



n.º 500  
15 febrero 2014

el farmacéutico.es  
PROFESIÓN Y CULTURA

## La farmacia en la encrucijada



 **Mayo**  
EDICIONES  
[www.edicionesmayo.es](http://www.edicionesmayo.es)



 [elfarmacorevista](https://www.facebook.com/elfarmacorevista)

 [@elfarma20](https://twitter.com/elfarma20)

[www.elfarmacéutico.es](http://www.elfarmacéutico.es)  
[www.elfarmacéuticojoven.es](http://www.elfarmacéuticojoven.es)



## Farmacias rentables

Farmacia Sandomingo, Galicia

Interiorismo

Arquitectura

Imagen Corporativa

Comunicación visual

Marketing

Automatización

Más info: 902 10 59 37

[www.tecnyfarmashop.com](http://www.tecnyfarmashop.com)



[www.tecnyfarma.com](http://www.tecnyfarma.com)

# el farmacéutico

PROFESIÓN Y CULTURA



www.facebook.com/elfarmaceticorevista



@elfarma20

www.elfarmacutico.es

## Sumario

EF n.º 500

15 febrero 2014

6



### Entrevista

La Dra. Mercè Boada, neuróloga, reclama tanto a la sociedad como a los profesionales sanitarios una mayor atención y comprensión hacia los pacientes con Alzheimer.

30



### Futuro

Parece claro que el futuro de la farmacia pasa por los servicios, pero antes el farmacéutico debe plantearse cuál es su papel ante la sociedad y si a ésta le interesa.

59



### Distribución

Vicenç Calduch propone un ejercicio intenso de reflexión estratégica, clarificar las estructuras, reflexionar sobre cuál es el futuro inmediato de la distribución y los pasos que debe dar.

### 5 Editorial

Tiempo bisagra

Joan R. Lladós

### 6 Entrevista:

Mercè Boada. Neuróloga.

Directora médica de la

Fundación ACE

Joan R. Lladós

### Visión global del sector

18 Sector del medicamento: una visión crítica pero integradora  
Josep Llop

30 Farmacias con futuro.  
¿Qué futuro?  
Manuel Machuca

36 Mejorar la gestión comercial de nuestra farmacia:  
la gestión por categorías  
Jaume Guillén Relat

42 La economía de la salud y la salud de la economía  
Àngels Martínez Castells

### Hacia un cambio del modelo de farmacia

48 La industria farmacéutica y la farmacia ante el cambio del entorno: «Cuando veas las barbas de tu vecino...»  
Mario Roviroso

54 El largo y tortuoso viaje de la oficina de farmacia hacia la farmacia asistencial  
J.R. Lladós

59 Distribución: hacia una nueva relación de партнериo  
V. Calduch

64 El placer de releer  
Francesc Pla

72 La farmacovigilancia como medida de seguridad imprescindible en la intervención farmacoterapéutica  
Àngel Torres

77 Streptotest: ejemplo de nuevos servicios de la farmacia comunitaria  
Xavier Boleda



# Linitul®

Apósito impregnado

## El apósito que promueve la cicatrización de todo tipo de heridas



1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Linitul Apósito impregnado. 2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA: Cada gramo de mezcla de Linitul Apósito impregnado contiene: La fracción soluble de 18,5 mg de Bálsamo del Perú, 167,8 mg de Aceite de ricino. Excipientes, ver sección 6.1.3. FORMA FARMACÉUTICA: Apósito impregnado. Apósitos de tul de políéster reticulado, de gran flexibilidad y adaptabilidad al entorno de la lesión, impregnado de una mezcla grasa de color blanco amarillenta con característico olor a bálsamo del Perú. 4. DATOS CLÍNICOS: 4.1 Indicaciones terapéuticas: Linitul Apósito impregnado está indicado para promover la cicatrización de heridas, úlceras por presión (de decubito) y úlceras varicosas. 4.2 Posología y forma de administración: Posología Adultos: Se utilizará la presentación de Linitul Apósito impregnado adecuada al tamaño de la zona afectada. El apósito se aplica cubriendo la zona afectada asegurándose que la piel está limpia y seca, procediéndose a su renovación cada 12 ó 24 horas, pudiendo mantenerse durante más tiempo si el tratamiento así lo exige. Si tras 15 días de tratamiento las lesiones empeoran o no mejoran se deberá reevaluar el estado clínico. Población pediátrica: No se dispone de datos. Forma de administración: Uso cutáneo. En la limpieza de la zona se puede utilizar suero salino. Para aplicar Linitul Apósito impregnado utilizar preferentemente unas pinzas previamente desinfectadas con alcohol. En las presentaciones unidosis de Linitul Apósito impregnado (5,5x8, 9x15 y 15x25) hay que abrir el sobre tirando de las pestañas hasta el final y deslizar el apósito arrastrándolo sobre el aluminio para recoger la masa de impregnación, que de otro modo quedaría en las paredes del mismo. Apoyar el producto sobre la zona afectada, desdoblándolo si su tamaño lo requiere (presentaciones 9x15 y 15x25). Se debe cubrir el apósito con un vendaje protector. En el caso de Linitul Apósito impregnado 8,5 x 10, cerrar cuidadosamente la caja de poliestireno después de su utilización. 4.3 Contraindicaciones: Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. Dermatitis inflamatoria. Coágulos arteriales recientes. 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo: No se debe utilizar sobre pieles acnéicas y grasas. Este medicamento puede producir reacciones en la piel porque contiene bálsamo del Perú. El bálsamo del Perú puede presentar en las personas sensibles, reacciones cruzadas con el bálsamo de Tolú y con algunos aceites esenciales utilizados como aromatizantes. Se requiere precaución en caso de deficiencia de hemoglobina o zinc y en caso de retraso de la cicatrización de la herida. Advertencia sobre el componente Bálsamo del Perú: Este medicamento puede producir reacciones en la piel porque contiene bálsamo del Perú. 4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción: No se han realizado estudios de interacciones. 4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo: Algunos datos en mujeres embarazadas no han mostrado que los principios activos de este medicamento produzcan malformaciones o toxicidad fetal/neonatal. Antes de prescribir Linitul Apósito impregnado durante el embarazo se deberán considerar los beneficios potenciales del tratamiento frente a los riesgos potenciales. Lactancia: No se dispone de información suficiente relativa a la excreción de los principios activos de este medicamento en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Se deben considerar los beneficios potenciales del tratamiento frente a los riesgos potenciales antes de utilizar Linitul Apósito impregnado. 4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas: La influencia de Linitul Apósito impregnado sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. 4.8 Reacciones adversas: Se tiene información sobre los siguientes efectos adversos, cuya frecuencia no se ha establecido con exactitud: Trastornos del sistema inmunológico: reacciones alérgicas, dermatitis de contacto. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: sensación de escozor en el lugar de aplicación. 4.9 Sobredosis: Dada la forma farmacéutica, es improbable la ocurrencia de sobredosis. La ingestión accidental puede producir náuseas, vómitos, cólicos fuertes y diarreas. 5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS: 5.1 Propiedades farmacodinámicas: Grupo farmacoterapéutico: Apósitos con medicamentos. Código ATC: D09A. El bálsamo del Perú tiene una ligera acción antibacteriana. Puede actuar como antiséptico y desinfectante. Contiene oleo-resinas que incluyen proporciones importantes de ácido benzoico, ácido cinámico y sus ésteres. Contiene un 6-8% de ácidos benzoico y cinámico libres y un 50-60% de cinameína, mezcla de benzoato y cinamato de benilo y de cinamato de cinamilo. El resto está constituido por una resina (penarresinotano) y por pequeñas cantidades de nerolidol, alcohol benzílico, vainillina. El bálsamo del Perú actúa como estimulante del lecho capilar y se usa para aumentar el flujo sanguíneo en diversas heridas. El aceite de ricino en uso cutáneo actúa como emoliente y se usa para mejorar la epitelización, reduciendo la desecación y cornificación epiteliales prematuras. 5.2 Propiedades farmacocinéticas: Linitul Apósito impregnado se aplica por la vía uso cutáneo, siendo la absorción de sus principios activos por dicha vía, bálsamo del Perú y aceite de ricino, muy reducida o prácticamente nula, por lo que no es posible observar niveles plasmáticos significativos. 5.3 Datos preclínicos sobre seguridad: No se dispone de datos de estudios no clínicos que puedan mostrar riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad y de potencial carcinogénico. 6. DATOS FARMACÉUTICOS: 6.1 Lista de excipientes: Vaselina filante. Vaselina líquida. Cera de abejas. Parafina sólida. Tul. 6.2 Incompatibilidades: No procede. 6.3 Período de validez: 5 años. 6.4 Precauciones especiales de conservación: No conservar a temperatura superior a 30°C. Mantener alejado del calor. 6.5 Naturaleza y contenido del envase: Presentaciones en sobres unidosis de complejo polietileno/aluminio/opalina: Linitul Apósito impregnado sobres unidosis conteniendo un apósito de 5,5x8 cm. Contenido: 10 sobres. Linitul Apósito impregnado sobres unidosis conteniendo un apósito de 9x15 cm. Contenido: 20 sobres. Linitul Apósito impregnado sobres unidosis conteniendo un apósito de 15x25 cm. Contenido: 20 sobres. Otra presentación: Linitul Apósito impregnado conteniendo apósitos de 8,5x10 cm en una caja de poliestireno. 20 apósitos. 6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones: Ninguna especial para su eliminación. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. 7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN: BAMA-GEVE, S.L.U. Avda. Diagonal, 490 08006 Barcelona 8. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN: 32.991 9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN: Fecha de la primera autorización: 01/09/1959. Fecha de la última renovación: 18/03/2009. 10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO: Julio 2012.

**BAMA - GEVE**

Avda. Diagonal, 490, 4º - 08006 Barcelona - [www.bamageve.es](http://www.bamageve.es) - e-mail: [laboratorio@bamageve.es](mailto:laboratorio@bamageve.es) - Tel. 93 415 48 22 - Fax 93 415 37 92

**Director Emérito:** Josep M.ª Puigjaner Corbella  
**Director científico:** Francisco Martínez Romero

**Directores:**

Francesc Pla (fpla@edicionesmayo.es),  
 Montserrat Ponsa (mponsa@edicionesmayo.es)

**Redactor jefe:**

Javier March (jmarsh@edicionesmayo.es)

**Redacción:** Mercedes López, Ángel López del Castillo

**Corresponsales:**

Andalucía oriental: F. Acedo

Andalucía occidental: M. Ruiz Rico

Aragón: A. Giner

Asturias: P. Zariquiegui

Baleares: J. Ferrer

Canarias: A.B. Hernández Machín

Cantabria: V. Lemaun

Castilla y León: M. Gómez

Castilla-La Mancha: E. Rosado

Comunidad Valenciana: J.V. Morant

Extremadura: L. Serrano

Galicia: F. Monroy

La Rioja: M. Menéndez

Navarra: A.V. Eguía

País Vasco: M.J. Esnal

**Fotografía:** O. Gómez de Vallejo, M. Marco

**Dirección artística y diseño:** Emili Sagóls

**Ilustración:** Marc Ambrós

**Corrección:** Eduard Sales

**Comité científico:**

M.J. Alonso, R. Bonet, J. Braun,  
 M.ª A. Calvo, M. Camps, A.M. Carmona,  
 N. Franquesa, M.ª C. Gamundi, A. Garrote,  
 M. Gelpí, J. Guindo, J.R. Lladós, F. Llambí,  
 J. Oller, A. Pantaleoni, L. Puigjaner, I. Riu,  
 E. Sánchez Vizcaíno, J.M.ª Ventura,  
 M.ª del C. Vidal Casero, M. Ylla-Català

Edita:

**Mayo**  
 EDICIONES MAYO, S.A.  
 www.edicionesmayo.es

**Redacción y administración:**

Aribau, 185-187 2.º. 08021 Barcelona

Tel.: 932 090 255

Fax: 932 020 643

comunicacion@edicionesmayo.es

**Publicidad:**

Barcelona: Aribau, 185-187 2.º.

08021 Barcelona. Tel.: 932 090 255

Mónica Sáez: msaez@edicionesmayo.es

Madrid: Condado de Treviño, 9 local 1.

28033 Madrid. Tel.: 914 115 800.

Fax: 915 159 693

Begoña Llano: bllano@edicionesmayo.es

**Impresión:** Rotocayfo S.L.

**Depósito legal:** B. 10.516-84

ISSN 0213-7283

**Suscripciones:** 88,50 euros

Control voluntario de la difusión por



Tirada: 20.000 ejemplares

© Ediciones Mayo, S.A.

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos, aun citando la procedencia, sin la autorización del editor

# Tiempo bisagra

Nuestra invitada especial en este número 500, la neuróloga catalana Mercè Boada, se sorprendió gratamente al conocer que la entrevista se iba a publicar en un número tan simbólico. Su talante combativo y su actitud positiva ante enfermedades neurodegenerativas para las que solamente contamos con tratamientos paliativos la han curtido en la adversidad. Su actividad asistencial se combina con proyectos de investigación básica y ensayos clínicos, sin olvidar la docencia. Todas estas actividades científicas no restan importancia a su labor social que, en el caso de la enfermedad de Alzheimer, ha contribuido de forma notable a mejorar la comprensión de esta enfermedad por parte de la sociedad. Su intervención ha conseguido influir tanto en el planteamiento de los problemas existentes como en la búsqueda de las soluciones.

Un buen ejemplo que los farmacéuticos deberíamos seguir en estos momentos presentes que se presumen decisivos para el sector de la farmacia comunitaria. Por ello hemos querido dedicar este número a una revisión crítica de la situación actual.

No para caer en el victimismo, sino para identificar estrategias que permitan consolidar mayores niveles de responsabilidad. Hemos concedido la palabra a profesionales de diferentes ámbitos. De todos ellos se desprende la importancia del presente y la necesidad de actuar para modificar la situación actual. Tampoco faltan propuestas para empezar a cambiar. El modelo actual basado en el margen comercial sobre el medicamento parece estar quedando obsoleto. Existe, por tanto, la necesidad de crear servicios de valor profesional. El paso del modelo meramente comercial a un modelo basado exclusivamente en los servicios, de producirse, requerirá un tiempo en el que ambas actividades se hallen integradas como en una bisagra.

La crisis financiera aún no ha finalizado. Las medidas presupuestarias restrictivas van a continuar en paralelo con nuevas medidas liberalizadoras que potencien la iniciativa privada en sectores de gran interés público. La creciente privatización de todo lo existente está llevando a la mercantilización de los derechos. Sectores como la seguridad y el acceso a la salud o a la educación son las nuevas dianas neoliberales. De consolidarse esta tendencia, los ciudadanos podrán ejercer sus derechos en función de su propia disponibilidad de recursos financieros. ¿Quién cree que no sucederá lo mismo en las farmacias? ●

Joan R. Lladós

500

## de celebración

Hemos llegado a los **500** números y queremos celebrarlo con este número especial y con un cambio de diseño que marque el inicio de una nueva etapa para **El Farmacéutico**. Les invitamos a acompañarnos.

## Entrevista

Dra. Mercè Boada Rovira

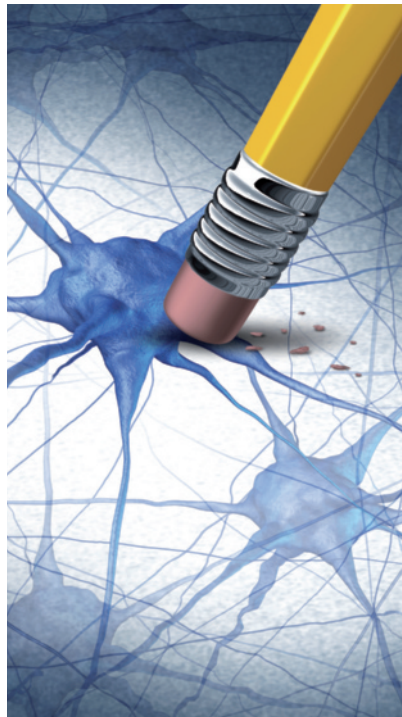
Neuróloga. Directora médica  
de la Fundación ACE

“ La enfermedad neurodegenerativa es de largo recorrido, muy silente y no perceptible ni al ojo científico »

# «El mundo científico del Alzheimer conoce muy bien lo que es el fracaso»

Joan R. Lladós. Fotografías: Javier March

Quería trabajar en tumores cerebrales, pero se adelantó a su tiempo porque cuando lo intentó «no había interés por este tipo de patología». Sin embargo, su formación en neurogeriatria le permitió centrarse en el conocimiento del comportamiento de la población anciana de Cataluña y ahí intuyó que había mucho trabajo por hacer para mejorar la situación de esas personas. Es consciente de que se trata de una especialización en la que no va a ganar ninguna carrera, pero compensa esta limitación con la satisfacción de saber que contribuye a mejorar la vida de las personas con un déficit cognitivo. Asegura, además, que es una subespecialización de la neurología que ama.



©Thinkstock



ISD-CORCO-001/09-13

## **ISDINIUM® 1 mg/g Pomada Rectal**

Hidrocortisona buteprato

Alivia el dolor y picor  
asociado a hemorroides



**30 g**  
CN 984336

 **ISDIN**

«El mundo científico del Alzheimer conoce muy bien lo que es el fracaso»

– **¿Por qué hablamos de enfermedades neurodegenerativas? ¿Qué es lo que las caracteriza?**

– Estas enfermedades comparten un proceso crónico de las neuronas en el cual, a partir de un determinado desencadenante, éstos van perdiendo potencialidad, función y se destruyen. Hay unas enfermedades neurodegenerativas con una velocidad de crucero muy alta y otras con una velocidad de crucero muy lenta. Algunas son muy selectivas, es decir, con una predilección por unas áreas y unas funciones determinadas del cerebro que después se globalizarán, por el concepto de neurodegeneración. Existe también otro tipo de enfermedad neurodegenerativa, que ya desde su inicio es mucho más global en toda la formación del cerebro. La idea es que no se trata de una enfermedad súbita: la enfermedad neurodegenerativa es de largo recorrido, muy silente y no perceptible ni al ojo científico. Cuando aparece en la clínica, el daño biológico es inmenso. Esto es lo que realmente define a la enfermedad neurodegenerativa.

– **Pero los mecanismos son distintos...**

– Sí. Acaba con la misma función, que es destruir la neurona por un proceso más o menos lento, más o menos global, que finalmente se globaliza a todo el cerebro. Se inicia en áreas selectivas y depende de un desencadenante. De las enfermedades neurodegenerativas también se podría decir que son secundarias a defectos proteicos; es decir, serían proteinopatías. La enfermedad de Alzheimer en este momento está vinculada a la beta-amiloide 40-42 y otras betas-amiloides, y a la tau; la enfermedad de Parkinson está vinculada a la fase nucleína; la enfermedad de Huntington a la huntingtina; ELA a la TDP-43... Pero lo cierto es que, cuando se hacen estudios necrópsicos en los que se incluyen diferentes patologías, te das cuenta de que casi nunca existe una enfermedad neurodegenerativa dependiendo de un solo elemento proteico, sino que en el cerebro encuentras depósito de tau, de beta, degeneración por cuerpos de Lewy..., es decir, que es una amalgama de defectos proteicos que se establecen allí. Unos con un peso específico más importante y otros con un peso menor. Cuando se han podido ver estas grandes series necrópsicas, ¿cómo se reparte el pastel de la patología?, ¿cómo, por ejemplo, la patología isquémica, en mayor o menor grado, también juega un papel notorio? Puedes llegar a entender que el fenotipo clínico de un individuo nunca es igual al fenotipo de otro, al que tú le estás poniendo la misma etiqueta. Cuanto más avanzada más igual es la patología.

– **¿Pero hay una relación directa entre las lesiones y la evolución de la enfermedad?**

– A más lesión, más destrucción de redes, más destrucción plástica, menos capacidad de reserva. En definitiva, a más lesión más gravedad.

– **¿En todas?**

– Sí, en todas ellas. Y el conocimiento de esta situación tiene grandes implicaciones a nivel de práctica médica. La primera es que, conceptualmente, diagnosticamos tarde.

– **¿Por qué?**

– Porque cuando aparece el fenotipo, que es la expresión clínica, la lesión biológica es muy grande, pero antes yo no la he visto. Yo sólo puedo diagnosticar cuando alguien viene y dice: «Me quejo». Algunas veces la queja es muy simple, muy elemental. Pero en otros casos se quejan ya de todo y ves de lo que se quejan. Lo que se ha hecho con enfermedades como el Alzheimer o el Parkinson es estudiarlas de menos a más. Cuando yo llego a «muy más», tengo muy pocas posibilidades de encontrar una estrategia terapéutica, tengo muy pocas opciones de revertir un cuadro, porque ya no me queda nada que revertir.

Este conocimiento ha obligado al mundo científico a focalizar toda la investigación en las formas más leves, más tempranas de todas las enfermedades, a que la ciudadanía tome plena conciencia de que «ante lo poco puedo hacer mucho» y «ante lo mucho no puedo hacer nada». Es necesario que los ciudadanos aprendan a valorar pequeños síntomas, que estén muy informados de lo que es un Parkinson, de lo que es una enfermedad motora, de lo que es un brote de una esclerosis múltiple...



**Hay enfermedad crónica porque el esfuerzo del científico ha estado focalizado en controlar la patología aguda»**

– **¿Se dedica igual atención a todas las enfermedades?**

– No, y es así por una cuestión cultural de cada país. En un país de viejos, el viejo no es la perla de la corona, sino que es una vida que está llegando a su fin y, por tanto, todo lo que yo voy a dedicar a patología vinculada con la vejez estará pensado para que económicamente la población anciana, vieja –a mí me gusta hablar de viejo–, no sea un gravamen. La patología del viejo la entiendo como enfermedad crónica y hay que minimizar sus costes. En ciencia, lo que quiero es que lleguemos a viejos sin enfermedad crónica, por tanto, tengo que tratar al paciente cuando es joven.

En el caso de un accidente vascular cerebral, ¿cuál es el resultado más penoso y que más costoso le resulta a la sociedad? No es el coste de la fase aguda, aunque puede ser inmenso, sino el coste de la posible lesión crónica que puede prolongarse 10, 20 o 30 años, con un gravamen de patología permanente y de ayuda. Este es el gran concepto de la enfermedad neurodegenerativa.



# EAU THERMALE Avène

El Agua Termal  
de las pieles sensibles.  
Activa por naturaleza



¡Felicidades!  
por los  
500 números  
de

**el** PROFESIÓN Y CULTURA  
**farmacéutico**



– Quizá porque el sistema está orientado hacia la resolución de los problemas agudos, pero luego...

– Pero la cronicidad existe. Si los avances en salud no permitieran llegar a la cronicidad, querría decir que en el proceso agudo habríamos fracasado. Si todos los pacientes que padecen un infarto agudo de miocardio se mueren, no tengo patología crónica. Por tanto, hay enfermedad crónica porque el esfuerzo del científico ha estado focalizado en controlar la patología aguda. Cuando en un hospital detectan un accidente vascular cerebral, lo tratan para que el paciente no muera, pero a este le queda una lesión crónica en la que el hospital no puede intervenir. Esto ha generado disciplinas como la rehabilitación, con otros servicios y estructuras sanitarias. La rehabilitación pretende reincorporar a la persona, si es joven, al ámbito social o laboral. Pero si la rehabilitación no permite la reincorporación, nos encontramos ante un proceso crónico, que debe tratarse en casa, en residencias o en instituciones para crónicos.

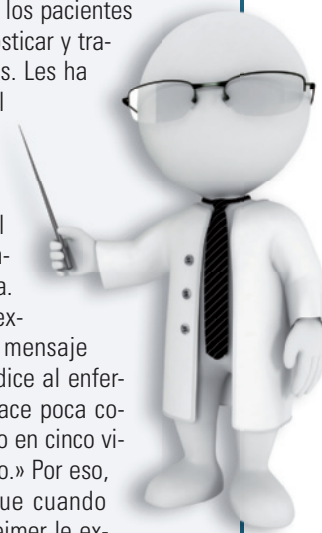
¿Qué es lo que ha tenido que hacer la sociedad científica y sobre todo la práctica médica? Mejorar la cronicidad, hacer la rehabilitación muchísimo más precoz, hacer la rehabilitación motora en cualquier traumatismo o en accidente vascular cerebral. Y nos hemos dado cuenta de que en esta rehabilitación la parte cognitiva es importante. Un paciente puede recuperar muy bien una función motora, pero si no es capaz de darse cuenta de que se tiene que mover, la rehabilitación está abocada al fracaso. Ello ha llevado a que la cognición –quién soy, cómo razono, cómo entiendo, cómo expreso, cómo me comunico, mi voluntad– se integre ya en los procesos de rehabilitación. Puedo tener, por ejemplo, un paciente epiléptico muy bien controlado de sus crisis, pero si tiene deterioro cognitivo es dependiente. Lo he de valorar y he de hacer lo imposible para que esto no aparezca. ¿Cuál es el modelo más conocido? El modelo Alzheimer.

– ¿El deterioro cognitivo es lo más característico del Alzheimer?

– El modelo Alzheimer ha permitido tener el conocimiento de la cognición, porque es realmente el *red point* de la enfermedad. Esta enfermedad «camina pero no reconoce». Si usted viera en la calle a un paciente con Alzheimer no lo reconocería, porque puede caminar, coger un autobús... ¿Cuándo se daría cuenta? Cuando llegara el autobús y al ir a subir se lo mirara y se quedara parado ante la puerta, porque no sabe lo que hace. Puedo llegar al autobús, pero si no sé lo que tengo que hacer, soy dependiente. Éste es el concepto de lo que es la enfermedad con el trastorno cognitivo más patente, y aquí destaca la demencia de Alzheimer, porque abarca el 60% de la población con demencia. Se trata de una población que tiene pérdida de neuronas, muerte neuronal, pérdida de neurotransmisores y alteración de la sinapsis por depósito de diferentes proteínas.

## ¿Qué puede hacer el farmacéutico?

«El farmacéutico le ha de decir a los pacientes que el Alzheimer se ha de diagnosticar y tratar con los fármacos que tenemos. Les ha de transmitir el mensaje de que al final habrá un tratamiento eficaz, porque la palabra del farmacéutico es muy importante y tiene mucha influencia sobre el enfermo.» Este mensaje esperanzador es fundamental para la Dra. Boada. «En la Fundación ACE –explica– intentamos transmitir un mensaje positivo, y si el farmacéutico le dice al enfermo que “el fármaco es caro y hace poca cosa”, todo lo que hemos construido en cinco visitas se desploma en un momento.» Por eso, les pide a los farmacéuticos que cuando atiendan a un paciente con Alzheimer le expliquen «que es una enfermedad muy conocida, de la que se sabe mucho», y que le recomienden que vaya a un especialista, «porque hay unos productos bastante eficaces». El mensaje, dice, ha de transmitir esta idea: «No le tenga miedo a esta enfermedad, sabemos mucho y sabremos aún más. Busque un buen especialista, busque tratamiento, espabílese». En palabras de la Dra. Boada, «el farmacéutico ha de ser proactivo para educar, informar y conducir».



El Alzheimer, que se había considerado como una patología de segunda, tercera y cuarta categoría, ha pasado a ser una enfermedad prominente a los ojos de la salud pública, del ámbito científico, del ámbito académico. Y es así porque va a haber muchos enfermos crónicos que llegarán a los 80-90 años con un corazón que funcionará bien, pero con un cerebro que no sabrá qué hacer. Hemos estado mejorando la función cardiaca, pero no hemos vigilado la función intelectual, la cognitiva, que hace dependiente al individuo. Si tenemos en cuenta que en la actualidad la población alcanza, como promedio, los 85 años, y que la edad media de presentación de la forma estándar de la enfermedad de Alzheimer roza los 75, esto implica que va a haber mucha gente que estará 10 o 12 años con dependencia cognitiva. Esas personas van a necesitar a alguien que haga las cosas habituales por ellos, que decida por ellos, con el consiguiente componente jurídico a tener en cuenta.

– ¿Se suele inhabilitar a los pacientes con Alzheimer?

– Depende, se puede inhabilitar, por ejemplo, a alguien que está viviendo solo y necesita de otra persona que la represente y tome las decisiones necesarias para que esa per-



## Nuevo Lindor Anatómico.

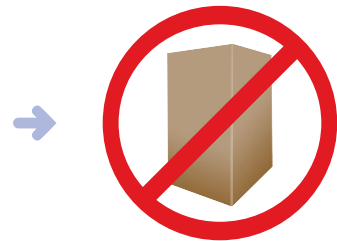
- **Todo lo necesario para el paciente.**

Ahora el nuevo Lindor Anatómico proporciona una **mayor absorción** en la zona de micción combinada con una **menor longitud** del absorbente. Toda la protección de Lindor con mejor adaptación al cuerpo: más discreción y comodidad. (Absorción Noche y Super Noche).



- **Y nada más que lo necesario para una mayor eficiencia.**

Eliminamos el **embalaje de cartón\***, ahorrando tiempo de apertura, facilitando la gestión de residuos y el almacenamiento. \*Disponible también en toda la gama de elásticos.



**Lindor Ausonia.**

Una solución para cada persona con incontinencia.

ATENCIÓN AL PROFESIONAL

**902 40 40 35**

[www.lindor.es](http://www.lindor.es) [farmacias.pg.com](http://farmacias.pg.com)

Lindor Anatómico es un producto sanitario de clase I fabricado de acuerdo con la legislación vigente.



De venta en farmacias

sona pueda continuar su vida. En ese caso tengo que iniciar un proceso de incapacitación para proteger a esa persona, no para excluirla ni robarle sus derechos, sino, precisamente, para mantenerlos.

Los procesos de incapacitación se dan en gente muy añosa y son muy frecuentes en mujeres. Se da el caso, por ejemplo, de mujeres que no pueden acceder a la cuenta corriente de su marido cuando éste se muere, que están incapacitadas y no pueden tocar nada. En ese caso, ¿cómo se cuida a esa persona?, ¿cómo saca dinero?, y ¿cómo paga una residencia o un cuidador?

En el proceso diagnóstico de una enfermedad neurodegenerativa es obligatorio hacer un diagnóstico clínico, al menos es así en el modelo de atención de Cataluña para los pacientes con deterioro cognitivo. En este diagnóstico clínico está incluido un diagnóstico neuropsicológico, es decir, saber qué funciones están alteradas, y de éstas cuáles son las más importantes, aquellas de las que va a depender la dependencia o la independencia del paciente, las que le van a permitir hacer unas cosas, tomar unas decisiones, y las que nunca le permitirán tomar una decisión.

– **¿El diagnóstico bioquímico es secundario?**

– No, el diagnóstico bioquímico está en el diagnóstico clínico, pero después hay el diagnóstico neuropsicológico y un diagnóstico social. Es importante saber cómo es la familia del enfermo, cuáles son sus posibilidades económicas, físicas y volitivas. A la familia hay que explicarle la situación y decirle que tal vez tendría que empezar a poner la barba a remojar y mirar cómo está económicamente; decirle que si tiene una bañera intente cambiarla por una ducha, que vigile cuando el paciente va al mercado, cuando está en la cocina, los armarios... Hay que enseñarle cómo tiene que manejarse en la casa para que sea lo más simple y cómoda para poder vivir con el enfermo y que éste pueda vivir en ella. Hay que explicarle también que en este momento su situación económica es frágil, que va a necesitar dentro de poco un cuidador, alguien que venga y que salga a pasear con el enfermo, tal vez a alguien que se quede en la casa por la noche. Y es frecuente que nos encontremos con familias que están en edad laboral. En este caso, ¿dejan de trabajar para cuidar al enfermo? Y si lo hacen, ¿cómo va a quedar su economía?

– **La familia se hace dependiente del enfermo.**

– Es un entramado que no se puede desentramar, porque ambos están atados. Si en el momento en que haces el diagnóstico explicas cómo la situación del enfermo va a influir en su entorno, estás educando, informando, previniendo, y aunque día tras día este planteamiento se modifica, la familia y la sociedad ya lo han interiorizado. Llega un momento en que has de explicar que lo mejor para todos es un ingreso en una residencia, pero sin que ello sea equivalente a «yo me saco el paciente de encima». Significa que



“ **Es necesario que los ciudadanos aprendan a valorar pequeños síntomas, que estén muy informados de lo que es un Parkinson, una enfermedad motora, un brote de una esclerosis múltiple...»**

les ofrezco al paciente y a la familia la mejor de las opciones, porque hay situaciones en las que si el paciente no está en una residencia, los demás no pueden vivir. No pueden vivir porque no pueden ir a trabajar, si no van a trabajar tampoco pueden pagar un cuidador, y no tienen un sábado y un domingo, no tienen un día de fiesta, una noche de descanso o una semana de vacaciones, no pueden estar enfermos...

Estos son los planteamientos sociales que siempre están implicados. Es una puerta que se ha de abrir inmediatamente después de un diagnóstico. Si el diagnóstico se tiene cuando la sintomatología es más leve, se facilita la toma de decisiones en todo el proceso. Pero, además, si hago un diagnóstico de certeza o lo más cercano posible a la certeza, con algún biomarcador, con neuroimagen, para equivocarme lo menos posible, le voy a dar al enfermo una muy mala noticia, porque le estoy ofreciendo un futuro tenebroso, le estoy anunciando que ha de pasar el infierno de Dante... A pesar de todo, le he de decir que no llegaremos al infierno porque aprenderemos a vivir en otras condiciones para que esto no sea un infierno.

– **Si sabemos todo esto, ¿por qué se suele retrasar el diagnóstico? ¿Cuánto tiempo pasa desde que una persona empieza con problemas hasta que llega a un neurólogo?**

# NUESTRA NUEVA IMAGEN ES MUCHO MÁS.

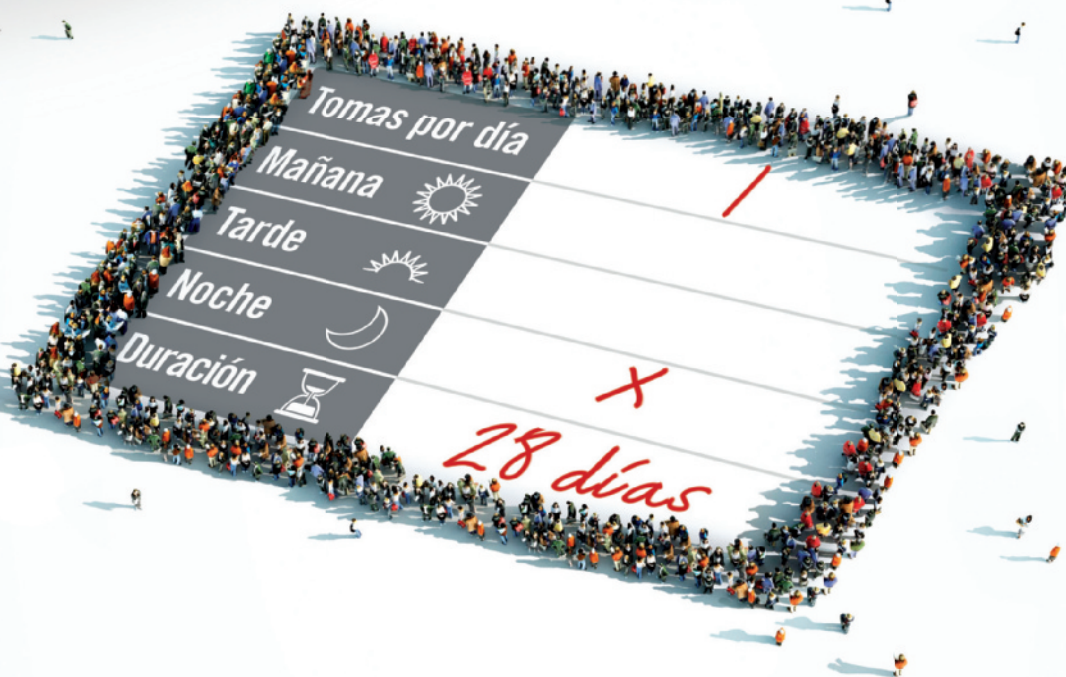
**MÁS** DESCRIPTIVA. **MÁS** VISUAL. **MÁS** FUNCIONAL.

Nuevos envases adaptados:

- a la dispensación activa
- a las necesidades de tus pacientes



Novedoso  
cuadro  
de posología



**MÁS RATIO QUE NUNCA**

**ratiopharm**

«El mundo científico del Alzheimer conoce muy bien lo que es el fracaso»

– Según el estudio IMPACT, que dirigió un investigador de Newcastle, y en el que participaron varios países europeos, entre ellos España, en Europa el tiempo medio transcurrido desde el momento en que se observa el primer síntoma hasta que se llega al diagnóstico estaba alrededor de 24 meses.

– **Dos años...**

– Exacto. España estaba alrededor de 17 meses, Francia superaba los 20 meses, Alemania estaba sobre 10... pero en Inglaterra el tiempo transcurrido era de tres años. ¿Por qué es así? Porque, simplificando, en el sistema alemán el paciente puede ir al especialista sin pasar por el médico de cabecera. En cambio, en el sistema británico, en el National Health Service, el que manda, el que tiene la sanidad en el puño, es el generalista. Si el médico de cabecera mantiene este paciente, porque es añoso, porque lo conoce, porque le da pena darle este diagnóstico... ¿qué hace? Pues mantiene dentro de la salud comunitaria un paciente que debería pasar al especialista.

“**Hemos estado mejorando la función cardíaca, pero no hemos vigilado la función intelectual, la cognitiva, que hace dependiente al individuo»**

– **¿Pero la prevalencia es similar en cada país?**

– Es homogénea en todos los sistemas sociales, en todos los niveles intelectuales y más o menos siempre aparece a la misma edad. Es, sin embargo, más prevalente en los países desarrollados, porque tienen otro sistema de salud. Pero en los países emergentes está aumentando, porque la gente está alerta de los defectos de cognición. Es decir, la prevalencia está relacionada con el nivel educativo sanitario.

– **El aumento en los países emergentes, ¿está relacionado con el aumento de la esperanza de vida o con las condiciones ambientales?**

– Está relacionado con mejores condiciones sanitarias y de supervivencia. Sudamérica, por ejemplo, está padeciendo más Alzheimer porque las condiciones higiénico-sanitarias y la capacitación del sistema sanitario son mejores. Y, al vivir más años en mejores condiciones, puede llegar a aflorar el Alzheimer. Pero volviendo al caso de Inglaterra y a por qué el sistema amarra tanto la atención primaria, hay que tener en cuenta los beneficios que esto representa para el sistema de salud. Si la población está tres años sin diagnóstico de Alzheimer, esta enfermedad no existe y, por tan-

to, el sistema sanitario no tiene que ofrecer servicios, no tiene que pagar fármacos. Si usted no tiene un diagnóstico de Alzheimer, yo no lo trataré, si usted no tiene dependencia, no recibirá una oferta social.

– **Esto va a ir a peor.**

– Claro, ahora Europa sabe que no lo puede esconder. Un elemento muy significativo de este estudio, que yo pienso que marca una realidad de la situación del Alzheimer, es que explica que muchas veces el médico de cabecera no quiere diagnosticar porque sufre por su paciente, por la familia, porque dice: «Es que les voy a hacer pasar un mal trago, y si aguantamos seis meses más van a ser felices». Esto está referido en entrevistas. También hay quienes reconocen que no saben diagnosticarlo, que se les ha escapado. Y cuando esto se lo preguntas a la familia te encuentras con respuestas enternecedoras: «Es que lo quiero tanto que prefiero no saberlo».

– **Pero eso no cambia la realidad.**

– No, claro, esto lo que ha cambiado es que en lugar de tener un diagnóstico a 10 meses, lo tenemos a 20 meses. Cuando ves esto te preguntas qué has de hacer para que esta sociedad ponga toda la carne en el asador para llegar al diagnóstico. Necesitamos años y credibilidad en cuanto al tratamiento, porque la enfermedad de Alzheimer no es curable, hay un porcentaje aún elevado de la ciudadanía, incluso de los médicos, que dicen: «Es una enfermedad ante la que no tenemos nada que hacer, por tanto, no invertimos en tratamientos farmacológicos que a la larga no van a curar a los enfermos, que no van a hacer que mejoren mucho, y dejemos que el río fluya sin poner ninguna presa para detenerlo».

– **¿Hay una falta de información, tanto en el médico de primaria como en los familiares?**

– Sí, pero esto está cambiando. Nosotros disponemos de datos que muestran, de forma aséptica, cómo ha cambiado en Barcelona y su entorno la cultura respecto a este tema. En la memoria de la Fundación ACE tenemos datos que abarcan desde 1996 a 2012, y tenemos catalogadas las formas que vemos de demencia y el número de pacientes con demencia. Inicialmente teníamos diagnosticados anualmente más de 400 pacientes y ahora ya llevamos más de 500. Desde 1996 ha habido un incremento de más de 100 diagnósticos anuales de demencia, lo que representa más de un 26%. Fíjese en qué es lo que ha aumentado: tenemos unos pocos pacientes con cuerpos de Lewy, han aumentado los frontales, tenemos patología vascular, tenemos otras demencias y en estos años hemos hecho 9.000 diagnósticos de demencia. El gran cambio se observa si miramos los casos de gente que no tiene demencia, pero que se queja de pérdida memoria, de que su lenguaje ya no fluye igual, de que le cuesta escribir o de que tiene problemas

de percepción, es decir, los casos de personas que tienen un deterioro cognitivo leve. Ésta sería la diana a tratar con el tiempo.

En definitiva, lo que quiero transmitirle es que está creciendo el número de personas que se quejan de problemas de memoria. De las 9.000 demencias, 5.000 corresponden a casos de deterioro cognitivo leve. Estos casos son gracias a la familia y al Sistema Sanitario, que se ha dado cuenta de que, si alguien se queja de problemas de memoria, vale la pena hacerle un diagnóstico.

**– Todas estas personas tienen marcadores...**

– El 95% de ellas tienen marcadores genéticos...

**– Es decir, prácticamente todos desarrollarán la enfermedad.**

– No. Tenemos marcadores genéticos porque se los hacemos. De los que sólo tienen la memoria alterada, desarrollará la enfermedad el 50% en dos años, y el resto en unos 5 años. Conocer muy bien a esta población, buscar sus marcadores genéticos, ¿qué nos diría? Nos diría que los que yo presumo que en dos años pueden padecer un Alzheimer son los que tengo que empezar a tratar. Es decir, cuando tengo «clínica» adelantaría el tratamiento del Alzheimer como mínimo 5 años. En definitiva, nos estamos centrando en hacer un muy buen diagnóstico clínico, con una exploración neuropsicológica esmerada, extensa e intensa. Si la población, las instituciones o la comunidad científica son conscientes de que el 50% de los pacientes a los que diagnosticamos un deterioro cognitivo leve van a ser Alzheimer al cabo de dos años, deben tener la envergadura, el rigor científico y el rigor exploratorio clínico de un seguimiento de 5, 6, 7 años para poder afirmar y para poder decir a la sanidad pública, a la comunidad, que estos pacientes son los que vamos a tratar en el futuro.

**– ¿Podríamos dar un salto hacia atrás para hacer prevención, sin esperar a que haya sintomatología, aunque sea leve?**

– Sí, podríamos enfocar nuestra atención hacia las llamadas quejas

subjetivas de memoria; es decir, hacia aquellos pacientes que dicen que pierden memoria, pero en los que profesionales competentes, cuando les hacen una exploración formal, extensa y rigurosa, no encuentran nada. Este es el otro foco de interés, que en esta población podamos llegar a alcanzar un diagnóstico biológico, con algún biomarcador que nos diga hacia dónde se decantará la balanza...

**– Si está en riesgo o no.**

– Exacto. Si con la ayuda de test neuropsicológicos más exquisitos puedo hacer un seguimiento de esta población, sabré cuántos van a ir a una queja formal y, en consecuencia, estaré iniciando un proceso preventivo. ¿Nos falta tiempo? Sí, nos falta tiempo porque ahora ya no le estoy hablando de enfermedad patente, sino de pacientes a los que, en principio, no les pasa nada, y claro, decirles a estos pacientes que pueden llegar a tener Alzheimer representa pa-

# ODAMIDA



**Laboratorio Químico Biológico Pelayo**

ra ellos el tsunami... es brutal, porque no lo pueden asimilar. ¿Cómo voy a conseguir que la sociedad entienda que una pequeña sintomatología puede convertirse en un gran riesgo? Sólo la convenceré cuando tenga un tratamiento eficaz para la enfermedad de Alzheimer, porque cuando sea así se querrán tratar. Pero no lo tengo. El mundo científico del Alzheimer conoce muy bien lo que es el fracaso. Tenemos fármacos que uno tras otro están fracasando en encontrar beneficios para el Alzheimer. Y esto es así con unos tiempos de inversión que están alrededor de 10 años para llegar a una fase III que es un fracaso, por lo que he de tener en el *pipeline* muchos más fármacos.

A pesar de todo, ¿cómo conseguimos que sea posible seguir buscando fármacos? Lo conseguimos porque la gente es generosa, porque la gente que tiene Alzheimer es capaz de decir: «Sí, entro en un ensayo clínico en el que es probable que mi participación y esfuerzo no lleven a nada, pero lo hago con el convencimiento de que si yo no estoy en este experimento farmacológico detrás de mí sólo hay la nada». La población española es extremadamente generosa, y de la misma manera que dicen «no quiero diagnosticar porque lo quiero tanto», los que vienen y entran en ensayos clínicos dicen: «Mire, yo sé que esto no es para mí, pero a lo mejor a mi nieto le sirve». Chapó. Ésta es la población Alzheimer.

– **El paciente asume el diagnóstico.**

– Asume el diagnóstico, el riesgo y la impertinencia de un ensayo clínico. No es fácil estar en un ensayo clínico. Son complejísimo, algunas veces tenemos a los pacientes 4 y 5 horas, les hemos de hacer una determinación bioquímica antes y después del tratamiento, un electrocardiograma... En algunos estudios les pasamos la batería diagnóstica una vez al mes y están una hora y media. Y no son gente normal, son gente con Alzheimer. Y esa gente aguanta, participa, está agradecidísima y tiene el convencimiento moral de que lo que hace vale la pena.

– **La ventana de eficacia del tratamiento es...**

– La enfermedad de Alzheimer es complicadísima: cuando con los biomarcadores veo que existe beta-amiloide en el cerebro de personas que en los controles son completamente normales, me pregunto si esto será Alzheimer o no. Cada vez sabemos más, pero cada vez se nos crean más preguntas a las que hemos de dar una respuesta, y más hipótesis que aún no tenemos resueltas. Estamos trabajando con un laboratorio aragonés que ha desarrollado un test para determinar los niveles de beta en sangre para no tener que recurrir a la punción lumbar, para ser más eficaces y económicos, pero esto representa que también ha de haber un volumen tremendo de pacientes para poder certificar que este test funciona. Por tanto, necesitamos de la generosidad de la gente, del ingenio, del espíritu científico de nuestros investigadores y... de la industria farmacéutica.

Es importante que la industria farmacéutica del Alzheimer mejore, porque la inversión económica en el desarrollo de un fármaco es brutal, las medidas de seguridad para desarrollar un fármaco son extremadas, y los tiempos de reclutamiento del ensayo clínico pueden llegar a ser de 24 meses. Y no olvidemos que se trata de personas de 75 u 80 años en las que las comorbilidades excluyentes que aparecen «alrededor de» son infinitas (hipertensión, prótesis metálica...). Yo puedo pensar que tengo la posibilidad de ofrecer un ensayo clínico a los 800 pacientes que he diagnosticado este año, pero la realidad es que al final me quedo con 50. Un ensayo clínico en enfermedad infecciosa que no sea crónica, ¿cuánto me ha de durar? Un mes. Diagnóstico, pruebo, tengo resolución, controlo al cabo de un mes, no tengo secuelas. Por tanto, puedo incluir en el ensayo a miles de pacientes. El Alzheimer, en cambio, es una enfermedad que dura 14 años y se da en personas mayores con grandes comorbilidades. Son, además, dependientes de la familia, y cuando participan en un ensayo clínico no vienen solos, sino que ésta les acompaña.



**Es importante saber cómo es la familia del enfermo, cuáles son sus posibilidades económicas, físicas y volitivas»**

– **¿Y hay un seguimiento?**

– En efecto, porque, además, el diagnóstico clínico de enfermedad con alteración de la cognición incluye la opinión del cuidador. Cuando pruebo un fármaco, aunque me parezca que el paciente ha mejorado, tengo que preguntarle al cuidador si también ha percibido esta mejoría. Y si el cuidador responde que no, ese fármaco no sirve. De hecho, yo no exploro a uno, sino a dos, y las exploraciones del cuidador duran una hora. Ésta es la complejidad del Alzheimer: la complejidad científica, la complejidad de encontrar un fármaco, la complejidad social, las comorbilidades añadidas, y los efectos colaterales. Yo siempre digo que es un tsunami.

– **¿Y los nuevos fármacos, las vacunas...?**

– Tenemos un *pipeline* de fármacos muy importante. Como el elemento más relevante como desencadenante de la enfermedad era la beta-amiloide, se dirigen contra la beta-amiloide; cuando se han querido dirigir contra la tau han fracasado, pero continuamos. Se buscan vacunas de mejor diseño, con un mejor *target*. Se está volviendo, por ejemplo, al estrés oxidativo, se están buscando, con unos resultados bastante notorios, los *nutritional food*, es decir, nutrientes que son fármacos, que han me-



jorado durante un año la memoria en los pacientes... ¿Son diseños fáciles los *nutritional food*? No, son difícilísimos, porque es el compendio de la experiencia de diferentes vitaminas, nutrientes y antioxidantes, que combinados inteligentemente permiten que la membrana neuronal se mantenga y, por tanto, que se mantenga la transmisión sináptica. Pero, ¿funcionan? No, y aun así se prescriben, sin duda, porque si puedo mantener la cognición de un paciente durante un tiempo, y en este periodo llega un nuevo fármaco, ese paciente podrá beneficiarse. Con los elementos que tenemos ahora, el objetivo es mantener a los pacientes en el mejor estado de cognición posible para que puedan beneficiarse de un fármaco que aún está por venir.

Nosotros estamos en un ensayo clínico con un fármaco muy antiguo, que está en el mercado, para las fases severas. Se trata de un gen que estaba relacionado con el defecto energético mitocondrial. La mitocondria es la fuente de energía de una célula, y el ATP es la molécula energética de nuestro organismo. Este gen, descubierto por Agustín Ruiz en la Fundación ACE, se ha podido relacionar con el efecto ATP. En breve vamos a empezar un ensayo clínico con muy pocos pacientes. Este producto se probó con un buen resultado en cuanto a confort en pacientes oncológicos terminales, y como se observó que mantenían la alerta,

nuestra opción es pasarlo a pacientes con Alzheimer, ver cómo manejamos y mantenemos la capacidad energética mitocondrial y si secundariamente podemos mantener un estatus cognitivo que posibilite a estos pacientes una cierta independencia y autonomía. Los pacientes con Alzheimer necesitan que la ciencia se preocupe de ellos.

– **¿Por qué decidió dedicarse al Alzheimer?**

– Viene de mi fracaso trabajando con tumores cerebrales. Creo que me adelanté en el tiempo, porque cuando lo intenté la gente no tenía interés en este tipo de patología. Eran una patología y un tipo de tratamiento destinados al fracaso. Tenía, sin embargo, una buena formación en neurogeriátrica y tuve la oportunidad de trabajar a nivel social en el conocimiento del comportamiento de la población anciana de Cataluña. Me di cuenta entonces de que entre esta población había gente que cognitivamente no rendía y pensé que era una buena oportunidad. Así fue como salí de los tumores en los que estaba condenada al fracaso y me pasé al Alzheimer, donde tampoco gano la maratón, pero al final he concluido que soy una mujer que lo ha ganado todo, porque estoy haciendo lo que quiero, me dedico a una subespecialización de la neurología que amo, el tipo de paciente para mí es un gran atractivo, y me gusta la investigación en Alzheimer. ●



Fresh

**DESCUBRE UNA NUEVA  
SENSACIÓN DE FRESCOR**



**NUEVO**



Síguenos en:



[www.phb.es](http://www.phb.es)

## ● Visión global del sector

Josep Llop

Farmacéutico. Coordinador del Grupo de Farmacoterapia y Tecnología Farmacéutica. Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (Barcelona)

“**En los últimos tiempos, las políticas del medicamento se han centrado casi exclusivamente en la contención del gasto»**

# Sector del medicamento: una visión crítica pero integradora

## Entorno

El gasto en medicamentos, tras el gasto hospitalario, ha sido el capítulo más importante dentro del presupuesto sanitario público. Históricamente ha representado un crecimiento anual muy superior al resto de partidas que conforman el gasto sanitario.

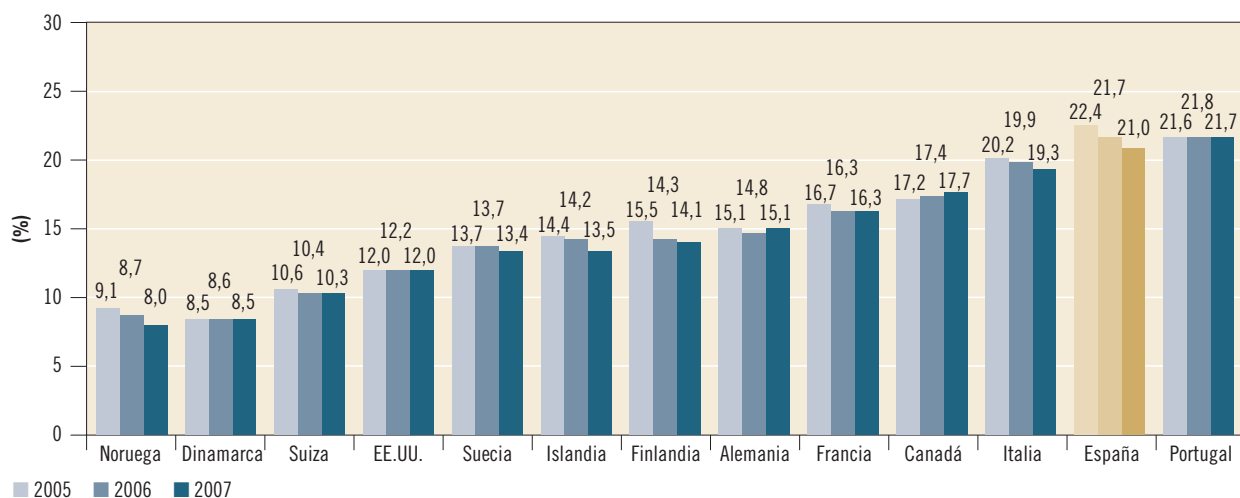
A pesar de su decrecimiento constante desde hace 3 años, y dadas las limitaciones actuales de los presupuestos públicos, los medicamentos se siguen poniendo en el centro de las medidas de contención del gasto público.

Dado que la contención del gasto en medicamentos ha sido a menudo hecha con criterios que no tienen en cuenta su impacto en términos de salud, el objetivo de esta aproximación es abrir el debate desde una perspectiva crítica pero al mismo tiempo integradora.

La complejidad de nuestra sociedad hace que coexistan elementos contradictorios que a menudo provocan enfrentamientos entre distintos ámbitos del tejido social y económico. Esto es plenamente vigente para la política sanitaria actual, y dentro ella, de una manera muy marcada, para el sector del medicamento. En él se entrecruzan intereses ligados al entorno social, económico y político, de tal forma que, en función del agente que los analice, da pie a que se establezcan diferentes prioridades. Estas contradicciones también son palpables entre las priori-



©Thinkstock



**Figura 1.** Evolución del gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario total (2007). Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Farmaindustria, OECD Health Data 2009, SIGRE, Manual Merck

dades establecidas por la Unión Europea para la «política farmacéutica» donde, en primer lugar, se recomienda la incentiación y mejora de la eficiencia en I+D europea para garantizar la disponibilidad de «fármacos innovadores» y la competitividad frente a Estados Unidos, y sólo en segundo lugar se recomienda «garantizar un control del gasto sanitario y farmacéutico mediante la promoción de medidas de prevención y uso adecuado de los fármacos, garantizando al mismo tiempo una calidad alta de las prestaciones». Las cuestiones de orden en el ámbito social no son gratuitas y tienen un importante significado y contenido político.

## Los antecedentes

En los últimos tiempos, las políticas del medicamento se han centrado casi exclusivamente en la contención del gasto. Sin embargo, si hacemos un análisis de estas políticas podemos concluir que se ha tratado de un conjunto de medidas a las que no han acompañado con suficiente intensidad ni cambios culturales en el uso racional del medicamento ni de su financiación pública con criterios de efectividad. En ningún caso se ha evaluado el impacto sobre la salud de la ciudadanía en los últimos años.

En general, las medidas impulsadas por el gobierno del Estado y el de la mayoría de las Comunidades Autónomas han tenido efectos puntuales que se han ido diluyendo en el tiempo, como han sido las modificaciones en el sistema de pago de las oficinas de farmacia o el de las listas negativas. Otras medidas han tenido más impacto, como es el caso de las bajadas administrativas de precios, las compras unificadas (Valencia) o las subastas y la creación de precios de referencia a la baja (Andalucía). Un conjunto de medidas que han sido descontextualizadas de las tendencias en Europa, convergencia de precios y afloramiento del comercio paralelo como han sido el sistema de precios de referencia y los acuerdos globales con la industria farmacéutica.

Es precisamente por esta descontextualización y limitación de las medidas que hasta el momento se ha ido implantando la idea de que hay que hacer un nuevo planteamiento, seguramente difícil pero necesario. En concreto, es necesaria una cultura nueva con una visión más global, más racional y por lo tanto más basada en la evidencia y que se plantee en términos de «salud», asumiendo que el verdadero coste de los medicamentos no está siempre bien representado por la observación del gasto en medicamentos, y que el gasto de la atención sanitaria no coincide siempre con el precio de venta ni con el nivel de gasto en los medicamentos.

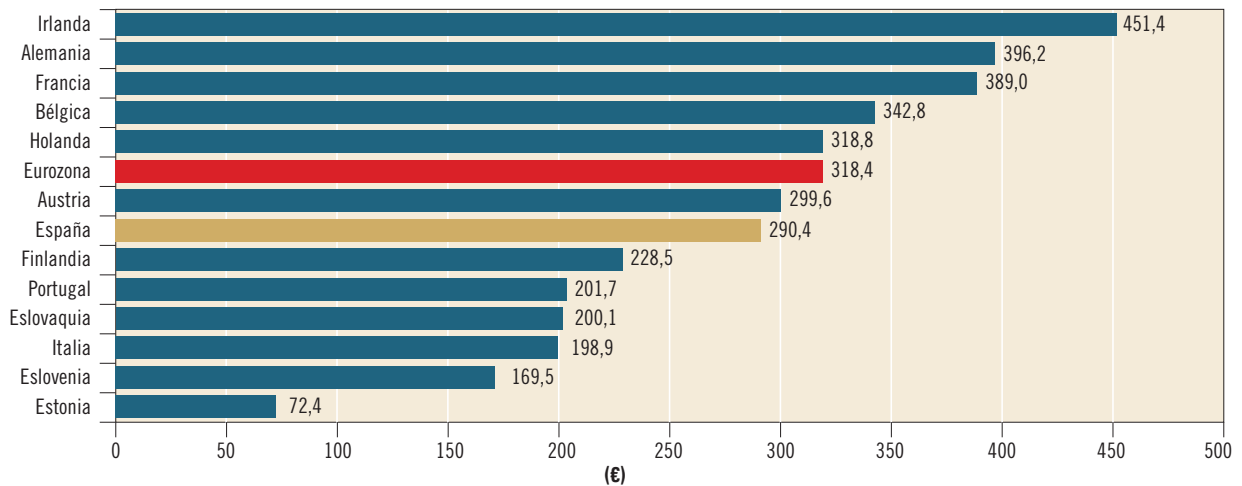
## Algunos datos

En España el porcentaje del gasto en medicamentos respecto al gasto sanitario público, que se situó por encima del 21% en el año 2007, es de los más elevados en nuestro entorno (figura 1). En el resto de países, excepto Portugal, se sitúa entre el 8 y el 19%. Este hecho ha sido un argumento recurrente a la hora de justificar medidas de contención y/o decrecimiento. Medidas que a menudo no han sido ajustadas o moduladas en función de otros indicadores.

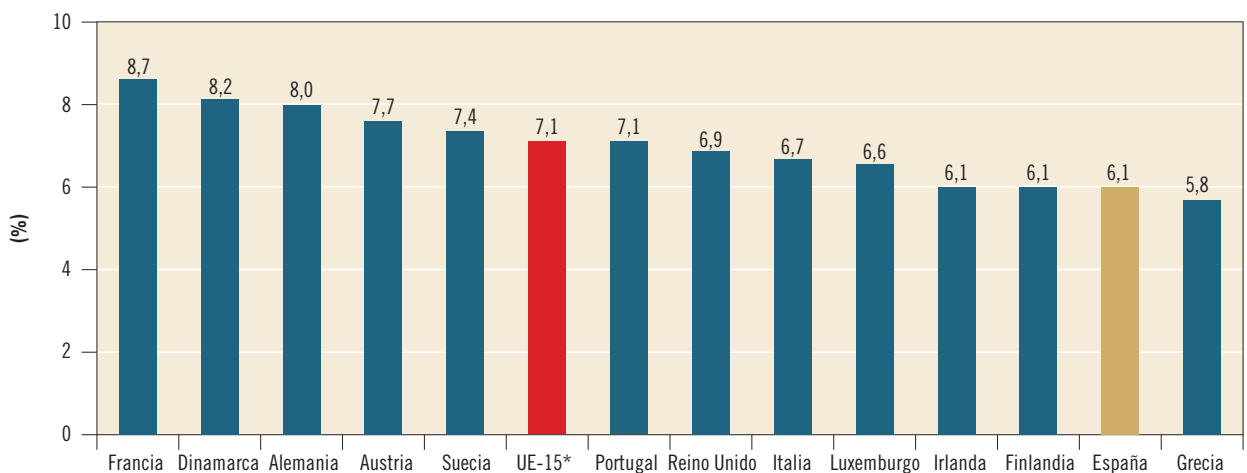
Los datos entre países de la Unión Europea señalan que, en el año 2009, en España el porcentaje del gasto en medicamentos sobre el gasto sanitario global había bajado y se situaba sobre el 19%. (Datos del MSPSI y el INE [padrón], Lago Moreno JA, Viveros JE y Heredia J. El gasto farmacéutico en España. EAE 09/2012).

En 2010, el gasto en medicamentos per cápita y año en el Estado Español ocupó un lugar intermedio en los países de la Unión Europea (figura 2).

En el análisis de estos datos, a menudo no se tiene en cuenta que el medicamento es un elemento más del gasto sanitario público y que, en España, en términos del porcentaje sobre el PIB, el gasto sanitario público es de los más bajos de la Unión Europea (figura 3).



**Figura 2.** Gasto farmacéutico público por habitante en los países de la zona euro (2010). Fuente: Farmaindustria a partir de OECD Stat Extracts



**Figura 3.** Gasto sanitario público como porcentaje del PIB (2007). \*Países de la UE-15 excepto Bélgica y Holanda, por falta de datos. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la OECD Health Data 2009, noviembre 2009

Si hablamos de gasto sanitario público per cápita, España tiene una de las inversiones más bajas por habitante, concretamente 1.421 euros, tan sólo superado a la baja por Grecia, con 1.180 euros, y Portugal, con 1.050 euros.

Además, si comparamos España con los países de la Unión Europea, el precio medio de los medicamentos es de los más bajos (figura 4).

Como elemento característico del mercado farmacéutico español, hay que destacar que el relativamente bajo precio de los medicamentos coincide con un incremento constante interanual del número de recetas, por encima de lo que sería el incremento de población, lo que deja patente la existencia de factores culturales que favorecen la poliprescripción (figura 5).

Haciendo una lectura integrada del conjunto de datos presentados, se observa que el medicamento no puede considerarse como un recurso aislado del resto del proceso sanitario.

### Visión de futuro

El contexto mencionado se ve condicionado por el mantenimiento de posicionamientos rígidos, con la creencia de que hay que resistir en espera de un nuevo ciclo económico. Esta visión inmovilista es un elemento que refuerza las políticas ineficientes o inaplicables, medidas basadas exclusivamente en visiones administrativistas y reglamentistas, donde es habitual que las políticas del medicamento se reduzcan a prohibiciones, sanciones, implantación de visados, creación de organismos de control, etc.

Por el contrario, el futuro pasa por alternativas que entronizan con la complejidad del entorno asistencial, donde todos los agentes puedan intervenir, pero siempre con unas reglas de juego que premien la eficiencia con criterios de salud (gestión) y que integren criterios de competencia (industria y precios), corresponsabilización (usuario), transparencia (acuerdos y concertaciones) y competencia profesional (profesionales). Las alternativas

# *iNatural, cuido mi garganta!*

Consigue  
mi foto  
dedicada con  
tu nombre

[www.abustalegusta.com](http://www.abustalegusta.com)

David Bustamante

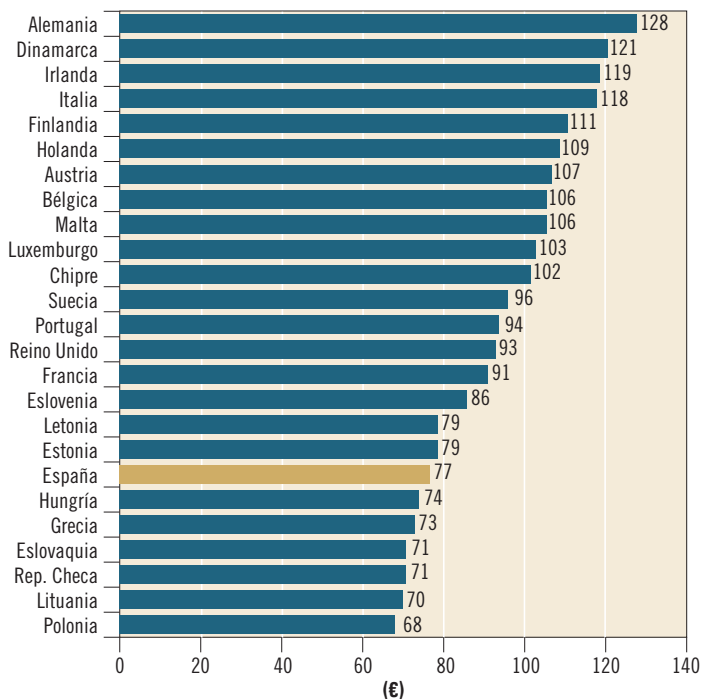


Alternativa para la garganta

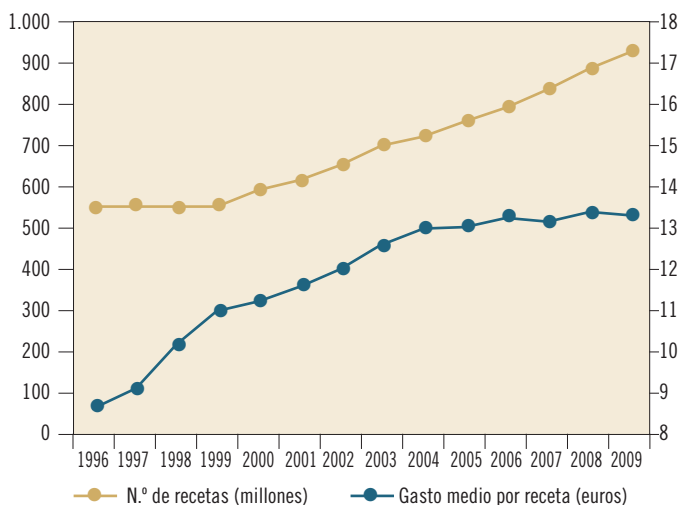
**Juanola**  
DESDE 1906

**própolis**

[www.juanola.es](http://www.juanola.es)



**Figura 4.** Índices de precios de los medicamentos. Media UE-25= 100 (2005). Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Eurostat. Statistics in focus. Economy and finance 45/2007



**Figura 5.** Evolución del número de recetas y del gasto medio por receta (1996-2009). Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

que deben ponerse en marcha, a pesar de su número, deben responder a una visión integral, ser equitativas, no contradictorias e implicar de forma conjunta, sobre la base de un objetivo común, a todos los agentes que intervienen, pero siempre teniendo en cuenta que los medicamentos son un recurso más dentro del proceso de atención sanitaria.

Dados estos condicionantes, las alternativas a la actual encrucijada no pueden ser simples ni cerradas; al contrario, deben basarse en un conjunto de propuestas que, si bien conllevan cierta complejidad en su exposición, han de incidir en aspectos culturales, de talante y de comportamiento, en el sentido de comprometerse con una visión integradora y finalista, y que tengan como objetivo final favorecer el uso racional del medicamento, la mejora de la eficiencia y la equidad de la prestación.

Una buena aproximación al abordaje integral pasaría por profundizar en experiencias anteriores basadas en el consenso, como fue en su tiempo la Mesa del Medicamento. Son necesarios pactos y acuerdos de sostenibilidad con diferentes actores, el impulso de las TIC de salud y, de manera muy relevante, en el ámbito de la investigación y de la innovación, conjuntamente con una política de contención equilibrada que los complemente (figura 6 y tabla 1).

### Financiación y políticas de gestión. Industria y Administración

Las políticas de financiación y gestión deben desarrollar de forma prioritaria herramientas de gestión para evaluar en términos de «salud» las diferentes alternativas que se presenten.

Como criterio básico, la política de medicamentos no debe tener como objetivo central la contención del gasto a corto plazo, sino lograr la máxima contribución de los medicamentos a la mejora de la salud y, por lo tanto, la necesidad de financiación selectiva, sobre todo en lo que se refiere a los medicamentos innovadores. En el mismo sentido, hay que desarrollar políticas basadas en la calidad, la racionalización de la prescripción y su seguimiento eficiente. Estas herramientas son fundamentales también en la fijación y evaluación de los incentivos financieros de los prescriptores y en el modelo retributivo de las farmacias, así como de los modelos de reordenación profesional. Los incentivos de cualquier tipo deben estar en función del modelo y no ser independientes entre ellos, como sucede en muchas ocasiones.

Deben implantarse una serie de medidas para facilitar la toma de decisiones clínicas que garanticen un mejor uso de las diferentes alternativas terapéuticas o diagnósticas y la reducción de la variabilidad clínica, y que incorporen criterios de coste-efectividad. También hay que desarrollar herramientas para el seguimiento que vayan más allá de la detección de las bolsas de fraude, y que hagan énfasis en la adherencia a los tratamientos y detección de problemas relacionados con los medicamentos. Entre estas herramientas hay que desarrollar aún más los sistemas de redes informáticas integradas y dar prioridad a la implementación de la receta electrónica con nuevos elementos y agentes de salud.

Aunque a escala estatal y autonómica se han creado diferentes agencias de evaluación, el progreso del uso de la evaluación en la toma real de decisiones está lejos de ser una realidad, contrariamente a lo que ocurre en países como Alemania, Francia, Inglaterra y Suecia; en definitiva, es



Agua Mineral Natural.  
Ahora en su farmacia.



**GRATIS**

con el primer pedido

LOTE DE  
Productos  
Saludables

**72**



Todo el mundo conoce la importancia que las aguas minerales naturales tienen para la salud. Tanto por ser el elemento principal de una dieta sana, como por los beneficios metabólicos que aportan sus minerales. Por eso sólo algunas de ellas son consideradas aguas minero-medicinales.

**Manantial de Sant Hilari** es un agua de mineralización débil que resulta adecuada para la preparación de alimentos infantiles, para las dietas bajas en sodio y para una correcta hidratación celular del organismo. Los formatos de 1,5L y Bibex se venden sólo en farmacias.

Por su parte, **Vichy Catalán** es un agua cuyo genuino sabor y propiedades minero-medicinales la convierten en fuente de salud. Vichy Catalán investiga sobre el metabolismo del Colesterol con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) realizando numerosos estudios cuyos resultados han sido publicados en las más prestigiosas revistas médicas a nivel internacional.

Ahora puede disponer de **Manantial de Sant Hilari** y de **Vichy Catalán** en su farmacia, para ofrecerla a sus clientes, en un práctico y exclusivo expositor (sólo 29 X 42 X 176 cm).

Servicio en Cataluña, Islas Baleares, Madrid y Valencia. Consulte disponibilidad según Código Postal en estas Comunidades Autónomas.

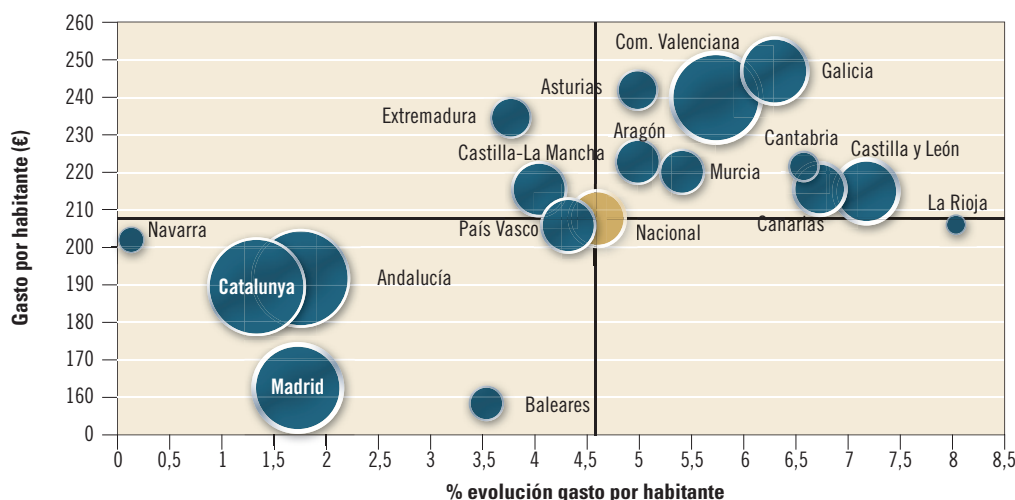


902 355 055

91 801 82 81

93 680 34 34

[atencionfarma@santhilari.com](mailto:atencionfarma@santhilari.com)



**Figura 6.** Indicador de las Comunidades Autónomas más efectivas en cuanto a contención de costes. Fuente: IMS CCAA EMF, MAT 05/09

necesaria la creación de una auténtica agencia de evaluación de tecnologías sanitarias y medicamentos, de tal forma que sus resoluciones y/o recomendaciones se proyecten de manera decisiva (no única) en la fijación de precio y reembolso (financiación).

Como valor intrínseco hay que dotar de transparencia al sistema, tanto en sus acuerdos con la industria como en los procedimientos de contratación y compras de servicios. Este principio no debe ser una barrera para la introducción de elementos de flexibilización.

El conjunto de medidas, para que éstas sean viables, debe integrarse en un contexto de calidad del entorno asistencial y sin interferencias por parte de intereses ajenos al Sistema Nacional de Salud, por lo que es inaplazable la regulación de las prácticas de promoción de medicamentos y los mecanismos de financiación irregular. La calidad de la información difundida por la industria debe ser objeto de atención preferente, preferiblemente por la vía de acuerdos teniendo en cuenta que es el financiador público el que debe establecer los mecanismos e instrumentos de información y apoyo a la prescripción con la finalidad de que la información sobre prescripción no esté de forma exclusiva en manos de la industria. Es éticamente inexcusable no recuperar la responsabilidad pública en materia de información y formación.

### Financiación territorial de los servicios de salud

Como herramienta fundamental que dé margen a políticas eficientes en la política de gestión, hay que asumir un nuevo modelo de financiación territorial. Por lo tanto, la iniciativa en las políticas de financiación y gestión corresponde a quien gestiona los servicios de salud, es decir, las Comunidades Autónomas, excepto en lo que respecta a la regulación de precios.

La culminación de la política de transferencias en el ámbito sanitario implica que la Administración central debe asumir el papel financiador de las Comunidades Autónomas y, por tanto, debe asumir también políticas consecuentes en el

### Gasto en medicamentos en España: cifras para la reflexión

A partir de 2009, en España el gasto en medicamentos por habitante se ha reducido, pasando de 272,9 euros en 2009 a 265,4 en 2010 y 241,3 en 2011.

- El gasto público en medicamentos ha sido de 11.135 millones de euros (M €), un 8,8% menor al de 2010 (niveles de 2006)
- Las cuatro Comunidades Autónomas con más gasto en medicamentos son: Andalucía (1.824 M €), Cataluña (1.683 M €), Comunidad Valenciana (1.407 M €) y Madrid (1.186 M €). Las cuatro representan el 55% del total del Estado.
- El gasto público en medicamentos por habitante es mayor en Extremadura (304,1 euros), Galicia (303,1 euros), Asturias (300,4 euros) y Comunidad Valenciana (281,1 euros). Cataluña ocupa una zona media baja (229,4 euros).
- El gasto por receta es de 11,4 euros. Sólo Baleares (11,3 euros), Cataluña (10,9 euros), Madrid (10,8 euros) y Andalucía (10,2 euros) están por debajo.

Lago Moreno JA, Viveros JE y Heredia J. El gasto farmacéutico en España. EAE 09/2012.

sentido de traspasar a las Comunidades Autónomas los instrumentos de financiación y compra de servicios. Huelga decir que esta descentralización de la gestión de los servicios de salud debe articularse con criterios de equidad y de coherencia, pero también conlleva una capacidad negociadora con la industria por parte de las Comunidades Autónomas.

El ámbito del medicamento es un claro exponente de los desequilibrios territoriales, en el que a menudo la eficiencia no se tiene suficientemente en cuenta, sobre todo en



LOS RESULTADOS QUE BUSCAS AQUÍ

## Thiomucase

REDUCTOR DE GRASA

CREMA ANTICELULÍTICA CON **ACTIVOS REDUCTORES**

REAFIRMA LA PIEL EN **14 DÍAS**\*\*

## Thiomucase

ZONAS REBELDES

STICK ANTICELULÍTICO CON **LIPODUALENZYM**\*

**REDUCE HASTA -2.8 cm\*** EN 4 SEMANAS



Descubre cómo funciona Thiomucase



Soluciones pensando en ti

\* Estudio realizado bajo control clínico en 50 mujeres durante 28 días. Reducción media estadísticamente significativa de 0,4 cm a los 14 días y de 0,9 cm a los 28 días.  
\*\* Estudio realizado bajo control clínico en 55 mujeres durante 28 días. Resultados de firmeza e hidratación estadísticamente significativos (p < 0,05). Reducción del perímetro del muslo de hasta 1,9 cm. Reducción media estadísticamente significativa en mujeres reacias de 0,8 cm a los 28 días.

**Tabla 1. Indicador de las Comunidades Autónomas más efectivas en cuanto a contención de costes**

Comunidad Autónoma	Potencial (población y mercado)	Gasto por habitante y evolución	Penetración de genéricos	Cuota de innovadores
Andalucía	😊	😊	😊	😞
Cataluña	😊	😊	😐	😊
Comunidad Valenciana	😊	😞	😞	😞
Madrid	😊	😊	😊	😐
Galicia	😐	😞	😞	😐
Castilla y León	😐	😞	😐	😐
Canarias	😐	😐	😞	😐
Castilla-La Mancha	😐	😐	😐	😐
País Vasco	😐	😐	😞	😐
Murcia	😞	😞	😞	😞
Aragón	😞	😞	😞	😐
Asturias	😞	😞	😐	😐
Extremadura	😞	😞	😞	😐
Baleares	😞	😊	😐	😐
Cantabria	😞	😞	😐	😞
Navarra	😞	😐	😞	😊
La Rioja	😞	😐	😐	😐

cuanto a la implementación de estrategias de largo recorrido con impacto estructural. Se trata de uno de los diferentes segmentos que justifican de manera inaplazable el abordaje de la subfinanciación autonómica con criterios de equidad, eficiencia y cohesión.

Hay que mejorar la financiación y sostenibilidad del sistema sanitario a través del incremento de la financiación del Estado, velando por enderezar la actual regresión competencial. En este contexto son prioritarios una financiación finalista y el establecimiento de acuerdos para la ordenación de la demanda que eviten una doble penalización a la ciudadanía.

### Los profesionales

En el ámbito de los profesionales, es imprescindible la creación de un nuevo marco de incentivación a los profesionales con voluntad de implicación en el Sistema Nacional de Salud mediante la incorporación de incentivos económicos específicos, mecanismos de participación en la gestión y el desarrollo de modelos de base capitativa, complementado con incentivos no financieros que faciliten una nueva cultura en la intervención asistencial.

En el sector de la farmacia, es necesario desarrollar un nuevo modelo profesional que adecue el número de ofici-

nas de farmacia a las que necesite el sistema y el desarrollo de programas de atención farmacéutica que, conjuntamente con otros conceptos, implique la modificación del actual sistema de pago a las farmacias. Esto conlleva el cambio del actual modelo de ordenación y su sustitución por un nuevo modelo que incorpore estos elementos, al tiempo que mantenga los criterios de red pública y los haga compatibles con criterios de territorialidad. También es inaplazable la reordenación farmacéutica de los centros sociosanitarios.

Para dar respuesta a estos retos, es necesario adecuar las estructuras docentes, modificar los actuales planes de estudio de farmacia y reorientar la formación de especialización de posgrado con criterios de calidad, competencia profesional y transversalidad.

### La ciudadanía

En el ámbito del ciudadano, es preciso hacer hincapié en la necesidad de aumentar su responsabilidad en la utilización de medicamentos. En este sentido, hay que garantizar que cualquier política que sustituya el actual sistema de copago sea de baja intensidad, equitativa y con efectos financieros neutrales en relación con el actual sistema.

Las herramientas de información y de educación sanitaria para favorecer el uso racional del medicamento deben ser una de las estrategias que seguir, sobre todo en cuanto a colectivos de pacientes de riesgo. Además de las campañas informativas y de educación sanitaria, hay que incorporar al ciudadano en los programas de gestión de las enfermedades. Es necesario implantar en rango de ley un código de derechos y deberes de la ciudadanía, de acuerdo con el modelo de atención y contrato social para la salud.

Para favorecer la implantación de criterios culturales que impliquen una adecuación racional en el uso del medicamento, es imprescindible hacer respetar la normativa referente a la obligatoriedad de la dispensación con receta. Deben hacerse políticas de información al respecto y adecuar el actual régimen de sanciones. Los servicios de inspección de la Administración deben desarrollar políticas eficientes en el desempeño y control de esta normativa.

### Retos del futuro

La eclosión de medicamentos biológicos en el mercado (ya a las puertas) y la aparición de estrategias asistenciales basadas en terapia génica sin duda implicarán un empeoramiento aún más significativo de los actuales problemas de financiación y, lo que es más importante, pueden derivar en una marcada desigualdad en la prestación.

Gracias a las terapias con medicamentos biológicos la atención a la salud ha avanzado de forma espectacular. La biotecnología está transformando las vidas de los pacientes renales, con cáncer, artritis, diabetes y enfermedades cardíacas.

Todo ello genera una enorme potencialidad que puede verse comprometida si no se adoptan marcos económicamente viables; una tendencia que ya se está viendo reflejada en el gasto de medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria (MHDA) y que, contrariamente a lo que ocurre con el gasto de medicamentos dispensados en farmacias comunitarias, tiene crecimientos porcentuales de dos dígitos en los últimos años. En estos momentos, y con datos de 2010, el mercado farmacéutico hospitalario, con 5.639 millones de euros, ya representa un 34% del mercado farmacéutico total (16.492 millones de euros).

En una situación económica difícil como la actual, las exigencias de austeridad pueden hacer caer en la tentación de tomar decisiones a corto plazo sin tener en cuenta su im-

pacto futuro en términos de salud y también de incremento de costes diferidos.

La industria, las autoridades sanitarias y el poder político deben establecer políticas consensuadas de largo recorrido y, por lo tanto, estables, para asegurar la sostenibilidad del sistema entre los medicamentos que aportan innovación, tanto científica como presupuestaria, y los que no, en un contexto de responsabilidad y huyendo de posiciones exclusivas.

Hay que desarrollar un proceso para el auténtico valor de la innovación de manera transparente y científica, para asegurar el derecho de los pacientes a acceder a los avances médicos en el Sistema Nacional de Salud.

La biotecnología es un elemento puntero de innovación, desarrollo y riqueza. Como país, perderemos una de nuestras apuestas de futuro si, desde un punto de vista político y empresarial, no se establece un marco de actuación conjunta y de planificación estable. ●

**frikton**  
— champú • loción capilar —

Cuida su cabello  
Elimina la caspa y seborrea

**frikton**  
locion capilar

**FADER**  
250 mL  
ACTIVA EL FOLICULO PILOSO  
ESTIMULA EL CRECIMIENTO Y FORTALECE EL CABELLO  
COMBATE LA CASPA Y LA SEBORREA

**FADER**  
USO EN FRICCIONES  
Vese prospecto  
LOCION CAPILAR

LABORATORIO O. B. PELAYO  
Talleres, 16  
08001 Barcelona

Laboratorio O. B. Pelayo **FADER** Licencia D.G.F.P.S. n° 1537 C

## Entrevista



“ Se debe aconsejar el aporte adicional de unos 200 microgramos de yodo diario también un mes previo a la gestación y durante el embarazo y la lactancia, complementariamente a la ingestión de alimentos ricos en yodo (lácteos y pescado), y la utilización de sal yodada »

Dra. Irene Pelayo Delgado

Ginecóloga. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid). Profesora asociada de la Universidad de Alcalá de Henares

– **¿Qué necesidades nutricionales reales tiene la mujer en edad fértil y, en concreto, la mujer que desea quedarse embarazada y una vez que consigue el embarazo?**

– La dieta de la mujer embarazada o que desea la gestación debe ser equilibrada, con una ingesta adecuada de nutrientes, conteniendo a su vez un aporte energético adecuado para asegurar su propia salud y la de su hijo. Hay que tener en cuenta que la alimentación del feto depende totalmente de la madre, y su buen desarrollo tanto físico como intelectual, intrauterino o después de su nacimiento, dependerá en gran medida de que el aporte nutricional de la gestante sea el adecuado.

Es cierto que hoy en día con la actividad diaria, a veces muy intensa, especialmente en la mujer que trabaja fuera de casa, además se complica el conseguir esa dieta equilibrada.

– **En su opinión, ¿qué papel puede desempeñar el farmacéutico con su consejo?**

– El farmacéutico tiene una labor fundamental: debe conocer las recomendaciones más actuales de las comunidades científicas sobre los aportes nutricionales específicos para las embarazadas, lactantes, etc. y fomentar y animar a su cumplimiento, siempre guiado bajo las directrices médicas de los especialistas.

– **¿Cuáles son las recomendaciones nutricionales de las distintas sociedades científicas, como SEGO o semFYC, y el Ministerio de Sanidad para la Mujer en el periodo perinatal?**

– Todos estos organismos científicos y el mismo Ministerio de Sanidad recomiendan la suplementación con 400 microgramos de ácido fólico, de forma diaria e ininterrumpida durante un mes antes de la gestación y durante, al menos, los tres primeros meses del embarazo, además de una dieta con alimentos ricos en ácido fólico.

Asimismo, se debe aconsejar el aporte adicional de unos 200 microgramos de yodo diario también un mes previo a la gestación y durante el embarazo y la lactancia, complementariamente a la ingestión de alimentos ricos en yodo (lácteos y pescado), y la utilización de sal yodada.

– **¿Cuál es su opinión acerca de la suplementación con yodo en periodo preconcepcional, embarazo y lactancia?**

– En el periodo preconcepcional y durante el embarazo y la lactancia, las pacientes deben incrementar la ingesta de yodo a unos 250 µg/día, lo cual resulta difícil de conseguir sólo con la dieta. Por ello, es fundamental durante todo este tiempo mantener los suplementos de yodo para asegurarnos que los niveles de hormonas tiroideas son adecuados en el feto, pues son fundamentales para su desarrollo físico y, sobre todo, intelectual.

“ El farmacéutico tiene una labor fundamental: debe conocer las recomendaciones más actuales de las comunidades científicas sobre los aportes nutricionales específicos para las embarazadas »

– **¿Qué factores deberíamos tener en cuenta a la hora de recomendar a la futura madre un preparado adecuado para la suplementación?**

– Elegir el suplemento más adecuado para cada gestante puede resultar complicado dada la gran variedad de preparados multivitamínicos que existen en el mercado. Sin embargo, es muy importante, en primer lugar, que dicho preparado contenga las dosis de micronutrientes recomendadas por los organismos nacionales e internacionalmente competentes; además sería deseable que estuvieran adaptados a todas las posibles condiciones de la mujer como la intolerancia a la lactosa o al gluten y que no produzcan estreñimiento, un síntoma muy habitual en el embarazo. ●

# Donde su dieta no puede llegar...

FINANCIADO  
por el  
SNS

## Natifar<sup>®</sup>200

ÁCIDO FÓLICO, VITAMINA B12, YODURO POTÁSICO



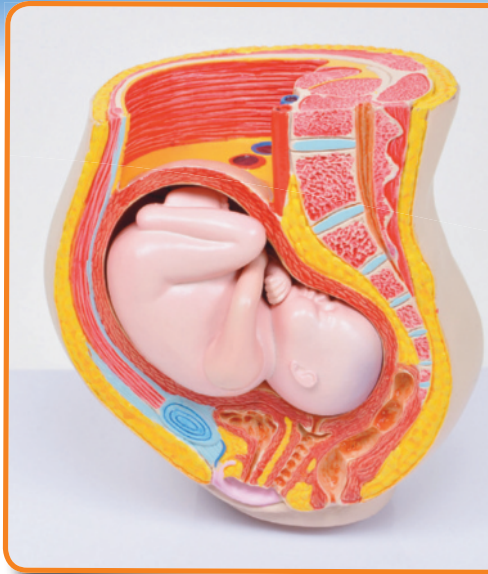
Sin gluten<sup>1</sup>



Sin lactosa<sup>1</sup>

Con **MANITOL**, puede producir efecto laxante<sup>1</sup>

### Etapa Preconcepcional y Concepcional<sup>1</sup>



## fácil posología

1 comprimido al día<sup>1</sup>



2E14MPENF03

1. Ficha técnica de Natifar

Ficha técnica disponible en esta misma publicación



**Bial**  
Clara del Rey, 31 - 1ª Planta - 28002 MADRID  
Parque Científico y Tecnológico de Bizkaia, Edificio 401  
48170 ZAMUDIO (Vizcaya), España  
www.bial.com



## ● Visión global del sector

Manuel Machuca  
Farmacéutico  
www.farmacoterapiasocial.es

“**Creo que puede afirmarse que la fortaleza de una profesión se encuentra en el conocimiento, y no en la tecnología»**

# Farmacias con futuro. ¿Qué futuro?

Una vez oí decir acerca de Brasil que era un país con futuro, y que siempre lo tendría. Me hizo gracia esa frase, que aludía a las enormes expectativas que a lo largo de la historia había creado un gran país, multicultural, pluriétnico y grande, muy grande. Inevitable fue para mí pensar en la farmacia, y no tanto como establecimiento sanitario, sino como esa inmensa red de más de veinte mil puntos que se extienden a lo largo de la geografía española, diseminados de forma estratégica, que ofrecen proximidad y acercan a un profesional de la salud de formación universitaria a una población cada vez más formada y desinformada. Una profesión que siempre fue importante, muy importante, aunque, a diferencia de Brasil, cada vez despierte más dudas. La farmacia, y de momento no hablo del profesional que la dirige, me parecía un establecimiento sanitario con futuro, con mucho futuro. Eso pensaba hace veinticinco años, y lo sigo pensando todavía, aunque durante el transcurso de estos años mi experiencia personal haya pasado del entusiasmo al escepticismo, si no a la decepción.

Cuando alguna vez leemos una publicación con un título parecido al de este artículo, con frecuencia suele ser un publrreportaje de alguna empresa de mobiliario de diseño; otras veces se trata de una línea de productos, por lo general de alta cosmética, que otorgarán al establecimiento un toque de modernidad, distinción y *glamour*, que los diferenciará del resto de colegas no tan innovadores, distinguidos o encantadores, que ejercen una profesión sanitaria, no se olvide, regulada y planificada, cuya legislación, por muy etérea y vaporosa que sea, que lo es, trata de poner su énfasis en lo asistencial.



©Thinkstock

Hace ya muchos años la farmacia era el farmacéutico, y ahora sí que hablo del profesional. Era un lugar en que un profesional con conocimientos específicos preparaba medicamentos, esto es, daba la forma farmacéutica adecuada a los principios activos que se utilizaban para mejorar la salud de los pacientes que los precisaban. Pero la industrialización de la elaboración de medicamentos cambió el foco, y creció la importancia del producto en detrimento del farmacéutico, o el espacio antes que el profesional.

Con el tiempo, el establecimiento se fue llenando y llenando de productos y más productos, para los que el farmacéutico no tenía una formación específica, y la farmacia se convirtió en un batiburrillo de cosas barnizadas de utilidad sanitaria. Barniz que algunas veces se descascarillaba nada más rascar un poco.

Una de las más peligrosas consecuencias fue la separación de la actividad profesional de su formación universitaria. Y si en la farmacia se podía vender de todo (no en vano está la famosa frase que reza aquello de «de todo como en botica»), en la Universidad también se hizo algo similar y se gestó una formación que convirtió a las facultades de Farmacia en «cajones de sastre» tan difíciles de entender desde fuera como de explicar desde dentro.

### Tiempo para la reflexión

Este peligroso camino se inició cuando estaba tapizado de rosas. Hoy, que ha dejado de estar alfombrado de pétalos y quedan sólo las espinas, quizá mereciera la pena reflexionar si no habría que dar marcha atrás y retomar otro camino, que no tiene rosas ni espinas, pero sí, por el momento, cuestas empinadas que puedan hacer que ese futuro algún día deje de serlo y se convierta en un esplendoroso presente. Y por qué no hacer esa reflexión en un número tan redondo como el 500 de una revista de y para farmacéuticos.

En mi opinión, para que ese futuro anhelado se convierta en un presente fructífero habría que aceptar una hipótesis como punto de partida: «para que una profesión exista, tiene que resolver un problema que tiene la sociedad de una forma reconocible y diferente al resto de profesiones».

El progreso de la Humanidad se ha construido siempre en un diálogo entre el conocimiento y la tecnología para resolver problemas. Los avances, y más en estos tiempos, han ido sustituyendo personas por máquinas, de forma que los seres humanos hemos tenido que ir renovando nuestras actividades para acometer aquellas cuestiones para las que la tecnología no ha encontrado aún el dispositivo que los sustituya. De esta forma la tecnología progresa, ocupando espacios para los que antes se necesitaba un individuo, y el ser humano también, porque tiene que abordar y resolver cuestiones más complejas.

Ejemplos hay muchos para ilustrar lo mencionado. Para los mayores, será paradigmática la sustitución de los serenos y los antiguos porteros de las casas por los porteros electrónicos. En estos tiempos también puede ser significa-

tiva la aparición de líneas de metro en las que no existe conductor que dirija los vagones.

Creo que puede afirmarse que la fortaleza de una profesión se encuentra en el conocimiento, y no en la tecnología. En el ámbito sanitario el modelo clásico es el del médico y la Medicina. Los inmensos avances tecnológicos que hoy ofrecen las ciencias médicas no han restado un ápice de prestigio al médico, sino todo lo contrario, ya que su profesión se basa en el conocimiento, y el instrumento está al servicio de ese ser humano llamado médico, facilitando unas decisiones que, en un último momento, sólo toma el profesional, asumiendo la responsabilidad final. No quiero pecar de aguafiestas, pero cuando en estos momentos se piensa en los distintos servicios, con cartera o sin ella, que pretenden ofrecerse desde las farmacias, me parece que más bien el producto final es la tecnología, y no tanto el conocimiento del profesional. Y ese camino nos lleva a construir un oficio, en lugar de una profesión.

Es importante hacer una reflexión en torno a qué problemas tiene la sociedad y qué podría resolver el farmacéutico, porque desgraciadamente corremos el riesgo de confundirlo con lo que nos interesa ofrecer. Y también que sea el conocimiento, no un aparato, el que pueda resolver ese problema. Es decir, que la tecnología esté al servicio del conocimiento, y que ésta no sea un fin en sí misma.

### Definición

La supervivencia de una profesión está siempre en su capacidad por resolver los problemas que tiene la sociedad de una forma específica y singular, una capacidad que no comparte con otra profesión, por cercana que ésta sea. Aquí puede haber un punto importante que debemos resolver, ya que con frecuencia no tenemos muy clara cuál es nuestra misión ante la sociedad y la confundimos con las de otras profesiones o sentimos la amenaza de ellas. No hay más que ver esa predilección que tienen los farmacéuticos hacia productos exclusivos y, por ende, el miedo que produce perderlos, sin obviar las amenazas que se sienten por la creciente influencia de otras profesiones en ámbitos que creíamos propios y de nadie más. Esto puede deberse a que nos vemos carentes de misión específica ante la sociedad, sin una definición clara de profesión. No hay más que ver la definición que da la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) de «farmacéutico siete estrellas»: desarrollador de la práctica de farmacia centrada en el paciente (¿?), cuidador, tomador de decisiones, comunicador, gestor, estudiante permanente, profesor, líder e investigador. Seis de las siete estrellas podrían extrapolarse a cualquier profesión u oficio, mientras que la primera, que parece la más diferenciadora, no se explicita. Si nuestros representantes mundiales van por ahí, o no son tales representantes o debemos preocuparnos mucho por nuestro futuro.

No tenemos una definición clara de profesión, una frase que sintetice nuestra función en la sociedad y que justifi-

que que nuestra formación exija el máximo nivel académico; algo así como «el médico es el profesional que cura la enfermedad» o «el abogado es el que me defiende legalmente ante la Justicia». ¿Cuál es nuestra definición, aquella desde la que partir para construir una profesión y que nos aleje del «cualquier cosa vale»?

Quizá podría definirse al farmacéutico como el profesional que «pone a disposición de la sociedad los medicamentos que precisa, y garantiza que estos sean efectivos y seguros». ¿Sería ésta la idea? Ojalá.

Después de este análisis, sólo quedan dos opciones. Una sería lanzar la estrategia del «sálvese quien pueda y que el que venga detrás que arree», y la otra atender las necesidades de la sociedad en materia de medicamentos, que son muchas y que producen mucho sufrimiento, tanto a los individuos en particular como a la sociedad en cuanto colectivo.

En términos económicos, el medicamento es hoy mucho más un generador de daños que de beneficios. Aunque la esperanza de vida se ha doblado en el último siglo, apenas el 10% de este incremento se debe a medicamentos. Y no porque no sean buenos ni muchos, sino porque no existen mecanismos de gestión integral de la medicación para prevenir sus efectos no deseados.

Uno a uno, no hay medicamento que, por muy bien prescrito y utilizado que esté, garantice el efecto esperado, o que no produzca «eventos adversos». Si además el escenario actual es de pacientes polimedicados, con medicamentos que comparten mecanismos fisiológicos para producir efectos terapéuticos diferentes, el hecho de que no existan esos mecanismos de control, de gestión integral de la farmacoterapia, como vía para optimizar sus resultados en salud, explica la triste realidad de que sólo cuatro de cada diez medicamentos alcanzan el efecto deseado.

Al ser los medicamentos la herramienta terapéutica más económica para combatir la enfermedad, que fallen éstos supone, además de un despilfarro en sí mismo, la necesidad de utilizar otras alternativas terapéuticas más complejas y caras. A esto se suma con frecuencia que la sociedad tenga que subsidiar desde un punto de vista social al enfermo que sufre esa enfermedad.

### Farmacéutico y farmacoterapia

El farmacéutico puede asumir la responsabilidad de disminuir el sufrimiento de la sociedad por aquello que es de su competencia y está en los genes de su profesión: el medicamento. La sociedad necesita optimizar los resultados de la farmacoterapia; y el farmacéutico debe reflexionar seriamente sobre si quiere afrontar ese reto. Todo lo demás será irse por la tangente o marear la perdiz.

A partir de esta máxima, el farmacéutico podrá utilizar la tecnología como medio para alcanzar dichos fines. Por ejemplo, ofrecerá sistemas personalizados de dispensación a pacientes que lo precisen cuando corran el riesgo de con-



fundir los medicamentos, o a pacientes que tengan problemas para los cuales esos sistemas sean aconsejables..., para conseguir optimizar el resultado de esa medicación. Y otros servicios que se puedan ofertar, como los de nutrición y dietética, complementarían el objetivo final, ya que los aspectos nutricionales forman parte esencial del tratamiento de una persona polimedicada, o son fundamentales para que, quien aún no lo sea, se aleje de serlo alguna vez.

Cualquier servicio que se ofrezca desde la farmacia debe plantearse desde ciertas premisas, todas ellas interrelacionadas:

- La formación reglada del profesional responsable del servicio.
- La clara definición del servicio, incluyendo un marco legal de responsabilidades.
- El diseño de un modelo de remuneración específico.

Hasta la fecha, la razón del fracaso de los servicios de gestión integral de la farmacoterapia se ha debido, sobre todo, a la no consecución de los dos últimos puntos, a pesar de que siga existiendo una carencia de formación reglada del profesional.

Ante la trágica ignorancia que las facultades de Farmacia muestran con respecto a la profesión farmacéutica, urge que ésta tome sus propias decisiones y diseñe modelos de formación específicos, que faciliten que los profesionales que ejerzan una actividad lo hagan con la formación mínima exigible. El modelo debe ser el de la farmacia hospitalaria, que se constituyó en una especialización que hoy es de cuatro años, ajena a la Universidad. Como ciudadanos quizá debiéramos exigir a las universidades públicas una respuesta sobre su alejamiento de la profesión que justifique su existencia, pero mientras esto ocurre debemos adoptar nuestras propias decisiones.

La definición clara de lo que constituye un servicio es otro de los pilares básicos que llevarán al deseado tercer punto. La nebulosa descripción de en qué consiste un servicio, y



que éste tenga la suficiente sustentación legal, ha sido otro de los problemas para implantar servicios de optimización de la farmacoterapia, a los que antes se los denominaba de «seguimiento farmacoterapéutico», y mucho antes de «atención farmacéutica». Esta opacidad ha conllevado a la funesta costumbre de muchos farmacéuticos españoles de denominar a lo que hacen con el nombre más moderno que les ponían por delante. Cuando surgió en Estados Unidos el «pharmaceutical care» y aquí se le bautizó como «atención farmacéutica», acabó por vaciarse de contenido ésta para que esto fuera todo. Después, cuando lo máximo era el «seguimiento farmacoterapéutico», los farmacéuticos de hospital principalmente, pero no sólo ellos, hicieron caso omiso de las definiciones existentes para denominar así a los consejos que daban en las dispensaciones repetidas. Y ahora que a unos se nos ha ocurrido hablar de «optimización de la farmacoterapia», ya comienza a haber quien utiliza este término para nombrar lo que hace o intenta hacer. El por qué hay quien cambia de nombre a lo que hace para seguir haciendo lo que hacía es una patología cuyo origen desconozco, pero que es más que preocupante. Quizás habría que combatirla con definiciones más precisas, con marcos legales y con un sistema de remuneración específico y adaptado.

## Remuneración

Respecto a la remuneración, se ha visto que ésta es algo irrenunciable si se quieren implantar nuevos servicios. Recuerdo una foto aparecida en el diario *El País* de hace unos meses. Era de una manifestación de trabajadores cuya pancarta decía: «Sin salario no se puede trabajar». Esto, que parece de Perogrullo para cualquier profesión, parece que no lo es tanto para los farmacéuticos.

Ante un modelo de remuneración, cabe también hacerse algunas preguntas:

- ¿Cuánto hay que cobrar por dicho servicio?
- ¿Quién debe pagar el servicio?

**Respecto a la remuneración, se ha visto que ésta es algo irrenunciable si se quieren implantar nuevos servicios»**

Como principio, un servicio debe tener el precio que la sociedad esté dispuesta a pagar por él, en función de los beneficios que éste le reporta. También hay que identificar quién o quiénes son los beneficiarios, para ver si están dispuestos o no a pagarlo. Por ejemplo, un servicio de asesoramiento dermatocósmico para un paciente individual no debería ofrecer muchas dudas de que debería ser el usuario quien lo pague, porque sólo beneficia a éste.

En el caso de los servicios de optimización de la farmacoterapia, hay estudios que demuestran que sus beneficios son enormes, y que la sociedad, y no sólo el individuo que los recibe, es la beneficiaria. Los ahorros que producen estos servicios provienen de gastos realizados por los Estados: medicamentos con financiación total o parcial, gastos por ingresos hospitalarios, bajas laborales, pensiones por enfermedad, etc. Se sabe que el ahorro producido al Estado por estos servicios multiplica entre cuatro y diez veces la inversión realizada en su implantación. Por eso, no debe haber ninguna duda de que corresponde al Estado no sólo financiarlos, sino implantarlos: es una cuestión de deber ético con los ciudadanos y con quienes eligen a sus representantes.

Resulta paradójico que, desde las instancias sanitarias del Estado, a escala autonómica o propiamente estatal, se vean estos servicios como una oportunidad para los farmacéuticos, cuando en realidad constituyen para el Estado una oportunidad de gastar menos y para sus ciudadanos de dejar de sufrir innecesariamente. Es muy triste reconocer que estos servicios se están imponiendo en países en los que los sistemas sanitarios son privados, porque se preocupan de dar beneficios a sus accionistas y, en cambio, donde tenemos servicios públicos fuertes se mire para otro lado, sin parecer que sea importante tener o carecer de estos servicios.

## ¿Hacia dónde queremos avanzar?

Como resumen final de esta reflexión pensada con motivo de los quinientos números de *El Farmacéutico*, nuestra profesión debe plantearse seriamente hacia dónde quiere avanzar. Parece claro que los servicios son el futuro, pero éstos deben resultar como consecuencia de plantearnos cuál es nuestro papel ante la sociedad, y que este papel, por supuesto, le interese. Los servicios debemos considerarlos en el marco general de nuestra misión ante la sociedad. Esta misión debe valorarse seriamente, o correremos el riesgo de hacer lo que hemos hecho en estos últimos años: dar vueltas y vueltas a más velocidad a un camino circular que no nos lleva a ningún sitio.

La profesión debe plantearse seriamente este desafío, que no es responsabilidad únicamente de los profesionales y sus representantes institucionales. Lo es de toda la cadena, desde unas facultades de Farmacia que continuarán desprestigiándose, a una profesión que podría acabar convirtiéndose en un mero oficio si ésta no se basa en conocimiento en lugar de en tecnología. No se puede seguir mirando a otro lado, o no afrontar la realidad de frente.

Está claro que la sociedad necesita de farmacéuticos. Ahora sólo hace falta que nos lo creamos y recorramos el camino. Quizá todos los caminos conduzcan a Roma, pero sólo uno es el más corto y hay muchos de ellos por los que nos ahogaremos sin remisión... Y nunca más habrá futuro. ●

## Entrevista



“ El spray bucal de nicotina es capaz de controlar el *craving* mucho mejor que las otras formas de terapia sustitutiva de nicotina »

Dr. Carlos Andrés Jiménez

Director del Programa de Intervención en Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

**–La persona que deja de fumar experimenta una serie de efectos negativos en su organismo y en su estado de ánimo. ¿Puede detallarlos y explicar sus causas?**

–La inmensa mayoría de los fumadores, un 85-90%, son dependientes por la nicotina. Cuando el fumador deja de fumar sufre lo que llamamos el síndrome de abstinencia por la nicotina, que se caracteriza por ansiedad, irritabilidad, nerviosismo y, sobre todo, *craving*, que se podría definir como el ansia, el deseo irrefrenable de volver a fumar que todo fumador experimenta cuando lleva entre ocho y doce horas sin consumir tabaco. Es el síntoma que con mayor frecuencia produce recaída, pero, en definitiva, es el conjunto de todos estos síntomas el causante de que el fumador tenga recaídas y le sea difícil abandonar el consumo de tabaco.

**–Conociendo los efectos adictivos de la nicotina, no deja de resultar sorprendente que se emplee, precisamente, para dejar de fumar. ¿En qué consiste la terapia sustitutiva de nicotina?**

–La nicotina produce adicción cuando es utilizada a través del cigarrillo por una razón fundamental: cuando el fumador inhala la nicotina a través del cigarrillo en su sangre aparece una enorme cantidad de nicotina y de forma muy rápida. Esta gran cantidad y la rapidez con que aparece es lo que hace que el fumador desarrolle la adicción por la nicotina. Sin embargo, cuando utilizamos la que llamamos nicotina medicinal, le estamos dando al fumador nicotina pero en una cantidad mucho menor que la que obtiene con el cigarrillo y, además, de una forma más lenta. Esto es lo que hace que la terapia sustitutiva de nicotina sirva para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia sin ocasionar dependencia.

**–¿Es igualmente eficaz con el *craving*?**

–Es eficaz para combatir los distintos síntomas del síndrome de abstinencia y, por supuesto, también el *craving*.

**–¿Cuál es la principal aportación del spray bucal de nicotina?**

–Que es que es capaz de controlar el *craving* mucho mejor que las otras formas de terapia sustitutiva de nicotina.

**–¿Puede explicarnos su modo de actuación y de aplicación?**

–Cuando el fumador tiene ganas de fumar se aplica dos pulverizaciones de solución oral de nicotina de 1 mg. Esta cantidad de nicotina le ayuda a combatir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero sobre todo las ansias de volver a fumar, el *craving*. En cuanto al modo de aplica-

ción, el spray se puede utilizar de dos maneras: de forma pautada o cuando el fumador tenga ganas de fumar. El sujeto se administra una aplicación con el spray y las ganas disminuyen.

**–¿Disponemos de datos de eficacia del spray bucal frente a otras TSN como los comprimidos para chupar de nicotina?**

–Sí, efectivamente, se han llevado a cabo ensayos clínicos en los que se ha visto que el spray bucal de nicotina es más eficaz para ayudar a dejar de fumar que un spray bucal que contenga placebo. También se han hecho ensayos clínicos para analizar su eficacia frente a los chicles de nicotina o los comprimidos de nicotina y se ha visto que controla de forma más eficaz el síntoma de *craving* de lo que lo hacen el chicle o el comprimido.

**–¿Qué ocurre a largo plazo? ¿Durante cuánto tiempo es necesario el spray bucal de nicotina?**

–Lo normal es utilizar un spray como este entre tres y seis meses. Al llegar a la sexta u octava semana se empieza a disminuir la dosis progresivamente y en la duodécima semana el tratamiento se suele abandonar. En fumadores que tienen un alto grado de dependencia a la nicotina se puede prolongar la utilización del spray hasta cumplir cinco o seis meses. A partir de ese momento es conveniente abandonar su uso.

**–¿Tiene algún tipo de contraindicación?**

–No, no tiene ninguna contraindicación especial.

**–Parece obligado preguntarle por el cigarrillo electrónico, del que tanto se habla últimamente. ¿Cuál es su opinión?**

–El cigarrillo electrónico es un dispositivo muy prometedor, pero en este momento, desde un punto de vista científico, no tenemos datos suficientes que hablen de su eficacia y de su seguridad de uso. Hay algunos ensayos clínicos que tienen deficiencias metodológicas importantes, que han sido realizados con un número escaso de pacientes y en consecuencia sus conclusiones no son válidas para hablar de su eficacia como forma de tratamiento del tabaquismo. Además, hay estudios que encuentran que algunas de las sustancias que hay en el vapor que liberan estos cigarrillos son tóxicas y hay dudas sobre su seguridad de uso. Esto hace que en este momento no podamos recomendar su uso, aunque sí creemos que es un dispositivo muy prometedor y que sería interesante seguir realizando estudios científicos. ●

**NUEVO**

**nicorette® BucoMist**



**Una pulverización instantánea  
alivia rápidamente la ansiedad  
para ayudarte a dejar de fumar.**



Agradable sabor a menta

## **Nuevo nicorette® BucoMist**

1 mg / pulsación solución pulverización bucal.

Con tu fuerza de voluntad y la ayuda de  
nicorette® puedes dejar de fumar.

[www.nicorette.es](http://www.nicorette.es)

Contiene nicotina.

Lea las instrucciones de este medicamento y consulte al farmacéutico.



Descubre más sobre  
este producto.



Con nicorette®,  
puedes conseguirlo.



*Johnson & Johnson*

## ● Visión global del sector

Jaume Guillén Relat

Farmacéutico comunitario y  
ortopeda. Gerente de Guillén  
Farma Talent

Correo electrónico:  
guillenfarmatalent@gmail.com



**La gestión por categorías no está centrada sólo en la exposición del producto, sino que va mucho más allá»**

# Mejorar la gestión comercial de nuestra farmacia: la gestión por categorías

**E**stoy convencido de que la palabra que más se ha utilizado en los últimos años ha sido «crisis». Este vocablo de seis letras ha logrado transformar nuestra realidad cotidiana, y estar omnipresente en gran parte de los ámbitos que rodean a nuestras oficinas de farmacia.

A pesar de su clara connotación negativa, esta situación ha forzado un cambio de paradigma en gran parte de nuestra profesión: en la toma de conciencia de la necesidad de gestionar nuestros negocios, sobre cómo mejorar nuestra posición competitiva y en la necesidad de ofrecer una oferta atractiva y profesional ajustada a las necesidades de nuestros clientes.

En este ámbito, una de las mejores herramientas desarrolladas a principios de la década de 1990 fue la gestión por categorías, y hoy más que nunca sigue estando vigente si aplicamos la técnica en todas sus dimensiones.

### Un método para mejorar la comercialización

La gestión por categorías, bien entendida, es una metodología definida y pautada de cómo mejorar la comercialización en nuestra oficina de farmacia. Esta téc-



nica llegó inicialmente al sector farmacéutico español de la mano de las empresas de reformas y mobiliario, lo que en la práctica ha llevado frecuentemente a confundir esta sistemática con una fase «estética» del proceso; es decir, la ordenación del punto de venta, la correcta exposición de productos y la identificación de las categorías o secciones que se ponen a disposición de los usuarios de la farmacia. Todas estas acciones son necesarias, pero la gestión por categorías no está centrada sólo en la exposición del producto, sino que va mucho más allá.

Si imaginamos que los recursos necesarios para implantar la metodología de gestión por categorías son equivalentes a los necesarios para crear una nueva área de negocio (para cada una de las categorías que gestionamos), es fácil responder que la mayoría de farmacias sólo tienen recursos para gestionar, con mayúsculas, una o dos categorías.

La gestión por categorías supone una ventaja respecto a cómo se afronta la comercialización de los productos en nuestros espacios de venta y consejo, puesto que nos obliga a tomar decisiones específicas sobre distintas áreas de gestión de nuestra farmacia, desde qué productos vamos a ofrecer a cómo comprarlos, exponerlos, recomendarlos y aconsejarlos.

Antes de abordar la mejora de nuestra oferta, debemos reflexionar sobre qué farmacia tenemos hoy para llegar a definir cómo queremos que sea nuestra oferta mañana.

### El punto de partida: análisis de situación inicial

Nuestro punto de partida se va a situar tres pasos por detrás de donde estamos actualmente. Necesitamos alejarnos momentáneamente del lugar en el que estamos ahora, «tomar una pequeña distancia» para poder reconocer brevemente tres aspectos básicos sobre nuestro negocio: qué tipología de farmacia tenemos en la actualidad; quiénes son nuestros clientes, y quién es nuestra competencia.

Realizar este ejercicio con nuestra propia farmacia suele resultar mucho más complicado que llevarlo a cabo sobre otra farmacia vecina, pues podemos obviar fácilmente aspectos importantes de nuestra realidad, asumiendo que son imposibles o muy difíciles de cambiar.

### Qué tipo de farmacia somos

Deberíamos ser capaces de describir nuestra propia oficina de farmacia: dónde está ubicada; en qué tipología estamos (es una farmacia de pueblo, de barrio, en qué tipo de calle o zona estamos), y cómo es tanto por dentro como por fuera. Qué oferta de productos tenemos, cómo es el espacio de venta, el tamaño, el orden, la comunicación, los precios, etc.

### Quiénes son nuestros clientes

En este punto debemos describir qué tipo de clientes tenemos en la actualidad. A pesar de conocer perfectamente a

nuestros clientes, sus nombres y sus dolencias, quizá desconocemos muchas veces la dimensión de los distintos grupos de clientes que vienen a nuestra farmacia, su proporción y la participación de cada uno de estos colectivos en nuestra facturación.

### Quién es nuestra competencia

En esta misma fase de análisis inicial debemos describir quién es nuestra competencia. La mayoría de compañeros señalan rápidamente a las farmacias vecinas como únicos agentes competidores. Conocemos perfectamente sus vademécum, sus ofertas de servicios, horarios y políticas de precios. A pesar de esto, siempre insisto en que gran parte de los consumidores que hemos perdido en la última década en nuestras farmacias no se han ido a la farmacia de nuestro vecino, sino que han saltado a otros canales de distribución, como grandes superficies, supermercados y tiendas especializadas en higiene y droguería. Por ello, es importante incluir en este epígrafe a los comercios no farmacéuticos que pueden ofrecer productos o servicios sustitutivos a los nuestros, aunque no compitan exactamente en nuestro canal.

### Decisiones «paso a paso»

Una vez hemos reflexionado sobre dónde estamos, es el momento de empezar a andar hacia delante y definir los objetivos mediante un proceso de análisis y toma de decisiones «paso a paso». Con cada uno de ellos iremos centrando nuestra oferta comercial.

### El primer paso: definir a qué cliente queremos atraer

En el análisis previo hemos visto quiénes son nuestros clientes en la actualidad y su importancia en nuestro negocio. Esta distribución de usuarios y pacientes de nuestra farmacia es la que «hemos conseguido» con la oferta actual. Si queremos atraer a otros colectivos, debemos decidir la orientación y el posicionamiento; en la práctica, esto nos obliga a decidir a qué público queremos ofrecer nuestros servicios, lo que en *marketing* se conoce como definir el *target*.

La mayoría de farmacias pretenden satisfacer al colectivo más amplio posible de clientes que puedan entrar en sus establecimientos sanitarios, y optan por ofrecer «lo mismo que los demás».

En la práctica, apenas hay diferencias sustanciales en los surtidos de muchas farmacias, salvo por razones de diseño, estética o tamaño, o bien por nuestra competencia directa en precios. La especialización en un colectivo y sus necesidades suele ser rara. De ahí que en los últimos años hayamos ido perdiendo parte de los clientes de nuestro canal, que buscan una experiencia que no encuentran habitualmente en la farmacia.

Centrarnos en un colectivo no nos invalida ante el resto de grupos, simplemente nos da ventajas sobre el *target* de clientes que hayamos elegido.

## Crear una experiencia de compra

Una vez hayamos encontrado el colectivo al que queremos dirigirnos, debemos estudiar y conocer lo mejor posible sus necesidades específicas. La especialización en la categoría de usuario nos obliga a apostar por un surtido amplio y profundo que les permita encontrar las marcas y productos que abordan dichas necesidades y que son valoradas por ellos.

Además, debemos pensar en cómo mejorar su experiencia de compra: opción de *testers*, muestras, folletos, comunicación, precios, ofertas, elementos de medida y medición e, incluso, instalaciones y mobiliario específico para estos usuarios.

Cuando, como consumidores, entramos en un comercio especializado esperamos encontrar el mejor surtido en su categoría, más allá de las marcas y productos que podríamos encontrar en la tienda de la esquina. Además, estos establecimientos no sólo suelen tener una decoración e instalaciones que transmiten la especialización de los productos que buscamos, sino también precios ajustados a todos los bolsillos y calidades e, incluso, un amplio surtido alternativo con la propia marca del establecimiento, con una buena relación calidad-precio.



**Nuestro responsable debe ser un auténtico especialista, estar al día de las novedades, mantener la categoría viva y asistir en las consultas y la formación del resto del equipo»**

Por qué no imaginarnos una oficina de farmacia, cerca de un centro hospitalario, que elija ser «la farmacia de las enfermeras», o una farmacia cercana a un gimnasio posicionada como «la farmacia del deportista», una farmacia frente a un colegio como «la farmacia de los niños» o una farmacia próxima a un centro formativo en terapias alternativas como la «farmacia natural». Y en el caso de una farmacia cercana a un edificio de oficinas... por qué no seleccionar productos y servicios específicos para personas que pasan muchas horas frente al ordenador, con escasa movilidad y fuera de casa... «¡la farmacia del ejecutivo!»

## Un paso imprescindible: la formación nos hace expertos

Como expertos en la categoría que hemos decidido trabajar, debemos asegurarnos de que nuestros equipos tienen un buen conocimiento de estos productos, saben para qué tipo de público están orientados, conocen los consejos y los usos que pueden ofrecer y, por último, conocen qué otros productos son complementarios o necesarios para mejorar la experiencia de los usuarios.

Nuestros equipos deben tener la experiencia necesaria para poder aconsejarles. El usuario de esta categoría esperará encontrar el consejo de un experto en nuestra farmacia, valorando las soluciones que aportan y las ventajas frente a las alternativas, y esto sólo lo conseguiremos tras un programa de capacitación exhaustivo.

Generalmente, la industria farmacéutica tiene buenos programas de formación sobre sus productos, aunque debemos ser exigentes con los contenidos que nos ofrecen. En ocasiones son demasiado técnicos y no nos ayudan a trasladar la información adecuada a nuestros clientes. Por ello, debemos pedirles contenidos orientados a identificar adecuadamente quién es el usuario de esos productos, su perfil y necesidades, los consejos prácticos que podemos ofrecer a este tipo de cliente.

Lo ideal es que todo nuestro personal llegue a dominar la categoría en la que nos especializamos, aunque inicialmente es imprescindible que asignemos a un responsable de la farmacia a la categoría que queremos trabajar. Éste debe ser un auténtico especialista, estar al día de las novedades, mantener la categoría viva y asistir en las consultas y la formación del resto del equipo.

Otro de los roles primordiales de nuestro responsable de categoría es el de establecer un calendario de campañas y promociones, tanto fuera como dentro del lineal. Además, y según la categoría en la que hayamos decidido especializarnos, también será útil definir y pactar con la industria y los proveedores animaciones en el punto de venta, formación a usuarios finales y demostraciones de producto.

## Cientes satisfechos, clientes fieles

Debemos ser capaces de capitalizar toda la energía que hayamos acumulado en la comercialización de la categoría. Me explico. Llegados a este punto, hemos recorrido gran parte del camino y realizado un gran esfuerzo para satisfacer a los usuarios de la categoría. Nos hemos preocupado por los productos y sus necesidades, por capacitar a nuestros equipos y por ampliar la experiencia de compra y ofrecer compras promocionales. Hemos invertido mucho tiempo y recursos para satisfacer al cliente de la categoría que hemos elegido. Y es algo que no podemos dejar dormir.

Se supone que un cliente satisfecho con su experiencia de compra debe ser por lógica un cliente fiel, alguien que volverá a repetir esa misma experiencia cada vez que lo necesite. Es así, y ésa debe ser nuestra principal orientación.

De todas formas, un buen método para completar la «experiencia» del usuario es hacerle partícipe de un programa de «fidelización» que nos ayude a comunicarle que forma parte de un colectivo especial, sólo para aquellos que como él tienen necesidades que desde nuestra farmacia estamos cubriendo, y que por ello queremos distinguirlo y premiarlo periódicamente.

Los programas de «fidelización» son mucho más efectivos cuando pueden hacerse tangibles mediante una tarje-

# ¡Délo ya de alta!

# Vuelve Halibut®

**Halibut®**  
Pomada regeneradora



Pomada  
**REGENERADORA**  
para piel irritada



Tratamiento

Presentación

PVP IVA 21% recomendado

CN

Pomada regeneradora

8,39 €

163608.9



8 470001 636089

**Halibut® Infantil**  
Pomada regeneradora



Pomada  
**REGENERADORA**  
para piel irritada



Tratamiento

Presentación

PVP IVA 21% recomendado

CN

Pomada regeneradora

8,39 €

163607.2



8 470001 636072

**DermoH® de Halibut**  
Pomada pañal protectora



Pomada  
**PROTECTORA**  
de uso diario



Uso diario

Presentación

PVP IVA 21% recomendado

CN

Pomada protectora

6,50 €

163606.5



8 470001 636065



## “ Debemos pensar en cómo mejorar la experiencia de compra de nuestro cliente »

ta física, puesto que permite al usuario llevar esa identidad a todas partes, incluso fuera de la farmacia. De todas formas, y siendo realistas, el verdadero atractivo para el usuario es poder disfrutar de ventajas que les permitan «diferenciarse» de los otros clientes de nuestra farmacia.

A nosotros, como farmacéuticos, la identificación clara e inequívoca de los clientes de la categoría nos permite a la vez distinguir y segmentar nuestra clientela de una forma que los programas «generales» no pueden hacer, con lo cual estaremos creando una herramienta con una fuerte vinculación emocional usuario-farmacia.

Los programas de fidelización, además de permitir vehicular ofertas, muestras, sesiones formativas gratuitas, recompensar cada acto de compra o cualquier otra acción promocional, son una herramienta impagable de conocimiento de nuestros clientes, por la que podremos conocer qué otros productos compran (además de los de su categoría), con qué frecuencia, periodicidad e incluso analizar si es «reactivo» a nuestra propuesta.

### La «gestión» de la categoría

Tras la implantación de una categoría, debemos medir los resultados conseguidos periódicamente. Reconocer qué está funcionando, descartar las acciones que no aportan valor a los objetivos y proponer nuevas alternativas para conseguir nuestros objetivos.

Mensualmente debemos conocer, como mínimo, qué volumen de negocio estamos consiguiendo, el número de operaciones realizadas en la categoría por cada uno de nuestros empleados y qué importe promedio supone cada acto de venta.

Si ponemos en marcha acciones promocionales, también debemos medir el éxito que éstas han tenido. Podemos crear una ratio que nos permita comparar el incremento de ventas o de actos de compra tras una determinada acción comercial. Si una promoción nos da buenos resultados, siempre podremos volver a repetirla.

Además de estas dimensiones relacionadas directamente con la facturación del negocio, debemos también medir el éxito de nuestras acciones formativas, demostraciones, animaciones, etc. Es importante mantener una cartera activa de clientes. Para ello debemos poner la atención sobre el número de asistentes a las distintas acciones formativas que ofrecemos, involucrando a todo el equipo en la captación de nuevos clientes a nuestras charlas formativas o demostraciones de producto.

El proceso de revisión de resultados es una tarea cíclica, no termina nunca, de eso se trata la gestión. Con el tiempo, iremos ganando perspectiva y experiencia. De esta revisión periódica saldrán acciones para corregir o redefinir nuestra actividad dentro de la categoría, y una vez implementadas estas correcciones deberemos seguir revisando y controlando los resultados.

Además, las necesidades cambian, y aparecen nuevos productos y tratamientos que podemos ofrecer a nuestros usuarios. Sólo mediante este seguimiento y control podremos ir detectando los cambios en la demanda.

### Una reflexión final

Para finalizar, y teniendo en cuenta lo que he aprendido con los años y la experiencia en este campo, quiero añadir unos últimos consejos.

En primer lugar, recuerda que para emprender un cambio sustancial como el que te propongo necesitarás la implicación de todo el personal de tu farmacia. Tú no puedes hacer el cambio solo. Debes implicar a todo tu equipo.

En segundo lugar, márcate tus propias metas y objetivos. Escríbelos, compártelos con tu equipo y revisadlos juntos. La mejor forma de tener un equipo comprometido en la gestión del cambio es que todos puedan participar en el proceso y contribuir con su trabajo diario.

En tercer lugar, evalúa la posibilidad de contratar a un consultor. Ahorrarás tiempo y te ayudará a definir mejor tus objetivos, beneficiándote de su experiencia previa en otros proyectos similares al tuyo. Sé exigente. Pídele que te presente sus proyectos anteriores. Además, te aconsejo que solicites presupuesto a varios consultores; así podrás comparar el coste-beneficio que te aporta cada uno de ellos.

Y por último, si estás decidido a dar este paso, aprovecha la energía para emprender otros cambios. Pero recuerda definir primero qué quieres conseguir, y revisa periódicamente lo que has realizado y lo que has alcanzado. Si no te gusta el resultado, siempre podrás volver a cambiar.

¡Ánimo y adelante! ●

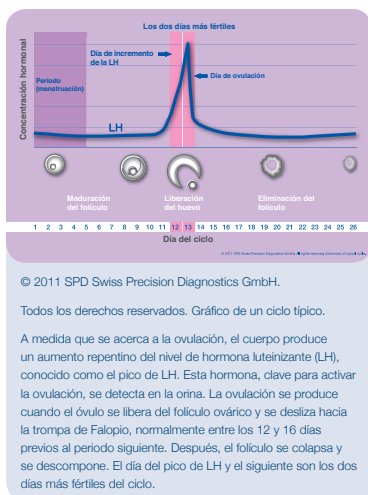


# ¿Es hora de tener un bebé?

**Aumente sus probabilidades de éxito planificando.**

**Quedarse embarazada es algo natural, sin embargo, a veces la naturaleza se toma su tiempo.**

De hecho, solo hay unos días en cada ciclo en los que se podrá quedar embarazada: antes y durante la ovulación. Dado que en cada ciclo únicamente son dos los días de máxima fertilidad, necesitará saber cuáles son. Sin embargo, la mitad de las parejas no lo saben y lo intentan cuando no es posible. Así, la emocionante experiencia de buscar un bebé puede convertirse en una tarea agotadora.



Cuando llegue el momento, querrá contar con las mayores probabilidades de éxito. Afortunadamente, hay maneras de averiguar cuáles son sus días fértiles, unas más prácticas que otras. Puede medir su temperatura basal, pero como la temperatura solo sube después de la ovulación, es poco probable que indique los días fértiles de ese ciclo.

Tendría que apuntarla diariamente durante varios meses, lo que supone mucho trabajo y resulta muy poco preciso, ya que de todos modos cada mujer es diferente y en casi la mitad de los ciclos pueden producirse variaciones



de hasta 7 días.

**La hormona luteinizante en la orina indica cuándo el cuerpo está preparado para liberar un óvulo.**

Los tests de ovulación son más sencillos y fiables. Detectan con antelación cuáles son sus dos días más fértiles, identificando cuándo el cuerpo está a punto de liberar un óvulo (ovular). Y como se trata de simples tests de orina que se realizan en cuestión de minutos, también son completamente naturales y no invasivos.

El más efectivo es el Test de Ovulación Digital Clearblue, de la marca líder mundial en tests de embarazo, y fertilidad para realizar en casa.

Tiene una precisión superior al 99% y es el único con resultados digitales fáciles de leer, sin rayitas borrosas que interpretar.

Lo ideal es empezar a apuntar el ciclo en un calendario mensual (descárguelo

en [www.clearblue.com](http://www.clearblue.com)). Una vez conozca la duración habitual de su ciclo, no habrá nada más fácil y rápido que los tests diarios de orina. Cada envase contiene siete tests. En cuanto vea una carita sonriente, ¡el resto ya depende totalmente de usted y de su pareja!

**Resultados digitales únicos, de lectura fácil y rápida.**



El Test de Ovulación Digital Clearblue es completamente natural y le permite saber, de un modo muy efectivo, cuál es el mejor momento para quedarse embarazada. Al olvidarse de cálculos y conjeturas, podrá disfrutar al máximo de un momento tan especial y único.

**Aumente las probabilidades de quedarse embarazada de forma natural.**

Vendido exclusivamente en farmacias.

Para más información visite [www.clearblue.com/es](http://www.clearblue.com/es)

o llame al:

**901 010 109**



**Clearblue**

1 Wilcox AJ, Weinburg CR, y Baird DD. Elección del momento de las relaciones sexuales en relación a la ovulación. NEJM (1995) 333:1517-1521. 2 Datos en archivo. ¿Cuánto saben las mujeres sobre su ciclo menstrual? (GfK Roper Public Affairs) 3 Stanford JB, White GL y Hatasaka H. Elección del momento de las relaciones sexuales para conseguir el embarazo: datos actuales. ACOG (2002) 100 (6): 1333-1341 4 Creinin MD, Keverline S, y Meyn LA. ¿Cuándo se considera que regular es regular? Un análisis de la regularidad del ciclo menstrual. Anticoncepción (2004) 70: 289-292 5 Datos en archivo. En un estudio, los resultados digitales fueron claramente inequívocos dando la lectura más precisa.

Clearblue es Una Marca registrada de SPD Swiss Precision Diagnostics GmbH. © 2011 SPD Swiss Precision Diagnostics GmbH. Todos Los Derechos Reservados.

Por favor, lea la información del envase y el prospecto antes de su uso.

Identifica tus días más fértiles

## ● Visión global del sector

Àngels Martínez Castells

Dempeus per la Salut Pública.  
Economista. Doctorada por la  
Universidad de Barcelona. Profesora  
de Política Económica (Universidad  
de Barcelona)

“**La consideración de los fondos destinados a salud como ‘inversión’ y no como ‘gasto’, como normalmente sucede, podría ser ya un buen inicio»**

# La economía de la salud y la salud de la economía

### La economía de la salud, una rama de la economía del bienestar

Entre los hechos más relevantes experimentados por las ciencias sociales en los últimos años destaca sin duda el hecho de que la teoría económica –en especial en su vertiente neoclásica– haya conseguido tomar posiciones destacadas en las llamadas ciencias de la salud. Así, definida de manera muy sucinta como aquella rama del conocimiento que se ocupa de la conexión entre medicina y economía, podemos hablar hoy de la economía de la salud (en adelante ES) como una de las disciplinas de mayor relevancia en el mundo académico y en impacto social.

En cierto sentido, la vinculación entre economía y salud se explica, desde la vertiente teórica, por el hecho de que la ES sería una de las últimas ramas surgidas de la economía del bienestar fundada por Arthur Cécil Pigou<sup>1</sup>, quien desde principios del siglo XX sostuvo que el Estado debía intervenir en la economía para mejorar las condiciones de vida, ya que los mercados sufren «fallos» que impiden su funcionamiento eficiente, sin que los ciudadanos por sí solos puedan tomar individualmente las decisiones que más podrían beneficiarles.

Así, la ES tendría como objetivo suministrar elementos de análisis y valoración para la toma de decisiones tanto a los gobernantes como a los profesionales del sector, y para ello debería utilizar los criterios económicos básicos de eficiencia y equidad que rigen en economía en la asignación de recursos. Sin embargo, el proceso no ha sido tanto un proceso natural de ósmosis (como puede acontecer en el acercamiento entre otras disciplinas científicas), sino un conflicto en la fundamentación del propio paradigma, puesto que su aceptación difícilmente puede ser aplicada, sin tensiones, a las ciencias de la salud.

Si, como declaran los manuales de la disciplina, el verdadero fin de la ES es alcanzar el máximo nivel de salud para la población, habría que priorizar las necesidades vitales y la autonomía de las personas en la administración de los «recursos limitados existentes», y extenderlo a la directriz de la OMS de «salud en todas las políticas». Esto significa tanto un cambio de prioridades como de contenidos y valoraciones respecto a lo que actualmente rige en economía. En este



©Thinkstock

sentido, la consideración de los fondos destinados a salud como «inversión» y no como «gasto», como normalmente sucede, podría ser ya un buen inicio.

De manera parecida, otro escollo importante a la hora de conjugar en armonía ciencias de la salud y economía tiene que ver con el papel determinante que otras «restricciones» desempeñan en ambas disciplinas. Por ejemplo, en la aplicación de la visión microeconómica a la salud, se quieren considerar como determinantes los precios (aunque sean de monopolio privado) y los costes empresariales, en tanto que no puede entenderse la ES (si nos atenemos a su derivación de la economía del bienestar) sin que atienda a los costes y beneficios sociales de su actuación. Y no se trata de una observación gratuita, puesto que, de lo contrario, se niegan los valores sociales implícitos de la salud, aplicando a la sanidad las características (más propias de la contabilidad de empresa que de la economía política) de cualquier otro sector económico.

A estas alturas disponemos ya de cierta visión histórica que nos permite valorar lo anteriormente expuesto con mayor perspectiva. Así, se puede leer en los manuales de ES que los motivos para su desarrollo en las últimas décadas se deben al crecimiento de los gastos sanitarios, tanto en volumen como en ritmo, en especial en los Estados Unidos, pero también a la universalización (cada vez más tensionada y menos cierta) del acceso de toda la población a la sanidad, en especial en los países europeos que adoptaron las políticas de bienestar a partir de la II Guerra Mundial, cuando diversos gobiernos comenzaron a tener una amplia participación en la provisión de servicios sanitarios: con ello se abre el debate político sobre los costes y beneficios sociales de un sector público de salud frente a un sector privado basado en los mecanismos de mercado o como asignador de recursos integrales del sistema de salud. Si a ambos extremos sumamos que los progresos en la atención sanitaria (en especial en la vertiente tecnológica y hospitalaria) han crecido en tanta o mayor proporción que sus costes, y que una de las normas de la economía globalizada se basa en el dogma de contención del gasto público, ya podemos entender por qué la irrupción del análisis económico en el mundo de la salud ha creado malestar y una larga serie de conflictos que se pueden resumir en el economismo sanitario en una sociedad cada vez más medicalizada.

De esta forma la ES se fragmenta en dos ópticas contrapuestas. Si queremos ir más allá de la aplicación de principios básicos de gestión económica, por ejemplo, valorando la relación entre las condiciones de salud de una determinada población en relación con sus determinantes sociales y económicos, o la esperanza de vida con los niveles de renta de cada sector de la población, o el acceso a los servicios sanitarios en función del fragmento de clase al que se pertenece, debemos acudir a especialistas y textos que no son precisamente los más difundidos ni citados en

las altas escuelas de negocios donde se imparten los posgrados o máster en ES. En estos institutos, en cambio, sí se priorizan los estudios sobre oferta y demanda en atención y cuidados de salud (el llamado «mercado de la salud»), la actuación sobre los «precios» y la creación de incentivos a los profesionales (en dar menos bajas y más altas médicas, por ejemplo). También se concede prioridad a los llamados «desincentivos» al «consumo» de los pacientes, por ejemplo, la imposición de copagos para las personas que necesitan utilizar el sistema y que equivalen, de hecho, a REpagos, evitando cualquier consideración sobre los desiguales efectos de su impacto entre los diferentes segmentos sociales. Sin embargo, una ES menos sesgada se ocuparía prioritariamente y necesariamente de la distribución equitativa de los recursos de la salud entre los diferentes segmentos sociales.

### **Economía de la salud en perspectiva**

Diversos estudios realizados desde el siglo XX por parte de distintos economistas coinciden en demostrar que una población que viva en las mejores condiciones de salud puede considerarse, de hecho, un impulso fundamental para el crecimiento económico. Y lo mismo puede aplicarse, de manera destacada, para la salud de las mujeres. Así, analizan los problemas de las epidemias que diezaban la población de Europa y valoran en positivo que las autoridades públicas intervinieran para prevenir, diagnosticar y tratar cada vez más enfermedades, con lo que se conseguía aumentar la esperanza de vida de las personas y ponerlas en mejores condiciones para el trabajo físico e intelectual. De hecho, en Cataluña tenemos un ejemplo inmejorable con los registros de los médicos higienistas en el proceso de industrialización catalán<sup>2</sup>.

Aportaciones modernas destacadas las encontramos en la economía neoclásica, en el economista norteamericano Alfred Marshall por ejemplo, que relaciona salud con «fortaleza física, espiritual y moral» con la riqueza social, al tiempo que afirma que una buena administración de la riqueza material «aumenta la salud y la fortaleza física, espiritual y moral del género humano». Posteriormente, el también economista sueco, Gunnar Myrdal, argumentaba entre otras cuestiones que la inversión en salud ofrece grandes dividendos en lo que denomina «capital humano». Todos coinciden en que invertir en salud supone beneficios económicos por la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población, y concluyen que los programas de salud deberían estar integrados en el desarrollo económico general. Por parte de los organismos internacionales, la estrecha relación entre economía y salud se abordó en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria efectuada en Alma-Ata en 1978, y unos años más tarde tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Banco Mundial relacionaron las mejoras en salud con incrementos de productividad y desarrollo.

La OMS, en su 50 aniversario, recogió como una preocupación creciente la complejidad y altos costes de los servicios de salud, reconociendo el reto de perseguir la equidad en el acceso a éstos en un mundo cada vez más rico, pero con un mayor número de pobres, y en el que se cuestiona la financiación pública, a pesar de que es la única que asegura la sostenibilidad social y la disminución de las desigualdades.

### Salud pública en tiempos de crisis

De entre las muchas referencias que podría aportar sobre el tema, prefiero citar a la Dra. Margaret Chan (2008), directora general de la OMS, en una intervención<sup>3</sup> ante la Asamblea General de las Naciones Unidas en relación con el tema de la globalización y la salud. Chan afirmó que el sector de la salud no tenía ni voz ni voto cuando se formularon las políticas que han estado en el origen de la crisis económica, a pesar de que la salud estaba sufriendo la mayor parte de sus consecuencias, con la triste paradoja, entre otras, de una malnutrición endémica que afecta a bebés y niños atendidos por adultos, igualmente malnutridos pero con sobrepeso: la clave está en la manipulación en los precios, y en que los mismos alimentos baratos que engordan a los adultos dejan a los niños desprovistos de los nutrientes esenciales durante sus primeros años y causan daños irreversibles en su salud para el resto de sus vidas.

Chan citó el Informe anual sobre la salud en el mundo del 2008, donde se evalúa críticamente la manera de organizar, financiar y aplicar la atención de salud en los países ricos y pobres en todo el mundo, con sus fracasos y deficiencias traducidos en una situación sanitaria peligrosamente inestable y falta de equidad. Refirió que las diferencias de esperanza de vida entre los países más ricos y los más pobres superaban los 40 años, y que, de los 136 millones de mujeres que se estima dieron a luz aquel año, unos 58 millones no recibieron ningún tipo de asistencia médica durante el parto, con el consiguiente peligro para su vida y la de sus lactantes. Pero en cuanto a la ES se refiere, señaló que la fórmula de cubrir más de la mitad de todo el gasto sanitario con pagos directos por parte de 5.600 millones de habitantes de países de ingresos bajos y medios es muy ineficiente, ya que «cuando se ve obligada a pagar para recibir atención, la gente tiende a esperar hasta que el problema está tan avanzado que el tratamiento resulta difícil, si no imposible, y los costes son mucho mayores».

Así, la amarga paradoja de nuestro tiempo sería que, en un momento en que la comunidad internacional declara apoyar la salud como un determinante clave del progreso económico y una ruta a seguir para reducir la pobreza, los costes de la atención de salud, cuando los Estados no han asumido su gestión a través de un sistema progresivo de impuestos, hundan cada año a más de 100 millones de personas en la ruina, o por debajo del umbral de pobreza. En este sentido, la Comisión OMS sobre Determinantes So-



ciales de la Salud publicó su informe retando a los gobiernos a que hagan de la equidad un objetivo político explícito en todos los sectores, ya que son las decisiones políticas las que determinan en última instancia cómo se gestiona la economía, cómo se estructura la sociedad y si los grupos vulnerables y desvalidos reciben protección social.

Las diferencias en materia de resultados sanitarios no son una fatalidad, sino los marcadores del fracaso de las políticas.

### La (mala) salud de la economía

Las ciencias de la salud están sufriendo un proceso de colonización, invadidas y parasitadas por aquel tipo de economía que –parafraseando a José Luis Sampedro– se dedica a que los ricos sean más ricos en lugar de que los pobres sean menos pobres. Y el proceso avanza con tanta rapidez que no nos da tiempo a reflexionar. Si lo hiciéramos, quizá sería más fuerte la sensación de que repetimos, con torpeza, la experiencia Argentina de los 90, y el drama-fraude de Grecia más reciente, y la voladura (espero que incontrolada, como lo fue la de Islandia) de Portugal. Y en lo que a la sanidad se refiere, el luctuoso proceso de privatizaciones del NHS inglés.

En la economía en especial es preciso recuperar con urgencia un punto sólido de orientación y apoyo, lejos de frivolidades como las de la ministra Ana Mato, que nos recomendaba «poner en valor lo que tiene mucho valor, porque

siken® form

# Redu PESO

Te ayuda a  
**ADELGAZAR**



**NOVEDAD**  
líder en farmacias  
Gran campaña  
**TELEVISIVA**

**ReduPESO de siken® form** es un producto a base de glucomanano, vitamina B<sub>1</sub>, vitamina B<sub>6</sub>, vitamina B<sub>12</sub> y cromo que **AYUDA A ADELGAZAR**.

Es el producto ideal para reducir el apetito excesivo en las comidas principales, las ganas de picar entre horas y la apatencia por alimentos dulces.

Con **ReduPESO de siken® form** es mucho más fácil perder peso y llevar una alimentación sana y equilibrada.

**DIAFARM**  
LABORATORIOS

www.diafarm.es

El glucomanano ayuda a adelgazar cuando se sigue una dieta baja en calorías.



www.siken.es/redupeso

no hay cosa que tenga más valor que una medicina que cura enfermedades...». Desde los tiempos de la Grecia estoica sabemos que a pesar de las múltiples definiciones de valor, el que interesa en economía como ciencia social es el que permite conectar con las necesidades, intereses y derechos de la persona.

El procedimiento que enfermó la economía es similar al que se contagia ahora a la ES: debilita o extirpa sus lazos con la población (que les dieron origen y sentido), barriendo todo vestigio visible de acción política entendida como acto consciente y colectivo que busca el bien común. Así, el funcionamiento de los mercados y de los procesos de producción, distribución y consumo parecerá responder a un automatismo en el que no se debe intervenir (a pesar de sus letales fracasos) siempre y cuando la privatización, las concesiones o los contratos aseguren beneficios privados con dinero público. El proceso de alienación acaba cuando los servicios de salud se aceptan como una mercancía más de las que los mercados ofrecen.

La economía «científica» del siglo XX desplazó a la población y a sus necesidades del centro de sus políticas, y engendró el *homo economicus* en el papel central. Este nuevo Frankenstein de los *think tanks* neoliberales, sin historia ni lazos personales, solamente utiliza el mercado para la satisfacción de sus necesidades, y cuando actúa de votante (que no de ciudadano), prefiere un Estado lo más reducido posible para pagar menos impuestos. El *homo economicus* no sabe lo que es la solidaridad, ni le preocupan el medio ambiente ni las repercusiones sociales de sus actos. Encarna la deshumanización necesaria para que el pensamiento único de la teoría económica se acompañe de la «única» política económica posible (en estos momentos, la de la falsa «austeridad») y el «único» procedimiento adecuado para la formación de dichas políticas (una supuesta representación parlamentaria que hace aguas por todos sus poros mientras la troika y los *lobbies* económicos dictan las leyes).

Pero la realidad es muy tozuda, y cuando las personas llegaron a convencerse de que podían sobrevivir (que no convivir) bajo la horma de *homo economicus*, su desvarío les enferma. La alienación del engendro provoca, en especial en tiempos de crisis, problemas de salud mental. La creciente desigualdad que el modelo estimula hace rebrotar enfermedades que se creían erradicadas, e incluso surgen nuevas enfermedades (que en algunos casos ni siquiera se reconocen como tales) por los efectos más indeseados de un progreso anti-humano. Pero siempre puede surgir una solución más perversa: y así, la nueva propuesta consiste en convertir las ciencias de la salud en una fase más de la robótica y la ingeniería financiera. Los grandes hospitales, supertecnificados y a poder ser privatizados, son grandes consumidores de los presupuestos de la sanidad pública... y pueden esconder tanta corrupción como poco transparente sean sus procedimientos.

Por tanto, parece tarea urgente que se rescaten y custodien para las ciencias de la salud unos valores que pongan la equidad en primer término, y la ética y la vocación de servicio como normas insalvables. Tampoco es tan difícil porque en muchos casos las normas se proponen con carácter internacional y han sido aprobadas en diferentes organismos y asambleas mundiales. Por ejemplo, la declaración de Ginebra o el Código Internacional de Ética Médica, el Código Internacional de las Enfermeras, los Principios de Ética Médica aplicables a personal de la salud en la protección de personas presas, detenidas, contra la tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o denigrantes, el Código Internacional de Ética de la Investigación (Código de Nuremberg) y la Declaración de Helsinki (I y II).

Paralelamente, las conferencias y declaraciones que tratan de la salud a nivel mundial dan también luz sobre los valores que convendría no olvidar.

Desde Dempeus per la Salut Pública sentimos especial predilección por la declaración de la salud de los pueblos de Bangladesh del año 2000, que afirma que: «La salud es un tema social, económico, político y sobre todo es un derecho humano fundamental».

En este sentido, insistimos en estas líneas básicas de actuación:

1. La desmercantilización de la salud pública y la atención sanitaria, ya que entendemos que el sistema sanitario podrá ser público, pretendidamente mixto, o privado; pero la salud como tal siempre es pública.
2. Des-bio-medicalizar la salud proponiendo avances en la educación, prevención y atención de la salud integrando lo biológico, lo psicológico y lo social, y poniendo especial énfasis en las desigualdades causadas por los determinantes de salud. Potenciar la equidad en salud supone también construir una sociedad más justa.
3. Democratizar la salud pública y la atención sanitaria con la participación activa, cotidiana y constante de la población. ●

## Bibliografía

1. Arthur Cécil Pigou: Sus primeras teorías al respecto se encuentran en *Riqueza y bienestar* (1912), que posteriormente desarrolló en *Economía del bienestar* (1920).
2. Quien mejor lo supo expresar fue el médico higienista Pedro Felipe Monlau con el trabajo *Abajo las murallas!!!* (1841). En una visión que contiene elementos de salud pública tal como hoy los podemos entender, explica las ventajas de derribar los seis kilómetros de murallas medievales que ahogaban en 2 millones de metros cuadrados una población que había pasado de 115.000 personas en 1802 a 187.000 en 1850. Donde las nuevas industrias disputaban el suelo en los cuarteles, los conventos y las iglesias, no quedaba espacio para las personas. Aun así, hay que esperar al Bienio Liberal, el estallido de la primera Huelga General en Cataluña de 1854 contra las «selfactinas», que duró 9 días, y los estragos de una epidemia de cólera que mató a 9.000 personas, para que finalmente se empezaran a derribar las murallas.
3. <http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081024/es/>



FARMACONSULTING  
EL LÍDER EN TRANSACCIONES

# SI ALGO LE DICE QUE ES HORA DE **COMPRAR O VENDER** SU FARMACIA...

## EXPERIENCIA

**...Silvia confía al 100%  
en Farmaconsulting:**

"La experiencia y cercanía del equipo Farmaconsulting, me aportó la tranquilidad necesaria en la venta de mi farmacia."

**23 AÑOS DAN PARA MUCHO, PARA  
MÁS DE 2.000 TRANSACCIONES Y,  
SOBRE TODO,  
CLIENTES SATISFECHOS.**



### CONFIANZA



Porque cada farmacia es distinta y sus necesidades son únicas, contará con un asesor personal a su disposición desde el primer día hasta el último.

### SEGURIDAD



Porque sabemos que es uno de los pasos más importantes de su vida, le ofrecemos una solución absoluta y global, donde se asegura cada pequeño detalle.

### FINANCIACIÓN



Porque la situación económica no debe ser un obstáculo, hemos alcanzado acuerdos con los principales bancos para que la transmisión cuente con la financiación necesaria.

**23 años**  
1991 - 2014

2000 TRANSACCIONES

Contacte con nosotros  
en el **902 115 765** o en  
[www.farmaconsulting.es](http://www.farmaconsulting.es)

## ● Hacia un cambio de modelo de farmacia

Mario Rovirosa Escosura  
Director general. Chiesi España  
(www.chiesi.es)

“ El modelo se ha agotado y los laboratorios, al igual que la farmacia, están cambiando »

# La industria farmacéutica y la farmacia ante el cambio del entorno: «Cuando veas las barbas de tu vecino...»

Muchas cosas han ocurrido en los últimos tiempos. Y aunque los que llevamos unos cuantos años en el sector ya habíamos escuchado, e incluso debatido en algunos foros, que el modelo de farmacia y de sector industrial iba a cambiar, han tenido que ser finalmente factores externos los que nos están obligando a ello.



© Thinkstock



Efectivamente, muchos ya lo veíamos. Como en el sector del ladrillo, ya nos dábamos cuenta de que las hipotecas a 40 años sobre el 120% del valor del piso y representando el 60% de los ingresos familiares eran una locura, pero lo seguíamos haciendo pensando que así íbamos a obtener un valor futuro del piso mucho mayor (sin por supuesto pensar que el puesto de trabajo correría peligro alguno ni valorar que el ahorro constituía algo fundamental en el desarrollo futuro de las familias). Pues algo parecido le ha ocurrido al sector farmacéutico. ¿Por qué íbamos los laboratorios y las farmacias a modificar voluntariamente algo que tan bien nos había funcionado durante tanto tiempo? En efecto, el cambio que estamos viviendo no ha venido de dentro del sector.

Estamos viviendo una profunda crisis económica que ha dado mucha importancia a los desajustes en el déficit público para explicar por qué se ha cerrado el grifo del crédito. Y nuestro sector, en la mayoría de los casos, ha fundamentado su crecimiento en el aumento del gasto público, en el reembolso de las prescripciones por parte de la Administración. Aunque aumentara el gasto farmacéutico en relación con el PIB, siempre pensamos que estaba justificado porque estábamos «hablando de salud».

### Modelo agotado

El modelo se ha agotado y los laboratorios, al igual que la farmacia, están cambiando. Generalizaré mucho para que se entienda, aunque evidentemente cada empresa es distinta y, en función de su portafolio de productos, lo que diga puede quedar un poco alejado de su realidad. Antes, casi todos en la industria farmacéutica innovadora estábamos convencidos de que la clave de nuestro negocio residía en los médicos especialistas y en los de atención primaria. En ellos residía la clave de la decisión en la prescripción de un fármaco u otro. Para poder contactar con los numerosos miembros de estos colectivos era necesario disponer de grandes redes de visitadores médicos. Por aquel entonces, a la Administración le reservábamos el papel de «pagador» (ni cliente, ni «partner», ni «decisor»). Este error conceptual de considerar que la Administración pagaría «todo y para siempre» lo hemos cometido varios colectivos; para empezar, los laboratorios, que habían construido su estrategia de crecimiento sobre la creencia de que todo esfuerzo innovador iba a ser siempre recompensado con buenos precios y pocos límites al acceso de nuevas terapias para los pacientes; a continuación, tenemos a los farmacéuticos, muchos de los cuales pensaron que el principal obstáculo en su vida profesional sería llegar a tener una farmacia (después todo iba a ser un camino de rosas); y no debemos olvidar a los propios pacientes, a los cuales hemos hecho creer, entre todos, que el acceso a una sanidad de primer nivel es un derecho universal y gratuito (o mejor dicho, siempre a cargo de los poderes públicos/gobierno).

Sin embargo, hoy las tornas han cambiado. Ante la falta total de liquidez y la necesidad de cumplir con objetivos específicos de déficit público, la Administración (mediante numerosas medidas por todos conocidas) ha empezado a decidir sobre qué quiere pagar y sobre cuánto quiere pagar. Visto con cierta perspectiva, parece bastante obvio que quien pague quiera intervenir en las decisiones, ¿verdad? Y efectivamente, la factura se ha reducido, y mucho; en los últimos 3 años, aproximadamente un 30% en un sector que jamás había experimentado un decrecimiento.

Y claro, las consecuencias son importantes cuando todo esto no se ha previsto con tiempo: reestructuraciones para adelgazar esas grandes líneas de visitadores de las que hablábamos (aproximadamente han desaparecido 10.000 puestos de trabajo de visitador médico en España), reducciones en las facturaciones y reducciones también en los márgenes (recordemos que las medidas del 2010 y 2011 fueron todas ellas medidas de precio con impactos directos sobre el beneficio de las empresas y de las farmacias; sólo en 2012 empezamos a ver medidas algo distintas, en las que las unidades consumidas empezaron a reducirse [copago y salidas del reembolso]).



**Es importante que entendamos, entre todos, que si sólo focalizamos nuestros esfuerzos en productos que se van a desmoronar en cuanto venza su patente, estamos condenados al fracaso»**

Hasta aquí todo son cambios muy cuantitativos. Pero el verdadero cambio ha empezado y es mucho más cualitativo. El sector ha empezado a entender que lo que funciona no es para siempre, y que debe reenfocarse mucho más a menudo para adaptarse a un entorno que va a ser mucho más cambiante. Está incorporando otros clientes fundamentales en su punto de mira, como son la Administración, el paciente y la farmacia.

### El cliente... cambia

Vayamos por partes, porque lo que estamos diciendo tiene mucha profundidad. ¿Cuántas industrias conocemos en las que «el cliente» cambie? Pongámonos a pensar, y no encontraremos demasiadas. Podemos encontrar casos en los que el mismo cliente evolucione y sus necesidades evolucionen con él. Pero lo que le está pasando al sector farmacéutico es que el cliente de antes está empezando a dejar de decidir y es otro el que ha empezado a hacerlo. Entre los que están dejando de hacerlo encontraríamos fundamen-

talmente a los médicos de atención primaria. Y entre los que están empezando a tomar decisiones y no lo hacían antes destacaríamos a la Administración en sus distintas formas (coordinadores de centro de salud, gerentes de áreas básicas, farmacéuticos de atención primaria, «mesogestores», directores generales, consejeros, etc.) y a los pacientes, cada vez más informados y más decisivos. Ambos, los que pagan y los que finalmente consumen, quieren ser parte importante en las decisiones de prescripción. Si lo vemos con algo de distancia, tampoco parece tan ilógico. ¿Quiere decir esto que los médicos ya no «pintan nada»? Rotundamente no. Pero ya no de forma individual, como lo hacían antes, sino a través de grupos como las sociedades científicas, agrupaciones, asesores de las comunidades, etc.

Por tanto, ¿qué ocurre cuando el cliente cambia? Pues que cambia todo. Las necesidades son totalmente distintas. El abordaje que necesitan también. Los puntos de contacto no tienen nada que ver. Y ello inevitablemente requiere una reconversión interna de las compañías, que deben modificar sustancialmente su organización y estructura, los posicionamientos de los productos, los mensajes promocionales, los canales que deben utilizar, etc. Y lo que es más importante todavía, las habilidades y competencias de sus empleados. Ahí es donde realmente tenemos todas las compañías un reto enorme, y sólo las que consigamos evolucionar bien y rápido encontraremos oportunidades en un momento tan complejo.

Hasta ahora hemos hablado de Administración y pacientes. Pero ¿y la farmacia? ¿También la farmacia es un nuevo cliente? Es evidente que no, aunque reconozcamos que sólo algunas compañías han estado históricamente más cerca de las farmacias; posiblemente aquellas que disponían de una línea de productos OTC o sin receta más importante, o tal vez aquellas que supieron ver más a largo plazo. Seguro que, como industria, podemos hacer algo de autocrítica en nuestra relación con las farmacias. Y si lo vemos desde el otro punto de vista, el de las farmacias como colectivo, también podemos hacer crítica. ¿Cuántas han vivido fundamentalmente de la receta reembolsada, y por lo tanto se han beneficiado de este trabajo hecho con los médicos por parte de los laboratorios? Por el contrario, ¿cuántas empezaron a cambiar a tiempo y diversificaron su negocio introduciendo otras gamas no financiadas, asumiendo un rol de asesoramiento en autocuidado de la salud importantísimo para el paciente? Mientras todo iba bien, el trabajo de las primeras era ciertamente cómodo, mientras que el de las segundas requería de un compromiso para desarrollar la farmacia a través de un esfuerzo de gestión, de dirección de personas e incluso, por qué no, comercial. Hoy que las cosas ya no van tan bien y las farmacias han entendido que depender demasiado del reembolso de recetas (con precios cada vez más bajos, con márgenes reducidos y con dificultades de cobro) puede no ser suficiente, es probable que nos encontremos que unas están mucho más



©Thinkstock

preparadas que otras para afrontar el actual entorno. No quiero introducir aquí (para no hacer más complejo el análisis) otras variables, como el hecho de que algunas farmacias estén en fase de pago del crédito o no.

Es decir, si miramos hacia atrás, ambos, laboratorios y farmacias, debemos, como colectivos, hacer un poco de autocrítica en nuestra relación.

### Construyendo el futuro

Y si miramos hacia adelante, ¿qué están haciendo los laboratorios en relación con la farmacia y el cambio de modelo que se está experimentando? Pues alinearse, por propia necesidad, con éste, puesto que está redescubriendo el potencial de productos que estaban en el olvido y creando pequeñas redes para desarrollarlos junto con el farmacéutico. Pongamos el caso de Chiesi: hace apenas 4 años casi no teníamos productos sin obligación de prescripción (y los que teníamos no representaban una parte suficiente de nuestro negocio que pudiera soportar una inversión en publicidad o una red de vendedores). Sin embargo, hoy, tras la desfinanciación de varios productos (Flogoprofen®, Pasiflorine®, Loperan®) y el cambio de estatus a sin receta, nos encontramos que entre el 20 y el 25% de nuestra facturación tiene como principal cliente al combinado farmacéutico/paciente.

Pero esto, a mi modo de ver, no es suficiente. Es importante que entendamos, entre todos, que si sólo focalizamos



Si duele...  
¡Actúa rápido!

**flogoprofen**  
ETOOFENAMATO

Alivio local del dolor  
y la inflamación leves



Flogoprofen 50 mg/ml  
Solución para  
pulverización cutánea

Flogoprofen 50 mg/g Gel

No aplicar a menores de 12 años  
No aplicar sobre heridas ni mucosas

 **Chiesi**  
People and ideas for innovation in healthcare

nuestros esfuerzos en productos que se van a desmoronar en cuanto venza su patente (por la aparición de genéricos y su posterior bajada de precio), estamos condenados al fracaso. Si, por el contrario, conseguimos construir pilares mucho más sólidos y menos dependientes de decisiones gubernamentales, estaremos construyendo algo más duradero. Puede que este camino sea más lento y menos explosivo, pero es más seguro. Y en este «nuevo» camino los productos sin receta y el papel de las farmacias son fundamentales. Y creo que aunque ambos (laboratorios y farmacias) no hayamos reaccionado con suficiente visión en el pasado, vivimos hoy una situación en la que el entendimiento y la colaboración mutua redundarán en un futuro sostenible para todos. La farmacia se convierte, hoy y todavía más en el futuro, en el punto de salud de referencia más cercano al paciente, un lugar en el que el cliente simplemente entra y pide consejo para su salud. Ofrecer el mejor asesoramiento en patologías leves y de mejora del bienestar de los pacientes hace no sólo que el paciente maximice su confianza en el profesional sanitario detrás del mostrador, sino también que éste pueda gestionar la farmacia con mayor sostenibilidad en cuanto a los ingresos (tanto en precios como en cobros).

“**Es importante que tanto los laboratorios como las farmacias entendamos que debemos construir una relación a largo plazo»**

De esto no se ha dado cuenta sólo Chiesi. En los últimos tiempos, otras empresas han visto esta oportunidad y han dado pasos en esta dirección. Seguro que en las farmacias la cantidad de vendedores que solicitan poder explicar y vender sus productos es mucho mayor que hace un tiempo. Del mismo modo, es notorio el aumento en la cantidad de anuncios en radio y televisión que promocionan productos farmacéuticos y complementos dietéticos. Y continuará, porque las perspectivas para este segmento de productos son más optimistas que para el resto de productos que se venden en la farmacia. Y porque en otros países europeos el modelo de autocuidado en la farmacia está mucho más desarrollado que en el nuestro. Y es importante que tanto los laboratorios como las farmacias entendamos que debemos construir una relación a largo plazo. No táctica, oportunista o basada únicamente en descuentos, sino una relación en la que juntos creemos «valor para el paciente». Uno de los retos de la farmacia es conseguir que el paciente/cliente piense que, si va a otra farmacia, no va a conseguir el mismo servicio/solución de salud que si adquiere el producto allí, y en este punto concreto es donde ambos debemos colaborar estrechamente

(un buen ejemplo de esta colaboración debe ser la formación que el laboratorio puede ofrecer al personal de la farmacia para hacer que éste llegue a los niveles competenciales que el paciente futuro demandará).

Para cerrar el análisis con el cliente/*partner* farmacia quiero destacar que he dejado aparte la posibilidad de que, en el futuro, la legislación acerca de la propiedad de las farmacias pueda modificarse. Aunque no parece que vaya a haber cambios a corto plazo, no es descartable que a medio plazo esto pueda suceder (otros países ya están moviéndose en esta dirección), en cuyo caso el escenario volvería a cambiar sustancialmente, y todos hemos de ir preparándonos desde ahora para este posible escenario.

### Investigación y desarrollo

No quisiera finalizar este artículo sin hablar brevemente del otro gran cambio que está viviendo el sector y que hace referencia a la I+D. Para algunas empresas no es nada nuevo porque ya se dieron cuenta antes de que empezara la crisis (de hecho, la crisis es sobre todo una crisis de los mercados del sur de Europa, mientras que la I+D de las empresas tiene un pensamiento global). Lo que las empresas ven es que muchas de las grandes patologías de la población (por ejemplo, hipertensión, colesterol, depresión, alergia, asma, dolor, etc.) están bastante controladas, y además se ofrecen hoy tratamientos para este tipo de trastornos a precios muy bajos. Seguir investigando en esta línea seguiría siendo muy caro, probablemente ofrecería soluciones que añadirían poco a lo ya existente y, consecuentemente, el precio al que se podrían comercializar no sería rentable. Por lo tanto, la investigación está enfocada hoy en día en encontrar soluciones a patologías que no están bajo control, lo cual, como ciudadanos, debe enorgullecernos, puesto que se destinan los recursos a la innovación real. En algunos casos, todavía encontraremos prevalencias importantes en las patologías que se están afrontando (por ejemplo, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o Alzheimer), y como consecuencia estos productos se venderán probablemente en la farmacia de calle. Pero en otros casos (la mayoría) las soluciones que se están investigando y desarrollando serán para patologías que se diagnosticarán y tratarán en los hospitales, y es allí donde veremos aparecer los nuevos productos provenientes de la investigación de la industria. Este aspecto debe hacernos pensar también en el papel futuro de la farmacia en sí misma y, como decíamos antes, de la relación que laboratorio y farmacia deben construir juntos.

En fin, desafortunadamente es difícil que los cambios surjan de forma proactiva y desde dentro. Es muy posible que nos hubiésemos ahorrado algo de sufrimiento. Sea como fuere, después de cuatro años de crisis (en nuestro sector ésta empezó en 2010), algunos ya hemos entendido que el cambio ha venido para quedarse, y nos estamos moviendo para afrontar este nuevo desafío farmacéutico. Que el cambio continuo no nos pille con las barbas sin remojarse. ●

# La plataforma *online* que te ayuda en tu día a día



[www.entufarmacia.bayer.com](http://www.entufarmacia.bayer.com)

## SERVICIOS AL FARMACÉUTICO:

**Venta de productos Bayer a precios exclusivos.\***

Consulta del estado de tus pedidos.

Cursos de formación acreditados y cursos específicos para farmacéuticos para todo el personal de farmacia.

Acceso al vademecum completo de Bayer Consumer Care.

Información técnica y científica sobre los últimos lanzamientos.

Descarga de spots e imágenes.



*en tu*  
**FARMACIA**

**Entra y regístrate**

\*Descuento realizado de acuerdo a la legislación vigente.

## Hacia un cambio de modelo de farmacia

Joan R. Lladós  
Farmacéutico comunitario

“**Deberíamos ser capaces de incorporar en una misma estrategia los intereses de los distintos agentes: pacientes, profesionales, industria y administraciones sanitarias»**

# El largo y tortuoso viaje de la oficina de farmacia hacia la farmacia asistencial

Ahora puede parecer que el largo y tortuoso viaje de las farmacias españolas hasta la asfixiante situación actual es consecuencia de la crisis económica iniciada en 2008, aunque su aparición en este sector pueda considerarse algo más tardía (2010). No cabe duda de que el impacto de la actual crisis financiera sobre la farmacia no es precisamente positivo. Las medidas de control que han tomado los gobiernos (central y autonómicos) han venido a complicar aún más las situación. Ante lo que es una crisis de falta de dinero en el bolsillo, va tomando cuerpo el desmantelamiento del Estado del Bienestar, con el consi-



©Thinkstock

80  
años contigo

al servicio de nuestros



pacientes



médicos



farmacéuticos

Desde la experiencia que otorgan largos años de esfuerzo sostenido, la División Farmacéutica trabaja en el desarrollo de nuevas especialidades y en la mejora continua de la calidad de nuestros productos para la **obtención de la confianza y satisfacción de nuestros clientes.**



**LAINCO, S.A.**

Avda. Bizet, 8-12, 08191 - RUBI (Barcelona) | Tel.: 93 586 20 15 | Fax: 93 586 20 16

lainco@lainco.es | www.lainco.es

guiente traspaso de servicios esenciales desde la esfera pública a intereses privados no siempre transparentes. Medidas como los co-pagos y, sobre todo, los impagos de la factura de medicamentos por parte de las Administraciones públicas están comprometiendo el futuro de muchas farmacias que se encuentran en unos niveles insostenibles de endeudamiento. Algunos informes sugieren que hasta un 15% de las farmacias pueden no ser viables económicamente. También se ha producido un hecho hasta ahora insólito: el cierre definitivo de algunas farmacias por decisión del propio farmacéutico. Y todo apunta a que este fenómeno puede ir en aumento si prosiguen los impagos.

## “ La práctica inexistencia de honorarios profesionales banaliza la intervención del farmacéutico, reduciendo su papel al de mero intermediario o proveedor de bienes »

En realidad el viaje hacia la disminución de la rentabilidad de las farmacias empezó mucho antes de la crisis. La aprobación de nuevas leyes (RD Ley 5/2000), la rebaja de márgenes y la desfinanciación redujeron el margen neto en un 36% desde 1998 (12,3%) hasta 2008 (7,9%). La constante reducción de precios se ha sumado al viaje. La presentación de simvastatina de 10 mg, por ejemplo, ha visto reducir su precio en un 86,9% entre los años 2004 y 2013. Las medidas de control no afectan solamente a los márgenes y los precios, sino que provocan un descenso del consumo de medicamentos a través de las farmacias de tal forma que, entre 2009 y 2011, se reduce un 10,74% (a PVL). Las sucesivas medidas de control del gasto consiguen que, entre 2010 y 2011, a pesar de un aumento del 1,6% en el número de recetas de la Seguridad Social, el gasto medio por receta descienda un 10,2%, situándose en 11,44 €, a niveles de 10 años antes. Si nos remontamos hasta 2006, el descenso del gasto medio por receta en 2011 acusa un descenso del 14,37%.

En este momento aún no disponemos de datos suficientes sobre el año pasado, por lo que limitaremos nuestras comparaciones a las cifras, ya conocidas, del año 2012. Si atendemos al número de farmacias, en 7 años se produce un aumento del 4,36% que se ve compensado, en parte, por el aumento de la población. En el año 2012 el número de habitantes por farmacia era de 2.203, lo que supone un aumento, desde el año 2000, del 6,8%. En ese mismo periodo la población aumentó un 16,7% y el precio medio del

medicamento se redujo un 56,5%. En cambio, desde 1984 hasta 1994, el número de farmacias se había incrementado por encima del aumento de población: un 9,4% de farmacias más frente a un 7,4% más de habitantes por farmacia.

Actualmente, la factura pública de medicamentos lleva 2 años descendiendo en valores absolutos, aunque el incremento de las cifras, desde el año 2000, supera el 64%. El incremento del gasto en medicamentos entre el año 2000 y el año 2012 no se debe al precio de los medicamentos, sino a un gran incremento (54,1%) del número de recetas de la Seguridad Social.

En relación con el número de farmacéuticos, desde 2006 hasta 2012, el número total de colegiados aumenta un 8,07% y el subgrupo que experimenta una mayor variación porcentual es el de los jubilados, con un 33,17%, seguido por el grupo de «no ejercientes», con un 13,59%. Y la destrucción de empleo ha aumentado durante el año pasado tanto en la farmacia como en la industria.

Los ajustes presupuestarios impuestos por la crisis empujan a cosechar resultados negativos en términos de salud como el descenso de la esperanza de vida, el aumento de la morbilidad (mayor número de recetas por paciente) y el aumento de la mortalidad. No parece razonable producir ahorros económicos con semejante coste adicional. El sistema sanitario sigue siendo muy eficaz en el tratamiento de los casos agudos, pero flaquea en el control de los tratamientos crónicos y es casi inexistente en lo que se refiere a prevención y educación sanitaria de la población.

A nuestro entender la forma más simple consiste en aprobar unos presupuestos realistas y flexibles en lugar de aprobar presupuestos a la baja, a sabiendas de que se van a superar. El coste de la factura pública de medicamentos debe dejar de ser considerado como un mero gasto sanitario para incorporar también el concepto de inversión en salud. Deberíamos ser capaces de incorporar en una misma estrategia los intereses de los distintos agentes: pacientes, profesionales, industria y administraciones sanitarias.

### Un sector complejo y desconocido

El entorno del medicamento es aún bastante desconocido por la sociedad, a pesar de ser un sector absolutamente regulado en sus más mínimos detalles. En lo que a la farmacia se refiere, el farmacéutico tiene una escasa capacidad de influencia, ya que debe ajustarse a lo establecido para multitud de cuestiones: ubicación de la farmacia, dimensión mínima y distribución de espacios. El farmacéutico tampoco interviene en la fijación del precio de los medicamentos, pues tiene un papel pasivo como mero dispensador con un margen comercial. Con sucesivas reducciones de márgenes y unos precios que parecen haber tocado suelo. La práctica inexistencia de honorarios profesionales banaliza la intervención del farmacéutico, reduciendo su papel al de mero intermediario o proveedor de bienes. Incluso



# Floradix®

## Hierro + Vitaminas

- Gluconato ferroso
- Vitaminas C, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>
- Extracto acuoso de 7 plantas
- Jugos de 9 frutas diferentes
- Levadura y germen de trigo

La fórmula de Floradix está especialmente diseñada para optimizar la absorción del hierro, a esto contribuyen tanto los ácidos de los jugos de frutas como la vitamina C.

El preparado Floradix ha sido formulado pensando en su tolerancia. La absorción del gluconato ferroso es muy buena por lo que no quedan restos de mineral en el intestino que provoquen malestar estomacal o estreñimiento. Ésto se consigue gracias a los diversos extractos de plantas que aportan un efecto digestivo.



También disponible para celíacos bajo el nombre de Floravital.

Floradix está exento de aditivos, conservantes, colorantes, alcohol y lactosa.

Floradix 250 ml - C.N. 326850.9

Floradix 500 ml - C.N. 326843.1

Floradix 84 comprimidos - C.N. 152008.1

Floravital 250 ml - C.N. 152809.4



[www.salus.es](http://www.salus.es) • [www.floradix.es](http://www.floradix.es)

Para más información descárguese el suplemento *Deficiencia de hierro. Suplementos*  
<http://www.salus.es/publicaciones/hierro.pdf>



PUBLICITADO  
EN  
DIVERSOS  
MEDIOS

## Floradix®

Con la regla se pierde una parte del hierro que tu organismo necesita para mantener su normal energía y vitalidad. El hierro contribuye al transporte del oxígeno en nuestro cuerpo y por ello ayuda a disminuir el cansancio y la fatiga, a lo que también ayuda la vitamina C. Con Floradix recuperas el hierro que necesitas para recargar tus pilas. Floradix, rico en hierro y vitaminas, es el complemento alimenticio de gran tolerancia y agradable sabor ideal ante cualquier necesidad de un aporte extra de hierro. Con Floradix, tú eliges. Cansada o...

¡Encantada de ser mujer!



También disponible para celíacos bajo el nombre de Floravital.

Floradix está exento de aditivos, conservantes, colorantes, alcohol y lactosa.

Llámanos y te aconsejaremos  
**965 635 801**



[www.floradix.es](http://www.floradix.es)  
[info@salus.es](mailto:info@salus.es)

Síguenos en  
[facebook.com/salus.es](https://www.facebook.com/salus.es)

la transmisión de estos bienes (medicamentos) debe cumplir una normativa específica.

El margen comercial, sin embargo, lleva aparejado el reconocimiento de actividades profesionales del farmacéutico en relación con la utilización de medicamentos. Lo cierto es que muchas de estas actividades profesionales del farmacéutico son escasamente practicadas. A pesar del gran nivel de colaboración existente, el farmacéutico aún debe demostrar a las autoridades sanitarias las ventajas de su actividad profesional no comercial a causa de la exigua documentación de éstas.



### **Vista la decreciente influencia de la farmacia sobre el medicamento, solamente queda la posibilidad de evolucionar hacia la prestación de servicios asociados a la utilización de medicamentos»**

Todo apunta hacia un incremento de las medidas liberalizadoras permitiendo el acceso al sector por parte de grandes empresas de distribución, de operadores logísticos y de compañías aseguradoras. Todos ellos con una potente presencia mediática, capaz de captar clientes. La excesiva atomización minifundista de nuestras farmacias no podrá competir con semejante maquinaria. Para acabar con esta situación podría propiciarse la amortización de farmacias de una misma zona para que pudiera abrirse una nueva farmacia con mayores recursos económicos y humanos, capaz de prestar servicios profesionales. Eso sí, sin que pudieran cubrirse las vacantes producidas. Si se han dado fusiones en todos los sectores, ¿por qué no pueden darse en la farmacia?

¿Debe la farmacia mantener a ultranza la comercialización al por menor de los medicamentos? ¿Debe decantarse hacia la prestación de servicios? ¿O debe tratar de convertirse en una farmacia «bisagra» entre las dos opciones, comercial y profesional?

### **El cambio**

El farmacéutico debe ser capaz de liderar el cambio en el sector, ya que, de lo contrario, las posibles consecuencias podrían ser muy negativas. Vista la decreciente influencia de la farmacia sobre el medicamento, solamente queda la posibilidad de evolucionar hacia la prestación de servicios asociados a la utilización de medicamentos. La farmacia debe identificar las oportunidades para asumir un papel más importante en el cuidado de los pacientes así como los desafíos importantes a los que se enfrenta para lograrlo. Serán necesarias grandes dosis de innovación y una creciente utilización de las nuevas tecnologías para conseguir un mayor papel de la farmacia en el apoyo a la salud y el bienestar de los pacientes.

El farmacéutico, acostumbrado a actuar de forma pasiva cumpliendo normas, se muestra inseguro en la prestación de unos servicios aún no regulados. Pero la realidad suele ir siempre por delante de la regulación. Si la regulación de los servicios precede a la creación de éstos, se corre el riesgo de caer en la regulación de lo inexistente, y de convertirse en otra norma incumplida. A menos que se participe activamente en su gestación con capacidad para influir en los cambios. Ello siempre supone una oportunidad.

La utilización de medicamentos por parte de la sociedad dista aún mucho de ser óptima, provocando un aumento adicional de los recursos sanitarios necesarios. Por ello, será absolutamente necesario disponer de estrategias que nos permitan garantizar un uso racional. Una farmacia media de mayores dimensiones, con varios farmacéuticos especializados en distintas tareas, podría desarrollar servicios avanzados. Entonces la farmacia comunitaria se convertirá en un verdadero centro comunitario de salud.

Consolidado este proceso de fusión de farmacias para convertirlas en centros de salud, ¿no podría pensarse en una nueva ampliación? ¿Podría ser posible que a finales de esta década muchas farmacias comunitarias sean verdaderos centros comunitarios de salud que emplean una fuerza de trabajo multidisciplinario que incluye médicos, para convertirse en centro médico del paciente?

Hasta ahora la farmacia comunitaria podía ser considerada un mero proveedor pasivo de medicamentos bastante aceptable, pero las consecuencias económicas, sociales y sanitarias del modelo actual reclaman una nueva orientación capaz de satisfacer las nuevas demandas y exigencias tanto de los gestores de los recursos sanitarios públicos como de los propios pacientes. Se impone el cambio. ●

## ● Hacia un cambio de modelo de farmacia

Vicenç Calduch  
Presidente de Fedefarma

# Distribución: hacia una nueva relación de partenariado

“**Hemos perdido nuestra zona de seguridad, y el contexto actual provoca que la actividad desarrollada por los farmacéuticos se esté dinamizando»**

El director de la revista que cuenta ya con 500 números a sus espaldas me invitó a compartir con los lectores mis reflexiones relativas a la distribución. La verdad es que uno siente cierto respeto ante tal petición, por portada, aniversario, y más aún en los vertiginosos tiempos que corren. Pero conviene abrir espacio para la reflexión colectiva y hay que intentarlo cuando escasea el espacio para la meditación y el diálogo.

La actividad de la farmacia se basa tanto en el conocimiento sanitario como en la disponibilidad de fármacos y productos sanitarios; la combinación de ambas es el factor diferenciador sobre otras actividades profesionales o comerciales. No es nada nuevo que no se sepa, pero desde el sector conviene no olvidarlo, al estilo más clásico cuando todo fluye y nada permanece constante.

Aunque pueda parecer un contrasentido la situación actual ha servido para afianzar nuestro modelo y demostrar que es sólido en el sentido sanitario y en un entorno de dificultades como el actual, disculpándome anticipadamente por es-



©Thinkstock

ta generalización. Hemos perdido nuestra zona de seguridad, y el contexto actual provoca que la actividad desarrollada por los farmacéuticos se esté dinamizando, y es aquí donde radica la necesidad de una visión estratégica y colectiva. Debemos facilitar un desarrollo sostenible, diversificando nuestra actividad, siendo más exigentes en el control de costes y en la mejora de la eficiencia y todo ello sin perder los valores sanitarios ni nuestra actividad empresarial.

### Papel de la distribución

Pero vamos a ver el papel de la distribución. Sabemos que esencialmente agrega demanda, prefinancia, almacena, individualiza necesidades diarias, transporta, documenta, factura y cobra, lo cual sonará a poco pero cuando uno recoge las principales cifras de forma agregada no dejan de ser magnitudes impresionantes y que representan las propias de una gran actividad económica. Requieren de capital, inversión, recursos humanos, tecnología y mucha energía de todo tipo –combustibles incluidos–, por citar algunos de los

“**No debemos desatender, ni en tiempo ni en forma, la solución específica que cada paciente puede requerir para la mejora de su salud»**

recursos necesarios para la viabilidad del proyecto y la consecución de los objetivos. Precisamente por todo lo anterior no cabe, y menos aún con la morosidad en alza, asimilar como se pretende el concepto ‘freemium’ (gratuidad) que otros modelos empresariales basados en el concepto –sólo trabajo en lo bueno económicamente sin valorar lo socialmente valioso– sí pueden plantearse.

La actividad de la distribución farmacéutica de amplia gama no es comparable a la del refresco que da ‘alás’ o a la de ‘la chispa de la vida’, artículos de financiación privada con generoso margen industrial y consumo voluntario (dejaré de lado la inversión publicitaria en campañas). El glamour de la *Fórmula 1* no nos acompaña, pero a mi parecer tiene algo máspreciado, sencillamente el valor de intentar mejorar la salud de las personas. Se trata de una actividad en red, de carácter continuo 365/7/24, muchas referencias y muchas operaciones a cubrir en un corto espacio de tiempo y con muy poco margen, en la que además se cumple con la ley de Pareto (esa que habla del 80/20).

Pero, desde nuestra visión sanitaria de la actividad, ¿podemos despreciar la importancia sanitaria del 80% del resto de vademécum?, ¿podemos ignorar la importancia del factor tiempo de servicio?, ¿podemos dejar un valor estratégico tan importante en manos de terceros? Por lo expuesto anteriormente, si el eje de futuro que se plantea desde

la Administración y para el conjunto de actores de la cadena del medicamento es el del paciente, entiendo que no, no y no. No debemos desatender, ni en tiempo ni en forma, la solución específica que cada paciente puede requerir para la mejora de su salud. Para esta cuestión concreta, pues, matemáticas con sinergia,  $80 + 20 > 100$ .

Por consiguiente, desde aquí resaltar el valor estratégico de la distribución para una actividad profesional minorista como la de la red de oficinas de farmacia, que sin el partenariatado de la distribución presentaría una debilidad que le impediría de una forma eficiente la consecución de su principal objetivo. Que no es otro que el de facilitar el acceso al medicamento a la ciudadanía independientemente de su ubicación geográfica, precio, tamaño o rotación. Y ese mismo objetivo entiendo que es común en toda la cadena de suministro, entre la que incluyo también a la Administración.

### Aportación de valor

Pero cuando se plantea evolución o revolución, y por tanto no tan solo cambiar las respuestas sino atender a nuevas preguntas, ¿es suficiente el concepto esencial expuesto anteriormente?

En el marco de la coyuntura socioeconómica actual, la respuesta vuelve a ser no. Nuestro sector está sufriendo transformaciones derivadas de la realidad del mercado y debemos diversificar nuestra actividad y ayudar en todo lo que podamos a la dinamización de la farmacia. Esto es, la distribución debe promover la aportación de valor entre todos los agentes con los que interactúa.

Con la Administración pueden plantearse colaboraciones tanto en la logística de las campañas sanitarias, caso del exitoso programa de prevención del cáncer colorrectal, como de logística para hospitales o nuevos planteamientos para MDHA. La mejora de resultados en salud y la eficiencia del conjunto bien se merecen un intento.

La aportación de valor en relación con la industria puede traducirse en actuaciones de operador o plataforma logística, realizando tareas de apoyo en marketing y ventas, logística inversa en relación con el reciclaje y servicio de devoluciones, manejando datos estadísticos de consumo, estacionalidades y flujos de aprovisionamiento, etc.

En lo que se refiere a las farmacias, la distribución debe diversificar su actuación en dos grandes líneas: favorecer aquellos servicios que ayudan al farmacéutico a gestionar su oficina de farmacia desde la vertiente empresarial (asesoramiento, consultoría, formación, servicios informáticos, financieros, marketing, etc.) y promover los servicios sanitarios que aumentan el valor profesional de la farmacia en sí hacia el cliente. Así pues, entiendo que el eje más acertado de la actividad de la farmacia debe ser el de asociar el fármaco con los servicios derivados de este conocimiento sanitario.

Por otro lado, y en el mismo orden de cosas, no debemos olvidar que gran parte de la distribución farmacéutica en

En los momentos difíciles es donde las personas y las empresas demostramos nuestros auténticos valores, porque al final, las crisis se acaban.

**SOMOS UNA COOPERATIVA DE FARMACÉUTICOS.  
SOMOS TU FARMACIA.**



**DEFENDEMOS** NUESTRO MODELO DE FARMACIA.  
**DEFENDEMOS** EL CAPITAL FARMACÉUTICO.  
**DEFENDEMOS** EL SERVICIO AL PACIENTE.

España está en manos de cooperativas. El valor cooperativo, en un modelo como el que atañe a nuestra profesión, es de vital importancia y los farmacéuticos debemos tomar conciencia activa de ello. Pues salvando alguna excepción, mayoritariamente se preocupan y ocupan de defender, sustentar y promover la supervivencia del modelo mediterráneo de farmacia con su binomio propiedad-titularidad, frente a propuestas que se sitúan en el lado opuesto y que podrían acabar con el arquetipo que conocemos actualmente. Y disculpen la deriva políticamente expresada en esta última frase, pero entiendo que se trata de marcar perfil y expresarles mi criterio provocando de paso su reflexión, desde una actividad en la que están todos los que son pero no son todos los que están. Sirvan estas palabras de reivindicación contra las causas del desabastecimiento que sufrimos cíclicamente y de paso para el etiquetado metafórico en la entrega de los pasaportes de valores para cada uno de estos grupos de distribución. Está en las manos de cada farmacia decidir qué pasaporte quiere llevar para este viaje. En el nuestro, tal como he defendido en diversas ocasiones, como esencia del cooperativismo figura el siguiente visado: 1+1>2.

### Nueva relación

Con respecto a la expectativa recurrente de responder sobre alianzas y fusiones, les diría que el mercado se ha hecho más pequeño y obliga a corregir los excedentes e ineficiencias actuales. Por tanto, la actitud desde fuera pudiera ser la de responder 'sí a todo' como en Windows. Pero es en estos casos precisamente en los que se evalúan grandes cifras, tangibles e intangibles, en los que interesa conocer en profundidad la operación para poder valorar con criterio su bondad, y por tanto permítanme que no pretenda dar una opinión al respecto que de forma generalizada pudiera ser equivocada. Pero ante tales posibilidades sobre todo conviene considerar la compatibilidad de los sistemas operativos, es decir de los valores de las respectivas organizaciones, no siempre coincidentes. Por suerte, un grupo convencido de cooperativas tenemos muchas afinidades esenciales orientadas hacia el bien común, lo que puede conllevar grandes acuerdos con la Administración y la farmacia.

De cara a futuro y con la mayoritaria incorporación de las TIC, y ante la necesidad de ajustar nuevamente los costes para no tener que repercutirlos a los socios, sí que parece vislumbrarse un tipo de relación, digamos más 3.0. Basada más en los datos y en las plataformas tecnológicas, que permitirían compartir información, provisiones de aprovisionamiento, e-facturas, no sé si atreverme a mencionar *e-commerce*, y con todo ello mejorar servicios profesionales y ajustar costes. Sinceramente, debemos anticipar el concepto 'smart' que todos llevamos en nuestras manos para desplazar el concepto usual de relación actual, y ser proactivos para liderarlo. Google y Amazon no dejan de ser una reali-



“ **Nuestro sector está sufriendo transformaciones derivadas de la realidad del mercado y debemos diversificar nuestra actividad y ayudar en todo lo que podamos a la dinamización de la farmacia»**

dad de nuestra sociedad, tomemos su parte positiva. De cara a futuro debemos migrar del modelo de relación cliente-proveedor a una nueva relación de partenariatado más estrecha, en donde sepamos de una forma relativamente estable en el tiempo el modelo de acceso y financiación del medicamento y el rol de los actores sanitarios de toda la cadena de salud.

Conviene pues un ejercicio intenso de reflexión estratégica, clarificar las estructuras, reflexionar sobre cuál es nuestro futuro inmediato y los pasos que debemos dar, aprovechando sinergias entre instituciones pero manteniendo el foco de nuestra actividad sanitaria. Podemos encontrar los medios que hagan falta para llegar a los objetivos, pero sobre todo hemos de escoger bien los mismos. ●

# Paidoterín

1964-2014

# 50

ANIVERSARIO



EXQUISITO  
SABOR A F

MILLONES DE TRATAMIENTOS  
AVALAN SU EFICACIA



**Aldo-Unión**  
www.aldo-union.com

# Hacia un cambio de modelo de farmacia

Francesc Pla  
Farmacéutico comunitario

“**¿Qué decisiones vamos a tomar cada uno de nosotros, nos arriesgaremos a competir en un mercado más abierto o intentaremos poner freno al mundo?»**

## El placer de releer

Hace cien números de *El Farmacéutico*, eso son cinco años más o menos, que Joan Ramon Lladós, coordinador del número 400 de esta revista, me encargó un artículo sobre los problemas del mercado español del medicamento desde el punto de vista del farmacéutico comunitario. Al releer aquel artículo, recordé también lo mucho que me costó escribirlo, y me convencí de lo mucho que me costaría escribir el que ahora me ha encargado. Un artículo para el número 500.

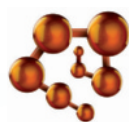
Para escribirlo, recurrí entonces a describir un encuentro con algunos amigos y la efervescente conversación que mantuvimos. Sin embargo, durante estos días no he tenido ninguna reunión como aquella, ni siquiera alguna comida o cena que pudiera aprovechar, más allá de los largos encuentros familiares, típicos de estas fiestas navideñas. No puedo recurrir, por tanto, a alguna de esas reuniones en las que se habla de todo y de nada, pero que ayudan a escribir un cuento. Estoy solo ante mi artículo pendiente.

Guardo todas las revistas apiladas en un rincón de la librería del salón de casa, junto a mis catálogos de sellos, las fotografías de los hitos de mi equipo de básquet y los libros leídos y alguno a medio leer. Al buscar ese número redondo, el 400, he desparramado revistas antiguas por el suelo y, poco a poco, he empezado a animarme a releer algunos de los artículos que escribí durante estos últimos años. Estoy solo, en el salón, delante del ordenador, buscando las ideas en esas páginas escritas. Releer es un ejercicio arriesgado, sobre todo si lees algo que has escrito tú mismo. La perspectiva de los años es un acicate que hace aumentar la severidad del juicio, es como desnudarte poco a poco, sabiendo de antemano que tu cuerpo está mucho más ajado de lo que te dices cada mañana al mirarte al espejo. Pero voy buceando en mis palabras, y voy apuntado frases ya dichas, pero que aún serían susceptibles de ser dichas otra vez, al menos por mí.



©Thinkstock





**UnoFarma**  
COMPRA VENTA DE FARMACIAS

En **UnoFarma** le asesoramos para hacerle más fácil y segura su operación de traspaso.

Contamos con un equipo profesional con años de **experiencia** en el sector farmacéutico.

También le asesoramos en la **financiación** de distintas entidades bancarias.



**UnoFarma**, su socio para comprar y vender farmacias

profesionalidad

seriedad

transparencia



Contacto: 936 361 663 / 625 691 519 - [www.unofarma.es](http://www.unofarma.es) - [info@unofarma.es](mailto:info@unofarma.es)

«Lo que es preciso es que el farmacéutico asuma, con claridad y valentía, nuevas responsabilidades en el proceso de acceso del consumidor al medicamento, más allá del valor que aporta nuestra red logística. Una red logística muy sofisticada y poseedora de muchas virtudes –es realmente sorprendente constatar la capilaridad que ha logrado el suministro del medicamento–, pero no debemos olvidar que su eficiencia no garantiza que los farmacéuticos seamos sus mejores gestores.» *Tiempo de cambio* (febrero de 2007).

«Independientemente de la necesidad de reforzar la responsabilidad profesional del farmacéutico, es preciso reflexionar sobre el modelo de ordenación de las farmacias y tener claro que, si mantenemos lo fundamental, es preciso realizar cambios para que el modelo sea más competitivo y más adaptado a las necesidades actuales.» *Murieron con las botas puestas* (marzo de 2007).

«El discurso es muy simple: los farmacéuticos debemos estar más en las farmacias, debemos preguntar más a nuestros clientes, debemos saber más sobre los tratamientos, en definitiva, debemos asumir responsabilidades y comprometernos con el estado de salud de nuestros pacientes.

»Éste debe ser el núcleo duro de nuestra profesión, porque nos hace fuertes frente a los que nos disputan nuestra parcela de negocio. En el fondo, cualquier mercado que no necesite de nuestra aportación profesional es un mercado prestado, en el que participamos por inercia, pero en el que no debemos invertir más de lo que sea imprescindible.» *Parole, parole, parole...* (abril de 2007).

«¿Qué decisiones vamos a tomar cada uno de nosotros, nos arriesgaremos a competir en un mercado más abierto o intentaremos poner freno al mundo? ¿Seremos capaces de asociarnos para hacernos más fuertes, o continuaremos creyendo que el único modelo posible es el de “una farmacia, un farmacéutico”? ¿Continuaremos creyendo que todos los farmacéuticos son iguales, o facilitaremos las diferencias para que el mercado elija a los mejores?

»Cuando el vértigo del cambio se apodera de mi estómago, me acerco a mi rincón favorito de la Cala Tamariua y contemplo con envidia las rocas perennes del Cap de Creus, ola tras ola, allí, inmóviles en su resistencia titánica. Son la viva imagen de la soberbia del que se siente seguro. Cada vez estoy más convencido de que ellas pueden, nosotros, los farmacéuticos, no. Sería preocupante querer imitarlas en vez de admirarlas.» *Érase una farmacia a un modelo pedagoga* (mayo de 2007).

«La farmacia en España se mueve entre los que maniobran más o menos inteligentemente con el único objetivo de mantener una situación que les beneficia, y los que propugnan cambios radicales que posicionen al farmacéutico como un profesional sanitario integrado en la cadena asis-

tencial... ¿Dónde está el debate sereno entre los que defienden los distintos modelos con el fin de llegar a un proyecto asumido por la mayoría real de la profesión?

»El peligro de una profesión que apueste exclusivamente por el *marketing* es perder comba en la cadena asistencial. No perdamos el norte y no nos olvidemos de lo fundamental: sin el farmacéutico, sin su presencia y actuación responsable detrás del mostrador, a lo máximo que podremos aspirar es a ser uno de los cabezudos del desfile, pero no podremos hacer bailar al rey o a la reina.

»Me intranquiliza un futuro de farmacias bonitas pero sin alma, no caigamos en la tentación.» *Gigantes y cabezudos* (marzo de 2008).

«He hecho el firme propósito de no utilizar más el nombre de la pequeña farmacia rural en vano, nunca más voy a justificar ningún modelo utilizando su esfuerzo. La obligación del colectivo va más allá del homenaje. Es imprescindible encontrar mecanismos reales y factibles de promoción y de mejora profesional. Si me ponen en el brete de tener que escoger, no tengo dudas: antes el farmacéutico que el modelo.» *Campos* (abril de 2008).

«Un simple paseo por el mundo más cercano nos refleja que la organización de un sector farmacéutico puede realizarse desde perspectivas distintas y que los resultados pueden ser suficientemente satisfactorios para la ciudadanía. No nos sirve demasiado decir que lo nuestro es lo mejor, es imprescindible añadir más contenido a nuestra aportación a la cadena sanitaria.» *La llave* (mayo de 2008).

«No hay nada tan peligroso e incierto como introducir reformas. Porque el innovador tendrá como enemigos a todos los que se beneficiaban de la situación previa, y como tibios defensores a quienes puedan beneficiarse de la nueva. Esta tibieza nace en parte del temor a sus oponentes, que tienen las leyes a su favor, y en parte de la incredulidad de los hombres, que no creen fácilmente en las cosas nuevas hasta que han tenido de ellas una larga experiencia. Y así ocurre que, tan pronto tienen oportunidad de atacar, quienes son hostiles a la reforma lo hacen con pasión, mientras que los otros lo defienden con frialdad, lo que pone en peligro al príncipe.» *El príncipe* (marzo de 2010).

«En estos días de quejas y de reivindicaciones, además de ocuparnos de encontrar la intensidad más efectiva de éstas, deberíamos estar ocupándonos también de encontrar el tiempo necesario para reflexionar sobre cuál es la estrategia más adecuada para afrontar el paso del tiempo. Sí, hablo de los farmacéuticos. El tiempo va pasando y, aunque hasta ahora no hemos notado dramáticamente su paso, llegan tiempos en los que lo notaremos más. Los ajustes económicos que los políticos nos van administrando a dosis sucesivas deberían aumentar nuestra sensibilidad al ritmo del reloj, y deberíamos ser

# ¿Dolor de garganta?

Alivio del dolor e irritación de boca y garganta con moderado efecto anestésico



TANTUM VERDE 3mg Pastillas para chupar sabor menta - Bencidamina, hidrocioruro  
TANTUM VERDE 3mg Pastillas para chupar sabor limón - Bencidamina, hidrocioruro  
TANTUM VERDE 3mg Pastillas para chupar sabor eucalipto - Bencidamina, hidrocioruro  
TANTUM VERDE 3mg Pastillas para chupar sabor naranja - Bencidamina, hidrocioruro

Lea las instrucciones de este medicamento y consulte al farmacéutico

conscientes de que omitir esta reflexión puede ser un pecado mortal.» *Omisión* (abril de 2010).

«...Tan sólo voy a insistir en la necesidad de asumir realmente una serie de conceptos, a mi modo de ver impresionantes, para afrontar este proceso crítico:

1. El negocio basado en el margen del medicamento tiene unas perspectivas peores de las que se podía tener hace veinte años.
2. Hace una década que las farmacias del mundo están sufriendo la disminución de sus márgenes de intermediación.
3. La capacidad de la industria farmacéutica de patentar nuevas moléculas de mayor precio que sean valoradas por los reguladores como coste-eficientes ha disminuido drásticamente.
4. El tamaño y el modelo societario de las farmacias son determinantes para el análisis de la estrategia que debe seguirse.
5. El valor añadido que los profesionales aportan está basado en sus conocimientos y habilidades, y el valor añadido es lo que al final se acaba pagando.
6. No existen modelos mejores y peores, el modelo mejor es el que es coherente con los objetivos que se buscan.
7. La búsqueda de salidas a una mala situación no puede hacer perder de vista la función sanitaria de las farmacias. Perder la identidad es el primer paso para perder la razón de ser.
8. No es posible encontrar una vía de progreso que ignore el valor del farmacéutico como profesional sanitario y que no contemple un modelo empresarial adaptado a un escenario económico más exigente que busca la eficiencia y el ahorro de recursos.
9. Nadie va a venir en nuestro rescate; al contrario, algunos esperan ver pasar nuestro cadáver.
10. Somos muchos, pero muchos menos que la mayoría.
11. El sector debe dedicar recursos suficientes (intelectuales y económicos) al proceso de reflexión y a consolidar al sector como un sector influyente y capaz de generar riqueza.
12. No podemos apelar al valor de lo colectivo sólo cuando vemos peligrar lo individual.
13. Elegir siempre tiene el riesgo de la equivocación; la única manera de evitar el riesgo es no hacer nada.» *Licurgo* (mayo de 2010).

«La realidad siempre acaba resquebrajando esos momentos que tan sólo son un espejismo. Ni los otros van a dejar de existir por mucho que nos recubramos de un caparazón impermeable, ni el tiempo puede cambiar de dirección para revivir un instante vivido. Si queremos continuar siendo parte del mundo, debemos comprender que no podemos ser ajenos a él, aunque sólo sea porque no es una buena estrategia.

»Estar solo es triste, aunque a veces sea cómodo, pero aislarse es estúpido.» *Los otros* (junio de 2010).

«Si hacemos el simple ejercicio de comprobar los datos básicos de la economía del sector de las farmacias con una visión global, llegaremos fácilmente a la conclusión de que está en juego el control de un sector con una facturación de 20.000 millones de euros, por lo que cualquier reflexión en el seno de los que ahora lo controlan debería partir de una premisa fundamental: la sostenibilidad de su negocio. El objetivo final de cualquier iniciativa generada después de este proceso de reflexión imprescindible debería ser el fortalecimiento de los fundamentos en los que se sustenta el modelo de negocio, para hacerlo más sólido y más adaptable a los cambios, en definitiva más competitivo.»

«Estoy convencido de que debemos afrontar una reconversión del sector. Hace años que pienso que es lo más conveniente (creo que fue en Infarma de 1997, ¡qué joven!, cuando participé en la tímida presentación de un estudio que pretendía iniciar este proceso, un estudio que duerme plácidamente en algún cajón), pero es la primera vez que lo explícito de una manera tan clara. Seguramente he retrasado la publicación de esta opinión porque soy consciente de que reconversión es sinónimo de riesgo, de cambio, y en muchos casos de efectos colaterales nocivos, pero con la que está cayendo creo que es preferible que el sector participe activamente en una reconversión desde dentro que dejarlo todo en manos de quien en estos momentos sólo piensa en cuadrar las cuentas para que los que realmente mandan no coloquen al país en la lista de los malos de la clase.» *El llorón* (marzo de 2011).

«—¿Está contento con su Mercedes?

—Lo estoy. ¡Sólo faltaría estar descontento, con lo que me ha costado!

—Los caprichos siempre son caros.

—No se trata de un capricho. Es una inversión.

—No me negará que, independientemente de que el cálculo de la amortización le satisfaga, y ya que las normas de su gremio le impiden cobrar una tarifa superior por ofrecer un servicio mejor, una cierta dosis de orgullo y placer personal debe ponerse usted entre pecho y espalda al coger el volante de esta maravilla.

—Ya que lo dice...

—¿Orgullo o placer?

—Me refería a lo de las tarifas. ¿Usted pagaría más por viajar en este coche?

—A mí ya me parece bien así, pero no creo que sea justo para usted.

—Lo justo no importa. Cada uno conoce su negocio, y el nuestro está basado en que el servicio prestado es igual independientemente de quien lo dé. Los clientes ya valoran la diferencia. Al menos algunos. ¿Usted a qué se dedica?

—Tengo una farmacia.

—A ustedes les pasa algo parecido. No hay diferencia en la tarifa. En todas las farmacias prestan el mismo servicio, pero no en todas te tratan igual.



30 años  
500 revistas

O1

20.000  
ejemplares

O2

50.000  
visitas web  
mensuales

O3

14.000  
envíos de  
newsletters



 [facebook.com/elfarmaceuticorevista](https://facebook.com/elfarmaceuticorevista)

 [@elfarma20](https://twitter.com/elfarma20)



–Es algo distinto...

–Ya, ya se lo decía yo. Cada uno conoce su negocio.

–Lo que es importante es definir los servicios que se prestan, eso que algunos llaman la cartera de servicios, fijar una tarifa y encontrar clientes que quieran pagarla.

–Pero... ¿usted cree que esto es posible?

–En eso estamos...

–Si lo logran, llámeme. Este es mi número.» *Otra historia en un taxi* (mayo de 2011).

«–Son necesarios un análisis riguroso de la situación económica del sector y el diseño de un plan de viabilidad para alcanzar un nuevo statu quo sostenible.

–La reconversión inteligente del sector nos conviene más, aunque sea costosa, que la simple espera de la evolución de los hechos.» *Statu quo* (junio de 2011).

«–Sólo los moderados serán capaces de ver sin prejuicios lo que está ocurriendo, sabrán escuchar a los que piensan de forma diferente a lo que ellos piensan, y tendrán la voluntad y la capacidad de transaccionar para lograr los pactos útiles para superar la crisis.

–Estoy de acuerdo contigo. La historia nos enseña que los cambios fructíferos los acaban realizando los moderados, porque ellos son los verdaderos valientes, aunque a menudo son tildados de iluminados por los que apuestan por el enroque o de timoratos por los que se dejan llevar por la inercia de la caída en el pozo de las crisis. Insisto, brindo por los valientes.» *Los valientes* (marzo de 2012).

«Cuando hablo de nuestra responsabilidad, no me estoy refiriendo a lo que hemos hecho mal o lo que hemos dejado de hacer, sino a lo que deberíamos estar cambiando. Ésa es nuestra responsabilidad en estos momentos. Lo que va

a suceder en nuestro entorno, lo que depende de los otros, es una circunstancia, pero la reflexión y la decisión sobre lo que es preciso que nosotros hagamos no es circunstancial, es esencial.» *El gnomo* (octubre de 2012).

«–Alberto, ahora ya no nos sirve de nada analizar los efectos de la crisis, en eso estamos todos de acuerdo; deberíamos estar reflexionando sobre los cambios que tenemos que promover para poder competir en la nueva situación.

–Siempre has sido un adelantado, incluso un visionario. Hace años que te oigo el mismo discurso y las cosas no han sido tan dramáticas como tú prededías.

–Yo sencillamente digo que nuestro modelo de negocio ha demostrado ser frágil, y que en estos años no hemos logrado tener una posición central en el sistema sanitario. Esa debería ser nuestra línea de reflexión.

Alberto no lo ve claro, pero su respuesta es clarificadora.

–Tienes la cabeza llena de mariposas.

–Seguramente.» *Mariposas* (noviembre de 2012).

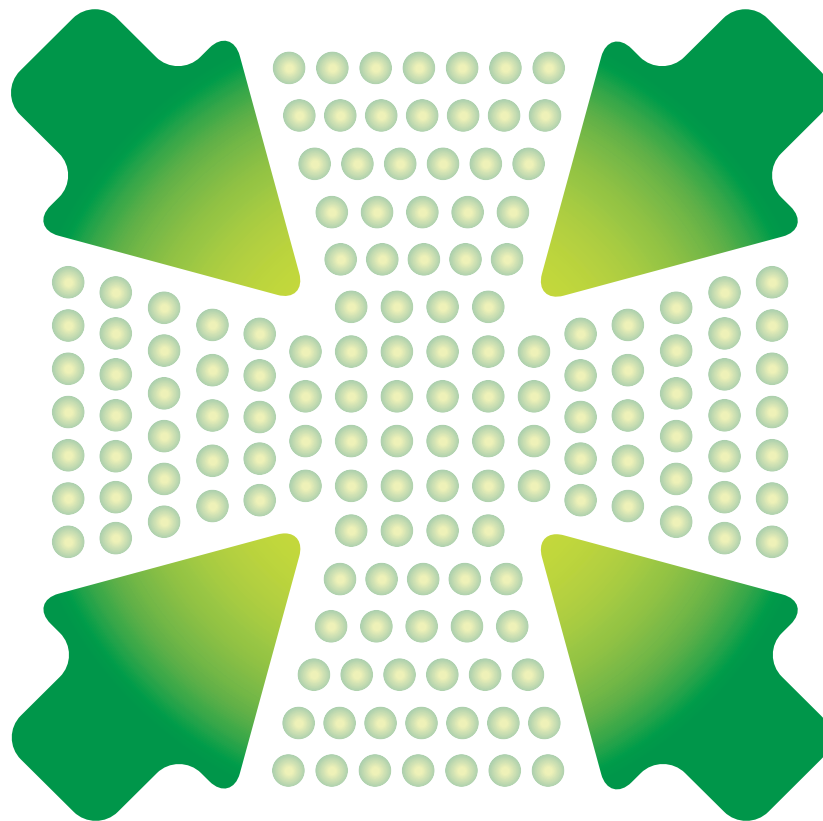
«Os confieso también, queridos lectores, que mi cuerpo y mis ideas van envejeciendo, mi posición en el pelotón de la vida va retrasándose poco a poco, y cada vez el pelotón corre más. No interpretéis esta confesión como una rendición, pero es la Ley –eso a lo que tanto nos gusta referirnos– de la Vida. Es absolutamente necesario que los más jóvenes marquen un ritmo exigente, porque cada vez queda menos tiempo para llegar a tiempo antes de que el tren parta hacia un nuevo mundo.

»Un nuevo mundo en el que no habrá otro remedio que pasar del individualismo, tan arraigado en el sector, a tener que aportar valor a través de lo colectivo. Reconozco que estamos aún lejos de este objetivo, incluso lejos de comprender el concepto “lo colectivo” –sencillamente porque no hemos tenido necesidad–, pero no deberíamos tener dudas sobre la necesidad de intentarlo si creemos realmente en que nuestra fuerza principal recae en la altísima accesibilidad de un servicio esencialmente sanitario. No intentarlo, además de ser un pecado de omisión, la penitencia del cual recaerá en las siguientes generaciones, significaría desdibujar los rasgos característicos de nuestra fisonomía, acabaríamos siendo un rostro que no se reflejaría en ningún espejo, un cuerpo sin alma. Seríamos el equipo ideal para ser vencido.» *Adiós* (diciembre de 2012).

Continúo solo en el salón, ante el ordenador y el montón de revistas. Me planteo si llamar a Joan Ramon Lladós y comunicarle que no encuentro ideas nuevas, que seguramente ha escogido mal a quien pedirle que escriba sobre el futuro de la farmacia. Tal vez debería pedírselo a alguien más joven, a alguien que sepa cómo cristalizar sus ideas. A alguien a quien aún el hambre de nuevas palabras le atraiga más –le corroa el alma– que el placer de releer las antiguas. Le llamo. ●

# CONGRESO Y SALÓN

26ª EDICIÓN



# infarma

## MADRID 2014

ENCUENTRO EUROPEO DE FARMACIA

25, 26 y 27 de marzo - Feria de Madrid



[www.infarma.es](http://www.infarma.es)

#infarma



CONVOCAN:



ORGANIZA:



EN:



## ● Hacia un cambio de modelo de farmacia

Àngel Torres Sancho

Farmacéutico comunitario rural.  
Profesor de la Universidad de Vic  
(Barcelona)



Hoy en día,  
prácticamente todos  
los profesionales  
sanitarios relacionados  
de forma directa con  
la utilización de  
medicamentos  
participan de forma  
estructurada en el  
desarrollo de la  
farmacovigilancia»

# La farmacovigilancia como medida de seguridad imprescindible en la intervención farmacoterapéutica

Cuando se inicia la comercialización de un medicamento en el mercado, éste ha pasado por todas las fases de los ensayos clínicos que se realizan para su adecuada utilización y que garantizan una serie de requisitos básicos: calidad, efectividad, eficiencia (coste frente a efectividad) y seguridad.

### Calidad

La calidad está fuera de toda duda. Los controles exhaustivos y periódicos que se realizan (no sólo en la fase de fabricación, sino también durante la comercialización) ofrecen una garantía de calidad totalmente demostrada.



©Thinkstock



## Efectividad

En la actualidad, los ensayos clínicos son lo suficientemente rigurosos para garantizar la eficacia de los medicamentos.

## Eficiencia

Respecto al coste, si tenemos en cuenta que aproximadamente de cada 100.000 moléculas que se están investigando sólo una se comercializará, es evidente que el precio de salida de este producto necesariamente ha de ser muy elevado. Para reajustar estos costes, la normativa de medicamentos genéricos y los precios de referencia han conseguido resultados aparentemente óptimos.

## Seguridad

La seguridad es la condición de la que menos garantía tenemos. La explicación podría ser muy extensa, pero puede resumirse así:

- En los ensayos clínicos realizados en humanos el número de individuos que participan es bastante limitado; en la mayoría no se llega a los 4.000 individuos, aunque esta cifra puede sobrepasarse ligeramente.
- Además, estos grupos no siempre son representativos de la población que después utilizará estos medicamentos ni del uso que se hace en realidad. De esta forma, las reacciones adversas muy poco frecuentes estadísticamente será difícil que puedan ser observadas en los ensayos previos a la comercialización.
- En la mayoría de los casos, los ensayos clínicos tampoco permiten detectar las reacciones adversas que aparecen después de utilizar un medicamento durante un tiempo prolongado (crónico).
- Por último, hay grupos de individuos que no están representados en las muestras de estudio, y éstos, a veces, se comportan de forma diferente. Por ello, en dichos individuos sólo pueden detectarse reacciones específicas después de la comercialización.

Por estas razones, y posiblemente por muchas más, es necesario realizar un seguimiento de las reacciones adversas a los medicamentos de nueva comercialización. De hecho, en los últimos años las modificaciones de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios han incorporado medidas para advertir a la población y a los profesionales de que un medicamento es relativamente nuevo (durante los 5 primeros años de comercialización incorporarán un triángulo invertido de color negro).

## ¿Qué es la farmacovigilancia?

La definimos como la actividad de salud pública que tiene como objetivo la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la utilización de medicamentos una vez ya comercializados, así como el seguimiento de sus posibles efectos adversos.



“**La opinión de los expertos es que la notificación espontánea es un método infrutilizado**”

Por lo tanto, la farmacovigilancia es la parte de la farmacología que se dedicará a vigilar:

- La posible aparición de reacciones adversas al medicamento (RAM) no detectadas.
- Aquellas RAM cuya frecuencia de aparición estaba infravalorada.
- Que la gravedad de las RAM detectadas también se había infravalorado.

El Real Decreto 1.344/2007 modifica la definición de reacción adversa y la establece de la siguiente forma: «Cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar con dosis normalmente utilizadas en el ser humano para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas. Este término incluye también todas las consecuencias clínicas perjudiciales derivadas de la dependencia, abuso y uso incorrecto de medicamentos, incluyendo las acusadas por el uso fuera de las indicaciones autorizadas y las causadas por errores de medicación».

Por lo tanto, con el seguimiento se busca conseguir un perfil de seguridad mucho más real que el inicial.

Aunque en este artículo nos ceñiremos a la farmacovigilancia, creo que no hemos de olvidar que hay otra parte

muy importante que también afecta a la seguridad de la utilización de medicamentos, que es la referente a los errores de medicación. Sólo señalaré aquí que, en este apartado, los profesionales farmacéuticos están haciendo una gran labor, tanto intentando reducir sus propios errores como realizando cambios en formatos u otros aspectos relacionados para reducir los errores en otros profesionales o en los usuarios de medicamentos.

El Real Decreto 1344/2007 define el error de medicación como: «Fallo por acción u omisión en el proceso de tratamiento con medicamentos que ocasiona o puede ocasionar un daño al paciente. Los errores de medicación que ocasionen un daño al paciente serán considerados a efectos de su notificación como Reacción Adversa, excepto aquellos derivados del fallo terapéutico por omisión de un tratamiento».

### ¿Quiénes son los profesionales implicados?

Hoy en día, prácticamente todos los profesionales sanitarios relacionados de forma directa con la utilización de medicamentos (personal médico, de enfermería y de farmacia, tanto hospitalaria como comunitaria, y también de la industria) participan de forma estructurada en el desarrollo de la farmacovigilancia. Hemos de pensar que las normas legales existentes en la actualidad obligan al profesional sanitario a comunicar cualquier RAM observada en uno de sus pacientes.

No realizaré un análisis exhaustivo de la legislación actual referida a todos los profesionales, sino que me centraré en los farmacéuticos y en lo que dice la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias referente a nuestra profesión, en su Artículo 6 Punto 2: «b) Farmacéuticos: corresponden a los licenciados en Farmacia las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública».

El Artículo 53 de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios obliga a los profesionales sanitarios a declarar cualquier incidencia relacionada con un fármaco a las autoridades sanitarias de la comunidad autónoma; asimismo, éstas declararán todas las notificaciones recibidas a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), que es la responsable de comunicar todas las sospechas de RAM al Centro Internacional de Farmacovigilancia, cerrando el circuito.

De mismo modo, en el Artículo 4, resumiendo, se indica que los agentes implicados en la farmacovigilancia a escala nacional son:

- La AEMPS, que actúa como centro coordinador nacional.
- Los órganos competentes autonómicos y los centros autonómicos de farmacovigilancia.
- Los profesionales sanitarios.



©N. Aleksakhina/Thinkstock

### ¿Qué métodos tenemos para desarrollar la farmacovigilancia?

Ya hemos indicado que los ensayos clínicos no eran suficientes para realizar una valoración del perfil de seguridad de un fármaco, por lo que los profesionales sanitarios se han visto en la necesidad de establecer otros métodos para incrementar la seguridad de los medicamentos. El desencadenante de esta necesidad viene del caso de la talidomida. A este respecto, aprovecho para comentar que hace muy poco tiempo la Administración sanitaria española reconoció su responsabilidad en este asunto, y creo que todos los lectores conoceréis el drama sanitario y social que supuso el caso de la talidomida. No es necesario entrar en detalles, pero no quería hablar de farmacovigilancia sin comentar el caso en cuestión.

Los métodos que tenemos para desarrollar esta actividad, la farmacovigilancia, son los siguientes:

- Notificación espontánea de sospecha de reacciones adversas.
- Comunicaciones de la industria farmacéutica.
- Publicaciones en revistas, jornadas, congresos...
- Vigilancia intensiva a través de programas específicos de medicamentos concretos o grupos terapéuticos.
- Estudios observacionales: transversales, de cohortes y casos control.

De todos estos métodos, el más práctico y útil desde el medio asistencial y, por lo tanto, desde la farmacia comunitaria, es el de «notificación espontánea de sospecha de reacciones adversas a medicamentos».

Este método cumple todos los requisitos para ser el más eficaz: es el método que cubre un grupo de población más extenso, es económico y, además, pueden utilizarlo todos los profesionales sanitarios asistenciales a través de la tarjeta amarilla (desde hace unos años, es posible la notificación por Internet); por lo tanto, además es un sistema muy cómodo.

**FICHATÉCNICA O RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO: 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: TANTUM VERDE** 3 mg. Pastillas para chupar sabor eucalipto; TANTUM VERDE 3 mg Pastillas para chupar sabor limón; TANTUM VERDE 3 mg Pastillas para chupar sabor menta; TANTUM VERDE 3 mg. Pastillas para chupar sabor naranja-miel. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** TANTUM VERDE 3 mg. Pastillas para chupar sabor eucalipto: Cada pastilla para chupar contiene: Bencidamina hidrocloreto 3 mg (equivalente a 2,68 mg de bencidamina). Excipientes: Isomalta (E 953) 3.124,23 mg. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1. TANTUM VERDE 3 mg. Pastillas para chupar sabor limón: Cada pastilla para chupar contiene: Bencidamina hidrocloreto 3 mg (equivalente a 2,68 mg de bencidamina). Excipientes: Isomalta (E 953) 3.183 mg, Aspartamo (E 951) 3,26 mg. TANTUM VERDE 3 mg. Pastillas para chupar sabor menta: Cada pastilla para chupar contiene: Bencidamina hidrocloreto 3 mg (equivalente a 2,68 mg de bencidamina). Excipientes: Isomalta (E 953) 3.183 mg, Aspartamo (E 951) 3,5 mg. TANTUM VERDE 3 mg. Pastillas para chupar sabor naranja-miel: Cada pastilla para chupar contiene: Bencidamina hidrocloreto 3 mg (equivalente a 2,68 mg de bencidamina). Excipientes: Isomalta (E 953) 3.073,53 mg, Amarillo anaranjado S (E 110) 0,017 mg. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Pastilla para chupar. **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1 .Indicaciones terapéuticas:** Tantum verde está indicado en adultos y niños mayores de 6 años, en el tratamiento sintomático local para el alivio del dolor e irritación de la boca y garganta. **4.2. Posología y forma de administración:** Adultos y niños mayores de 6 años: una pastilla para chupar 3 veces al día. El tratamiento no debe exceder los 7 días. Niños de 6 a 11 años: La administración del medicamento debe realizarse bajo la supervisión de un adulto. Niños menores de 6 años: dado el tipo de forma farmacéutica, la administración de este medicamento debe restringirse a niños mayores de 6 años de edad. Uso bucofaríngeo. Las pastillas deben disolverse lentamente en la boca. No tragar. No masticar. **4.3. Contraindicaciones:** Hipersensibilidad conocida a bencidamina o a alguno de los excipientes. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** El uso de bencidamina no está recomendado en pacientes con hipersensibilidad al ácido salicílico u otros AINE. En pacientes que hayan sufrido o que sufran asma bronquial, puede provocar broncoespasmo, por lo que debe tenerse precaución con estos pacientes. En un número limitado de pacientes, las ulceraciones bucofaríngeas pueden estar causadas por procesos patológicos graves. Por lo tanto los pacientes en los que los síntomas empeoren o no mejoren en 3 días, aparezca fiebre u otros síntomas, deben consultar al médico o dentista. Advertencias sobre excipientes: TANTUM VERDE 3 mg Pastillas para chupar sabor eucalipto. Este medicamento contiene Isomalta (E 953). Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. TANTUM VERDE 3 mg Pastillas para chupar sabor limón. Este medicamento puede ser perjudicial para personas con fenilcetonuria porque contiene aspartamo que es una fuente de fenilalanina. Este medicamento contiene isomalta. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. TANTUM VERDE 3 mg Pastillas para chupar sabor menta. Este medicamento puede ser perjudicial para personas con fenilcetonuria porque contiene aspartamo que es una fuente de fenilalanina. Este medicamento contiene isomalta. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. TANTUM VERDE 3 mg Pastillas para chupar sabor naranja-miel. Este medicamento contiene Isomalta (E 953). Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. Este medicamento puede producir reacciones alérgicas porque contiene Amarillo anaranjado S (E 110). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se han realizado estudios de interacciones. **4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia:** No existen datos adecuados del uso de bencidamina en embarazadas ni durante la lactancia. No se ha estudiado su excreción en la leche materna. Los estudios en animales son insuficientes con respecto a los efectos durante el embarazo y lactancia (ver sección 5.3.). El riesgo potencial para humanos es desconocido. No se debe utilizar TANTUM VERDE durante el embarazo ni la lactancia. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** TANTUM VERDE no tienen influencia en la capacidad de conducir o utilizar máquinas, si se utiliza a las dosis recomendadas. **4.8. Reacciones adversas:** Dentro de cada grupo de frecuencias, se mencionan las reacciones adversas en orden decreciente de gravedad: Se han utilizado los siguientes valores: Muy frecuentes ( $\geq 1/10$ ), Frecuentes ( $\geq 1/100$  a  $<1/10$ ), Poco frecuentes ( $\geq 1/1.000$  a  $<1/100$ ), Raras ( $\geq 1/10.000$  a  $<1/1.000$ ) y Muy raras ( $<1/10.000$ ), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Trastornos gastrointestinales:** Raras: escozor de boca, sequedad de boca. **Trastornos del sistema inmunológico:** Raras: reacciones de hipersensibilidad, Frecuencia no conocida: reacción anafiláctica. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Muy raras: laringospasmo. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: fotosensibilidad. Muy raras: angioedema. **4.9. Sobredosis:** No se han notificado casos de sobredosis con la presentación en pastillas para chupar. No obstante, muy raramente, se ha descrito excitación, convulsiones, sudores, ataxia, temblores y vómitos en niños después de una administración oral de bencidamina 100 veces superior a la dosis de las pastillas. En el caso de sobredosis aguda solo es posible el tratamiento sintomático. Debe vaciarse el estómago mediante inducción del vómito o lavado gástrico, y mantener al paciente en observación y proporcionarle medidas de apoyo de las funciones vitales. Debe mantenerse una hidratación adecuada del paciente. **6. DATOS FARMACÉUTICOS: 6.1. Lista de excipientes:** TANTUM VERDE 3 mg Pastillas para chupar sabor eucalipto: Isomalta (E 953), acesulfamo potásico, ácido cítrico monohidrato, aceite esencial de eucalipto, levomentol, amarillo de quinoleína (E 104), indigotina (E132). TANTUM VERDE 3 mg Pastillas para chupar sabor limón: Isomalta (E 953), aspartamo (E 951), ácido cítrico monohidrato, aroma de limón, aroma de menta, amarillo de quinoleína (E 104), indigotina (E132). TANTUM VERDE 3 mg Pastillas para chupar sabor menta: Isomalta (E 953), aspartamo (E 951), levomentol, ácido cítrico monohidrato, aroma de limón, aroma de menta, amarillo de quinoleína (E 104), indigotina (E132). TANTUM VERDE 3 mg Pastillas para chupar sabor naranja-miel: Isomalta (E 953), ácido cítrico monohidrato, aroma de naranja, aroma de miel, levomentol, acesulfamo potásico, amarillo de quinoleína (E 104), amarillo anaranjado S (E110). **6.2. Incompatibilidades:** No procede. **6.3. Periodo de validez:** TANTUM VERDE 3 mg Pastillas para chupar sabor limón y menta: 4 años. TANTUM VERDE 3 mg Pastillas para chupar sabor eucalipto y naranja-miel: 3 años. **6.4. Precauciones especiales de conservación:** TANTUM VERDE 3 mg Pastillas para chupar sabor limón: No conservar a temperatura superior a 25°C. TANTUM VERDE 3 mg Pastillas para chupar sabor menta: No requiere condiciones especiales de conservación. TANTUM VERDE 3 mg Pastillas para chupar sabor eucalipto y naranja-miel: No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. **6.5. Naturaleza y contenido del envase:** Cada pastilla para chupar está envuelta en papel de parafina. Las pastillas se envuelven con un material trilaminado de polietileno-papel-aluminio, en paquetes conteniendo 10 pastillas para chupar. Cada envase contiene 20 ó 30 pastillas (dos o tres paquetes de diez pastillas cada uno). Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6. Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **7. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** ANGE-LINI FARMACÉUTICA, S.A. C. Osi, 7 - 08034 Barcelona. **8. FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO** Noviembre 2011. **PRESENTACIÓN Y PVP:** Los 4 medicamentos se presentan en cajas con 20 pastillas envueltas cada una en papel para uso alimentario, en paquetes de 10 pastillas. PVP IVA: 5,90 €. **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Medicamento no sujeto a prescripción médica.

**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO** Flogoprofen 50 mg/g Gel. Flogoprofen 50 mg/ml Solución para pulverización cutánea. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada gramo de gel contiene 50 mg de etofenamato. **Excipientes:** Cada gramo de gel contiene 100 mg de dimetilsulfóxido. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 5.1. Cada ml de Solución para pulverización cutánea contiene 50 mg de etofenamato. **Excipientes con efecto conocido:** Cada ml de solución contiene 100 mg de dimetilsulfóxido y 100 mg de propilenglicol. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA** Flogoprofen 50 mg/g Gel: Gel transparente e incoloro. Flogoprofen 50 mg/ml Solución para pulverización cutánea: Solución transparente ligeramente amarillenta con olor a esencia de trementina. **4. DATOS CLÍNICOS 4.1 Indicaciones terapéuticas.** Este medicamento está indicado en adultos y adolescentes (mayores de 12 años) para el alivio local del dolor y de la inflamación leves y ocasionales producidos por: pequeñas contusiones, golpes, distensiones, torticolis u otras contracturas, lumbalgias y esguinces leves producidos como consecuencia de una torcedura. **4.2 Posología y forma de administración** Uso cutáneo. **Adultos y adolescentes (mayores de 12 años):** Aplicar 3 ó 4 veces al día una ligera capa de gel o solución sobre la zona afectada y friccionar ligeramente para que se absorba. Lavar las manos después de cada aplicación. No aplicar más de 7 días seguidos. **Niños (menores de 12 años):** No administrar en niños dada la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia en esta población. **Uso en mayores de 65 años:** No se requiere una modificación de la dosis para este grupo de pacientes. **4.3 Contraindicaciones** Hipersensibilidad al etofenamato o a alguno de los excipientes del medicamento. No debe aplicarse sobre mucosas, heridas, en zonas con superficie irritada, quemaduras solares o que presenten dermatosis. No administrar a pacientes que hayan presentado reacciones alérgicas (rinitis, asma, prurito, angioedema, urticaria, shock u otras), provocadas por ácido acetilsalicílico u otros AINEs, debido a la posibilidad de hipersensibilidad cruzada. **4.4 Advertencias y precauciones de empleo** Utilizar sólo en piel intacta no sobre heridas abiertas, mucosas o piel eczematosa. Evitar el contacto con los ojos y mucosas, en caso de producirse lavar abundantemente con agua. No utilizar en áreas extensas ni de forma prolongada. Utilizar exclusivamente en la zona afectada. No utilizar vendajes oclusivos. No aplicar simultáneamente en la misma zona que otras preparaciones tópicas. No exponer al sol la zona tratada para reducir el riesgo de aparición de reacciones de fotosensibilidad (pudiendo aparecer en la piel lesiones como eczema, erupción vesículo-ampollosa...). Las aplicaciones frecuentes pueden producir irritación y sequedad en la piel. Aunque la administración local minimiza los riesgos derivados de su uso sistémico, conviene recordar las siguientes precauciones ante una eventual absorción significativa: -Historial de úlcera gastroduodenal, colitis ulcerosa, coagulopatías o hemorragia. -Enfermos con hipertensión o insuficiencia cardíaca por retención de líquidos o edema. -Enfermos con insuficiencia renal o insuficiencia hepática. No utilizar en menores de 12 años. Flogoprofen solución debe mantenerse protegida de fuentes excesivas de calor. Debido al carácter fácilmente inflamable de los excipientes de la solución, ésta no debe de usarse cerca de fuentes incandescentes ni pulverizarse sobre el fuego. Si los síntomas persisten más de 7 días o se produce irritación o empeoramiento, deberá evaluarse la situación clínica del paciente. **Advertencia sobre excipientes:** Flogoprofen 50 mg/g Gel puede producir irritación de la piel porque contiene dimetilsulfóxido. Flogoprofen 50 mg/ml Solución puede producir irritación de la piel porque contiene dimetilsulfóxido y propilenglicol. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** No se recomienda el uso simultáneo con medicamentos tópicos antiinfecciosos. Se valorará la conveniencia de utilizar otros analgésicos durante el tratamiento con este medicamento. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia** **Embarazo:** Este medicamento no debe utilizarse durante el embarazo, salvo criterio médico. Los AINEs por vía sistémica no están indicados durante el embarazo, especialmente durante el tercer trimestre, ya que al inhibir la síntesis de prostaglandinas puede producir distocia, interferir en el parto o retrasarlo, así como producir efectos adversos en el sistema cardiovascular fetal, como por ejemplo: el cierre prematuro del ductos arteriosus. **Lactancia:** Durante el periodo de lactancia, este medicamento sólo debe aplicarse en áreas pequeñas y durante un corto periodo de tiempo. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** La influencia de Flogoprofen sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **4.8 Reacciones adversas** Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Frecuentes ( $\geq 1/100$  a  $< 1/10$ ): enrojecimiento de la piel, dermatitis de contacto y reacciones alérgicas de la piel (por ejemplo: prurito intenso, erupciones, eritema, eczema, hinchazón o ampollas) que generalmente desaparecen rápidamente con la interrupción del tratamiento. Raras ( $\geq 1/10.000$  a  $< 1/1.000$ ): fotodermatitis. En caso de observar la aparición de reacciones adversas, se deben notificar a los sistemas de Farmacovigilancia y, si fuera necesario, suspender el tratamiento. **4.9 Sobredosis** Debido a que su aplicación es para uso cutáneo, no es probable que se produzca intoxicación. En caso de aplicar el producto incorrectamente (por ejemplo: aplicar una gran cantidad de producto en poco tiempo) puede presentarse hipersensibilidad cutánea, dolores de cabeza, mareo o malestar epigástrico. En este caso eliminar el medicamento lavando toda la superficie afectada con abundante agua. En caso de ingestión de grandes dosis por vía oral, efectuar lavado gástrico o inducir el vómito y administrar carbón medicinal. **5. DATOS FARMACÉUTICOS 5.1 Lista de excipientes** Flogoprofen 50 mg/g Gel: Dimetilsulfóxido, Levomentol, Carbómeros, Etanol 96% (aprox. 54% p/p), Esencia de trementina, Trietanolamina, Agua purificada. Flogoprofen 50 mg/ml Solución para pulverización cutánea: Dimetilsulfóxido, Esencia de trementina, Levomentol, Propilenglicol, Etanol 96% (aprox. 70% v/v). **5.2 Incompatibilidades** No procede. **5.3 Período de validez** 5 años. **5.4 Precauciones especiales de conservación** Flogoprofen 50 mg/g Gel: No requiere condiciones especiales de conservación. Flogoprofen 50 mg/ml Solución para pulverización cutánea: No requiere condiciones especiales de conservación. Líquido fácilmente inflamable, mantener alejado de llamas, fuentes incandescentes y de excesivo calor. **5.5 Naturaleza y contenido del envase** Flogoprofen 50 mg/g Gel: Tubo de aluminio comprensible de boca ciega y tapón de rosca conteniendo 60 g de gel. Flogoprofen 50 mg/ml Solución para pulverización cutánea: Frasco nebulizador de polietileno conteniendo 100 ml de solución. **5.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** Flogoprofen 50 mg/g Gel: Ninguna especial. Flogoprofen 50 mg/ml Solución para pulverización cutánea: Líquido fácilmente inflamable. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. Por su contenido en etanol, como precaución es conveniente manipular el frasco y su contenido lejos de llama/fuego directos (ver sección 4.4). **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Chiesi España, S.A. Plaça d'Europa, 41-43, Planta 10, 08908 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona (España). **7. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Flogoprofen 50 mg/g Gel: 55.380; Flogoprofen 50 mg/ml Solución para pulverización cutánea: 55.701 **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Flogoprofen 50 mg/g Gel: Primera autorización: 25/06/1982 Flogoprofen 50 mg/ml Solución para pulverización cutánea: Primera autorización: 30/07/1982. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Agosto de 2012. **10. RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Medicamento no sujeto a prescripción médica. No financiado.

## ¿Utilizamos de forma adecuada el sistema de notificación espontánea de sospecha de reacciones adversas a medicamentos?

La opinión de los expertos es que la notificación espontánea es un método infrutilizado. Si a esto añadimos la disminución de recursos en las partidas sanitarias, la situación se agrava y, consecuentemente, la notificación es cada vez menor.

Desde 1996, la farmacia comunitaria catalana participa activamente y de forma estructurada en este programa. Aun así, sería necesario encontrar la forma de incrementar el número de notificaciones espontáneas de sospecha de RAM, ya que en los últimos años se observa una disminución en la participación.

La farmacia comunitaria no es un caso especial, ya que también se observa una infrutilización de este sistema en todas las actividades sanitarias asistenciales. De todas maneras, y de forma personal, esta apreciación no es motivo de justificación, ya que como profesionales sanitarios los farmacéuticos/as comunitarios/as hemos de garantizar los niveles más altos de seguridad en la utilización de medicamentos por parte de la población.

Como datos para justificar estas últimas apreciaciones, en el caso de la farmacia comunitaria catalana cabe decir que, después de la formación a todos los farmacéuticos comunitarios a finales de 1995, se observó que durante el segundo semestre de 1996 el número de notificaciones por 1.000 posibles farmacéuticos notificadores fue de 6,4 notificaciones/mes. Últimamente, este dato ha bajado a alrededor de las 2 notificaciones/mes.

Si estos datos se mantienen en toda la farmacia comunitaria española, está claro que es necesario tomar medidas al respecto, tanto por parte de las autoridades sanitarias como de los representantes profesionales. Por lo tanto, autoridades o representantes profesionales tendrían que diseñar programas o buscar iniciativas con el objetivo de incrementar la utilización del sistema de notificación espontánea de sospecha de RAM, ya que una de las funciones del farmacéutico es la de garantizar la seguridad de los medicamentos utilizados por la comunidad.

Para acabar, creo que tenemos un sistema que funciona, sólo hace falta utilizarlo. Este artículo habrá cumplido con su objetivo si nos hace reflexionar sobre una de nuestras responsabilidades más importantes hacia la sociedad, que es la de garantizar la adecuada utilización de medicamentos. Todo ello implica garantizar tanto la calidad como la efectividad y la seguridad, y además, como ya decíamos al principio, a un coste razonable.

Os animo a todos, por tanto, a notificar todas las sospechas de reacciones adversas, sobre todo las que se producen con medicamentos de nueva comercialización, las evidentemente graves y todas aquellas que creáis que pueden afectar a la calidad de vida de los pacientes. ●

## Hacia un cambio de modelo de farmacia

Xavier Boleda

Farmacéutico comunitario.  
Miembro de SEFAC Catalunya



**La prueba del streptotest se asociaría a servicios relacionados con la salud pública, ya que contribuiría a la prevención, promoción y protección de la salud pública y a la educación sanitaria en general»**

# Streptotest: ejemplo de nuevos servicios de la farmacia comunitaria

### La necesidad de nuevos servicios

El papel del farmacéutico comunitario ha ido evolucionando a lo largo de los años. Su función casi exclusivamente dispensadora de medicación se ha ido complementando con otras responsabilidades, y en un futuro inmediato el farmacéutico debe llegar a ser un proveedor de servicios profesionales farmacéuticos.

Estos servicios se definen como «aquellos prestados por farmacéuticos que emplean sus conocimientos para adoptar un papel activo en la asistencia sanitaria del paciente, mediante una interacción eficaz tanto con los pacientes como con otros profesionales de la salud».

Dentro de los servicios profesionales que pueden ofrecerse en la farmacia comunitaria encontraríamos la realización del cribado de la posible infección por estreptococo en la faringoamigdalitis aguda. Y una manera eficaz, sencilla y barata de realizar este cribado es mediante la realización del streptotest.



©Thinkstock

Los servicios profesionales farmacéuticos pueden ser prestados en diferentes ámbitos. La prueba del streptotest se asociaría a servicios relacionados con la salud pública, ya que contribuiría a la prevención, promoción y protección de la salud pública y a la educación sanitaria en general.

### ¿Qué es el streptotest?

Se trata de una técnica diagnóstica basada en la detección de antígenos utilizada para el diagnóstico del estreptococo beta-hemolítico del grupo A o *Streptococcus pyogenes* (EBHGA). Es una técnica validada y que posee una sensibilidad y especificidad elevadas.

### ¿Para qué sirve?

Su utilización permite discriminar la faringitis bacteriana de la vírica y, por tanto, contribuye a disminuir la posibilidad del mal uso de antibióticos cuando éstos no están indicados.



**La implantación del streptotest ha de servir para reducir la presión asistencial de los centros de salud, aumentar la colaboración con los demás profesionales sanitarios y potenciar la figura del farmacéutico comunitario como eslabón básico del sistema de salud»**

### ¿Qué es la faringoamigdalitis aguda?

La faringitis se define como la inflamación y/o la infección de la faringe y/o el área periamigdalina. El término amigdalitis se asocia a la inflamación de las amígdalas, y puede utilizarse indistintamente junto con el de faringitis; por esta razón, se utiliza habitualmente el término de «faringoamigdalitis».

La faringoamigdalitis aguda es uno de los motivos más frecuentes de consulta médica en atención primaria. Se calcula que en España se producen actualmente más de 4 millones de consultas médicas por esta patología, y que los casos totales alcanzan la cifra de 16 millones.

### Etiología de la faringitis

La faringitis puede ser de origen infeccioso o no infeccioso. Aunque la mayor parte de episodios de faringitis aguda tienen una causa infecciosa, algunos procesos no infecciosos pueden también causar una irritación faríngea.

En primer lugar, debemos descartar una faringoamigdalitis no infecciosa causada por la inhalación o ingestión de

sustancias cáusticas (como productos químicos o humo), por el tabaquismo, la simple respiración bucal, la baja hidratación, la presencia de cuerpos extraños, la rinitis alérgica o el reflujo gastroesofágico.

En cuanto a la faringitis infecciosa, ésta puede estar causada a su vez por diversos microorganismos. La más habitual es la faringitis viral (en más de un 80% del total de casos), siendo el rinovirus el microorganismo que con más frecuencia se detecta.

En estudios basados en el cultivo faríngeo, se ha observado que sólo un 13% de las faringoamigdalitis son bacterianas, y de éstas la mayoría están ocasionadas por *S. pyogenes*. El EBHGA es una bacteria de gran importancia patógena, ya que, aparte de la faringitis, puede causar escarlatina, impétigo y síndrome del shock tóxico. El EBHGA puede ser también la causa de la aparición de complicaciones no supuradas (básicamente, fiebre reumática y glomerulonefritis postestreptocócica) y supuradas (abscesos periamigdalinos y retrofaríngeos, linfadenitis cervical, sinusitis, otitis media y mastoiditis).

### Problemas del uso incorrecto de antibióticos en casos de faringoamigdalitis

Si bien la etiología de la faringoamigdalitis es fundamentalmente vírica, la prescripción de antibióticos en esta patología es muy elevada. Según la evidencia científica, sólo deben ser tratados con antibióticos los episodios de faringitis causados por EBHGA. A pesar de ello, la faringoamigdalitis representa una causa muy importante de sobreprescripción inadecuada de antibióticos en nuestro país.

España, como otros países del sur de Europa, se ha caracterizado por un elevado uso de antibióticos y, paralelamente, por una alta tasa de resistencias. Todo hace pensar que ambas variables están relacionadas. De ahí la importancia que tienen el seguimiento y control del uso de antibióticos.

Además, en España se calcula que el 85% del consumo de antibióticos es extrahospitalario, y de éste una gran parte lo ocupa el tratamiento de las infecciones respiratorias, tanto en niños como en adultos, que en la mayoría de los casos no requieren tratamiento antibiótico al ser infecciones víricas. Por ello, es responsabilidad de los farmacéuticos comunitarios que este tratamiento sólo se prescriba cuando sea eficaz, que el paciente esté informado sobre las características del fármaco, de los posibles problemas que puedan aparecer, y concienciar sobre el cumplimiento de la pauta y la duración del tratamiento.

Aunque los antibióticos son medicamentos que requieren receta médica, según un informe del Ministerio de Sanidad de 2006 se estimaba que alrededor de un 30% de su consumo en España se realizaba sin receta, ya fuera por el aprovechamiento de restos de tratamientos anteriores,

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** NATIFAR 200/400/2 microgramos comprimidos. **COMPOSICIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA:** Cada comprimido contiene: Ácido fólico, 400 microgramos; yoduro potásico, 262 microgramos (equivalente a 200 microgramos de yodo), Cianocobalamina (Vitamina B<sub>12</sub>), 2 microgramos. Para la lista completa de excipientes, ver sección "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos redondos de color amarillo. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Prevención de estados carenciales de ácido fólico, yodo y Vitamina B<sub>12</sub> (Cianocobalamina), en mujeres en edad fértil que hayan planificado un embarazo, durante un mes antes de la concepción y tres meses después de la misma, como profilaxis de deficiencias del desarrollo del sistema nervioso central (defectos del tubo neural, desarrollo del cerebro). **Posología y forma de administración:** Desde un mes antes de la concepción y durante el embarazo se recomienda la administración de 1 comprimido diario. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad conocida a alguno de los componentes. El uso de yoduro potásico está contraindicado en pacientes con bronquitis aguda. Hipertiroidismo manifiesto. Hipertiroidismo latente si la dosis es más de 150 microgramos / día. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Puesto que algunas personas son muy sensibles al yodo, el yoduro potásico debe utilizarse con precaución al iniciar la profilaxis. Los pacientes con riesgo de sufrir efectos adversos derivados de la administración de yodo incluyen aquellos con vasculitis hipocomplementémica, bocio o tiroides autoinmune. Se debe tener especial precaución al iniciar la profilaxis en: embarazo, enfermedad renal, hiperpotasemia bocio o tuberculosis activa. Los yoduros pueden afectar a la glándula tiroidea, por lo que la administración de estos preparados puede interferir con los análisis de la función tiroidea. No deben utilizarse desinfectantes yodados para la desinfección de la madre gestante. El producto NATIFAR contiene 65,91 mg de manitol por comprimido, el cual puede producir un efecto laxante. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Relacionadas con **vitamina B<sub>12</sub>:** Antiulcerosos (cimetidina, omeprazol y ranitidina): estos fármacos pueden producir una disminución de la absorción oral de vitamina B<sub>12</sub>, con posible inhibición de su efecto por posible influencia del cambio del pH gástrico. Cloranfenicol: el cloranfenicol en tratamientos prolongados puede provocar un efecto depresor sobre la médula ósea, por lo que podría antagonizar los efectos estimulantes de la vitamina B<sub>12</sub> sobre la eritropoyesis. Relacionadas con **ácido fólico:** Anticonvulsivantes (fenitoína): tratamientos prolongados con fenitoína pueden disminuir los niveles plasmáticos de ácido fólico. Por otra parte se ha registrado una inhibición del efecto anticonvulsivante. Posible inducción mutua de sus metabolismos. Antagonistas del ácido fólico: este medicamento no debe administrarse con metotrexato ya que éste actúa como antagonista del ácido fólico por inhibición de la enzima dihidrofolato reductasa. Fluorouracilo: Aunque aún no se ha establecido el mecanismo, se ha registrado una potenciación de la toxicidad de fluorouracilo. Sulfasalazina: se ha registrado una disminución de la absorción de ácido fólico al administrarlo concomitantemente con la sulfasalazina. Se han registrado también interacciones con otros antiepilépticos, estrógenos, con la combinación de trimetoprim/sulfametoxazol, con el uso prolongado de corticoesteroides y alcohol. Relacionadas con **yoduro potásico:** Con diuréticos ahorradores de potasio: El uso concomitante de yoduro potásico y diuréticos ahorradores de potasio produce una reducción de la excreción renal de potasio que puede dar lugar a una hiperkalemia grave (arritmias cardíacas) o incluso fatal (paro cardíaco), siendo la existencia de una función renal reducida un factor de predisposición para la aparición de esta complicación. En caso de que haya que administrar ambos fármacos al mismo tiempo, es necesario monitorizar los niveles de potasio y ajustar la dosis de forma adecuada. En cualquier caso, debe evitarse este tipo de combinación. Con sales de litio: El uso concomitante de sales de litio con sales de potasio puede producir hipotiroidismo. Por tanto, esta combinación debe evitarse siempre que sea posible. No obstante, en caso de que sea necesaria la administración de ambos fármacos y se desarrolle hipotiroidismo, puede utilizarse la hormona tiroidea para tratar los síntomas. Con fármacos anti-tiroideos: El uso concomitante de agentes anti-tiroideos y yoduro potásico puede producir un efecto hipotiroideo aditivo. **Embarazo y lactancia:** Embarazo. NATIFAR está indicado en la prevención de deficiencias de ácido fólico, yodo y vitamina B<sub>12</sub> antes y durante el embarazo. En el embarazo existe una necesidad aumentada de yodo. La administración de yodo y preparados que lo contengan a dosis superiores a las recomendadas debe realizarse por indicación expresa del médico basada en la evaluación beneficio riesgo. Dado que el yodo atraviesa la barrera placentaria y que el feto es sensible a dosis de yodo farmacológicamente activas, no deben administrarse dosis de yodo a nivel de miligramo. Lactancia: El yoduro potásico pasa a la leche materna pudiendo producir sarpullidos o supresión tiroidea en el lactante. Por lo tanto, el médico deberá evaluar individualmente la administración de yoduro potásico en el período de lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** No se conocen efectos de NATIFAR sobre la capacidad de conducir vehículos y utilizar maquinaria. **Reacciones adversas:** Se han observado los siguientes efectos adversos poco frecuentes (entre 1 y 10 de cada 1.000 pacientes): Trastornos gastrointestinales: Náuseas, vómitos, distensión abdominal y flatulencia, diarrea pasajera, sabor metálico y aumento de salivación. Trastornos endocrinos: Bocio, Hipertiroidismo e Hipotiroidismo. Trastornos de la sangre y del sistema linfático: Púrpura trombocitopénica trombótica. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Urticaria, erupciones cutáneas, eritema y angioedema, picor. Trastornos vasculares: Vasculitis, Periarteritis fatal. Trastornos del sistema inmunológico: Edema, incluidos edema facial y de glotis. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: Reacciones de hipersensibilidad (alergias), Signos y síntomas semejantes a la enfermedad del suero: fiebre, artralgias, crecimiento de los ganglios linfáticos y eosinofilia. **Sobredosificación:** Con dosis elevadas de Ácido fólico y Vitamina B<sub>12</sub> no se han registrado problemas distintos a las posibles reacciones adversas que pueden desarrollar. Pueden catalogarse como principios activos muy seguros con amplio margen terapéutico. Sí que podría esperarse algún efecto por la ingestión de grandes dosis de yoduro potásico o durante largos periodos de tiempo, pudiendo producirse manifestaciones de yodismo como sabor metálico, quemazón en boca y garganta, sensibilidad dolorosa en dientes y encías, aumento de salivación, coriza, estornudos e irritación ocular con hinchazón de los párpados. Puede producirse también dolor fuerte de cabeza, tos productiva, edema pulmonar e hinchazón y sensibilización de las glándulas parótida y submaxilares. La faringe, laringe y amígdalas pueden inflamarse. En zonas seboreicas pueden aparecer erupciones acneiformes moderadas; raramente, pueden producirse erupciones graves (ioderma) y, a veces, fatales. Si se ingieren dosis mucho mayores de las recomendadas la irritación gástrica es común y puede producirse diarrea, a veces sanguinolenta. Los signos y síntomas del yodismo suelen desaparecer espontáneamente después de unos días de haber discontinuado el tratamiento. El uso de dosis excesivas o durante un tiempo prolongado de yoduros puede producir hiperplasia de la glándula tiroidea, adenoma del tiroides, bocio e hipotiroidismo grave. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Manitol, celulosa microcristalina, almidón glicolato sódico, sílice coloidal anhidra, estearato de magnesio y maltodextrina. **Incompatibilidades:** No presenta a las dosis de administración. **Periodo de validez:** Dos años. **Precauciones especiales de conservación:** No son necesarias precauciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase:** Envase conteniendo 28 comprimidos en blister PVC / Aluminio. **Instrucciones de uso y manipulación:** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** BIAL Industrial Farmacéutica, S.A., Parque Científico y Tecnológico de Bizkaia, Edificio 401, 48170 ZAMUDIO (Vizcaya) - ESPAÑA. **NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** 69.464. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN:** Diciembre 2007. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2012. **PRESENTACIONES Y PRECIOS:** NATIFAR 200/400/2 microgramos comprimidos, envase de 28 comprimidos, PVP IVA: 5,84 €. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Medicamento sujeto a prescripción médica. Financiado por el Sistema Nacional de Salud. Aportación normal.

por una prescripción telefónica (sin receta) o por una dispensación anómala (sin receta).

Asimismo, en un informe reciente de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) para llamar la atención sobre este problema, se calcula que el mal uso de los antibióticos provoca en Europa más de 25.000 muertes al año y unos costes anuales por pérdidas de productividad de más de 1.500 millones de euros.

Puede concluirse, por tanto, que el mal uso de los antibióticos ha propiciado la aparición de resistencias, y teniendo en cuenta el reducido número de moléculas antibióticas que están en periodo de investigación o ensayo clínico, podemos encontrarnos ante un grave problema sanitario si no se toman medidas urgentes.

### Diagnóstico diferencial

Los signos y síntomas de la faringitis viral o bacteriana son inespecíficos. Los hallazgos habituales en la faringitis aguda causada por EBHGA incluyen dolor de garganta, a menudo de aparición brusca, fiebre, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, dolor abdominal, inflamación y/o presencia de exudado amigdalal y adenitis cervical. Por otra parte, la aparición concomitante de conjuntivitis, coriza, exantema, estomatitis, lesiones ulceradas, diarrea y, sobre todo, tos, se asocia más frecuentemente a la infección viral. Por tanto, considerar solamente la clínica para averiguar el posible origen de la infección no es suficiente para poder diagnosticar correctamente la faringitis estreptocócica.

El streptotest es la prueba más adecuada de diferenciarlas, ya que sirve para detectar de una forma rápida, específica y fiable la presencia de EBHGA.

Los principales factores epidemiológicos que sugieren una infección estreptocócica son la edad (entre 5 y 15 años), la presentación en invierno o principios de primavera, y la existencia de un contacto previo con otro paciente infectado por EBHGA.

### Criterios Centor

En un trabajo realizado en 1981 con adultos que acudían a los servicios de urgencias de la Universidad de Virginia, Centor desarrolló, para poder diferenciar entre una faringoamigdalitis bacteriana y una vírica, un sistema de puntuación con cuatro criterios: exudado faringoamigdalal, adenopatías laterocervicales dolorosas, fiebre y ausencia de tos. Cada criterio se valora con un punto. Sumando todos los puntos, se calcula el riesgo de que la faringoamigdalitis sea de origen estreptocócico. Con la utilización de esta escala de decisión clínica, se estimó que se había conseguido reducir la prescripción de antibióticos en adultos en más del 80%.

Sin embargo, esta escala se validó en adultos, pero no en niños. Por esta razón, fue modificada posteriormente por Mclsaac en 1998, con la inclusión de pacientes mayores de tres años (tabla 1).

**Tabla 1. Criterios Centor**

Criterios	Puntos
Ausencia de tos	1
Exudado amigdalal	1
Adenopatías cervicales anteriores inflamadas y dolorosas	1
Temperatura >38 °C	1
Edad:	
3-14 años	1
15-44 años	0
45 años o más	-1
<b>De acuerdo con esta puntuación, el riesgo de infección estreptocócica resultaría:</b>	
Puntuación	Riesgo
0	1-2,5%
1	5-10%
2	11-17%
3	28-35%
4 o más	51-53%

### ¿Cuándo y a quién realizar el streptotest?

Una vez identifiquemos qué síntomas y signos presenta el paciente que acude a la farmacia, la realización del test se propondrá cuando existan dos o más criterios Centor. La probabilidad de infección estreptocócica es mayor cuantos más criterios Centor presente el paciente.

Existe una evidencia muy clara de que los pacientes con ninguno o con sólo un criterio presentan un riesgo muy bajo de infección por EBHGA y, por tanto, no necesitan de ningún abordaje ni diagnóstico, ni sería necesario tratamiento antibiótico; por ello, en estos pacientes tampoco sería oportuno realizar el streptotest.

De la misma forma, no debe hacerse la prueba en la farmacia comunitaria (y se derivará directamente al médico) a los pacientes menores de 15 años, a los enfermos con patologías crónicas mal controladas, y a las personas que hayan recibido tratamiento antibiótico durante los 3 días anteriores. Existen otros casos de derivación más concretos que difieren de unos protocolos a otros.

### ¿Cómo se hace? ¿Cuál es el procedimiento?

Solicitaremos por escrito el consentimiento informado del paciente al que se le propone realizar el test. Se le debe explicar el por qué y para qué ofrecemos hacerle la prueba del streptotest.

Necesitaremos disponer de un entorno tranquilo. En cuanto al instrumental necesario, nos basta con una fuente de luz adecuada, un hisopo estéril, un depresor lingual, y el *kit* del test y sus reactivos. Procederemos a la toma de



# ISDINIUM® 1 mg/g Pomada Rectal

la muestra con las técnicas de asepsia habituales, utilizando siempre guantes desechables.

La recogida del frotis faríngeo requerirá de cierta habilidad y experiencia, y será necesario que el paciente colabore adecuadamente. Por este motivo, la realización de esta técnica en niños conlleva una mayor dificultad.

El lugar de donde se toma la muestra es muy importante. El frotis se ha de obtener de las amígdalas y/o la pared posterior de la faringe. Es importante evitar el contacto del hisopo con la lengua, las encías, los dientes o la mejilla, pues debe evitarse la contaminación de la muestra con flora de la cavidad bucal.

En caso de que esto ocurra, será necesario desechar la muestra y volver a repetir el procedimiento.

Una vez obtenida la muestra, se coloca el hisopo en un tubo (al que se le han añadido previamente unos reactivos de extracción apropiados) y se procede a la lectura del resultado, que suele aparecer a los pocos minutos. Una vez finalizada la prueba, se tira el hisopo en un contenedor para productos biológicos.

Existen diferentes fabricantes de este tipo de test, y por tanto recibe distintos nombres comerciales que englobamos en la denominación común de «streptotest».

## Si el resultado del streptotest es negativo...

Indica que, con mucha probabilidad, se trata de una faringoamigdalitis no bacteriana. La mayoría de las faringoamigdalitis no bacterianas se resuelven de forma espontánea en pocos días. Es por esta razón que, aunque se trata en la mayoría de casos de una patología molesta, es de carácter leve. Sin embargo, si se hace un mal uso de la medicación (utilización innecesaria de antibióticos, o antiinflamatorios en dosis elevadas), esta patología normalmente leve puede acabar convirtiéndose en un problema de salud.

Un resultado negativo sin duda tranquilizará a la persona afectada, pero sobre todo ayudará a disuadir a aquellos pacientes que piden previamente un tratamiento antibiótico.

De acuerdo con los protocolos establecidos, el farmacéutico podrá indicar un tratamiento paliativo con analgésicos, antiinflamatorios y antitérmicos, así como la aplicación de remedios no medicamentosos, recordando los oportunos consejos higiénico-dietéticos. Si el paciente empeorara o no mejorara en los próximos días, debería acudir a su médico.

## Si el resultado es positivo...

Indica una faringoamigdalitis de probable origen bacteriano. En este caso, el farmacéutico debe explicar al paciente el alcance de la afección, y aconsejarle que, además de cumplir el tratamiento paliativo recomendado, acuda a un médico para confirmar el diagnóstico, ya que debe ser éste quien considere la instauración de un tratamiento antibiótico. Para ello, se aconseja disponer en la farmacia de un modelo de volante de derivación al médico en el que se

**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO** Isdinium® 1 mg/g pomada rectal  
**2. COMPOSICION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada gramo de pomada contiene 1 mg de buteprato de hidrocortisona. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1.  
**3. FORMA FARMACÉUTICA** Pomada rectal. La pomada es de color blanco, homogénea.  
**4. DATOS CLÍNICOS**  
**4.1. Indicaciones terapéuticas** Alivio local del dolor, picor, escozor e inflamación asociados a hemorroides en adultos.  
**4.2. Posología y forma de administración** Posología Aplicar la pomada 2-3 veces al día. Población pediátrica Isdinium no está indicada en niños. Forma de administración Limpiar cuidadosamente el área afectada, secarla y aplicar la pomada. En el caso de aplicación intrarrectal: previa retirada del tapón y perforación del tubo, enroscar la cánula. Introducir dicha cánula en el recto, presionando sobre el tubo para depositar una cantidad de pomada equivalente, aproximadamente, a uno o dos centímetros. La cánula debe retirarse lentamente a medida que se vacía su contenido. Se aconseja aplicar también una pequeña cantidad en la parte exterior del orificio anal y pliegues de los márgenes del ano. Se recomienda realizar las aplicaciones después de la evacuación intestinal y del aseo personal.  
**4.3. Contraindicaciones** - Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. - Infecciones bacterianas, víricas o fúngicas de la región a tratar. - Tuberculosis. - Hemorragia hemorroidal.  
**4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo** El empleo continuado de Isdinium Rectal, en general, no debe sobrepasar los 7 días. En áreas extensas, y si se utiliza durante periodos prolongados o con cura oclusiva, o pañales, existe riesgo de que se presenten efectos sistémicos debidos a la mayor cantidad absorbida. Debe evitarse cualquier contacto con los ojos o zonas próximas a los mismos, así como las mucosas. En caso de irritación en la zona de aplicación, deberá suspenderse el empleo de Isdinium® y, si es necesario, se instaurará tratamiento adecuado. Si se presenta una infección dermatológica asociada, conviene incorporar tratamiento específico complementario. Uso en deportistas: Se debe advertir a los deportistas que este medicamento contiene buteprato de hidrocortisona, que puede producir un resultado positivo en las pruebas de control del dopaje.  
**4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** No se han descrito en las condiciones de uso recomendadas.  
**4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia** No se ha establecido la seguridad en el embarazo. Por regla general, se recomienda no utilizar Isdinium® durante periodos prolongados o en zonas extensas en mujeres que estén o puedan estar embarazadas debido a la posibilidad de una absorción sistémica del preparado. El empleo de buteprato de hidrocortisona durante el embarazo se reservará únicamente para aquellos casos en los que el beneficio potencial justifique posibles riesgos para el feto. Se desconoce si los corticosteroides tópicos se excretan por la leche materna, por lo que se aconseja precaución si tiene que utilizarse durante la lactancia.  
**4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria** No se han descrito.  
**4.8. Reacciones adversas** En casos aislados pueden aparecer reacciones adversas de carácter local, atribuidas principalmente a una hipersensibilidad al preparado, y más aún cuando se utiliza en zonas amplias de la piel o en tratamientos prolongados. A las dosis recomendadas, el empleo por vía tópica raramente se asocia a la aparición de efectos adversos sistémicos. Si se produce sensibilidad o irritación en la zona tratada, se debe suspender el tratamiento.  
**4.9. Sobredosis** Por su uso tópico, la intoxicación es poco probable. No obstante, si se diera el caso, se aplicará tratamiento sintomático. En el caso de ingestión accidental, aunque no se dispone de antídoto específico y es improbable que se produzcan efectos adversos graves, el tratamiento consiste en dilución con líquidos.  
**5. Propiedades farmacológicas**  
**5.1. Propiedades farmacodinámicas** Grupo farmacoterapéutico: Corticosteroides moderadamente potentes (grupo II), código ATC: D07AB02: Hidrocortisona buteprato. Hidrocortisona buteprato es un corticosteroide con propiedades antiinflamatorias y antipruriginosas.  
**Precio y condiciones de dispensación:** PVP (IVA): 5,78€; PVP: 5,55€. Medicamento no sujeto a prescripción médica. Medicamento no financiado por el Sistema Nacional de Salud.



## ¿Quién debe pagarlo?

Como todo servicio profesional, éste también debe ser retribuido. Si bien en este momento ha de ser el paciente/usuario que lo disfruta quien lo pague, el streptotest debería ser al final retribuido por los proveedores de servicios sanitarios, ya sea la Administración o las mutuas, o de una forma íntegra o parcial.

Esta retribución debería establecerse de acuerdo con los costes generados por el servicio. Cuando este servicio se generalice y se puedan hacer estudios coordinados con los otros profesionales de la salud, los resultados obtenidos y la influencia que éstos tienen sobre el sistema sanitario deberían determinar un precio común.

explique el test que se ha realizado al paciente y cuál ha sido su resultado.

Sin embargo, ante un resultado positivo podemos encontrarnos en la situación de que el paciente nos pida que seamos nosotros los que, ya que hemos identificado el problema, dispensemos el antibiótico. Hemos de explicarle que no se trata de un diagnóstico definitivo, y que es el médico el único profesional que está capacitado legalmente para ello, señalándole, además, que actualmente la única vía legal para obtener un tratamiento antibiótico es mediante la prescripción médica.

Sea como sea, tanto en un caso como en otro el farmacéutico debe asegurarse de que el seguimiento del paciente se hará correctamente. Asesoraremos al paciente sobre la manera de tomar el antibiótico o medicamentos prescritos, interesándonos por su evolución y registrando todo el proceso.

## Limitaciones

En caso de que no se disponga del test, o de que el paciente no autorice su realización, podemos aplicar igualmente los criterios de Centor, pudiendo obtener con ello una identificación del problema de una manera bastante aproximada.

Existe actualmente una limitación importante, y es la de la medida de los envases de los test, más pensados para centros asistenciales que para farmacias comunitarias. Las 25 unidades que suelen contener los envases y la caducidad relativamente corta son un inconveniente importante para las farmacias pequeñas. Una generalización del uso

de este test podría ir acompañada de la aparición en el mercado de presentaciones con menos unidades, más adaptadas a estas situaciones.

## ¿Por qué en la farmacia?

La farmacia es el establecimiento sanitario más cercano a los ciudadanos por su accesibilidad y disponibilidad. Es en la farmacia comunitaria donde probablemente detectamos más casos de faringoamigdalitis. Debido a la gran cantidad de consultas que recibimos, es importante que estemos preparados y formados para detectar, identificar y resolver estos casos.

Por otro lado, este servicio facilita la relación con los profesionales sanitarios de nuestro entorno. Conocer el resultado del streptotest puede disminuir considerablemente la incertidumbre con la que el médico aborda a un paciente con faringoamigdalitis, y facilitar su diagnóstico y tratamiento posterior.

## Reflexión final

La implantación del streptotest como un servicio de cribado de enfermedad respiratoria, incluido dentro de los protocolos de actuación consensuados con sociedades científicas médicas, ha de servir para reducir la presión asistencial de los centros de salud, aumentar la colaboración con los demás profesionales sanitarios, potenciar la figura del farmacéutico comunitario como eslabón básico del sistema de salud (prestigiando su actuación profesional), y evitar o reducir a nuestros pacientes molestias innecesarias, facilitando tratamientos eficaces y ayudando sobre todo a un uso más racional y adecuado de los medicamentos, y especialmente en el caso de los antibióticos.

La farmacia se ha ido reinventado a lo largo de su larga historia. Este camino no ha sido nunca fácil, ya que ha exigido a los profesionales un esfuerzo para responder a las necesidades sanitarias y sociales en cada momento. El modelo de farmacia ha de ir evolucionando intentando mantener su impronta de servicio a la comunidad. El farmacéutico siempre ha sido útil e indispensable para el buen funcionamiento del sistema sanitario, y hemos de dar lo mejor de nosotros para que esto siga siendo así.

Otra cuestión, aunque no menos importante, es que estos servicios que prestamos sean reconocidos y remunerados justamente. Hacia ahí hemos de ir, y las personas que elijamos para hacer esto posible han de ser hábiles negociadores que no permitan que perdamos esta oportunidad. ●

NOVEDAD

# Microenema de miel: una nueva forma de liberar el intestino.

Doble acción evacuante y protectora

# MeliLAX



Con PROMELAXIN  
Complejo de Mielés  
y Polisacáridos  
de Aloe y Malva



PARA ADULTOS  
Y ADOLESCENTES



PARA NIÑOS



**MeliLax** es un microenema **innovador a base de miel** que, gracias a su **complejo Promelaxin**, aúna una equilibrada acción evacuante con una acción protectora y lenitiva de la mucosa rectal, útil para contrarrestar las molestias, la irritación y la inflamación que acompañan al estreñimiento.

SON PRODUCTOS SANITARIOS  0373

Leer atentamente las advertencias y las instrucciones de empleo.  
No utilizar en caso de hipersensibilidad o alergia individual a uno o más componentes.  
En caso de estreñimiento persistente es importante consultar a un médico para descartar otras patologías.  
Producto Sanitario clasificado y producido en cumplimiento de las prescripciones de la Directiva 93/42/CEE.

De venta en farmacias.

CPSP13051CAT

Fabricante: **ABOCA S.p.A. Società Agricola** - Sansepolcro (AR) - Italy  
Comercializado por: **ABOCA ESPAÑA S.A.U.** - Mataró (Barcelona) - [www.aboca.es](http://www.aboca.es)



INNOVACIÓN PARA LA SALUD

[www.aboca.es](http://www.aboca.es)

# La fórmula que repara los dientes sensibles desde la primera aplicación



## Desensin® repair pasta dentífrica

- ▶ Repara el esmalte dental de forma natural



## Desensin® repair colutorio

- ▶ Complementa la acción reparadora de la pasta dentífrica



NUEVO

**Desensin®** repair

**Desensin® repair** es la gama de productos que consigue **reparar el esmalte** dental de los **dientes sensibles** gracias a la innovadora **DENTAID technology nanorepair®**. La tecnología a base de nanopartículas de hidroxiapatita, elemento natural del diente, actúa depositándose en los túbulos dentinarios expuestos, sellándolos y formando una capa protectora que **elimina la sensación dolorosa de los dientes sensibles**.

DENTAID  
technology  
**nanorepair®**

**Tecnología a base de nanopartículas de hidroxiapatita**