

El Faro Farmacéutico

La revista de la Patronal sevillana

15 de febrero de 2014

Año I Número 19

Una especie en extinción

La consideración, un tanto desprovista de veracidad, de que el ejercicio de la Farmacia, como establecimiento abierto al público, era una de las actividades más lucrativas se está viniendo abajo de una forma paulatina, que no radical pues quien juzga no lo padece, debido a circunstancias específicas y agresivas que van más allá de la generalizada crisis.

El que aún sigan sectores considerando bonancible nuestra actividad se debe a dos causas. La primera: los años de prosperidad en los que quizás no supimos reivindicar nuestro papel y dormimos en los laureles y la segunda es cómo, a pesar de nuestra aguda crisis, ningún paciente o usuario ha sufrido en sus carnes el más mínimo menoscabo en la calidad de servicio.

No nos hemos quejado ante ellos, hemos soportado estoicamente sus legítimas protestas y hemos seguido como siempre a su servicio. Conclusión: aquí paz y después gloria.

Nuestras empresas sanitarias están en crisis y tan sólo el afán de atención ha hecho que sigamos al frente de ellas. Son muchos los farmacéuticos que por tradición, vocación o cariño han desechado, por ahora, ofertas para desprenderse de sus boticas.

Cierto es, y volvemos a la época dorada, que hubo un momento, muy bien utilizado por la malintencionada opinión pública y los consiguientes medios de comunicación en que la sobrevaloración del coste de una Farmacia era algo, obviamente, desmedido. Aún así y previendo tiempos peores fueron muchos los compañeros que siguieron y siguen al pie del cañón.

Esto no es una elucubración nuestra sino algo que está demostrado en algo que son las frías estadísticas y los exhaustivos y desmoralizantes datos económicos.

Y es triste que una profesión de una trayectoria histórica carismática tienda a desaparecer. Lo explicamos sin alarmismos. Las tradiciones académicas se van desvirtuando con el paso del tiempo y las circunstancias que el presente dicta. Hay sagas familiares en que, aparte vocaciones excepcionales, (no olvidemos que con 18 años los jóvenes, en su inexperiencia vital, no tienen las ideas claras) predominan los juristas, los médicos, los militares o los farmacéuticos.

Pero también es cierto que el habitual conciliábulo familiar en el que el tema principal es: “¿qué hacemos con el niño?” predomine el pragmatismo vivencial del joven protagonista. ¿Militar?. “Hijo, ya la épica pasó y ahora la tropa es profesional”. ¿Notario?: “Hijo, esta dedicación ya no es lo que era”. ¿Médico?: “Hijo, ¿es que quieres convertirte en funcionario?”.

Y llegado a los nuestros no hace falta ni darle explicaciones. Lo están viviendo diariamente.

¿Argumento editorial?. ¡No!. Hechos y estadísticas. Algo está cambiando en nuestra profesión. Una última encuesta realizada por la agencia Fondo de Estudios Académicos denota que en los últimos años sólo el 42% de los graduados farmacéuticos se dedica a la oficina de Farmacia porque el resto se está desviando hacia la investigación, administración, docencia, atención hospitalaria o distribución.

Increíble pero cierto y como dicen los niños: “Yo no tengo la culpa”. ¡Qué pena!

La frase de la semana

Leo con gran estupor y sorpresa, en El Global, como un dirigente de una gran cooperativa farmacéutica, Carlos González Bosch, le titulan como frase de la semana la siguiente: “Dejar en manos no farmacéuticas una parte minoritaria de la capitalización (entiéndase oficina de farmacia) no deteriora la profesión.” El titular está transcrito de una entrevista que concedió al citado periódico.

Desde Aprofase queremos decir que esto es una barbaridad. Las empresariales farmacéuticas siempre hemos defendido, y defenderemos, que el binomio propiedad-titularidad, indisoluble, debe ser al 100% de capital farmacéutico.

Hemos vivido estos años una fiebre liberalizadora en contra de la farmacia y, precisamente, gracias a ese binomio, hemos conseguido hasta ahora, paralizarla. Algunos intentan convencernos de que si entra capital ajeno a la farmacia en un pequeño porcentaje, no pasa nada, que no es el fin del mundo. PUES YO DIGO QUE NO, ya tenemos la experiencia de la Ley de Sociedades Profesionales, que aunque no afecta a la farmacia, empezó con un máximo de capital externo del 25%, luego pasó al 49% y terminó pudiendo llegar hasta el 99%, en algunas fórmulas societarias.

Por todo lo expuesto, desde Aprofase **DECIMOS NO A LA RUPTURA DEL BINOMIO PROPIEDAD-TITULARIDAD Y SÍ A UN CAPITAL 100% FARMACEUTICO.**

Leopoldo Glez. Sanz de Andino.
apofasepresidencia@gmail.com

De una multa de aparcamiento a 10.000 recetas monodosis de medicamentos (I)

Se puede deducir de la entrada de nuevos medicamentos monodosis en la tercera subasta andaluza, que la Consejería de Salud tiene interés en potenciar este tipo de presentaciones.

Los aceptados en esta tercera subasta son:

OMEPRAZOL ONEDOSE P.V.P. 100 dosis= 8 euros
20 mg 100 dosis, 1 caps. P.V.P. 1 dosis= 0,08 euros
LEVOFLOXACINO ONEDOSE P.V.P. 50 dosis= 93,50 euros
500 mg 50 dosis 1 compr. P.V.P. 1 dosis= 1,87 euros

Además de estos existen de anteriores subastas:

PANTOPRAZOL 40 mg 1 dosis
PARACETAMOSL 1 g 1 dosis
IBUPROFENO 400 mg 1 dosis
IBUPROFENO 600 mg 1 dosis
VENLAFAXINA 75 1 dosis
VENLAFAXINA 150 1 dosis

Hay que tener en cuenta que para disponer de una sola dosis de cualquiera de estos medicamentos hay que adquirir una caja completa que contiene 50 o 100 dosis.

Entiendo, y me parece razonable, que este tipo nuevo de presentaciones en envases monodosis, estuvieran dirigidos a su consumo en hospitales pues así sí que se vería inmediatamente un ahorro importante, ya anunciado, y además y sobre todo, sería mejor, más fácil y más racional, su uso para pacientes y cuidadores.

Digo que la Administración ya ha anunciado que estas medidas ahorrarán dinero y que todo el mundo saldrá ganando con su implantación.

Dicho así, me extrañaba que en un asunto donde estuviera inmersa la farmacia española, ésta terminara ganando algo y, tras informarme, resulta que, si el tema llegase a buen puerto como consecuencia de haber crecido considerablemente su dispensación, los gastos de la farmacia aumentarían proporcionalmente, cosa no muy difícil de imaginar, si se sabe de esto.

Se pondría vender fácilmente el aumento del número de recetas, mientras que pasaría a hurtadillas el bajón del precio medio, si esto es posible.

Aquí hay que decir que en el caso de aumento del número de recetas la farmacia sufrirá otra mengua al superar, posiblemente, el número medio de recetas, lo que originaría un doble gravamen por algo que, probablemente, habrá costado dinero.

En definitiva que de las tres patas de la mesa, el paciente, que es la más importante, sale perdiendo, pues es fácil adivinar que multiplicaría sus visitas a la farmacia y, probablemente, al médico de cabecera.

La farmacia también perdería, ya hemos dicho que aumentaría sus gastos, además de necesitar tener una caja de origen con 50 o 100 envases unitarios para poder atender a una sola receta.

Una pregunta: ¿irá alguien al médico para que le recete una cápsula de omeprazol porque tiene que asistir mañana a una boda?.

La Administración, la tercera pata de la mesa, parece que se podría ahorrar algún euro por usuario, a costa de hundir un poco más a esa farmacia silenciosa a la que cada vez se le exige más y con la que cada vez se cuenta menos.

Aquí podríamos preguntarnos: ¿racionalizar el consumo?. Déjennos hacerlo a los profesionales y verán como nos irán mejor las cosas a todos a no ser que entendamos por uso racional, única y exclusivamente, disminuir el gasto cuanto más, mejor.

Imaginemos que un señor quiere ir al cine. Ha ojeado la cartelera y hay una película que le interesa especialmente. Está disfrutando con la proyección cuando faltando diez o quince minutos para el final, zumba el teléfono móvil y este hombre sale precipitadamente del cine.

Soluciona su problema y al día siguiente decide que le encantaría terminar de ver la película. ¿Podría sacar un trocito de entrada por el valor de los minutos que le faltan pagando un par de euros?.

¿Qué no?. ¿Por qué no?. ¿Qué no es comparable?.

Estudiemos un caso que sí lo sea: un paciente va a la farmacia con una receta por una cápsula de omeprazol y digo una, porque aunque pueda llevarse más, él quiere una.

(...sigue...)

De una multa de aparcamiento a 10.000 recetas monodosis de medicamentos (y II)

Hemos dicho que el P.V.P. de una cápsula es de 0,08 euros y como el asegurado es trabajador en activo y paga el 40% del total, abona, en ese momento, 0,032 euros de aportación. Sin entrar en consideración sobre si le cobro o no le cobro, o cómo le cobro, o, si es posible cobrar. ¿De verdad. creen ustedes que esto es serio?

Y además para que se enteren los que no saben, ¿cuánto vale el trabajo de la dispensación y toda la parafernalia que ello conlleva?

Porque resulta que de la ganancia de esa cápsula y de todos los demás comprimidos han de vivir todas las personas que trabajan en esa farmacia al igual que ustedes viven del trabajo que realizan.

Como ahora está de moda el llamado periodismo de investigación, visité dos tiendas de chucherías para niños y dos kioscos donde pregunté cuál era el producto unidad más barato que tenían en existencia.

Resultado: unas barritas con un precio de 15 céntimos por unidad, es decir, 1,87 veces más que el P.V.P. de la cápsula de omeprazol. La historia es rigurosamente cierta.

Os preguntaré más de uno a que viene el titular de este artículo y voy a intentar explicarlo tras prometeros que con esto termino con tantas explicaciones y comparaciones.

He leído, hace unos días, que la Dirección General de Tráfico ha actualizado (subido) la cuantía de las multas. La más significativa y corriente es la correspondiente al mal aparcamiento que creo que ha sido actualizada hasta los 200 euros si no me equivoco.

Si alguien se molesta en hacer números y me ayuda, veamos lo que pasa: la ganancia bruta de la farmacia sobre la cápsula de omeprazol, de precio 0,08 euros es aproximadamente de 0,02 euros por receta. Si dividimos los 200 euros de la multa entre el 0,02 euros de ganancia por cápsula, descubrimos que se necesitarán 10.000 recetas de omperazol monodosis para poder pagar la susodicha multa por mal aparcamiento.

Lo siento pero es así. No quiero amargaros sino todo lo contrario, de manera que, por lo menos este caso tiene solución: procura aparcar bien y que no te multen.

Y para terminar, digo yo que, ya que la administración se preocupa de que no quede ni un solo medicamento sin utilizar, cosa lógica y natural, debería habilitar alguna solución para que eso mismo no ocurra en las farmacias con esas cajas de 50 o 100 unidades monodosis que puedan no ser utilizadas en su totalidad.

CODA: Como colofón pido a todos mis lectores que me permitan una licencia: enviar un fuerte abrazo con toda mi consideración a un boticario catalán, Jordi Cases, al que no tengo el gusto de conocer y del que me encantaría tener el placer de formar parte de su grupo de amigos.

Alfredo Cano Galiano
Farmacéutico
canoalfredo4@gmail.com



PROYECTOS Y DESARROLLOS
TECNOLAN

SMART & GREEN LIGHTING

ILUMINACIÓN EFICIENTE LED



GESTIÓN DE AYUDAS DE
LA AGENCIA ANDALUZA
DE LA ENERGÍA.

P.I El Manchón - C/ La Línea, 51
Tomares (Sevilla)

Tlf: 95 415 91 28 | @: tecnolan@tecnolan.es

Iluminación
Eficiente
en las Pymes



Rotas de nuevo las negociaciones del convenio

Ya es un hecho otra nueva ruptura de las negociaciones del nuevo convenio colectivo para las OF provocado fundamentalmente por el endurecimiento de las pretensiones de los sindicatos en relación a las posiciones anteriores, como defienden FEFE y FENOFAR, participantes en este proceso.

La semana pasada, dichos sindicatos presentaron una propuesta muy alejada de las mantenidas en los últimos meses y que ya había sido rechazada en julio: subidas salariales con carácter retroactivo en el período comprendido de 2011 a 2013. El acta firmada por patronal y sindicatos el 24 de julio de 2013 reflejaba, en su punto tercero, *“la derogación expresa, a todos los efectos y en todo su ámbito temporal, desde el 1 de enero de 2011, del artículo 4.2 del XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia”* Como afirman representantes de FEFE *“los sindicatos propusieron el viernes un aumento del 5,4% para 2011 y 2012. Sin embargo, en septiembre propusieron un incremento del 3,3 % para el período comprendido entre 2011 a 2013, y además realizaron otras propuestas diferentes publicadas en la prensa especializada y una última presentada directamente al árbitro”*.

La propuesta que llevaban a la mesa de negociación FEFE y FENOFAR incluía incrementos salariales del 4,5% para un período de cuatro años. Para la patronal, este acuerdo era el mejor posible teniendo en cuenta las dificultades que están padeciendo.

Rechazada la suspensión cautelar de la tercera subasta andaluza

Hace poco hemos sido conocedores de un auto del Juzgado de lo Contencioso-administrativo número 8 de Sevilla que ha decidido estudiar el recurso de la Abogacía del Estado contra la resolución del Servicio Andaluz de Salud (SAS) que habilita la tercera subasta de medicamentos en la región. Sin embargo, dicho juzgado ha rechazado su suspensión cautelar, como pedía el Gobierno (y como ya contara Correo Farmacéutico).

La columna vertebral de las razones aducidas por el juez remiten a la decisión del Tribunal Constitucional sobre el Decreto Ley 3/2011 que es el que regula este sistema de selección de medicamentos en atención primaria cuando se prescriban por principio activo.

El anteriormente nombrado auto afirma que si el Pleno del Tribunal Constitucional levantó la suspensión cautelar sobre ese decreto, *“nada nuevo”* le hace tomar una decisión distinta, pues no cree que la resolución de la tercera licitación *“conlleve consecuencias más perversas para el interés público protegible que las que viene deparando”*.

Además, hace referencia a que los actos de la Administración se presumen legítimos y a que nacen con la vocación de inmediato cumplimiento.

Tampoco le resulta válido al citado juez el argumento del abogado del Estado de que esta tercera resolución afecta a más de setecientos medicamentos, pues entiende que los daños son los mismos independientemente de la cantidad, es decir, sean sólo unos pocos fármacos o cientos; incluso aunque afectara *“a todos los medicamentos susceptibles de generar la formación de subastas que prefigura el repetido DL 3/11”*, añade. La resolución del pasado junio *“nada innova”* respecto al decreto, *“siendo mero acto aplicativo”* y *“conforme a sus previsiones”*, dice.

Asimismo, el auto recuerda que este juzgado no se va a pronunciar sobre la invasión de competencias exclusivas del Estado por parte de la Administración sanitaria andaluza, sino que ésa es una decisión del Constitucional.

Desde El Faro Farmacéutico, y nos consta que no es la única iniciativa, hemos comenzado a denunciar, otra vez, la inconveniencia de esta forma de hacer las subastas. Si el lector tuviera curiosidad puede consultar en la página web www.aprofasesevilla.com la carta abierta a modo de número especial que ya el año pasado dirigimos a la Consejera de Salud. Hasta el momento, eso sí, sin respuesta de ningún tipo.

No por ello cejaremos en nuestro empeño y seguiremos defendiendo una idea que, pensamos, está más que justificada

En defensa de la Titularidad-Propiedad

Siempre es una buena noticia que alguien de la relevancia de la secretaria general de Sanidad, Pilar Farjas, vuelva a defender el modelo farmacéutico español que tan firmemente y de manera tan justificada hemos defendido y defenderemos.

En esta ocasión lo ha hecho en la primera Jornada Profesional de Novaltia. Ha afirmado que el binomio titularidad-propiedad *“lleva cien años demostrando su valor”* y que es una garantía tanto para las administraciones sanitarias como para sociedad. Se puede decir más alto pero difícilmente de manera más clara, al igual que lo ha hecho Leopoldo González Sanz de Andino, Presidente de APROFASE, en este mismo número.

En su intervención en la clausura de la jornada, Farjas ha aprovechado para recordar la defensa que el actual Gobierno ha hecho del modelo farmacéutico en Europa y su compromiso firme con él. Ha justificado esta afirmación en el análisis realizado por el Ministerio de Sanidad sobre las *“ventajas competitivas”* de este modelo frente a otros del entorno. Incluso ha llegado a decir que con este sistema *“la sociedad tiene una garantía cuando compra un producto de venta libre”*, lo que se ha interpretado como un respaldo a que estos productos sigan dentro de este canal. Farjas ha apostado por una farmacia integrada en el SNS, y *“ésta será la premisa de todas las decisiones que se tomen”*.

Por otro lado, ha hecho referencia a la situación complicada que está viviendo la OF, *“que ha sufrido y está sufriendo”*, pero ha sostenido que la reforma sanitaria de su Gobierno, *“ha servido precisamente para apuntalarla y sostenerla”*.

No obstante, ha agradecido a las boticas el esfuerzo hecho en estos años, sobre todo en la implantación de la receta electrónica: *“Ya supone el 67% de las recetas en España; ningún país de Europa está en estas cifras de e-receta”*, ha contado Farjas.

Ante los 16.000 millones de deuda que el ejecutivo del PP se encontró a su llegada al poder, según datos de Sanidad, *“hemos tenido que tomar decisiones muy duras”*, pero frente a esto ha recordado que se ha habilitado medidas, como el Fondo de Liquidez Autonómico (FLA), para *“acabar con los impagos a las farmacias y aliviar en parte su situación”*.

Respecto al modelo solidario de distribución, la secretaria general de Sanidad ha dicho que están tomando medidas para luchar contra la falsificación y la exportación ilegal y ha celebrado que el modelo mayorista se levanta en valores como *“la legalidad, la transparencia y la lealtad”*.

“Es el momento de marcar distancias con quienes no persiguen el principio esencial de atención al ciudadano”. *“Creo en una distribución comprometida, que apoye la labor de las farmacias en materia de gestión y de servicios”*, ha concluido.

Actavis en Cifras

La **3^a** Compañía Mundial de medicamentos genéricos

Presencia comercial en más de **60 países**



32 plantas de fabricación; capacidad de producción de **44.000 millones** de unidades

Actavis

La clave del ahorro del 2014: los precios de referencia

Parece ser, a la luz de los cifras de gastos en medicamentos en 2013, que el Ministerio de Sanidad ha cumplido el objetivo presentado a Europa. Obviamente los datos evidencian que en el pasado año siguieron los recortes, si bien fueron menores: tanto el gasto (un 6,1 por ciento menos que en 2012), como recetas (se prescribieron un 5,93 menos) y el gasto medio por receta (un 0,09 por ciento menos). Como indicó a *Correo Farmacéutico* Agustín Rivero, director general de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia *“El objetivo se ha cumplido con el esfuerzo tanto de la población, que ha asumido el copago, como de las propias empresas farmacéuticas, con las que estamos trabajando en aspectos relacionados con compartir el riesgo y por el de las mismas oficinas de farmacia”*.

El propio Rivero vaticina para este año recortes menores centrados en la aplicación del nuevo RD de Precios de Referencia, la salida de nuevos genéricos y la aplicación de criterios de financiación selectiva basados en resultados, como acuerdos de riesgo compartido. Igualmente, entiende que la reforma sanitaria ha permitido reducir el gasto en fármacos, aspecto que confirman las cifras, y que, además, *“es lógico que este año no se produzcan caídas como las del primer año. Comparada con 2012, la bajada de este año –del 6 por ciento– no habría sido tan pronunciada, aunque no creemos que se esté produciendo ningún repunte del gasto”*, considera frente a las cifras de crecimiento de recetas en determinadas regiones y a la constatación de que se está produciendo una desviación de la prescripción en los productos desfinanciados.

El comportamiento del mercado para este año y, sobre todo, los futuros ahorros estimados llegarán por el precio y la entrada en aplicación del real decreto de Precios de Referencia. La cifra, estimativa y que depende de las bajadas de precio que finalmente hagan los propios laboratorios, *“estará en torno a los 300 millones de euros”*.

Al RD se sumaría la continuidad con las líneas de trabajo iniciadas con el RDL 16/2012, esencialmente los informes de posicionamiento terapéutico (IPT) y financiación vía acuerdos de riesgo compartido. En esta línea, Rivero dice que *“el Ministerio está ultimando dos acuerdos de riesgo compartido con dos multinacionales, que se presentarán en unas semanas”*.

“Gracias a los IPT sabemos a qué grupos de pacientes y en qué estadio concreto de la enfermedad deben dirigirse estos fármacos. Determinamos el máximo de población efectiva cuyo tratamiento cubre el sistema y los que se excedan de esos máximos los asumirá el laboratorio”, resume.

Sanidad iniciará con ellos lo que tilda de un *“hito en la relación de Administración e industria farmacéutica”*, que avanza en la financiación selectiva, en función de resultados en salud y en *“compartir el riesgo de los resultados que se obtengan en salud”*. Estos dos primeros, añade, se centrarán en medicamentos de alto impacto presupuestario y para enfermedades de prevalencia en España.

Por otra parte, el análisis de los datos de gasto en 2012 por parte de expertos en Economía de la Salud, concluye que no tiene cabida la adopción de más medidas dirigidas a contraer el mercado de los medicamentos: *“hay que asumir que las medidas coyunturales tienen que estancarse de forma que se atenúe el gasto e, incluso, pueda llegar a aumentar, pero nunca a un ritmo de dos dígitos como en años anteriores”*.

En opinión del economista Miguel Ángel Mániz, *“el recorrido de las mejoras en gasto derivadas del precio (como el copago) es ya muy pequeño”*. Considera que *“hay que volver a la desfinanciación para dejar de financiar medicamentos de baja utilidad terapéutica”*.

También defiende una línea de especial atención a la prescripción en polimedicados y crónicos mediante la aplicación en las consultas de primaria de *“programas de prescripción y seguimiento de pacientes que incorporen la información necesaria para prescribir de forma adecuada”* pero, matiza, *“en forma de recomendaciones”*.

FEFE afirma que el gasto de medicamentos hospitalarios casi iguala al de Oficinas de Farmacia

La Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE) señaló la pasada semana que el gasto en medicamentos hospitalarios alcanza actualmente los 6.200 millones de euros a Precio de Venta de Laboratorio (PVL), según un análisis del Observatorio del Medicamento a partir de datos de varias consultoras. *“Esta cifra representa más del 90 por ciento de las ventas a través de oficinas de farmacia, que es de 6.637,7 millones de euros, si la comparación se realiza referida sólo a medicamentos y en PVL”*, dice el Observatorio.

“Que el mercado de productos hospitalarios no haya dejado de aumentar desde 2008 demuestra que todas las medidas diseñadas para contener el mercado de medicamentos en hospitales son poco eficaces, porque estas instituciones no tienen un sistema de adquisición homogéneo que permita gestionar los datos, establecer indicadores y actuar sobre las causas que producen el crecimiento”, ha añadido.


Entre las razones del aumento del consumo hospitalario el observatorio destaca *“factores demográficos, particularmente los del aumento de población mayor de 65 años, el lanzamiento de nuevos productos y el injustificado traslado de la dispensación de fármacos a la farmacia hospitalaria desde las oficinas de farmacia en pacientes ambulatorios”*. Y factores que han podido hacer disminuir las cifras de consumo en los últimos años, como *“el lanzamiento de genéricos, los biosimilares, o las medidas de contención del gasto a nivel regional, no han dado los resultados esperados”*.

En cuanto a los datos del gasto en medicamentos correspondientes al mes de diciembre, y que cierran el ejercicio de 2013, indican que continúa la recuperación iniciada hace unos meses. La contención alcanzada continúa siendo alta en términos anuales y, aunque hay signos de estabilización, este mes presenta un crecimiento superior a noviembre.

“En el mes de diciembre el número de recetas ha alcanzado una cifra de 70,8 millones, lo que representa un aumento del 6,65 por ciento con respecto al mismo mes del año anterior, que fue de 66,4 millones; mientras, el gasto aumenta un 6,82 por ciento y el gasto medio por receta aumenta un 0,16 por ciento. Este mes se pone de manifiesto con mayor intensidad que el mes anterior el error estadístico detectado por el Observatorio en diciembre de 2012 en la Comunidad Autónoma de Galicia: el aumento actual del gasto en un 83,2 por ciento en esta Comunidad se debe a la falta de contabilización de recetas correspondientes a varios colegios provinciales, no corregida posteriormente. Este error representa 3 millones de recetas y 40 millones de euros contabilizados de menos en el año 2012”, han concluido.

KERN PHARMA *marcando la línea en genéricos*

Marcando el camino como gran laboratorio, siempre a la vanguardia de los genéricos:

- ✔ Tenemos el 1º y el 3º producto más vendido* del mercado farmacéutico español
- ✔ Empresa nacional con una de las plantas de producción más grandes del país
- ✔ Calidad máxima con un gran vademécum adaptado a precio menor
- ✔ Con un Compromiso  permanente con la sociedad y el medio ambiente

* Paracetamol KERN PHARMA, 1º producto más vendido en uds. Ibuprofeno KERN PHARMA, 3º producto más vendido en uds. Fuente IMS (IAM Diciembre 2013).

KERN PHARMA 

A la vanguardia de los genéricos

www.kernpharma.com



Posible renovación de la primera subasta de medicamentos en Andalucía

Como ya dispusiera el Decreto Ley 3/2011, reponsable de la regulación de las subastas de medicamentos: *“La duración de los convenios será la prevista en cada convocatoria de selección, que en todo caso no podrán tener un plazo de vigencia superior a dos años”*. Es decir, que el próximo mes de abril los acuerdos con los primeros laboratorios ganadores deberían quedar anulados. Aunque previsiblemente no sería hasta el mes de junio cuando acabara el plazo para que las OF puedan dejar de dispensar los productos seleccionados.

Es por este motivo, que el SAS ya baraja convocar en junio un nuevo proceso concursal que, por un lado, supondría la renovación de aquella primera selección, que afectaba a 55 fármacos pero que sólo firmaron cuatro compañías (Vir, Uxafarma, Aurobindo y Medinsa), y, por otro, incluiría los cientos de medicamentos no cubiertos tanto en la segunda como en la tercera convocatorias.

Según fuentes cercanas a la Administración, profesionales y de los laboratorios firmantes, la idea del SAS es sacar este nuevo proceso para junio, como se ha dicho anteriormente, aunque su aplicación real en las boticas andaluzas no se daría hasta diciembre, en función de los trámites que fija el propio proceso de subastas –convocar el concurso, presentarse los candidatos, hacer las ofertas y firmar los convenios, entre otros trámites–. Así se lo habrían hecho saber los responsables de Farmacia autonómicos a compañías adjudicatarias para que sigan teniendo abastecido el mercado hasta finales de año.

No obstante, esta decisión abriría un nuevo frente de reclamación contra la subasta, puesto que si el plazo de finalización de los contratos con los laboratorios está fijado en abril las dispensaciones no podrían alargarse hasta diciembre.

El 50% del mercado de prescripción son medicamentos con un PVP inferior a 3,5 Euros

Según el Boletín de Coyuntura del Mercado del Medicamento en España elaborado por Farmaindustria, el precio medio de los medicamentos de prescripción en España ha experimentado una fuerte caída en los últimos años. El gasto público medio por receta para prescripciones financiadas por el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha pasado de un máximo de 13,45 euros por receta en 2008 a los 10,68 euros por receta de finales de 2013.

De hecho, los medicamentos más baratos, aquellos con un precio de venta al público inferior a 3,5 euros, suponen ya un 50% de todo el mercado de prescripción en España, muy superior al 37% registrado en 2008. Por otra parte, los medicamentos de PVP superior a 20 euros han pasado en estos cinco años de suponer más del 20% del mercado a no llegar al 15%.

Esta evolución Puede explicarse debido a dos motivos principalmente. En primer lugar, por la gran eficacia que ha tenido el Sistema de Precios de Referencia como instrumento de regulación económica del mercado farmacéutico español. En segundo término, por el bajo ritmo de incorporación de innovaciones de los últimos cinco años.

Según los últimos datos disponibles de gasto farmacéutico público de los países de la Eurozona publicados por la OCDE, correspondientes a 2011, se refleja que en el gasto farmacéutico público per cápita en España era un 13,9% inferior a la media de la Eurozona (265 euros frente a 307,9 euros per cápita, respectivamente).

Además, en 2011, la situación de España había empeorado respecto al año anterior ya que en 2010 el diferencial negativo con respecto a la Eurozona era del -8,8% (290 euros frente a 318,4 per cápita, respectivamente).

Además, es muy probable que la situación relativa de España en este apartado haya seguido empeorando en 2012 y 2013 ya que la fuerte caída del gasto farmacéutico público que se ha registrado en nuestro país en estos dos ejercicios es, previsiblemente, muy superior a la que pueda producirse en el conjunto de países de la Eurozona, lo que podría situar actualmente el diferencial, según estimaciones de Farmaindustria, alrededor del -20 por ciento.

NUESTRA NUEVA IMAGEN ES MUCHO MÁS.

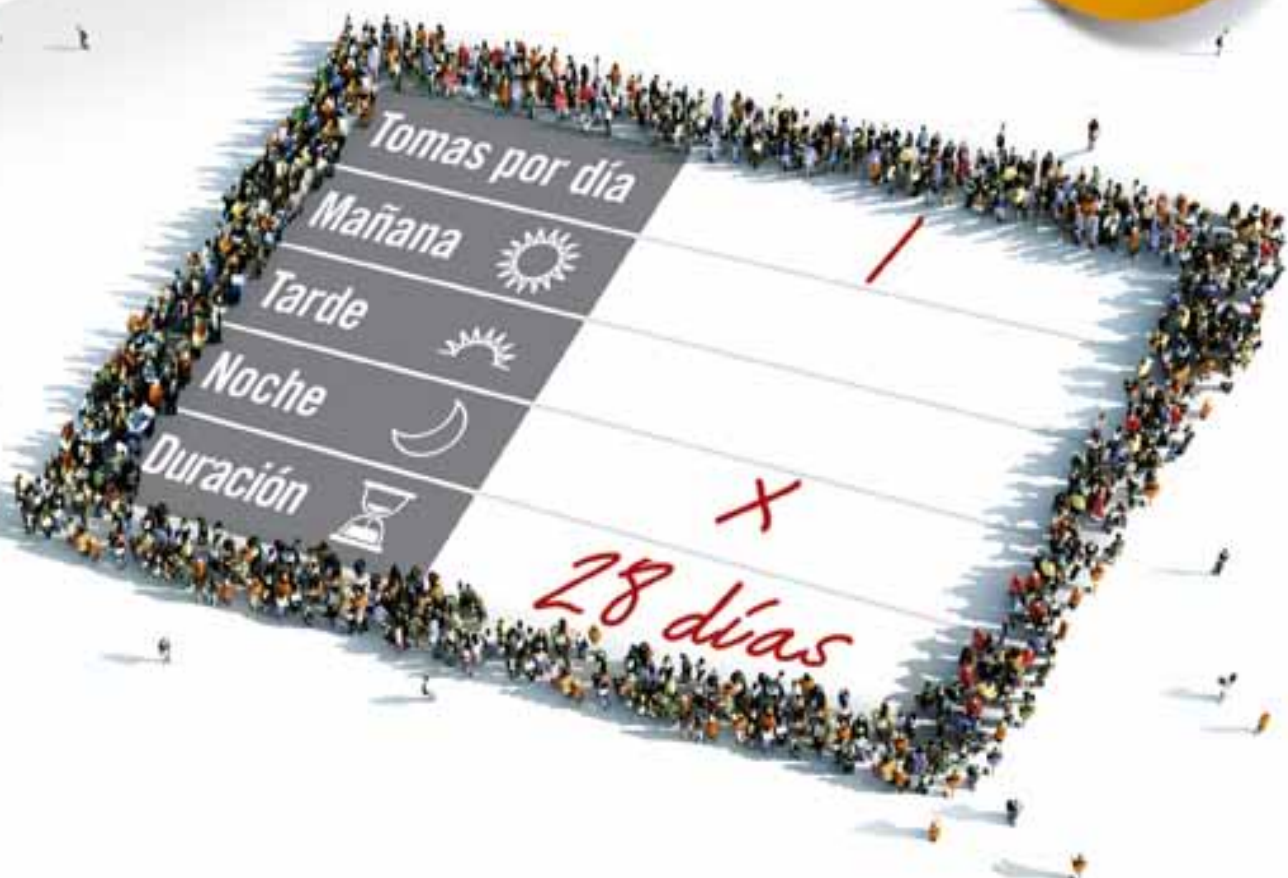
MÁS DESCRIPTIVA. **MÁS** VISUAL. **MÁS** FUNCIONAL.

Nuevos envases adaptados:

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



Novedoso
cuadro
de posología



MÁS RATIO QUE NUNCA

ratiopharm



- Licenciada en Ciencias del Mar por la Universidad de Cádiz

- Doctora en Microbiología Molecular, Biotecnología e Inmunología por la James Cook University de Townsville, Queensland, Australia.

- Actualmente trabaja como científico docente en la Facultad de Ciencias Médicas en Griffith University (Gold Coast, Australia)

Mi tesis consistió en averiguar qué especie o especies causaban las mortalidades en las larvas, estudiar la filogenia de este grupo de bacterias, comprender los mecanismos de patogenicidad y diseñar un método para detectarlas en los cultivos a tiempo, de modo que se pudiera actuar antes de perder las larvas. La graciosa bacteria responsable de todo resultó ser una especie nueva de vibrio que no se conocía y nosotros describimos. La llamamos en honor a mi supervisor que es un experto muy reconocido en este grupo de vibrios.

Fue difícil describir la especie porque nos la jugaron unos investigadores en Europa y Brasil. Uno de los requisitos para describir una especie de bacteria consiste en realizar una técnica genética muy complicada y costosa que sólo la pueden realizar en laboratorios de referencia. La mandamos a uno privado en Europa, pero resultó que rompieron el acuerdo de confidencialidad de datos y les chivaron a unos compañeros suyos en Brasil, expertos en taxonomía de vibrios, que había unos australianos que estaban a punto de describir una bacteria que ellos también tenían en mente describir. Así que con todo el descaro del mundo, nos escribieron del laboratorio proponiéndonos hacer una publicación conjunta con ellos y los brasileños para describir la bacteria. Por supuesto, nos negamos, los denunciarnos y nos propusimos publicar el artículo antes que ellos. Lo conseguimos y lo celebramos por todo lo alto, puesto que era nuestro primer artículo de este tipo, y aún así, fuimos más rápidos. Sé que al final se trata de conocer y divulgar, y no me gusta la competitividad en ciencia, pero después de habernos robado los datos de esa forma, la verdad es que me sentí genial, como si hubiese ganado una competición.

Después de toda esta historia, averiguamos que la bacteria producía una toxina letal que se activaba por el mecanismo de *quorum sensing* del que hablaba antes, y que solo producían la toxina y infectaban a las larvas cuando la densidad de bacterias era bastante

alta. Así que si la detectábamos en el cultivo antes de comenzar a multiplicarse, quizá se podía prevenir la infección. Diseñamos dos técnicas genéticas. Una de ellas de identificación, pues las especies de este grupo de vibrios son prácticamente idénticas y ningún método convencional de laboratorio por sí sólo sirve para diferenciarlas con exactitud. Hacía falta una técnica que las diferenciara a nivel genético. Y la otra técnica, más de diagnóstico, tenía como objetivo detectar las bacterias en el sistema.

Durante la tesis, me acorde muchas veces de José Carlos García, cuando se me pasaban las horas volando en el laboratorio. Ahora sé que no habría disfrutado dedicándome a la Oceanografía, donde todo se mueve, cambia, el clima te fastidia la toma de muestras, los aparatos se caen al agua y se pierden, los animales se mueren.. Aún ahora sigo disfrutando de la sensación de llegar el lunes por la mañana al laboratorio y que todo esté tal y como lo dejé el Viernes por la tarde. Y los fines de semana al mar. Si hace bueno.

No todo fue fácil y divertido durante la tesis. Primero tuve un accidente bastante gordo al mes de empezar, me atropello un coche, pero tuve suerte y sólo me partí unos pocos de huesos. Me operaron y todo quedó más o menos en su sitio. Fue difícil porque no me aseguraban que fuera a volver a caminar bien, pero gracias a mi familia, mis amigos y a mi novio que se había venido a Townsville, conseguí mantenerme en positivo a pesar de las pesadillas en las que me perseguía algún monstruo y yo corría lentísima cojeando. Quizá lo más duro fue perderme los mejores viajes al arrecife a pescar con mis amigos. Me acababa de comprar un arpón nuevo y a los pocos días de la operación vinieron a mi casa a pedírmelo prestado. Se lo di encantada pero pasé una semana con tanta rabia pensando en dónde podría estar en vez de en casa, pasando de la cama a un sillón anatómico que daba un calor horroroso y al que me quedaba pegada. Me la pasaba contando las horas para que volvieran, me contaran todas las

Ana Cano Gomez 2ª Parte (II)

Hija de Alfredo Cano Galiano y M^a Jesús Gómez Vaamonde.



historias maravillosas y me enseñaran las fotos de sus trofeos. No estaba acostumbrada a esa inactividad, incluso cuando ya estaba en muletas. Se me pasaban las horas tan despacio... pero cuando lo acepté, le encontré sus ventajas y me puse a aprender francés y música. El francés se me olvidó todo pero ahora toco el teclado y siempre pienso que nunca lo habría ni intentado de no ser por aquel día del accidente.

A los 4 meses retomé la tesis, porque no me dejaban entrar al laboratorio ni siquiera cuando ya sólo tenía una muleta. Pero en la Universidad se portaron de maravilla y me siguieron pagaron mi sueldo mientras estuve en cama, mientras estuve en España y luego de vuelta durante la rehabilitación.

La Universidad fue increíble también con otro problema que se me presentó. Cuando ya tenía los datos necesarios para diseñar la técnica de detección del patógeno, me pidieron en el instituto que les cediera mi propiedad intelectual. Mientras me informaba en la Universidad y me preguntaba porqué me pedían que hiciera esto, me pidieron que enviara todos los datos de mis secuencias genéticas a un investigador del instituto que estaba interesado en diseñar una técnica parecida, aunque más compleja, con el mismo propósito. Fue muy difícil negarme a compartir los datos con mis compañeros mientras decidía qué hacer, pero lo hice siguiendo las recomendaciones del personal de la Facultad.

Finalmente, la Universidad contrató a un abogado que me ofreció consejo legal independiente y me informó que tenía dos opciones: no cederle mi propiedad intelectual a nadie, pero tendría que costearme yo sola a los abogados de patentes, o cedérsela a la Universidad, que me cubriría los gastos de la patente, beneficiándome personalmente del 40% de las ganancias originadas con el producto patentado. La opción de cederle la propiedad intelectual al instituto era imposible, puesto que entonces perdería todos los derechos de autor de mi tesis, algo que las universidades australianas no consienten. Además, al firmar con el instituto no tendría derecho a ningún beneficio ni reconocimiento por cualquier producto patentado.

Tras firmar con la Universidad, envié los datos al instituto y estuve colaborando en la técnica que querían diseñar allí, además de en la mía. La técnica de ellos era muy interesante pero resultó demasiado complicada. Mi técnica era menos sofisticada pero funcionaba y estuvimos pensando en patentarla en forma de un kit de diagnóstico. Finalmente, entre los consejos de mi altruista supervisor de la Universidad, y de las cifras dudosas y difusas que me daban los abogados de patentes, decidimos publicar el artículo en mi tesis y en una revista científica, lo que permitiría diagnóstico fácil y barato de este patógeno a empresas y grupos de investigación en acuicultura con este problema de vibriosis.

Al graduarme volví a España a buscar trabajo, pero entre que me apetecía descansar y que no sabía ni cómo ni por dónde empezar a buscar, me impacientaba y lo dejaba. Finalmente me puse, pero no conseguí nada, además no tenía contactos en España excepto los de la Universidad y los de la empresa donde trabajé de prácticas. En la Universidad me cerraron la puerta antes de hablar, diciéndome que era imposible, que estaba complicado por los próximos 10 o 12 años! y en la empresa me encontré una situación en la que los Doctores estaban trabajando como técnicos y con contratos de 6 meses, como mucho y unos sueldos muy bajos.

A finales de verano del 2011 volví a Australia a graduarme y empecé a buscar trabajo. Decidí pasarme a diagnóstico humano, y dejar el medio ambiente, pensando en que si quería volver a España en el futuro iba a tener más oportunidades en clínica. Al fin y al cabo, la Biología Molecular, el diagnóstico genético y microbiológico es el mismo en cualquiera de estos campos. Ahora vivo en Gold Coast, una ciudad al sur de Brisbane, la capital de Queensland. Trabajo en los laboratorios de la Universidad de Ciencias Médicas, donde soy encargada de las prácticas de diagnóstico genético y microbiológico de los grados de Medicina y Salud Pública.

Estoy feliz aquí y siento que es donde debo estar. Australia me gusta y me merece la pena en muchos aspectos, sólo que me queda



Ana Cano Gomez 2ª Parte (y III)

Hija de Alfredo Cano Galiano y M^a Jesús Gómez Vaamonde.

demasiados lejos de España. Ya no me siento aquí como un inmigrante, ahora también soy australiana. Tengo aquí mi trabajo, mi rutina, mis hobbies y a mi segunda familia, que si decidiera volver a España, tendría que llevarme conmigo... Lo que más me ayuda es que mis padres, que ya han estado aquí y han conocido esto, están encantados de que esté aquí. Y conformes de momento... Mamá incluso dice mucho que se vendría con los ojos cerrados porque le encanta el país y el estilo de vida. Se sabe la historia natural de cada árbol, planta y bichito australiano. Mi padre es más "*made in Spain and for Spain*" como yo digo y a él nadie lo mueve ya de su Sevilla y de su Betis. Bastante esfuerzo fueron ya las 40 horas de viaje para venir a verme. Se pasó con los pies hinchados dos o tres días, y el *jet-lag* le duró otros 15, aunque después se lo pasó bomba y nos reímos como nunca. En fin, que mis padres como siempre, apoyándose en todo.

Todo esto está muy bien pero sin embargo, es

muy difícil estar tan lejos de mi familia, mis amigos y mi ahijado que tanta falta me hacen. Los niños y los mayores es lo que peor llevo y no estaría si no pudiese ir a casa una o dos veces al año. ¡Cómo me gustaría a veces darle una patada a esta isla y mandarla un poco más cerca! Podría acercarme a Europa, pero para estar en Inglaterra o en Holanda pasando frío e igual fuera de España, prefiero estar aquí, que ya es mi segunda casa. Además, ya no soy tan aventurera y me da pereza empezar en un sitio nuevo...

Espero que mejoren las cosas en España. Quiero pensar que mejorarán, y pueda volver pronto sin miedo a pensar que dejo esto por irme a un lugar sin oportunidades. Aunque cuanto más tiempo pasa, más siento que llego a un punto no retorno y que va a ser difícil volver para quedarme. Me tendré que conformar con las vacaciones de verano y Navidad, con las ganas tan tremendas que tengo yo de ir a la Feria y tomarme un rebujito con los Cano-Gómez en Joselito el Gallo 67!



Lo mejor para puertas automáticas y cierres, no es un analgésico

Si tu farmacia necesita un auténtico especialista en puertas automáticas y cierres enrollables es hora de contar con WELCOME.

Ahora, además si eres socio de APROFASE podrás beneficiarte de condiciones especiales y muchas ventajas mas:

- Descuentos exclusivos APROFASE
- Servicio de mantenimiento y reparación de todas las marcas y modelos

Solicita presupuesto sin compromiso

Tel: 955 38 08 44

comercial@welcomesoluciones.com

www.welcomesoluciones.com

Distribuidor oficial

EM

ENTREMATIC

perteneciente al
Grupo Assa Abloy


welcome
soluciones de acceso

Regulación homeopática

Vaya por delante que no es intención mi entrar en polémicas de tipo farmacológico o terapéutico acerca de la homeopatía, sino repasar la actual situación regulatoria y su futuro a corto plazo.

El pasado 18 de Diciembre tuvo lugar el último pleno del Consejo Interterritorial del SNS donde, entre otros temas, se debía de discutir acerca de la regulación de los llamados medicamentos homeopáticos. No se le hizo mucho caso, la verdad. Veamos: Orden para actualizar la autorización de los medicamentos homeopáticos. El Ministerio, de acuerdo con las Comunidades Autónomas, pretende que los medicamentos homeopáticos tengan las mismas garantías de seguridad y calidad que cualquier otro tipo de fármaco. Se trata de adecuar los medicamentos homeopáticos a la normativa europea y garantizar en el etiquetado la información necesaria para los usuarios. En el comunicado oficial de prensa, en la sección "Otros asuntos". Y ya está.

Da la impresión de que el Ministerio no se toma en serio el asunto o no se da la prisa suficiente en un tema que debería estar regulado hace mucho, mucho tiempo.

Empezamos en 1994, cuando se traspone a la legislación española la Directiva Europea 92/73/CEE a través del Real Decreto 2208/1994, según el cual los productos homeopáticos "no necesitan probar su eficacia para acogerse a un procedimiento simplificado de registro como medicamento". Hay que recordar que antes de esa fecha ya se vendían productos homeopáticos, pero se encontraban bajo regulación del Régimen General de Autorización de los Medicamentos, que requería por parte del fabricante del producto la demostración de su eficacia, mediante pruebas farmacológicas, preclínicas y clínicas. Avanzamos hasta el Real Decreto 1345/2007, donde se modifican los criterios de comercialización y donde se hace referencia al supuesto de registro por el procedimiento simplificado especial, en el caso de productos sin indicaciones terapéuticas aprobadas.

Vista la maraña burocrática e intentando regular en parte la praxis profesional para evitar el peligroso intrusismo, la Organización Médica Colegial aprueba en 2009 "el reconocimiento de la homeopatía como acto médico". Aunque posteriormente, en 2013, la misma Organización hace una afirmación radicalmente opuesta: "no forman parte del acto médico aquellas acciones u omisiones que, al margen del ejercicio de la medicina, un ciudadano

con la condición de licenciado o especialista en medicina pueda realizar en relación a sus convicciones, creencias, tendencias, ideología o cualquier otra circunstancia". Todo muy claro, como estamos leyendo.

Tomando la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios en su Artículo 13, podemos leer: "la eficacia de los medicamentos para cada una de sus indicaciones deberá establecerse con base en la realización previa de estudios preclínicos y ensayos clínicos que se ajustarán a las exigencias normativas y a las que se deriven de los avances en el conocimiento científico de la materia". Y ahora nos viene el propio Ministerio de Sanidad y en un estudio de Diciembre de 2011 bautizado como Análisis de situación de las terapias naturales va y nos dice que "la homeopatía no ha probado definitivamente su eficacia en ninguna indicación o situación clínica concreta, los resultados de los ensayos clínicos disponibles son muy contradictorios y resulta difícil interpretar que los resultados favorables encontrados en algunos ensayos sean diferenciables del efecto placebo". En qué quedamos.

Y si leemos a la propia directora de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios al ser preguntada por el número de productos homeopáticos en el mercado actualmente ("Creemos que alrededor de 6.000, aunque depende de la forma de contarlos. Antes se hablaba de 19.000 porque se contaban todas las diluciones. Ahora se cuenta la cepa madre") es cuando ya apagamos y nos vamos.

Es entendible que el Ministerio tenga otras prioridades en mente, pero también lo es el hecho de que llevemos más de una década de idas y vueltas sin establecer un criterio fijo. Deberíamos fijar de una vez ese criterio común de regulación que nos lleve a consenso, a quorum. Más en un campo en el que es necesario especificar muy bien qué tipo de regulación es la que corresponde, lo que condiciona qué tipo de práctica profesional adoptar, qué criterios de comercialización, qué requisitos de eficacia y seguridad o qué modalidad de registro. Más si cabe cuando leemos en prensa noticias como que ya hay pediatras de la Sanidad pública que están recetando homeopatía a bebés, por poner un solo ejemplo y no entrar en demasiada polémica. Que ya habrá tiempo de entrar...

El Faro Farmacéutico

La revista de la Patronal Sevillana

Edita: APROFASE. (FEFE Sevilla). C/ San Laureano, 1 Bajo A. . 41001 Sevilla.

Teléfonos: 954 21 00 58 - 954 22 11 06

Presidente: Leopoldo González Sanz de Andino.

Consejo editorial: Junta directiva de APROFASE.

Editor: Ignacio García Alonso.

Para Publicidad en El Faro farmacéutico: aprofase@aprofase.com

Teléfono: 954 21 00 58 - 22 11 06