



correo FARMACEUTICO

PUBLICACION OFICIAL DE LA CONFEDERACION FARMACEUTICA ARGENTINA

Año XVIII N° 93 - Agosto 2009 - www.cofa.org.ar

El Medicamento es Seguro solo en Farmacias



FarmacéutiCO + FArmacia: Garantía de Calidad

Su farmacéutico lo atiende y protege



Confederación Farmacéutica Argentina

Editorial



Dicen que las crisis son oportunidades y así debiera considerarse esta epidemia de gripe que asola al país, que ha servido para poner por primera vez en muchos años a la salud en el primer lugar en la agenda de los argentinos, en especial de los funcionarios y políticos, que son los responsables de tomar las medidas y establecer las normas que nos garanticen a todos los ciudadanos una mejor calidad de vida.


La gripe ha jugado un importante rol para que la sociedad volviera a darse cuenta del papel trascendente que le cabe al Estado como regulador y garante de la calidad de los servicios que se brindan en Salud.

Los farmacéuticos y las farmacias no hemos quedado al margen de esta oportunidad, brindando no solo información a la comunidad para la prevención, sino también preparando alcohol en gel o presentaciones pediátricas de oseltamivir como respuesta natural ante la falta de especialidades medicinales. Es decir, el medicamento vuelve a demostrar ser una herramienta fundamental en la prevención, diagnóstico, alivio o cura de la enfermedad y el farmacéutico, el especialista en su manejo.

También debiera llamarnos a la reflexión cómo frente a una epidemia como la que estamos viviendo, el Ministerio de Salud de la Nación no ha respondido al ofrecimiento de colaboración de nuestra Institución, brindada aun a pesar de su indiferencia.

A su vez, la tapa de la revista reproduce un cartel que circulará por las calles de la ciudad de Buenos Aires que, junto con frases de defensa profesional que se emiten por Radio 10, brinda el apoyo y difusión necesarios para concientizar al Senado de la Nación a fin de que se apruebe el proyecto de ley que tiene media sanción de Diputados por el cual los medicamentos se van a poder vender exclusivamente en la farmacia.

Hemos demostrado que la Farmacia es un establecimiento sanitario y los Farmacéuticos agentes de salud, pero esto aun no es suficiente.

Es por ello deberemos trabajar coordinada y mancomunadamente todos y cada uno de nosotros desde nuestras Entidades, con un claro sentido corporativo, para establecer claras reglas de juego que garanticen que los medicamentos sólo deben DISPENSARSE en las FARMACIAS, cualquiera sea la condición que tengan y que, sin lugar a dudas, nuestras farmacias sean un ejemplo permanente de accesibilidad y calidad de servicio profesional; y así lo entiendan el Estado, laboratorios y droguerías que hoy, lamentablemente, en muchos casos están confundidos. 

**Consejo Directivo
COFA**

XIV CONGRESO FARMACÉUTICO ARGENTINO

XIII CONGRESO DE LA FEDERACIÓN FARMACÉUTICA SUDAMERICANA



“EL AVANCE DE LAS CIENCIAS FARMACÉUTICAS Y DEL
EJERCICIO PROFESIONAL PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES”

29, 30 Y 31 DE OCTUBRE 2009
SAN JUAN - REPÚBLICA ARGENTINA

INFORMES E INSCRIPCIÓN:

www.cofa.org.ar

www.colfasj.com.ar

www.fefas.org

congresosanjuan2009@yahoo.com.ar

Fechas para la presentación de Trabajos Científicos: 30 de junio o 31 de julio de 2009



Ofertas.farmacia ya está on line

A partir del 1º de agosto, los Farmacéuticos de todo el país van a poder utilizar la herramienta **ofertas.farmacia** que pone a disposición la **Confederación Farmacéutica Argentina** a través de la revista **Correo Farmacéutico** y el **sitio web institucional: www.cofa.org.ar**. Las primeras promociones serán productos de los **laboratorios Phoenix, Ivax y el Grupo Sanofi Aventis División OTC**.

Ofertas.farmacia permite realizar transfers on line de una serie de promociones que serán publicadas en la revista y a partir del primer día de cada mes se exhibirán en la página web para que el Farmacéutico, a través de su usuario y password, pueda adquirirlas durante las 24 horas, los 365 días del año, eligiendo la droguería que realizará la entrega. Esa compra le va a llegar al usuario cargada en su resumen mensual o semanal de la droguería, por lo que siempre se respetará el canal de comercialización laboratorio-droguería-farmacia.

La gran ventaja de este sistema –además de su aporte a la mejora de la rentabilidad– es posibilitar el acceso a las ofertas de todos los laboratorios a las farmacias más alejadas de los centros urbanos. Esto responde a una inquietud de la actual conducción de la COFA de posibilitar que todas las farmacias del país cuenten con las mismas condiciones comerciales por parte de los laboratorios, sin diferencias en cuanto a su ubicación geográfica.

Esta nueva herramienta irá sumando productos, laboratorios y beneficios a partir de la activa participación de las empresas y los farmacéuticos en esta iniciativa. 🌱

**Consejo Directivo
COFA**

Nueva campaña de concientización de la COFA

Como un recurso más de la Confederación Farmacéutica en pos de la concientización de la población y los senadores nacionales sobre el riesgo que implica la comercialización de medicamentos fuera de la Farmacia, desde el próximo mes comenzará a circular por el centro de la ciudad de Buenos Aires un vehículo con un enorme cartel en el que se podrán leer mensajes como “El Medicamento es Seguro sólo en Farmacias. Su Farmacéutico lo atiende y protege.” El cartel podrá verse en las calles más transitadas de la ciudad de lunes a viernes durante ocho horas. A la vez, esta campaña gráfica será acompañada por una campaña que se difundirá a través de Radio 10. La Confederación Farmacéutica espera que este nuevo medio de difusión contribuya a revertir el hábito popular de ad-



quirir medicamentos en cualquier lugar y, principalmente, logre el marco legal: la aprobación del proyecto que modifica el artículo 1º de la Ley 17.565, estableciendo que la venta y despacho fuera las farmacias se considera “**ejercicio ilegal de la farmacia**”.

Educación continúa

Actualización profesional con puntaje

En estos tiempos, los campos de trabajo y de especialización exigen el conocimiento de nuevas técnicas y procesos que permitan ofrecer un producto más eficiente y adecuado a las necesidades de los diversos destinatarios. Es una preocupación permanente para las instituciones académicas, y aquellas que velan por la matrícula profesional, contribuir con la actualización y formación de quienes deben prestar servicios a personas y comunidades, mediante una cobertura docente acorde con el desarrollo actual de la ciencia, las necesidades de las personas, las sociedades e instituciones públicas y privadas. Estas instituciones conforman también el grupo de actores que tienen un desempeño protagónico en los alertas de nuevos temas que se presentan como futuras posibilidades de solución en ejes de trabajo novedosos, conflictivos o poco explorados. En este sentido, el trabajo conjunto que el Departamento de Capacitación Permanente de la Universidad ISALUD y la CONFEDERACION FARMACEUTICA ARGENTINA (COFA) realizan en el *Posgrado de Auditoría y Gestión Farmacéutica*, se caracteriza por la búsqueda constante de nuevas herramientas que faciliten a los farmacéuticos matriculados conocimientos para su

Por la Dra. Mónica Carles
Coordinadora del
Departamento de
Capacitación Permanente
Universidad ISALUD

actualización permanente y para el ejercicio pleno de las incumbencias profesionales.

La formación se centra en la gestión del fármaco y sus servicios, desde su producción hasta la dispensación, sin dejar de lado la importancia de las políticas que brindan el marco de amparo para el acceso a los medicamentos. La tecnología médica y sus implicancias en los presupuestos sanitarios constituyen otro tema prioritario.

A la propuesta, la Universidad ha sumado los cursos de *Farmacoeconomía, Políticas y Mercado de Medicamentos y Productos Médicos en Argentina: La Experiencia de la Industria*. Con ellos, propone fortalecer los conocimientos sobre análisis de costos, regulación de mercados, derechos de propiedad, ensayos de biocompatibilidad, seguridad (eléctrica, química y mecánica), habilitaciones de producto y tecnovigilancia. El puntaje profesional que brinda la oferta mencionada garantiza el reconocimiento sectorial de los conceptos adquiridos.

Para informes e inscripción: 5239-4045/4110/4035; mail a: infocursos@isalud.edu.ar o personalmente en Venezuela 931, Ciudad de Buenos Aires.

Publicidad engañosa de medicamentos de venta libre

Un estudio sobre anuncios televisivos de alimentos y medicamentos realizado por el Comité Federal de Radiodifusión (COMFER) reveló las estrategias que emplean los mensajes publicitarios para transmitir atributos saludables de los productos y construir una idea de salud que implica, entre otros conceptos, “desestimar y eliminar síntomas que pudieran dar cuenta de múltiples causas.”

Los spots publicitarios de alimentos y medicamentos de venta libre que reciben los televidentes por medio de mensajes subliminales que actúan en el inconsciente de la persona, pueden generar expectativas equivocadas o inducir a error. Esta es una de las conclusiones a las que arribó el estudio realizado por el Departamento de Fiscalización y Evaluación del Comité Federal de Radiodifusión, que invita a reflexionar sobre los mensajes relacionados con la salud que se emiten en los canales de aire.

La tarea estuvo a cargo de un equipo multidisciplinario coordinado por la Lic. Ana Gambaccini y compuesto por las licenciadas Vanesa Ciccone, Gisela Girolami, Verónica Salerno y la analista en medios, Paola Ramírez Barahona, quienes analizaron diez piezas publicitarias que utilizaron lo “saludable” como característica de la dimensión simbólica del mensaje.

Esta esfera implica tener en cuenta el sentido implícito de los anuncios, es decir, no sólo hacer foco en las frases, afirmaciones u otros elementos manifiestos del spot, sino también considerar el anuncio como un todo, valorando la impresión general.

Entre los objetivos del trabajo se destacaron: develar estrategias que en alguna medida contribuyeran a la construcción simbólica de la “salud” en los ciudadanos y, en segunda instancia, estudiar los mensajes connotativos que podrían tender a generar confusión respecto a la relación entre el producto publicitado y lo saludable.

Situación

Tras analizar los avisos de medicamentos y alimentos, se determinó que existen construcciones que podrían generar confusión en el destinatario porque en general no cuenta con la información necesaria para escoger con idoneidad un producto



que podría incidir sobre su salud.

De acuerdo a los datos del estudio, los anuncios televisivos que esgrimen “atributos saludables” transmiten, a través de su dimensión simbólica, una “idea de salud” que implica:

- un cuerpo esbelto y delgado como ideal de belleza
- desestimar y eliminar síntomas que pudieran dar cuenta de múltiples causas
- un alto rendimiento energético, psíquico y corporal para responder a las exigencias de la vida actual
- alcanzar los objetivos en el menor tiempo posible, al menor costo, y sin esfuerzo.

Por otra parte, las piezas incluyen las recomendaciones de consumo en un lugar imperceptible dentro de la pantalla; además de utilizar recursos persuasivos y simbólicos dirigidos a captar la atención de los niños, cuando las leyes vigentes no lo permiten.

Legislación

En nuestro país, el organismo competente en materia de regulación de la publicidad es la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

“El límite ético en este campo lo determinan los actores y la sociedad. Para este punto existen las normativas vigentes, y las acciones a tomar, si las hubiera, son total competencia de la ANMAT”, explica el Lic. Gustavo Bulla, Director Nacional de Supervisión y Evaluación del COMFER.

ANMAT cuenta con herramientas normativas que se encuentran actualmente en vigencia y que reglamentan de manera específica los contenidos y formas de la publicidad, entre ellas, la Resolución N° 20/2005 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, sobre la fiscalización, de forma posterior a su

difusión y de la publicidad de especialidades medicinales de venta libre, productos alimenticios, etc; y la Disposición N° 4980/2005 de ANMAT, sobre las normas generales y específicas que debe cumplir la publicidad de estos productos.

Sin embargo, la coordinadora del trabajo, Lic. Ana Gambacini, aclara: "ANMAT tiene una normativa completa, pero en el caso de la publicidad, aparece la esfera simbólica, la cual no está contemplada o no se tiene en cuenta".

Medicamentos

En el caso de los medicamentos de venta libre, en la investigación se intentó determinar si los mensajes publicitarios examinados presentan elementos que potencialmente pudieran inducir a error o a confusión al destinatario, de modo tal que pudieran afectar su elección, su decisión de compra o generar expectativas equivocadas sobre su acción, lo que equivaldría al concepto de "publicidad engañosa" establecido por la ANMAT.

El análisis reveló que muchas de las afirmaciones y expresiones incluidas en estos productos aparentan ser resultados de estudios científicos: "400% más rápido que otros", "100% de efectividad en menos tiempo" o "Eficacia comprobada". Sin embargo, no se ofrecen datos acerca de las fuentes o procedi-



mientos de investigación de los cuales podrían haber surgido estas afirmaciones.

Si bien es cierto que la normativa que rige la publicidad de los medicamentos de venta libre no exige la cita de los estudios correspondientes a las menciones de resultados de ensayos clínicos e investigaciones científicas, los especialistas enfatizan en que la cita de las fuentes de información y financiamiento de tales estudios serían necesarios para los usuarios.

Suplementos dietarios

En el caso de estos productos, la normativa los incluye en el grupo de medicamentos de venta libre, pero en los anuncios se observó que las estrategias de comunicación publicitaria privilegian el hecho de presentarlos como suplementos dietarios.

Asimismo, aunque en los anuncios se muestran las leyendas obligatorias para la promoción de medicamentos de venta libre, éstas aparecen de manera poco legi-

ble y se estima que dichos elementos no resultan suficientes, por sí solos, para comunicar con claridad que pertenecen a tal categoría y no a la de suplementos dietarios.

La disposición vigente establece que la leyenda: "deberá presentarse de forma claramente perceptible para el destinatario y siempre en sentido horizontal y deberá respetar los siguientes requisitos: 'En los medios cinematográficos, televisivos y audiovisuales en general (...) deberá incluirse en forma visible y mantenerse durante un tiempo que permita la lectura completa de la leyenda. El contraste de la tipografía deberá ser tal que permita su lectura cualquiera sea el color de fondo'".

Automedicación

Una de las consecuencias de este tipo de recursos, como así también la evocación de figuras de especialistas, puede ser la automedicación, ya que favorece que el destinatario se apropie de un aparente saber científico y evite la consulta con el profesional idóneo: los médicos o farmacéuticos.

En este punto, el Lic. Bulla aclara que la labor de las entidades profesionales y científicas es fundamental, "deberían constituirse en actores que contribuyan con la reflexión y el debate de la comunicación de los temas de salud en la televisión".

Perspectivas

Frente a los datos que arroja el estudio, los investigadores explican que es necesario reflexionar sobre las modalidades de presentación o estrategias discursivas empleadas, ya que pueden generar expectativas equivocadas en el público, inducirlo a error o entorpecer la correcta evaluación sobre el origen de algunos síntomas.

El trabajo ya se presentó en el Congreso de la Federación Argentina de Cardiología y recientemente ante la Comisión de

Antecedentes

Durante 2006, un equipo de investigación conformado por profesionales del Área de Evaluaciones del Comité Federal de Radiodifusión, junto con la producción del programa *El lugar del medio*, de Canal 7, llevó a cabo el trabajo denominado *Investigación sobre Televisión y Salud. Estudio sobre los Mensajes de Salud en la Televisión Abierta*.

Su objetivo consistió en relevar información que posibilitara construir un mapa de diagnóstico de los mensajes asociados al tema salud en la televisión abierta de nuestro país.

En este marco, fueron relevadas 400 horas de programación de televisión correspondientes a los 5 canales de aire en una muestra tomada durante el mes de septiembre de 2005, y se clasificaron todas las unidades de mensaje que presentaron y/o abordaron el tema salud, de acuerdo a las categorías previamente construidas por el equipo de trabajo.

Entre los principales datos que arrojó el estudio, se destacan:

- El 50% de la comunicación de los "comportamientos saludables" que se proponen dentro del contenido de los programas de televisión abierta, se encuentran en mensajes comerciales.
- Sólo el 50% de los mensajes informativos que implican "consejos de salud" citan una fuente, por lo tanto el periodista, conductor, o profesional de la salud que lo comunica aparece como el "productor" de la información.
- Las recomendaciones básicas para la Promoción de la Salud tienen mención mínima

Publicidad de la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica).

Con respecto a las implicancias de la exposición del estudio ante la ANMAT, el Lic. Bulla aclara que se logró el interés de los actores respecto a la importancia de lo simbólico en la comunicación publicitaria de productos con atributos saludables.

En tanto, la Lic. Gambaccini, comenta: "La función del equipo del COMFER es hacer estudios que aporten al debate de un tema. Si la ANMAT lo solicita, profundizaremos en el mismo a partir de un trabajo conjunto. Este es un material para que los diferentes actores discutan sobre los contenidos. Esta línea de trabajo empezó en 2006 y funciona como un barómetro de los temas que son sensibles para los distintos sectores de la sociedad".

Asimismo, la psicóloga Vanesa Ciccone, integrante del grupo de trabajo destaca que "si bien toda publicidad tiene como fin demandar la atención del destinatario, hay que tener en cuenta que los medios intervienen en la formación de valores, hábitos y modelos sociales, y la salud es un bien social. Por eso, resulta fundamental la integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, a fin de favorecer el desarrollo de políticas públicas saludables".

Normativas en otros países

En España, el Real Decreto por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano veta cualquier pieza que "pueda inducir, mediante descripción o representación detallada de los datos, a un falso autodiagnóstico".

También prohíbe que se "utilicen en forma abusiva, alarmante o engañosa, representaciones visuales de las alteraciones del cuerpo humano producidas por enfermedades o lesiones, o de la acción de un medicamento en el cuerpo humano o en partes del mismo".

En Estados Unidos la normativa de la Federal Trade Commission para la publicidad de los alimentos establece que se considerará engañosa una pieza publicitaria si contiene una representación u omisión de un dato que pueda inducir a error a los consumidores que actúan en forma razonable en determinadas circunstancias, y que dicha representación u omisión debe ser "material".

En el caso de los suplementos dietarios, el marco normativo estadounidense exige que, además de comunicar los argumentos del producto en forma clara y precisa, se debe tener un respaldo adecuado para la información que se brinda.

Según la Federal Trade Commission, antes de difundir un aviso los anunciantes deben contar con una base razonable para todas las expresiones directas e implícitas del producto. El mismo principio impera en el caso de las declaraciones basadas en experiencias del consumidor, un especialista o un experto.



**CONFEDERACION
FARMACEUTICA
ARGENTINA**

www.cofa.org.ar

Análisis del sistema de Salud argentino



Daniel Maceira, Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y Director del Área de Política de Salud del Centro para la Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC)

se aboca desde hace años a estudiar el sistema de salud argentino. En esta entrevista describe sus falencias y virtudes. Considera que la fragmentación diluye el financiamiento y opina que esto pone al sistema en una situación de vulnerabilidad ante el impacto que podría generar la crisis global.

“**S**on aproximadamente 500 las personas que deciden cómo se asigna el gasto en Salud en la Argentina, entre el Ministerio de Salud Nacional, los ministerios provinciales, el PAMI, las 24 Obras Sociales Provinciales, más la ANSES; las Obras Sociales Sindicales y los Municipios. Si no coordinamos los mecanismos de aseguramiento en un sistema tan segmentado, lo que tenemos es mucho gasto y poca calidad de atención”, sostiene Daniel Maceira, Ph.D. en Economía de la Boston University, Licenciado en Economía en la (UBA), Investigador Adjunto de la Carrera de Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

La fragmentación es una de las principales causas por las que, a pesar de que la Argentina tiene un gasto en Salud relativamente alto, éste se diluye antes de llegar a los sectores más necesitados. En un estudio realizado para el CEDES, Maceira investigó en el periodo 2004/2005 el esquema de financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación, la cobertura por subsector, los indicadores de necesidad y oferta por provincia, la evolución del gasto provincial en salud desde 1993 hasta 2005, las transferencias nacionales en Salud por provincia desde 2003 hasta 2007, el gasto en salud de las

Obras Sociales Provinciales, la estructura del mercado de aseguramiento de las diez principales obras sociales nacionales, la utilización del sistema público como primera fuente de atención, midiendo la selección de riesgo de cobertura de salud, la transferencia de riesgo financiero y las características de acceso a la atención, entre otros indicadores.

-A pesar de que la principal conclusión de su estudio es la necesidad de integrar el sistema, ¿es viable, siendo que se han presentado y ensayado muchos proyectos en ese sentido?

-Sí. Yo entiendo que de a poco, mucho más lentamente de lo que uno desearía, el sistema va convergiendo hacia estructuras más coordinadas; al interior de algunas provincias empieza a haber esfuerzos para coordinar subsistemas. El paso siguiente es empezar a pensar regionalmente. Y recién después empezar a pensar en un modelo nacional.

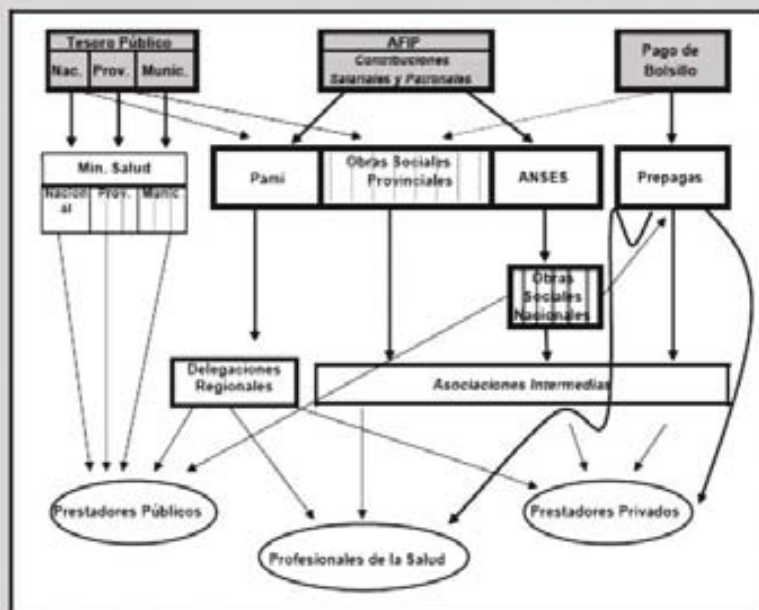
-¿Como se intentó hacer desde la Superintendencia de Servicios de Salud en la gestión del Dr. Rubén Torres?

-Sí, hubo un primer intento de acuerdo entre la COSSPRA, el PAMI y los Ministerios de Salud que estaban en el COFESA con la Superintendencia. Sin embargo yo creo que es empezar de la forma más difícil. Me parece que las Obras Sociales nacionales sindicales, de personal de dirección, cubren un espacio muy importante en el Litoral, en la provincia de Buenos Aires, Capital, Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos. En el resto del país, la presencia de esas instituciones es mucho menor. Los actores principales de la Seguridad Social son las obras sociales provinciales y el PAMI. Entonces, en el NOA, en el NEA, en la Patagonia, incluso en Cuyo, el primer paso hacia una convergencia a sistemas provinciales de salud es avanzar en esta coordinación dentro del sector público, que es ministerio de salud provincial, la obra social provincial y el Pami. Después, sumar al resto de la seguridad social es algo relativamente sencillo en esas provincias y avanzar en módulos regionales es el paso siguiente. En provincias más complejas, más populosas, con mayor diversidad en términos del mercado de trabajo sí, las obras sociales nacionales juegan un papel más importante.

Ahora, pensándolo desde una perspectiva de salud pública, me parece prioritario trabajar en las zonas más pobres, en las provincias con más complicaciones económicas, donde las brechas de acceso son mucho más grandes.

-Justamente en cuanto a Salud Pública, una de las conclusiones de su estudio es que la inversión se concentra en los centros urbanos y el gasto no se está invirtiendo

Financiamiento, Aseguramiento, Gestión y Prestación



Fuente: Elaboración propia.

da. Eso es algo que es necesario revertir de algún modo. Uno no puede pensar en un país democrático donde el acceso a la salud sea tan disímil entre provincias.

-¿Son efectivos los programas nacionales, que se supone que constituyen un mecanismo para disminuir las inequidades en el acceso a la atención?

-Yo diría que van en la dirección correcta. El problema es que no sé si son suficientes. Habría que analizar cada uno en detalle. En general los programas están vinculados con puestos de atención de la oferta del sistema. En la medida en que la geografía de los centros de atención primaria está bien distribuida, que no es necesariamente el caso, la política nacional tiende a ser más equitativa. Programas de vacunación, terapia antirretroviral, hay un montón de iniciativas que tienen financiamiento nacional y que avanzan en esa dirección.

Lo que sucede es que como las brechas son grandes, uno debería encontrar alguna forma más eficaz y eso requiere coordinar servicios en red entre provincias. Y ese, creo que es el gran desafío que se tiene que plantear el Ministerio de Salud de la Nación. La otra cuestión es poder invertir en actividades más costo-efectivas. Trabajar sobre la prevención y no sobre el problema.

-Lo que suelen plantear los funcionarios ante esto es que los réditos de las políticas de prevención no se ven rápidamente sino después de varias gestiones.

-Mi impresión es que del mismo modo que en otras áreas de gobierno uno habla de instituciones independientes que tienen un mandato de política que va más allá del gobierno de turno, en Salud Pública hay ciertas intervenciones que deberían ser así.

-Políticas de Estado...

-Claro, definir ejes de políticas de Estado a nivel sanitario que deberían ser consensuadas entre partidos políticos y que esas líneas se mantengan constantes en el tiempo, que no estén atadas a los vaivenes de una estrategia particular del ministro de un partido político.

-¿El federalismo obstaculiza la viabilidad de integración en un sistema único?

-La sensación es que va en las dos direcciones, ese es el problema para establecer una política. Uno espera que a nivel provincial los tomadores de decisión estén en mejores condiciones de tener en cuenta las necesidades de la población y actúen en base a ellas. Ese sería un argumento a favor de la des-

Cobertura por Subsector, Total País, 2005.

Daniel Maceira, Ph.D.

| | | Población | Porcentaje |
|-----------------------------|-----|------------|------------|
| Obras Sociales Nacionales | (1) | 12.875.484 | 33,36 |
| Obras Sociales Provinciales | (2) | 5.607.450 | 14,53 |
| PAMI | (1) | 2.590.694 | 6,71 |
| Prepagas | (3) | 4.050.000 | 10,49 |
| Cobertura Pública Teórica | (4) | 18.841.696 | 48,82 |
| Total de habitantes | (5) | 38.592.150 | 113,92 |

Aclaración: La población sin cobertura 2001 puede sobreestimar los valores actuales, llevando a superar el 100% de afiliación total.

Fuente: (1) Elaboración propia en base a datos SSS, 2005; (2) COOSPRA y INDEC - Anuario 2000 y Proyección población total 2005 - INDEC; (3) Estimado a partir de la ENGH 2005; (4) Estimado por diferencia; (5) INDEC. Dirección de Estadísticas Poblacionales. Proyecciones de Población en base a resultados definitivos del Censo 2001.

en cubrir las necesidades de salud de la población más vulnerable...

-Lo que se ve es que las provincias más pobres tienen menos recursos para gastar, y las transferencias del Estado Nacional dentro de este modelo de descentralización no solamente de gestión sino de financiamiento, lo que hacen es aportar a las provincias pero no en la proporción que necesitan para cubrir las necesidades. Eso lo que hace es que una persona carenciada en Corrientes tenga alrededor de ocho o nueve veces menos recursos que en Neuquén o Santa Cruz. Y por lo tanto la posibilidad de cubrir sus necesidades también se ve disminu-

Daniel Maceira, Ph.D.

Indicadores de Necesidad y Oferta, por Provincia

| Jurisdicción | Indicadores de Necesidades | | | | Indicadores de Oferta | | | |
|----------------|--|----------------|--------------------------|-----------------------|--|--------------------|-------------------------------------|------------------|
| | Gasto Salud Provincial 2005, en millones de \$ constantes 2005 | Población 2005 | % Población con HNE 2005 | Perfil epidemiológico | Tasa de Mortalidad Infantil, c/ mil nacidos vivos 2006 | NP de médicos 2001 | Establecimientos Asistenciales 2000 | NP de camas 2000 |
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) |
| Total País | 10.844 | 38.992.180 | 17,70 | | 13,3 | 121.076 | 17.846 | 152.061 |
| Buenos Aires | 2.984,90 | 14.654.379 | 15,8 | 2 | 13,0 | 36.931 | 4.896 | 51.817 |
| Ciudad de B.A. | 1.420,08 | 3.018.192 | 7,8 | 2 | 8,9 | 35.496 | 1.666 | 21.944 |
| Santa Fe | 891,29 | 3.177.887 | 14,8 | 2 | 12,4 | 9.469 | 1.069 | 11.011 |
| Córdoba | 621,08 | 3.294.279 | 33,0 | 2 | 11,9 | 13.832 | 1.763 | 17.718 |
| Neuquén | 483,99 | 521.429 | 17,0 | 1 | 9,9 | 1.308 | 240 | 1.660 |
| Mendoza | 377,91 | 1.675.309 | 15,4 | 1 | 11,3 | 4.478 | 676 | 4.142 |
| Tucumán | 356,78 | 1.421.824 | 29,9 | 3 | 58,2 | 3.757 | 792 | 4.820 |
| Salta | 354,49 | 1.281.484 | 21,6 | 3 | 24,3 | 2.159 | 590 | 3.925 |
| Chaco | 283,41 | 1.024.934 | 13,0 | 4 | 19,9 | 1.732 | 519 | 3.537 |
| Santa Cruz | 236,54 | 213.648 | 10,4 | 1 | 11,0 | 493 | 196 | 1.941 |
| Corrientes | 193,38 | 890.823 | 15,1 | 3 | 18,2 | 2.218 | 387 | 3.828 |

Fuente: (1) Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias; (2) Población total (2005), INDEC Dirección de Estadísticas Poblacionales; INDEC Proyecciones de Población en base a resultados definitivos del Censo 2001; (3) Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, INDEC; (4) Navarra 2004; (5) Indicadores Básicos Argentina 2007, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación - OPS.

Daniel Maceira, Ph.D.

Evolución del Gasto provincial en salud, por jurisdicción, 1993-2005

| Jurisdicción | 1993 | | 2005 | | Variación 93-05 |
|-------------------------|--------------------------------------|---|--------------------------------------|---|-----------------|
| | Gasto provincial en salud per cápita | % salud sobre el total del gasto provincial | Gasto provincial en salud per cápita | % salud sobre el total del gasto provincial | |
| Santa Cruz | 707,12 | 15,07% | 1106,11 | 13,96% | 56,42% |
| Neuquén | 647,44 | 17,46% | 928,17 | 17,66% | 43,36% |
| Ciudad. de Buenos Aires | 539,33 | 28,96% | 536,79 | 26,58% | -0,47% |
| Salta | 266,67 | 16,54% | 305,21 | 19,40% | 14,45% |
| Chaco | 229,85 | 14,29% | 276,51 | 12,70% | 20,30% |
| Tucumán | 178,28 | 14,04% | 250,93 | 17,93% | 40,75% |
| Mendoza | 209,45 | 13,61% | 225,58 | 14,54% | 7,70% |
| Santa Fe | 176,86 | 12,61% | 217,55 | 13,41% | 23,01% |
| Buenos Aires | 154,54 | 16,15% | 203,69 | 14,45% | 31,81% |
| Corrientes | 230,63 | 15,22% | 194,11 | 10,14% | -15,84% |
| Córdoba | 297,76 | 17,59% | 191,10 | 11,30% | -35,82% |
| Promedio Simple | 348,70 | 14,89% | 416,23 | 15,06% | 16,33% |

Fuente: Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, Ministerio de Economía (2007)

Transferencias Nacionales en Salud, por provincia. 2003-2007. En pesos constantes del año 1999.

| Total | Transferencias en pesos constantes 2005* | | | Transferencias sobre el Gasto Provincial Total 2005, en % |
|-------------------------|--|-------------|-------------|---|
| | 2003 | 2005 | 2007 | |
| | 117.106.080 | 371.526.143 | 463.104.651 | 5,51% |
| Buenos Aires | 149.041.087 | 161.351.012 | 208.383.398 | 5,41% |
| Ciudad. De Buenos Aires | 77.884.810 | 81.806.992 | 88.901.940 | 5,05% |
| Chaco | 18.047.370 | 23.991.702 | 36.156.711 | 8,47% |
| Córdoba | 28.025.155 | 34.861.125 | 39.852.799 | 5,61% |
| Corrientes | 17.127.725 | 22.561.832 | 28.660.542 | 11,85% |
| Mendoza | 16.074.153 | 18.033.834 | 23.512.714 | 4,77% |
| Neuquén | 6.390.931 | 8.544.292 | 7.286.509 | 1,77% |
| Salta | 25.614.265 | 28.722.080 | 30.708.192 | 8,10% |
| Santa Cruz | 2.160.667 | 2.768.088 | 2.344.863 | 1,17% |
| Santa Fe | 37.658.843 | 40.309.319 | 40.154.183 | 5,83% |
| Tucumán | 19.215.073 | 29.565.416 | 36.652.249 | 8,29% |

Fuente: Unidad de Investigación Epidemiológica en Salud (UIS)-, en base a información suministrada por los respectivos programas. Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica.

* Incluye transferencias correspondientes a los siguientes programas: Programa Nacional de Inmigrantes (PNI); Programa Federal de Salud (PROFE-Salud); Programa FEMECAR; Prog. Nacional de Lucha contra el Fumigación Humana, VIH/Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual; Programa Nacional de Control del Cáncer; Coordinación Nacional de Control de Infecciones; Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer; Prog. de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (PAHPI); Programa Materno Infantil (PROMARI); Programa Nacional de Recursos Humanos para la Atención Primaria de la Salud (PRORHAPS); Programa Nacional de Médicos Comunitarios; Plan Nación; Plan de Vigilancia de Diferentes Patologías; Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT); Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUAI); Programa VES-A; Programa de Educación para la Salud (EPS); Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (2003); Programa de Prevención y Control de Enfermedades y Riesgos Específicos (2003); y Crédito Especial (2004).

centralización. Por otro lado, la necesidad de poder coordinar políticas sanitarias de modo de establecer derechos iguales de acceso para todos, requiere de una estrategia nacional. Si uno pone un argumento sobre el otro, lo que se necesita es un sistema con independencia, autonomía a nivel provincial, pero una fuerte coordinación con políticas nacionales. Por eso se necesitan acuerdos nacionales de salud y mecanismos de transferencia de recursos a través de una estructura impositiva nacional. Es el único mecanismo dentro de un país republicano para poder generar transferencia de recursos de los más ricos hacia los más pobres.

-¿Fue efectiva la transferencia del sistema público a las provincias y los municipios o fue, como algunos consideran, una delegación por parte del Estado de sus responsabilidades?

-Yo no creo que haya sido efectivo. Lo que hizo fue deslindar responsabilidades y enfrentar a las administraciones provinciales y municipales con la situación de tener que lidiar con actividades para las cuales no contaba con los recursos o con la capacidad de gestión. Eso generó un proceso de aprendizaje a medida iban avanzando en hacerse cargo de esa responsabilidad. Y lo que se ve es que hay muchas brechas en términos de recursos disponibles, de capacidad de gestión, de capacidad técnica para la toma de decisiones. Yo creo que una de las líneas estratégicas que deberían tomarse desde el Estado Nacional es brindar asistencia técnica a las provincias para poder utilizar mejor los recursos que tienen, que son también los recursos humanos, capacitando sobre nuevas tecnologías, sobre buenas prácticas en la utilización de recursos disponibles, avanzar en esa dirección.

-¿Cómo debería auditar el Estado Nacional la distribución de los fondos que envía a las provincias?

-Existen mecanismos razonables. El seguimiento es necesario, porque también permite aprendizajes. En cuanto al seguimiento de programas, yo creo en los mecanismos de incentivos. No solamente pueden ser monetarios, también pueden ser en términos de capacitación de recursos humanos, de crecimiento profesional, etc., y facilitan esta articulación entre el que genera la política y el que la tiene que implementar. Pero el seguimiento requiere de conciencia por parte del que toma las decisiones acerca de cuál es el ámbito en el cual el prestador de servicios -el médico, la enfermera, el asistente social- está trabajando y cuáles son las responsabilidades que se les agregan. Además de la atención del pa-

Daniel Maceira, Ph.D.

Obras Sociales Provinciales, Cobertura y Gasto en Salud

| Jurisdicción | Atención de salud en millones de pesos (2005) (1) | Cantidad de beneficiarios (2005) (2) | Gasto en salud per cápita en pesos * |
|------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Santa Cruz | 88,71 | 69.713 | 1272,40 |
| Neuquén | 206,32 | 168.000 | 1228,08 |
| Ciudad de Buenos Aires | 263,94 | 243.000 | 1086,15 |
| Buenos Aires | 1221,11 | 1.245.622 | 980,32 |
| Salta | 157,75 | 217.198 | 726,28 |
| Chaco | 125,99 | 186.538 | 675,41 |
| Santa Fe | 258,03 | 451.213 | 571,86 |
| Mendoza | 161,53 | 301.556 | 535,65 |
| Córdoba | 239,40 | 530.447 | 451,31 |
| Tucumán | 134,25 | 355.456 | 377,69 |
| Compartes | 60,71 | 179.489 | 338,37 |
| Total | 158,10 | 5.607.450 | 685,58 |

Fuentes: (1) Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, Ministerio de Economía (2007). (2) Estimado en base COOSPRA e INDEC (proyección de población para 2005). COOSPRA e INDEC - Anuario 2000 y Población total (2005) - INDEC Dirección de Estadísticas Poblacionales INDEC, Proyecciones de Población en base a resultados definitivos del Censo 2001.

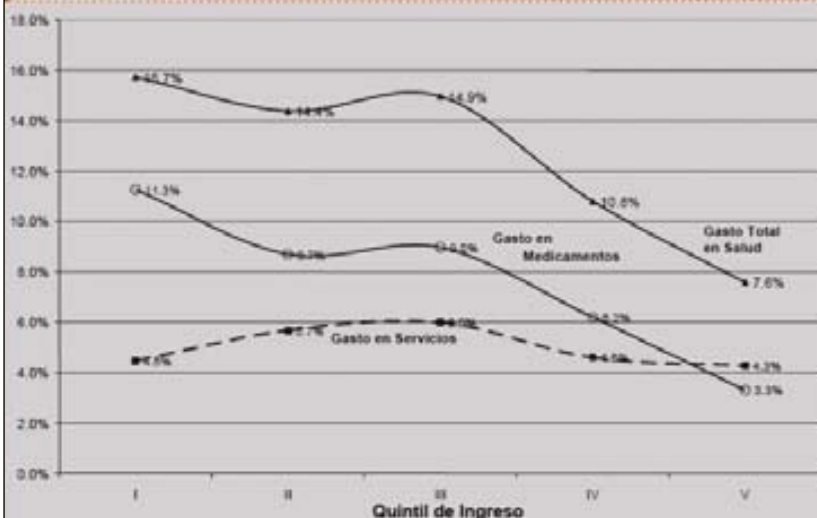
Daniel Maceira, Ph.D.

Estructura de Mercado de Aseguramiento Social, Obras Sociales Nacionales, principales 10*. Julio 2008

| Nombre | Beneficiarios | | | % del Total de OSN |
|---|---------------|------------|------------|--------------------|
| | Titulares | Familiares | Total | |
| Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles | 1.137.516 | 1.005.419 | 2.142.935 | 11,92% |
| Obra Social del Personal Rural y Estibadores de la República Argentina | 531.146 | 737.724 | 1.268.870 | 7,06% |
| Obra Social del Personal de la Construcción | 528.990 | 503.513 | 1.032.503 | 5,75% |
| Obra Social del Personal del Turismo, Hotelero y Gastronómico de la Unión de Trabajadores del Turismo Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina | 294.461 | 206.566 | 491.027 | 2,73% |
| Obra Social Unión Personal de la Unión del Personal Civil de la Nación | 214.296 | 221.611 | 435.907 | 2,43% |
| Obra Social de Ejecutivos y del Personal de Dirección de Empresas | 223.364 | 153.866 | 377.230 | 2,10% |
| Obra Social Para la Actividad Docente | 180.579 | 128.469 | 309.048 | 1,72% |
| Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica de la República Argentina | 215.002 | 80.521 | 295.523 | 1,64% |
| Obra Social de Comisarios Navales | 181.321 | 80.022 | 261.343 | 1,45% |
| Obra Social del Personal de la Sanidad Argentina | 146.045 | 114.505 | 260.550 | 1,45% |
| Total | 10.696.084 | 7.275.811 | 17.971.895 | 50,94% |

* Las 20 OSN con mayor porción del mercado, representan el 50% del mismo. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Superintendencia de Servicios de Salud (2008)

Argentina: Gasto en Salud, por Quintil, 2003 Inequidad en Financiamiento



ciente, esa persona tiene que llenar planillas sobre un abanico de programas. Eso no necesariamente es tomado en cuenta por el que genera la política. Está pensando estratégicamente, el plan puede ser muy razonable, pero en el puesto de trabajo es inaplicable. Entonces uno se queja de la calidad del dato, cuando en realidad lo que no está generando son los instrumentos adecuados para que esa persona pueda cumplir con esa multiplicidad de tareas. Entonces el proceso de evaluación tiene que considerar eso, no solamente la estrategia, sino cómo esa estrategia se baja en el proceso de implementación desde la mirada del que tiene que estar implementándolo. Mi sensación es que muchas veces ese segundo paso no se transita, entonces uno se encuentra con que el monitoreo aparece como algo invasivo, ajeno, hostil. En la medida en que uno pueda generar un vínculo entre el programa estratégico y la gestión, se podría llegar a mecanismos de aprendizaje más enriquecedores.

El impacto de la crisis

Maceira sostiene que en verdad los mismos macroeconomistas desconocen cuál será el impacto global de la crisis. Y cuenta que “algunos asumen que lo peor ya pasó”. En cuanto a las medidas de protección al sistema de salud frente a la perspectiva de profundización de la crisis en la Argentina, opina que se deberían reforzar algunos mecanismos de cobertura en el sector público. Eso es algo que no sucedió durante los '90. Entre el 91 y el 2001, entre censos, el nivel de caída de cobertura porcentual de la Seguridad Social y el sistema privado, en el Chaco fue de 28%; en otras provincias fue entre el 10 y el 15%. Eso no se condijo con mayores recursos en el sector público de esas provincias. Esto es motivo de la segmentación del sistema. Si uno tuviera un sistema de cobertura universal, la crisis de un subsistema no generaría un derrame negativo sobre el otro, no habría segmentación de fondos, descremes. Si eso no existiera, el modelo en su conjunto tendría más capacidad de maniobra. En cambio, con este sistema, ante la caída de recaudación de impuestos y aumento del desempleo, el sector público termina desbordado por la necesidad que genera esa misma crisis.

-¿Cuántos son los excluidos totales del sistema?

-Es difícil de responder. En una encuesta que se realizó en 2005, hay una serie de preguntas que permiten saber eso. Una de ellas plantea si la persona, estando enferma, concurrió o no al sistema de salud. Y el resultado fue que alrededor

Medicamentos

Según explica el economista, no se sabe el impacto que tiene el gasto en medicamentos en el presupuesto de salud porque "nadie tiene información acerca de cuál es el gasto que cada provincia tiene en fármacos. Se sabe que de cada cien pesos que gasta el sistema público de salud, alrededor de 16 pesos lo gasta la Nación, del resto, el 60% lo gastan las provincias y el resto, cerca del 10% los municipios.

-¿La elaboración pública de medicamentos es una medida eficaz para bajar el gasto en medicamentos en el sistema?

-Los laboratorios públicos tienen una naturaleza muy variada, hay laboratorios que exportan su producción a América Latina y hay otros que no tienen autorización de la ANMAT para producir algunos medicamentos. Entonces los niveles de cumplimiento de normativas de calidad son muy variados. Hablar de laboratorios públicos es en realidad estar hablando de un conjunto muy heterogéneo. Los laboratorios públicos podrían contribuir a solucionar algunos problemas de acceso a medicamentos en la medida en que se puedan focalizar en producciones estandarizadas de productos que en el mercado se consiguen a precios más altos. Pueden ser o de tecnología de punta, en la medida en que el Estado decide invertir estratégicamente



en ciertas áreas en las que el sector privado, por alguna razón no quiere o no puede invertir, o tecnologías extremadamente estandarizadas donde la producción es relativamente sencilla tecnológicamente y cubre una población más amplia. El acceso de algunos grupos poblacionales se vincula a través de programas sociales, entonces desde esa perspectiva, los laboratorios públicos, dentro de un marco regulatorio de calidad, podrían ser un instrumento valioso. Pero las diferencias entre capacidad productiva y tecnológica de los laboratorios son muy diferentes. Entonces, en algunos casos son instituciones confiables y en otras tienen que ser reforzados.

del 15% de la población no se había acercado al centro de salud. Eso no quiere decir que el sistema no le pueda brindar cobertura a ese 15% de la población, lo que está reflejando es que el paciente decidió no utilizar el servicio. En algunos casos puede ser porque no lo consideró de gravedad, en otros porque realmente no tuvo recursos para ir o porque no tiene un servicio cercano.

La Seguridad Social


-¿Cuáles son las virtudes y defectos del sistema de Seguridad Social en la Argentina?

-La virtud es que es social. Toda la población con empleo formal, que es alrededor de la mitad de la población, contribuye con un porcentaje similar a una estructura que brinda un paquete homogéneo de servicios.

Es perfectible, pero el 50% de la población contribuye con un 8 o 10% de su ingreso a un paquete universal. Desde esa perspectiva está bien. Y existe un concepto de seguro, que eso es muy importante en el sistema de Salud. Y aparte, es solidario. La desventaja es que el mecanismo de solidaridad se trunca al haber tantos fondos que gestionan los servicios y al no haber coordinación entre ellos. Uno se encuentra con Obras Socia-

les que tienen millones de beneficiarios y otras que tienen cientos. Entonces la calidad del servicio que presta la obra social de los cientos, seguramente va a ser menor a la otra porque tiene menos espaldas financieras para cubrir el riesgo, porque tiene menos recursos para los contratos, porque tiene un gasto administrativo per cápita mucho mayor. Entonces la solidaridad que se genera desde el modelo macro, se pierde en la gestión micro. Por eso lo que se necesita es generar mayor coordinación de fondos para aprovechar más las ventajas del sistema, minimizando las desventajas.

-¿Y cuáles son los defectos y virtudes PAMI?

-El PAMI es una institución estratégica en el sistema de Salud argentino. No solamente en términos del planteo específico de cómo atender a los mayores y cómo lidiar con enfermedades de alto costo y baja incidencia a medida que va envejeciendo la población, sino que es una de las principales obras sociales del país. O sea que su capacidad de negociación, pago, notificación de patrones de calidad en los prestadores, homogeneización de protocolos, es amplísimo. El PAMI es una herramienta política extremadamente importante. Si su directorio toma una decisión en términos de financiamiento, afecta claramente a todo el sistema de Salud en una dirección o en otra. 

Educar para la salud en la Farmacia

En la localidad de Cavanagh, un pueblo de 1300 habitantes en la provincia de Córdoba, el Jardín de Infantes Gral. San Martín desarrolla desde hace tres años el proyecto educativo “Cómo es nuestro cuerpo”. La Farmacéutica Claudia Cristales se sumó desde el principio a la propuesta de la directora del Jardín, Liliana Sosa, y la docente Romina Doddi.

“Cada año, los alumnos de las salitas de 4 años visitan la Farmacia y allí les explico la importancia que tienen los medicamentos para la salud, las distintas presentaciones: jarabes, comprimidos, inyectables, etc., de manera que los niños, a pesar de que aun no saben leer, puedan identificar un medicamento y no tocarlo. Les hablo sobre la importancia de la administración de los fármacos por parte de un adulto, el significado de la cadena de frío y lo necesario que es vacunarse para no tener enfermedades. También les hablo sobre hábitos de higiene.”

Además, durante la visita los niños se toman el peso y reciben un folleto donde se explica la importancia del farmacéutico, cuál es el alcance de su profesión, para que sea reconocido como un profesional de la salud.

Al concluir la visita, los chicos se sacan fotos para el recuerdo y se van con las manos llenas de golosinas.

“Este proyecto tiene como única ambición la valoración de los profesionales de la salud locales. Es muy interesante que los niños desde pequeños sepan la importancia del consejo profesional”, afirma la directora del Jardín de Infantes, Liliana Sosa.

La Farm. Claudia Cristales realizó otras actividades educativas para la comunidad. El año pasado, en el Día Mundial de la Salud, entregó material informativo sobre los medicamentos y productos que deben componer un botiquín de primeros auxilios, así como su correcto uso y en el año 2005 desarrolló, conjuntamente con el Programa

Provincial de VIH/Sida, la campaña municipal de prevención de Sida, dirigida a las escuelas de todos los niveles: primaria, secundaria y escuela de adultos.

“En localidades pequeñas como Cavanagh –explica– es muy interesante organizar actividades para crear conciencia de que el Farmacéutico no es un mero dispensador de medicamentos, sino por el contrario, un profesional de la salud experto en medicamentos y que acompaña ese acto con el con-

sejo y la confidencialidad que el paciente-cliente merece. Acercarse a la población, y sobre todo a los más pequeños, es un recurso interesante, ya que ellos son excelentes multiplicadores del mensaje que reciben. ¡Además es una grata experiencia! Y concientizar sobre la importancia del Farmacéutico y su rol social es un trabajo de todos los días.”



En la Farmacia, los niños tienen la oportunidad de conocer objetos antiguos que están en exhibición. “Tengo frascos, morteros, balanzas, moldes de óvulos, densímetros, que tienen muchos años pues en un tiempo fui propietaria de una farmacia en la ciudad de Rosario, que había sido fundada en el año 1935. Con ellos les cuento a los chicos cómo se hacían antes los medicamentos.”

1º Premio estímulo a la investigación en preparaciones oficinales Año 2009

**TEMA: Formulaciones Huérfanas
y Medicamentos Huérfanos.**



Premio: \$5.000

Presentación de Trabajos:

Del

01 de Septiembre al

30 de Noviembre de 2009



Programa de Buenas Prácticas
de Preparación en Farmacia

Consultas e informes:
TE / FAX 0221 4290952
bppf@colfarma.org.ar

www.colfarma.org.ar
Sección Programa BPPF

El Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires continúa cumpliendo con su compromiso en defensa de la incumbencia de la preparación de medicamentos e insumos para la salud, desde la oficina de farmacia y la farmacia hospitalaria. Esto está reflejado en el impulso que se ha dado al Programa de Buenas Prácticas de Preparación en Farmacia y a las tareas que desde ese programa se desarrollan. Con la finalidad de promover la formulación oficial, se ha resuelto instaurar el "Premio Estímulo a la Investigación en Preparaciones Oficiales", esperando que esto sea un incentivo para el desarrollo del trabajo del farmacéutico formulista.

REGLAMENTO

1. CANDIDATOS

Podrán ser candidatos los farmacéuticos comunitarios, de hospital, de agrupaciones profesionales, y los que se desempeñen en las facultades de farmacia de todo el país. También se aceptan estudiantes de Farmacia.

2. CONDICIONES Y CRITERIOS DE VALORACIÓN

Se admitirán proyectos e investigaciones sobre formulación oficial dentro del tema elegido para el premio. Estos proyectos deben aportar: soluciones, alternativas o mejoras en la formulación magistral, desarrollo de nuevas fórmulas o productos, mejora en los procesos de formulación magistral, trabajos de investigación, etc. El jurado tendrá en cuenta la originalidad, el rigor científico y la utilidad de las propuestas para el desarrollo y promoción de la formulación oficial.

No podrán participar como autores aquellas personas que presenten "conflicto de intereses" con el normal desarrollo del presente.

3. FORMA Y PLAZO DE PRESENTACIÓN

El trabajo deberá confeccionarse siguiendo las siguientes pautas:

- Archivo de Microsoft Word (.doc).
- Tamaño de la hoja A4.
- Márgenes: Superior: 3 cm; Inferior: 2 cm; Izquierdo: 3 cm y Derecho: 2 cm.
- Escritura: Letra Arial, tamaño 12, espacio 1.5.
- Contenido
 - Título del trabajo en mayúscula y negrita.
 - Seudónimo de un autor (**No debe contener ningún dato que identifique a los autores ni a su lugar de trabajo**)
 - Introducción.
 - Materiales y Métodos.
 - Resultados y discusión.
 - Conclusiones.
 - Referencias bibliográficas: serán numeradas correlativamente en el orden en que son citadas en el texto y listadas separadamente.
 - Tablas & Figuras: deberán ser numeradas en el orden en que aparecen en el texto, y pegarse en el documento luego de las referencias bibliográficas.

Deberá enviarse por correo electrónico a

bppf@colfarma.org.ar, con asunto "Premio Estímulo", con lo siguiente:

1) En el cuerpo del e-mail deben escribirse los siguientes datos:

Seudónimo:

Título de la obra:

Apellido y nombre del/los autor/es:

Dirección:

DNI

Teléfono:

E-mail:

2) Como adjuntos enviar dos archivos: el trabajo y un CV resumido del/los autor/es.

El plazo de presentación de los proyectos será desde el 01 de Septiembre de 2009 hasta el 30 de Noviembre de 2009.

4. JURADO

El jurado que evaluará los proyectos estará integrado por Farmacéuticos o Dres. en Farmacia, designados por el Honorable Consejo Directivo del Colegio.

5. PREMIO

El importe será de \$5.000 para el trabajo premiado, que se harán efectivos de una sola vez. El acto de premiación se realizará en Diciembre de 2009, en lugar y fecha a designar.

6. FALLO

La decisión del jurado será inapelable y la participación en el concurso supone la total aceptación de estas bases.

7. DERECHOS DE REPRODUCCIÓN

El Colegio de Farmacéuticos, previo consentimiento del autor, podrá reproducir los trabajos en sus publicaciones científicas.

8. OTROS

Los aspectos no previstos en el presente, serán resueltos conjuntamente por Grupo Coordinador del Programa BPPF y los miembros del jurado.

DEFINICIONES:

CONFLICTO DE INTERESES (1): "Existe conflicto de intereses para un determinado manuscrito cuando un participante en el proceso de arbitraje y publicación (autor, árbitro y editor) tiene vínculos con actividades que inadecuadamente podrían influir su juicio, afecte o no afecte de hecho al juicio"

(1) International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. Updated October 2001.

FORMULACIÓN HUÉRFANA: Es aquella formulación cuya dosis del principio activo, forma farmacéutica o composición especial de excipientes, no se encuentra disponible como especialidad medicinal.

MEDICAMENTO HUÉRFANO: Se define como aquel medicamento o droga destinado al tratamiento, prevención o diagnóstico de aquellas enfermedades catalogadas como raras o poco frecuentes, y que no se encuentra disponible comercialmente.



Brasil reconoció a la Farmacopea Argentina para la validación de medicamentos

En el marco del acuerdo de Mecanismos de Integración y Coordinación técnica entre Argentina y Brasil, a través de la Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología Médica (ANMAT) y la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), ese país reconoció a la Farmacopea Argentina (FNA) para ser utilizada en la validación de calidad de insumos farmacéuticos y medicamentos producidos en Brasil.

A partir de una reunión conjunta realizada en septiembre de 2008 entre los presidentes de los dos países, Cristina Fernández de Kirchner, y Luiz Inácio Lula da Silva, se instruyó a la ANMAT, que tiene a su cargo la realización de la Farmacopea Nacional, y a la ANVISA para que pongan en marcha "un proyecto de cooperación" con el objeto de fortalecer las Farmacopeas Argentina y Brasileña por medio del intercambio de conocimientos tecnológicos en el desarrollo de Substancias de Referencia en todas sus etapas. En el texto suscripto en aquella oportunidad se puntualizó que este convenio de reciprocidad tiene como objetivo "aumentar la producción local y contribuir a reducir la dependencia tecnológica con impacto directo en la reducción de costos para las empresas nacionales".

Según la Resolución RDC 37, ANVISA incluyó a la Farmacopea Internacional (Organización Mundial de la Salud) y a la Farmacopea Argentina, administrada por ANMAT, en la lista de compendios aceptada por la agencia.

"Ahora, cuando no existen estudios oficiales para determinada sustancia química de referencia en Brasil, podrán ser utilizados también los que constan en esas Farmacopeas", explicó el director adjunto de ANVISA, Luiz Armando Erthal.



La Federación Farmacéutica Internacional (FIP) lanzó la versión electrónica de su revista académica

<http://pharmacyeducation.fip.org> es la página web donde los usuarios pueden encontrar desde el mes de junio la versión electrónica de la revista de educación de la FIP. Este medio de divulgación científica es gratuito pero está solo en idioma inglés.

La publicación tiene como misión convertirse en un foro de comunicación para la comunidad académica y profesional con énfasis en la difusión de nuevos métodos y currículas.

Pharmacy Education publica desde hace nueve años artículos producidos en distintos países. En esta nueva etapa abre la posibilidad de acceso a los Farmacéuticos de todo el mundo a través de Internet.



**CONFEDERACION
FARMACEUTICA
ARGENTINA**

www.cofa.org.ar



La malaria se hace más resistente en el sudeste asiático

Dos equipos internacionales de científicos, que trabajaron por separado en pruebas clínicas, reportaron haber presenciado la evidencia de que la artemisinina, el medicamento más utilizado para tratar la malaria, es menos efectiva.

La resistencia fue hallada al oeste de Camboya, donde a los medicamentos les está tomando más tiempo limpiar la sangre de los parásitos de la malaria. Hasta ahora, la artemisinina erradicaba todos los parásitos de la malaria en la sangre en dos a tres días, pero en pruebas recientes este proceso se prolongó por hasta cuatro a cinco días.

Se desconoce por qué la región asiática se convirtió en el centro de la resistencia, pero se estima que las causas serían un sistema de salud pública débil y la falta de control en el uso de los antimaláricos.

El profesor Nick Day, director de la Unidad de Investigación de Medicina Tropical Mahidol-Oxford -uno de los equipos que participaron en el estudio- dijo que "dos veces en el pasado surgieron en el sudeste asiático parásitos resistentes que se expandieron, en particular, en África". En referencia a generaciones anteriores de medicamentos contra esta enfermedad, afirmó: "Hemos tenido resistencia a la cloroquina y al SP, lo que ha causado mayores pérdidas de vidas en África."

Day advirtió que "si vuelve a ocurrir lo mismo, la propagación de un parásito resistente desde Asia a África tendrá consecuencias devastadoras para el control de la malaria".



En la provincia de Buenos Aires se decomisaron más de 32 mil comprimidos en locales no habilitados para su venta

El Departamento de Farmacia de la Subsecretaría de Control Sanitario del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires informó que entre el 22 de junio y el 17 de julio se realizaron inspecciones en kioscos, locales mayoristas y polirrubros de las ciudades de La Plata, San Cayetano, Luján, Avellaneda y Lanús, donde se vendían medicamentos en infracción a la ley 16.606, que prohíbe el expendio de fármacos en todo comercio que no sea una farmacia.

En estos operativos se decomisaron 32.575 comprimidos de amoxicilina, ergotamina, dipirona, dorixina, propinox clorhidrato, aspirina, ibuprofeno, antiácidos y antigripales de varias marcas, además de 325 envases de alcohol y agua oxigenada.

Según detalló Alberto Costa, subsecretario de Control Sanitario, en estos operativos trabajaron "en colaboración con el Colegio de Farmacéuticos de la provincia de Buenos Aires y como consecuencia se decomisaron medicamentos de venta libre y bajo receta". A los responsables de la venta ilegal de estos productos se les aplicaron multas de 10 mil pesos.

Educación Farmacéutica Continua



CURSOS A DISTANCIA DE ACTUALIZACIÓN FARMACOLÓGICA PARA OPTIMIZAR LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA

OTORGA 6 CREDITOS PARA LA CERTIFICACION Y RECERTIFICACION PROFESIONAL

PRIMER CURSO:

"USO DE FARMACOS DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA"

DIRECCION DOCENTE:

DR. RODOLFO P. ROTHLIN. PROFESOR TITULAR DE FARMACOLOGIA.
FACULTAD DE MEDICINA. U.B.A.

INICIO: 3 de agosto de 2009
DURACION: 3 MESES Y MEDIO
Cierre de inscripción 15 de julio de 2009

METODOLOGIA DE CURSADA: VIA INTERNET CON FORMATO DE e-LEARNING.
CARGA HORARIA: 100 HORAS CATEDRA.
ARANCEL: PESOS (\$) 200.

ORGANIZA: CONFEDERACION FARMACEUTICA ARGENTINA
INFORMES: cursos@cofa.org.ar - www.cofa.org.ar

La Comisión Europea acusa a las farmacéuticas de retrasar la comercialización de genéricos

La Comisión Europea (CE) acusó a las empresas farmacéuticas de utilizar diversos métodos para retrasar o incluso bloquear la comercialización de genéricos para mantener un alto nivel de ingresos. Según denunció el Ejecutivo comunitario, basándose en un estudio que analizó una muestra de medicamentos cuya patente venció en 17 Estados miembros durante el periodo 2000-2007, estas prácticas llevaron a que la comercialización se retrasara más de siete meses como media. Esto supuso un aumento de gastos de aproximadamente 3.000 millones de euros para los sistemas sanitarios o del 20%. Esto es así porque, por término medio, dos años después de su entrada en el mercado, los productos genéricos son un 40% más baratos en comparación con los fármacos originales.

A partir de los datos de este estudio, la Comisión anunció que abrirá una investigación formal contra la farmacéutica francesa Les Laboratoires Servier y varios fabricantes de genéricos por cerrar acuerdos ilegales, cuyo objetivo era dificultar la comercialización del perindopril genérico, un medicamento cardiovascular creado por esta compañía.

La comisaría de Competencia, Neelie Kroes, informó que con la información obtenida en este estudio, el Ejecutivo comunitario actuará contra todas aquellas empresas que estén vulnerando las normas de competencia.

El informe resalta varias estrategias específicas para retrasar la comercialización de genéricos. La primera es la presentación por parte de las farmacéuticas originales de "grupos de patentes", es decir, un gran número de patentes a escala comunitaria (en un caso hasta 1.300) para un solo medicamento. El segundo método de dilación es el inicio de pleitos de patentes con empresas de genéricos (cerca de 700 casos), con una duración media de casi tres años. Al final, las compañías de genéricos ganaron más del 60% de los casos.

En tercer lugar, las empresas originales celebraron más de 200 acuerdos con compañías de genéricos en la UE, en los que pactaron condiciones para terminar un pleito o un conflicto en curso. Más del 10% de los acuerdos consistieron en los llamados "acuerdos de pago compensatorio", que limitaron la entrada al mercado de genéricos a cambio de pagos por parte de las empresas originales a las empresas de genéricos. Estos pagos ascendieron en total a más de 200 millones de euros y son los que más preocu-

pan a la comisaría de Competencia, que considera que "provocaron que los precios para consumidores y contribuyentes se mantuvieran mucho más altos que si hubiera habido competencia".

Para corregir esta situación, el Ejecutivo comunitario propone, además de actuar contra las empresas infractoras, una serie de medidas a escala de la UE y nacional. En primer lugar, considera urgente crear una patente comunitaria y un sistema especializado unificado de resolución de litigios sobre patentes en Europa para reducir las cargas administrativas y la incertidumbre de las empresas.



Un 30% de las presentaciones judiciales relacionadas con patentes se lleva a cabo paralelamente en varios países, y en un 11% de los asuntos, las sentencias de los tribunales nacionales son contradictorias.

La Comisión también insta a los Estados miembros a garantizar que las solicitudes en proceso de autorización no produzcan retrasos en la aprobación de los medicamentos genéricos y a que aceleren estos procedimientos.

Asimismo, solicita a los gobiernos que tomen medidas si detectan en su territorio campañas de información engañosa que cuestionen la calidad de los medicamentos genéricos.

Alergia a las proteínas de la leche de vaca (APVL):

Prevención primaria

Introducción:

Durante las últimas décadas la prevalencia de las enfermedades atópicas ha aumentado en forma considerable, con grandes diferencias en distintas regiones del mundo y aún entre países en Europa. La alergia a las proteínas de la leche de vaca es una patología prevalente en nuestro medio. Hay acuerdo prácticamente unánime con respecto al tratamiento pero no con respecto a su prevención.

Tolerancia Oral:

Se define como: "La hiporrespuesta sistémica inmunológica que se produce tras la administración oral del antígeno".

Se supone que toda sustancia "extraña" a nuestro cuerpo podría ser tomada como un "antígeno" o elemento agresor. Sin embargo, somos capaces de aceptar, digerir y metabolizar muchas sustancias (todos los alimentos). Cuando ingerimos una sustancia tóxica (ej.: hongo venenoso) nuestro sistema inmunológico reacciona en forma aguda, lo que puede llevarnos hasta la muerte.

El hecho de que una sustancia **no** provoque una respuesta inmune exagerada significa que uno lo **tolera** o hay **tolerancia oral** para esa sustancia. Nuestro cuerpo la está "aceptando".

Sensibilización:

Algunos niños pueden, en determinados momentos de la vida, tomar a las proteínas intactas de la leche de vaca como "antígenos" y reaccionar inmunológicamente provocando la liberación de anticuerpos, linfocitos, macrófagos, histamina y desarrollando la sintomatología que acompaña a esta respuesta exagerada.

0Frente al primer contacto del antígeno (proteína intacta) con el intestino del niño hay un aumento en sangre de Anticuerpo IgE Específico, lo que provoca liberación de histamina dentro de la célula. Esta estará entonces preparada (sensibilización) para la reacción exagerada frente a una segunda exposición al antígeno.

Si hubiera tolerancia, el niño no reacciona aumentando sus



Por la Lic. Delia Rodríguez Lubary
Departamento de Medical Marketing de Nutricia Bagó

niveles de IgE, ya que su sistema inmune ha aceptado la proteína intacta.

Equilibrio entre tolerancia y sensibilización:

De qué depende que un niño "tolere" o "se sensibilice" frente a la presencia de proteína intacta de leche de vaca?

- **Predisposición genética:** depende en gran medida de los antecedentes familiares de alergias en la familia.

- **Dosis (cantidad de antígeno):** para desarrollar tolerancia se necesita una determinada cantidad de antígeno absorbido, para que pueda ser "reconocido" por el sistema inmune y así desarrolle "supresión y tolerancia",

es decir que "**suprime**" su efecto agresivo y como consecuencia lo "**tolera**".

- **Edad de la primera exposición:** este punto está directamente relacionado con la predisposición genética, ya que dependerá de ello el momento en que se decida exponerlo por primera vez a la proteína intacta de la leche de vaca.

- **Estado inmunológico:** si su estado inmunológico es el adecuado tolerará la proteína intacta de la leche de vaca.

- **Antígenos a través de la leche materna:** un niño amamantado tendrá siempre una mejor protección que un niño que recibe fórmulas infantiles.

- **Naturaleza del antígeno:** en los alimentos, las proteínas constituyen los nutrientes potencialmente alergénicos y dicha alergenicidad disminuye con la hidrólisis (digestión) previa de las mismas.

- **Frecuencia de administración:** la exposición de forma intermitente a dosis bajas de proteínas alergénicas puede ser un factor de riesgo importante en el desarrollo de alergia a los alimentos mediada por IgE.

Prevención de la APLV:

El *grado de riesgo de padecer APLV* en los niños es definido de acuerdo a los antecedentes familiares. De acuerdo a la AAP, se requieren dos familiares de primer grado para iden-

tificar un niño con alto riesgo, mientras que dentro de los criterios de la ESPGHAN se requiere sólo un familiar.

El término prevención en relación a la APLV ha sido cuestionado en la literatura, ya que no hay evidencias claras que los manejos dietéticos en la nutrición temprana actúan realmente previniendo las manifestaciones alérgicas futuras.

En principio podemos considerar 2 tipos de “prevención”:

1) Prevención Pasiva:

Es la eliminación de la dieta de alimentos potencialmente alergénicos. Puede conducir a carencias nutricionales importantes.

Evitar la ingestión de alimentos como el pescado, el huevo y la leche durante el embarazo no ha demostrado ser útil para prevenir la aparición de alergia alimentaria. Por otra parte, los estudios publicados indican que la exclusión de estos alimentos en la dieta de la madre en el período de lactancia materna y en el lactante durante el primer año de vida, sólo evita la aparición de alergia alimentaria mientras se lleva a cabo la dieta de exclusión, pero no impide que aparezca posteriormente y no previene el desarrollo de otras enfermedades alérgicas en los años siguientes.

2) Prevención Activa:

Se busca inducir a la **tolerancia oral**, es decir, lograr que tolere la proteína intacta de la leche de vaca.

En un niño sano, sin atopía, el momento ideal para buscar esa tolerancia es en el período neonatal (desde el nacimiento). Estos niños, si no pueden ser amamantados o necesitan suplementación, se les debe indicar una Fórmula infantil de inicio. En estos casos, no se justifica ni sería correcto indicar una fórmula de inicio con proteínas parcialmente hidrolizadas, ya que la tolerancia oral se logra incluso con mayor facilidad a partir del consumo de proteína intacta.

Cuando el niño tiene un riesgo aumentado, dependerá del grado de riesgo:

- Con un 50% de riesgo se recomienda una Fórmula con proteínas parcialmente hidrolizadas (HA) los primeros meses de vida. Con esta fórmula también se puede inducir tolerancia (aunque no en mayor medida que con una fórmula de inicio)

- Con un 60 a 80% de riesgo se recomienda una fórmula con proteínas extensamente hidrolizadas hasta los 4 a 6 meses de vida. Luego se indicará (siempre dependiendo de cada caso) una Fórmula de Etapa 2 Standard. 🌱

UN CUARTO DE MILLÓN
DE VISITAS EN UN AÑO

www.cofa.org.ar

La web farmacéutica nacional
más importante del país

Nuestra web ha recibido **250.000**
visitas en un año, y lo festejamos
mejorándola para su servicio.

- ✓ Noticias de actualidad
- ✓ Acceso inmediato a sus notas de crédito
- ✓ Acceso a su resumen de liquidación PAMI (nuevo servicio)
- ✓ Adhesión al sistema Interdrugs (interacciones farmacológicas)
- ✓ Información actualizada de autorización de recetas Camoyte
- ✓ NOTICOFA (sistema semanal de información al farmacéutico)
- ✓ Ingreso al sistema de validación de recetas PAMI On Line



- ✓ Actualización de normativas, resoluciones y legislación
- ✓ Cursos de actualización
- ✓ Certificación Profesional
- ✓ Informes del Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad
- ✓ Asuntos Profesionales
- ✓ Congresos, eventos y mucho más...

Visite nuestra web, lo esperamos.

Y en breve, nuevo diseño, más funcional, más amigable, con nuevos servicios y la confiabilidad de siempre, la de SU Confederación Farmacéutica Argentina