cambios en el sistema de prestación de servicios de salud. Mi farmacéutico

(con ayuda de otros miembros del equipo de salud) es capaz de diagnosticar y determinar el tratamiento más económico que logre el resultado más óptimo. Igualmente, nuevos fármacos pueden ser probados y datos sobre costo y eficacia se pueden recolectar más rápidamente.

7. Bienestar

Consulto a mi farmacéutico frecuentemente en áreas relacionadas con la prevención de enfermedades y el bienestar en general. Mi farmacéutico tiene un gran conocimiento de los últimos avances en la terapia con vitaminas, nutrición, suplementos de alimentos, y otras alternativas que forman parte del movimiento hacia el bienestar en general. La detección temprana y el tratamiento de la enfermedad son temas que frecuentemente surgen en conversaciones con el farmacéutico. Estudios han demostrado que esas consultas han reducido los costos de la prestación de cuidado crítico en un 30% durante los últimos 20 años.

La visión del año 2020 no es ciencia ficción. Ustedes reconocerán cada uno de estos avances en cambios que están actualmente ocurriendo en el sistema de prestación de servicios de salud. Algunos aparentarán ser obvios y otros completamente fuera de alcance. No hay duda que estos cambios son posibles. Que la comunidad farmacéutica actuará con suficiente valor y visión para asumir su papel en el futuro es el desafío que nos espera. ➔



➔ continúa ➔ ➔ ➔
en el próximo
número

España

Ponen precios de referencia y bajan hasta un 80% los medicamentos

El 26 de octubre fue publicada en el Boletín Oficial del estado de España la orden de Precios de Referencia que, según aseguró la ministra de Sanidad y Consumo, Ana Pastor, es "la más importante de todas las medidas tomadas por Sanidad en los últimos años". Esta norma establece nuevos precios de referencia para un 20 por ciento de las especialidades farmacéuticas con el fin de contener el gasto público en medicamentos. El ahorro que supondrá esta medida "permitirá al Estado poder seguir financiando los medicamentos más innovadores y mantener la apuesta por la investigación", afirmó la ministra.

Esta rebaja en el precio afecta a los fármacos que llevan más de diez años en el mercado y que, por lo tanto ya tienen amortizado su proceso de investigación. Algunos de ellos, como el Omeprazol, tendrá una rebaja superior al 80%, la Simvastatina bajará un 69,6%, la Amoxicilina bajará un 42,4% y la Fluoxetina, un 51,6%.

Cambios en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS

El Comité de expertos de la OMS sobre selección y uso de medicamentos esenciales, emitió el reporte de su reu-

nión del 31 de marzo al 3 de abril del presente en Ginebra, en el cual señala las modificaciones aceptadas para la 13a Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS (LME).

Los cambios obedecen a un análisis cuidadoso de los aportes hechos por profesionales de salud de diferentes partes del mundo.

Las modificaciones publicadas para la LME se muestra a continuación:

Medicamentos agregados

- Amodiaquina tableta, 153 mg o 200 mg (base)
- Azitromicina 250 o 500 mg cápsula y suspensión 200 mg/ 5 ml
- 1,5 mg levonorgestrel simple (nueva dosificación)

Medicamentos denegados

- Ibuprofeno pediátrico
- Suspensión de insulina porcina (insulina semilenta)
- Miconazol tabletas bucales
- Misoprostol
- Valaciclovir

Medicamentos eliminados

- Etinilestradiol + levonorgestrel, tableta 50 ug + 250 ug (presentación por cuatro)

- Nonoxinol y espermeccidas en preservativos y diafragmas
- Hidrato de cloral
- Dextrometorfano
- Fludrocortisona
- Acido fólico inyectable
- Jarabe de ipecacuana
- Inmunoglobulina humana
- Petidina
- Ciclofosfamida en sección 24
- Trimetoprima inyectable
- Hierro dextran inyectable
- Prazosin
- Hidralazina
- Reserpina
- Desmopresina

Fórmula cambiada

- SRO: a 75 mEq/l sodio (cloruro de sodio 2,6 g/litro) y 75 nmol/l (13,5 g/litro) glucosa estreptoquinasa: dosis cambiada a polvo para inyección 1,5 million IU en vial

Para mayor información pueden consultar los documentos del Comité de Expertos de la OMS en:
http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/expcom13/unedited_report.doc

CERTIFICACIÓN PROFESIONAL: atención farmacéuticos

Durante los meses de marzo y setiembre de 2004 se receptorán las carpetas de los aspirantes a la certificación profesional. Excepcionalmente se exigirá un mínimo de **15 créditos** (ver reglamento de certificación en este número).

Consulte en su colegio profesional las bases y condiciones.



Dr. Carlos Izidore (†)

In Memoriam

Farmacéutico

Ex-presidente de COFA

LA FARMACIA EN EL MUNDO: Portugal

Racionalizan el costo de los medicamentos

El Gobierno pretende introducir cambios profundos en el funcionamiento del Servicio Nacional de Salud. Las medidas de racionalización previstas para disminuir los costos en medicamentos afectarán el quehacer diario de los participantes del sector.

La salud es un bien y un derecho de los ciudadanos, constituyendo una inversión en las personas y un poderoso factor de refuerzo de la cohesión y del desarrollo económico y social.

En este ámbito, el medicamento constituye un elemento fundamental de la política de salud de nuestro Servicio Nacional de Salud (SNS).

El aumento significativo, en los últimos años, del gasto público en el sector de la salud, en particular en el área del medicamento, ha generado un largo debate en nuestra sociedad y ha llevado a que los diferentes gobiernos adopten estrategias de contención de gastos y un mayor rigor en la coparticipación respecto de los medicamentos.

El actual Gobierno aprobó un conjunto de disposiciones legales con el objetivo de reducir los costos en cuanto a medicamento, tanto para el enfermo como para el SNS, y promover un mejor acceso de los enfermos a los medicamentos.

Este esfuerzo de contención afectará a todos los participantes del sector, desde las autoridades, las farmacias, la industria farmacéutica, hasta los médicos y también los usuarios.

A pesar de reconocerse la gran importancia de las medidas, no debemos

confundir el árbol con el bosque. Son también necesarias medidas estructurales que modifiquen los patrones de prescripción y el consumo de medicamentos en nuestro país.

Con esto queremos decir que, además de una cuestión cuantitativa de crecimiento del mercado en términos absolutos, las medidas de la nueva política del medicamento deben preocuparse de los aspectos cualitativos relacionados con la prescripción y utilización de los medicamentos.

Por eso, es urgente mejorar el sistema de recolección de información sobre prescripción y utilización de medicamentos, poner en funcionamiento el Observatorio del Medicamento, creado, en 1999, en el INFARMED, y desarrollar, de forma sistemática, estudios epidemiológicos que permitan evaluar la realidad.

Los resultados de este tipo de estudios son el mejor instrumento de apoyo al desarrollo de políticas que permitan influir cualitativamente y con bases científicas sobre la prescripción y los patrones de consumo de medicamentos en nuestro país.

Del análisis de las varias medidas propuestas por el Ministerio de Salud, la OF considera que son positivas, pero sostiene que la reforma en la Salud se



debe centrar prioritariamente en el desarrollo y en la mejora de la calidad de los cuidados de salud prestados al paciente.

Prescripción por DCI y medicamentos genéricos

El elevado y creciente consumo de medicamentos en Portugal impone la necesidad de promover medidas de racionalización, en una perspectiva de rentabilización de los gastos tanto para el usuario como para el Estado, y el desarrollo de una relación sustentable entre el beneficio y el costo de los me-

dicamentos.

Los enfermos, únicos beneficiarios de la prescripción medicamentosa, deben disponer de la posibilidad de que en el acto de adquisición o dispensa de los medicamentos, les sea proporcionada la opción por el medicamento con la misma sustancia activa, seguridad y valor terapéutico, al menor precio.

En este sentido, la legislación aprobada contempla los siguientes aspectos:

- *Prescripción de medicamentos*

La prescripción de medicamentos conteniendo sustancias activas para las cuales existen medicamentos genéricos autorizados y efectuada mediante la indicación de la Denominación Común Internacional (DCI) o del nombre genérico, siendo admitida agregar a esa indicación el nombre de marca del medicamento o el nombre del titular de la autorización de puesta en el mercado (AIM), seguida en todos los casos de la dosis, forma farmacéutica y posología.

Cuando el médico prescriptor entienda indicar el nombre de marca del medicamento o del titular de la AIM, en el caso de los medicamentos genéricos, deberá informar obligatoriamente al usuario de la existencia de medicamentos genéricos compartidos por el SNS (Servicio Nacional de Salud) y sobre cual de ellos tiene el precio más bajo.

- *Dispensación de medicamentos*

En el acto de dispensa de los medicamentos referidos, también el farmacéutico debe obligatoriamente informar al usuario de la existencia de medicamentos genéricos coparticipados por el SNS y sobre aquel que tiene el precio más bajo.

No obstante ser reconocida la libertad de opción por parte del usuario, tanto en cuanto a la dispensa de los medicamentos, como al cumplimiento de la orientación terapéutica del médico prescriptor, el farmacéutico

sólo podrá alterar el medicamento prescripto a pedido del usuario y si no hubiera una declaración expresa del médico prescriptor.

En este sentido, el nuevo modelo de receta médica deberá permitir firmar, de modo visible, la declaración del médico prescriptor sobre la dispensa o no del medicamento genérico.

- *Precios de referencia*

El aumento del gasto público en el área del medicamento condujo al Estado a adoptar una estrategia de contención de costos y un mayor rigor en la coparticipación de los medicamentos.

La dificultad de encontrar un punto de equilibrio condujo a diversas iniciativas como la promoción de los medicamentos genéricos, la prescripción por DCI, como ya sucede en los hospitales desde hace mucho tiempo, el redimensionamiento de los envases y el perfeccionamiento de los medicamentos de coparticipación.

El desafío que se coloca al Ministerio de Salud, de hacer frente al aumento creciente registrado en el volumen y valor de los medicamentos dispensados, como también a la aparición de especialidades farmacéuticas de elevado precio, y el de procurar un valor de referencia para los medicamentos de cada clase terapéutica, dada la disparidad de precios existente para la misma sustancia activa.

Es así que, la introducción de los precios de referencia en la coparticipación de los medicamentos por el Estado a los beneficiarios del SNS, se dirige a equilibrar los precios de los medicamentos coparticipados, instituyendo un valor máximo a ser coparticipado y correspondiente a la coparticipación



del medicamento genérico de precio más elevado de determinado grupo.

En base a estos presupuestos, las medidas aprobadas contemplan que:

- El sistema de precios de referencia se aplica a los medicamentos coparticipados incluidos en grupos homogéneos y que sean prescriptos y dispensados a los beneficiarios del SNS.
- Los medicamentos actualmente coparticipados y comprendidos por el nuevo sistema permanecen coparticipados, con las debidas adaptaciones, después de la publicación de los respectivos precios de referencia de acuerdo con el régimen, general o especial de coparticipación que les es aplicable.
- El nuevo sistema de precios de referencia altera la base de incidencia para las coparticipaciones y va, asimismo, a establecer que el Estado pasa a coparticipar un porcentaje sobre un valor fijo-el precio de referencia- previamente definido para el grupo homogéneo de medicamentos y no sobre el Precio de Venta al Público (PVP), como actualmente.
- El precio de referencia para cada

grupo corresponde al PVP del medicamento genérico existente en el mercado que integre aquel grupo y que tenga el PVP más elevado.

Incentivos a la industria farmacéutica

En el ámbito del medicamento, el Gobierno asume el carácter estratégico de la industria farmacéutica, en cuanto factor de desarrollo económico, de contribución fundamental para la innovación y el desarrollo del medicamento y para la consecuente mejora de las condiciones de la Salud Pública.

El carácter estratégico de la industria ya fue reconocido por la Resolución del Consejo de Ministros N° 75/2001, del 28 de Junio, siendo, mientras tanto, oportuno, en el ámbito de la política del medicamento, concretar y operar los objetivos ya referidos y adaptándolos a la evolución hasta el momento verificada.

En este contexto, el Gobierno decidió instituir, en el ámbito del Instituto Nacional de la Farmacia y del Medicamento (INFARMED), un interlocutor específico para la industria farmacéutica, con el objetivo de promover el apoyo y el consejo en áreas específicas, fundamentalmente en la de los medicamentos genéricos, desarrollo de estudios de biodisponibilidad/bioequivalencia, ensayos clínicos y utilización de herramientas electrónicas de comunicación, fundamentalmente en lo que se refiere al trámite de AIM y a la detección y recolección de información sobre reacciones adversas de medicamentos en el área de la farmacovigilancia.

Con la finalidad de concentrar los distintos esfuerzos en torno de este objetivo estratégico será creado el Consejo consultivo para el Desarrollo Estratégico del Sector del Medicamento, que reunirá entidades públicas y privadas. A este Consejo competirá proponer y acompañar las medidas necesarias, especialmente, las iniciativas empresarias, que aporten los componen-

tes más sofisticados de la cadena de valor del medicamento, como sean los ligados a la innovación, la investigación y desarrollo de las nuevas tecnologías.

Farmacia hospitalaria

En la gestión del medicamento, cabe a la farmacia hospitalaria un importante papel en la racionalización de los costos de los medicamentos. Por otro lado, siendo el Hospital el lugar privilegiado para el acceso de los nuevos medicamentos, existiendo normalmente mecanismos específicos de monitorización, compete también a la farmacia hospitalaria, en coordinación con las demás estructuras del sistema, garantizar una buena utilización y vigilancia del medicamento.

A través de la Resolución del Consejo de Ministros N° 105/2000, del 11 de Agosto, fue adoptado un Plan de Reorganización de la Farmacia Hospitalaria que previa al desarrollo de un sistema de información y gestión, la recalificación de las estructuras y equipamientos, la definición de una política de recursos humanos y la introducción de un sistema de acreditación de la farmacia hospitalaria.

Mientras tanto, el Gobierno reconoce ahora que su implementación se encuentra lejos de los objetivos trazados, siendo intención del Ministerio reducir la dimensión de la estructura del proyecto entonces creada e introducir un nuevo modelo de gestión que agilice los procedimientos y que haga las medidas efectivamente accesibles, atribuyendo responsabilidades específicas a los departamentos del Ministerio.

En estos términos, se decidió

crear un Consejo Ejecutivo



o más restricto, que reportará directamente al Ministro de Salud, y un Consejo Consultivo, que acompañará la implementación del Plan.

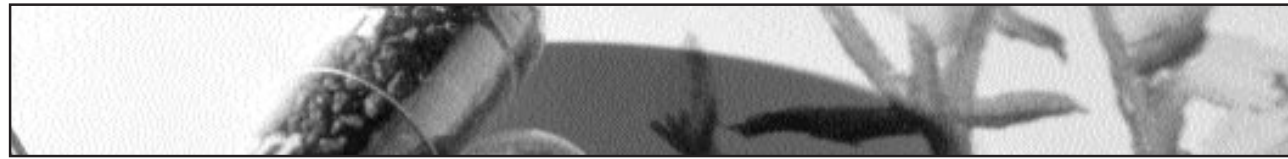
Además, se considera imprescindible la necesidad de recoger información y monitorización de la utilización de medicamentos a nivel hospitalario. Por eso, el Ministerio decidió incluir una quinta área de actuación del Plan que procure la implementación de un mecanismo que posibilite la adopción de estrategias de racionalidad que permitan mejorar la eficacia y la efectividad de los cuidados prestados.

Por último, el Gobierno considera de elevada importancia la definición de un cuadro de referencia para la farmacia hospitalaria en la construcción e instalación de futuros establecimientos hospitalarios y en la remodelación de los existentes.

Fuente: Orden de Farmacéuticos de Portugal (49), 2002.

PLANTAS MEDICINALES

biodiversidad y comunidades locales



Durante miles de años, casi tantos como llevamos en pie sobre la tierra, los seres humanos utilizamos los recursos naturales de nuestro entorno para cuidar nuestra salud. Y las plantas medicinales han sido quizás el principal testigo y producto de esta interacción que tantos beneficios ha reportado a la humanidad y tantos aún tiene por darnos.

Sin embargo los avances de un modelo de agricultura y de cuidado de la salud tecnificados, industrializados y mercantilizados están amenazando seriamente ese patrimonio y en apenas 50 años hemos visto como detrás de la desaparición de ambientes naturales y culturas locales se han marchado para siempre conocimientos y recursos en todos los rincones del planeta.

Sin embargo en los últimos 30 años se inició una toma de conciencia que, junto al esfuerzo de comunidades locales por rescatar y defender sus recursos han llevado a que en todo el mundo se iniciaran actividades para proteger las plantas medicinales y para permitir que se continuaran usando como uno de los principales recursos para la salud.

En este artículo intentaremos brindar un panorama general de las potencialidades, problemas y perspectivas de las plantas medicinales en la actualidad como un marco para las experiencias que compartiremos a lo largo de este dossier.

Otro paradigma de salud

En la actualidad, de la mano de la "onda verde" y la búsqueda de alternativas pa-

ra el cuidado de la salud, las plantas medicinales han recuperado un lugar en los grandes centros urbanos y son vistas por amplios sectores como una buena "alternativa" a los medicamentos convencionales. Sin embargo la utilización tradicional de las plantas medicinales por los pueblos indígenas y comunidades locales siempre se enmarcó en un sistema mucho más complejo de cuidado de la salud que implica prácticas culturales, alimenticias, religiosas y mágicas y al que está indisolublemente ligado.

Estas prácticas, que no se pueden caracterizar de una sola manera ni como un único sistema de conocimientos ya que poseen la misma diversidad que los distintos pueblos que la han generado, poseen indudablemente una integralidad dentro de la cual las plantas medicinales son sólo una parte. Una parte muy importante, pero nada más que una parte al fin. Esta perspectiva no debe perderse por dos motivos:

- Intentar sacar de ese contexto a las plantas medicinales y convertirlas en simples "medicamentos" puede resultar en un fracaso ya que la eficacia de las mismas se da en el marco de la cultura y realidad local. Esta es una de las razones del fracaso de las grandes multinacionales de los medicamentos en la búsqueda de nuevas drogas a través de la biopiratería, que en los últimos 10 años no han logrado obtener prácticamente ningún medicamento relevante por esta vía; puede tener como fundamento este motivo.

- Todo trabajo con comunidades lo-

cales debe reconocer este contexto y apoyarse en él para poder aspirar a un verdadero éxito en su propósito.

El fundamento de estos variados y ricos sistemas de conocimiento nace en que los seres humanos hemos ido desarrollando nuestras culturas sobre la tierra en una profunda integración con la naturaleza, que ha dado como uno de sus principales frutos los conocimientos sobre las plantas medicinales. Esta integración es la que ha permitido el desarrollo de una visión holística que hoy necesitamos urgentemente rescatar para poder retomar un desarrollo social y ambientalmente sustentable. Parte de esta visión resulta también de la integración del cuidado de la salud con prácticas religiosas milenarias sobre las que se han asentado relaciones y formas de cuidar la salud y manejar el medio ambiente.

Finalmente también es muy importante tener en cuenta la propia integralidad de las plantas medicinales como seres vivos y complejo biológico que va mucho más allá de los simples "principios activos" que buscan los bioprospectores y que también resulta fundamental para lograr una acción de las plantas en nuestro organismo. Este concepto siempre ha sido tenido en cuenta en las prácticas tradicionales y junto a los complejos métodos de preparación desarrollados por las comunidades han venido a completar este fascinante universo de las plantas y su aplicación por las personas para el cuidado de la salud.

→ *continúa* → → →



La generación de conocimientos: un puente tendido hacia la naturaleza

El actual paradigma relativo a la salud-enfermedad forma parte del paradigma de la "modernidad" y comparte sus características en cuanto al positivismo, la visión fragmentada y el mecanicismo con el que se conciben las relaciones al interior de la sociedad, entre ella y la naturaleza y dentro mismo de cada ser humano. Sobre esta base nuestro organismo es considerado una "máquina" y los distintos tipos de medicamentos son las herramientas con que corregimos los desperfectos y ponemos a los ciudadanos nuevamente a disposición del mercado del trabajo.

Desde ese punto de vista la bioprospección busca encontrar nuevos remedios que actúen en alguna parte del organismo para corregir los desperfectos y al mismo tiempo (y este es el punto más importante) permitan la elaboración de un medicamento comercial que le permita a los laboratorios continuar incrementando sus ganancias.

Sin embargo esta no es la base sobre la que se ha construido el conocimiento de las plantas medicinales.

Los vínculos e interacciones de los seres humanos con la naturaleza tienen una complejidad y profundidad que hoy, quienes nos hemos formado dentro de la cultura occidental difícilmente podemos comprender o aprehender. Lo fundamental en el presente es tomar conciencia que la generación de conocimientos es un proceso complejo que jamás puede haber ocurrido por el sistema de ensayo y error que hasta hoy la ciencia moderna ha adjudicado al descubrimiento de las plantas medicinales por las culturas tradicionales.

Las múltiples interacciones que las culturas establecen con su entorno quizás no encuentren una explicación racional que "justifique" la adquisición de conocimientos; pero indudablemente allí se ponen en juego un sinnúmero de "sentidos", percepciones, intuiciones, vivencias, canales o como queramos llamarlos, que nos han permitido "conocer" mucho más de lo que la "ciencia moderna" ha brindado hasta el presente. Y sin duda este modo de aprender guarda una profunda sabiduría que ha mantenido un equilibrio con la naturaleza que todos los avances de la modernidad están muy lejos de te-

ner. Por otra parte quizás debamos preguntarnos porque necesitamos encontrarle explicaciones racionales a todo cuanto ocurre y no podemos aceptar el misterio que rodea a la mayor parte de los fenómenos de la vida y simplemente aceptarlos tal como son. De hecho y a pesar de los grandes avances logrados durante el Siglo XX las preguntas básicas sobre la vida siguen siendo las mismas que los seres humanos eternamente nos hemos planteado.

Esta forma de adquirir los conocimientos se desarrolla conjuntamente con los mecanismos de transmisión del conocimiento que también difieren profundamente con los caminos elegidos por la cultura occidental para educar y formar a las nuevas generaciones. La base fundamental de la educación en todas las culturas tradicionales es la oralidad y la experimentación y comprende prácticas y rituales diversos que como ya planteamos anteriormente no pueden ser léídos o interpretados bajo una misma lectura.

Biodiversidad y plantas medicinales: hermanas inseparables

La visión predominante en la actualidad en cuanto al replanteo del desarrollo se enfoca en la búsqueda de un "desarrollo sustentable" que nos sigue colocando por fuera de la naturaleza y que propone una dominación "controlada" del medio ambiente que permita la continuidad de la explotación por futuras generaciones. Sin embargo en las últimas décadas viene cobrando fuerza la búsqueda de un nuevo paradigma, que se centra en que somos parte inseparable de nuestro ambiente y que por lo tanto nuestra subsistencia la debemos plantear en términos de cooperación con él y no en términos de dominación. Este nuevo paradigma que podríamos llamar ecosistémico tiene mucho que aprender del proceso a través del que se ha construido el conocimiento y los diversos saberes sobre las plantas medicinales.

Y quizás el primer hecho a comprender es que las personas no solo hemos sido custodios de la biodiversidad a lo largo de nuestra historia, sino que siempre hemos sido **generadores** de la misma en el vínculo con nuestro entorno. Tanto con las plantas medicinales como

con las semillas; la crianza, adaptación, experimentación, multiplicación y traslado de plantas, y animales ha generado una impresionante diversidad biológica que es la que nos permite en el presente subsistir.

Hasta los más altos Foros Internacionales han reconocido esta realidad en sus declaraciones y han manifestado la necesidad de medidas urgentes en defensa de esta diversidad. Por citar solo un ejemplo:

El Plan de Acción Mundial de la FAO (Organización Internacional para la Alimentación y la Agricultura) para la Conservación y Utilización Sostenible de los Recursos Genéticos para la Alimentación y la Agricultura (1) plantea en la Declaración de Liepzig que "Los recursos fitogenéticos para la alimentación y la agricultura son el producto de la evolución natural y de la intervención humana. Reconocemos la función desempeñada por generaciones de campesinos y campesinas y de fitomejoradores, así como por las comunidades indígenas y locales, en la conservación y mejoramiento de los recursos filogenéticos."

Los ecosistemas que hemos integrado los humanos en la distintas regiones del planeta que habitamos han mantenido un equilibrio dinámico en el que plantas, animales, microorganismos y personas hemos evolucionado de la mano. Sin embargo los últimos dos siglos muestran como hemos roto ese equilibrio y lo hemos convertido en la forma dominante a lo largo de todo el globo terráqueo. Obviamente el mismo esquema de dominación que inicialmente la sociedad occidental planteó hacia la naturaleza es el que esa misma cultura ha empleado para pasar por sobre cientos de culturas diversas descalificándolas, marginándolas y destruyéndolas.

Realmente la única opción que tenemos en la actualidad es rever nuestras relaciones con el entorno para lograr una co-existencia a través de la **cooperación** con la naturaleza. Y sin duda las plantas medicinales son excelentes maestras para ayudarnos a recorrer ese camino ya que siempre han estado a nuestro lado en ese recorrido.

Las amenazas

"La principal causa contemporánea de



pérdida de diversidad genética ha sido la generalización de la agricultura comercial moderna. La consecuencia... de la introducción de nuevas variedades de cultivos ha sido la sustitución de y la pérdida de variedades de los agricultores con una diversidad elevada" (1)

Esta breve sentencia, emitida nada menos que por la FAO, clarifica la principal amenaza que enfrentan nuestras plantas y la diversidad de conocimientos asociadas a ellas. La lista es larga pero es evidente que el avance de la frontera agrícola, la destrucción de los sistemas locales de vida, la masiva migración a los grandes centros urbanos y la desvalorización de los conocimientos tradicionales están íntimamente ligados al avance de la "agricultura comercial moderna".

Al mismo tiempo la "modernización" de la atención de la salud también ha tenido graves consecuencias para el uso popular de las plantas medicinales. El modelo impuesto, accesible solo para unos pocos, significa la entronización de un modelo médico hegemónico que ha luchado denodadamente por hacer desaparecer toda forma de cuidado de la salud que no estuviera controlada por el poder médico y alimentara al mismo tiempo a las grandes multinacionales farmacéuticas. Por supuesto que las plantas medicinales y las culturas que las han generado han sido víctimas preferenciales de estos ataques.

Finalmente, en los últimos años se ha sumado una nueva amenaza, tam-

bién parte de la mercantilización de la naturaleza, que es la apropiación de las plantas medicinales por las grandes corporaciones transnacionales a través de la biopiratería y el patentamiento de las plantas y los conocimientos asociados a ellos. O sea que aquellos mismos que buscan denodadamente que los pueblos abandonen sus prácticas tradicionales se han lanzado a apropiarse del producto de este saber. Cómplices de este robo son los

gobiernos y los Organismos Internacionales que han facilitado a través de sus políticas y reglamentaciones este nuevo atropello.

Sin embargo los pueblos no se han resignado a dejarse avasallar y en cada rincón del planeta donde se llevan adelante las luchas contra la mal llamada "globalización" las plantas medicinales están siendo reivindicadas de una forma u otra.

Rescate de plantas medicinales: la comunidad movilizada

Sea como parte de una estrategia de supervivencia, sea como parte de la resistencia o como parte de las luchas de la sociedad civil, las plantas medicinales han cobrado en los últimos años una relevancia enorme y han renacido en la valoración y el trabajo comunitario de una manera impresionante. Para comenzar es muy importante recordar que las plantas medicinales **siempre** han estado vigentes en las comunidades como herramienta para el cuidado de la salud y tal como la Organización Mundial de la Salud (2) lo reconoce en la actualidad más del 80 % de la población de la tierra sigue utilizando la medicina tradicional como principal recurso para el cuidado de la salud y dentro de la medicina tradicional las plantas son el principal elemento empleado.

Ya en los años 80 surgieron llamados de atención desde distintos sectores de la comunidad internacional llamando a revalorizar y proteger las plan-

tas medicinales. La Declaración de Chiang Mai emitida por la Organización Mundial de la Salud, La Unión Internacional para la Protección de la Naturaleza y el Fondo Mundial para el Medio Ambiente es el principal antecedente internacional en este sentido (3). Allí plantea bajo el título "Salvar las plantas que salvan vidas" que existía "la urgente necesidad de la Cooperación Internacional y la Coordinación para establecer programas para la conservación de plantas medicinales que aseguren la disponibilidad de cantidades adecuadas de las mismas para las generaciones futuras"

Pero lo realmente impresionante que ha ocurrido en la última década es que las comunidades se han reapropiado de este recurso integrándolo a su diferentes reivindicaciones de autonomía, territorio, derechos, cultura e identidad y de esta manera las plantas medicinales han pasado a ocupar un lugar importante en las distintas luchas de los pueblos.

Más allá de las diferentes estrategias utilizadas para el rescate: defensa de la biodiversidad, revalorización de conocimientos, atención primaria de la salud, organización de la comunidad, movilización de las mujeres, revalorización cultural, etc; lo fundamental es que todos los actores involucrados en estos procesos tengan presente las diferentes dimensiones que tiene la aplicación de las plantas medicinales y que se respete siempre la complejidad y dinámica de su utilización dentro de la particularidad de cada comunidad.

De esta forma el potencial que las plantas medicinales ya han demostrado puede desarrollarse plenamente para superar su uso para la subsistencia y formar parte de un camino de liberación.

Fuente:

- (1) Informe sobre el Estado de los Recursos Fitogenéticos en el Mundo, FAO, 1996
- (2) OMS
- (3) Declaración de Chiang Mai

Dr. Carlos A. Vicente
Farmacéutico

GRAIN (Acción Internacional por los Recursos Genéticos)
carlos@grain.org



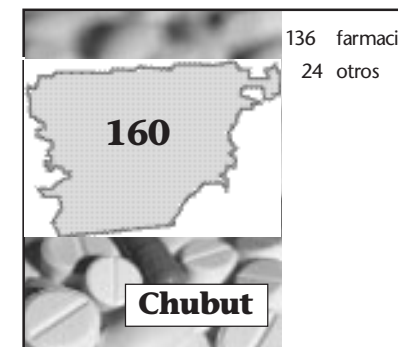
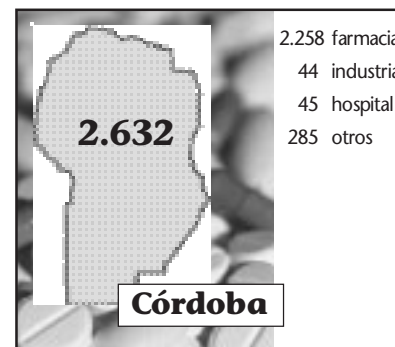
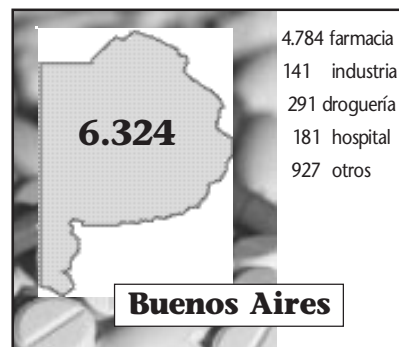
¿Cuántos farmacéuticos somos?



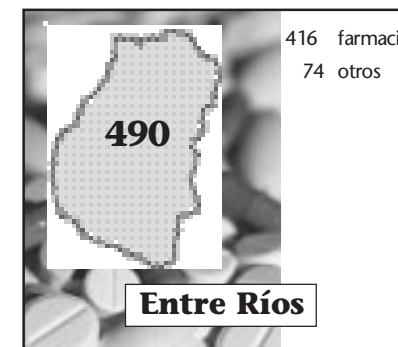
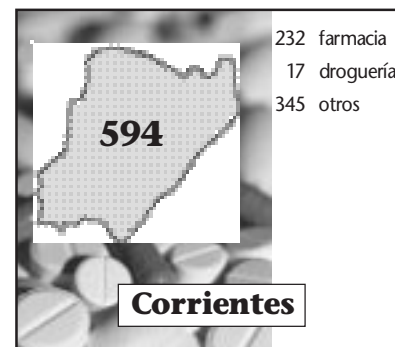
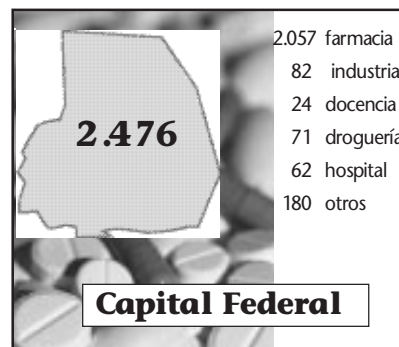
Son 20.593 los farmacéuticos argentinos



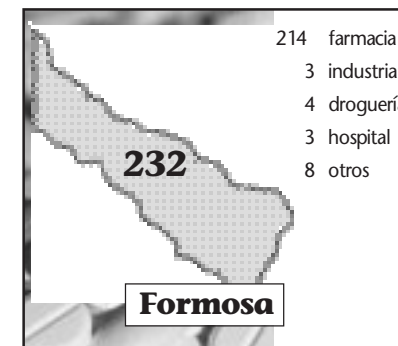
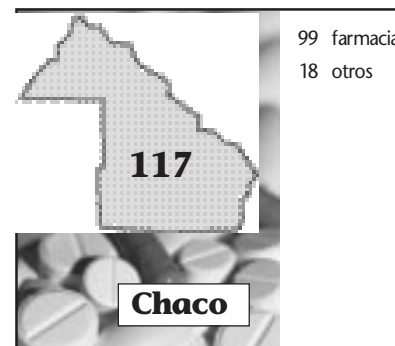
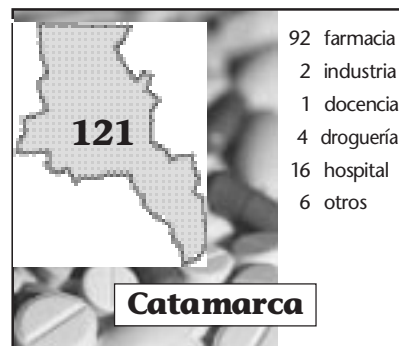
El número surge del censo realizado por COFA durante el 2003. Se discriminan las principales áreas de actuación profesional.



¿ C u á n t o s s o m o s ?

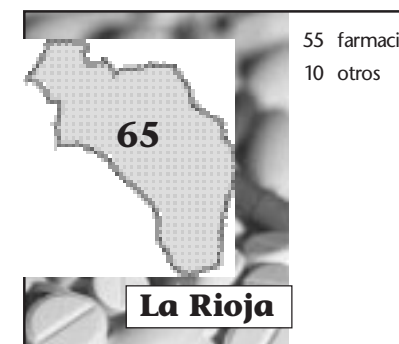
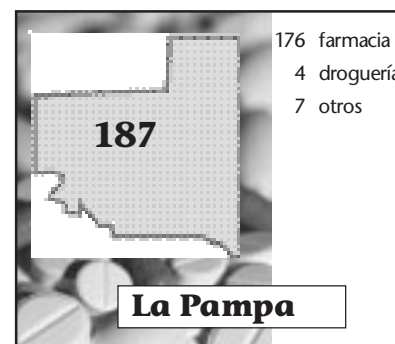
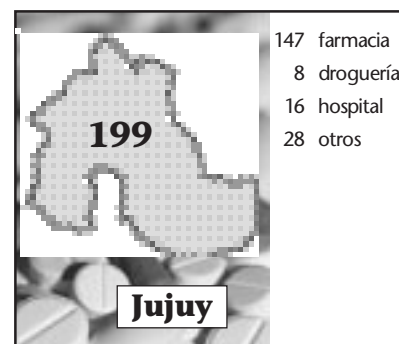


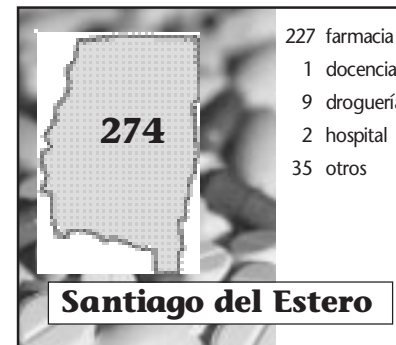
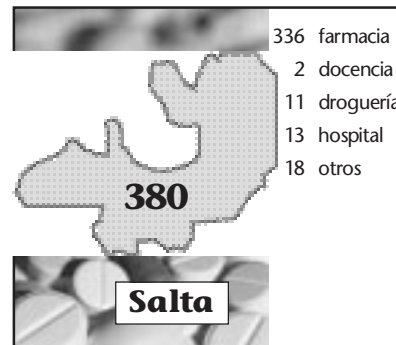
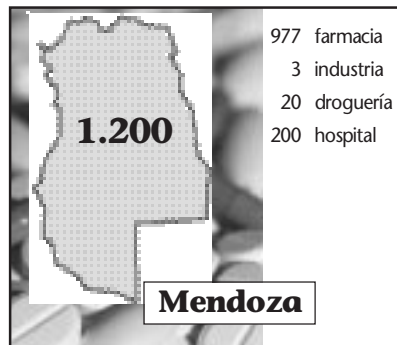
¿ C u á n t o s s o m o s ?



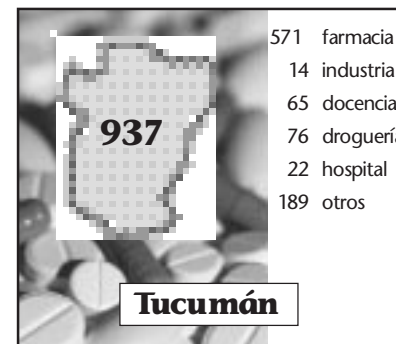
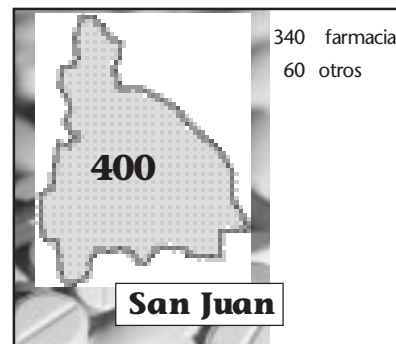
PROVINCIA	TOTAL *	FARMACIA	INDUSTRIA	DOCENCIA	DROGUERIA	HOSPITAL	OTROS
BUENOS AIRES	6.324	4.784	141		291	181	927
CAPITAL FEDERAL	2476	2.057	82	24	71	62	180
CATAMARCA	121	92	2	1	4	16	6
CORDOBA	2.632	2.258	44			45	285
CORRIENTES	594	232			17		345
CHACO	117	99					18
CHUBUT	160	136					24
ENTRE RIOS	490	416					74
FORMOSA	232	214	3		4	3	8
JUJUY	199	147			8	16	28
LA PAMPA	187	176			4		7
LA RIOJA	65	55					10
MENDOZA	1.200	977	3		20	200	
MISIONES	350	301	4	7	7	8	23
NEUQUEN	231	112					119
RIO NEGRO	160	136					24
SALTA	380	336		2	11	13	18
SAN JUAN	400	340					60
SAN LUIS	472	327	29	41	8	17	50
SANTA FE	840	605	3		23	16	193
ROSARIO	1.646	1.041					605
SANTIAGO DEL ESTERO	274	227		1	9	2	35
TUCUMAN	937	571	14	65	76	22	189
SANTA CRUZ	46	42					4
TIERRA DEL FUEGO	60	58					2
TOTAL PAÍS	20.593	15.739	325	141	553	601	3.234

Fuente: *datos provistos por los respectivos Colegios Farmacéuticos Jurisdiccionales.

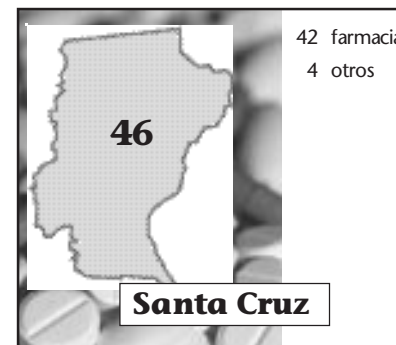
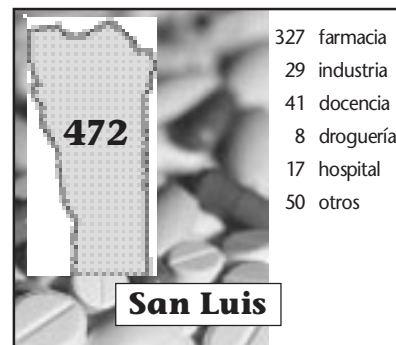
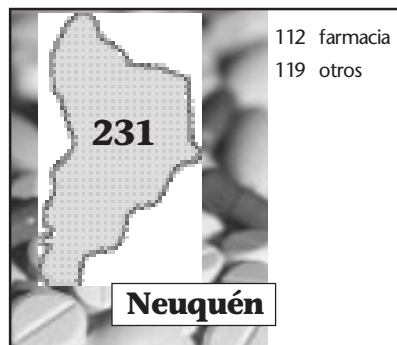




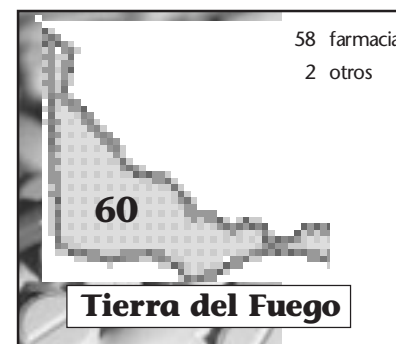
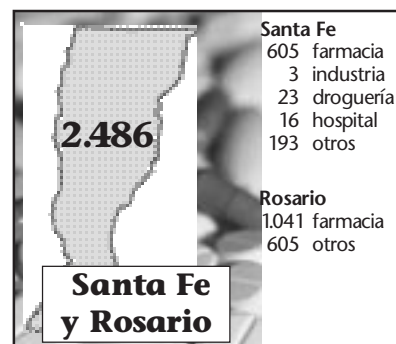
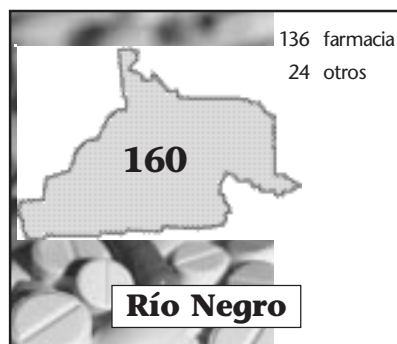
¿ C u á n t o s s o m o s ?



¿ C u á n t o s s o m o s ?



¿ C u á n t o s s o m o s ?



Solicitada POR UNA MAYOR SEGURIDAD EN LAS FARMACIAS

Buenos Aires, 19 de noviembre de 2003

Dr. Aníbal Ibarra / Dr. Gustavo Beliz

La violación y robo ocurridos el día 17 de noviembre en la Farmacia de Independencia 980 de la ciudad de Buenos Aires, constituye un acto que sólo puede comprenderse en el actual marco de falta de garantías constitucionales que vive nuestro país.

Hace mucho tiempo que las farmacias son víctimas de graves hechos delictivos.

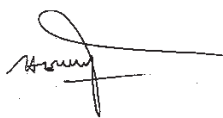
Es cada vez más difícil y riesgoso cumplir nuestra función social y sanitaria de asistir con medicamentos, aconsejar sobre salud y brindar

servicios para la población.

Por eso exigimos mayor protección y seguridad en las farmacias, no sólo en defensa de la vida y salud de los miles de farmacéuticos, empleados de farmacias y familiares que a diario cumplen funciones esenciales para la comunidad, sino principalmente de los cientos de miles de pacientes / clientes que a toda hora concurren a las farma-

cias en busca de un medicamento seguro, un tratamiento eficaz o un consejo adecuado.

Por todo esto y porque ustedes son respectivamente las máximas autoridades de la ciudad y de la seguridad de la Nación es que aguardamos urgente respuesta.



Dr. Marcelo PERETTA
Presidente Sección de Farmacéuticos
Colegio Oficial de Farmacéuticos y Bioquímicos de la Capital Federal



Dr. Oscar Raúl OVIEDO
Presidente Consejo General
Colegio Oficial de Farmacéuticos y Bioquímicos de la Capital Federal



CLARIN | POLICIALES |
LEYES 20 DE NOVIEMBRE DE 2003
Preocupación por los robos en farmacias
El Colegio Oficial de Farmacéuticos y Bioquímicos porteño expresó ayer su preocupación por la inseguridad en las farmacias y exigió más protección. En una nota a Aníbal Ibarra, y al ministro de Seguridad, Gustavo Beliz, aludieron a lo ocurrido el lunes en Independencia 980, donde hubo un robo y una violación.

“La Confederación Farmacéutica Argentina provee información, educación continua y apoyo a todos los profesionales farmacéuticos para que mejoren el uso de los medicamentos y la atención de sus pacientes.”



Muere una joven farmacéutica en accidente de tránsito

Nuevamente la familia farmacéutica ha recibido un duro e irreparable golpe. Una vida joven con un gran futuro profesional ha sido truncada abruptamente por la fatalidad. La colega Viviana Di Marco con la cual tuvimos la suerte de compartir durante casi cuatro años la actividad dentro del Directorio de FASA, ya no está entre nosotros.

Con destacada actuación en la dirigencia farmacéutica, comenzó como Vocal de la Filial Almirante Brown y al poco tiempo, en julio de 1999 fue elegida Consejera del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires donde cumplió la función de Protesorera durante dos años teniendo además una intensa labor en la Comisión de Educación Permanente.

Su habitual calidez y vocación de servicio le valieron ser el nexo entre Fasa y numerosos Colegios Provinciales.

Nos queda la alegría de haber podido conocer a una persona con gran empuje, capacidad, siempre predispuesta al trabajo y con una gran calidad humana, fiel y leal a sus amigos.



Dra. Viviana Di Marco
Farmacéutica
Directora de FASA

Cofagrama

PARTICIPE - IMPORTANTES PREMIOS

Complételo y envíelo a COFA para participar de importantes premios.

Las respuestas las encontrará en este número. La respuesta correcta en el próximo número.

1. Droga investigada por el observatorio de la Cofa.
2. Apellido del Secretario de la Confederación Farmacéutica Argentina.
3. Proceso de validación periódica de los conocimientos.
4. ¿Qué piden los farmacéuticos de la Capital Federal?
5. Para la autora de la nota, la atención farmacéutica es,
6. Significado de la letra C de la sigla CNC.
7. Lo que debe llevar obligatoriamente el farmacéutico en su guardapolvo.
8. Nombre de la droga con información para el paciente.
9. Apellido del autor de la nota sobre biodiversidad.
10. Provincia con 187 farmacéuticos.

1. **L**

2. **A**

3. **F**

4. **A**

5. **R**

6. **M**

7. **A**

8. **C**

9. **I**

10. **A**



Dra. Rossana Thomas
Farmacéutica
Vicepresidenta Colegio de Farmacéuticos
y Químicos de Misiones



Condenan a mujer por venta ilegal de fármacos

El día 30 de setiembre de 2003, en el Tribunal Oral en lo Criminal Federal de Posadas, los Señores Jueces: **Dra. Norma Lampugnani de Arce Mielnik, Dr. Carlos Adolfo Sodá y Dr. Manuel Alberto Jesús Moreira**, con la asistencia del Señor Secretario **Dr. Carlos Ernesto Esquivel**, así como ejerciendo la acción pública la Señora Fiscal **Dra. Maria Rosa Recio de Soto** y la defensa, la Señora Defensora Oficial **Dra. Susana Beatriz Criado**, han dictado sentencia, en conformidad con los arts. 398 y concordantes del C.P.N., en la causa caratulada **"Expediente N° 92/03 – F.D.N. s/ tenencia de estupefacientes con fines de comercialización y F.L.G. s/ participe secundaria en tenencia de estupefacientes con fines de comercialización"**

El fallo de los Jueces, **condeno a D.N.F. Argentina**, como autora penalmente responsable del delito de Venta Ilegal agravada, de sustancias medicinales (arts. 45 y 204 "Quatre" del Código Penal, 4 y 11 incs. "a" y "e" de la Ley N° 23737, modificada por la Ley N° 23975), **a la pena de 4 (cuatro) años de prisión**, con mas la multa mínima, accesorias legales y costas (arts. 29 inc 3° y 12 del Código Penal) y asimismo **condeno a L.G.F. Argentina**, como participe secundaria, penalmente responsable del delito de Venta Ilegal agravada, de sustancias medicinales (art. 46 y 204 "quater" del Código Penal, 4 y 11 incs. "a" y "e" de la Ley N° 23737, modificada por la Ley N° 23975), **a la pena de 2 (dos) años de prisión de ejecución condicional**, con mas la multa mínima y costas (arts. 29 inc 3° y 26 del Código Penal)

Pudo llegarse a este fallo, el primero

en la Provincia de Misiones, luego de la Evaluación de las actuaciones que se iniciaron con una investigación encubierta, realizada por el Centro Regional Misiones de Gendarmería nacional y que culmino con el allanamiento domiciliario de D.N.F y su hija L.G.F, ordenado por el Juez Federal de Posadas.

En este allanamiento realizado el 22 de Octubre del 2002, personal del Escuadrón 50 "Posadas" de Gendarmería Nacional, incautó en presencia de testigos hábiles al efecto, dentro de un modular, ubicado en el living-comedor, un frasco de plástico amarillo con la inscripción "alimento para peces Schulet", que contenía **9 blister completos y _ blister de comprimidos de Rivotril 2 Mg.® (clonazepam 2 mg) del Laboratorio Roche** (psicotrópico de lista IV –venta bajo receta archivada), totalizando 95 comprimidos, **42 comprimidos de "Calmol – analgésico antifebril" del Laboratorio Catedral Scavone Hnos S.A.** (medicamento ilegítimo, ingresado al País por contrabando desde la Republica del Paraguay), 36 comprimidos de "Zcal – calmante del dolor analgésico" (medicamento ilegítimo – ídem que el anterior), **2 comprimidos de Debridat AP®** (trimebutina – antiespasmódico), **1 comprimido de Memento NF®** (norfloxacina – antibiótico), además de jeringa hipodérmica descartable, aguja descartable, envases y cajas vacías de medicamentos varios, 1 glosario de términos en uso y abuso de sustancias, 1 vademécum del Laboratorio Northia, 2 agendas y recetas medicas.

De las tareas de inteligencia realizadas, pudieron constatarse las actividades

atribuidas a las nombradas en cuanto a la comercialización de sustancias prohibidas, determinando que la vivienda ocupada por ambas era visitada continuamente por personas de toda y edad y sexo, repitiéndose la constante de llegar, intercambiar y retirarse rápidamente los visitantes. Incluso en una oportunidad un comprador, se dirigió al departamento contiguo, donde requirió "comprar pastillas" y en otra oportunidad, otro de los adquirientes, arrinconó e increpó a D.N.F a viva voz, por una sustancia, que ella había manifestado no tener.

Además, entre los elementos de juicio, se aportó, informes de medios de vida, moralidad y costumbres, testimonios del medico prescriptor F.N.S.V. y su secretaria M.L.R., de los vecinos L.C., L.M.B., A.M.M. y E.H.T., así como del aprehensor J.L.O.R., del testigo civil S.R.C. y del efectivo de Gendarmería Nacional R.A.R.D., quien realizo la vigilancia previa sobre el domicilio.

Los Señores Jueces, se basaron en que:

- Ambas no pudieron probar lo manifestado respecto a su medio de subsistencia (supuestamente empleada domestica y revendedora de cigarrillos y objetos varios traídos de Paraguay).

- El galeno, quien atendía a la madre y abuela de las acusadas, no había recetado la cantidad encontrada del psicofármaco.

- No poseían quiosco de cigarrillos o golosinas como para justificar que el joven que se equivocó de departamento, buscaba adquirir "pastillas de menta" (como pretendió la defensa) o los inexistentes cigarrillos, supuestamente traídos

de Encarnación.

- En una de las agendas, en la letra R, se lee el siguiente mensaje "Mami, vendí mas pastillas, si viene Dani, no le des las cosas de el, porque me debe \$6,00"

- Las acusadas, especialmente la madre, conocían acabadamente el daño cerebral, que las drogas acarrear y el peligro de su uso continuo, habida cuenta de que tenían en su poder el glosario sobre uso y abuso de drogas.

- Los vecinos, afirmaron los actos de mala vecindad de la madre, mostrándose descomedida y soez, amedrentando con gritos y amenazas, para evitar tener que dar explicaciones.

- La plena vigencia de la Ley de Psicotrónicos N° 19303.

- La aplicación al Sub-lite de la conducta tipificada por los art. 4° de la ley N° 23737, que incorpora el art. 204 "Quatre" del Código penal.

- Los hechos se ven agravados (art.

11 inc "a" de la Ley N° 23737), en virtud de que los testimonios de los vecinos, manifiestan que a simple vista se podía distinguir a los menores de 18 años (con un escaso margen de error)

- Otro agravante (art 11 inc "e" de la Ley N° 23737) en cuanto a que este vil comercio de Psicotrónicos se registraba en la vivienda, muy próxima a centros de recreación, escuelas, iglesias, con el consiguiente peligro de la tentación, que pudieran significar para los jóvenes asiduos a estos establecimientos, especialmente los educacionales (art. 8 Ley N° 20771) y art 3° apartado 5° inc. "g" de la Nueva Convención de Viena de 1988.

- La naturaleza del delito y la lesion al bien Jurídico tutelado, por comprometer la salud Publica, el orden social, la continuidad generacional, la seguridad del estado y hasta la organización Institucional del Estado Argentino.

Nosotros, como Colegio de Farma-

céuticos y Químicos de Misiones, que basamos nuestros principios en la defensa del Ejercicio Profesional y de la Salud Publica, sin desmedro de los sentimientos de piedad, hacia las imputadas, **sentimos un profundo y respetuoso orgullo**, por los artífices de esta sentencia sin precedentes en Misiones.

El daño que estos comerciantes sin escrupulosos, realizan a nuestros niños y jóvenes, en muchos casos es irreversible y **no puede, NO DEBE, quedar impune en la sociedad.**

La sociedad misma (mediante las denuncias) y las Autoridades Sanitarias Provinciales y Nacionales (ejerciendo el control), deben acompañar estos casos ejemplares, tomando los recaudos para EVITAR que vuelvan a ocurrir.

En nombre de la **Comunidad Farmacéutica y Profesional en general**, nuestras **felicitaciones** a la Señora Fiscal y nuestro **reconocimiento** a los Señores Jueces. ☺



Nuevas autoridades

Misiones tiene nuevas autoridades hasta 2005

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a Usted, y a través suyo a la Institución que preside, así como a las Instituciones federadas, a los efectos de informar que a partir del 29 de abril del corriente año, ha asumido la **Nueva Comisión Directiva, mandato 2003 – 2005.**

La misma quedó conformada de la siguiente manera:

COMISION DIRECTIVA

Presidente: Dr. Roberto Uliana
Vicepresidenta: Dra. Rossana Thomas
Secretaria: Dra. Rosaura Semczuk
Tesorero: Dr. Cristian Rodríguez
Vocales Titulares: Dra. Paola Scola-

ri, Dra. Alejandra Celestino
Vocal Suplente: Dra. Liz Acosta
Revisores Titulares: Dr. Sergio Pichkar, Dra. Lucila Oliva
Revisores Suplentes: Dra. Cristina Moravicki, Dra. Griselda Sosa

TRIBUNAL DE ETICA

Miembros Titulares: Dra. Vania Ilchuk, Dra. Marta Centeno, Dra. Cristina Villafañe
Miembros Suplentes: Dra. Natalia Rodríguez, Dra. Mariela Flores

Asimismo, informamos que continuaran representando a la Institución, a lo que a COFA se refiera los colegas Dr. Gabriel Berardi y Dr. Roberto Uliana.

Con respecto a la Revista Oficial de la COFA, informamos que se ha

designado como corresponsal de Misiones a la Dra. Rossana Thomas.

Queremos expresarle, nuestro total compromiso con la Institución y con cada una de las Instituciones Federadas.

Sin otro particular, nos despedimos, haciendo extensiva a todos los que conforman esta Gran Familia Farmacéutica.

Dra. Rossana Thomas
 Vicepresidenta

Dr. Roberto Uliana
 Presidente



Dr. Roberto Uliana
 Farmacéutico
 Presidente
 Colegio
 Farmacéuticos
 de Misiones



Para dirigentes

Inteligencia emocional

¿Cómo debe ser un líder?

En 1995, Daniel Goleman popularizó la noción de inteligencia emocional. En su nuevo libro, El líder resonante, muestra cuánto puede influir esta cualidad a la hora de dirigir.



¿Cómo es un líder resonante?

Es alguien que tiene conciencia de sus propias emociones, de sus valores, de lo que le importa en su trabajo, y que puede articular esto de una manera que resuene con lo que a otros les resulta importante.

Aunque se trate de valores u opiniones distintas...

Claro, porque se trata de saber articular la misión común que hay en todo trabajo, más allá de los desacuerdos. En un hospital, por ejemplo, podemos tener desacuerdos en cuanto a quien le toca una promoción, o si hay que aumentar los sueldos, pero la misión común es curar, y esa es la visión que

el líder debe saber transmitir para poder motivar y extraer lo mejor de sus empleados. A veces es un objetivo casi trascendente. Un líder disonante, en cambio, es el que no le importa. Está desconectado de sí mismo y de los demás, es expeditivo, poco comunicativo y no sabe articular lo que le pasa.

Un líder con mucha empatía, ¿es más indulgente?

No. Un líder resonante puede ser muy firme. Si alguien no está haciendo bien su trabajo, y por lo tanto está debilitando la misión, un líder resonante sería muy limitado con él y le diría: "Al actuar de tal manera me causas tal problema, necesito que actúes de tal otra manera". Y ayudarlo a lograr ese cambio. Un buen líder debe ser comunicativo, en lo bueno y en lo malo. Según nuestros estudios, una de las cosas de las que más se quejan los empleados es de no tener feedback de sus jefes, o sea, una respuesta respecto de cuán bien están haciendo su trabajo. O de tener sólo feedback negativo. Y también está comprobado que la mayor acusa de insatisfacción con su trabajo, más allá de las condiciones concretas en cada caso, es una mala relación con el jefe.

En su libro enumera seis estilos de liderazgo: cuatro resonantes y dos disonantes. ¿Cuáles son sus rasgos principales?

Los resonantes son: visionario (esboza un objetivo común movilizador; es el más resonante de todos); coaching (establece puentes entre los objetivos de la organización y los de los emplea-

dos); afiliativo (establece un clima armónico general); democrático (estimula el compromiso mediante la participación). Y los dos disonantes son: timonel (establece objetivos desafiantes) y autoritario (proporciona una dirección clara en situaciones críticas).

¿Los estilos disonantes siempre son negativos?

No siempre. El democrático puede servir para ayudar a un equipo motivado a alcanzar un nivel de excelencia. Y el autoritario sirve cuando hay que realizar un cambio brusco, o con trabajadores conflictivos. Todos los estilos tienen validez, pero los disonantes lo son porque habitualmente se los usa mal. Esto quiere decir que los líderes apelan una y otra vez a estos dos estilos sin darse cuenta de que están dañando el clima emocional, y que sus empleados están apáticos o enojados. Hay líderes que confunden respeto con miedo: si lo que inspiran es miedo, están socavando la habilidad de sus empleados.

¿Qué ejemplos puede citar de éxitos empresariales vinculados con esta clase de liderazgo?

Hay muchísimos, y no sólo en el campo empresarial. La industria de los seguros de EE.UU. encargó una encuesta entre dirigentes del sector, y comprobó que aquellas empresas dirigidas por líderes que aplicaban cuatro o más estilos de liderazgo tenían mayores réditos. Y una encuesta entre directores de colegios británicos dio lo mismo: en colegios con directores más hábiles en liderazgo, los alumnos sacaban mejores notas.

¿Cree que un líder puede contagiar entusiasmo aún en malas condiciones salariales?

Mientras los empleados no sientan que hay injusticia, claro que sí. Piense en el entusiasmo de los trabajadores voluntarios, por puro amor a su misión.

¿Un buen líder nace o se hace?

Todas estas habilidades se aprenden. La inteligencia emocional misma no es innata, se adquiere a través de la experiencia. Hubo un estudio que hizo la empresa Johnson & Johnson entre líderes prominentes. Se les preguntó por habilidades específicas como la de enseñar o adiestrar a otros. En casi todos los casos eran habilidades aprendidas en los años escolares, entre los 11 y los 15. un ejemplo: una mujer que era lejos la mejor líder de su empresa contó que había tomado conciencia de esta habilidad cuando sus padres se mudaron a otra ciudad y ella se incorporó al equipo de jockey del colegio para conocer chicos. Resultó ser pésima jugadora, pero una gran maestra para los que debutaban en ese deporte. Sus experiencias laborales reafirmaron esta aptitud. Pero si uno es débil en una habilidad, la puede aprender. No hay límite.

¿Cuáles son las habilidades?

Se dividen en cuatro áreas: conciencia de uno mismo (que incluye atributos como la autoconfianza y una adecuada autovaloración); la autogestión (que abarca el autocontrol, la iniciativa y el optimismo, entre otras cualidades); la conciencia social (abarca empatía, conciencia organizativa y vocación de servicio) y, por fin, la gestión de las relaciones (capacidad para catalizar el cambio, gestión de los conflictos y trabajo en equipo). Todo el mundo es fuerte en alguna de estas áreas, y en las demás, con ayuda de un coach, se puede trabajar. En 3 a 6 meses de trabajo se empiezan a ver los resultados. Y los logros se mantienen hasta 7 años después.



¿Un ejemplo de aprendizaje?

Si uno quiere mejorar su capacidad de escucha, la práctica diaria implica forzarse a no empezar a hablar cada vez que alguien entra a su oficina; esperar a entender bien qué quiere decir el otro antes de hablar uno. Con el tiempo esto se vuelve espontáneo, porque los nuevos circuitos neuronales –creados por la nueva conducta– se vuelven más fuertes que los viejos. Se cruza un umbral neuronal.

Usted suele mencionar la importancia del humor...

Sí, los líderes más exitosos suelen ser, los que más hacen reír a los demás. Pero no porque se la pasen haciendo chistes, sino porque saben cómo hacer que el otro se sienta cómodo. Esto no sólo mejora el estado de ánimo: también la creatividad.

¿Cómo influye el estado de ánimo en la productividad?

La relación entre emoción y rendimiento se conoce hace años. El cerebro es

ineficiente cuando uno está aburrido y cuando uno está estresado. Y funciona de manera óptima cuando hay un equilibrio entre la demanda y la habilidad para cumplirla. Si el liderazgo es el arte de lograr que un grupo trabaje bien, entonces el objetivo principal de un líder es ayudar a la gente a lograr ese estado óptimo y mantenerse ahí.

¿La resonancia importa más en cierto tipo de trabajo?

En toda clase de trabajos, las cualidades se distinguen a los trabajadores sobresalientes son, en una proporción de 2 a 1, de inteligencia emocional. Un colega argentino hizo una encuesta entre personal jerárquico de ese país, y halló algo interesante: todos fueron contratados por sus habilidades intelectuales, pero los que fracasaron lo hicieron por motivos vinculados a la inteligencia emocional. Un argumento contundente, ¿no?



Correo Farmacéutico TV®

Un nuevo canal de comunicación entre los farmacéuticos y la cofa, con centro en los pacientes que habitualmente llegan a las farmacias. Se emite todos los viernes en plus satelital a las 15.30 horas.



El presidente Daniel Alvarado durante la grabación de la columna institucional.

El programa de televisión "correo farmacéutico" se emite por la señal de cable plus satelital los días viernes de 15.30 a 16.00 horas. el formato consta de tres bloques: uno con noticias de carácter institucional, legislativo, gremial; otro de información / educación al paciente - consumidor y el tercero un informe sobre un tema en particular que se desarrolla con



La conductora junto a las Dras. Laudisi y Cabrera invitadas para hablar de farmacia hospitalaria.



La conductora Elizabeth De Luca.

la participación de médicos y farmacéuticos invitados, de manera de abordarlo desde el concepto de la enfermedad y los medicamentos.

Hasta el momento se trataron los temas diabetes, hipertensión, educación

farmacéutica de pregrado, farmacia hospitalaria, atención farmacéutica, foro farmacéutico de las américas y buenas prácticas de magistrales y oficiales.

En el bloque dirigido al paciente se desarrolló: pasos a seguir para la correcta aplicación de los medicamentos, cómo, cuándo y cuánto se deben tomar, vencimiento y efectividad de los remedios, conservación y almacenamiento, decálogo del paciente que concurre a la farmacia: pasos para optimizar la visita a la farmacia.

Lo invitamos a divulgar entre sus pa-



El Dr. José Ruggieri aconseja sobre el uso adecuado de medicamentos.

cien-tes, este espacio de comunicación que tiene como propósito brindar información, clara, precisa y confiable, para lograr la adhesión y cumplimiento del tratamiento y así permitir una mejor calidad de vida.

La agenda de temas a desarrollar es abierta, y por ello se esperan comentarios con respecto a que temas son prioritarios en su farmacia, para tratarlos en próximos programas. enviar mensajes a:

Av. Julio A. Roca 751 piso 2,
1067 Buenos Aires, cofa@cofa.org.ar ,
teléfono/fax: 011- 4342-1001. ☎





Dra. Margarita Jarque
Diputada de la Nación

Proyecto de Ley para regular la venta de medicamentos

Lo presentó la Diputada nacional Margarita Jarque de la Provincia de Buenos Aires (Frente Grande). Contempla que únicamente farmacias autorizadas preparen recetas y despachen o vendan al público drogas, medicamentos y especialidades farmacéuticas de venta libre. Fue girado a las Comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Comercio y de Defensa del Consumidor. Aquí el texto.



Artículo 1: La preparación de recetas y despacho y venta al público de drogas, medicamentos y especialidades farmacéuticas, en todo el territorio de la Nación, solamente podrá ser efectuada por las farmacias habilitadas conforme al cumplimiento de la ley 17565.

Artículo 2: Aplíquese lo dispuesto en el artículo anterior a los medicamentos denominados de "venta libre".

Artículo 3: Deróguese el artículo 14 del decreto 2.284/91

Artículo 4: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dra. Margarita Jarque
Diputada de la Nación

FUNDAMENTOS

El medicamento es por definición una prestación sanitaria que contribuye al establecimiento de la salud y al bienestar de la población en general, es por ello que los mismos son catalogados como un "bien social" distinguiéndolos de cualquier otro tipo de mercadería que pudieran comercializarse.

Los medicamentos lejos de ser inocuos para el ser humano, producen efectos diversos en el organismo para los cuales han sido sintetizados, es decir que por su propia condición, no constituyen bienes de consumo y el carácter de venta libre no le quita su condición de medicamento. Su uso inadecuado o irracional genera distintos tipos de daños y efectos adversos que pueden llegar incluso, hasta provocar la muerte por su ingesta indebida.

La información adecuada, íntegra y veraz sobre los medicamentos que los consumidores o pacientes están utilizando, tiene un punto importante en la rela-

ción con el médico, pero cuando se trata de productos que no exigen la receta del profesional, muchas veces incide más la publicidad, que como se comprende tiene por objetivo aumentar las ventas o el consumo.

En Argentina se comercializan 1733 productos activos, contenidos en 6601 medicamentos con 13.275 presentaciones. En el mercado de venta bajo receta los 200 medicamentos más vendidos representan el 51% de las unidades vendidas y el 45.5% de las facturaciones en este rubro. ***Pero mucho mas llamativo es la concentración en el mercado de venta libre, ya que casi el 83% de las unidades vendidas se concentran en sólo 100 productos y originan el 78% de la facturación en este rubro.***

El sector farmacéutico y farmoquímico argentino esta compuesto por alrededor de 350 empresas, ese conjunto genera ventas anuales en el mercado interno de alrededor de los 4.000 millones de pesos.

El canal de distribución en nuestro país incluye a los mayoristas, droguerías, farmacias, hospitales públicos y privados, instituciones del Estado, obras sociales y las medicinas prepaga. En el caso de los medicamentos de venta libre se le agregan los supermercados, y otros comercios afines. De lo dicho el valor de las ventas al público se estima en 7.000 millones de pesos.

Sin lugar a dudas que las nuevas vías de comercialización de los medicamentos considerados de venta libre han estimulado su producción y consumo, pero se ha descuidado la atención y la

información al paciente, rol que les corresponden a los farmacéuticos y a las farmacias, para garantizar el uso racional del medicamento. Pero, además, se transforma en garante efectivo de los derechos que como consumidor la Constitución asegura a los ciudadanos.

Sólo las farmacias y los farmacéuticos constituyen el punto final adecuado de control de calidad dentro de la cadena de distribución y comercialización de especialidades medicinales. Por lo que consideramos imprescindible derogar el artículo 14 del decreto 2.284/91 conocido como el de "desregulación económica", por el cual se autorizó la comercialización de los medicamentos clasificados como de venta libre en establecimientos que no son farmacias.

De esta forma se volverá a jerarquizar el rol de la farmacia y el del profesional farmacéutico como nexo supervisor del uso adecuado de los medicamentos, disminuyendo los riesgos de un consumo indebido por parte de una población neófita en la materia, influenciada muchas veces sólo por la publicidad o por recomendaciones de personas ajenas al ejercicio médico.

Por todo lo expuesto es que solicitamos la aprobación del presente proyecto de ley. 🌐

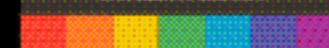
CREDICOOP Y LA COMUNIDAD



UNA ACCION CONJUNTA PARA EL BENEFICIO COMUN.

Te esperamos en cualquiera de nuestras 225 filiales o llámá al: Centro de Atención Telefónica 4328 4444 o desde el interior 0800 222 4040. O visitá nuestra página web: www.bancocredicoop.coop

BANCO
CREDICOOP
COOPERATIVO LIMITADO



La Banca Solidaria



Atenolol Microsules ATENOLOL

50 mg x 28 comp. \$ 6,90
 50 mg x 56 comp. \$ 13,81
 100 mg x 28 comp. \$ 13,00
 100 mg x 56 comp. \$ 24,00

PRECIO PUBLICO



Tanavat SIMVASTATIN

5 mg x 30 comp. \$ 22,18
 10 mg x 30 comp. \$ 40,77

PRECIO PUBLICO



Enromic LOSARTAN

50 mg x 30 comp. \$ 52,81

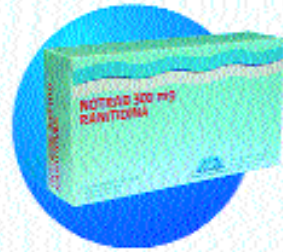
PRECIO PUBLICO



Microsulf CIPROFLOXACINA

250 mg x 10 comp. \$ 24,40
 500 mg x 10 comp. \$ 34,00

PRECIO PUBLICO



Notrab 300 RANITIDINA

300 mg x 30 comp. \$ 26,11

PRECIO PUBLICO

MICROSULES



MICROSULES ARGENTINA

Mucho
 más
 económicos
 que otras
 marcas
 conocidas.

MICROSULES

Asesore seguro sobre nuestros productos
MICROSULES ARGENTINA
 está junto a Usted

Guerra contra la sal, las grasas y el azúcar

Recomienda a los gobiernos aplicar políticas impositivas. La nutrición actual conduce a obesidad, diabetes y males del cerebro y el corazón. Se enfatiza la importancia del ejercicio. La publicidad no debería promover el consumo de alimentos dañinos.

Después de más de dos años de preparación, discusión y análisis, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció, desde su sede central en la ciudad de Ginebra, Suiza, el borrador de un documento muy esperado que, sin embargo, suscitará largas controversias en sus 192 países miembros.

El informe, que pertenece a la "Estrategia global en dieta, actividad física y salud", será presentado el año próximo por la OMS a sus naciones integrantes, y señala que las dietas ricas en grasas, sal y azúcares y la vida sedentaria son las principales causas de las enfermedades no transmisibles (es decir, no infecciosas), como la obesidad, las patologías cardíacas y cerebro vasculares, la diabetes tipo 2, y varios tipos de cáncer.

El 59% de los 56.5 millones de muertes anuales en todo el mundo son a causa de estas patologías, señala la OMS, y en su estrategia global indica que como la nutrición inadecuada es uno de los problemas que explica el aumento de la epidemia de obesidad en todo el mundo, tanto en los países ricos como pobres, porque en ambos

los alimentos contienen sustancias que engordan y dañan las arterias y el corazón y elevan el riesgo de diabetes.

Para encarar soluciones, la OMS plantea una serie de recomendaciones a los gobiernos. En el diario inglés The Financial Times, se informa que la iniciativa "alienta a las naciones a poner en marcha políticas impositivas y otras medidas fiscales" para promover una alimentación más saludable.

El objetivo está puesto en que disminuir el consumo de alimentos y bebidas ricos en azúcar, sal y grasas.

La respuesta de la industria

Las recomendaciones despertaron distintas reacciones de parte de las industrias interesadas. Voceros de la Grocery Manufacturers of American, una asociación de productores de alimentos de los EE.UU., se negaron a opinar sobre las medidas sugeridas por la OMS, pero dijeron en cambio que creían que las soluciones propuestas por la entidad debían basarse en el conocimiento científico.

Hace unos meses, la entidad con sede central en Ginebra ya había manifestado que el azúcar no debía representar más del 10% de la composición de una dieta promedio. Pero ese informe, que la OMS había emitido en forma conjunta con la Organización de las Naciones Unidas para la Agri-

cultura y la Alimentación (FAO), molestó a la industria azucarera de los Estados Unidos, que había

presionado para que el límite fuera muy superior: el 25 por ciento.

La estrategia planteada por la OMS incluye dar importancia al ejercicio físico y recomienda incluirlo diariamente en los programas escolares, además de que bares y comedores de instituciones educativas y empresas provean opciones saludables en materia de comidas y bebidas.

La publicidad "no debería explotar la credulidad y la inexperiencia infantiles y enfatizar en cambio aquellos que promuevan hábitos sanos."

Según el diario Financial Times, señala que el documento de la OMS no desmerece el protagonismo del sector privado en el problema y que lo visualiza como "un actor significativo en la promoción de dietas saludables y en la actividad física", al mismo tiempo que recuerda que hay pruebas de que "las relaciones cooperativas en lugar de los vínculos adversos con la industria" demostraron ser fructíferos.



Prohíben publicidad de Elli Lilly

La ANMAT intimó al laboratorio norteamericano a retirar el comercial con el que promociona su producto Cialis, marca similar y competidora del Viagra

El laboratorio Eli Lilly que hace pocos meses lanzó en la Argentina su producto Cialis, cuya droga base es el sildenafil y está indicado para favorecer la erección, pasó al centro de la escena. Ayer, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) le pidió que levante su pauta publicitaria relacionada con ese producto por considerarla una forma indirecta de anuncio al público de una especialidad de venta bajo receta. En la ANMAT afirmaron que fue después de que una comisión especial evaluara el conjunto de la campaña que se titula ¿Le gustaría tener 36 horas para elegir los mejores momentos?

El producto de Lilly compite con casi veintemarcas sobre la base de la droga sildenafil, que fuera patentada por Pfizer bajo el nombre de Viagra. Al mismo tiempo, Bayer y GlaxoSmithKline tienen en carpeta su droga var-

denafil contra la impotencia. El producto se llama Levitra y ya está compitiendo en otros mercados.

Fabiana Dircie, gerenta de Asuntos Corporativos de Eli Lilly, dijo que el objetivo fundamental de la campaña es concientizar sobre la necesidad de realizar consultas médicas. Y acercó cifras concretas: sólo 15% de los argentinos con disfunción eréctil busca ayuda y recibe el tratamiento adecuado.

Por su parte, la entidad Cruzada Cívica se presentó en la Subsecretaría de Defensa de la Competencia donde argumentó que la compañía está violando Ley respectiva y afirmó que el laboratorio se pone en una situación de privilegio frente a otras empresas que se ven perjudicadas ya que teniendo otros productos similares se ven inhibidas de realizar publicidad.

En la Dirección Nacional de Lealtad Co-

mercial, Cruzada Cívica esgrimió que Eli Lilly va en contra de la Ley de Lealtad Comercial donde se plantea que queda prohibida la realización de cualquier clase de presentación, publicidad o propaganda que mediante inexactitudes u ocultamientos pueda inducir a error, engaño o confusión respecto de las características o propiedades, uso, condiciones de comercialización o técnicas de producción de bienes muebles, inmuebles o servicios.

Marcelo Coppola, vicepresidente de Cruzada Cívica, dijo que es una obligación de las empresas procurar que el consumidor esté bien informado y según su opinión la forma de este aviso deja abierta la puerta para que los consumidores creen que es un medicamento de venta libre cuando en realidad debe ser recetado por un profesional.

Cristina Kroll - ckroll@infobae.com



REGLAMENTO DE CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN

Hecho el depósito de Ley 11.723

A continuación reproducimos el texto aprobado por el Consejo Directivo. Las dudas y consultas pueden resolverse en el departamento de educación continua de la Cofa: Dres. José Ruggieri y Carina Hornus, email: cofa@cofa.org.ar



CAPITULO PRIMERO: DEFINICIONES

ARTICULO 1º: La certificación es un resultado de un acto por el cual la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA), aplicando los criterios establecidos en el presente reglamento, reconoce asegura a través de un proceso de evaluación transparente que el profesional farmacéutico debidamente matriculado según la jurisdicción a la que pertenece, y que así lo solicite, posee conocimientos actualizados, habilidades y actitudes propias de la profesión farmacéutica, además de adecuadas condiciones éticas y morales en el ejercicio profesional.

además de adecuadas condiciones éticas y morales en el ejercicio profesional.

ARTICULO 2º: La recertificación es un resultado de un



Dres. D. Parma, E. Costa, S. Migliaro, S. Policelli, J. Bosnito, A. González, Fridman y Cid ausentes con aviso



El Comité Nacional de Certificación en acción

acto por el cual) la Confederación Farmacéutica Argentina, aplicando los criterios del presente reglamento, asegura reconoce a través de un proceso de evaluación transparente, que el profesional farmacéutico debidamente matriculado según la jurisdicción a la que pertenece, previamente certificado y que así lo solicite, mantiene actualizados sus conocimientos y habilidades, y ha desarrollado sus actitudes dentro del marco ético adecuado, de forma acorde con el progreso del saber propio de la profesión farmacéutica.

CAPITULO SEGUNDO: DE LA CERTIFICACION

ARTICULO 3º: El proceso de La certificación otorgada por la Confes voluntario y gratuito para los profesionales pertenecientes a entidades federadas a la COFA, tiene alcance nacional y una vigencia de cinco años contados desde la fecha de su otorgamiento. Dicho alcance nacional no invalida otros sistemas de certificación propios de las entidades federadas.

ARTICULO 4º: La certificación otorgada por la Confederación Farmacéutica Argentina se basa en la ponderación de los antecedentes profesionales del postulante en un lapso determinado, los que son expresados como créditos, de acuerdo con las especificaciones de este reglamento.

ARTICULO 5º: Si el postulante no alcanzara el número mínimo de créditos requeridos para lograr la certificación, debe presentarse a una entrevista personal y aprobar un examen de competencia, de acuerdo con las especificaciones de este reglamento.

REQUISITOS:

ARTICULO 6º: Todo profesional con más de 5 (cinco) años de graduado, que aspire a obtener su certificación y autorización de uso del certificado correspondiente, debe cumplimentar cumplir los siguientes requisitos:

- a) Estar matriculado en la jurisdicción a la que pertenece.
- b) Acreditar adecuadas condiciones éticas y morales en el campo profesional. Acreditar adecuadas condiciones éticas y morales en el campo profesional
- c) Alcanzar un mínimo de 50 (cincuenta) créditos considerando todos los antecedentes correspondientes a su historia profesional o aprobar el examen de competencia, de acuerdo con las especificaciones de este reglamento.

INSCRIPCIÓN:

ARTICULO 7º: El llamado a inscripción para solicitar la certificación profesional se efectúa durante los meses de marzo y septiembre de cada año.

ARTICULO 8º: El postulante debe suscribir la solicitud de adhesión voluntaria a la certificación profesional suministrada por la COFA que como ANEXO I forma parte integrante del presente reglamento, durante el período de inscripción en la sede de la jurisdicción a la que pertenece o en la COFA.

ARTICULO 9º: A los fines de acreditar los requisitos señalados en el artículo 6º y poder evaluar sus antecedentes para el otorgamiento de los créditos correspondientes indicados en el artículo anterior, el farmacéutico debe presentar ante el CNC:

- a) Constancia de matriculación en la jurisdicción a la que pertenece.
- b) Constancia de falta de sanciones, expedida por autoridad competente.
- c) Antecedentes profesionales:

- *Datos generales*
- Apellido (si es mujer, el de soltera)
- Nombres
- Fecha de nacimiento (día/mes/año)
- Nacionalidad
- Domicilio particular
- Domicilio profesional actual

Teléfono particular
Teléfono profesional
Correo electrónico
Número de matrícula
Organismo que expidió la matrícula

• **Carreras de grado y posgrado**
Consiste en incluir todas las carreras de grado y de posgrado aprobadas, excluyendo en este punto las otras actividades educativas, indicando fecha de inicio, fecha de egreso, nombre del establecimiento/ institución/universidad y título obtenido.

• **Actividad profesional**
Corresponde especificar cada una de las actividades profesionales certificables, con la documentación respaldatoria en cada una de las áreas de ejercicio, de acuerdo al período desarrollado, identificando cargo o función, institución y/o establecimiento, con dirección, teléfono y período de desempeño.

- Capacitación recibida
- Capacitación impartida
- Participación en actividades relacionadas con farmacia y otras ciencias de la salud
- Producción de materiales científicos, técnicos y/o educativos
- Otros antecedentes

Para organizar la información requerida, remitirse al Anexo II, el cual forma parte integrante del presente reglamento.

ARTÍCULO 10º: En la fecha y hora del vencimiento del plazo de inscripción, se debe labrar un acta con la nómina de postulantes, no admitiéndose la presentación de nuevos antecedentes con posterioridad al cierre del plazo de inscripción.

PONDERACION DE ANTECEDENTES:

ARTÍCULO 11º: Corresponde al CNC evaluar las actividades desarrolladas por el postulante con el objeto de mantener actualizadas sus competencias profesionales y traducirlas traduciéndolas en créditos sobre la base de las pautas contenidas en el Sistema de Asignación de Créditos que como ANEXO II forma parte integrante del presente reglamento .

EXAMEN DE COMPETENCIA:

ARTÍCULO 12º: En los casos que sea de aplicación el artículo 5º de este reglamento, el CNC es el encargado de fijar día, hora y lugar del examen, que debe ser de carácter público, debiendo ser notificado el postulante con 90 (noventa) días corridos de anticipación a su realización.

ARTÍCULO 13º: A efectos de establecer los contenidos y modalidades del examen de competencia teórico-práctica mencionado en el punto anterior, el CNC puede requerir el asesoramiento de representantes de las instituciones contempladas en el artículo 5º de la Resolución del Honorable Consejo Directivo (HCD) de la COFA del 12 de Marzo de 2003.

ARTÍCULO 14º: Los miembros del CNC deben expresar por escrito el resultado del examen de competencia, indicando "Aprobado" o "No Aprobado". Esta resolución que es de carácter reservado, debe adoptarse según el Reglamento Interno del CNC y es insusceptible de impugnación. En caso de no ser aprobado, el interesado puede solicitar una nueva evaluación en un plazo no menor de 6 (seis) meses.

CONSTANCIAS:

ARTÍCULO 15º: Corresponde al HCD considerar el dictamen del CNC compuesto de la ponderación de antecedentes expresada en créditos y/o el resultado del examen de competencia del postulante y el resto de la documentación referida en el artículo 9º, a efectos de otorgar o no la certificación. El HCD Honorable



Consejo Directivo de COFA debe resolver en definitiva, aprobando o rechazando, en este último caso en forma fundada y por escrito.

ARTÍCULO 16º: Una vez cumplimentados todos los requisitos, el HCD debe elevar tal resolución a las Autoridades Sanitarias para proceder a su inscripción en los registros respectivos.

ARTÍCULO 17º: Luego de la resolución favorable dictada por el HCD, debe extenderse una constancia de "FARMACÉUTICO CERTIFICADO", confeccionada en material que impida la falsificación, con las firmas de una autoridad de la COFA y un miembro del CNC, de acuerdo al modelo que como ANEXO III forma parte integrante del presente reglamento.

La constancia debe incluir además, la fecha de expedición, caducidad y número de registro.

ARTÍCULO 18º: La certificación no limita ni extiende las incumbencias del título de grado y no releva al profesional del cumplimiento de las normas vigentes del ejercicio de su profesión.

ARTÍCULO 19º: Constituye un derecho del Farmacéutico Certificado, el anuncio de tal condición, de conformidad con las normativas vigentes.

CAPITULO TERCERO: DE LA RECERTIFICACION

ARTÍCULO 20º: Para mantener continuidad, posteriormente a la fecha de caducidad de la certificación y garantizar la permanencia en el Programa de Educación Farmacéutica Continua, el profesional debe ser recertificado mediante una nueva tramitación, voluntaria y gratuita para los profesionales pertenecientes a entidades federadas a la COFA. La falta de recertificación/renovación, implica la caducidad de la autorización para el uso y reconocimiento de la certificación en la fecha prevista.

ARTÍCULO 21º: El farmacéutico debe suscribir la solicitud de adhesión voluntaria a la recertificación forma parte integrante del presente reglamento, con una antelación no menor a 90 (noventa) días corridos a la fecha de vencimiento de su certificado.

ARTÍCULO 22º: Conjuntamente con la presentación de la solicitud para recertificar, el profesional debe acompañar la documentación descripta en el artículo 9º de este reglamento.

ARTÍCULO 23º: Todo farmacéutico certificado que aspire a obtener su recertificación profesional, debe alcanzar la cantidad de 50 (cincuenta) créditos obtenidos durante los 5 (cinco) años anteriores, con un mínimo de 5 (cinco) créditos anuales, y reunir los otros requisitos que se especifican en el artículo 6º de este reglamento. Si el postulante no alcanzara el número mínimo de créditos requeridos para recertificar, debe aprobar un examen de competencia, de acuerdo con las especificaciones de este reglamento.

ARTÍCULO 24º: Una vez presentados los requisitos exigidos en el artículo 9º se procede según los artículos 10º, 11º, 12º, 13º, 14º, 15º, 16º y 18º.

ARTÍCULO 25º: Luego de la resolución favorable dictada por el HCD Honorable Consejo Directivo, debe extenderse una constancia de " FARMACÉUTICO RECERTIFICADO", confeccionada en material que impida la falsificación, con las firmas de una autoridad de la COFA y un miembro del CNC, de acuerdo al modelo que forma parte integrante del presente Reglamento. La constancia debe incluir además, la fecha de expedición, caducidad, número de registro y fecha de caducidad de la constancia anterior.

ARTÍCULO 26º: Constituye un derecho del Farmacéutico Recertificado, el anuncio de tal condición, de con-



formidad con las normativas vigentes.
prueba de competencia teórico práctica.

CAPITULO CUARTO: DISPOSICIONES TRANSITORIAS

ARTÍCULO 27º: Puesto en vigencia el presente reglamento y por el lapso de un año, el farmacéutico puede certificar, **excepcionalmente**, con 15 (quince) créditos, considerando todos los antecedentes correspondientes a su historia profesional, debiendo cumplir los restantes requisitos del artículo 6º.

ARTÍCULO 29º: Si el profesional farmacéutico no lograse lo enunciado en el artículo anterior, podrá solicitar la Certificación, en cuyo caso, como lo establece el artículo 7 inciso c), deberá acumular un número de 50 (cincuenta) créditos al momento de la inscripción al Programa EFC de la COFA.

CAPITULO QUINTO: DE LOS PROVEEDORES DE EDUCACION

ARTÍCULO 28º: Los proveedores de educación deben remitir al Programa de Educación Farmacéutica Continua de la COFA y éste al CNC, los detalles informativos acerca de los disertantes, autores, organización y/o auspiciantes de actividades educativas para que le sea asignada la pertinente categorización y puntuación en forma fidedigna e indubitable, tomando como referencia la planilla de indicaciones que como ANEXO V forma parte integrante del presente reglamento.

ARTÍCULO 29º: El CNC recomienda que los certificados de las actividades educativas emitidos a partir de la aprobación del presente reglamento, contengan información mínima indubitable, de acuerdo con las siguientes especificaciones:

- Tipo de actividad: curso, jornada, simposio, etc.
- Calidad de participación: asistente, disertante, miembro organizador, etc.
- Temario sintético que puede consignarse al dorso del certificado
- Responsables de la organización con mención de las entidades proveedoras
- Carga horaria total real, expresada en horas cátedra
- Auspiciantes con mención de las entidades oficiales
- Listado de disertantes
- Condiciones de aprobación a consignar en el caso de actividades con evaluación
- Modalidad de evaluación, si correspondiera: oral, escrito, taller, monografía u otra
- Firmas de autoridades, disertantes y/o responsables de la actividad
- Fecha y lugar de desarrollo

CAPITULO SEXTO: DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

ARTÍCULO 30º: La COFA, con la información provista por el CNC, debe llevar un registro actualizado de profesionales farmacéuticos certificados y recertificados, debiendo consignar toda autorización, renuncia, suspensión o caducidad del uso de la certificación, dentro de 30 (treinta) días de producida ésta.

ARTÍCULO 31º: La Confederación Farmacéutica Argentina debe publicar y difundir anualmente la nómina de profesionales farmacéuticos certificados y recertificados.

ARTÍCULO 32º: Comuníquese, dese a publicidad, regístrese y archívese.



SISTEMA DE ASIGNACION DE CREDITOS

BASES

1) Definición de modalidades acreditables

A los efectos de establecer puntajes sumativos, el CNC a través de este Reglamento considera la función desempeñada por el aspirante a certificar en el desarrollo de diversas actividades, agrupándolas de acuerdo al rol en:

- Ejercer la profesión
- Recibir instrucción
- Impartir instrucción
- Participar
- Producir
- Otros

2) Definiciones de actividades educativas

ACTIVIDAD EDUCATIVA	DEFINICION
Curso	Conjunto planificado y secuenciado de actividades académicas con o sin evaluación final. Las actividades a desarrollar por parte del asistente serán de carácter teórico o teórico práctico. La duración mínima deber ser de 8 horas cátedra, las mismas deberán estar distribuidas en los días necesarios, teniendo una carga horaria máxima por día de 12 horas cátedra. Para ser considerado teórico práctico, la parte práctica deberá cubrir no menos de 20% del total de la carga horaria.
Jornadas	Serie de reuniones intensivas que se llevan a cabo con una gran variedad de propósitos y objetivos: formación, información, instrumentación. Las actividades pueden ser teóricas o teórico - prácticas con una carga horaria de no menos de 10 horas cátedra totales, teniendo una carga horaria máxima por día de 12 horas cátedra. Para ser considerado teórico práctico, la parte práctica deberá cubrir no menos de 20% del total de la carga horaria.
Seminario	Actividad académica en la que un grupo reducido investiga, estudia y/ o discute un tema de interés común en sesiones planificadas recurriendo a fuentes originales de información. Requiere de un coordinador, que debe proveer bibliografía apropiada.
Conferencia - Charla	Situación de enseñanza-aprendizaje en la que el disertante presenta, analiza y explica en forma oral determinados contenidos. Los asistentes tendrán la oportunidad de preguntar o participar en una pequeña discusión durante o al final de la disertación.
Congreso	Conjunto de actividades científicas, académicas y culturales plasmadas en una reunión integral de miembros de asociaciones profesionales con el objeto de actualizar, debatir, presentar y concluir sobre avances en el conocimiento disciplinario.
Taller	Elaboración, por un grupo de participantes conducidos por un experto, de un trabajo de equipo a través del cual se logra aprendizaje de un tema en particular. Consiste en proponer situaciones problemáticas a los profesionales acerca de las cuales éstos deben realizar sugerencias de soluciones haciendo previamente revisiones de temas o estudiando sistemáticamente otros, sin desviarse de la naturaleza del problema planteado.
Curso a Distancia	Forma de enseñanza-aprendizaje que tiene lugar sin la presencia del educador y el educando en el mismo sitio y/ o lugar. Características: <ul style="list-style-type: none"> • Los materiales deben estar producidos (ya sean impresos, de audio, video o archivos computarizados) • El material debe ser autoinstruccionable y estar elaborado desde el punto de vista pedagógico y comunicacional • La comunicación debe estar organizada de modo que se produzca el feed back necesario. • Debe considerarse la inclusión de tutorías • Debe incluirse una evaluación de conceptos • Podrá tener dentro del desarrollo del mismo diligencias presenciales.
Simposio	Actividad por la cual dos o más expertos exponen una temática de su especialidad bajo la dirección de un coordinador. Cada expositor presenta una parte del tema o lo enfoca desde puntos de vista diferentes. Al final de la sesión, el auditorio puede participar con preguntas a los expositores. Los expositores suman información aportando conocimientos propios de su especialización sin defender posiciones. Al finalizar, el coordinador puede hacer una síntesis de las ideas principales. No se da lugar a discusión.

Panel	Actividad por la cual un equipo de expertos expone ideas sobre un determinado asunto ante un auditorio de manera informal como diálogo o intercambio de ideas. Los expertos no actúan como oradores sino que debaten o conversan desde su punto de vista o especialización. El coordinador presenta y ordena la discusión, intercala preguntas aclaratorias, controla el tiempo. Una vez finalizado el panel, el debate puede pasar o no al auditorio sin que sea indispensable la presencia de los expertos.
Mesa redonda	Reunión en la que un grupo de expertos, con puntos de vista diferentes sobre un mismo tema, discuten ante un auditorio dirigidos por un coordinador. Los expositores emplean alrededor de 10 minutos para su exposición y el coordinador resalta las diferencias entre las distintas posiciones. Luego los expositores en un tiempo aproximado de 2 minutos defienden sus posiciones, etapa en la cual pueden dialogar entre sí. A continuación, el coordinador termina la discusión y hace un resumen final. Invita al auditorio a efectuar preguntas que tendrán sólo carácter ilustrativo, sin discutir con la mesa, teniendo derecho a una sola intervención.
Foro	Actividad en la que se propone a un auditorio la discusión de un tema, hecho o problemática de interés general conducido por un coordinador. Pueden participar también un secretario y un experto que indican los datos sobre lo que se discutirá. Finalizado el tiempo, el coordinador o el secretario hacen una síntesis o resumen de las opiniones expuestas, extrae posibles conclusiones y señala posibles coincidencias y discrepancias.
Campañas o Programas Especiales	Conjunto de actividades profesionales aplicadas a un fin determinado (a modo de ejemplo: prevención, vacunación, educación sanitaria, relevamiento de datos epidemiológicos) aprobadas, controladas y supervisadas por las autoridades de competencia. Los profesionales que participan deben contar con capacitación obligatoria previa acordada con las autoridades que los involucran. Con posterioridad se comunican los datos relevados o conclusiones a modo de cierre de la campaña y/o programa.

3) Criterios básicos de puntuación

a) Los créditos se asignan de acuerdo a la naturaleza de la actividad evaluada, por ejemplo:

- Por período de desempeño en la profesión o en la docencia.
- Por cada ocasión en que se desarrolle o participe de una actividad.
- De acuerdo a la duración de cursos expresada en horas cátedra (1 hora cátedra = 45 minutos reloj)
- De acuerdo a las características de los materiales científicos, técnicos o educativos producidos

b) En el caso de cursos y otras actividades educativas, el puntaje básico es ajustado en base a criterios de categorización y de acuerdo a las modalidades de dictado de los cursos.

c) En el caso de publicaciones efectuadas por más de un autor, el puntaje asignado a cada coautor se obtiene dividiendo el puntaje total asignado por la mitad del número de autores.

4) Categorización de actividades educativas

Se define un gradiente de puntajes de acuerdo a la adecuación de las actividades a los fines y objetivos del Programa de Educación Farmacéutica Continua (EFC), a criterio del CNC, introduciéndose las siguientes categorías:

CATEGORIA	ASPECTOS QUE LA DETERMINAN	INCIDENCIA EN EL PUNTAJE
E (estándar)	Actividad educativa, en la que se desarrolla una temática de interés profesional farmacéutico o en otras ciencias de la salud	No se adiciona puntaje por categorización
R (recomendada)	Se distingue de E por estar organizada por entidades universitarias, profesionales, gubernamentales y/o no gubernamentales, debidamente acreditadas.	Se adiciona un 25% en el puntaje

La categorización afecta en forma lineal los puntajes asignados a los postulantes como consecuencia de su participación en las actividades educativas, según el caso.

5) Modalidades de dictado y de evaluación de cursos

Se define un gradiente de puntajes en función de la inclusión de actividades prácticas y de evaluaciones, considerando los siguientes criterios:

ACTIVIDAD	ASPECTOS QUE LA DETERMINAN
Trabajos prácticos	Refiere a la inclusión de modalidades de dictado que impliquen una aplicación práctica documentada de conceptos desarrollados en el curso.
Instrumento de evaluación a distancia	Los cursos a distancia deben incluir evaluación individual documentada verificada por el equipo docente.
Evaluación final	Refiere a la inclusión de un sistema presencial de evaluación documentada y personalizada, mediante interrogatorio, cuestionario escrito, defensa de monografía u otro.

La incidencia de estos criterios en los créditos a asignar es incorporada en las tablas de puntajes que siguen.

TABLA DE MODALIDADES ACREDITABLES

MODALIDAD ACREDITABLE	CREDITO BASE EJERCER LA PROFESION	OBSERVACIONES
Ejercicio profesional en oficina de farmacia comunitaria, droguería, distribuidora, industria, hospital, herboristería, oficina de inspectoría, gabinete de auditoría farmacéutica u otras actividades computables a criterio del CNC.	2 créditos por cada año de ejercicio profesional documentado. Se computan como año completo períodos mayores a 9 meses de ejercicio.	El postulante a certificar no puede acumular más de 10 créditos totales por este concepto, por cada trámite de certificación o recertificación.

RECIBIR CAPACITACION EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS RELACIONADAS CON FARMACIA Y OTRAS CIENCIAS DE LA SALUD

Curso presencial teórico sin evaluación	0,15 por hora	Multiplicar el crédito base por la cantidad de horas y por el factor de categorización.
Curso presencial teórico-práctico sin evaluación	0,18 por hora	idem anterior
Curso presencial teórico con evaluación aprobada	0,30 por hora	idem anterior
Curso presencial teórico-práctico con evaluación aprobada	0,36 por hora	idem anterior
Curso de Educación a Distancia (EAD) teórico sin evaluación final personalizada.	0,04 por hora	Multiplicar el crédito base por la cantidad de horas y por factor de categorización de la actividad educativa. Si no incluye instrumento de evaluación a distancia, no se otorgan créditos.
Curso EAD teórico-práctico sin evaluación final personalizada.	0,05 por hora	idem anterior.
Curso EAD teórico con evaluación final personalizada aprobada.	0,08 por hora	Multiplicar el crédito base por la cantidad de horas y por factor de categorización.
Curso EAD teórico-práctico con evaluación final personalizada	0,10 por hora	idem anterior.

En la educación a distancia (EAD) se computa un máximo de 6 (seis) créditos por cada curso sin evaluación final personalizada y de 12 (doce) créditos en el caso que la incluya, independientemente de sus otras características.

Congreso	1,5 por cada Congreso	Multiplicar el crédito base por el factor de categorización.
Mesa Redonda, Simposio, Panel	0,50 por actividad	Idem anterior
Conferencia/Charla	0,25 por actividad	Idem anterior
Jornada	0,50 por día	Multiplicar el crédito base por la cantidad de días y por el factor de categorización.

IMPARTIR CAPACITACION RELACIONADA CON FARMACIA Y OTRAS CIENCIAS DE LA SALUD

Docente curso presencial	0,5 por hora	Multiplicar el crédito base por la cantidad de horas y por el factor de categorización. Se otorga el
--------------------------	--------------	--

Conferencista	1 por actividad	puntaje por cada curso, una vez por año. Multiplicar el crédito base por el factor de categorización.
Expositor en Mesa Redonda, Simposio, Panel	2 por actividad	Idem anterior
Expositor en Jornada/Congreso	2 por actividad	Idem anterior
Coordinador de Seminario	1 por actividad	Idem anterior
Profesor titular, asociado o adjunto por concurso en Universidades reconocidas por la Ley de Educación Superior en el área de Farmacia y otras ciencias de la salud		Certifican y recertifican automáticamente de acuerdo a Resolución 498/99 del Ministerio de Salud y Acción Social
Profesor titular, asociado, adjunto sin concurso en universidades reconocidas por la ley de Educación Superior en el área de Farmacia y otras ciencias de la salud	5 por año	
Jefe de Trabajos Prácticos en universidades reconocidas por la ley de Educación Superior en el área de Farmacia y otras ciencias de la salud	2 por año	
Ayudante en universidades reconocidas por la ley de Educación Superior en el área de Farmacia y otras ciencias de la salud	1 por año	
Docente de nivel secundario y terciario en establecimientos oficiales o privados incorporados a la enseñanza oficial.	0,5 por año	El postulante a certificar no puede acumular más de 2,5 créditos totales por este concepto, por cada trámite de certificación o recertificación.
Docente en Maestría, Especialidad, Doctorado	0,75 por hora	Multiplicar el crédito base por la cantidad de horas y por el factor de categorización. Se otorga el puntaje por cada curso, una vez por año.

PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON FARMACIA Y OTRAS CIENCIAS DE LA SALUD

Director de Tesis de Doctorado	5 por cada tesis	
Director de Tesina	3 por cada tesina	
Director de Residencia	3 por cada dirección	
Director de Concurrencia	3 por cada dirección	
Director de Pasantía	1 por cada dirección	
Actividad documentada de divulgación abierta a la comunidad	0,50 por actividad	El postulante a certificar no puede acumular más de 2 créditos totales anuales por este concepto.
Miembro organizador de Congreso y Jornada	2,5 por actividad	Multiplicar el crédito base por el factor de categorización.
Participante de Seminario y Taller	0,60 por actividad	Idem anterior
Participante de Foro	0,20 por actividad	Idem anterior
Participante de Campañas y/o Programas Especiales	1 por actividad	El postulante a certificar no puede acumular más de 5 créditos anuales por este concepto
Asesor técnico en distintas entidades	1 por actividad	El postulante a certificar no puede acumular más de 2 créditos anuales por este concepto.
Director/Codirector de Proyecto de Investigación o Programa Especial	2 por Proyecto Programa	El postulante a certificar no puede acumular más de 6 créditos anuales por este concepto



Integrante de Proyecto de Investigación o Programa Especial	1 por Proyecto / Programa	El postulante a certificar no puede acumular más de 3 créditos anuales por este concepto	Libro (con ISBN) mayor de 100 pág.: Autor	10 por cada libro	
Miembro integrante de comisiones científicas en instituciones profesionales	1 por año	El postulante a certificar no puede acumular más de 2 créditos anuales por este concepto.	Libro (con ISBN) de 30 a 100 pág.: Autor	5 por cada libro	
Representante institucional	1 por año	El postulante a certificar no puede acumular más de 5 créditos totales por este concepto, por cada trámite de certificación o recertificación.	Módulo instruccional entre 10 y 50 pág : Autor	3 por módulo	
Miembro integrante de comisiones científicas en instituciones gubernamentales y no gubernamentales	2 por año	El postulante a certificar no puede acumular más de 4 créditos anuales por este concepto.	Módulo instruccional con más de 50 pág.: Autor	5 por módulo	
Miembro evaluador de producción científica, técnica o educativa en revista, entidad o empresa reconocida	4 por año		Video instruccional	1 por video de más de 15 minutos	
<i>PRODUCIR MATERIALES RELACIONADOS CON FARMACIA Y OTRAS CIENCIAS DE LA SALUD</i>			Artículo en revistas institucionales	0,50 por cada artículo	
Artículo original en revista con referato	4 por artículo	En caso que un artículo, libro, capítulo de libro, módulo o video de instrucción, comunicación libre, etc. sea producido por más de u autor, a cada coautor se le otorga el puntaje total asignado por la mitad del número de autores.	Comunicación libre o poster	1 por comunicación / poster	
Artículo original en revista sin referato	2 por artículo		<i>OTROS ANTECEDENTES RELACIONADOS CON FARMACIA Y OTRAS CIENCIAS DE LA SALUD</i>		
Artículo de actualización o revista con referato	2 por artículo		Patente de invención en la Ciencia Farmacéutica y de la Salud	25 por patente	
Artículo de actualización o revista sin referato	1 por artículo		Beca, premio o distinción	5 por cada uno	
Capítulo de libro (con ISBN) Autor	3 por capítulo		Concurrencia y/o pasantía de posgrado en oficinas, laboratorios, servicios especiales	1 por año	
			Residencia en Universidades o instituciones reconocidas	10 por única vez	
		Maestría en Ciencias Farmacéuticas y de la Salud en entidades reconocidas por la Ley de Educación Superior	30 por única vez		
		Doctorado en Ciencias Farmacéuticas y de la Salud en entidades reconocidas por la Ley de Educación Superior	50 por única vez		
		Licenciatura de posgrado en Ciencias Farmacéuticas y de la Salud en entidades reconocidas por la Ley de Educación Superior	20 por única vez		
		Especialidades en entidades reconocidas por la Ley de Educación Superior	10 por única vez		

Esterilizar.com

Gestión Inteligente

- ◆ EQUIPOS - AUTOCLAVES
- ◆ SERVICIOS TECNICOS
- ◆ ESTERILIZACION a 3os.
- ◆ PACKAGING
- ◆ INSUMOS - GASES
- ◆ SEGURIDAD-HIGIENE
- ◆ VALIDACION-CALIBRACION
- ◆ ENVASES ESTERILES

Dispositivos biomédicos - Indumentaria - Reportes Técnicos

Hospitales-Sanatorios-Laboratorios- Industrias de Alimentación- Veterinaria-Cosmética y muchas más, consultan nuestro portal.

SUME SU EMPRESA A LAS LÍDERES !!!!

www.esterilizar.com

Sr. Profesional, optimice su gestión, VISITENOS



CONFEDERACIÓN
FARMACÉUTICA
ARGENTINA

Educación Farmacéutica Continua

Cursos a distancia válidos para la certificación profesional

PROGRAMA
EFC
EDUCACIÓN FARMACÉUTICA CONTINUA



1
Mód. 1 \$ 80.-
Mód. 2 y 3 \$ 60.-
Mód. 4, 5, 6 y 7 \$ 40.-
Mód. 8 \$ 50.-

Confederación Farmacéutica Argentina



2
\$ 375.-

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires



3
\$ 40.-

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Capital Federal



4
\$ 40.-

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Capital Federal



5
\$ 40.-

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Capital Federal



6
\$ 15.-

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe



7
\$ 50.-

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba



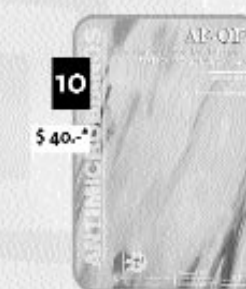
8
\$ 40.-

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba



9
\$ 40.-

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba



10
\$ 40.-

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba



11
\$ 15.-

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe



12
\$ 40.-

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Capital Federal



13
\$ 360.-

Asociación Argentina de Fitomedicina



14
\$ 90.-

Ediciones Isis SRL



15
\$ 60.-

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Capital Federal

Documentos y libros de interés farmacéutico



17
\$ 5.-

Confederación Farmacéutica Argentina



18
\$ 5.-

Confederación Farmacéutica Argentina



19
\$ 5.-

Confederación Farmacéutica Argentina



19
\$ 5.-

Confederación Farmacéutica Argentina



16
Tomo 1 \$ 145.-
Tomo 2 \$ 145.-

Editorial Médica Panamericana



Dr. Daniel Alvarado
PRESIDENTE

La Asamblea aprobó memoria y balance por unanimidad



Fue el pasado 20 de noviembre de 2003, en donde se reunieron todos los delegados del país, quienes ya habían considerado toda la documentación oficialmente presentada. A continuación algunos textos aprobados de la memoria.



Dr. Marcelo Peretta
VICEPRESIDENTE

Situación Institucional: Se partió de una situación por demás crítica en lo que hace al funcionamiento institucional fruto de la convergencia del derrumbe de la economía nacional de finales de 2001 y la crisis interna de la entidad producida en el mismo momento.

Ya a mediados del año 2002 la situación comenzó a recomponerse a partir de la recuperación de ingresos, lo cual permitió reimpulsar una serie de actividades y proyectar otras con mayor horizonte de continuidad.

El hecho de que operara en el mes de noviembre el recambio estatutario de autoridades estableció en ese punto el momento de un fortalecimiento del accionar institucional, y el establecimiento de una serie de decisiones políticas tendientes a poner en marcha un Programa de Acción que comenzara a dar respuestas a las ingentes inquietudes de los colegas en una amplia gama de temas que van desde lo económico a lo prestacional, desde lo profesional a lo formativo, desde lo legal a lo comunitario; recuperando espacios de participación en todos los foros sociales e institucionales que así lo requirieran.

Situación Legislativa:

En materia de legislación se intensificaron las acciones tendientes a asegurar la premisa irrenunciable de que los medicamentos sean de venta exclusiva en farmacias.

Para ello se trabajó de manera directa sobre los organismos oficiales de control, sea el propio



Dr. Sergio Cornejo
TESORERO



Dr. Enrique Roca
PROTESORERO

Ministerio de Salud de la Nación como sus dependencias

subalternas, ANMAT e INAME; así como en los ámbitos legislativos.

También se continuaron las reuniones en comisiones de la Cámara de Diputados en torno al Proyecto de Ley de Actividad Farmacéutica que tiene estado parlamentario.

Por otra parte se participó en las discusiones sobre la modificación de la Ley de Patentes y en el debate acerca de la reforma del Art. 204 y siguientes del Código Penal, en la intención de incluir a la falsificación y tráfico de medicamentos dentro de las penalizaciones contempladas en dichos artículos.

También, y dentro del marco de la ya vigente Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico, se desarrollaron diversas acciones y gestiones en la búsqueda de optimizar la aplicación de la norma legal en la actividad farmacéutica, que dota de una herramienta muy importante a los colegas para el desempeño de un renovado y jerarquizado rol profesional, en consonancia con esa búsqueda de utilizar este elemento propio del ejercicio profesional para colocar al farmacéutico en el centro de la política de medicamentos.

Comisión Paritaria

En virtud de las definiciones políticas del ámbito nacional en materia laboral han recomenzado los diálogos y planteos que en este tema en particular se mantienen con el sector sindical y con la otra parte patronal, actividad que se encontraba suspendida en los hechos desde comienzos de la década del 90.

Para tal fin se ha constituido la Comisión Paritaria con participación de delegados de diversos colegios representativos de las diferentes regiones del país, Comisión que se encuentra en plena gestión de su tarea.

Olimpiadas Farmacéuticas Nacionales

Como ya es habitual dentro del calen-

dario de actividades de la Confederación en el presente ejercicio, se llevó a cabo una nueva edición de las Olimpiadas celebradas en el año 2002, en la provincia de San Juan en esta oportunidad, con la habitual masiva repercusión que este encuentro tiene entre la profesión nacional. Es de destacar el especial esfuerzo organizativo y económico que el Colegio sanjuanino y nuestra Confederación han desplegado en medio aún de las consecuencias de la crisis económica que afectara a las instituciones a finales del año 2001.

Relaciones con la Industria Farmacéutica

Este apartado resulta en la última década un espacio en el que la actividad de la entidad se ha venido concentrando especialmente,



Dr. Ricardo Aizcorbe
SECRETARIO



Dr. Hugo Torres
PROSECRETARIO

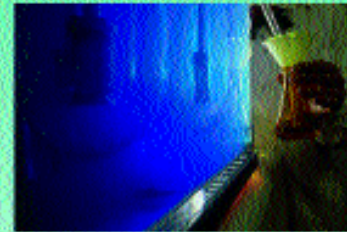
dado el marcado acento puesto en la realidad económica que vive la farmacia argentina, signada por las deudas de la seguridad social, la desfinanciación, la reducción de plazos de parte de los proveedores y la disminución de la demanda por efectos del empobrecimiento general de la sociedad. Todos estos factores se han visto agudizados en los últimos años y han merecido de la Confederación una respuesta que consista en un posicionamiento lo mas fortalecido posible frente a cada tema y cuyo interlocutor en cada caso suele ser el mismo: la Industria Farmacéutica.

Por ello se han buscado espacios de concertación con los productores en materia de precios, plazos de pago y descuentos, así como participación conjunta en la atención dentro del marco de la seguridad social.

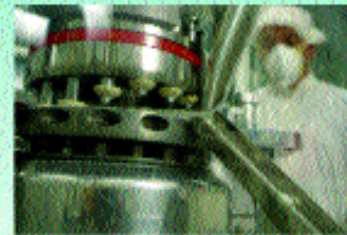
Máxima calidad para la salud de todos.



SEGURIDAD



CALIDAD



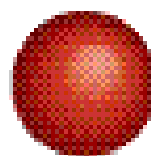
TECNOLOGÍA

Producimos y distribuimos productos farmacéuticos de alta calidad a un precio justo, asegurando su comercialización a través del profesional farmacéutico, optimizando la salud de la población.



Estadística

FEDERACION ARGENTINA DE COOPERATIVAS FARMACEUTICAS COOP. LTDA.
Av. Pte. Juan D. Perón 2742 - B1754AZV San Justo - Pcia. de Buenos Aires
Tel/Fax: 4482-5483/5493/5522 - ventasfe@fecofarcl.com.ar - www.fecofarcl.com.ar



FIRENZE

V I A J E S

BUENOS AIRES

Shopping Abasto Buenos Aires
Av Corrientes 3247 - 2do nivel local 3030 - (C1193AAE) Buenos Aires
Tel (011) 4390 7000 - Fax (011) 4390 7001 - buenosaires@firenzeviajes.com

POSADAS

San Martin 2069 - (N3300ABQ) Posadas (Misiones) - Tel (03752) 43 1000- Fax (03752) 43 3000
posadas@firenzeviajes.com

RESISTENCIA

Juan B. Justo 148 - (H3500 ATD) Resistencia (Chaco) - Tel (03722) 43 3333 - Fax (03722) 43 3933
resistencia@firenzeviajes.com

www.firenzeviajes.com

Esta revista es leída por
15.000 farmacéuticos
de todo el país

PIENSE...

¿Su publicidad
no debería
estar aquí?



www.cofa.org.ar
CF correo farmacéutico

publicación oficial de la confederación farmacéutica argentina

correo@cofa.org.ar



CRECEMOS PENSANDO EN USTED...

trypost@drofasa.com

Ser la Droguería Líder en Oncología, SIDA y Terapias Especiales significa tener el mayor de los compromisos.

Hoy, nos mudamos como muestra de ello. En nuestro nuevo edificio, optimizamos recursos nucleando las áreas de distribución, administración y ventas, brindándole más y mejores servicios.

En DROFASA tenemos el compromiso de seguir siendo la droguería líder.

CENTRO DE ATENCION AL CLIENTE
0-800-122-DROFASA (3763)
LINEA GRATUITA

ADMINISTRACION - CENTRO DE DISTRIBUCION
Piedras 1065/73 (C1070AAL) Buenos Aires - Argentina
4021-DROFASA (3763) - Fax: 4021 3700
info@drofasa.com.ar
www.drofasa.com.ar



DroFasa

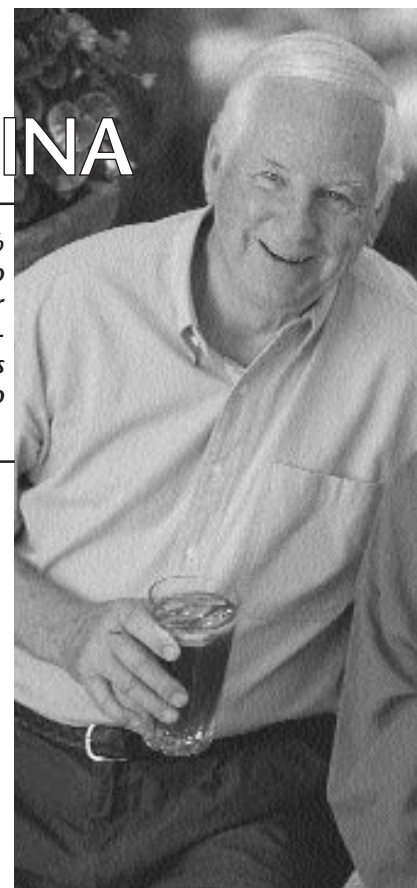
Una empresa de Farmacéuticos Argentinos S.A.



Datos de la Confederación Argentina

Creció el consumo de SILDENAFIL EN ARGENTINA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente 20% de la población masculina, entre 20 y 70 años de edad, sufre de algún trastorno limitante del mecanismo fisiológico de erección. Según el informe elaborado por el Observatorio de Medicamentos y Salud de la Confederación Farmacéutica Argentina, el uso de la droga Sildenafil es efectivo en la mayoría de los pacientes con estos problemas, por eso su consumo ha crecido notablemente en el último año.



El Sildenafil llegó a las farmacias Argentinas en julio de 1998, fue aprobado por ANMAT el 11 de junio de 1998, siendo unos de los primeros países de Latinoamérica que lo admitió en su mercado farmacéutico junto con Brasil.

Durante el primer año se vendieron 350.000 envases. Inicialmente sus efectos secundarios más peligrosos, vasodilatación e hipotensión arterial, que ponen en riesgo la vida del paciente, y la propia cultura latina del homoerectus, limitaron el uso de esta droga. Posteriormente, su uso se extendió inclusive a aquellos que no tienen disfunción eréctil sino que quieren mejorar su rendimiento sexual. Solo 1 de cada 5 consumidores de Sildenafil es mayor de 60 años, siendo usado por varones entre 30 y 54 años.

El estrés, que incide directamente en inconvenientes de disfunción sexual, y el casi superado peso psicológico que ocasiona la compra del medicamento y la consulta al médico o al farmacéutico por estos temas, hizo que en mayo de 2003 la venta mensual de Sildenafil sea de aproximadamente 1.700.000 envases, por un valor de \$1.969.000 con un acumulado anual cercano a \$17.98.000. La venta de Sildenafil constituye el 04% del mercado total de medicamentos, que para el mismo periodo fue de \$4495.000.000. La droga contra la impotencia sexual ocupa respectivamente

el 5.5 y el 1915% de los segmentos Genitourinario y Urinario de medicamentos.

Si bien los valores y las unidades vendidas con distintas marcas aumentaron, la participación del Sildenafil en el mercado total de medicamentos desde agosto de 2002 a mayo 2003 se mantuvo en el 04%. El aumento de 4,8 veces más en la venta de unidades no resultó suficiente para modificar el porcentaje referido, probablemente a causa de los nuevos productos que salieron a la venta con un precio más bajo, amparados por la ley que obliga a médicos recetar por nombre genérico de la droga y a farmacéuticos* a ofrecer otras marcas más económicas que contengan idéntico principio activo y forma farmacéutica.

La presentación más onerosa tiene un costo por miligramo de Sildenafil de \$0.6 y una de las más económicas \$0.06 o sea diez veces menor. A saber, El Sistema Nacional de Farmacovigilancia – ANMAT informó 2 (dos) notificaciones de efectos adversos imputados a Sildenafil:

- 1) Angina de pecho en un hombre de 55 años con antecedentes de hipertensión arterial.
- 2) Infarto agudo de miocardio en un paciente de 52 años con antecedente de tomar la droga junto con alcohol antes del evento adverso y sin datos de enfermedad concomitante.

Al Sildenafil y la Apomorfina, también usada para la disfunción eréctil, se suma una nueva droga aprobada por ANMAT y se conoce que existe para su aprobación el Vardenafil y Tadalafil, que serán evaluadas próximamente por el Observatorio de medicamentos y salud de la COFA.

*La web no se mantiene al margen del fenómeno: mas de 500 páginas

Concentración mg.	Presentación comprimidos	Precio Kairos
50	x 2	38.09
50	x 2	6.17



ofrecen el producto con distintas marcas y precios. El comprador envía los datos médicos requeridos y supuestamente un profesional evalúa si está en condiciones de tomar la medicación. En ambas instancias el mecanismo puede ser falseado u omitido, por eso el riesgo aumenta.

NOMBRE COMERCIAL Y LABORATORIO		
LUMIX (Bagò)	SILDEFIL (Pfizer)	VIMAX (Roemmers)
VORST (Microsules (Gador Bernabó)	SEGURES (Finadiet)	BIFORTF (Finadiet)
ACTIVIL (Casasco)	MAGNUS (Sidus)	FIRMEL (Craveri)
ANAU (Beta)	ERECTOL (Northia)	EXPIT (Lazar)
OXIVITAL (Rontag)	SILDENAFIL (Sandoz (Labinca)	TECNOMAX (Raffo)
VIRILON (Temis Lostaló)		

CONSEJOS FARMACEUTICOS PARA EL PACIENTE

¿POR QUÉ se indica este medicamento?

El Sildenafil citrato, es una terapia oral para la disfunción eréctil masculina.

¿CÓMO se utiliza?

El Sildenafil se presenta en comprimidos de 25 mg., 50mg., y 100 mg. Dosis mínima 25 mg. Dosis máxima 100 mg. Adultos vía oral 50 mg. En personas de la tercera edad se recomienda 25 mg. En todos los casos no mas de una toma diaria, su efecto comienza en alrededor de 30 minutos de ingerido y se prolonga por aproximadamente 4 horas. El Sildenafil es mas eficaz cuando se toma con el estomago vacío, y si usted come evite en lo posible, las comidas con alto contenido graso, ya que puede retrasarse su absorción hasta 2 horas.

¿Qué EFECTOS SECUNDARIOS puede producir este medicamento?

Los efectos adversos son generalmente pasajeros y de acción moderada.

- Hipotensión postural
- Dolor de cabeza
- Taquicardia (palpitaciones)
- Visión anormal

¿Qué OTRAS PRECAUCIONES debo observar antes de tomar el medicamento?

No deben tomarlo :

- Las mujeres embarazadas o que están amamantando,
- niños
- jóvenes menores de 18 años
- mujeres
- personas con Hipersensibilidad conocida a la droga,
- Deformación anatómica del pene
- o tendencia al priapismo,
- Retinitis pigmentosa,
- Hemorragia,
- Ulcera péptica activa,
- Enfermedad Cardiaca,
- pacientes con insuficiencia hepática y renal grave,
- Hipotensión pronunciada (<90/50 mm de Hg)
- no se debe asociar a otros tratamientos para la disfunción eréctil.
- No utilizar cuando se tomen medicamentos vasodilatores coronarios
- No utilizar cuando se tomen medicamentos que contengan: Cimetidina, eritromicina, ketoconazol, itraconazol, mibefradil, rifampicina.

¿Cómo debe GUARDARSE este medicamento?

Mantenga este medicamento en el envase original, bien tapado, y fuera del alcance de los niños.

Guárdelo a temperatura ambiente y alejado del calor y de la luz directa

Este medicamento se vende con receta. "Ante cualquier duda, consulte a su medico y/ o farmacéutico."

Fuente: Observatorio de salud y medicamentos, COFA.



Dra. Silvia Viggiola
Farmacéutica
Observatorio COFA



Dr. Carlos Gurizzatti
Farmacéutico
Observatorio COFA

Medicamentos sólo en farmacia

Lo aseguró el Ministro de Salud en el último Congreso Farmacéutico Argentino.

Seguidamente, la opinión de la Confederación

Farmacéutica Argentina publicada por el diario Clarín.



38 | CLARIN | OPINION | SABADO 1° DE NOVIEMBRE DE 2003

¿Remedios?, en la farmacia

No existe medicamento inocuo. Por el contrario, un producto de calidad pero mal seleccionado o utilizado puede transformarse en riesgoso para la salud. Su manejo debe siempre estar bajo el control de un profesional responsable, en lo referente a su prescripción, conservación, dispensación y utilización.

El medicamento tuvo siempre un régimen diferente de comercialización, siendo en todos los casos "la farmacia" el ámbito adecuado para su conservación, venta e información. Sin embargo, la desregulación de los años 90 alcanzó también a los medicamentos y se autorizó la venta al público de remedios fuera de la farmacia. Todo con el supuesto fin que bajaran los precios. En realidad los precios no bajaron, todo lo contrario, fueron por años los más caros de Latinoamérica. Pero también subió el uso irracional de los medicamentos.

Hoy se toman medicamentos que no se necesitan, se consumen en menor o mayor cantidad a la efectiva para prevenir o tratar problemas de salud o inclusive no se toman cuando, en realidad, hacen falta. Los medicamentos se convidan, se induce su consumo con publicidad



que potencia bondades y oculta efectos negativos que, guste o no, todo remedio tiene, ya que siendo para curar, el medicamento también puede matar.

Por eso es necesaria la venta exclusiva en farmacia, para que el farmacéutico pueda dar una opinión objetiva a cada paciente. Desde luego que la farmacia también debe mejorar, empezando por pedir la receta de cada medicamento que vende.

La venta exclusiva de medicamentos en farmacias es la continuidad que necesita la actual y exitosa política implementada desde el Ministerio de Salud, que ha logrado que miles de argentinos accedan al remedio.

Dr. Marcelo Peretta
CONFEDERACION FARMACEUTICA ARGENTINA,
VICEPRESIDENTE

"Conocimiento no significa acumulación de información, sino competencia para actuar."

MP/2003



La hipertensión tiene nuevo tratamiento

Según el 7º informe de la Comisión Nacional Mixta de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC 7) de los EE.UU. descendió el valor considerado para diagnosticar esta enfermedad, existen menos y más simples categorías de hipertensión, los tratamientos de primera instancia deben hacerse con diuréticos y se recomienda la farmacoterapia múltiple.

En un intento por volver a despertar el interés de los profesionales y los pacientes por esta "enfermedad silenciosa y mortal", que muchas veces no se diagnostica y se la trata solo en un tercio de los casos, el 7º informe de la JNC destaca que el riesgo de los pacientes de padecer alguna enfermedad cardiovascular aumenta, ya sea, cuando la presión arterial sistólica (alta) excede los 115 mmHg, o cuando la presión arterial diastólica (baja) cruza el umbral de los 75 mmHg. Por encima de los 115/75 mmHg, el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares se duplica con cada avance de 20/10 mmHg.

En los mayores de 50 años, las presiones arteriales sistólicas superiores a 140 mmHg son determinantes más importantes de enfermedades cardiovasculares que las presiones arteriales diastólicas elevadas. Se enfatiza que las personas deben realizarse un control permanente de su presión arterial: un paciente de 55 años con una presión inferior a 140/90 mmHg aún tiene 90% de probabilidades de desarrollar hipertensión.

Para esclarecer los riesgos y simplificar el diagnóstico de la hipertensión, se deben considerar las categorías incluidas en la Tabla 1. Se reemplazó la

categoría elevada-normal por la de "prehipertensión" para reforzar en los pacientes y los profesionales sanitarios la importancia de cambiar o recomendar cambios el estilo de vida; es decir iniciar la terapia no farmacológica (ver Tablas 2 y 3) que puede detener la progresión de las presiones arteriales a los márgenes hipertensivos.

Lo que el farmacéutico debe saber
Se recomienda el uso de diuréticos tiazídicos para el tratamiento de primera línea de la mayoría de los pacientes con hipertensión sin complicaciones, es decir sin factores de riesgo ni enfermedades concomitantes. Estos medicamentos se pueden usar solos, especialmente en aquellos pacientes que están en la fase de hipertensión grado 1, y que no tienen ninguna de las indi-

caciones obligatorias mencionadas en la Tabla 4.

Otros pacientes necesitarán una politerapia antihipertensiva, por ejemplo un diurético tiazídico y un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o si están contraindicados, un bloqueante de los receptores de angiotensina II. Posiblemente sea necesario el uso de otros agentes como: betabloqueantes, bloqueantes de los canales de calcio o antagonistas aldosterónicos como la espironolactona, según la necesidad de cada paciente basada en el valor de presión arterial, las enfermedades concomitantes y los factores de riesgo. En principio se debe considerar la politerapia en todo paciente cuyo valor inicial de presión arterial sea mayor de 20/10 mmHg por encima del objetivo del

Tabla 1: CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL (a)

Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
- Normal	< 120	y	< 80
- Prehipertensión	120 – 139	o	80 – 89
- Hipertensión, fase 1	140 – 159	o	90 – 99
- Hipertensión, fase 2	≥ 160	o	≥ 100

(a) Basada en dos lecturas, con 5 minutos de intervalo, y con el paciente sentado. Las lecturas elevadas deben confirmarse con medición en el brazo opuesto. Se pueden usar lecturas ambulatorias o de autocontrol realizadas por el paciente para la evaluación de la "hipertensión de la bata blanca"
Fuente: 7º Informe de la Comisión Nacional sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión. <http://www.nhibi.nih.gov/guidelines/hypertension/index.htm>

tratamiento (menor de 140/90 mmHg o menor de 130/80 mmHg en casos de diabéticos o enfermos renales crónicos).

Lo que los pacientes deben saber

Los cambios de estilo de vida y el cumplimiento del tratamiento farmacológico son esenciales para mantener bajo control las presiones arteriales sis-

tólicas y diastólicas elevadas. En la fase de prehipertensión, el farmacéutico debe recomendar la reducción de peso, una dieta más sana, restringir la sal, incrementar la actividad física y reducir el consumo de alcohol, y explicarles lo importante que esta terapia no farmacológica es para lograr una reducción significativa de la presión arterial (ver Tabla 3).

Se puede inscribir a los pacientes en programas de atención farmacéutica con énfasis en la prevención de enfermedades cardiovasculares e instruirlos sobre las formas de llevar una vida más saludable. En la farmacia se debe hacer un seguimiento de su presión arterial, de manera que puedan ver el progreso logrado. El objetivo actual es motivar a los pacientes a través de experiencias e interacciones positivas para establecer una relación de confianza el profesional y el paciente.



Tabla 2: CAMBIO DE ESTILO DE VIDA Principios para la atención farmacéutica	
• Anime a las personas a llevar un estilo de vida saludable.	
• Indique cambios en el estilo de vida a los pacientes con prehipertensión e hipertensión.	
• La reducción de peso es uno de los componentes del cambio en el estilo de vida. Considere el Índice de Masa Corporal (IMC) en cada caso.	
• Recomiende dieta, reducción del consumo de sodio, actividad física aeróbica, y moderación en el consumo de alcohol.	

Fuente: 7º Informe de la Comisión Nacional sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión. <http://www.nhibi.nih.gov/guidelines/hypertension/index.htm>

Tabla 3: IMPACTO DEL CAMBIO DE ESTILO DE VIDA SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA		
Cambio	Recomendación	Promedio de reducción (a)
Reducción de peso	Mantenga el peso normal del cuerpo (índice de la masa corporal entre 18.5 y 24.9 kg/m ²)	5 – 20 mmHg cada 10 Kg.
Dieta para detener la hipertensión	Adopte una dieta rica en frutas, vegetales, y productos lácteos descremados con bajo contenido graso total o saturado	8 – 14 mmHg
Reducción de sodio	Reduzca la ingesta de sodio a menos de 100 mmol por día (24 gramos de sodio o 6 gramos de sal)	2 – 8 mmHg
Actividad física	Actividad física aeróbica regular (por ej. caminatas rápidas) por lo menos 30 minutos por día, 3 días por semana.	4 – 9 mmHg
Consumo moderado de alcohol	Hombres: no más de 2 bebidas por día (b). Mujeres y personas de menor peso: no más de 1 bebida por día (b).	2 – 4 mmHg

(a) Los efectos dependen de la dosis y el tiempo. (b) 1 bebida = 15 ml etanol (por ejemplo: 360 ml de cerveza, 150 ml de vino o 45 ml de whisky).
Fuente: 7º Informe de la Comisión Nacional sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión. <http://www.nhibi.nih.gov/guidelines/hypertension/index.htm>

Tabla 4: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN (a)					
	Elección de medicamentos iniciales				
	DIU	BB	IECA	BRAII	BCC AA ^(b)
Sin complicaciones					
Hipertensión, fase 1	✓	+	+	+	+
Hipertensión, fase 2	✓	+	✓	+	+
Con complicaciones					
Insuficiencia cardiaca	✓	✓	✓	✓	✓
Pos-infarto de miocardio		✓	✓		✓
Alto riesgo de enfermedad cardiovascular	✓	✓	✓		✓
Diabetes	✓	✓	✓	✓	✓
Enfermedad renal crónica			✓	✓	
Prevención de accidente cerebrovascular recurrente	✓		✓		

Siglas usadas: DIU = diuréticos tiazídicos; BB = Beta bloqueantes; IECA= inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; BRAII = bloqueantes de los receptores de angiotensina II; BCC = bloqueantes de los canales de calcio; AA = antagonistas de aldosterona.
(a) Los tildes indican una selección de medicamentos para pacientes con la enfermedad(es) de la lista. Los signos + indican fármacos de segunda instancia o agregados; sus utilidades en estas enfermedades se relacionan más con el aumento de la supervivencia y la reestructuración del miocardio. más útiles para los ajustes de dosis cuando el control de la presión arterial no es adecuado.
Fuente: 7º Informe de la Comisión Nacional sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión. <http://www.nhibi.nih.gov/guidelines/hypertension/index.htm>



Los farmacéuticos de hospital alcanzan objetivos y renuevan autoridades

Fue en el marco del III Congreso argentino de farmacia hospitalaria y el II Congreso argentino de técnicos de farmacia, en San Luis del 13 al 15 de noviembre de 2003.

El balance final del Congreso, deja como resultado un mayor afianzamiento de los objetivos de la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital (AAFH), organización nacional voluntaria de farmacéuticos, que comparten el interés por la práctica de la farmacia en establecimientos de salud, hospitales, clínicas, organizaciones gubernamentales y otras instituciones de atención de la salud.

El objetivo primordial del Congreso fue, en primer término, convocar a cada una de las provincias de la República Argentina, lo cual fue ampliamente cumplimentado con la asistencia de 614 personas entre profesionales, técnicos y alumnos.

El país entero participó con representantes provinciales, lo que generó mayor acercamiento entre los colegas, quienes también pudieron personalmente intercambiar conocimientos y experiencia favoreciendo el mutuo enriquecimiento de todos los participantes.

El segundo objetivo fue plantear la inclusión de las Universidades representadas por los Decanos y alumnos de la carrera de Farmacia. Este espacio fue el más alentador ya que es la primera vez que en el marco de un Congreso organizado por la AAFH, tiene presencia la universidad pública como así también la privada, donde se analizaron detalles de la carrera y su formación de post grado, quedando este espacio firme en futuros Congresos, lo cual es una muestra más del avance y toma de conciencia de que profesionales, docentes y alumnos están comprometidos con el desarrollo del sistema de salud pública.

El tercer objetivo fue afianzar el crecimiento de la AAFH, puesto de manifiesto en Mar del Plata en el desarrollo del 2º Congreso luego de 10 años de realizado el 1º evento, donde concurre-

ron 389 farmacéuticos y técnicos. El apoyo e interés quedan claramente de manifiesto con el establecimiento de las dos próximas sedes para el 4º y 5º Congreso Argentino a realizarse en Mendoza 2004 y en Córdoba 2005.

Durante el Congreso, se logró dar a conocimiento la necesidad real de la comunidad farmacéutica hospitalaria, mediante un relevamiento por encuesta, respecto a acciones institucionales futuras de la asociación, en la capacitación y formación profesional que requiere el ejercicio profesional actual.

Así también, se presentó como herramienta de comunicación la nueva página web de la asociación, para poder así contribuir al acercamiento del farmacéutico de hospital, con los colegas del país y del extranjero, procurar un elevado nivel de ejercicio profesional, contribuir a la capacitación y formación del farmacéutico de hospital, promover la investigación farmacéutica en el campo hospitalario, difundir los conocimientos farmacéuticos y propender a la integración del farmacéutico como miembro del equipo de salud.

El rol social del farmacéutico fue resaltado, mediante muchos de los temas presentados en diversas mesas, como el compromiso en la producción estatal de fármacos, y el cuidado de la calidad de medicamentos, mediante una propuesta de red multicéntrica de reporte de eventos adversos, calidad y errores de medicación, siendo ésta la primera red nacional para la notificación de estos últimos, abarcando un espectro global de monitoreo de medicamentos de que se distribuyen en hospitales. Así también, fueron temas del Congreso la Bioética y la Atención Primaria de la Salud.

Insertos en el programa, se realizó capacitación en Atención Farmacéutica, Esterilización y Metodología de la Inves-

tigación.

Disertaron más de 90 profesionales en una gama variada de temas afines a la profesión, tanto del país como del extranjero.

Se premiaron trabajos científicos, los que se presentaron con una variada amplitud temática, con la participación institucional de la Universidad Nacional de San Luis, apoyando el evento.

Por último, se realizó la asamblea Anual de la Asociación Argentina de Farmacia Hospitalaria (AAFH), durante la cual se eligieron las nuevas autoridades.

La Comisión Directiva de la AAFH quedó constituida de la siguiente manera:

Presidente: Dra. Viviana Bernabei (Pcia. De Bs. As.)
Vicepresidente: Dra. Fabiana Iglesias (Mendoza)
Secretaria: Dra. Karina Gatica (Córdoba)
Tesorero: Dra. Enrique A. Capella (San Luis)
Prosecretaria: Dra. Mariana Palenzuela (Córdoba)
Protesorera: Dra. Graciela Montoya (Pcia. de Bs. As.)
Vocal Titular: Dra. Marcela Rousseau (Capital Federal)
Vocal Suplente: Dra. Silvia Córdoba (Santa Cruz)
Órgano Fiscalizador: Dra. Susana Portalau (Chubut)
 Dra. Sonia Ahumada (Catamarca)
Suplente: Dra. Graciela Fasano (San Juan)

Como se notará también en la composición de la Comisión Directiva, es ampliamente federal, lo que compromete a cada uno de los integrantes a trabajar arduamente a fin de afianzar lo logrado en San Luis 2003. ●

LA VIDA Y LA SALUD EN PELIGRO

Área de Libre Comercio para las Américas- ALCA-

La creación del área de libre comercio para las Américas (ALCA o FTAA en inglés) está en pleno proceso impulsado por los Estados Unidos, extendiendo el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN-Estados Unidos, México y Canadá) con el objetivo de constituir uno de los mercados más grandes del mundo, con 800 millones de habitantes. La meta es imponer el modelo del TLCAN que significa profundizar la privatización y la desregulación en todo el hemisferio. "La imposición de estas reglas les dará a las corporaciones multinacionales el poder de impedir que los gobiernos establezcan normas de salud, seguridad pública y protecciones laborales. Las reglas contenidas en el ALCA limitarán seriamente la posibilidad de crear una política de interés público y bienestar social y aumentarán el control de las grandes empresas sobre los gobiernos".

Lo ocurrido en México, Canadá y Estados Unidos es premonitorio para el resto de los países de América: se eliminaron puestos de trabajo en Estados Unidos y se contrató mano de obra mucho más barata en las fábricas que se han ubicado en México. El bienestar ofrecido nunca ha llegado a México; y en la frontera, los trabajadores mexicanos reciben un salario de cinco dólares mientras que millones de campesinos han sido afectados por las regulaciones del TLCAN. Si no hay un viraje en los contenidos, el ALCA contendrá disposiciones que llevan a profundizar la privatización de las "escuelas, cárceles públicas, servicios de agua y energía, lo que llevaría con seguridad a una elevación de los precios". El ALCA por

otro lado privilegia los derechos de las empresas sobre los pueblos y la democracia en muchos países todavía débil- dándole a los inversionistas la facultad de demandar a los gobiernos "para eliminar leyes que les cuestan a las empresas un poco más, pero que han sido establecidas en cada país para proteger la salud humana, el medio ambiente y la seguridad pública".

Ya hay ejemplos de estas demandas en los tres países del TLCAN.

Uno de los aspectos que se pretende incluir en el ALCA, cuyos signos lo podemos apreciar en algunos arreglos bilaterales como el de Chile o subregional como el ATPDEA, es profundizar la protección de los Derechos de Propiedad Intelectual más allá de lo que se ha dispuesto la Organización Mundial de Comercio. Estados Unidos, que tiene detrás grandes multinacionales farmacéuticas, propondría la eliminación o restricción de las salvaguardas contenidas en el acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados al Comercio (ADPIC), como son las licencias obligatorias y las importaciones paralelas. Más aún, puede llevar la protección de la patente más allá de los 20 años y establecer el secreto de la información del registro de medicamentos para un período tan largo que demore la competencia de los genéricos cuando expire la patente respectiva. El ALCA desconocería la Declaración de Doha (OMCNov 2001) que dejó establecido que los países tienen plena libertad para usar las salvaguardas del acuerdo ADPIC cuando los intereses de la salud públi-



ca así lo exigieran. esto llevaría a un control monopolístico de las corporaciones farmacéuticas que impondrían "precios altos e impedirían la producción de genéricos que pueden salvar vidas humanas".

Pero también es necesario estar atento y responder a los intentos en el ALCA de permitir a las grandes compañías apropiarse de los conocimientos tradicionales de nuestros pueblos y explotarlos con la protección de patentes.

El ALCA no es el "club dorado" como algunos lo llaman. Es el intento de poderosas compañías de poner reglas de juego que aseguren su control, sin

tomar en cuenta sus efectos devastadores sobre la mayoría de habitantes del continente, particularmente los más empobrecidos. Por eso es necesario la articulación de las organizaciones de la sociedad civil, para exigir la transparentación del proceso y debatir públicamente los contenidos del acuerdo y sus probables efectos sobre la vida y la salud de nuestras poblaciones.

Correo de Acción Internacional para la salud,
N° 57, mayo 2003



Dr. Armando Receta, farmacéutico

HOY: LOS FARMACÉUTICOS SE VAN SUMANDO

Por Kappel

LOS FARMACÉUTICOS ARGENTINOS DEL PAÍS SON 20.593. ENTRE BUENOS AIRES, CÓRDOBA, ROSARIO Y MENDOZA, SUMAN MÁS DE LA MITAD.

LA CANTIDAD DE FARMACÉUTICOS QUE HAY EN CATAMARCA, CORRIENTES, CHACO, CHUBUT, ENTRE RÍOS, FORMOSA, JUJUY, LA PAMPA, LA RIOJA Y SANTA CRUZ NO LLEGAN A SUMAR LA CANTIDAD DE PROFESIONALES QUE HAY EN LA CAPITAL...

SI DIVIDIMOS LA CANTIDAD DE FARMACÉUTICOS POR LA CANTIDAD DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL PAÍS NOS DARÍA UN PROFESIONAL CADA 1796 HABITANTES...

... CIFRA QUE SUPERA EN 2308 A LA CANTIDAD DE FARMACÉUTICOS QUE HAY EN LAS PROVINCIAS QUE NO MENCIONAMOS...

COMO VE ME LA PASO TODO EL DÍA CON NÚMEROS, CUENTAS, PORCENTAJES, CÁLCULOS MATEMÁTICOS... ESTOY ESTRESADO, MEJOR ME VOY A ESCUCHAR UN POCO DE MÚSICA...

¿QUÉ VA A ESCUCHAR DR. RECETA?

"SUMO" Y "DIVIDIDOS" ...

Aventis Pasteur

A large graphic consisting of two red, octagonal shapes with white borders, resembling stop signs. The left shape contains the letters "GR" and the right shape contains "IPE", together forming the word "GRIPE". The background is a blue gradient with a fine, textured pattern.

▶ Máxima eficacia ▶ Excelente perfil de seguridad ▶ Calidad garantizada

VACUNA ANTIGRIPE

istivac



Liderazgo en Instituciones y Farmacias

Instituciones de Salud

- Prestigio y reconocimiento en el sector.
 - *Principal proveedor de las instituciones públicas de Salud.*
 - *Presencia creciente en todas las instituciones privadas.*

Farmacias

- Cobertura en las principales farmacias.
- Atención personalizada en todo el país.
- Logística directa.



Northia:
Hacia los
50 años



Trayectoria de
más de 45 años

 **NORTHIA**
Calidad y Tecnología en Medicamentos

