



correo
FARMACEUTICO

PUBLICACION OFICIAL DE LA CONFEDERACION FARMACEUTICA ARGENTINA

Año XV N° 66 - Noviembre/Diciembre 2006 - www.cofa.org.ar



XVII
**CONGRESO
FARMACEUTICO
ARGENTINO**

EDITORIAL

La Asamblea General Ordinaria celebrada el pasado 29 de noviembre en la sede de COFA aprobó por unanimidad el plan de acción para el año 2007, que delineó en sus áreas más importantes los siguientes parámetros:

1) Unidad de concepción para la unidad de acción.

La primera tarea del plan es acordar para tomar la decisión explícita de actuar en consecuencia.

2) Defender la rentabilidad de la farmacia.

Luchar por la desconcentración y aumento del trabajo, a través de la universalización de los convenios de la Seguridad Social y la mejora de las condiciones de contratación.

3) Defensa del canal farmacéutico.

Frente al hecho inédito de una pérdida de mercado que llega a \$800.000.000, se realizarán todos los esfuerzos legales, publicitarios y políticos para recuperarlos.

4) Promoción del farmacéutico.


Capacitación, actualización, defensa gremial y promoción del prestigio público de la farmacia argentina.

5) Fidelización de colegios y farmacias.

Desarrollo de una poderosa herramienta organizativa de carácter gremial.

6) Acciones tendientes al mejoramiento del marco legal de desempeño de la profesión y promoción de la aplicación de normas y resoluciones vigentes con escaso cumplimiento.

Ley de farmacias de nivel nacional y leyes y resoluciones incumplidas.

COLEGA: Este plan tendrá posibilidades de éxito si cuenta con su participación en su Colegio. Recuerde que su futuro profesional y económico está claramente emparentado con el éxito o el fracaso del COLEGIO que lo representa. 

CONSEJO DIRECTIVO



Confederación Farmacéutica Argentina

**Por su propia salud:
No consienta medicamentos ilegales**

**Usted debe recibir de su obra social o prepaga los
medicamentos solo a través de la farmacia
Quien no cumple con estas disposiciones legales entrega
medicamentos provenientes del mercado negro**




*Siendo ésta la última revista de 2006, aprovecho la oportunidad para saludar a todos los colegas del país. Este ha sido un año con muchos vaivenes, en el que hemos trabajado duramente por nuestra profesión, **por el reconocimiento del farmacéutico como agente sanitario y de la farmacia como centro de Salud**. Hemos bregado por el mejoramiento constante de nuestras condiciones profesionales, así como del nivel académico y la actualización continua. Prueba de ello fue el éxito obtenido en la convocatoria al XVII Congreso Farmacéutico Argentino, que contó con más de mil asistentes y la presencia de expertos nacionales e internacionales que prestigiaron el evento.*

Nuestro horizonte está trazado: queremos el medicamento en la farmacia; un medicamento seguro para la población, dispensado solamente por el profesional farmacéutico.

De cara a 2007, renovamos nuestro compromiso de trabajar arduamente por el bienestar de los profesionales farmacéuticos y de la población. En este sentido, realizaremos todas las gestiones a nuestro alcance para impedir que se ponga en riesgo la salud de los argentinos con medicamentos falsificados, adulterados y que no cuentan con las condiciones requeridas de seguridad y conservación. Ya estamos en ese camino, denunciando esta situación ante las autoridades y los medios de comunicación, concientizando a la población del peligro de adquirir medicamentos fuera de la farmacia.

A su vez, estamos trabajando junto a los farmacéuticos en la jerarquización de la profesión, a través de una dispensación activa, en la cual el farmacéutico sea considerado, definitivamente, un integrante del equipo de Salud. Pero para profundizar y extender estas acciones a todo el país necesitamos contar con el apoyo de nuestros colegas.

En nombre de la Confederación Farmacéutica Argentina, quiero desearles un feliz año y que en 2007 logremos, juntos, nuestros objetivos. 

Dr. Carlos Alberto Fernández
Presidente de la COFA



CONFEDERACIÓN FARMACÉUTICA ARGENTINA

PROGRAMA EFC EDUCACIÓN FARMACÉUTICA CONTINUA

Educación Farmacéutica Continua

Cursos a distancia válidos para la certificación profesional



Créditos EFC: 3
Módulo I al 8

Confederación Farmacéutica Argentina



Créditos EFC: 12

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires



Créditos EFC: 3,75

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Capital Federal



Créditos EFC: 3,75

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Capital Federal



Créditos EFC: 3,75

AGOTADO

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Capital Federal



Créditos EFC: 1,90

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe



Créditos EFC: 5

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba



Créditos EFC: 3,75

AGOTADO

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba



Créditos EFC: 3,75

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba



Créditos EFC: 5,65

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba



Créditos EFC: 1,60

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe



Créditos EFC: 5,65

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba



Créditos EFC: 6

Asociación Argentina de Fitomedicina



Créditos EFC: 3

Ediciones Isis SRL



Créditos EFC: 3,75

AGOTADO

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Capital Federal



Tomo 1
Tomo 2

Editorial Médica Panamericana



Créditos EFC: 6

Módulo I y II
Módulo III y IV
Módulo V y VI

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires



Créditos EFC: 3

2ª Edición Incluye Curso básico y avanzado de A. F.

Editorial Panamericana



Créditos EFC: 3,75

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires



Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba

Créditos EFC: 6
sin evaluación presencial
EFC: 12
con evaluación presencial



El papel del farmacéutico en el autocontrol y la automedicación

Confederación Farmacéutica Argentina



Créditos EFC: 0,625

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires



Créditos EFC: 1,875

Informes COFA: Tel. 011-4342-1001
joseruggieri@cofa.org.ar, cursos@cofa.org.ar
observatoriocurso@cofa.org.ar

CONSULTE PRECIOS Y STOCK EN
www.cofa.org.ar LINK EFC
Documentos y libros de interés farmacéutico

Víctimas de remedios adulterados



Por el Dr. Carlos Alberto Fernández

Presidente de la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA)

(Nota publicada el sábado 18 de noviembre de 2006 en la sección Opinión del diario Clarín)

Lamentablemente, cuando usted, lector, lea esta nota, el mercado ilegal de medicamentos habrá cobrado miles de nuevos nombres a su lista de víctimas mudas.

Entre esas víctimas, por ejemplo, se cuentan pacientes que llegan a las guardias con un cuadro de hipertensión o infarto por haber ingerido un antihipertensivo sin eficacia, por haberse adulterado su fórmula original. O quizá, con un coma diabético por haber consumido una insulina que no tuvo los cuidados especiales que requiere su traslado y conservación.

Muchas obras sociales, creyendo que ahorran dinero, sin importarles la salud de la población, están entregando insulinas y medicamentos oncológicos en forma directa, sin tener en cuenta que


esta operatoria puede estar utilizando medicamentos apartados de la línea de control, que pueden terminar causando daños a la salud del paciente.

Se está promoviendo un mercado no legal, que omite las normas de seguridad que el manejo de estos fármacos requiere.

Esto, como contrapartida, origina un mayor gasto en el sistema de salud que termina siendo pagado por el Estado, que en definitiva somos todos nosotros. Otra forma de hacer correr riesgos a la salud de la población es la venta de medicamentos en kioscos y supermercados, lo que genera un mercado negro que se presta, por la falta de control, a la comercialización de medicamentos falsificados. Un medicamento adulterado es veneno. Por acción u omisión (falta de eficacia), siempre causará daño. No puede ser que todavía haya localidades en la Argentina en las que se vendan medicamentos en kioscos y supermercados, en forma fraccionada y sin las mínimas condiciones de seguridad ni control, ni castigo por parte de las autoridades cuando se infringen las leyes.

De poco sirven las leyes si la sociedad no está dispuesta a cumplirlas y hacerlas cumplir.

Las autoridades sanitarias y la Policía tienen la obligación de controlar estas irregularidades. Esto está tipificado en el artículo 204 del Código Penal de la Nación.

A su vez, las autoridades tienen la responsabilidad de concientizar a la población de este riesgo. Los farmacéuticos argentinos estamos dispuestos a colaborar a fin de que esta inmensa lista muda de víctimas no siga sumando nombres. 



Las cifras del mercado negro global

El Centre for Medicines in the Public Interest de Estados Unidos estima que la venta global de medicamentos falsificados va a alcanzar los 75 billones de dólares en 2010, un aumento de más del 90% desde 2005. A su vez, la Organización Mundial de la Salud denunció públicamente que hay sitios web de farmacias "virtuales" que operan de forma ilegal, venden medicamentos sin receta y utilizan productos no autorizados o falsos. *"Estas farmacias operan internacionalmente, no tienen una dirección registrada y venden productos que tienen un origen desconocido o poco claro"*.



La denuncia de la Organización Mundial de la Salud fue difundida el 15 de noviembre pasado, en el marco de la presentación del Grupo de Trabajo IMPACT (International Medical Products Anti-counterfeiting Taskforce), creado específicamente para poner en práctica y velar por el cumplimiento de un plan global para la lucha contra los medicamentos falsificados. Las autoridades de la Organización explicaron que el equipo de trabajo se centrará en cinco áreas de acción: legislación y aplicación de las leyes, regulación, comunicaciones y tecnología. *"Sin cambios en estas áreas, no tendrá éxito la lucha contra la falsificación"*, afirmó Howard Zucker, subdirector general para Tecnología de la Salud y Farmacéutica. Y a continuación añadió: *"los medicamentos falsificados deben afrontarse no sólo mediante esfuerzos globales, sino mediante una actitud colaboradora que implique a los reguladores, profesionales sanitarios, ejecutivos, legisladores e industria"*.

Por su parte, el coordinador del grupo, doctor Valerio Regí, advirtió a los gobiernos que las leyes actuales frente a los fármacos falsos *"son inadecuadas y no son disuasorias"*.

Los sistemas legislativos de la mayoría de los países no consideran la falsificación de medicamentos como un asunto más serio que la falsificación de productos de lujo como bolsos o relojes. Sus leyes están diseñadas para proteger las marcas más que la salud de las personas. En algunos países industrializados las camisetas falsificadas reciben una sanción más severa que los fármacos falsos, aseveró. Es por eso que se presentarán guías para un modelo legislativo que ayude a los países a adaptar sus leyes a la gravedad del delito. *"Un objetivo principal es que los países consideren la falsificación como un crimen contra la seguridad humana e incorporen ese principio a sus leyes"*.

En el área tecnológica la OMS retó a los proveedores a desarrollar nuevas tecnologías o adaptar las existentes para prevenir la falsificación y detectar y seguir la pista a las falsificaciones en los mercados y en los sitios 'web'.

Actualmente la OMS está examinando propuestas de tres compañías de telefonía para aplicar sus tecnologías en la comprobación de la autenticidad de los productos médicos. Tecnologías basadas en el ADN, la nanotecnología y otras propuestas serán evaluadas por los miembros de IMPACT en el primer trimestre de 2007.

Además se creó un pequeño grupo para actualizar de forma constante los datos globales sobre falsificación de fármacos y compartir información con los miembros de IMPACT. Además se realizarán campañas de apoyo que incluyan anuncios y otros materiales.

Las autoridades de la OMS aclararon, no obstante, que otras farmacias que ofrecen medicamentos en Internet *"son completamente legales, solicitan recetas y distribuyen medicamentos de empresas autorizadas"*.

Europa

De acuerdo a un informe de la Comisión Europea, en el año 2005 se interceptaron 560.598 unidades de medicamentos falsificados, menos de un 1 por ciento del total. El origen de esos productos fue, en un 75 por ciento, India; un 7 por ciento, Egipto; 6 por ciento, China; 4 por ciento, Tailandia, y un 1 por ciento o inferior otros países entre los que se encuentran Argentina, Suiza e Indonesia. Los datos reflejan que en el conjunto de la UE hubo, entre 2004 y 2005, un 25 por ciento menos y particularmente en España se produjo una reducción de la captación de un 34%. El comisario europeo de Fiscalidad, László Kovács, atribuyó el descenso en el número de artículos interceptados en 2005 a "la creciente complejidad de las rutas de suministro que utilizan los falsificadores, a la alta calidad de algunas falsificaciones, lo que dificulta su identificación, y al creciente uso de Internet para distribuirlas".

(Fuente: Cofares – España)

Proyecto de modificación del Código Penal

La Cámara de Diputados aprobó y giró al Senado un proyecto de ley que propone penas de entre 3 y 10 años de cárcel para quien adultere medicamentos, y multas de \$10.000 hasta \$200.000. La iniciativa, que obtuvo el voto afirmativo de 140 diputados presentes y sólo tres abstenciones, aumenta las penas para quien envenenare o adulterare sustancias medicinales, destinadas al uso público o al consumo de una colectividad de personas.

La norma también contempla multas de \$10.000 a \$200.000, si no resultare la enfermedad o muerte de alguna persona. La pena máxima es de 10 a 25 años de prisión para los casos en que derive en la muerte de un paciente por el consumo de ese tipo de sustancias; de 5 a 15 años para cuando se ocasione lesiones gravísimas, es decir que produzca la "inhabilitación permanente" de un órgano o de su función; y de 3 a 10 para las lesiones graves que deriven en "inhabilitación para trabajar por 30 o más días a una persona". Además de la falsificación, la ley establece penas de prisión de dos a ocho años para quien modifique o altere el número de lote, la fecha de vencimiento, la modalidad de expendio o cualquier otra condición de identificación de las sustancias medicinales autorizadas, pero además pena la distribución, venta, traslado y tenencia.

El proyecto fue defendido en el recinto por el diputado del Frente para la Victoria Juan Sylvestre Begnis, Presidente de la Comisión de Salud. "En los últimos años, numerosos antecedentes han revelado la necesidad de una adecuación del Código Penal, que hasta el momento no incluye taxativa ni específicamente las diferentes circunstancias de todo el proceso de falsificación", dijo en el comienzo de su discurso. El legislador reseñó que "en los últimos diez años la ANMAT hizo 533 denuncias penales (por falsificación de medicamentos)". "A raíz de esas denuncias se hicieron 450 allanamientos. Pero como consecuencia del déficit penal y de la falta de especificidad, sólo hubo 110 o 120 detenidos, y de ellos solamente nueve personas fueron sentenciadas. Es decir que en la última década se detuvo a menos de una persona por año".

Al tomar la palabra, la diputada Rosario Romero, titular de la Comisión de Legislación Penal, sostuvo que "con este proyecto se intenta perfeccionar la norma penal prevista en los artículos 200 y 201 del Código Penal, atrapando en la nueva normativa casos que resultaron y resultan atípicos". La diputada entrerriana recordó las muertes y perjuicios que ocasionó en diciembre de 2004 el medicamento conocido comercialmente como Yectafer.

"Con el nuevo texto que proponemos para el artículo 200 estamos atrapando las figuras de peligro abstracto y de peligro concreto. La norma incluye penas para los responsables de adulterar medicamentos "incluso con sustancias inocuas", es decir a los que provocan perjuicios a los pacientes como a los que no cumplen con la función para la que el medicamento fue creado."

Técnicas sofisticadas

Según las últimas estimaciones elaboradas por la OMS, la OCDE y el Instituto para la Seguridad Farmacéutica, más del 30 por ciento de los medicamentos que se venden en áreas de América Latina, Sudeste asiático y África subsahariana son falsos. En las economías emergentes la proporción se estima en el 10 por ciento aunque en muchas de las antiguas repúblicas soviéticas puede rondar el 20 por ciento, mientras que en los países desarrollados con fuertes mecanismos regulatorios las falsificaciones son inferiores al 1 por ciento del valor de mercado, pero el 50 por ciento de las ventas de sitios de Internet que ocultan su dirección física son falsas (y, en general, estas firmas se encuentran en países desarrollados).

El estudio mostró que la habilidad de los falsificadores para reproducir los hologramas y otras técnicas gráficas sofisticadas aumentó dramáticamente entre 2001 y 2005, haciendo la detección aún más difícil.

"El impacto de estas cifras en las vidas de las personas es devastador", señaló el doctor Howard Zucker subdirector general para Tecnología de la Salud y Farmacéutica. "Sean ricos o pobres muchos pacientes que toman confiadamente fármacos podrían acabar enfermado o muriendo".

El grupo de trabajo expresó que espera que para finales de 2007 que los 193 Estados miembros de la OMS estén colaborando para poner freno a este problema.

Medicamentos falsificados en el mundo

- En enero de 2006, la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos difundió una alerta sobre medicamentos adulterados contra la gripe, incluyendo medicación de comercialización bajo receta como el oseltamivir (Tamiflu).

- La Inspección Holandesa del Sistema de Salud advirtió a los consumidores a principios de este año de no comprar Tamiflu a través de internet luego de que fueran halladas en el país cápsulas conteniendo lactosa y Vitamina C y no sustancia activa.

- En el Reino Unido la Policía contabilizó 5000 paquetes de Tamiflu falsificado a comienzos de 2006, estimados en un valor de 500.000 libras.

- Un reciente estudio publicado en la revista The Lancet concluyó que más del 40% de los productos etiquetados como conteniendo artesunato (contra la malaria) no incluyen ingredientes activos y por eso no brindan ningún beneficio terapéutico.

- En 2006, El Servicio Federal Ruso para la Supervisión del Área de Salud (FSHSS según las siglas en inglés) reportó que el 10% de todos los fármacos en el mercado de ese país eran falsificados. Sin embargo, otras fuentes estiman que las cifras reales son mucho más altas.

- En Perú la venta de medicamentos falsificados aumentó de una cifra estimada en US\$ 40 millones de dólares en 2002 a 66 millones en la actualidad, de acuerdo a la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de ese país. Esto incluye medicamentos que entraron al país de contrabando, vendidos, falsificados, adulterados, sin etiqueta o con la etiqueta alterada y los robados de depósitos del Ministerio de Salud, las Fuerzas Armadas o la Policía.

La masacre de Panamá

Cuarenta y cuatro vidas se cobraron en Panamá cuatro medicamentos (jarabes para la tos y cremas antialérgicas) contaminados con alcohol industrial. Aun veinte personas continúan hospitalizadas por haber consumido un fármaco elaborado por el laboratorio de la Caja de Seguro Social (CSS) que contenía alcohol Dietilenglicol y que les habría causado Síndrome de Insuficiencia Renal Aguda (SIRA). Al número de víctimas que se dio a conocer oficialmente el 2 de octubre pasado, se suman otros 25 pacientes envenenados que superaron la fase de hospitalización y se encuentran en control ambulatorio.

Según un comunicado de las autoridades sanitarias panameñas, se están analizando los expedientes de tres hospitales públicos de la capital y otro de la provincia de Chiriquí, limítrofe con Costa Rica, que suman unos 10.000 pacientes hospitalarios, dados de alta en el periodo coincidente con la presentación del SIRA, a fin de confirmar o descartar su relación con esta contaminación.

Las autoridades informaron que, además de la presencia del dietilenglicol, se descubrió que insumos adquiridos por la Caja del Seguro Social (CSS) para preparar los medicamentos tenían como fecha de vencimiento el 2004, pero que había sido adulterada y cambiada para el 2007.

Aún al menos 20 mil frascos de estos medicamentos continúan en circulación.

El Presidente de ese país, Martín Torrijos ordenó finalmente el cierre del laboratorio de la CSS y la creación de una entidad pública que vigilará y supervisará la calidad de los medicamentos elaborados en Panamá y en el exterior.



**CONFEDERACION
FARMACEUTICA
ARGENTINA**

www.cofa.org.ar

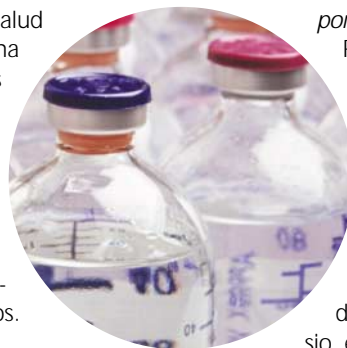
● Sólo en Lima el número de farmacias ilegales dedicadas a la falsificación aumentó de una cifra estimada de 200 en 2002 a un número actual de 1800. La Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, dependiente del Ministerio de Salud captó aproximadamente 460,000 medicamentos adulterados o vencidos sólo en 2005.

● En Venezuela, Estela Hidalgo, directora ejecutiva de la Cámara del Medicamento de ese país aseguró que en el aeropuerto de Caracas este año ya se denunciaron 256 casos de robo de medicamentos, especialmente de oncológicos y psicotrópicos por su valor de venta, con un perjuicio estimado en alrededor de 9 mil millones de bolívares (4,1 millones de dólares). Hidalgo adjudicó estos robos a bandas delictivas vinculadas, además, con el narcotráfico, ya que en algunos casos los embarques con medicamentos fueron reemplazados con drogas. "Al contrabando y hurtos en

el aeropuerto de Caracas se le suma la venta callejera de medicamentos en las principales ciudades del país, distribuidos por empresas fantasmas".

● En 2005 el Sistema de Salud de la República Dominicana reportó que el 50% de las farmacias en el país operaban ilegalmente y que el 10% de las medicinas que llegaron al país eran falsas. Por ejemplo, algunos de los fármacos encontrados habían expirado hacía más de 10 años.

El Pharmaceutical Security Institute (PSI) de Estados Unidos difundió un informe sobre falsificación, robo y contrabando de medicamentos en el mundo desde 2002, a partir de casos debidamente comprobados por la justicia de cada país. El informe de la consultora norteamericana



na precisa que los casos denunciados y comprobados se incrementaron de 194 en 2002 a 973 en 2005.

Los países con más denuncias durante 2005 fueron China con 158 "incidentes por falsificación", seguida por Rusia con 102, Estados Unidos con 100, Colombia con 71 y Corea del Sur con 67.

Durante el segundo Foro Latinoamericano para la Prevención y Lucha contra la Falsificación de Medicamentos, que sesionó en Buenos Aires del 8 al 11 de noviembre, Rosario Dalesio, especialista de la OPS, afirmó que "en América Latina se ha convertido en un delito lucrativo que hay que combatir con el esfuerzo y la coordinación de los sectores privados y las autoridades de salud". "Un ministro de Salud de América Latina una vez me admitió que si tuviera que cerrar una farmacia por vender medicamentos falsificados, se quedaría sin farmacias en su país".

Dalesio explicó que los gobiernos no dan prioridad al combate contra la falsificación de medicamentos, sino a las "buenas prácticas manufactureras" de la industria farmacéutica, que es un requisito internacional que garantiza la calidad del producto.

En la Argentina, el Dr. Manuel Limeres, interventor de la ANMAT, denunció el 8 de noviembre que los medicamentos falsificados representan el 7% del mercado local. Son aproximadamente 28 millones de unidades. De las 400 millones de unidades que se consumen, casi la cuarta parte corresponde a medicamentos de venta libre, sin prescripción médica.

Miguel Maito, de CILFA, y Rodolfo Vicent, de CAEMe, señalaron durante el Foro Latinoamericano para la Prevención y Lucha contra la Falsificación de Medicamentos que "el robo de fármacos era 1.000 millones de dólares anuales y ahora es de 300 millones; esa porción del delito se pasó a la falsificación".

Solo hace un mes, la Cámara de Diputados sancionó un proyecto enviado por el Ejecutivo para modificar el Código Penal y poder condenar a los falsificadores. Hasta ahora los jueces sólo pueden hacerlo si el medicamento falsificado daña la salud de una o varias personas (un hecho difícilmente comprobable en la realidad de una guardia hospitalaria o una situación de emergencia). El proyecto espera ahora su turno en el Senado.

Contrabando de fármacos de Perú a Chile

De acuerdo con una nota publicada en el diario El Mercurio, de Chile, las bodegas de la Aduana de Chacalluta, en la Primera Región, se encuentran atiborradas de supuestos medicamentos que son ingresados ilegalmente desde Tacna, Perú, y que no cuentan con ninguna certificación sanitaria.

Cada mes se decomisan en ese control fronterizo cerca de cuatro mil unidades de jarabes, grageas y pomadas que prometen curar desde irritaciones cutáneas hasta el sida.

Son ingresados por chilenos y peruanos que viajan diariamente desde Arica. En la unidad de Drogas de Aduanas y en el Servicio de Salud de la zona reconocen que es difícil fiscalizarlo todo. Este último aplica tres revisiones al mes en la frontera, y otras aleatorias en ferias y barrios. En una de las últimas se incautaron 10 mil unidades de "fármacos". Dos mil chilenos viajan diariamente a Tacna y a través de este contrabando hormiga llegan a Arica e Iquique.

Mauricio Flores, jefe de la unidad de Drogas de Aduanas, dice que, pese al esfuerzo desplegado, los funcionarios carecen de experticia científica para la detección de este tipo de ilícitos. Que el control es insuficiente se evidencia con sólo recorrer ferias y negocios de la I Región. En calle Máximo Lira, en Arica, una variopinta muestra de botellas, frascos, latas y pomos prometen salud y juventud a bajo precio. Un jarabe denominado "Prostasan", asegura que desinflama la próstata, previene el cáncer, regula la orina y alivia el dolor testicular. Todo en uno.

Otros, como el Erectol, "curan" la impotencia o "frigides" (sic). O eliminan la "vilis" (sic). Pomadas de grasa de serpiente garantizan el alivio del reumatismo y la artritis.

La demanda la sostiene su bajo costo. Un frasco de "baba de caracol", regeneradora de la piel, cuesta \$500. En una farmacia alcanza los \$11 mil.

Pero nada asegura su calidad. Los componentes activos de la "Uncaria tomentosa" (la popular "uña de gato") deben ser sintetizados en laboratorio. Pero los "farmacéuticos" artesanales peruanos sólo muelen el tallo leñoso de la planta antes de introducirlo en cápsulas. La jefa de Farmacia del Servicio de Salud de Arica, Margarita Ugalde, dice que es imposible que los tres funcionarios de la unidad puedan controlarlo todo.

Las periódicas fiscalizaciones desnudan las carencias. En cada una de las tres que mensualmente realiza en Chacalluta, durante todo un día, el departamento de Acción Sanitaria retira una camioneta repleta de estos productos.

XVII Congreso Farmacéutico Argentino

Del 26 al 28 de octubre se desarrolló en la ciudad de Villa Carlos Paz, Córdoba, el XVII Congreso Farmacéutico Argentino, organizado por la Confederación Farmacéutica Argentina y el Colegio de Farmacéuticos de la provincia bajo el lema: "Evolución de la práctica farmacéutica: Legislación y formación continua". Del evento, que convocó a más de mil profesionales de todo el país, participaron autoridades sanitarias nacionales y provinciales, legisladores, académicos, dirigentes de entidades representativas de los profesionales, así como expertos de España, Estados Unidos y Chile que expusieron los modelos de atención farmacéutica que se están implementando en sus países.



(De izq. a der.) Los Dres. Marcelo Farri Vicepresidente del Colegio de Farmacéuticos de Córdoba, el Dr. Manuel Limeres, titular de la ANMAT, la Lic. Mercedes Rencoret, jefa del Departamento Científico del Colegio de Farmacéuticos de Córdoba y el Dr. Carlos Alberto Fernández, Presidente de la COFA durante la ceremonia de apertura del XVII Congreso Farmacéutico Argentino.

La necesidad urgente de una ley que regule actividad farmacéutica y la jerarquización de la profesión, agregando valor a la dispensación a través de los nuevos paradigmas de atención, fueron los temas centrales tratados en el Congreso Farmacéutico Argentino.

Al inaugurar el evento, el Dr. Carlos Alberto Fernández, Presidente de la COFA, destacó la importante convocatoria de farmacéuticos de todo el país e indicó que "es una gran oportunidad para actualizar nuestros conocimientos. Hoy la capacitación profesional continua resulta fundamental, ya que nuestra profesión cumple un rol importante en la salud de la población. Por medio de la jerarquización, el farmacéutico tiene un rol cada vez más activo en la administración eficiente y segura del medicamento en el sistema de Salud". El dirigente planteó, a continuación, ante las autoridades y legisladores presentes, una situación sobre la que viene alertando la Confederación Farmacéutica desde hace ya varios años y que está poniendo en riesgo la salud de la población: "El Estado debe comprometerse con una muy activa política de eliminación de las actividades ilegales de venta de fármacos fuera de la farmacia; éstas son las ventas por Internet, en kioscos y almacenes y las entregas a domicilio directamente desde algunos laboratorios de especialidades medicinales. La salud pública corre riesgos incalculables por estas prácticas y debemos actuar en forma conjunta, como lo hacen los países desarrollados. Para esta tarea estamos dispuestos a colaborar desde nuestras oficinas de Farmacia y con nuestras organizaciones. Esto ya lo hemos planteado ante las autoridades nacionales y estamos a la espera de la decisión política de terminar con esta situación."

En la ceremonia de apertura estuvieron presentes también el titular de la ANMAT, Dr. Manuel Limeres; la Lic. Mercedes Rencoret, jefa del Departamento Científico del Colegio de Farmacéuticos de Córdoba, y el Vicepresidente del Colegio, Marcelo Farri. El Congreso se caracterizó por el encuentro en un mismo foro, de modelos diferentes de atención farmacéutica y propuestas distintas de legislación sobre la actividad.

En la Cámara de Diputados está en estudio un proyecto de actualización de la ley 17565. Sobre el contenido de este proyecto debatieron el Dr. Juan Sylvestre Begnis y la Diputada Farm. Fabiana Ríos. El Presidente de la Cámara de Diputados planteó, entre otros puntos conflictivos, que no es necesario establecer una separación mínima entre farmacias y que hay otros temas más importantes para discutir como "el tiempo de dispensa, la atención profesional por parte del farmacéutico, que exige su presencia activa." También mencionó la necesidad de incluir en el texto del proyecto "la necesidad de avanzar en el control de los pacientes crónicos, independientemente de los criterios del profesional médico. Con coraje, darle al profesional farmacéutico la tarea que por sus conocimientos, no sólo por conocimientos técnicos, sino por el diálogo con sus clientes, perfeccionaría la atención profesional." El legislador señaló finalmente que "uno de los objetivos en que todos estamos de acuerdo pero nos cuesta concretar, es

que la farmacia se transforme en un verdadero establecimiento que colabore con programas sanitarios”.

Totalmente en desacuerdo con la postura “desreguladora” del Dr. Begnis, la diputada Fabiana Ríos (ARI), afirmó que “el proceso desregulador en la Argentina ubicó al medicamento en un lugar de mercancía y ubicó a los farmacéuticos en el lugar de comerciantes”. “Planteamos la necesidad de una ubicación racional de los servicios de salud, porque entendemos a la farmacia como servicio de salud.” La Farm. Ríos destacó, finalmente, como uno de los puntos centrales a estipular en la nueva ley: “Creemos que el rol del farmacéutico no sólo se circunscribe a las farmacias. Hoy no encontramos un funcionario que nos diga por qué en los hospitales públicos tiene que haber farmacéuticos, por qué en las clínicas, depende, y por qué no en todos los lugares donde se manejan fármacos tiene que haber un farmacéutico.”

Modelos de atención

Otro de los debates del encuentro se dio entre el modelo de Atención Farmacéutica que está comenzando a implementarse en Estados Unidos, impulsado por la Prof. Linda Strand, que promueve la atención de pacientes en un consultorio por parte del farmacéutico, luego de un entrenamiento de 2 a 3 años, con la potestad de prescribir fármacos, frente a la postura española que propende una formación de más de 9 años, con una especialización y se limita al consejo y seguimiento de los pacientes, pero sin superponerse a la atención médica.

Actualización profesional

Más de mil asistentes tuvo el Congreso, que fue declarado de Interés Legislativo por el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación, así como de Interés Científico por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica. El programa académico del evento incluyó un curso de capacitación en la elaboración de formulaciones magistrales en la oficina de farmacia y de actualización en dermatocosmética. También se desarrolló un curso internacional sobre biodisponibilidad y bioequivalencia de los medicamentos dirigido por la Dra. María Eugenia Olivera (Facultad de Ciencias Químicas - UNC) y que contó con una mesa de disertantes conformada por: Dra. Silvia Storpirtis (ANVISA - BRASIL), la Dra. María Nella Gai (Universidad Nacional de Chile) y el Dr. Juan Carlos Fer-



La Lic. Mercedes Rencoret y el Dr. Fernández coincidieron en destacar la necesidad de un marco legal para el desarrollo de la profesión farmacéutica.



El Dr. Carlos Alberto Fernández manifestó que el objetivo de los farmacéuticos argentinos unidos debe ser “lograr que la Farmacia sea considerada un establecimiento sanitario”.

nández (ANMAT).

“Las estrategias de la comunicación y su impacto en la gestión y rentabilidad de la farmacia” fueron desarrolladas por los Lic. Carlos Spontón (Universidad Católica de Córdoba) y Lic. Gustavo Idoyaga (Universidad del Salvador).

En las diferentes conferencias que se desarrollaron durante la primera jornada del Congreso se abordaron, entre otros temas: La Atención Farmacéutica en el trabajo diario de la oficina de farmacia; Diagnóstico y perspectiva de la Atención Farmacéutica en Argentina; La Atención Farmacéutica en España, disertación del Dr. Francisco Zaragoza García (Facultad de Farmacia – Universidad de Alcalá de Henares. España); Estrategias para el estudio de plantas medicinales; Medicamentos Fitoterápicos - Disposiciones Reglamentarias vigentes; Alcances de la Atención Farmacéutica en Homeopatía y Sistemas de liberación de fármacos.

Durante la segunda jornada del Congreso, se abordó el tema de la legislación pendiente para regular la actividad far-

macéutica en la Argentina y el Dr. José Enrique Hours Pérez (ex Presidente Colegio de Farmacéuticos de Madrid) describió la situación en España.

El control de la calidad de los medicamentos fue uno de los principales tópicos del programa del evento. La Dra. Silvia Storpirtis, de ANVISA-Brasil y el Dr. Ricardo Bolaños (ANMAT-Argentina) explicaron las normas nacionales e internacionales de Biodisponibilidad y Bioequivalencia. A su vez, funcionarios de los ministerios de Salud de las provincias de Córdoba, Buenos Aires, Mendoza y San Juan analizaron, en base al marco legal de cada región, la situación del control en la dispensa/venta de medicamentos, mientras que representantes de la ANMAT-INAME disertaron sobre la regulación y control de psicotrópicos y estupefacientes y de la regulación y cumplimiento de normas GMP.

En ese marco, se describieron también las Buenas Prácticas de preparación en Farmacia, según la Farmacopea VII Edición. El programa científico continuó con una disertación del Dr. Héctor Pérez, de la Fundación Huésped y el Dr. Miguel Díaz, del Programa HIV Sida, de Córdoba sobre la situación del HIV en Argentina. En ese marco, el Farm. Juan Ramos, del Hospital Ramos Mejía, de Buenos Aires, describió su experiencia en la atención farmacéutica de pacientes con HIV.

Paralelamente, en otros paneles se abordó la educación sexual en la comunidad, las acciones del equipo de salud en el control de Dislipemias, el control de las adicciones y la ética en las profesiones de la salud.

En cuanto a la educación de grado y postgrado, académicos y funcionarios trataron la acreditación de la carrera de Farmacia; las especialidades de la carrera de Farmacia en la formación de posgrado; la función del Comité Nacional de Certificación y Recertificación Profesional Farmacéutica en la categorización de la educación continua, la experiencia del Practicanato y la Educación Farmacéutica Virtual, así como los modelos educativos de Estados Unidos (Pharmaceutical Care) y España.

El sábado 28, en la última jornada del Congreso, los Dres. José Carlos Montilla (Presidente de la Comisión Nacional de Farmacia Industrial y Galénica del Ministerio de Sanidad y Consumo de España), Carmen Bueno (Laboratorio Eli Lilly) y Francisco Taxonera (Laboratorios Ferrer Internacional - España) describieron la política española de regulación de precios.

El programa científico se completó con una serie de conferencias sobre polimorfismo y su relación con la biodisponibilidad de los fármacos; disponibilidad biológica y resistencia de los antiinfecciones y las nuevas vacunas e inmunopotenciadores.



Más de mil asistentes tuvo el Congreso que se desarrolló en la ciudad de Villa Carlos Paz.

Conclusiones

En la ceremonia de clausura, las autoridades de las entidades organizadoras expresaron: *“El Congreso nos deja un gran optimismo con respecto al futuro de nuestra profesión, ya que se observó que la mayoría de los asistentes son profesionales jóvenes interesados en la capacitación continua.”*

El Dr. Carlos Alberto Fernández, Presidente de la COFA, manifestó: *“Hemos tenido un congreso muy exitoso. Queremos felicitar a los organizadores y a todos los colegas que trabajaron para que esta nueva convocatoria fuera posible. El objetivo de los farmacéuticos de todo el país, congregados en la Confederación, es lograr que la Farmacia sea un establecimiento sanitario, porque un proyecto de salud que priorice la prevención y la promoción tiene en la Farmacia un pilar insustituible”.*

Por su parte, la Farm. Mercedes Rencoret, a cargo del Comité Científico del Congreso, también destacó la gran participación de profesionales de todo el país y el excelente nivel académico de los disertantes. Y coincidió con las palabras del Dr. Fernández: *“Creo que está claro que todo el sector farmacéutico está pidiendo un cambio y que nos acompañe un marco legal para el desarrollo de nuestra profesión y el otro cambio planteado es la conciencia que tiene que haber por parte de los farmacéuticos en cuanto al desarrollo del servicio de atención farmacéutica, totalmente apuntado a los pacientes, al servicio que se ofrece en las oficinas de farmacia.”*

Finalmente se leyeron las conclusiones del encuentro:

Trabajos científicos

Durante el XVII CONGRESO FARMACÉUTICO ARGENTINO se presentaron 74 trabajos en la modalidad de póster que fueron evaluados por el Comité Científico. Dentro del Área de Educación se presentaron 8 trabajos, 12 en Farmacia Comunitaria, 6 en Farmacia Hospitalaria, 6 en Farmacia Industrial, 13 dentro del Área de Gestión de Salud, 2 en Legislación Farmacéutica y una gran mayoría dentro del Área de Investigación y Desarrollo (27).

El premio lo obtuvo un trabajo titulado “Uso indebido de anabólicos y estimulantes en adolescentes, adicción y efectos secundarios” realizado por: Chiesa S., Martínez E., Villani A., Rasia C. del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires – Filial Junin.

A continuación publicamos los trabajos que obtuvieron mención especial:

- ❑ CLASIFICACIÓN BIOFARMACÉUTICA DE AMITRIPTILINA Y BIOEQUIVALENCIA ENTRE SUS FORMULACIONES: Romañuk C., Breda S., Fonsfría L., Manzo R., Oliveira M.E. – Universidad Nacional de Córdoba
- ❑ DESARROLLO DE COMPRIMIDOS Y CÁPSULAS DE PREDNISONA A PARTIR DE DISPERSIONES SÓLIDAS: Leonardi D., Barrera M., Lamas M., Salomón C. – Universidad Nacional de Rosario.
- ❑ DESARROLLO Y APLICABILIDAD DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL A LA GESTIÓN DE CALIDAD EN LA INDUSTRIA BIOFARMACÉUTICA: Trecco C., Oviedo S., Sobrero C., Zingale G. – Laboratorio de Hemoderivados – Córdoba.
- ❑ ENSEÑANZA DE LEGISLACIÓN FARMACÉUTICA EN EL PREGRADO: NUEVO ENFOQUE: Bertoldo P., Zaragoza M., Giraud F. – Universidad Católica de Córdoba.
- ❑ EPIDEMIOLOGÍA DE LA RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS (ATB) DE ESCHERICHIA COLI Y STAPHYLOCOCCUS SP EN INFECCIONES URINARIAS: Arce Miranda J., Paraje M.G., Farías A., Cocianci M., Barnes A. – Universidad Nacional de Córdoba.
- ❑ ROL DEL FARMACÉUTICO COMUNITARIO ANTE LOS HÁBITOS DE VIDA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA: Gregorio V., Aimar D., Sánchez M., Queimaliños S., Moreira A., Sparhs L., De Caria M., Scibona S., Caracotche S., Fernández L. – Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires, Filial Lomas de Zamora.
- ❑ CAMPAÑA DE EDUCACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA COMUNIDAD: Guerrero C., Agrelo M., Martínez P., Mirábile V., Rencoret M., Martínez S. – Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y Colegio de Farmacéuticos de Córdoba.

Área Educación

La carrera de Farmacia ha sido declarada De Interés Público, por lo tanto hay un compromiso social del profesional con la población, lo que genera la necesidad de la adecuación de la currícula universitaria. En cuanto a la educación del postgrado, es necesario coordinar los trabajos realizados por las distintas instituciones, académicas y profesionales, con el fin de eficientizar la educación continua.

Área Atención Farmacéutica

El concepto de atención farmacéutica implica a los pacientes y un compromiso ineludible del profesional farmacéutico con esos pacientes. Debemos tener claro que la Atención Farmacéutica es un servicio más y diferente que se puede brindar o no

en la oficina de Farmacia y que como dijo la Dra. Linda Strand tiene tres pilares fundamentales, el Paciente, la Enfermedad, y el Medicamento.

Área legislación

Es necesario el desarrollo de una política nacional de medicamentos que garantice la calidad, la efectividad y la seguridad de los mismos, acompañada por una política de racionalización en la aprobación de nuevas especialidades farmacéuticas, de acuerdo a las necesidades de la población. Es necesario el desarrollo de una ley que planifique el ejercicio profesional en la farmacia oficial, y garantice el acceso al medicamento asegurando la capilaridad de la red prestacional farmacéutica en todos los sectores de la población. 🌱

El modelo norteamericano de Atención Farmacéutica



Profesora Linda Strand, BSc, Doctora en Farmacia, PhD del Peters Institute of Pharmaceutical Care, College of Pharmacy, de la Universidad de Minnesota y vicepresidente de la empresa Medication Management Systems Inc.

La Atención Farmacéutica es un nuevo concepto de ejercicio de la profesión que se está aplicando en Minnesota, Estados Unidos, y está comenzando a extenderse hacia otros estados. Los farmacéuticos que adhieren a este modelo tienen un consultorio junto a la farmacia en el cual atienden pacientes, llevan una minuciosa historia clínica, controlada on line por el médico, y tienen la potestad de prescribir, por lo cual reciben un honorario de 70 dólares por parte del Estado. Una de las principales impulsoras de la Atención Farmacéutica, la Profesora Linda Strand, fue disertante del XVII Congreso Farmacéutico Argentino y, entrevistada por Correo Farmacéutico, explicó las características de este modelo.

En un sistema de Salud en el que el Estado estaba ausente y donde la mayoría de la gente tenía que pagar la atención de la Salud de su bolsillo; donde la industria del juicio por mala praxis había elevado los costos dramáticamente, surgió en los años '90 una iniciativa por parte de un grupo de académicos de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Minnesota, que proponían insertarse activamente en el sistema sanitario y convertirse en auxiliares de los médicos. Esta iniciativa se denominó "pharmaceutical care" (Atención Farmacéutica). Hoy es ley en la región donde se originó y los farmacéuticos le facturan al sistema estatal (además de la dispensación) cada una de las consultas que reciben de los pacientes afiliados al Medicaid.

El escenario donde actualmente se está comenzando a extender el modelo se completa con una suma de costos generados por la mala utilización de los medicamentos que supera los 177 billones de dólares por año. La Profesora Linda Strand, BSc, Doctora en Farmacia, PhD del Peters Institute of Pharmaceutical Care, College of Pharmacy, de la Universidad de Minnesota y vicepresidente de la empresa Medication Management Systems Inc., explica que "la clave de este modelo es un proceso muy específico que ayuda a los pacientes a utilizar los medicamentos más eficaces. Es un proceso lógico, completo, racional sobre el uso de los medicamentos, que incluye una evaluación de todos los fármacos que consumen, un plan para resolver los problemas que existan y el farmacéutico puede hacer un seguimiento sobre los resultados del tratamiento con los medicamentos. Así el farmacéutico puede ayudar a los médicos a tomar decisiones sobre los medicamentos, y a los pacientes asesorándolos sobre cuál de los fármacos es el mejor. Podemos proveer a los pacientes de información sobre las enfermedades y los medicamentos. Y por eso hay muchos servicios que se incluyen en la práctica".

-¿Desde qué año se está implementando este modelo?

-Solo hace cinco años. Es un proceso de inserción de una nueva persona en el sistema de salud. Es difícil cambiar un sistema tan grande.

-¿Qué recepción tuvo en los farmacéuticos estadounidenses?

-La idea y el concepto es bueno y es bien aceptado, pero el problema no es con el concepto, sino que es muy difícil cambiar todo el sistema.

-¿Cómo tomaron esto los médicos en Estados Unidos? ¿Se sintieron afectados?

- En mi experiencia los médicos están muy cómodos con la práctica. Ellos están muy contentos de que haya un recurso para ayudarlos en el campo de los medicamentos. Porque hay muchos medicamentos nuevos. En un año hay 300 nuevos medicamentos y no es posible para los médicos hacer todo y saber todo y por eso los médicos aceptan muy bien la práctica.

-En Estados Unidos, donde son tan numerosos los juicios por mala praxis, ¿no existe el temor de que se implique también a los farmacéuticos a partir de esta modalidad de atención en la que incluso prescriben medicamentos?

-Quizás es una sorpresa pero con la Atención Farmacéutica hay menos problemas legales que tienen que ver con la dispensación. Y la razón es que en este modelo hay una completa documentación sobre las decisiones.

-Ustedes aportan información a la historia clínica del paciente.

-Absolutamente todo. Y los resultados de los tratamientos es nueva información en el sistema. Hasta ahora los médicos no sabían si los medicamentos fueron efectivos, seguros. Pero ahora tenemos documentación para cada paciente, cada enfermedad y cada medicamento, por eso todo es mejor ahora.

-¿Ustedes trabajan con historia clínica única on line?

-Sí, ahora tenemos un programa que todo el mundo puede usar porque está en inter-

Características del servicio de Atención Farmacéutica (según lo establecido en la Ley de Medicaid de Minnesota)

Definición de la Práctica y Servicio

- Realización de las evaluaciones del estado de salud del paciente
- Revisión de la medicación para identificar, resolver, y prevenir problemas en la terapia con medicamentos.
- Formulación de un plan de tratamiento con medicamentos.
- Evaluación de la respuesta del paciente a la terapia, incluyendo la seguridad y efectividad.
- Provisión de documentación
- Utilización de un sistema de documentación electrónica especialmente diseñado para optimizar los resultados terapéuticos de los medicamentos.
- Comunicación y coordinación de la atención con otros prestadores.
- Proveer información y recursos para mejorar el entendimiento del paciente.

Calificaciones de quien realiza la práctica

- Debe ser Farmacéutico licenciado
- Graduado después de 1996 o con cursos aprobados de educación continua en la práctica de Atención Farmacéutica.
- Debe aplicar un proceso estructurado de atención a pacientes que incluye el asesoramiento, el desarrollo de un plan de atención y evaluación.

Descripción del lugar de la práctica

- Debe estar separado del local comercial.
- Debe estar totalmente dedicado a la atención del paciente.
- Debe tener un tamaño suficiente y comodidades tales como para que la gente se pueda sentar cómodamente alrededor de una mesa.
- Debe ser un lugar privado, aislado de la vista y oído de otros pacientes.

Documentación requerida por el Medicaid

Información del paciente
Nombre completo, dirección y teléfono, sexo y fecha de nacimiento.

Condición medica actual
Enfermedades pasadas
Médico de cabecera e información de contacto
Alergias
Fecha y hora de la consulta y documentación
Todas las drogas prescritas y sin prescripción con sus indicaciones
Lista de las dosis de drogas, direcciones e intención de utilización
Todos los dispositivos médicos relevantes
Todos los suplementos dietarios y productos herbales
Historia de consumo de alcohol y tabaco
Lista de los factores ambientales que pueden impactar en el paciente

Asesoramiento sobre los problemas que se han identificado con los medicamentos, incluyendo, pero no limitándose a:

Plan escrito incluyendo objetivos y acciones requeridas para resolver los actuales problemas con la medicación.
Evaluación del éxito en los objetivos del plan de tratamiento farmacológico.
Evaluación de la efectividad y seguridad de la terapia actual.
Determinación de que los medicamentos está apropiadamente indicados.
Determinar si la persona necesita medicación adicional.
Determinar si los medicamentos son los más efectivos para la condición.
Determinar si la medicación está dosificada apropiadamente para alcanzar los objetivos de la terapia.
Identificar efectos adversos causados por medicamentos.
Determinar si la medicación está dosificada en forma excesiva y está causando intoxicación.
Determinar si la persona está recibiendo la medicación apropiadamente para alcanzar los objetivos de la terapia.

También se exige:

Información, instrucciones y recursos que se brindan al paciente
Contenido de las comunicaciones del farmacéutico a otros prestadores de salud del paciente

net y es posible que todos los farmacéuticos en el mundo puedan usar este mismo sistema.

-¿Fue costoso implementar el sistema de Atención Farmacéutica? ¿Tuvieron que adecuar legislación?

-No, en realidad no costó nada. Porque hay un paciente y un farmacéutico y ellos trabajan juntos. Pensábamos que íbamos a necesitar cambiar mucho y en realidad no es así. Necesitamos más educación. Tenemos que cambiar la educación en las universidades porque ahora tenemos que aprender el proceso con pacientes y es muy diferente a como se atendía hasta ahora en la farmacia. Pero todo está aquí y ahora. Por eso yo creo que todo cambia-

rá pronto porque tenemos todas las herramientas necesarias para cambiar el sistema.

-¿Cuánto les llevó a Uds. la implementación del sistema para que funcione normalmente? ¿Lo implementaron en todo el estado de Minnesota de una vez o comenzaron en una ciudad?

-Minnesota tiene una ley nueva, que paga a los farmacéuticos por el servicio. Esto es muy importante para cambiar las cosas. Minnesota fue el primer estado en los Estados Unidos en sancionarla, pero ahora hay quince más que están estudiando la ley. Y yo creo que muy pronto, en un año, habrá quince o veinte más que la imple-

mentarán. Y la razón, finalmente, es que el gobierno federal está pagando para el servicio de cobertura de ancianos con Medicaid y por eso es posible recibir a casi el 40% de la población. Es un cambio muy grande.

-¿Desde cuándo reciben dinero del Medicaid?

-Desde el mes de enero.

-Ahora, si el Estado está pagando por estos pacientes, entonces implica un incremento en el presupuesto de salud. ¿Cuánto es este costo que está agregando Estados Unidos a su sistema por este tipo de atención?

-Específicamente una sesión con un farmacéutico cuesta un promedio de 70 dó-

El proceso de la Atención Farmacéutica (Pharmaceutical Care)

Asesoramiento

Evaluación de la conveniencia, la eficacia, la seguridad y conformidad con las medicaciones.

Identificar los problemas en el tratamiento con medicamentos

Plan de atención

Resolver los problemas en la terapia con medicamentos

Establecer objetivos de la terapia.

Intervenciones

Evaluación del seguimiento

Evaluación del progreso en alcanzar los objetivos de la terapia.

Registrar los resultados actuales del paciente

Determinar si hay nuevos problemas

Atención continua

Indicaciones más frecuentes para tratamiento

(Nº de consultas = 26,238)

Estas diez condiciones representan el 50% de todas las indicaciones de tratamiento con medicamentos.

1. Hipertensión
2. Hiperlipidemia
3. Diabetes
4. Osteoporosis
5. Suplementos vitamínicos/dietarios
6. Rinitis Alérgica
7. Esofagitis
8. Depresión

9. Síntomas Menopáusicos

10. Dolor artrítico

Problemas con los tratamientos farmacológicos

(Nº de consultas = 26,238)


- Terapia farmacológica innecesaria 6 %
- Necesidad de medicamentos adicionales 28 %
- Medicamento no efectivo 8%
- Dosificación demasiado baja 20 %
- Reacción adversa a la droga 14 %
- Dosificación demasiado alta 5 %
- Incumplimiento 19 %
- Total (n=11,726) 100%

lares, pero tenemos datos de que cuando se provee el servicio para un paciente, se puede ahorrar 5 o 6 veces más en hospitales, médicos, etc., en errores por mala utilización de los medicamentos o errores.

A veces el honorario es mayor o menor, depende de la necesidad del paciente. Hay cinco niveles diferentes. En los Estados Unidos tenemos ahora un sistema

para el pago que es como el que se utiliza para pagar a médicos y enfermeras.

-¿O sea que se le paga lo mismo al farmacéutico que al médico o a la enfermera?

-Sí, por el pharmaceutical care. Está en una lista, especificado. Antes a los farmacéuticos se les pagaba por la dispensación solamente, ahora ganan un honorario separadamente de la dispensa. 



**CONFEDERACION
FARMACEUTICA
ARGENTINA**

www.cofa.org.ar

El modelo español de Atención Farmacéutica



Dr. Francisco Zaragoza García, Catedrático de Farmacología de la Universidad de Alcalá de Henares de Madrid.

Trayectoria

El Dr. Francisco Zaragoza García es Catedrático de Farmacología de la Universidad de Alcalá de Henares de Madrid y Vocal de Docencia del Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España. Obtuvo el doctorado en Farmacia con Premio Extraordinario por la Universidad Complutense de Madrid. En la actualidad, es miembro del Comité Científico del Plan Nacional de Fomento de Investigación, desarrollado por el Ministerio de Industria, y miembro del Comité Consultivo Farmacéutico Europeo del que fue Presidente. A lo largo de su trayectoria profesional ha escrito más de 80 publicaciones en revistas nacionales y extranjeras y ha dirigido 12 tesis doctorales. En su labor como investigador, el área de trabajo se ha centrado en estudio sobre los inhibidores de la agregación plaquetaria, farmacología de productos naturales y los fármacos en preparaciones vasculares aisladas.

El Dr. Francisco Zaragoza García, Catedrático de Farmacología de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, integró la delegación de expertos españoles que participaron de la XVII edición del Congreso Farmacéutico Argentino. El académico disertó sobre los nuevos rumbos en la investigación de medicamentos y sobre la Atención Farmacéutica en la formación de grado. En esta entrevista, destaca las similitudes y diferencias entre el sistema español, el argentino y el norteamericano: *“La atención farmacéutica que se hace en España no se trata de juntar datos. No meterse en terrenos médicos, sino atender al paciente, aconsejarlo y sobre todo informarlo. ¡Lo primero que tenemos que saber hacer es manejar los medicamentos, que es lo nuestro!”*

“Siento aparentar aires de triunfalismo, pero hay cosas que funcionan mejor en España y yo creo que se deberían extrapolar a la Argentina”, sostiene el Dr. Francisco Zaragoza García cuando se le pide su opinión sobre el modelo nacional de actividad farmacéutica. *“Primero, la propiedad de la farmacia debe ir ligada a la titularidad, es decir, que sólo pueda ser propietario uno o más farmacéuticos de una oficina de farmacia. Y además, debe ser propietario, pero no de cinco farmacias, sino como máximo de una.”*

-¿En España no existen las cadenas de farmacias?

-No.

-¿En la Comunidad Europea tampoco?

-Sí, en algunos países de la UE sí hay cierta desregulación, pero creemos que nuestro modelo aporta bastante más al sistema de Salud. Pensemos que el sistema de Salud español, no solamente basado en la oficina de farmacia sino en términos generales, es muy bueno. Y es la envidia de otros países europeos. Lo que sucede es que financiarlo es muy difícil. Los precios de los medicamentos son fijados por el gobierno y el mismo precio rige para todos los puntos de España. Pero además, ese precio es más bajo que en el resto de la UE y eso permite al gobierno poder cubrir el costo de los

medicamentos. Cada español está afiliado al sistema de salud. No es como las Obras Sociales de otros lugares, sino que en España prácticamente el 98% es un solo cliente que se llama Seguridad Social y es el gobierno español. Nuestros gobernantes se han unido con la organización farmacéutica y eso facilita todo. Esperemos que el gobierno pueda seguir cubriendo la prestación de medicamentos y a su vez cubriendo el costo de la hospitalización, que es gratuita en España.

-Sin embargo durante el Congreso se dijo que probablemente suba el precio de los medicamentos en España porque se están yendo empresas del país por la baja rentabilidad...

-Sí, es cierto, ha habido bastantes recortes para la industria farmacéutica en España. Pero yo entiendo a la industria. Es el difícil equilibrio. No puede haber un desequilibrio enorme entre industria farmacéutica y oficina de farmacia a favor de la industria. Y en España ya la industria necesita aclarar más cómo hace el cálculo de precios para que sea más transparente, porque hasta ahora eso ha sido opaco. Se sabe que repercute mucho la investigación, pero en un sistema como el español, todos nos tenemos que ajustar el cinturón. Quizás ahora mismo ha habido una excesiva presión hacia la industria, es verdad. Ha habido recortes de un 4% del precio, un 2,8% recientemente y además, aquellas industrias que no investigan tienen que pagar al sistema de salud español un 2% de todas sus ventas. Es un mecanismo para incentivar la investigación.

-¿Quién diseñó este sistema de salud?

-Este sistema de salud fue diseñado en la época de Franco y luego fue perfeccionado por otros gobernantes.

-¿Colaboraron los colegios farmacéuticos en la estructuración de este sistema?

-Esto fue realizado por la administración de ese momento. Lo que sí hicieron muy bien los Colegios farmacéuticos fue ofrecer un sistema de facturación informatizado. Eso lo hicieron gratuitamente al gobierno, porque pensábamos que el sistema de salud era bueno y era una forma de que el farmacéutico pudiera contribuir a ese siste-

ma. Realizar toda la facturación informatizada, transparente, y además colaborar en la reducción del gasto. Aunque parezca mentira, el farmacéutico español gracias a ese sistema regulado de establecimiento de farmacias puede contribuir a reducir el gasto en medicamentos.

-¿Cómo es esto?

-Allí está regulado el establecimiento de farmacias por distancias y por habitantes, de tal modo que eso crea una red de farmacias que garantiza la asistencia de la población. Por esta razón, la oficina de farmacia es el establecimiento sanitario más próximo al ciudadano. La persona sabe que detrás del mostrador hay un profesional al que le va a poder consultar porque es un experto en medicamentos y que además está convencido de que tiene que contribuir a reducir el gasto. Por eso, estadísticamente, de cada cuatro personas que entran en una farmacia, una sale sin medicamentos, porque el farmacéutico le recomienda que en base a lo que le dice no le hace falta ningún medicamento. Es que sabemos que si no lo cuidamos, nos puede esperar un siste-

ma peor, como en otros países europeos! Entonces, el farmacéutico ha contribuido a la ley de uso racional del medicamento y está convencido y además manda permanentemente circulares diciendo que por favor haya control, que no se incentive la utilización del medicamento, que el medicamento no es una mercancía, sino un bien social, un bien inconmensurable que tiene la Humanidad y que hay que utilizarlo adecuadamente, racionalmente. Y en eso sí que hay conciencia.

Por otra parte, en la farmacia hay otras especialidades que son las publicitarias, que no están cubiertas por el sistema de salud. El farmacéutico siempre le dirá al paciente que le informe al médico de lo que le acaba de entregar. Hasta ahora funciona muy bien.

-¿Otros países de Europa tienen intención de establecer el modelo español?

-Hay países del norte de Europa que quieren implantar un sistema como el español pero ahora no pueden, porque el precio de los medicamentos está muy alto y para poderlo financiar deberían bajar el precio cuatro veces. No pueden. El sistema es

bueno, todos los países lo reconocen, pero vamos a ver si no nos dejamos vencer por las presiones capitalistas.

-De hecho están recibiendo advertencias por parte de la Comunidad.

-Ha habido un procedimiento de infracción. El gobierno español ha contestado adecuadamente. El procedimiento de infracción se inició porque a España se le olvidó enviar un documento a su debido tiempo que justificase el sistema de salud. Simplemente por eso. Espero que sea atendida la justificación.

Atención Farmacéutica

-Una vez que se pasó de la dispensación a la atención farmacéutica, también aumentó la responsabilidad del profesional frente al paciente. No sé si sucede en España, pero en países como el nuestro, hay una industria del juicio por mala praxis, ¿ha habido problemas en España?

-A veces ha habido médicos celosos de su profesión, a los que no les ha gustado que el farmacéutico entregue medicamentos, pero yo comento en los foros a los que



**CONFEDERACION
FARMACEUTICA
ARGENTINA**

www.cofa.org.ar

Educación

Consultado sobre las actividades a las que se dedican los egresados de la carrera de Farmacia en España, siendo tan regulado el sistema y tan difícil acceder a una oficina de farmacia, el Dr. Zaragoza explicó que "el 43% de los profesionales se dedica a la atención farmacéutica (y este porcentaje va decreciendo) y un 19% a la industria: al trabajo en sistemas regulatorios, registros de medicamentos, dirección técnica de la industria, fabricación de fármacos, monitoreo de ensayos clínicos, a la industria de la alimentación (que tiene siempre un farmacéutico). La distribución de medicamentos mayoritariamente es propiedad de los farmacéuticos organizados en cooperativas. También se dedican a realizar análisis clínicos. Allí la bioquímica desapareció. En España el farmacéutico no termina la carrera y se pone a ejercer; después viene un período formativo y pueden acceder a la especialidad correspondiente, igual que en medicina. Hay farmacéuticos analistas, farmacéuticos microbiólogos, farmacéuticos de hospital, que acceden después de 4 años de especialidad.

-¿Cuánto dura la carrera en total?

-Nueve años y medio.

-En un momento se pretendió establecer la especialidad de oficina de Farmacia en la UE, no?

-Sí, incluso está aprobada la especialidad en oficina de farmacia. Y se pretendía que había que ser especialista en oficina de farmacia para ser director propietario de oficina de farmacia, pero eso no se ha llevado a efecto.

-¿Cómo es el sistema de prácticas tuteladas?

-Esto ha sido un imperativo de la UE. Desde hace 15 años el alumno tiene que cursar seis meses mínimo de prácticas tuteladas en la oficina de farmacia o en farmacias de hospital para obtener el título. Pero los farmacéuticos no están conformes porque pretenden una contrapartida. Ellos dicen: "¿Por qué voy a enseñar gratuitamente, voy a recibir a una persona que va a aprender lo que yo hago aquí y mañana me va a poner una farmacia al lado?". Por lo menos la Universidad o el Ministerio de Educación debería nombrar a estas personas profesores asociados o algún tipo de contrapartida, algún tipo de nombramiento. Pero no solo eso, sino que además haría falta que el farmacéutico de oficina de farmacia estuviera más en contacto con la universidad. Es un foro idóneo para que contacten al menos un día a la semana el tutor y el universitario con el farmacéutico que le está enseñando y establezcan un programa, pero no un programa con una declaración de intenciones como se hace ahora, sino controlar los cinco días de la semana y el viernes reunirse con el tutor o con el farmacéutico, una vez en la universidad, una vez en la farmacia y ver qué resultados se logran. Y controlar esa docencia. Pero para eso hace falta dinero y el Ministerio de Educación no ha habilitado nunca fondos para que se cumplan estos fines, por lo que por ahora está dejado a la buena voluntad de los farmacéuticos.

asisto, que peor sería como en Estados Unidos, donde los medicamentos se venden en supermercados.

-Acá también sucede...

-¡Así cada individuo puede ir y tomar el medicamento que quiera! Es más, sé que en Estados Unidos hay algunas especialidades de las que son para combatir los síntomas de la gripe que vienen en cápsulas que contienen gránulos amarillos y azules, los azules son antihistamínico y los amarillos un estimulante; entonces hay chicos que compran estos medicamentos en los supermercados, los abren encima de una mesa, descartan los azules y se colocan con el estimulante. Eso es un ejem-

plo de lo que no se debe hacer.

-En la Argentina se fraccionan medicamentos en kioscos y supermercados.

-Eso en España está prohibido y fuertemente sancionado.

-¿Cómo está organizado el sistema de inspecciones a las farmacias?

-Por autonomías. España, aunque es pequeña comparada con la Argentina, está fraccionada en comunidades autónomas que tienen competencia en su ámbito. Entonces se giran visitas de inspección.

-¿Y tienen previstas sanciones fuertes para las infracciones?

-Sí, pero no hace falta. A lo mejor ha ha-

bido algún caso aislado. Hace unos años, por ejemplo, se ha conocido una connivencia entre un médico y un farmacéutico, el médico falsificaba recetas, inventaba a los enfermos y luego iban a medias. Pero bueno, los dos fueron a la cárcel.

-¿Cree ud. que es por un tema cultural, de educación?

-Sí, mucho.

-¿Qué otras cosas nota ud. como diferencias entre el sistema farmacéutico argentino y el español?

-Insisto en el tema de la desregulación. Por otra parte, el farmacéutico aquí sale muy bien formado.

-¿Y con respecto al sistema norteamericano?

-Yo no estoy de acuerdo con el modelo que proponen en Minnesota, de atender pacientes desde el primer año. ¡Primero hay que formarse! Si los sistemas docentes que vienen de siglos así funcionan bien, ¿por qué cambiarlos? ¿Por qué ponerlos patas arriba? ¡Dejémonos de tonterías! Hay que actuar racionalmente y no confundir una formación profesional con una carrera universitaria. Es muy diferente. Por favor, no vamos a dar marcha atrás, que cuesta mucho conseguir esas cosas! La atención farmacéutica que se hace en España no se trata tanto de juntar datos, sino de atender al paciente. No meterse en terrenos médicos, sino atender al paciente, aconsejarlo y sobre todo informarlo. En España es una obligación informar del medicamento a cualquier miembro de la sociedad que así lo demande. Y especialmente al resto de los profesionales sanitarios, como los médicos.

-¿Cómo es la comunicación entre médicos y farmacéuticos?

-Es complicado. Se hace algunas veces a través de mensajes electrónicos, otras veces a través del teléfono, otras personalmente.

-¿Los médicos consultan a los farmacéuticos?

-Sí, en muchos casos, sí. Sobre todo en el medio rural. Y el farmacéutico consulta al médico también.

-¿Se comunican a través de la historia clínica informatizada?

-Sí, pero no solo eso, sino de hechos puntuales que ocurren. No hay enfermedades, sino enfermos. Y eso de protocolizar que propone el modelo americano... cada situación es distinta. ¿Manejar pacientes? ¡Lo primero que tenemos que saber hacer es manejar los medicamentos, que es lo nuestro!! Lo otro es competencia médica. 🧑🏻‍⚕️

El nuevo escenario de la Seguridad Social



El Dr. Juan Carlos Biani, Gerente de Control Prestacional de la Superintendencia de Servicios de Salud, entrevistado por Correo Farmacéutico, anunció una prórroga en el registro de fármacos ante la SSS (decretos 468 y 94), analizó la situación del sistema de la Seguridad Social y, refiriéndose a la denuncia realizada por el Dr. Carlos Alberto Fernández sobre Obras Sociales que hacen delivery de fármacos por vía postal, aseveró que *“habrá que revisar las normas o impedir que medicamentos se entreguen a través de mecanismos que impiden el control de la calidad y el origen.”*

La prioridad de la Superintendencia en este momento es modificar el actual modelo de atención en las Obras Sociales –explica el Dr. Juan Carlos Biani-. Hoy tenemos las consecuencias de un modelo de atención donde el médico estaba en su consultorio esperando que venga el paciente con signos y síntomas evidentes. Todas las corrientes sanitarias nacionales e internacionales como la OPS y la Organización Mundial de la Salud se están planteando una revisión bastante profunda de este modelo actual que tiene que pasar a una acción contundente en lo que significa la detección precoz de factores de riesgo que hacen a la enorme morbimortalidad, que actualmente estamos definiendo como una epidemia de accidentes cerebrovasculares e infartos agudos de miocardio, que tiene que ver con serias dificultades en la detección precoz de síntomas. En ese sentido, la Superintendencia lanzó un Programa Nacional de Promoción y Prevención de la Salud, que se realiza en plazas, establecimientos de alta concentración de trabajadores en la vía pública, como la terminal de ómnibus de Retiro en la ciudad de Buenos Aires, donde pasan casi 3000 personas por hora. Para la

detección de factores de riesgo se hace control de peso, talla, un registro de presión arterial y a través de una gota de sangre se hace un dosaje de glucemia y colesterol.

-¿En algún momento se planteó la posibilidad de que se tenga en cuenta a las farmacias para llevar adelante esta campaña como una parte más del equipo de Salud?

-Hemos iniciado contactos con las dos Obras Sociales vinculadas al personal que trabaja en las farmacias donde están viendo su participación, dado su particular trabajo dentro del mecanismo del sistema de Salud en la Seguridad Social. Por otra parte, estuvimos con gente del Sindicato de Músicos y participaron algunos ex futbolistas de la Selección Nacional intentando también resolver gran parte de los inconvenientes que estamos detectando, como es la gran cantidad de niños obesos, producto del sedentarismo y de ciertos hábitos que tienen que ver con la computación, los videojuegos y demás. Es decir que, lo que estamos intentando desde la Superintendencia, más allá de nuestro rol específico de contralor y fiscalizador del sistema, es tratar de garantizar que con el actual financiamiento se pueda dar cobertura al Programa Médico Obligatorio. De no provocar esta revisión del modelo de atención, por la innovación tecnológica, la aparición permanente de nuevos métodos de diagnóstico, de nuevas tecnologías, nuevas moléculas de altísimo costo, va a ser prácticamente imposible poder dar cobertura a los programas médicos si no se atiende la problemática desde el inicio. Y en este sentido también vamos a hacer una revisión importante del PMO, tratando de estimular que la vía de ingreso al sistema sea a través del médico clínico, del pediatra, del ginecólogo, del médico de familia y evitando que la gente, como algunos sistemas se lo permiten, decida si concurre a un especialista porque cree que tiene que entrar por esa vía. En ese sentido estamos revisando también los coseguros, justamente para facilitar que la gente ingrese al sistema a través de la puerta de entrada que nosotros consideramos más eficiente, que es el médico clínico.

-¿En qué va a afectar el cambio de modelo a la cobertura de medicamentos?

-El medicamento es una parte muy importante del gasto en Salud dentro del Sistema de la Seguridad Social. Hay en este momento también una enorme cantidad de expedientes, de consultas y requerimientos, tanto de beneficiarios como de Obras Sociales, en el sentido de que hay un montón de medicamentos que están apareciendo y que en

Las cifras del “descreme”

A partir de la desregulación del sistema de Seguridad Social en 1998, los trabajadores pudieron optar entre las diferentes Obras Sociales para tener cobertura de salud. Pero esa medida dio lugar a una distorsión que fue denominada “descreme”: algunas entidades subcontrataron prepagas que fueron captando a los afiliados de otras Obras Sociales con un fino criterio de selección: buscaron a aquellos más jóvenes, de mayores aportes y con menos hijos a cargo.

La Obra Social de los Comisarios Navales firmó un convenio con OSDE. Entre 2002 y 2005 sumó 107.176 afiliados y otros 31.912 en lo que va de 2006. Por su parte, la Obra Social del Automóvil Club Argentino incorporó 83 mil afiliados entre 2002 y 2005 a partir de un convenio con Galeno, y este año se adhirieron otros 7700. Otro ejemplo de este mecanismo es la Obra Social de Personal de Control Externo, que estableció convenios con Swiss Medical y Omint; sumó 80 mil afiliados en los tres últimos años y 16.600 en lo que va de 2006.

En cambio, en los últimos tres años, la Obra Social de los Empleados de Comercio perdió 246 mil afiliados y en los últimos diez meses otros 61 mil. De la Obra Social del Personal de la Construcción se fueron 36 mil afiliados entre 2002 y 2005 y 14 mil en el año en curso, mientras que de la Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica migraron 31.000 en los últimos tres años a los que se suman 10.000 en lo que va de 2006.

muchos casos no están finalizados sus estudios de eficacia. Obviamente que para el sistema también es importante la costo-efectividad.

-¿Se está haciendo una actualización del Formulario Terapéutico?

-Sí, en este momento estamos terminando de firmar acuerdos de colaboración con la Universidad de Buenos Aires. Se convocó tanto al Consejo Consultivo como al Consejo Asesor. Está previsto en la Ley de Obras Sociales justamente para consensuar las prioridades con prestadores, dispensadores, prescriptores y con los representantes de los beneficiarios, los gremios. Nosotros entendemos –y en este sentido estamos intentando a través de los programas específicos, como el Plan Materno Infantil, extender la cobertura de los medicamentos en algunos grupos etéreos. Estamos atravesando la parte más positiva y tranquila de la política de prescripción de medicamentos por nombre genérico y los resultados están claramente a la vista. Hoy incluso aquellos que se han opuesto, reconocen que la accesibilidad por parte de toda la población ha mejorado a partir de la prescripción de los medicamentos por su nombre genérico o DCI.

-En cuanto a la Mesa de Concertación, ¿está tratando los convenios en cuanto al precio de los medicamentos? ¿Cuáles son los temas que se están discutiendo?

-Los temas prioritarios que hoy se están tratando son: costos y valores, precios, tanto de aquellas empresas de medicina prepaga como los representantes de clínicas y sana-

torios y también escuchando a los financiadores. Se generan sanas discusiones en torno a lo que hoy en la Argentina es un dato muy favorable: que debido a la incorporación de casi un millón y medio de trabajadores en los últimos dos años y medio, más el aumento del salario, más el aumento y el blanqueo de las horas extras, hay un incremento muy importante de la recaudación. Y entonces se está dando una sana y esperable puja por cómo se va a distribuir y quién se va a llevar esos recursos. Así que en este momento está abierta la discusión.

-¿Se tiene una idea de plazos, de cuánto va a haber definiciones en cuanto a los temas que se están tratando en la Mesa de Concertación?

-La Mesa de Concertación tiene también otros problemas, como por ejemplo lo que significa la gran cantidad de traspasos que se han dado desde la desregulación del sistema de salud de la Seguridad Social y hemos visto que algunos inconvenientes en la normativa están desvirtuando la libertad de opción. Desde la Superintendencia nosotros somos firmes defensores del derecho que tienen los trabajadores y su familia de elegir su Obra Social y vamos a intentar preservarlo por todos los medios. Lamentablemente algunas empresas, algunos bancos, con algunas Obras Sociales están malinterpretando el verdadero objetivo y realizan algunas prácticas estrictamente comerciales buscando de otras Obras Sociales los afiliados que tienen la característica de ser jóvenes, tener pocos hijos y ganar mucho dinero. Esto está llevando a una situación donde un grupo

muy pequeño de Obras Sociales, se está llevando a los afiliados que más aportan y a los más jóvenes. Estamos en un millón cuatrocientos, un millón quinientos mil trabajadores que han migrado. Nosotros no estamos en contra de la migración ni de la libertad de elección de Obra Social. Lo que estamos pensando es generar algún mecanismo que impida solamente trasladar a este tipo de población.

-¿Se va a buscar alguna compensación para las Obras Sociales que hayan perdido a estos afiliados?

-Está bajo análisis la suspensión temporal de los traspasos por 60-90 días o hasta que se consensúe una forma de equilibrar. Hay otros sectores que están lisa y llanamente por la suspensión definitiva, con lo cual nosotros no estamos de acuerdo. Este tipo de práctica no es que sea ilegal, pero sí va absolutamente en contra del espíritu de las Obras Sociales. Las Obras Sociales administran el salario de los trabajadores y tienen como objetivo cubrir el PMO y promover hábitos saludables de vida dentro de un esquema de solidaridad. Y cuando decimos solidaridad no decimos la solidaridad desde el punto de vista filosófico, del altruismo. El sistema es solidario por su concepción económica y financiera. Es decir que todos aportamos al mismo lugar, donde los jóvenes y las personas sanas son los que más aportan y los que más retiran estos aportes son las personas ancianas y que menos ganan o más enfermas. Este concepto solidario, que es el espíritu de la Ley de Obras Sociales, está prácticamente siendo liquidado por este pequeño grupo de entidades.

-¿Hay Obras Sociales que estarían por desaparecer o están en crisis por esto?

-Sí, hay Obras Sociales que padecen enormes inconvenientes financieros y los inconvenientes financieros en una Obra Social se trasladan automáticamente a falta de calidad y cantidad de prestaciones. Nosotros no vamos a permitir que haya Obras Sociales que den prestaciones, mientras otras ven desfinanciado su sistema debido a esto. No es que de cada cien trabajadores que buscan se llevan 33 de sueldos altos, 33 de sueldos medios y 33 de sueldos bajos, con lo cual no le generaría a la Obra Social ningún inconveniente. El inconveniente es que si se lleva solo 33 de sueldos altos, esa obra social se tiene que financiar solamente con los de bajos recursos y esto es absolutamente imposible.

-Siguiendo con el tema de las prácticas "antiéticas" de algunas Obras Sociales, ¿la Superintendencia tiene conocien-

Regulación de la Medicina Prepaga


Durante la entrevista, el Dr. Juan Carlos Biani también dio su opinión sobre el proyecto de Ley de Regulación de la Medicina Prepaga que está siendo debatido en el Congreso y las perspectivas en cuanto al control de estas entidades por parte de la Superintendencia. *"Yo creo que las empresas de Medicina Prepaga debieran tomar un ejemplo que creo que fue muy importante dentro de la Seguridad Social, como lo es el rol de rectoría que ha tenido este organismo con respecto a la Seguridad Social. Uno de los grandes inconvenientes que tienen estas empresas es la falta total y absoluta de un marco de funcionamiento. Hoy en la Argentina, en cualquier ciudad importante, es más fácil abrir una empresa de Medicina Prepaga que una zapatería. Eso a lo mejor da a los buenos empresarios y a los buenos médicos ciertas pautas de libertad y de facilidad para trabajar, pero también permite que muchos inescrupulosos y sinvergüenzas lucren indebidamente con la vida y la salud de muchas personas que se dan cuenta que cuando tienen un conflicto con esas empresas no tienen en realidad adónde acudir. Entonces creo que como a la Seguridad Social le ha hecho muy bien tener un marco, saber adónde están paradas, cuál es el piso y cuál es el techo. Nosotros sabemos que el sistema nacional del Seguro de Salud es heterogéneo y tiene componentes de financiamiento de sectores sociales, culturales, económicos, hasta geográficos. No obstante todos tienen determinadas pautas que, como mínimo no pueden eludir. Creo que hay que la Medicina Prepaga tiene que entrar en un proceso. Tampoco de salir de la nada, de no tener ningún tipo de control, haya que hacer una ley de 150.000 artículos, fijándole hasta los metros cuadrados que tiene que tener la oficina de atención al público; ese no sería el camino. Pero la regulación de la Medicina Prepaga le haría mucho bien al sistema de Salud de la Argentina, donde este subsistema aporta aproximadamente dos millones de personas de los cuales básicamente 1.700.000 son trabajadores del sistema de la Seguridad Social que han hecho una opción por una Obra Social que a su vez subcontrata a estas empresas. Probablemente antes de fin de año tengamos una ley y será la Superintendencia de Servicios de Salud quien tenga a su cargo la fiscalización de una parte importante del funcionamiento de estas empresas."*

to respecto de la modalidad de entregar medicamentos por correo a los afiliados?

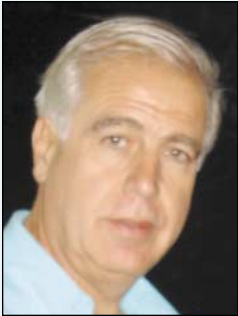
-La Superintendencia controla y fiscaliza el Programa Nacional de Calidad de la Atención Médica y a su vez todos los contratos que tienen que ver con las Obras Sociales y quienes dispensan los medicamentos. Tenemos información de que se están dando cambios muy importantes en la metodología de la venta de los medicamentos, que en algunos casos me parece que tienen como objetivo facilitar el acceso al medicamento y en otros, bajo el pretexto de pretender facilitar la accesibilidad o la entrega de los medicamentos, me parece que se están recorriendo caminos que no están previstos en las normas. Posiblemente o habrá que revisar las normas o habrá que impedir que este tipo de medicamentos se entreguen a través de mecanismos que impiden el control de la calidad y el origen.

-Un problema que está afectando a gran parte de los farmacéuticos es que a partir de la firma de los decretos 468 y 094, necesitan estar registrados para

poder dar servicios a la Seguridad Social, pero el plazo para tener el número de registro es el mes de diciembre y hay farmacéuticos que no van a llegar a obtenerlo antes de esa fecha por temas administrativos de la Superintendencia. ¿Están evaluando la posibilidad de una prórroga?

-La Superintendencia es quien tiene bajo su responsabilidad inscribir en el Registro Nacional de Prestadores a los prestadores, en este caso, a los farmacéuticos. Se han dado algunas modificaciones a las normas. No obstante, el primer derecho y obligación que tenemos como organismo es cumplir y velar por la salud de los 15 millones de beneficiarios. Con respecto a los prestadores, en la medida que alguna norma administrativa conlleve algún tipo de dificultad para el normal desenvolvimiento y trabajo de los profesionales involucrados, como ya se ha hecho en los últimos meses, se producirán las prórrogas que sean necesarias para que ningún profesional tenga ningún tipo de inconveniente en cuanto a poder suscribir contratos con las Obras Sociales. 

Para qué sirve la COFA



Por el
Dr. Ricardo Lilloy

Esta pregunta puede ser formulada de diversas formas y con muy variadas intenciones.

En primer término, me referiré a cuando esta pregunta es enunciada por un farmacéutico desde su lugar de trabajo, y con la sana especulación de conocer qué beneficios o servicios personales le ofrece esta institución que conoce y que integra. También al directivo del Colegio Farmacéutico, ya que con los aportes económicos y políticos de su institución contribuye a su financiación y funcionamiento.

Asimismo, hay quienes formulan esta pregunta considerando que no sirve, sirve muy poco o simplemente nada.

La pretensión es responder con claridad, ya que a partir de una imagen más definida del rol que ocupa nuestra organización es como podremos aprovechar su verdadera utilidad y comprender su importancia y trascendencia para el presente y futuro de la profesión farmacéutica. Nuclea a los Colegios Farmacéuticos de la Argentina. Tiene su sede en la Capital Federal y está gobernada por una Asamblea, una Comisión Directiva y una Mesa Ejecutiva con distintos niveles de responsabilidades y facultades.

La Confederación Farmacéutica es una entidad de segundo grado que ejerce la representación política y gremial de los Colegios Farmacéuticos del país.

A su vez, es el órgano de coordinación natural de todos los emprendimientos que, por su naturaleza, deban realizar en forma mancomunada y conjunta los Colegios Farmacéuticos, como es por ejemplo la representación y gestión del convenio PAMI, Recetario Solidario, organización de eventos como olimpiadas, encuentros profesionales y científicos, etc.

Su rol es subsidiario al de los Colegios, es decir que debe realizar todo aquello que le sea posible en beneficio de la profesión y que los Colegios por sí solos no quieran o puedan realizar. **Es, en esencia, un órgano de consenso y gestión.**

Por este motivo sus tareas están en per-

manente evolución y abiertas a una cantidad enorme de posibilidades de acuerdo a las iniciativas que surjan de las reuniones periódicas de sus directivos y a través de ellos, los colegas de todo el país que quieran formular propuestas.

Sirvió desde sus orígenes para representar a los farmacéuticos ante las autoridades y fue patrocinadora de iniciativas que permitieron defender la imagen pública del farmacéutico con distintas campañas, interviniendo activamente en acciones por la Salud pública y de educación para la Salud. En la actualidad está en proceso de ampliar sus actividades y para ello fue necesario ampliar y definir estos nuevos roles, se propuso la modificación de sus Estatutos, lo que después de un proceso de discusión y de consenso, fue aprobado en la asamblea del 29 de noviembre del 2006.

En el mismo momento se aprobó un **Plan Maestro**, de alcance nacional, con el acuerdo de la mayoría, y fundamentalmente, asumiendo el compromiso de su implementación eficiente en el orden nacional y en cada provincia, en forma coherente y mancomunada.

Significa, además, que estos temas demandarán esfuerzos humanos y económicos sostenidos para lograr resultados, ya que con dedicación amateur solo se logran resultados amateur.

En la actualidad, las empresas y organizaciones en general recurren a medios de calidad, muy elaborados y de dinámica operativa. Laboratorios, el Gobierno y otros actores de la farmacia, como son los grupos económicos o cadenas, recurren a la capacitación intensiva del recurso humano, practican con técnicas rigurosas el análisis de la realidad, ejecutan sofisticadas estrategias de penetración y conquista de mercados, etc. y nosotros ejecutaremos acciones similares para equilibrar las fuerzas y mejorar nuestra situación relativa, ya que contamos con ventajas tales como la mayor masa crítica, hoy irremplazable, dada por su capilaridad y presencia nacional.

Cada una de las tareas amerita un foco especial y para ser eficientes y eficaces se prestara especial cuidado de elegir los medios convenientes para lograr resultados.

Respecto de los órganos políticos, el régimen de trabajo es acorde con este plan y que ha de permitir el seguimiento de las operaciones y fundamentalmente, garantizar el carácter verdaderamente nacional de sus resultados y la adecuada difusión de estrategias, acciones.

Plan Maestro 2007

1. Unidad de concepción para la unidad de la acción:

Nuestra organización se encuentra condicionada por las características mismas de su naturaleza y origen. Esto significa que la COFA tiene autoridad relativa dada las autonomías de nuestros Colegios y lo mismo nuestras farmacias asociadas a los colegios.

En síntesis, la primera tarea de nuestro plan de acción será ponernos de acuerdo y tomar la decisión explícita de actuar en consecuencia.

2. Defensa de la rentabilidad de la farmacia:

La rentabilidad es afectada desde hace mucho tiempo, ya que las grandes farmacias eligieron históricamente al descuento como la principal estrategia de diferenciación. Para ello contaron, como grandes compradores, con la ayuda de los gerentes de laboratorios que ofrecieron mejores condiciones y acceso a compras de oportunidad, como son los cierres de campañas y con ello comenzaron el proceso de concentración. Hoy, además, incorporaron otros elementos también eficaces como es: la imagen corporativa modelada por especialistas, sistemas de ventas enganchadas, premios, millajes, ofertas, publicidad agresiva, folletería, convenios cerrados, etc.

Trabajar por la desconcentración y aumento del trabajo y por la universalización de los convenios de la Seguridad Social y la mejora de las condiciones de contratación, no será obra de un milagro voluntarista, sino la consecuencia de un plan coherente y racional que se pueda cumplir. Repactar las condiciones con los laboratorios de modo de convenir dos aspectos en forma inicial:

- Campaña contra el descuento de mostrador, ya acordado y de interés, ya que visualizan esto como el camino a mejorar también su propia rentabilidad.
- Condiciones transparentes de compra, monitoreables y que permitan el acceso al mayor número posible de farmacias: esto es hoy posible dado los sistemas de información por Internet y la posibilidad de desarrollar el mercado electrónico de tranfer, a cargo de una acción coordinada entre la COFA, las instituciones y laboratorios, distribuidoras y droguerías, en especial nuestras cooperativas.



**CONFEDERACION
FARMACEUTICA
ARGENTINA**

www.cofa.org.ar

3. Defensa del canal farmacéutico:

Estamos en presencia de la mayor deserción de productos del canal farmacéutico a expensas fundamentalmente de los productos de venta libre y bajo receta de uso popular, llegando a representar 800 millones anuales de pesos. Este año debemos poner el énfasis en la reincorporación de estos productos a las farmacias, definiendo para ello dos vías principales de actuación:

- Acciones legales: aplicación de normas sanitarias vigentes similar a lo actuado por el Colegio de la Provincia de Buenos Aires, y promover la derogación de las normas que permiten la venta de productos OTC fuera de la farmacia. Se propone difundir un manual de procedimiento similar al aplicado en Prov. de Bs. As.
- Promover publicitariamente la vía farmacéutica como canal confiable para resguardarse de productos falsificados o adulterados.

Recuperación de planes especiales y medios de contraste, etc. y fundamentalmente, la eliminación de los delivery en manos de los laboratorios y distribuidoras que mediante acciones progresivas llegaron a evadir las farmacias de la cadena de comercialización de esos productos.

4. Promoción del farmacéutico:

Capacitación y actualización, defensa gremial y promoción del prestigio público de la farmacia argentina. Acciones de prensa y publicitarias.

Continuar con los programas de educación a distancia haciendo una mayor difusión y comprometernos en los colegios a su promoción ante los farmacéuticos. Participación en programas y publicaciones de salud y creación del canal de TV digital COFA Salud.

5. Fidelización de colegios y farmacias:

La verdadera garantía para obtener concesiones por parte de los distintos proveedores de la farmacia y de nuestros clientes o del Gobierno es el desarrollo de una poderosa herramienta organizativa de carácter gremial.

Esa herramienta deberá contar con una estructura de servicios y beneficios y además con un completo sistema de integración y comunicación de las farmacias,

farmacéuticos y Colegios COFA.

A modo de descripción señalamos algunos emprendimientos en ejecución o desarrollo en COFA-Colegios que deberán nacionalizarse en su ejecución:

- Formación de la red nacional de Farmacias con ventajas especiales para quienes la integren a nivel de servicios y convenios. Esta red deberá contar con una estrategia comercial centralizada, estrategias de promoción y marketing y sistema de negociación de beneficios y condiciones centralizadamente.



- Banco y sistema de créditos para financiar necesidades del sector y administración crediticia de fondos disponibles de las organizaciones y farmacéuticos.

- Sistema electrónico de Transfer: organizar un sistema a disposición de la industria de un sistema de transfer por Internet y sitio Web que permita transparentar las condiciones del mercado y permita la democratización de las condiciones de venta para la mayoría de las farmacias.

- Digitalización de las recetas para resguardo de datos y creación de sistema de estadísticas para el uso profesional del Estado y empresas del sector.

- Sistema de salud solidario para enfermedades de alto costo y baja incidencia para los farmacéuticos asociados. Sistema de salud propio para particulares.

- Creación de un departamento de servicios para desarrollar prestaciones de compra en tiendas virtuales, turismo,

equipamiento, etc.

- Línea de productos farmacéuticos con marca de la Cofa y Colegios.

6. Acciones tendientes al mejoramiento del marco legal de desempeño de la profesión y promoción de la aplicación de normas y resoluciones vigentes con escaso cumplimiento:

Ley de farmacias: crear un grupo de dirigentes y asesores legales responsables de la redacción y gestión de mejoras de la legislación que regula la profesión. Este grupo será conformado por expertos en la materia y, sobre todo, en el conocimiento de la forma de provocar estos cambios.

Resolución 468 y reformas: en la actualidad estas normas no se aplican para la Seguridad Social por un estancamiento en la inscripción de farmacéuticos. Deberá hacerse un seguimiento del tema por parte de un responsable nacional.

Ley de Habeas Data: su aplicación está en situación similar al punto anterior, habiéndose hecho consultas con un estudio especializado sobre la posibilidad de denunciar a los sistemas delivery como en violación de dicha ley.

Decreto que autoriza la venta de medicamentos fuera de la farmacia: se debe trabajar por su derogación inmediata dadas sus graves implicancias para la salud pública.

Medicamentos de origen o comercialización ilegal: Formar un comité de lucha contra estas actividades, integrando al mismo a laboratorios afectados, jueces o fiscales, periodistas, funcionarios, damnificados, defensores de consumidores, etc.

Resumen final: La COFA es una herramienta fundamental, con capacidad de modificar la realidad del farmacéutico con el concurso de todas las organizaciones farmacéuticas existentes: gremiales, comerciales, académicas, etc.

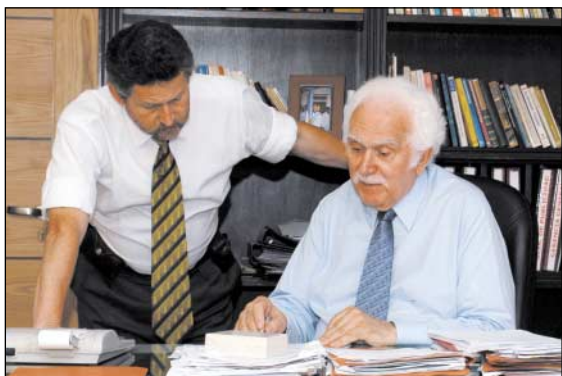
Es el coordinador y contenedor natural de todas estas actividades y además, el organizador y planificador de las acciones que por su naturaleza demanden una conducción centralizada, para lograr obrar en forma conjunta.

De la capacidad y empeño de nuestros dirigentes será la medida de sus logros futuros. Hasta la próxima. 🌱

Responsabilidad empresaria

Desde el mes de septiembre, el laboratorio Monserrat y Eclair, a través de la publicidad de Palatrobil, reforzó la campaña que viene realizando desde hace más de cinco años para concientizar a la población sobre la importancia de comprar los medicamentos en la farmacia. La empresa encontró la fórmula para publicitar masivamente un medicamento de venta libre, manteniendo la coherencia de su compromiso con la actividad farmacéutica.

Monserrat y Eclair se lanzó al mercado de medicamentos de venta libre hace 18 años, luego de una sucesión de ventas y un largo período de inactividad. De acuerdo a la visión de quien hoy es su Gerente General, el Sr. Alberto Pomerañetz, en el momento de su refundación la empresa tenía un solo camino posible para subsistir: "Llegar al farmacéutico para que él, que está habilitado profesionalmente y por el conocimiento popular, recomiende nuestros productos con la tranquilidad de saber que le van a responder." Fue así que la empresa comenzó la distribución de dos fármacos y a lo largo de los años logró generar un portfolio de cuarenta presentaciones y una cadena de distribución propia, exclusiva para farmacias.



El Sr. Pablo Barenboim, Gerente y el Sr. Alberto Pomerañetz, Gerente General de Atención y Servicios a Profesionales y Clientes de Monserrat y Eclair.

"Nosotros nos comprometimos con la actividad farmacéutica porque creemos que no se puede alejar al medicamento de quien mejor lo conoce. Y lo que fuimos viendo a través del tiempo es que algunas compañías, con una mano trataban de llevar sus productos al farmacéutico y con la otra los acercaban al kiosquero, al supermercado y a las gasolineras. Este es un hecho que el farmacéutico no desconoce. El peligro de la venta en cualquier lugar y

la forma de publicitar los productos que se está haciendo en los medios masivos está a la vista. En la temporada invernal, en las publicidades en televisión, radio y revistas se puede notar claramente que están tratando de convertir al medicamento en una golosina. Por eso tenemos que defenderlo en la única situación adecuada: manejado por un profesional farmacéutico en la farmacia."

Esta decisión de elegir a las farmacias como único canal de distribución de sus productos se estableció en la empresa como una política y un leit motiv que no sólo quedó en palabras, sino que con el tiempo se fue concretando en una serie de iniciativas para concientizar a la población sobre el riesgo de comprar medicamentos fuera de la farmacia.

"Tómese los medicamentos en serio. Consulte a su farmacéutico" es la frase que, con diferentes variantes, esgrime una campaña gráfica que el laboratorio renueva desde hace seis años con el respaldo de la COFA.

Sin embargo, principios de 2006, las autoridades de Monserrat y Eclair se encontraron ante una encrucijada: tenían que publicitar masivamente un producto sin perder la coherencia de su política.

"Habíamos criticado tanto la publicidad de otros medicamentos hecha buscando captar al público de cualquier manera y con cualquier recurso, que nosotros teníamos que hacer todo lo contrario. Porque cómo podíamos defender nuestra postura de críticos si terminábamos haciendo lo que criticábamos." Entonces comenzaron a trabajar en la forma de poder concretar la campaña publicitaria sin abandonar el mensaje. "Cuando decidimos ir a la ra-

dio en todo el país, y en la ciudad de Buenos Aires en las radios de mayor audiencia como Radio Mitre, Radio 10 y el programa Fútbol Continental, tuvimos que buscar a la persona que de sí mismo emanara a través de su voz la garantía de seriedad y seguridad para transmitir nuestro concepto. Y tomamos la decisión de elegir a Cacho Fontana. Con él tuvimos dos entrevistas que duraron cinco o seis horas en las que exclusivamente nos dedicamos a contarle quiénes éramos, cómo trabajamos, cuál es nuestra trayectoria, cuál es el grado de compromiso con la farmacia argentina. Le explicamos nuestra preocupación de que por primera vez íbamos a llegar al mercado masivo. Luego de nuestras charlas con Cacho Fontana, Pablo Barenboim -a cargo del Dto. de Atención y Servicios a Profesionales y Clientes- y yo tomamos lápiz y papel y diseñamos el aviso, que finalmente fue: "Digestión Lenta, pesadez estomacal, Palatrobil lo resuelve. Consulte a su farmacéutico. Palatrobil: ni en kioscos ni en supermercados. Sólo en farmacias."

Con este mensaje le dimos al farmacéutico el rol que siempre consideramos que debe tener."

Esta campaña, con algunas variantes de acuerdo a los distintos síntomas que trata el producto, está en el aire desde septiembre hasta el 22 de diciembre y el año que viene ya está proyectada la realización de una serie de avisos para un nuevo medicamento, en la que "también seguiremos con este mensaje porque no puede ser otro", afirma el Sr. Pomerañetz, que además destaca: "La cantidad de segundos que agregamos para transmitir la importancia de adquirir medicamentos en la farmacia tuvo un alto costo, pero nos parecía fundamental, sino lo demás no tenía sentido. Gracias a eso Palatrobil se vende y nosotros nos quedamos con una gran paz interior."

Brindemos servicios de calidad



Por la Lic.
Graciela Asorey

La búsqueda “de la calidad del servicio” representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales farmacéuticos.

Ofrecer un servicio profesional diferencial es, ni más ni menos, la elaboración progresiva de un conjunto de acuerdos imprescindibles para que la intervención profesional pueda llevarse a cabo. Representa una instancia realmente creativa, ya que integra aspectos técnicos – conceptuales y de comportamiento.

Es lograr en la realidad que el cliente tome la decisión de elegir el servicio que brinda mi farmacia.

Para ello debemos empezar por analizar qué es lo que tenemos para ofrecer a los potenciales clientes y de qué herramientas nos vamos a valer para ejecutarlo.

Como oferente de un servicio, el profesional farmacéutico posee una amplia gama de herramientas específicas a utilizar para detectar oportunidades y aumentar la cantidad de consumidores satisfechos.

La propuesta de servicio debe orientarse a resolver los problemas del consumidor y a agregarle valor al mismo como individuo. El verdadero desafío en esta etapa es comprender que cada consumidor está ubicado mental y conceptualmente en planos diferentes.

Esta comprensión de la realidad del mercado, permitirá la elaboración de una propuesta de un servicio profesional diferencial y agregarle los beneficios adicionales que excedan en lo posible el marco de las expectativas.

El cliente no “*compra producto, compra beneficios*”.

Para crear una estrategia ganadora es importante considerar que:

- un servicio profesional brindado por diferentes farmacéuticos no es “el mismo servicio”; lo cual impone la idea de propuestas alternativas para el desarrollo del mismo tipo de tareas.

- el saber que sustenta el servicio está sujeto a variaciones temporales, como corolario de los importantes avances científicos y técnicos y el desafío intelectual que en la profesión se plantea cotidianamente. Es muy importante saber

comunicar ese mayor conocimiento que se posee y esos avances utilizarlos no porque sea una moda, sino porque la dolencia del cliente así lo requiere.

- La diferencia entre un graduado y un profesional está dada sin lugar a dudas por la capacitación permanente.

Por otra parte, el mercado potencial al que apuntamos con nuestra estrategia, aprecia nuestro servicio profesional como algo intangible, desconocido y, por ende, difícil de comprender. En cambio, nosotros lo conocemos perfectamente, aunque a veces lo sobrevaloramos o lo desvalorizamos por no poder ser objetivos en su apreciación o por no saberlo comunicar claramente.

El punto de partida de toda gestión de calidad, consiste en captar las exigencias de los consumidores y analizar la forma de ofrecerles soluciones que respondan a sus necesidades, en forma eficaz y eficiente.

Así, si admitimos que ofrecer calidad significa corresponder a las expectativas de los consumidores e incluso sobrepasarlas, “DEBO MEDIR LA CALIDAD DE MI SERVICIO EN FORMA REALISTA”, no subjetiva.

Esto implica conocer las debilidades y fortalezas del mismo para poder mejorarlas o superarlas según sea el caso. Para ello debo establecer estándares y evaluar en forma fehaciente los principales componentes de la calidad del servicio:

1°.-Carácter tangible: es el aspecto del soporte material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación. (La forma de atención telefónica, las condiciones de confort, luz, decoración, estética, la no venta de productos que atentan contra la imagen de una Farmacia).

2°.-Fiabilidad: consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Hay que tener cuidado, porque normalmente el 96% de los consumidores insatisfechos no realizan reclamos pero no vuelven a la Farmacia y no la recomiendan. Si atiendo un consumidor mal o no le presto la debida atención cuando me efectúa una consulta sobre una re-

ceta o sobre algún medicamento, esa es la impresión que él va a tener y luego será difícil cambiarla.

3°.-Rapidez: se traduce en la capacidad de realizar el servicio dentro de los plazos aceptables para el consumidor. No retenerlo mucho tiempo sin darle una respuesta.

4°.-Competencia: del personal que debe poseer la información y la capacitación necesaria para la realización del servicio. El personal que acompaña al profesional debe conocer todas las indicaciones del servicio, de manera de poder transmitir las claramente al paciente y evitarle molestias y trámites innecesarios.

Por Ej. ¿Cuáles son los requisitos para dispensar una receta de determinado financiador o determinado plan, o PMI?



5°.-Cortesía: expresada través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional farmacéutico hacia el consumidor.

6°.-Credibilidad: es decir, honestidad del profesional que presta el servicio, tanto en sus palabras como en sus actos. Evitar el doble mensaje que confunde.

7°.-Seguridad: ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar el servicio. No debe producir desconfianza.

8°.-Accesibilidad: que se traduce por la facilidad con la que el consumidor puede utilizar el servicio de la Farmacia en el momento que lo desee o necesite.

9°.-Comunicación: se debe informar al consumidor con un lenguaje que éste en-

tienda, eliminar vocablos técnicos que lo confunden y asustan.

10°.-Conocimiento del cliente: se trata del esfuerzo que debe realizar el profesional farmacéutico para entender a los clientes y sus necesidades.

Todos los estudios recientes muestran que, el cliente es cada vez más exigente; sin embargo, la percepción de la calidad varía de uno a otro y no es la misma para el usuario que para el proveedor del servicio. La experiencia demuestra que de cada cien clientes insatisfechos sólo cuatro expresarían su insatisfacción de forma espontánea y además, en caso de insatisfacción, el cliente se lo contará a once personas, mientras que si está satisfecho, sólo se lo dirá a tres. Resulta, pues, indispensable que cada profesional investigue de forma

voluntaria el grado de satisfacción de sus clientes.

Si bien parecería una utopía para el caso de los usuarios que están de paso por la Farmacia, un buen servicio y el tratar de interpretar sus necesidades puede hacer que vuelva o que nos compre otros productos que no tenía en mente.

Las exigencias del cliente en cuanto a calidad aumentan para terminar deseando lo mejor. No haber comprendido este hecho ha llevado al fracaso a muchos profesionales.

Otro problema adicional, es que la calidad concebida y la calidad percibida rara vez marchan a la par. La superioridad de un nuevo servicio sólo en contadas ocasiones resulta tan evidente para un paciente potencial como para su creador.

Además, los consumidores tienden a callar su insatisfacción en materia de servicios,

porque la mayor parte de ellos requiere la intervención de una persona. Entonces, expresar su descontento equivale, a ojos del cliente, a incriminar a alguien, a colocarlo en una situación difícil. Resulta indispensable que cada profesional investigue permanentemente el grado de satisfacción de sus clientes.

Además, cuando un cliente valora la calidad de un servicio, no disocia sus componentes. Lo juzga como un todo. Lo que prevalece es la impresión del conjunto, y por ello, cuando existe algún defecto en un elemento, el cliente tiende a generalizar los defectos a todo el servicio.

Es esencial en toda política de calidad de servicio, alcanzar la mayor homogeneidad entre sus elementos. Por lo tanto se dice: *"En materia de servicios, la calidad, o es total o no existe"* y dado que no puede haber control de calidad a posteriori comparable al que existe para los productos, el error, una vez cometido, no puede subsanarse, sólo puede preverse, por ello debe existir:

- Una voluntad y un compromiso total del profesional de mejorar la calidad de sus servicios.

- la totalidad del personal de la empresa debe estar capacitado para informar y aconsejarle al cliente.

El verdadero desafío será romper los viejos paradigmas e investigar a los clientes para:

- Poseer un mayor conocimiento y evitar la miopía estratégica, es decir, implantar procedimientos para detectar lo que resulta importante a los ojos del consumidor y no sólo desde el punto de vista de la Empresa.

- Entender las necesidades del paciente, conocer su funcionamiento interno, detectar el verdadero punto de referencia del mismo.

Con todo lo expuesto el profesional farmacéutico deberá reflexionar sobre cómo diseñar una mejor oferta de sus servicios en donde comunique lo que constituyen sus fortalezas y el valor que aportan para el cliente.

No debemos olvidar que el concepto de calidad en salud significa brindar la prestación adecuada en el momento oportuno y con una percepción de satisfacción por parte del cliente. 📌

gasorey@tutopia.com

Zometa recibe la autorización en la Unión Europea

La Comisión de la Unión Europea aprobó la adición de datos en la ficha técnica de Zometa (ácido zoledrónico), que demuestran su capacidad para reducir el dolor óseo en pacientes en los que el cáncer hizo metástasis en hueso.

Zometa tiene como objetivo terapéutico prevenir, reducir o retrasar las complicaciones óseas, o eventos relacionados con el esqueleto (EREs), así como aliviar el dolor óseo, que es un síntoma acompañante frecuente.

Este medicamento, además, es el único bisfosfonato que ha demostrado su eficacia en una amplia gama de tumores: mama, pulmón, próstata, riñón, vejiga y mieloma múltiple y se continúa estudiando en otras situaciones clínicas. Hay más de 200 estudios finalizados o en curso con este fármaco.

Nuevas indicaciones para una droga oncológica

El imatinib, utilizado en el tratamiento de la leucemia mieloide crónica, obtuvo la aprobación de las autoridades regulatorias de los Estados Unidos y de Europa para ser utilizado también en la terapia de otras dos afecciones oncológicas: el síndrome hipereosinofílico y la mastocitosis sistémica. Ya el año pasado había obtenido otras tres nuevas indicaciones: el tratamiento del dermatofibrosarcoma protuberans, de la leucemia linfoblástica aguda Philadelphia positivo y de ciertos trastornos mieloproliferativos.

"Se trata de enfermedades muy raras (cada una de ellas afecta a entre 1000 y 10.000 pacientes en todo el mundo), pero para las que no existía tratamiento efectivo y seguro. A estos pacientes, el imatinib ofrece buenas tasas de respuesta, ya sean remisiones parciales o totales", informó la doctora Diana Young, directora global de investigaciones en oncología de la compañía farmacéutica Novartis.

En la Argentina, el imatinib sólo cuenta con la aprobación para sus dos indicaciones iniciales: la leucemia mieloide crónica y el tumor de estroma gastrointestinal, aunque el laboratorio ya solicitó a la Anmat la aprobación de las indicaciones ya autorizadas en los Estados Unidos y Europa.

La UE aprobó Noxafil (Posaconazol) vía oral para la prevención de las infecciones fúngicas invasivas

La Comisión Europea concedió la aprobación de comercialización para Noxafil (posaconazol) vía oral para la profilaxis de infecciones fúngicas invasivas (IFIs) en los siguientes pacientes con alto riesgo de desarrollar estas infecciones: pacientes que reciben quimioterapia de inducción a remisión para la leucemia mielógena aguda (AML) o síndromes mielodisplásicos (MDS) con probabilidades de producir una neutropenia prolongada y receptores de trasplante de célula madre hematopoiético (HSCT) que están recibiendo un tratamiento inmunodepresivo de alta dosis para la enfermedad de injerto contra huésped (GVHD).

Las infecciones fúngicas invasivas se producen con mayor frecuencia en personas que son inmunodeprimidas y es una causa princi-

pal de muerte en poblaciones de alto riesgo. Los pacientes que están recibiendo trasplante de célula madre hematopoiético o quimioterapia para enfermedades hematológicas como AML o MDS que desarrollan IFIs tienen una alta tasa de mortalidad de entre el 50 y el 90 por ciento.(1)

La Comisión Europea también aprobó Noxafil, de Shering-Plough para la candidiasis orofaríngea (OPC) como tratamiento de primera línea en pacientes con enfermedad grave o inmunocomprometidos, en los que se espera una respuesta pobre a la terapia tópica. La OPC es una infección fúngica de la boca y garganta.

La aprobación de la Comisión de la profilaxis y las indicaciones de la OPC para Noxafil resulta en la licencia de comercialización con etiquetado unificado que es válido en los actuales 25 Estados miembros de la Unión Europea (UE) así como en Islandia y Noruega. Este producto fue aprobado previamente en la UE y Australia para el tratamiento de ciertas IFIs en pacientes adultos con enfermedad refractaria o en pacientes que no toleran ciertos agentes antifúngicos utilizando habitualmente.

Información de seguridad

Los ensayos clínicos han demostrado que Noxafil por vía oral, es un tratamiento seguro y bien tolerado. Entre los efectos secundarios más comunes (1% cada uno) mostrados en los estudios profilácticos combinados han sido la bilirrubinemia, el aumento de las enzimas hepáticas, daño hepatocelular, náuseas y vómitos. En los ensayos clínicos se produjeron casos poco frecuentes de reacciones hepáticas (por ejemplo, elevaciones entre leves y moderadas de ALT, AST, fosfatasa alcalina, bilirrubina total y/o hepatitis clínica). Las pruebas de función hepática (LFTs) deberán controlarse al comienzo y durante el seguimiento de la terapia.

En estudios clínicos de pacientes con candidiasis orofaríngea (OPC), incluyendo los de OPC refractaria, se registraron con mayor frecuencia efectos secundarios en el grupo de pacientes con candidiasis orofaríngea refractaria. Los efectos secundarios registrados más comunes fueron fiebre (13 por ciento) y neutropenia (10 por ciento).

El medicamento ha demostrado interactuar con varios medicamentos, incluyendo los fármacos que suprimen el sistema inmunológico, y este tipo de reacciones podrían ser graves. Se deberá consultar el etiquetado del producto cuando se prescriban otros medicamentos junto a Noxafil.

La coadministración de los sustratos CYP3A4 terfenadina, astemizol, cisaprida, pimozida, halofantrina o quinidina está contraindicada, ya que podría provocar un aumento de las concentraciones en plasma de los productos médicos, llevando a la prolongación de QTc y raros casos de torsades de pointes. La coadministración con alcaloides del centeno también está contraindicada.

Se han dado casos de toxicidad grave y mortal producidos por la ciclosporina cuando se toma en combinación con Noxafil, por lo que la reducción de la dosis de fármacos como la ciclosporina, tacrolimus o sirolimus, y el control frecuente de los niveles de fármacos de este tipo de medicaciones es necesario cuando se toman en combinación con NOXAFIL. La seguridad y eficacia de NOXAFIL en pacientes con una edad inferior a los 13 años no se ha establecido. En la UE, NOXAFIL está recomendado en pacientes de edad igual o superior a 18 años.

Referencia: (1) Bow EJ, Laverdiere M, Lussier N, et al. Antifungal Prophylaxis for Severely Neutropenic Chemotherapy Recipients. Cancer 2002;94:3230-46.

La UE aprobó lumiracoxib 100mg comprimidos recubiertos con película como nueva opción terapéutica para pacientes que padecen artrosis

Novartis anunció que lumiracoxib 100mg comprimidos recubiertos con película, un antiinflamatorio inhibidor selectivo de la COX-2 por vía oral, tiene vía libre para su aprobación en la Unión Europea como una nueva opción terapéutica para pacientes con artrosis. La artrosis es la forma más frecuente de artritis y una de las causas principales de dolor crónico.

Los trámites para la aprobación del medicamento se habían aplazado tras la retirada del mercado de Vioxx, un analgésico de la misma familia, por los problemas coronarios que generaba. En ese momento la seguridad de todos los fármacos de pertenecientes a la familia de los COX-2 fue rigurosamente revisada. En febrero de 2005, quedó suspendido el lanzamiento de lumiracoxib. El laboratorio Novartis, que ya había pedido su autorización a la EMEA (la agencia europea del medicamento), decidió retirar esta solicitud a la espera de que la agencia se pronunciase sobre la seguridad de los COX-2.

Actualmente este producto además de haber sido aprobado por

cada una de las naciones que conforman la UE tiene la aprobación en más de 25 países.

Tyzeka (telbivudine) fue aceptado por la FDA

La Administración de Fármacos y Alimentos de EE.UU. (FDA) aprobó TYZEKA (telbivudine) como nuevo tratamiento oral de una sola toma diaria y que se puede ingerir con o sin alimentos, para pacientes que sufren hepatitis B crónica (CHB). El medicamento suprime de forma rápida y profunda (1) los virus de la hepatitis B (HBV) en pacientes adultos con evidencia de padecer replicación vírica y evidencia de padecer elevaciones persistentes de las aminotransferasas del suero (ALT o AST) o padecer enfermedad activa histológica.

Los datos del ensayo clínico pivote en Fase III, conocido como estudio GLOBE, compararon TYZEKA, de Idenix Pharmaceuticals, con lamivudine en 1.367 pacientes. El objetivo principal de eficacia del estudio GLOBE fue la respuesta terapéutica en el primer año, un objetivo compuesto relacionado con la supresión viral (supresión del suero HBV ADN por debajo de las 100.000 copias/mL), que mejoraron los marcadores de la enfermedad del hígado (normalización ALT) o la pérdida del e-antígeno detectable de la hepatitis B (HBeAg). En pacientes positivos de HBeAg, la respuesta terapéutica fue de un 75% entre los pacientes tratados con TYZEKA, y de un 67% entre los pacientes tratados con lamivudine, mientras que la respuesta para los pacientes negati-



**CONFEDERACION
FARMACEUTICA
ARGENTINA**

www.cofa.org.ar

vos HBeAg después de un año fue de un 75% frente al 77%, respectivamente. En el estudio GLOBE, los pacientes que consiguieron niveles no detectables de HBV ADN a las 24 semanas fueron más propensos a conseguir la seroconversión del e-antígeno, consiguiendo niveles no detectables de HBV ADN, normalización de ALT y minimización de la resistencia en el primer año. En ensayos clínicos, TYZEKA fue generalmente tolerado de forma correcta, y los eventos secundarios más habituales fueron entre leves o moderados en lo que respecta a su severidad. Los efectos secundarios más frecuentes (> 5%) fueron la infección del tracto respiratorio superior (14%), fatiga y malestar (12%), dolor abdominal (12%), nasofaringitis (11%), dolor de cabeza (11%), aumento de las CPK de la sangre (9%), tos (7%), náuseas y vómitos (7%), síntomas de influenza y similares a los de influenza (7%), dolor posterior al procedimiento (7%), diarrea y pérdida de deposiciones (7%), dolor faringolaríngeo (5%). Leer la información importante sobre seguridad.

"La aprobación de TYZEKA se basa principalmente en los datos de seguridad y eficacia del estudio GLOBE, el mayor registro a nivel mundial jamás realizado hasta la fecha en pacientes con hepatitis B crónica", comentó el Dr. Nathaniel Brown, responsable médico de Idenix Pharmaceuticals, Inc.

Información importante de seguridad sobre el medicamento

- Se han dado casos de acidosis láctica y hepatomegalia severa con esteatosis, incluyendo casos mortales, cuando se han utilizado análogos nucleósidos solos o en combinación con anti-retrovirales. - Se han producido exacerbaciones agudas severas de la hepatitis B en pacientes que han abandonado la terapia contra la hepatitis B, incluyendo TYZEKA. La función hepática deberá controlarse de cerca tanto a nivel clínico como de laboratorio durante al menos varios meses en pacientes que abandonen la terapia contra la hepatitis B. Si se da el caso, deberá garantizarse la continuación de la terapia contra la hepatitis B. - Se han dado casos de miopatía con TYZEKA tras su uso varias semanas después de que comenzara la terapia. La miopatía también se ha dado en algunos de los fármacos de esta clase. Los médicos consideran que el tratamiento concomitante con estos y otros agentes asociados a la miopatía deben servir para evaluar cuidadosamente los beneficios potenciales y riesgos, y deberán servir para controlar y asesorar a los pacientes que presenten algunos de los síntomas y signos de dolor muscular no explicable, dolor o debilidad, sobre todo durante los periodos de aumento de valoración de la dosificación. La terapia deberá interrumpirse si se sospecha de que se producen casos de miopatía, y abandonarse en caso de que se diagnostique una miopatía. - Como el medicamento se elimina principalmente a través de la excreción renal, la coadministración de TYZEKA con fármacos que afectan a la función renal debería alterar las concentraciones de plasma de TYZEKA y/o el fármaco co-administrado. Los ajustes del intervalo de la dosificación son recomendables en pacientes con compensación de la creatinina < 50ml/min. - La seguridad y eficacia de TYZEKA en los receptores de trasplantes de hígado es desconocida. Si se determina un tratamiento basado en Tyzeka para el receptor de un trasplante de hígado que haya recibido o que reciba un inmunosupresor que pueda afectar a la función renal, como una ciclosporina o tacrolimus, la función renal deberá controlarse tanto antes como durante la aplicación del tratamiento

con Tyzeka. - Los pacientes deberán saber que el tratamiento con Tyzeka no ha demostrado una reducción del riesgo de la transmisión de HBV a otras personas a través del contacto sexual o de la contaminación sanguínea. - La seguridad y eficacia de Tyzeka en pacientes pediátricos con edad inferior a los 16 años todavía no se ha establecido. - Los eventos adversos clínicos emergentes del tratamiento de intensidad entre moderada y severa (Grado 2-4) experimentados en el estudio GLOBE con Tyzeka fueron: síntomas relacionados con los músculos 2%; fatiga/malestar 1%; dolor de cabeza 1%; pirexia 1%; dolor abdominal <1%; artralgia <1%; tos <1%; diarrea <1%; gastritis <1%. - Las elevaciones de la quinasa creatina (CK) fueron más frecuentes entre los sujetos basados en el tratamiento con telbivudine. Las elevaciones de Grado 3/4 CK se produjeron en el 9% de los pacientes tratados con telbivudine, y el 3% de los pacientes sometidos a tratamiento basado en lamivudine. - La duración óptima del tratamiento con Tyzeka no se ha establecido aún. No se conoce la relación entre la respuesta al tratamiento inicial debida a los resultados, como el carcinoma hepatocelular y la cirrosis descompensada.

Referencias 1 Lai, C. Hepatology. 2005 Oct (42.S1):78A 2 Center for Disease Control Hepatitis B Fact Sheet 3 World Health Organization Hepatitis B Fact Sheet 4 Lavanchy, D. Journal of Viral Hepatitis, March 2004 Contactos de Idenix Pharmaceuticals: Medios: Teri Dahlman +1-617-995-9905 Inversores: Amy Sullivan +1-617-995-9838

Januvia puede comercializarse en EE.UU. para el tratamiento de la diabetes tipo II

La Agencia FDA aprobó el uso del fosfato de sitagliptin Januvia, del laboratorio Merck, el primer inhibidor de la dipeptidil peptidasa-4 disponible en Estados Unidos.

Sitagliptin es un agente oral y se ha aprobado como monoterapia y en uso conjunto con metformina o tiazolidinedionas para mejorar el control de la glucosa en sangre en pacientes con diabetes tipo II cuando la dieta y el ejercicio no son suficientes para conseguir un control glucémico.

La FDA aprobó Nexium para el tratamiento del Síndrome Zollinger-Ellison

La Agencia del Medicamento de Estados Unidos aceptó una nueva indicación para la prescripción del inhibidor de la bomba de protones 'Nexium' (esomeprazol) en ese país para tratar el Síndrome de Zollinger-Ellison.

Actualmente 'Nexium', de la compañía AstraZéneca, está indicado en ese país para el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en adultos y adolescentes con edades de 12 a 17 años y para reducir el riesgo asociado al uso de AINE en pacientes con factores de riesgo.

El Síndrome Zollinger-Ellison es una enfermedad crónica caracterizada por el desarrollo de tumores que segregan niveles excesivos de gastrina, una hormona que estimula la producción ácida por el estómago.

Novedades Empresarias

Pfizer y la OMS acuerdan el libre acceso a 12.000 principios activos



La Organización Mundial de la Salud (OMS) -a través de su Programa Especial para Investigación y Formación en Enfermedades Tropicales- y la multinacional estadounidense Pfizer sellaron un acuerdo de colaboración, mediante el cual la farmacéutica permitirá el libre acceso a los científicos de las instituciones afiliadas a la Red de Evaluación Económica de Compuestos a cerca de 12.000 moléculas para evaluar su viabilidad para el tratamiento enfermedades parasitarias características de países subdesarrollados.

Rayito de Sol Kids

Rayito de Sol KIDS es una línea pensada y formulada especialmente para cuidar la piel de los más chiquitos durante el verano, aprobada por la Asociación Argentina de Dermatología Pediátrica (ASADEPE).

Su fórmula, conjuntamente con los filtros UVB y UVA, incluye "Sunspheres", que incrementan la absorción de los rayos UV, de

forma tal que permite una mejor performance de los filtros solares mientras reduce potencialmente la posibilidad de irritación causada por algunos activos, como los filtros solares, en personas especialmente susceptibles (con las pieles de fototipo I y II - pieles blancas lechosas presentes en niños de pigmentación pelirroja y rubia clara). Todos los productos Rayito de Sol fueron testeados dermatológicamente y han pasado satisfactoriamente los test de hipoalergenidad y eficacia cosmética.

El producto viene en dos presentaciones: Rayito de Sol Kids bloqueador solar sin fragancia FPS 45 (x 130 ml) y Rayito de Sol Kids bloqueador solar FPS 35 con color (x 130 ml).



Sprycel® (dasatinib)

Bristol-Myers Squibb Argentina lanzó su



Bristol-Myers Squibb Argentina

producto Sprycel® (dasatinib), para el tratamiento de pacientes con Leucemia Mielóide Crónica y pacientes con Leucemia Linfoblástica aguda Ph+, resistentes o intolerantes a tratamientos previos incluyendo el imatinib.

La leucemia mielóide crónica es una enfermedad de complejidad creciente que afecta a 1.5 cada 100.000 habitantes.

Sprycel® es la primera opción de tratamiento efectiva para este tipo de pacientes. Proporciona respuestas hematológicas y citogenéticas sostenidas, con un nuevo mecanismo de acción con blancos múltiples por lograr la inhibición de las quinasas BCR-ABL y SRC.

Sprycel® fue 325 veces más potente que el imatinib in vitro en ensayos de inhibición de BCR-ABL. Es además activo contra todas las mutaciones de BCR-ABL excepto T315I

Está disponible en el mercado en sus tres presentaciones: 70 mg, 50 mg y 20 mg cada una x 60 comprimidos.

Roche e InterMune firman un acuerdo para desarrollar nuevos medicamentos para el tratamiento de la Hepatitis C



Roche e InterMune Inc. anunciaron la firma de un acuerdo exclusivo de colaboración internacional para desarrollar y comercializar inhibidores de la proteasa contra la Hepatitis C (VHC) del programa de InterMune. El acuerdo incluye la molécula ITMN-191, que se espera que ingrese a ensayos clínicos antes de fin de año. Ambas compañías también colaborarán en un programa de investigación para identificar, desarrollar y comercializar inhibidores originales de la proteasa del VHC de segunda generación.

Se estima que, en todo el mundo, existen más de 170 millones de personas en afectadas por la hepatitis C. Los inhibidores de la proteasa del VHC, tales como el ITMN-191, representan una prometedora nueva clase de drogas y son probables candidatos para ser utilizados en combinación con otras drogas como el Peginterferón -2a (40KD) y demás drogas contra la hepatitis.

Bayer Lanza Tabcin Alergia

La división HealthCare de Bayer anunció el lanzamiento de un nuevo producto que brinda efectividad clínicamente comprobada al alivio de alergias respiratorias y de la piel.

Tabcin Alergia es un producto de venta libre, formulado a base de Loratadina que ofrece 24 horas de alivio contra los síntomas de la alergia con solo una toma diaria. Además, por ser un antihistamínico de segunda generación, no produce sueño.



Sildenafil masticable con sabor a fresa



LABORATORIOS FINADIET

Fue lanzado un comprimido masticable con sabor a fresa contra la disfunción sexual eréctil. La saborización fue realizada por Finadiet. El consumo de sildenafil, que en el último año creció un 50% entre los jóvenes, es de 2 millones de comprimidos por mes, en la Argentina. La cuarta parte -alrededor de medio millón de pastillas- corresponde a masticables lanzados en 2004.



Glucotem y Total Magnesiano Vitaminas y Minerales auspiciaron la Maratón Internacional de Buenos Aires

Temis Lostaló auspició la 6ta Maratón Internacional de Buenos Aires, a través de sus productos "Glucotem" y "Total Magnesiano Vitaminas y Minerales". Participaron de la carrera más de 7 mil personas, que recorrieron 48 Km. culminando en el Estadio de River Plate. Los participantes recibieron un kit con productos e información sobre los mismos.



Organon cumple 60 años en el país



Laboratorio Organon, empresa de origen holandés, festejó su 60º aniversario en la Argentina. En estas seis décadas de historia, la empresa participó de la llegada al país de innovadores productos de fertilidad, anticoncepción, terapia hormonal, psiquiatría y anestesia e invirtió en infraestructura de última generación, como fue la reciente inauguración de su laboratorio de control de calidad al que destinó 500.000 euros.

"La investigación es la raíz de Organon. Con más de 2500 empleados en I&D alrededor del mundo y una inversión aproximada del 18 % de las ventas, el laboratorio realiza investigaciones que comprenden un desarrollo en 4 fases: descubrimiento, prueba, evaluación y seguridad. Por cada molécula invertimos aproximadamente 900 millones de dólares", asegura Glenda Cruz, Gerente General de Organon Argentina.

En el marco de este proceso, Organon Argentina participa de las fases II y III de investigación del laboratorio a nivel mundial. Además disfruta de una posición privilegiada en las tres áreas terapéuticas que desarrolla localmente: ginecología (fertilidad, anticoncepción y terapia hormonal), sistema nervioso central y relajantes musculares.

Entre sus productos destacados se encuentran Orgestriol, líder en terapia estrogénica y Cerazette, píldora anticonceptiva sin estrógeno. Mientras que en la línea de productos orientados a la reproducción humana, Orgulatan, Puregon y Puregon Pen han abierto nuevos caminos de esperanza a parejas con problemas de infertilidad.

Argentina, Buenos Aires: Equipos sofisticados para controlar medicamentos

Pis en la Cama



Un nuevo producto textil medicinal ha sido desarrollado para proteger tanto a la persona como a la ropa de cama.

La primera zalea lavable LiberPro, soporta más de 400 lavados manteniendo sus propiedades. Su uso evita las escaras y resulta ideal para casos de incontinencia y enuresis.

Más información en www.brig-beyond.com.ar

Grimber Dentales, productos antibacterial para la higiene de las manos



Grimber Dentales pone en marcha una importante acción publicitaria y de marketing directo para Germikill, su línea de productos antibacterial para la higiene de las manos.



Una pyme innovadora en sistemas de control de calidad para la industria farmacéutica

Dos ingenieros desarrollaron lectores ópticos y químicos para la industria farmacéutica que permiten controlar el estado de los medicamentos en blísters y armaron una empresa que exporta a 25 países y factura US\$ 1,5 millones al año. Santiago Aranda, de 35 años, y Felipe Llach, de 28, fundaron Lixis después de la crisis de 2001. El desarrollo del primer prototipo demandó dos años y 20.000 dólares de inversión. Es un lector óptico compuesto por una cámara de video y un software que simula el ojo humano y permite controlar el buen estado de las pastillas que van colocándose en los blísters de medicamentos. Felipe Llach, ingeniero mecánico egresado del Instituto Tecnológico de Buenos Aires (ITBA), destaca: "Estamos a la altura de cualquier importado y a la mitad del precio".

La empresa desarrolló ya cinco productos desde su fundación: visores en blanco y negro y color, identificadores de materiales, detectores de microfisuras y poros y lectores de códigos de barras. Este año presentarán el primero basado en el análisis químico. "La tecnología se llama espectrofotometría, y consiste en la detección y el control por medio de procesos químicos basados en la reflexión de la luz. Con el reflejo, los lectores pueden encontrar problemas o fallas en el envasado".

El Grupo Roche obtuvo cifras récord en los nueve primeros meses de 2006



Las ventas del Grupo alcanzaron los 24.338 millones de dólares a nivel global, y sus dos divisiones, Farmacéutica y Diagnostics, presentaron un crecimiento de sus ventas de 17% en los primeros nueve meses del año.

La facturación de la División Farmacéutica creció en un 21% en monedas locales, casi cuatro veces por encima de la tasa de crecimiento del mercado mundial, alcanzando los 19.198 millones de dólares y convirtiendo a Roche en la sexta mayor compañía farmacéutica del mundo. El fuerte crecimiento de los medicamentos contra el cáncer en un 41% fue uno de los motores que impulsaron a esta división y que refuerzan el liderazgo de Roche en esta área. Roche Diagnostics mantuvo su liderazgo mundial con un aumento del 5% en sus ventas.



Por Magdalena Bauschen

Nutricionista Corporativa
Nestlé Argentina

Alimentación Complementaria

Una alimentación inadecuada en el primer año puede producir un enlentecimiento en el crecimiento y afectar el desarrollo intelectual del niño de manera irreversible.

La OMS recomienda que se inicie la alimentación complementaria o la introducción de alimentos semisólidos a los 6 meses de vida y hasta este momento los niños sean alimentados exclusivamente con leche materna.

La leche materna es insuficiente a partir de los 6 meses para cubrir las necesidades de energía, hierro, zinc y algunas vitaminas, por lo que pueden aparecer carencias nutricionales y, consecuentemente, producirse una falla en el crecimiento. Por otro lado, la incorporación temprana de alimentos diferentes a la leche materna, expone a los lactantes a un riesgo innecesario de padecer enfermedades infecciosas transmitidas por los alimentos.

Entre otras consideraciones, a esta edad el bebé ya se mantiene sentado y tiene buen control neuromuscular de la cabeza y el cuello, además de que puede demostrar señales de hambre y saciedad.

Se aconseja comenzar con una comida al día y progresar rápidamente a dos comidas, porque es muy difícil alcanzar una ingesta adecuada con una sola comida.

Además de la función energética, las grasas de la dieta aportan ácidos grasos esenciales, facilitan la absorción de vitaminas liposolubles, mejoran el sabor de los alimentos y tienen la particularidad de aumentar la densidad calórica y sin aumentar la viscosidad (las preparaciones más viscosas disminuyen la ingesta total de alimentos en los niños pequeños, lo que podría ponerlos en riesgo de un aporte insuficiente de energía).

Los ácidos grasos esenciales merecen una consideración especial, por la importancia de sus funciones en esta etapa de la vida. El cerebro, la retina y otros tejidos del sistema nervioso son particular-

mente ricos en ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (PUFA), derivados de los ácidos grasos esenciales presentes fundamentalmente en aceites vegetales... por lo cual es fundamental agregar una cucharadita de aceite vegetal en las comidas.

La importancia de este nutriente es de tal magnitud que la Academia Americana de Pediatría no recomienda ningún tipo de restricción de grasas y/o colesterol durante los 2 primeros años de vida.

Hierro

La anemia ferropénica es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en el mundo. Se asocia con menor desarrollo intelectual y motor en niños. Factores como el nacimiento prematuro, el retardo de crecimiento intrauterino, la ligadura temprana del cordón umbilical, la alimentación con leche de vaca entera durante el primer año de vida, la incorporación temprana de alimentos complementarios y las infecciones frecuentes, afectan negativamente los depósitos de hierro.

Los niños sanos, nacidos a término, con adecuados depósitos de hierro, generalmente agotan sus depósitos alrededor del sexto mes de vida, momento en que se produce una rápida expansión de su volumen sanguíneo, por lo que el aporte de este nutriente a través de los alimentos complementarios como carnes y cereales fortificados se hace crítico.

Zinc

El zinc es un micronutriente esencial que cumple funciones fundamentales en el crecimiento celular y en el sistema inmune. Su déficit se asocia a retardo de crecimiento, mayor riesgo de padecer enfermedades infecciosas (especialmente diarreas y gastroenteritis) y se afectan los procesos de cicatrización y el normal desarrollo motor y cognitivo.

Los alimentos de origen animal son la mejor fuente de zinc en la alimentación; 50 g. diarios de hígado, carne vacuna o pescado son suficientes para cubrir las necesidades nutricionales.

Alergias alimentarias

Durante mucho tiempo se recomendó incorporar los alimentos conocidos como alérgenos después del primer año de vida, pero hasta ahora no hay ningún estudio que demuestre beneficios de este consejo en la población general aunque sí en niños provenientes de familias con antecedentes de alergias alimentarias. En estos lactantes, se recomienda lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida y a partir de este momento comenzar con alimentación complementaria más pecho y no incorporar lácteos y soja antes del año de vida, huevo hasta los 2 años y maníes, nueces y pescados hasta los 3 años.

Gluten y sal

Si bien la edad exacta para la incorporación del gluten (presente en el trigo, avena, cebada y centeno y derivados) es un tema en discusión, se sugiere incorporarlo desde los 6 meses.

En cuanto a la sal, no es necesario ni conveniente agregar sal a los alimentos complementarios.

Finalmente, es normal que los niños rechacen alimentos nuevos o desconocidos, lo que se conoce como neofobia. Las preferencias por algunos alimentos aumentan con la exposición repetida, por lo tanto se recomienda ofrecerlos de manera reiterada hasta que sean aceptados.

Concluyendo, es importante brindar a los niños una adecuada alimentación complementaria que les brinde la posibilidad de expresar todo su potencial genético, tanto en su crecimiento físico como en su desarrollo intelectual.



Por el Lic.
Carlos María Pinasco
Director de la Galería
Colección Alvear de Zurbarán

40 años de Surrealismo

Juan Carlos Liberti presentó en agosto pasado, en la sala principal del Museo Nacional de Bellas Artes de Buenos Aires, una excepcional retrospectiva con 60 obras de distintas temáticas realizadas en las últimas cuatro décadas. La exposición se completó con una posterior muestra de una selección de esas obras en la Galería Colección Alvear de Zurbarán.

Fue un acontecimiento consagratorio que coincidió además con la edición de un libro sobre toda su vida artística.

El director del Museo, Arq. Alberto Bellucci, prologó el libro y entre otros conceptos dijo: *"La permanente atmósfera onírica de Liberti, que duda cabe, es la misma del viejo surrealismo del Bosco y de Arcimboldo, mucho más viejo, por cierto, que el De Chirico, Magritte, Dalí o Max Ernst"*.

El propio Liberti explica su temprana adscripción al surrealismo, con palabras que parecen ser un mandato de su propio apellido: *"en esta forma de expresión encontré un mundo de libertad que me permitió siempre desarrollar una gran fantasía y creatividad"*...

A mi criterio, de toda la monumental producción de cuatro décadas, donde el artista llega a la cima es en su serie de tango desarrollada a partir de 1997. Devenida de sus *"naturalezas musicales"*, el enfoque libertino de la pasión porteña por excelencia es absolutamente original y única.

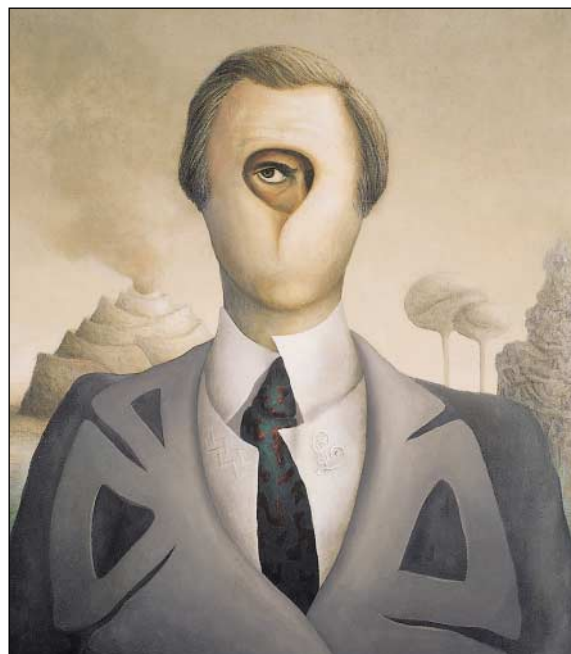
Dicho está que el tango es un sentimiento que se baila, es también literatura y música. Para el maestro Liberti, es, parafraseando a Marechal, una posibilidad infinita. 🍷



"Revolcados en un merengue"



"Niunchiste ahora"



"Autorretrato"