

Bifor



Boletín Informativo Farmacéutico de Aragón
Año XXXII ● N.º 124 ● otoño 2015



COLEGIOS DE FARMACÉUTICOS DE ZARAGOZA,
HUESCA Y TERUEL



Día mundial del Farmacéutico



A FONDO Precios con “apellido” **ACTUALIDAD** Nuevos desafíos de la distribución
LABORAL El contrato para la formación y el aprendizaje **AFORA** La ortopedia, una apuesta
con futuro **ARTE** El farmacéutico Pedro Bosqued presenta su libro “Piel de Italia”



excelencia + proximidad

Una apuesta segura

La colaboración con la Farmacia y los laboratorios es nuestra razón de ser. Velamos por una mayor eficiencia de la cadena de suministro farmacéutico mediante una óptima gestión, la anticipación a los cambios, ofreciendo servicios de valor añadido y, sobre todo, compartiendo valores

Gracias a nuestra dimensión internacional, **aportamos excelencia, solidez, y la experiencia** de más de 100 años en nuestro país y más de 160 a nivel internacional. Porque lo más importante es la salud del paciente, Alliance Healthcare es una apuesta segura

Alliance Healthcare, primer distribuidor europeo, forma parte de Alliance Boots, grupo líder internacional en salud y belleza. En estrecha colaboración con farmacéuticos y laboratorios, y fieles a nuestro compromiso por mejorar la salud allí donde estamos presentes, ayudamos a los pacientes a sentirse mejor.



DIRECTOR EDITORIAL
RAMÓN JORDÁN ALVIA

DIRECTORA FARMACÉUTICA
RAQUEL GARCÍA FUENTES

REDACCIÓN Y COORDINACIÓN
VERÓNICA BARRIENDOS

TELÉFONO
976 481 414

FAX
976 481 418

E-MAIL
cofzaragoza@redfarma.org

WEB
www.cofzaragoza.org
www.cofhuesca.com

IMPRESIÓN
TALLERES EDITORIALES COMETA, S.A.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN: COMETA, S.A.
DEPÓSITO LEGAL: Z-1632-91

Sumario



- 5 ● **EDITORIAL:** Avanzar unidos.
- 6 ● **ESPECIAL** Día Mundial del Farmacéutico.
- 16 ● **A FONDO:** Precios con "apellido".
- 19 ● **ACTUALIDAD**
Nuevos desafíos de la distribución.
El investigador aragonés Carlos Martín, en el COFZ.
Desayuno saludable popular.
- 22 ● **VIDA SOCIAL:** Torneo de Golf y Pádel.
- 24 ● **LABORAL** El contrato para la formación y el aprendizaje.
- 25 ● **GESTIÓN** Buscando Estrellas.
- 27 ● La **UNIVERSIDAD** en la Farmacia: SFT y desabastecimiento.

- 29 ● **ONCOLOGÍA** Integrativa: el aporte de la homeopatía (II).
- 32 ● **POLIO:** La historia de Elisabeth Kenny.
- 34 ● El uso de **LENTE**s de contacto modifica la flora bacteriana.
- 36 ● **AFORA:** La ortopedia, una apuesta con futuro.
- 38 ● Pinceladas de **HISTORIA:** ¿El farmacéutico ideal?
- 39 ● **COF HUESCA:** Los pequeños detalles marcan la diferencia.
- 41 ● **COF TERUEL:** Eva y su farmacia de barrio.
- 42 ● **AFEZ:** Interesante 2015 (tercera parte).

- 43 ● **SEFAC** Aragón: ¿Dónde vivimos los farmacéuticos?
- 44 ● Farmacéuticos **MUNDI:** La ayuda a familias refugiadas, una prioridad.
- 45 ● Farmacéuticos **SIN FRONTERAS:** La suerte es tener salud.
- 46 ● La farmacia se hace **ARTE:** La muerte de la cultura (Bernardo Sánchez).
Entrevista al farmacéutico y escritor Pedro Bosqued.
- 50 ● Buenas **COSTUMBRES** Irreverente Gamberro.

Don Albarelo



Hz TOMAS ~ TINAJA

Seguro de **Automóvil**



DESCUBRA NUESTRAS
**COBERTURAS
EXCLUSIVAS**
PENSADAS
PARA USTED
Y SU COCHE

60%*
Bonificación
en coches nuevos

PARA CUALQUIER MODALIDAD



www.amaseguros.com
902 30 30 10

A.M.A. ZARAGOZA

José María Lacarra de Miguel, 8; bajo
Tel. 976 22 37 38 zaragoza@amaseguros.com

Síguenos en     

[*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados entre el 30 de abril y el 31 de diciembre de 2015. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.



■ **Ramón Jordán Alva**
Presidente del COF de Zaragoza

Editorial



Avanzar unidos

El pasado 25 de septiembre todos los farmacéuticos celebramos nuestro día, el día del farmacéutico. Esta fecha fue establecida por la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) en 2010 a modo de homenaje para todos los profesionales del sector. Para conmemorar dicho día, los boticarios zaragozanos salimos a la calle e hicimos lo que mejor sabemos hacer, trabajar y demostrar que el farmacéutico es un agente sanitario volcado en el paciente. Las personas que pasaron por el parque grande de Zaragoza pudieron ver una gran carpa y en su interior más de 40 voluntarios ofreciendo al paciente diversos servicios tales como presión arterial y cálculo del riesgo cardiovascular, diabetes, nutrición y salud, salud pulmonar o educación sobre el uso de medicamentos.

El resultado del día, a mi juicio, fue un auténtico éxito por varios motivos. Por un lado, un éxito de organización gracias a SEFAC y a Ratiopharm, con la ayuda de este colegio, un éxito de participación desde el punto de vista de los voluntarios, como he dicho antes, más de 40 compañeros participaron en esta jornada saliendo de sus farmacias y de su rutina y demostrando su generosidad, profesionalidad y compromiso con su profesión y sobre todo con el paciente. Por todo ello me gustaría dar las gracias desde esta tribuna tanto a los voluntarios como a los organizadores.

Fue también un éxito de público ya que durante todo el día las filas para entrar en la carpa fueron constantes, demostrando que los servicios profesionales y la farmacia asistencial tienen demanda entre los ciudadanos. Por último, esta jornada fue tremendamente importante para concienciar a nuestros políticos de la realidad y del futuro de la farmacia comunitaria. Tanto el director general de Salud Pública como el mismo consejero de Sanidad pasaron por la carpa. Ambos mostraron un gran interés por los servicios que allí se estaban realizando, y comprendieron la

importancia que el cambio de la actual farmacia dispensadora a una farmacia de servicios profesionales iba a suponer en la mejora de la prestación farmacéutica y en la mejora de la calidad de vida del paciente.

Y es verdad, el cambio es real y además no hay vuelta atrás. Pero este cambio debe ser controlado y dirigido. Controlado y dirigido por nuestras sociedades científicas y por nuestros colegios con el único afán de ir todos en la misma dirección, pero además en el mismo sentido. Debemos tener en cuenta que para ser creíbles y este cambio se cristalice, los servicios que ofrecíamos deben ser de calidad. Servicios estandarizados y protocolizados, es decir, servicios realizados de la misma manera en todas y cada una de las farmacias según unos protocolos comunes. Además, estos servicios requieren indiscutiblemente de una formación específica por parte del farmacéutico, una formación que deberá estar consensuada con los demás agentes sanitarios.

El título de farmacéutico es condición indispensable pero no suficiente para llevar a cabo determinados servicios profesionales en la farmacia. Mientras haya compañeros nuestros y organizaciones que nos representan, que piensen que por el mero hecho de ser farmacéutico podemos desarrollar cualquier servicio en la farmacia, no podremos avanzar en el camino asistencial. Si no conseguimos servicios estandarizados, protocolizados, con farmacéuticos formados específicamente en cada uno de los servicios, no seremos en absoluto creíbles y el objetivo de la concertación será una quimera. Mientras haya compañeros nuestros que antepongan los derechos de los farmacéuticos al paciente y a la mejora de su calidad de vida, el cambio hacia la farmacia asistencial será más complicado. Centrémonos en el paciente y avancemos unidos toda la profesión, ya que bastantes problemas nos están viniendo desde fuera como para fabricarlos nosotros mismos. ●

Centrémonos en el paciente y avancemos unidos toda la profesión, ya que bastantes problemas nos están viniendo desde fuera como para fabricarlos nosotros mismos

ALIADOS con la salud

El pasado 25 de septiembre se celebró en todo el mundo el Día del Farmacéutico, bajo el lema “El farmacéutico, tu aliado en salud”, con el objetivo de destacar su papel como aliados de los pacientes, pero también de las administraciones y del resto de profesionales sanitarios. En Aragón, el acto principal de este día tan especial fue la Carpa “El Farmacéutico que necesitas”, que mostró a la sociedad el perfil más asistencial de la profesión.



Acercar a la población el potencial sanitario y asistencial que tienen los servicios profesionales farmacéuticos y que, en muchas ocasiones, se desconoce, fue uno de los objetivos principales de la carpa *El farmacéutico que necesitas*. Una actividad impulsada por la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) y ratiopharm, junto con la colaboración y apoyo del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza.

Más de 200 personas visitaron la carpa instalada en el Parque Grande de Zaragoza y reforzaron su visión del farmacéutico comunitario como agente sanitario

indispensable en el Sistema Nacional de Salud y en la sociedad. También pasaron por la carpa el consejero de Sanidad de Aragón, **Sebastián Celaya**, y el director general de Salud Pública, **Francisco Javier Faló**, así como de personalidades de la ciudad, colectivos de pacientes y representantes del sector farmacéutico y sanitario.

Atendida por un equipo de voluntarios farmacéuticos, la carpa incluía distintos servicios profesionales: Medida de la presión arterial y cálculo del riesgo vascular, Nutrición y salud, Salud pulmonar, Diabetes, y Educación sobre el uso de medicamentos.

Servicios protocolizados y dirigidos a la población con el objetivo de difundir la labor asistencial que puede llevar a cabo el farmacéutico comunitario, no solo en materia de medicamentos sino también en prevención y salud pública.

Para **Ramón Jordán**, presidente del COF de Zaragoza, la carpa es un claro ejemplo de lo "viva que está nuestra farmacia y sus ganas de seguir evolucionando". Jordán también destacó que en ese camino hacia la farmacia asistencial actualizar y reciclar nuestros conocimientos "es un paso imprescindible para la calidad y seguridad que requiere un servicio farmacéutico protocolizado, con



Las colas para visitar la carpa se prolongaron todo el día.



El Consejero de Sanidad (arriba) y el Director General de Salud Pública, visitaron la carpa.



una metodología consensuada de trabajo, con seguimiento, registro de datos y, en definitiva, para un control exhaustivo de todo el proceso”.

En la misma línea, **Javier García**, director de Marketing de ratiopharm, resaltó que “la sociedad está demandando la figura de un farmacéutico comunitario profesional, preparado, especializado y centrado en el paciente. Por eso, es imprescindible que estos profesionales se sometan a un proceso constante de formación y actualización de conocimientos para aumentar su integración en el sistema sanitario”.

La profesión en cifras

En Aragón en la actualidad hay 1748 farmacéuticos colegiados, la mayoría desarrolla su labor profesional en alguna de las 736 farmacias. Pero además existen otros muchos ámbitos en los que trabajan estos profesionales como Análisis clínicos, Farmacia Hospitalaria, Industria Farmacéutica, Distribución... Sin olvidar su trabajo en Docencia, Dermofarmacia, Salud Pública, Alimentación, Óptica, u Ortopedia, entre otros. El perfil del licenciado en farmacia en Aragón es claramente femenino –ya que representan el 70,7% de colegiados–.

Otra de las características distintivas de la Farmacia española es su distribución, ya que gracias a criterios geográficos y demográficos recogidos en la legislación, se garantiza que el 99% de la población disponga de una farmacia donde vive. España es uno de los países europeos que menos habitantes tiene por farmacia, unos 2.200, en Aragón el ratio todavía es menor: 1.800 habitantes por farmacia. Lejos de países como Suecia con más de 10.000 habitantes por farmacia, Dinamarca con 17.000 o Reino Unido con 5.000 habitantes de media.

El perfil del licenciado en farmacia en Aragón es claramente femenino –ya que representan el 70,7% de colegiados–



1. El consejero, Sebastián Celaya, tomándose la tensión.
2. El presidente de SEFAC Aragón en una entrevista para televisión.
3. Vista general de la carpa.



Hipertensión arterial y riesgo vascular

Otra de las patologías en las que el farmacéutico puede hacer mucho es en el campo de la hipertensión arterial y el riesgo vascular. La prevalencia de la HTA alcanza el 35-40 por ciento en la población española mayor de 18 años, y un gran porcentaje de la población con HTA no está diagnosticado (entre el 40 y el 45 por ciento).



Diabetes

En materia de diabetes, los farmacéuticos pueden contribuir decisivamente a su detección precoz. No en vano, la prevalencia de la diabetes en España está por encima del 13 por ciento y más del 6 por ciento (la mitad de los diabéticos existentes) está sin diagnosticar. Un reciente estudio de SEFAC y la Federación de Diabéticos Españoles (FEDE) permitió detectar en las farmacias hasta un 24 por ciento de personas con un alto riesgo de padecer diabetes.



Nutrición y salud

En materia de nutrición y salud los farmacéuticos también pueden realizar una gran labor, por ejemplo en la detección del riesgo de nutrición en colectivos especialmente vulnerables como los ancianos. En el caso de las personas mayores de 65 años, por cada año adicional de vida se incrementa el riesgo de padecer malnutrición un 4,7 por ciento y el riesgo de desnutrición en las personas mayores puede superar el 12 por ciento.



Salud pulmonar

Por lo que respecta a la salud pulmonar el farmacéutico también puede prestar servicios como la cesación tabáquica o la prevención y el cribado de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Al respecto, el presidente de SEFAC Aragón-Lifara, Eduardo Satué, señala que "más del 50 por ciento de los pacientes fumadores que acceden al servicio de cesación tabáquica en las farmacias dejan de fumar a los seis meses, lo cual está por encima de la media de éxito obtenida con otros métodos y en materia de EPOC conviene recordar que es una enfermedad que padecen más de dos millones de personas en España, es la cuarta causa de muerte y tiene un infradiagnóstico superior al 70 por ciento, por lo que los farmacéuticos pueden contribuir decisivamente a detectar pacientes en riesgo y, en coordinación con los médicos, mejorar la adherencia al tratamiento".



Medicamentos

La falta de adherencia a los tratamientos es también un aspecto vinculado a la educación con el uso de los medicamentos. Este servicio, que también se ha incluido en la carpa, puede ayudar no solo a evitar problemas de salud sino también a conseguir una mayor eficiencia de los recursos sanitarios disponibles. No en vano, "la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos es un problema grave, porque al margen de los efectos en salud que tiene por ingresos hospitalarios, provoca un alto coste que podría invertirse en otras acciones si se aprovecharan mejor los conocimientos de los farmacéuticos comunitarios", indica Satué.

El Ministro de Sanidad participa en el Día Mundial

El ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Alfonso Alonso, visitó la sede del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y se reunió con los presidentes colegiales.

El ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Alfonso Alonso, ha destacado el “incuestionable valor” de la contribución de los farmacéuticos al bienestar de los ciudadanos, durante la reunión que mantuvo con los presidentes colegiales en la sede del Consejo General con motivo de la conmemoración del Día Mundial del Farmacéutico. Alonso reiteró su defensa del modelo español de farmacia y ha asegurado que “hay que consolidar

su futuro dentro del Sistema Nacional de Salud, como un agente activo con el resto de profesionales sanitarios”.

Por su parte, el presidente del Consejo General de Farmacéuticos, Jesús Aguilar, aprovechó la visita del ministro para reiterar la necesidad de colaboración con el Ministerio para seguir desarrollando la labor en la dispensación de medicamentos al ciudadano, “también en el caso de los medicamentos innovadores que por sus características farmacológicas y de uso tienen que estar en las farmacias comunitarias”. Por último, el presidente destacó la implicación de la Farmacia Comunitaria en la Atención Socio-sanitaria, ámbito en el que afirmó que “debe aprovecharse el potencial sanitario y asistencial así como la cercanía y accesibilidad de la Farmacia Comunitaria”.



El presidente del Consejo General, Jesús Aguilar, el ministro de Sanidad, Alfonso Alonso y el presidente del COF de Zaragoza, Ramón Jordán.

IMPULSA TU FARMACIA Y TU EQUIPO



ΔΡΟΤΗΕΚΑ 

Un equipo con visión de futuro

info@apotheka.com www.apotheka.com **976 126 690**



Descubre en nuestro equipo algo más que diseñadores de espacios únicos. Farmacéuticos, arquitectos, ingenieros, interioristas, especialistas en marketing y otros expertos **te ayudaremos a conseguir una farmacia acorde a las nuevas necesidades y tendencias del sector**. Sentirás como **vivimos tu proyecto como si fuera nuestro**, disfrutarás de los servicios más innovadores y comprobarás como trabajando en equipo, trasladaremos tu personalidad a tu nueva Farmacia. Por eso somos algo más que expertos en farmacias...Por eso formamos un equipo con visión de futuro.



ESTUDIO

Un NOTABLE a la profesión

Como preludeo al Día Mundial del Farmacéutico, la noche del 24 de septiembre se presentó el libro 'Cómo debe ser la farmacia que necesita la sociedad', documento que recoge la opinión de usuarios de farmacias, asociaciones de pacientes y profesionales farmacéuticos sobre la labor sanitaria de la profesión.

Los pacientes y usuarios de las farmacias demandan la figura de un farmacéutico comunitario profesional, preparado, especializado y centrado en el paciente. Esta es una de las conclusiones del libro *Cómo debe ser la farmacia que necesita la sociedad*, que han editado SEFAC y ratiopharm, y que recoge los resultados del estudio refcom (*La realidad de la farmacia comunitaria en España*), tras entrevistar a 1.000 ciudadanos, 800 farmacéuticos y a las principales asociaciones de pacientes y consumidores.

El libro se presentó a los farmacéuticos aragoneses el pasado 24 de septiembre, en el hotel Hiberus de Zaragoza, en el marco de los actos conmemorativos del Día Mundial del Farmacéutico. Contó con la intervención especial de la campeona de natación paralímpica **Teresa Perales**, natural de Zaragoza, quien aportó la visión de los pacientes sobre la labor asistencial de los pro-

fesionales farmacéuticos. El presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza, **Ramón Jordán**, cerró el acto recordando que hacer realidad la farmacia asistencial es trabajo de todos y que la concertación con la Administración Sanitaria solo se logrará con servicios protocolizados y homogéneos en todas las farmacias y con farmacéuticos formados.

Más proactividad

El presidente de SEFAC en Aragón, **Eduardo Satué**, y el vicepresidente nacional de SEFAC, **Vicente J. Baixauli** fueron los encargados de analizar los principales datos del estudio. Ambos representantes destacaron que tal y como se desprende del estudio refcom, el farmacéutico comunitario es un profesional muy valorado por la población, pero la sociedad demanda una mayor proactividad en su labor asistencial, en la provisión de servicios y una mejor comunicación de sus acti-

vidades. A este respecto, Vicente J. Baixauli, señaló que "la población nos demanda que aportemos más información a la hora de prestar los servicios, establecer una relación de confianza personal, y comprobar que el paciente ha obtenido la información necesaria, la ha comprendido y la ha asimilado".

Y es que, aunque tanto la población general como, en particular, los pacientes, dan una buena nota a la labor de los farmacéuticos comunitarios (un 7,4 de media sobre 10 y el 78 por ciento de la población considera que son profesionales que mantienen actualizados sus conocimientos), el 49 por ciento de los usuarios de farmacia opina también que los conocimientos de estos profesionales no se aprovechan lo suficiente y solo el 51 por ciento cree que el farmacéutico comunitario está bien integrado en el sistema sanitario.

De hecho, solo un 9 de por ciento de la población reconoce a la farmacia



Ángel Más (COF Huesca), Ramón Jordán y Raquel García (COF Zaragoza), Eduardo Satué (SEFAC), junto a Teresa Perales.



comunitaria como un centro exclusivamente sanitario, por lo que el documento propone que se trabaje en modificar la estructura de las farmacias para disponer de una zona de atención personalizada donde atender de forma confidencial a los pacientes y modificar así su imagen de establecimiento comercial. En este sentido, Eduardo Satué, presidente de SEFAC Aragón, señaló que la consideración de la farmacia como establecimiento comercial no es culpa del paciente, "lo que ellos perciben, es lo que nosotros transmitimos". "Es momento de hacer autocrítica, continuó, y trabajar para que nos consideren un centro sanitario".

Uno de los datos más comentado fue el 41% de ciudadanos que nunca acude al farmacéutico para consultar sus dudas sobre medicación. "Ese nunca duele", señaló Eduardo Satué, quien animó a bajar ese dato a cero, aprovechando el "brutal potencial de la farmacia en la alianza terapéutica con el paciente".

En cuanto a la provisión de servicios, tanto la población general como los pacientes tienen buena predisposición a hacer uso de ellos a un precio asequible. Algunos de estos servicios serían la cesación tabáquica, análisis de colesterol y azúcar, prevención de enfermedades y revisión y detección de los problemas de medicación. Otros servicios más valorados por las asociaciones de pacientes son la atención domiciliaria, el seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes crónicos y el asesoramiento relacionado con el uso de medicamentos que no necesitan prescripción médica. ●



Vicente J. Baixauli y Eduardo Satué durante la presentación del estudio.

“La concertación con la Administración Sanitaria solo se logrará con servicios protocolizados y homogéneos en todas las farmacias y con farmacéuticos formados”
Ramón Jordán

Farmacias Sin Barreras

En los corrillos de farmacéuticos que se formaron tras la finalización del acto, la intervención de la deportista aragonesa Teresa Perales fue sin duda una de las más comentadas. Todos destacaron su sonrisa permanente, su capacidad para motivar o el optimismo que transmite. Teresa Perales, en silla de ruedas desde los 19 años, ha conseguido más de 22 medallas en natación paralímpica.

Como una paciente más, Perales compartió con los asistentes su experiencia como usuaria de oficina de farmacia. Y aunque alabó el buen hacer de los profesionales farmacéuticos, la confianza y cercanía que ofrecen, "sin citas previas, sin largas colas", Perales pidió a la profesión que reflexionará sobre la accesibilidad de las farmacias. "De nada me sirve que hagáis bien vuestro trabajo, recalco, si luego no puedo acceder a él porque hay un escalón en la puerta o porque no llego al timbre de las farmacias de guardia".

La campeona aragonesa también hizo referencia a la farmacia asistencial, con más servicios profesionales. Para hacer realidad esta nueva farmacia, Perales recordó que nadie tiene una "varita mágica" y que solo con "voluntad, compromiso y motivación se logran los cambios verdaderamente importantes".



JORNADA

Encuentro de las ACADEMIAS de Aragón y Cataluña

El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza cerró las actividades programadas para conmemorar el Día Mundial del Farmacéutico con la organización de este acto institucional que resaltó el valor científico e histórico de las Academias de Farmacia.



El Paraninfo de la Universidad de Zaragoza fue el escenario del Encuentro de la Academia de Farmacia Reino de Aragón y la Real Academia de Farmacia de Cataluña, celebrado el pasado 25 de septiembre, y que puso el broche final a las actividades conmemorativas del Día Mundial del Farmacéutico.

Presidió el acto el presidente de la Academia de Farmacia Reino de Aragón y rector de la Universidad de Zaragoza, **Manuel López**; acompañado por la secretaria del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza, **Raquel García** y por el vicepresidente de la Real Academia de Farmacia de Cataluña, **Oriol Valls**.

Un detallado repaso a las sedes históricas de las siete Academias de Farmacia de España centró las dos ponencias de esta

jornada: la Academia Nacional en el edificio de la antigua Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid; la Academia de Cataluña en la antigua farmacia del Hospital de la Santa Cruz; la Academia Iberoamericana con sede permanente en el campus de la Cartuja de Granada celebra actos en los salones nobles de las Universidades de Granada y Sevilla; la Academia de Galicia en el Hospital de San

El patrimonio histórico-artístico de la profesión farmacéutica es el testigo de nuestra huella en la Historia

Roque sin olvidar la sala noble del edificio Fontseca, antigua Facultad de Farmacia; la de la Región de Murcia en Cartagena, la del Reino de Aragón en la farmacia del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia, y la de Castilla y León en las seculares instalaciones de la Universidad de Salamanca.

De *Las Academias de Farmacia, instituciones seculares en marcos históricos* nos habló **Miquel Ylla-Català Genís**, miembro de la Real Academia de Farmacia de Cataluña. Completó la jornada la ponencia del secretario de la Academia de Farmacia Reino de Aragón, **Ignacio Andrés**, bajo el título *La sede de la Academia de Farmacia "Reino de Aragón: la historia de una idea de futuro*.

“Hoy como ayer necesitamos nombrar el pasado porque todavía hay caminos que recorrer, y paisajes que recuperar, y molir



Oriol Valls, vicepresidente de la Real Academia de Cataluña, Manuel López, rector de la Universidad de Zaragoza y Raquel García, secretaria del COFZ.



Ignacio Andrés



Miquel Ylla-Català

nos que derribar". Con esta frase de **Federico García Lorca**, la secretaria del COF de Zaragoza, Raquel García Fuentes, recordó que la historia de las Academias es también la historia de la farmacia, del medicamento y de las ciencias farmacéuticas.

Porque como señaló Ignacio Andrés, la Farmacia, además de una profesión y un conjunto de ciencias destinadas fundamentalmente a la restauración o mantenimiento de la salud a través del conocimiento, investigación, dispensación y preparación

del medicamento, es también belleza. Belleza de unos utensilios, locales y libros mediante los cuales los profesionales han podido ejercer su labor a lo largo de los siglos y que forman parte del patrimonio histórico no solo de la profesión farmacéutica, también de la sociedad en donde ha desarrollado su cometido. "El patrimonio histórico-artístico de la profesión farmacéutica, destacó Ignacio Andrés, es el testigo de nuestra huella en la Historia, por tanto debemos preservarlo. Una profesión o un pueblo sin historia es como un árbol sin raíces y el Patrimonio es notario de la Historia". ●

Luto en la Academia de Farmacia Reino de Aragón por el fallecimiento de la académica numeraria Ana Isabel Alcalde

La académica y catedrática de Fisiología, **Ana Isabel Alcalde Herrero**, falleció el pasado 1 de septiembre. Ingresó en la Academia de Farmacia Reino de Aragón el 22 de marzo de 2011 como académica numeraria tras pronunciar el discurso "Importancia del Sistema Serotoninérgico en la fisiopatología Intestinal". Desde entonces, el objetivo de la Dra. Alcalde siempre fue convertir a esta institución en un referente en la sociedad en los aspectos relacionados con el estudio, la investigación y la difusión de las ciencias farmacéuticas. Para



ello, puso al servicio de la Academia su inagotable vitalidad, iniciativa y talento.

Catedrática de Fisiología del Departamento de Farmacología y Fisiología de la Universidad de Zaragoza, durante los últimos 30 años ha llevado a cabo su actividad docente e investigadora en la Facultad de Veterinaria de dicha Universidad. La Dra. Alcalde estudió y se doctoró en Farmacia por la Universidad de Navarra donde se inició en la actividad investigadora en relación a la

fisiología intestinal bajo la dirección de los **Dres. Larralde e Ilundáin**.

Desde que se incorporó a la Universidad de Zaragoza ha desempeñado una extensa actividad docente en diversos estudios universitarios, destacando siempre por su tesón, dedicación y su capacidad para transmitir ideas con extraordinaria eficacia. Ha colaborado y dirigido numerosos proyectos de investigación en relación a la fisiología intestinal, fruto de los cuales ha sido la publicación de numerosos artículos científicos en revistas prestigiosas del ámbito de la fisiología.

En los últimos diez años desarrolló su labor científica dirigiendo proyectos de investigación acerca del estudio de la función que desempeña el sistema serotoninérgico en la fisiopatología intestinal, tema que brillantemente desarrolló en el curso del acto de su recepción académica.

La Academia de Farmacia nunca olvidará el talante, la capacidad crítica y creadora, la laboriosidad y el entusiasmo de **Anabel Alcalde** "una compañera y académica ejemplar". ●

PRECIOS “con apellido”

El objetivo de este trabajo es aclarar qué significan exactamente todas las expresiones que se han vuelto habituales en el mundo farmacéutico y que están formadas por la palabra “precio”... y algo más.

César Martínez Recari. *Presidente no ejecutivo de Alliance Healthcare.*



Hasta hace poco existía la creencia más o menos generalizada y bastante ajustada a la realidad de que los medicamentos solamente tenían dos posibles tipos de precio: el precio libremente fijado por el laboratorio para los medicamentos sin receta o no financiados y los precios intervenidos por la Administración para los medicamentos financiados. Con el paso del tiempo esta división básica se ha ido complicando y a la palabra “precio” se le han ido añadiendo adjetivos o complementos que condicionan su significado.

Competencias

Corresponde al Gobierno establecer los criterios y el procedimiento para la fijación de precios de medicamentos y productos sanitarios financiados por el Sistema Nacional de Salud. El Gobierno no se reserva competencias para establecer los precios de los medicamentos no financiados por lo que éstos son fijados libremente por los laboratorios.

En cualquier caso, tanto si los medicamentos son financiados como si no lo son y tanto si su precio está intervenido por la Administración como si es libre para el laboratorio, los márgenes de las farmacias y los almacenes están regulados y siguen en todos los casos las mismas reglas. El PVP IVA final se calcula sumando al precio del laboratorio los márgenes de la distribución y la farmacia y el impuesto del valor añadido.

Precio menor

Los precios menores se aplican a las llamadas “agrupaciones homogéneas de medicamentos”. En cada una de las agrupaciones homogéneas se integran las presentaciones de los medicamentos financiadas con

el mismo principio activo (o, en algunos casos, con los mismos principios activos cuando hay más de uno por presentación, como ocurre con Amoxicilina/AcClavulánico o con Valsartan/Amlodipino/Hidroclorotiazida), dosis, contenido, forma farmacéutica o agrupación de forma farmacéutica y vía de administración, que puedan ser objeto de intercambio en su dispensación. El sistema regulado determina un precio menor para cada agrupación homogénea.

Inicialmente el precio menor de una agrupación homogénea es el precio de la presentación de medicamento de precio más bajo en el momento de la creación de esa agrupación. Después, los precios menores se actualizan cada tres meses de forma que el nuevo precio menor revisado de cada agrupación homogénea sea el precio de la presentación más barata en el momento de la actualización trimestral. Por lo tanto, durante dos de los meses de cada trimestre el precio menor puede no corresponderse con el medicamento más barato de la agrupación sino ser más caro que él, si ha habido alguno que ha bajado después de la última actualización. El medicamento más barato (el de precio más bajo, según el capítulo siguiente de este trabajo) ya no sería el mismo que en su momento marcó el precio menor de la agrupación, pero los precios menores de las agrupaciones homogéneas permanecen porque solamente se actualizan cada tres meses aunque haya habido cambios.

Precio más bajo

Los laboratorios pueden solicitar bajadas voluntarias de precio por debajo del precio menor, según un procedimiento que se resume más adelante. Cada agrupación seguirá teniendo el mismo precio menor durante los tres meses siguientes a su actualización, pero es posible que en ella haya una pre-

sentación más barata que todas las demás. Se dice entonces que esa presentación tiene el precio más bajo de la agrupación homogénea. La actualización de los precios más bajos se realiza cada mes.

Así, como se ha indicado en el capítulo anterior, en el mes en el que se produce la actualización de precios menores los precios menores coinciden con los precios más bajos. Pero durante los dos meses siguientes, hasta su siguiente actualización, los laboratorios pueden solicitar bajada voluntaria de precio. En tal caso el precio más bajo deja de coincidir con el precio menor.

Aunque en teoría el cumplimiento del precio más bajo podría tener en la dispensación consecuencias algo diferentes que el simple cumplimiento del precio menor, en la práctica no ocurre así porque, sistemáticamente, cada vez que un laboratorio baja voluntariamente el precio de una presentación por debajo del menor para crear un nuevo precio más bajo, las demás presentaciones de la agrupación lo bajan también hasta igualarlo. No suele haber presentaciones que cumplan con el precio menor pero no con el más bajo.

En cuanto al procedimiento para llevar a cabo estas bajadas de precio voluntarias que suponen una actualización del precio más bajo, se puede resumir de forma muy esquemática. Desde el día 5 del mes N-2 (por ejemplo, septiembre) hasta el día 4 del mes N-1 (en este caso, octubre) los laboratorios pueden solicitar la bajada voluntaria de precio. Con posterioridad al día 4 del mes N-1 (habitualmente, el día 5) el Ministerio publica en su web información de las solicitudes aceptadas y abre un plazo de tres días hábiles para que los demás laboratorios puedan solicitar la bajada voluntaria de precio de sus presentaciones de medicamentos para igualarlo al que será el nuevo precio más bajo de la correspondiente agrupación homogénea. Dentro de los primeros diez días hábiles del mismo mes N-1 (en este ejemplo, octubre) se publicará en la web del Ministerio de Sanidad la información de las bajadas voluntarias de precios sin cambio de código nacional aceptadas que serán registrados automáticamente en el Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud del mes siguiente. Y el día 1 del mes N (noviembre en el ejemplo) el nuevo nomenclátor entrará en vigor, con los nuevos precios más bajos.

Precios de referencia

Los precios de referencia no se aplican a cada agrupación homogénea como los precios menores y los precios más bajos, sino a

cada conjunto. Además, su actualización no es mensual como en el caso de los precios más bajos o trimestral como ocurre con los menores, sino que no puede ser más frecuente que anual.

En cada conjunto de referencia se integran todas las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud que tengan el mismo principio activo e idéntica vía de administración (es decir, un conjunto comprende varias agrupaciones homogéneas, todas ellas con el mismo principio activo y vía de administración pero diferenciadas por su tamaño y/o dosis).

A cada conjunto le corresponde un mismo precio de referencia, lo cual no quiere decir que todas las presentaciones del conjunto tengan el mismo PVP (en cada conjunto conviven presentaciones de diferentes tamaño y dosis). Los precios de referencia se calculan en términos de Dosis Diaria Definida (DDD) por lo que el PVP del envase resulta ser el precio de referencia por DDD multiplicado por el número de DDD que contiene.

Para calcular el precio de referencia se calcula el Coste/Tratamiento/Día (CTD) de todas las presentaciones incluidas en un mismo conjunto (el CTD es el precio del medicamento dividido por el número de DDD que contiene). El CTD más bajo se utiliza como base para el cálculo. Los precios de referencia para cada una de las presentaciones se obtienen multiplicando este CTD más barato por el número de DDD de la presentación.

Esto se puede entender más fácilmente con un ejemplo. Supongamos un principio activo que tiene tres presentaciones: 10 mg x 10 comp, 10 mg x 20 comp y 20 mg x 20 comp, cuyos precios son respectivamente 3€, 5€ y 8€. Si la Dosis Diaria Definida de esta molécula es de 10 mg al día, la primera de estas presentaciones tiene 10 DDD, la segunda 20 DDD y la tercera 40 DDD. Por lo tanto, sus CTD son $3/10 = 0,30€$ para la primera, $5/20 = 0,25€$ para la segunda y $8/40 = 0,20€$ para la tercera.

Evidentemente, la presentación más barata es la tercera, por lo que será la que se utilice para recalcular el precio de las demás multiplicando el valor de 0,20€ que en ella cuesta cada dosis diaria definida por el número de dosis diarias definidas que contiene cada una de las otras. De este modo la tercera presentación (20 mg x 20 comp) seguirá teniendo un precio de 8€ (que ahora será su nuevo precio de referencia) mientras que la de 10 mg x 10 comp (10 DDD) deberá bajar a $0,20 \times 10 = 2€$ y la de 10 mg x 20 comp (20 DDD) a $0,20 \times 20 = 4€$.

Esto es lo que ocurre cada vez que se actualizan los precios de referencia: de todas las agrupaciones homogéneas que componen un conjunto homogéneo sólo mantienen su precio aquélla o aquéllas con el CTD más bajo de todas, mientras que las demás tienen que bajar los precios de todos los medicamentos que contienen hasta que su CTD se iguale al de la más baja. Por eso, en general, las actualizaciones de precios de referencia generan bajadas masivas de precio.

Una vez actualizados los precios de referencia, todos los medicamentos de todas las agrupaciones homogéneas de cada conjunto tienen el mismo CTD. Pero si un laboratorio decide bajar voluntariamente el precio de una de sus presentaciones, o aparece un nuevo genérico al que se le autoriza un precio más bajo que a los ya existentes, todos los demás medicamentos de esa misma agrupación homogénea se ven obligados a abaratare para adaptarse al nuevo precio más bajo. De este modo se produce una

La situación que crea el decreto (sobre precios de referencia) conduce a pérdidas adicionales por depreciación de existencias y a desabastecimientos

diferenciación entre el CTD de esa agrupación y los del resto de agrupaciones homogéneas del mismo conjunto. Las demás agrupaciones no se ven en principio afectadas pero, cuando llega una actualización de los precios de referencia, deben equipararse al CTD de la agrupación más barata y se produce la bajada masiva de precios.

En el fondo, el sistema es equivalente a dar un valor a cada miligramo de principio activo y calcular el precio de cada envase multiplicando por ese valor el número de total de miligramos de cada envase. De este modo, al igual que ha ocurrido antes, la presentación de 20x20 tendrá un precio de referencia doble que la de 10x20 porque sus envases contienen el doble de miligramos, y el precio de la de 10x20 será el doble que el de la de 10x10 por la misma razón. Esta proporcionalidad, que puede parecer lógica a primera vista, resulta en realidad profundamente injusta. En primer lugar, porque el coste de un medicamento no es sólo el coste de su principio activo (es más, el principio activo tiende a ser cada vez más barato) sino que suma otros que no son proporcionales. En el

ejemplo anterior el medicamento de 10 mg x 10 comp contiene 10 DDD o, lo que es lo mismo, 100 mg/envase, lo que resulta ser la cuarta parte del de 20 mg x 20 comp (40 DDD o 400 mg/envase) por lo que su precio de referencia es también la cuarta parte; pero el sistema no tiene en cuenta que el segundo no tiene cuatro prospectos y cuatro cartonajes sino solamente uno, o que no ha habido que fabricar 40 comprimidos sino solamente 20. La segunda razón por la que este sistema es injusto es porque, al dar el mismo tratamiento a todas las formas farmacéuticas que utilizan una misma vía de administración, castiga a las más caras de producir, que suelen ser las más cómodas, eficaces y seguras. En resumen, el sistema pone en peligro la viabilidad económica de los envases pequeños en número de miligramos o de comprimidos (ya que en otros conceptos su coste es igual al de los envases más grandes) y a las formas farmacéuticas más modernas (porque suelen ser más caras de producir).

Además, el decreto que regula los precios de referencia tiene un aspecto muy criticable: la ausencia de plazos para la información y planificación, así como (en la práctica) para la coexistencia de precios en los almacenes y la variabilidad del plazo de coexistencia que se asigna a las farmacias y que puede quedar reducido a sólo once días. La situación que crea el decreto conduce a pérdidas adicionales por depreciación de existencias y a desabastecimientos.

Precios notificados

El hecho de que el Ministerio tenga competencia para fijar el precio de los medicamentos financiados pero no el de los no financiados permite que los laboratorios decidan el precio de los medicamentos que se deberán dispensar al margen del SNS. Pero la división entre medicamentos financiables y no financiables no es perfecta, por lo que en su momento surgió un conflicto que se resolvió mediante los precios notificados.

Existen medicamentos en principio excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud pero que son financiados para alguna indicación concreta. De los aproximadamente 400 medicamentos que se excluyeron de financiación a partir del 1 de septiembre de 2012, en realidad ésta se mantuvo para los pertenecientes a seis subgrupos ATC que fueran prescritos para una indicación concreta. En estos medicamentos es posible que haya dos precios, uno intervenido por la Administración para cuando se dispensan con cargo al SNS y otro no intervenido para cuando los paga el usuario en su totalidad. El listado de medicamentos en

esta situación incluye 48 presentaciones en octubre de 2015.

La Ley de Garantías autoriza “en todo caso” a los laboratorios a “comercializar los medicamentos que se dispensen en territorio español en régimen de precios notificados, entendiéndose por tal la comunicación del precio al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de modo que el departamento pueda objetar el mismo por razones de interés público”. Sobre este párrafo se han hecho distintas interpretaciones. Ahora sólo se aplica a las 48 presentaciones excluidas de financiación que mantienen alguna indicación financiada, pero hay quien entiende que se podría aplicar a cualquier medicamento financiado cuando se dispensa fuera del ámbito de la seguridad social.

Además de la poca claridad de su redacción, la aplicación de los precios notificados plantea problemas técnicos que por ahora no se han resuelto satisfactoriamente. Hay que tener en cuenta que cuando la farmacia compra un medicamento (y más aún el almacén cuando lo compra al laboratorio) no sabe si lo va a dispensar con cargo al SNS o no. Si un laboratorio vende a los mayoristas a precio intervenido (es decir, el que paga el SNS, que lógicamente es más barato que el notificado) pero la farmacia lo dispensa con receta privada, o si ocurre al revés, se producen unos desajustes que deben ser corregidos. Es fácil conocer el importe que la farmacia debe recibir o abonar como consecuencia de esos desajustes puesto que se sabe el número de unidades que ha facturado al SNS, pero no ocurre lo mismo con los desajustes generados en los almacenes. De hecho, la mayor parte de las veces ni siquiera la farmacia sería capaz de decir cuántas de las unidades dispensadas pagadas por el usuario y cuántas de las financiadas por el SNS ha comprado a cada uno de los almacenes de los que se abastece. Por ello, el almacén no sabe cuántas de las unidades que ha vendido deben ser objeto de ajuste debido al destino que hayan tenido en la farmacia. La misma Ley de Garantías establece que “Los laboratorios farmacéuticos, las entidades de distribución y las oficinas de farmacia a través de la Organización Farmacéutica Colegial, deben aportar la información que se determine para hacer efectivo el reembolso debido por las oficinas de farmacia a laboratorios farmacéuticos y entidades de distribución en aquellos medicamentos que

Probablemente se pasarán a precios seleccionados (excluyéndolos del sistema de precios de referencia) conjuntos que el Ministerio piense que tienen margen de bajada pero que su precio de referencia se ha estancado o no baja con suficiente rapidez

se establezca y que hayan sido dispensados fuera del Sistema Nacional de Salud. El procedimiento para su articulación se desarrollará reglamentariamente”. Pero en este momento es imposible disponer de la información exacta, porque los medicamentos no tienen (y no tendrán hasta, por lo menos, 2018) un código que permita seguir cada unidad individual desde el laboratorio hasta el paciente para saber si a lo largo de toda la cadena le correspondía un precio intervenido (más barato) o notificado (más caro) y poder realizar las compensaciones oportunas.

Este procedimiento, como la Ley de Garantías dice, se debe desarrollar reglamentariamente. El lugar adecuado para hacerlo es el RD de Financiación y Precios, esperado desde hace años y del que finalmente se ha publicado un borrador este mes de septiembre. Pero no parece probable que el decreto pueda aprobarse en la presente legislatura, ya que las elecciones serán el 20 de diciembre. Esto justifica que por el momento no se añadan nuevos precios notificados a los 48 ya existentes en el listado, dado que no se sabe cómo hacer correctamente los ajustes de facturación.

Precios seleccionados

La Ley de Garantías contempla, además, un nuevo sistema de precios llamado “precios seleccionados”. Aunque la Ley sienta las bases del sistema, es necesario un desarrollo reglamentario que por el momento no existe y que también debería haberse hecho a través del decreto de Financiación y Precios. De este decreto se filtró extraoficialmente un proyecto a finales de julio (el que se presentó al Interterritorial del SNS) pero no ha sido hasta la segunda quincena de septiembre cuando se ha publicado de manera oficial un texto de borrador para cumplir con la etapa de audiencia pública en la que los interesados pueden presentar aportaciones. Respetando en ambos casos las bases establecidas en la Ley de Garantías, el desarrollo del sistema de Precios

Seleccionados que hacen uno y otro texto es bastante diferente, siendo el primero (el de julio) mucho más parecido a una subasta de cobertura nacional. Por lo tanto, dado que hasta ahora solamente se conocen borradores y que es probable que ninguno de ellos llegue a convertirse en decreto por no poder tramitarse antes del fin de la legislatura, es imposible asegurar en detalle cómo será el nuevo sistema, destinado (como no podía ser de otra manera) a abaratar aún más los precios de los medicamentos.

Los precios seleccionados se aplicarán a medicamentos (y productos sanitarios) que ya estén sujetos al sistema de precios de referencia y que cumplan unas condiciones. Se tendrán en cuenta el consumo del conjunto, el impacto presupuestario, la existencia de al menos tres medicamentos en el conjunto y que no se produzca riesgo de desabastecimiento. Probablemente se pasarán a precios seleccionados (excluyéndolos del sistema de precios de referencia) conjuntos que el Ministerio piense que tienen margen de bajada pero que su precio de referencia se ha estancado o no baja con suficiente rapidez. En tales casos se decidirá un precio seleccionado para cada conjunto por un procedimiento que aún no está claro (según el primer borrador de decreto parecía tratarse de una subasta y según el segundo es un precio decidido por la Administración). Los precios seleccionados se podrán actualizar cada año coincidiendo con los precios de referencia, pero cada precio seleccionado será estable durante dos años.

El desarrollo reglamentario de estos precios deberá eliminar las dudas que ahora existen y cuya resolución en un sentido u otro tendrían muy diferentes impactos sobre el sector. Por ejemplo, si se seleccionaran los precios mediante subasta quedaría un único proveedor para cada agrupación homogénea, lo que supondría el cierre de muchos laboratorios (los que no consiguieran en las subastas el número de adjudicaciones que necesitan para ser viables económicamente) y consecuencias sanitarias desastrosas (especialmente desabastecimientos). Pero si fuera el Ministerio el que impulsara los precios seleccionados, varios laboratorios podrían asumirlos, de manera que ya no habría un proveedor único para España y el riesgo de desabastecimiento disminuiría. ●

La división entre medicamentos financiables y no financiables no es perfecta, por lo que en su momento surgió un conflicto que se resolvió mediante los precios notificados

Nuevos desafíos de la distribución



En el centro, los ponentes Luz Lewin, César Martínez y Fernando Castillo.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, a través de la Vocalía Nacional de Distribución, organizó el pasado 23 de septiembre la I Jornada Profesional de Farmacéuticos en la Distribución, bajo el lema "Actualidad y desafíos profesionales en la distribución" a la que asistieron cerca de 200 farmacéuticos de toda España.

Nuevos retos

Fernando Castillo, director general de

Novaltia, **César Martínez Recari**, presidente no ejecutivo de Alliance Healthcare y **Luz Lewin Orozco**, director Técnico y de Calidad de Cofares analizaron en una mesa redonda los nuevos retos de la distribución farmacéutica. Uno de los más importantes: la lucha contra la falsificación de los medicamentos. La importancia crucial de este tema ha conseguido poner de acuerdo a todos los agentes del mercado, "algo que sucede pocas veces" como señaló Fernando Castillo. El director general

de Novaltia también destacó que para proteger a los pacientes de la introducción de medicamentos falsificados en la cadena legal de distribución, el objetivo es verificar la autenticidad dentro de un sistema pan-europeo.

El presidente no ejecutivo de Alliance Healthcare, César Martínez Recari, habla de la figura del director técnico en los almacenes de distribución, figura protegida en España por una legislación que obliga a que sea un farmacéutico quien desempeñe ese cargo. Además, para el ponente, el hecho de ser farmacéutico es un valor añadido, ya que los clientes también lo son. Martínez Recari recordó que en muchos países europeos no existe esta protección —no se exige que el director técnico sea farmacéutico— o no existe el valor añadido, los clientes no son necesariamente farmacéuticos, por ejemplo en países en los que la propiedad de las farmacias está liberalizada. Por eso, animo a los profesionales a mejorar su formación para que las empresas se decanten por contratar farmacéuticos aunque exista libertad de elección. ●

El botón de la tranquilidad

TELEASISTENCIA FIJA

Terminal fijo + Medallón o Terminal fijo + Pulsera.
Asistencia 24 horas al día, 365 días al año.

TELEASISTENCIA FIJA + CUSTODIA LLAVES + UNIDAD MÓVIL

Asistencia 24 horas al día, 365 días al año.
En caso de emergencia, si no logramos contactar con familiares, acudimos al domicilio para facilitar el acceso a la vivienda a los servicios de emergencias, coordinamos y tranquilizamos en los primeros momentos de la emergencia.
Este servicio se presta en Zaragoza capital y barrios rurales.

TELEASISTENCIA MÓVIL CON GPS

Dispositivo móvil con localización vía satélite (GPS) que garantizan al usuario el contacto con el personal de Farmasistencia, botón SOS, sensor de caída, localización a tiempo real para personas con deterioro cognitivo, Alzheimer, minusvalías, etc.



TELEASISTENCIA FIJA Y MÓVIL



CONSULTE A SU FARMACÉUTICO

www.farmasistencia.es

¿ EN QUÉ CONSISTE ?

Es un Servicio Integrado de Teleasistencia, pensado para mejorar la calidad de vida de las personas dependientes (personas mayores, con problemas de movilidad que están la mayor parte del día solos, etc.), o usuarios que simplemente desean tener permanentemente un respaldo diario, sin abandonar su hogar.

¿ CÓMO FUNCIONA ?

Consiste en un terminal asociado a un medallón o pulsera conectado a la línea telefónica. Con solo pulsar un botón entra en comunicación inmediata con el centro de atención, movilizandolos recursos necesarios y avisando a los familiares. Farmasistencia proporciona conversación y compañía ante situaciones de soledad.

¿ QUÉ OFRECE ?

Para el usuario, la tranquilidad de saber que hay alguien conectado las 24 horas del día, los 365 días del año, para los familiares, saber que sus seres queridos están permanentemente atendidos.



El investigador aragonés Carlos Martín visita el COFZ

Dirige el grupo de investigación de la Universidad de Zaragoza que ha diseñado la nueva vacuna contra la tuberculosis.

“Investigación y desarrollo en nuevas vacunas contra la tuberculosis” es el título de la conferencia que impartió el Dr. Carlos Martín, catedrático de Microbiología de la Universidad de Zaragoza. Martín es el director del grupo de Genética de Micobacterias de la Universidad de Zaragoza, creadores de la primera vacuna experimental contra la tuberculosis que se probará en recién nacidos de Sudáfrica. Si se comprueba la seguridad y capacidad inmunogénica de esta nueva vacuna diseñada por la Universidad de Zaragoza constituirá un gran hito para la investigación aragonesa y española y, por supuesto, un enorme avance para la salud mundial.

La ponencia del Dr. Martín formó parte de la Jornada “Moléculas que curan, cómo se llega a descubrirlas? Ven y conocerás el camino”. Organizada por el COF de Zaragoza y el laboratorio GSK se celebró en la sede colegial el pasado 28 de septiembre. Daniel Tabuenca, asesor de industria del COFZ y miembro de la Academia de Farmacia Reino de Aragón, moderó esta jornada que abrió el Dr. Alfonso Mendoza, Jefe Científico del Centro de Investigación de Nuevos Tratamientos de GSK, con la ponencia “Proceso de investigación de nuevos fármacos”.

Investigación en Aragón

La vacuna contra la tuberculosis (MTBVAC) diseñada por ingeniería genética por el grupo de investigación de Genética de Micobacterias de la Universidad de Zaragoza, que dirige el catedrático aragonés Carlos



Daniel Tabuenca, Alfonso Mendoza y Carlos Martín, minutos antes de empezar la jornada.

Martín, iniciará en breve la Fase IB de ensayos clínicos en Sudáfrica, que se realizará a lo largo de dos años en recién nacidos. Es la primera vacuna viva atenuada de origen humano en iniciar el ensayo en recién nacidos.

La vacunación en Sudáfrica forma parte de las pruebas para estudiar su seguridad y capacidad inmunogénica y son la continuidad de los ensayos clínicos Fase IA, realizados con 36 voluntarios adultos sanos entre 18 y 45 años en Suiza el año pasado.

La nueva vacuna es la más firme candidata a sustituir por su mayor eficacia a la actual BCG. De hecho, se espera que su utilización suponga un gran avance médico para la salud mundial,

ya que alrededor de un tercio de la población mundial está infectada por la bacteria que causa esta enfermedad contagiosa, que se propaga a través del aire. Cada año se registran unos nueve millones de casos nuevos de tuberculosis y un millón y medio de personas murieron el pasado año de esta enfermedad.

La actual vacuna BCG protege contra diferentes formas de tuberculosis en niños, su protección en tuberculosis pulmonar de adultos es muy variable, de 0-80%. MTBVAC es una vacuna que busca activar el sistema inmunitario para que sea capaz de reconocer al agente infeccioso y proteja a largo plazo frente a la forma más común de la enfermedad: la respiratoria. ●

Cada año se registran unos nueve millones de casos nuevos de tuberculosis y un millón y medio de personas murieron el pasado año de esta enfermedad

Desayuno saludable popular

El farmacéutico de La Joyosa (Zaragoza) organiza un desayuno saludable para todo el pueblo con motivo del Día Mundial de la profesión.

La plaza de España del pueblo zaragozano de La Joyosa (1007 habitantes) se convirtió el pasado 26 de septiembre en un enorme comedor para celebrar un desayuno saludable popular. La idea fue del farmacéutico de esta localidad zaragozana, **Enrique Eguizábal**, que organizó esta actividad para conmemorar el Día Mundial del Farmacéutico y acercar la figura de este profesional a la población. "Lo que buscábamos era que el paciente cambiara su forma de ver la farmacia, no sólo como un sitio donde acudir a por su medicación sino como un servicio que además le proporciona consejos saludables y puede contribuir a conseguir un mayor grado de salud y bienestar", explica Eguizábal.

Fueron muchos los joyosinos que se interesaron por mejorar sus hábitos alimentarios y participaron activamente en este desayuno saludable compuesto por varias mesas informativas y con productos para degustar. Como

destaca Eguizábal "la alta participación es la ventaja de desarrollar esta actividad en una población rural".

La importancia de la dieta mediterránea fue el tema central de este desayuno popular. Omegas, probióticos, fitoterapia y productos dietéticos también ocuparon un lugar destacado. Además, los niños dibujaron una gran pirámide nutricional para no olvidar los ingredientes de una dieta sana y variada.

Empresas locales y laboratorios aportaron su granito de arena en esta degustación de productos saludables para empezar bien el día, sin olvidar la colaboración del Ayuntamiento, el Colegio Público y varias asociaciones culturales. La rondalla de jotas tampoco quiso perderse este evento saludable y puso la nota musical a una mañana festiva y saludable, que culminó con un balance muy positivo y con la petición por parte de la población de convertir este súper desayuno en una actividad anual del pueblo. ●



Breves

Expofarma 2015

La cooperativa farmacéutica Novaltia reunió el pasado 6 de octubre, en el Gran Hotel de Zaragoza, a más de 200 farmacéuticos en Expofarma. 34 laboratorios se dieron cita en un evento que se plantea como una herramienta útil para poner en contacto, en un solo espacio y durante una única jornada, a los principales laboratorios de parafarmacia, OTC y EFG con los farmacéuticos socios, con ofertas especiales para ese día. ●

Formación

En 2016 arranca el I Programa de Dirección de la Oficina de Farmacia de Novaltia. Se trata de una propuesta formativa que busca aportar las claves de la gestión de la farmacia como empresa. Siete módulos, doce sesiones para ofrecer una visión 360°, las herramientas y conocimientos necesarios para que la oficina de farmacia se prepare para el futuro. Profesionales de prestigio, la mayoría farmacéuticos, cuyas experiencias de éxito contrastado en gestión enriquecerán y aportarán las claves para el día a día. Las sesiones se llevarán a cabo los miércoles de 10:00 a 14:00 en Zaragoza, en la sede de la cooperativa. Más información en www.novaltia.es ●



Nueva imagen

Alphega Farmacia, la red de farmacias independientes de Alliance Healthcare, presentó el pasado mes de septiembre una nueva imagen con el objetivo de transmitir y potenciar la cercanía del farmacéutico Alphega a sus pacientes. Esta imagen renovada se ha dado a la vez en todos los países donde Alphega Farmacia está presente. María Jesús Ariza, responsable de Alphega Farmacia España, destacó que la nueva imagen, aunque mantiene el logotipo anterior, renueva su eslogan por *Siempre, cerca de ti*, "para reforzar el concepto de cercanía y profesionalidad del farmacéutico". ●

XVI

Torneo de Golf

El pasado 25 de septiembre se celebró el XVI Torneo de Golf "Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza" en el Club de Golf La Peñaza.



► **PREMIO STABLEFORD COLEGIADOS**

Primera Categoría:

Jesús Lahoz Romeo

Segunda Categoría:

Rosendo Concha Longas

► **PREMIO STABLEFORD COLEGIADAS**

Primera Categoría:

Mayte Villuendas Campos

Segunda Categoría:

Ana María Bara Bandrés

► **PREMIO STABLEFORD INVITADOS**

Categoría Femenina:

Clara Renom Franco

Categoría Masculina:

Pablo Moral Ríos

► **TROFEO SENIOR PLUS**

Andrés Romanos Marfil

► **TROFEO SCRATCH**

Categoría Femenina:

María Cerrado Gregorio

Categoría Masculina:

Juan Sierra Castañer



El COFZ agradece a Maserati, el patrocinio del evento y su imprescindible apoyo en la organización del Torneo de Golf.

Colaboradores especiales:



Otros colaboradores:

- AMA • Apotheka • Tipsa
- Bodegas Solar de Urbezo • Laboratorios Normon
- Tecnyfarma • PHB • Homeosor
- Novaltia • Arkopharma • Sesderma
- Pierre Fabre



El pasado 3 de octubre se celebró en las instalaciones de Club Pádel Zaragoza el V Torneo de Pádel del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza. La vocal de la Junta de Gobierno, Montserrat Machín, entregó los premios a los ganadores de las diferentes categorías.

Torneo de Pádel



Pádel FEMENINO

Campeonas:

Catalina Sagardoy y Patricia Lasala

Subcampeonas:

Lucía Giménez y Sofía Almau

Pádel MASCULINO

Campeones:

José Ignacio Lobera y Manuel Martín

Subcampeones:

Félix Gaspar y Emilio Fernández

Pádel MIXTO

Campeones:

Lucía Giménez y Eduardo García

Subcampeones:

Catalina Sagardoy y Alberto Suárez



El COFZ agradece a Datinza y a Ibercaja, patrocinadores del Torneo, su imprescindible participación en la organización de este campeonato.



Otros colaboradores:

- AMA • Kotler • Tipsa • Hotel Palafox
- Bodegas Solar de Urbezo y Mapfre Vida



LABORAL

El contrato para la formación y el APRENDIZAJE

El contrato para la formación y el aprendizaje viene regulado en el artículo 11.2 del Estatuto de los Trabajadores, formando parte de los contratos formativos, y fue desarrollado por el Real Decreto 1529/2012, de 8 de noviembre, por el que se desarrolla el contrato para la formación y el aprendizaje y se establecen las bases de la formación profesional dual.

El referido contrato es un instrumento destinado a favorecer la inserción laboral de los jóvenes y tiene por objeto la cualificación profesional de los trabajadores en un régimen de alternancia de actividad laboral retribuida en una empresa. La actividad formativa se recibe en el marco del sistema de formación profesional para el empleo (Título de Formación Profesional) o del sistema educativo (Certificados de profesionalidad).

A) En cuanto a los requisitos de los trabajadores, se exige:

a) Que no tengan cualificación profesional para concertar un contrato en prácticas para el puesto de trabajo u ocupación objeto del contrato.

b) Edad: entre 16 y 25 años (menores de 30 años hasta que la tasa de desempleo se sitúe por debajo del 15%). Sin límite de edad para personas con discapacidad, colectivos de exclusión social en empresas de inserción y alumnos de Escuelas-Taller, Casas de Oficio Talleres de Empleo y Programas de Empleo-Formación.

c) Desempleado inscrito para acceder a reducciones de cuotas.

B) Duración: El contrato se formalizará por un periodo mínimo de 1 año y máximo de 3 años. No obstante, mediante convenio colectivo podrán establecerse distintas duraciones del contrato, en función de las necesidades organizativas o productivas de las empresas, sin que la duración mínima pueda ser inferior a 6 meses ni la máxima superior a 3 años.

En caso de que el contrato se hubiera concertado por una duración inferior a la máxima legal o convencionalmente establecida, podrá prorrogarse mediante acuerdo de las partes, hasta por dos veces, sin que la duración de cada prórroga pueda ser inferior a seis meses y sin que la duración total del contrato pueda exceder de dicha duración máxima.

Expirada la duración del contrato, el trabajador no podrá ser contratado bajo esta modalidad por la misma o distinta empresa, salvo que la formación inherente al nuevo contrato tenga por objeto la obtención de distinta cualificación profesional. No se podrán celebrar contratos para la formación y el aprendizaje cuando el puesto de trabajo correspondiente al contrato haya sido desempeñado con anterioridad por el trabajador en la misma empresa por tiempo superior a doce meses.

C) Salario: La retribución del trabajador contratado para la formación y el aprendizaje se fijará en proporción al tiempo de trabajo efectivo, de acuerdo con lo establecido en convenio colectivo. En ningún caso, la retribución podrá ser inferior al salario mínimo interprofesional en proporción al tiempo de trabajo efectivo.

Hay que tener en cuenta que en el XXIV Convenio colectivo para Oficinas de Farmacia

2014-2016, establece en el artículo 15, en cuanto a la retribución en los contratos para la formación y el aprendizaje, que las retribuciones no serán inferiores al 90 por 100 para el primer año y al 100 por 100 para los sucesivos, para los grupos y subgrupos profesionales para la que haya sido contratado, en proporción al tiempo de trabajo efectivo.

D) El número máximo de personal contratado con esta modalidad, en cada Oficina de Farmacia,

no será superior a la siguiente escala referida al número total del personal en plantilla:

- Hasta 5 empleados..... 1 contrato.
- De 6 a 10 empleados..... 2 contratos.
- De 11 empleados en adelante.....3 contratos.

E) Distribución entre actividad laboral y actividad formativa

El tiempo de trabajo efectivo, que habrá de ser compatible con el tiempo dedicado a las actividades formativas, no podrá ser superior al 75 por ciento, durante el primer año, o al 85 por ciento, durante el segundo y tercer año, de la jornada máxima prevista en el convenio colectivo (para Oficinas de Farmacia la jornada ordinaria de trabajo para el año 2015 es de 1776 horas y para el año 2016 será de 1783 horas).

En los supuestos en que la jornada diaria de trabajo incluya tanto tiempo de trabajo efectivo como actividad formativa, los desplazamientos necesarios para asistir al centro de formación computarán como tiempo de trabajo efectivo no retribuido.

F) Incentivos para la empresa:

Reducción de las cuotas empresariales del 100% para empresas de menos de 250 trabajadores y del 75% para empresas de más de 250 trabajadores.

Financiación de la formación: Bonificaciones en las cuotas empresariales por un número de horas equivalente a los siguientes porcentajes de la jornada laboral: (ver tabla)

Bonificación adicional para financiar los costes de tutorización de la empresa, con una cuantía máxima de 1,5 euros por alumno y hora de tutoría, con un máximo de 40 horas por mes y alumno. En empresas de menos de 5 trabajadores la cuantía máxima podrá ser de 2 euros por alumno y hora de tutoría.

Si se transforma en indefinido: durante 3 años, 1.500 €/año o 1.800 €/año para mujeres.

G) Beneficios para el trabajador: Reducción del 100% de la cuota del trabajador, total protección social, desempleo y cualificación profesional.

TRABAJADORES	AÑOS DEL CONTRATO		
	Primer año	Segundo año	Tercer año
En general	25%	15%	15%
Beneficiarios de garantía juvenil	50%	25%	25%

El contrato se formalizará por un periodo mínimo de 1 año y máximo de 3 años

Buscando ESTRELLAS

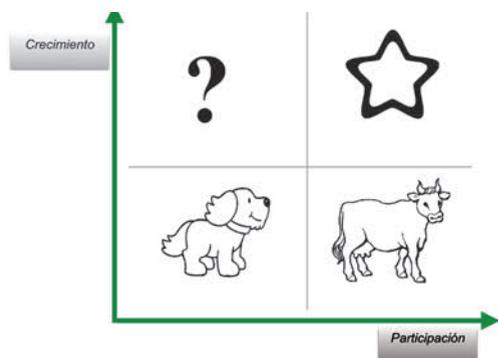
Miguel Montero Moreo. Benchfarma Consultores.

En la década de los 70, **Bruce D. Henderson** publicó la Matriz de Boston Consulting Group (Matriz BCG), que resultó ser una increíble y revolucionaria herramienta de planificación estratégica que a día de hoy se sigue utilizando con grandes éxitos empresariales.



A continuación, con el permiso del Sr. Henderson, intentaremos realizar un pequeño y rápido acercamiento de sus conocimientos a nuestro ámbito profesional.

Para el Sr. Henderson existen cuatro tipos de productos o servicios, graficados en una matriz de dos por dos, en el eje vertical se representa la capacidad de crecimiento en el mercado mientras que el eje horizontal simboliza la participación en tu negocio.



1. INTERROGANTE. Cuando lanzamos un producto o servicio de poca participación en un mercado de alto potencial de crecimiento, al producto o servicio ubicado en este cuadrante de la matriz lo llamamos *Interrogante* porque cabe la posibilidad de que crezca y pueda integrarse satisfactoriamente en el sector o nicho de mercado

o puede que no goce del éxito esperado y en ese caso desaparezca de la matriz. La gestión de crónicos y dependientes es un claro ejemplo de servicio interrogante, si prestamos atención a los datos supone un sector con una enorme participación de pacientes, con una alta capacidad de creación de servicios; además de vislumbrarse como una efectiva y eficiente solución para mejorar la salud pública. Sin embargo la escasa y dificultosa regulación sobre la oferta de servicios en las oficinas de farmacia y la poca implicación del Sistema Nacional de Salud arroja ciertas dudas sobre la rentabilidad y viabilidad de estas iniciativas tan exitosas en otros países de la Unión Europea.

2. ESTRELLA. Si el producto o servicio goza de éxito y va ganando participación en ese mercado que continúa creciendo, modifica su ubicación y se transforma en producto *estrella*. Las EFP son productos excelentemente posicionados en un mercado en continuo crecimiento que llama la atención de nuevos competidores, lo que nos ha llevado a una desregularización de las mismas, permitiendo

la creación de un nuevo canal de venta en la que la mayoría de las oficinas de farmacia somos profanas, por lo tanto nuestros esfuerzos deben ir orientados en defender férreamente la posición conquistada de los ataques de posibles competidores deseosos de entrar.

3. VACA LECHERA. Se trata de un producto cuyo auge ha terminado y aunque su rentabilidad es baja, su rotación elevada y su constancia aseguran la viabilidad de nuestras boticas. Es evidente que la receta tradicional se encuentra en este cuadrante, el problema reside en su baja riqueza nutritiva a la hora de generar recursos, ya que este tipo de productos tiene que proveer de suficiente liquidez a nuestras oficinas de farmacia para poder invertir en los dos anteriores, claro está que no todas las oficinas de farmacia se encuentran en esta situación. Sin embargo, la inestabilidad presupuestaria y las amenazas de nuevos competidores obliga a nuestro sector a un cambio de modelo, es decir a buscar nuevas estrellas que se conviertan en vacas.

4. PERRO. Las ventas de estos productos o servicios son relativamente bajas o escasas y además se encuentran en sectores con poco crecimiento, con la consiguiente pérdida de interés en estos productos o servicios. No obstante, lo que puede ser un producto perro para unos puede ser la clave para otros, este fenómeno se conoce como la larga estela, pero de esto ya hablaremos en otra ocasión. ●

ASESORIA DE FARMACIA

AMELIA ARTAL

ASESORA DE EMPRESAS • ABOGADO

• **Compromiso y Profesionalidad** •

COSO, 77, 7º CENTRO • 50001 ZARAGOZA
976 23 86 29 - 29 58 46 • M 660 517 971
info@coso77.com

FISCAL
LABORAL
TRASPASOS



PRODEFEN



7 cepas probióticas y fructooligosacáridos

Único Simbiótico multiespecie con 7 cepas probióticas



Evidencia científica de PRODEFEN:

Diarrea Aguda

Diarrea asociada a antibióticos

Estreñimiento

Helicobacter Pylori

Cólico del lactante

www.prodefen.com



SFT y desabastecimiento

El Seguimiento Farmacoterapéutico como herramienta para minimizar los resultados negativos de la mediación que genera el desabastecimiento de medicamentos.

Silvia del Caso y Pilar Cárcar (Farmacéuticas del Grupo DOapp-USJ / Alumnas de quinto de Farmacia en el momento de la intervención) **Ana Sáez-Benito** (Farmacéutica-Grupo Doapp. Profesora de Atención Farmacéutica USJ).

V arón de 58 años, que fue derivado al servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)¹, por el psicólogo del centro de salud de AFDA (Asociación de trastornos depresivos de Aragón). Se trata de un paciente con antecedentes de depresión desde hace 25 años, que acude al centro para solicitar apoyo psicoterapéutico porque tras años de un control adecuado, su cuadro depresivo se ha desestabilizado, empeorando sus síntomas.

Historia Farmacoterapéutica

Durante la primera entrevista del servicio de SFT se recogió la información sobre los medicamentos utilizados durante los últimos años para el principal problema de salud del paciente, la depresión.

El tratamiento utilizado durante años y que resultaba efectivo y seguro era:

- Imipramina hidrocloreuro 25 mg. Grageas (Tofranil®)
- Loprazolam 1 mg. 30 comprimidos (Somnovit®)
- Fluoxetina hidrocloreuro 20 mg. 28 cápsulas

Durante el último año, le han cambiado varias veces la medicación, sin conseguir el control de su problema de salud del que disfrutaba un año atrás.

Esta situación se planteó debido a los problemas de desabastecimiento que han afectado a Tofranil® desde finales de 2013. El desabastecimiento fue comunicado por la AEMPS mediante una nota informativa^{2,3,4,5}. Este problema de suministro tiene una especial repercusión asistencial porque Tofranil® y Tofranil pamoato® son los únicos medicamentos autorizados en España que contienen como principio activo imipramina, aunque existen otros medicamentos cuyos principios activos son del mismo grupo terapéutico (N06AA) y que la AEMPS recomienda para suplir a la imipramina, como son amitriptilina, clomipramina, doxepina, maprotilina, nortriptilina y trimipramina⁶.

En el caso de nuestro paciente, ante el problema de desabastecimiento el psiquiatra cambió Tofranil® por agomelatina 25 mg, manteniendo loprazolam y fluoxetina. Esta nueva estrategia terapéutica no consiguió controlar los síntomas de depresión. Días después del inicio del tratamiento con agomelatina el paciente refirió síntomas de anorexia, que fueron relacionados con un efecto adverso del medicamento. A los 10 días de tratamiento, el psiquiatra cambió agomelatina por mirtazapina. Con este nuevo fármaco desapareció la anorexia, sin embargo en cuanto al resto de síntomas, alternaba días de euforia con otros días en que estaba más decaído sin encontrarse nunca bien. El paciente también refirió la aparición de tinnitus a los pocos días de iniciar el tratamiento con mirtazapina, aunque este efecto adverso se resolvió a las pocas semanas.

El paciente decidió cambiar de psiquiatra, quien sustituyó fluoxetina 20 mg por venlafaxina 75 mg. A pesar de todos estos cambios su problema de salud seguía descontrolado. En mayo de 2014 le prescribieron imipramina hidrocloreuro, venlafaxina y loprazolam en un intento de recuperar la estrategia terapéutica que había sido efectiva durante años. Durante el verano de 2014, con este nuevo tratamiento, sufría sudoración profusa, anorexia y astenia. En octubre de ese mismo año el psiquiatra le cambió imipramina hidrocloreuro por bupropion.

A raíz de este nuevo cambio de medicación y debido a la desconfianza que el paciente demuestra tener hacia su medicación, fue derivado por su psicólogo al servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico con el que cuenta el centro.

Estado de situación actual

(Figura 1)

En el momento de la primera entrevista en el servicio SFT lleva cuatro semanas de tratamiento y desde la última semana ya no tiene tantos sudores y come mejor, aunque afirma no tener mucho apetito.

Con esta nueva medicación ya no tiene pensamientos negativos, pero el hecho de salir de casa le produce ansiedad y rechazo, aunque consigue superarlo. Una vez que ha salido a la calle disfruta de ese tiempo y suele salir a caminar, también hace yoga.

Actualmente duerme 5 horas y se levanta descansado aunque afirma que no ha dormido bien nunca. Durante la entrevista, el paciente, sugiere como solución la posibilidad de volver a la estrategia terapéutica que ha llevado durante 25 años (inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas).

No fuma, ni bebe. No se olvida nunca de tomar la medicación. No tiene otros problemas de salud.

Figura 1. Estado de situación del paciente en Octubre de 2014

Problemas de Salud			Medicamentos		
Inicio	PS	Control	Inicio	Principio Activo	Pauta
Hace 25 años	Depresión	No	Hace 4 semanas	Bupropion 150 mg (Elontril®)	1-0-0
			Aproximadamente febrero- marzo 2014	Venlafaxina 75	1-0-0
	Insomnio	Sí	Hace 25 años	Loprazolam 1mg (Somnovit®)	0-0-1
Hace 4 semanas	Sudoración	No			

Preguntas para orientar la resolución del caso

1. Relacionadas con el análisis de la situación del paciente:
 - ¿Qué es lo que más le preocupa al paciente?
 - ¿La estrategia terapéutica actual es correcta?
 - ¿Está el paciente controlado actualmente?
 - ¿Se observan resultados positivos de la medicación? ¿Sería conveniente un nuevo cambio?
2. Relacionadas con el plan de actuación (intervención) para este paciente:
 - ¿Cuál es el objetivo prioritario en el seguimiento de este paciente?
 - ¿Qué debemos explicarle y transmitirle?
3. Relacionadas con la evaluación y seguimiento de este paciente:
 - ¿En qué consistirían las siguientes entrevistas con el paciente?

Evaluación del caso

En el momento de la entrevista, no existía ningún RNM excepto un riesgo de ineffectividad. Tras cuatro semanas de tratamiento el paciente refiere una leve mejoría, por lo que será necesario esperar un par de semanas más para poder valorar si definitivamente el tratamiento es efectivo.

En cuanto a la valoración de las diferentes sustituciones de medicamentos, durante el estudio del caso se comprobó que la Agencia Española del Medicamento recomienda en el caso de desabastecimiento de medicamentos o problemas de suministro prescribir otro principio activo del mismo grupo farmacológico, como por ejemplo, amitriptilina⁶. En este caso no ocurrió así.

PLAN DE ACTUACIÓN

A corto plazo

1. En este caso, lo que más le preocupa al paciente es si la medicación actual puede controlar los síntomas de la depresión como lo hacía el tofranil®. Los sucesivos fracasos terapéuticos han sembrado la desconfianza en el paciente. Según las Guías de práctica clínica⁷ la estrategia terapéutica actual es correcta: combinación de antidepresivos ISRS e ISRS, teniendo en cuenta que:
 - La elección de bupropion (ISRS) en vez de ISRS puede estar relacionado con su efectividad similar y la menor frecuencia de efectos adversos de este medicamento.

- Como la venlafaxina puede tener efectos adversos más graves, se requiere un seguimiento cardiovascular estrecho.

El paciente presenta una respuesta parcial al tratamiento, y por tanto se debe evaluar a las 8 semanas de comenzado el mismo. Se debe ir evaluando al paciente cada 3-4 semanas.

2. Las intervenciones realizadas se centrarán en abordar la falta de confianza del paciente en el tratamiento farmacológico actual, se le explicará que en este momento volver al Tofranil sería un error y que solo podría empeorar su estado de salud. También se tendrá que hacer hincapié en que el tratamiento que actualmente tiene prescrito es el que corresponde con el propuesto por las Guías de práctica clínica.

Por otro lado, se le planteará realizar un test para medir el control de la depresión y para estimar la efectividad del tratamiento actual: venlafaxina y bupropion (Escala de Depresión de Montgomery-Asberg⁸). Además se le recomienda controlar la tensión arterial y del resto de factores de riesgo cardiovascular, debido al riesgo de efectos adverso que presenta la venlafaxina.

A medio plazo

3. Las siguientes entrevistas se centrarán en ir valorando la efectividad del tratamiento mediante: los test y la percepción del paciente. Será necesario incidir en que el paciente puede confiar en su tratamiento actual, porque sí que presenta una mejoría.
4. En visitas sucesivas se continuará monitorizando la presión arterial del paciente y se planteará el seguimiento de otros factores de riesgo cardiovascular.

¿Qué ocurrió?

Generar confianza con el paciente es fundamental para llegar a cumplir con los objetivos terapéuticos acordados. El paciente aceptó todas las intervenciones propuestas en la segunda entrevista:

Entendió que la medicación que está tomando puede ayudarle y que debe esperar dos semanas para evaluar la respuesta al tratamiento.

Se le realizó el test de control de la depresión.

Se le hizo entrega de una guía sobre la depresión para pacientes.

En la segunda entrevista refirió encontrarse mejor, ya no tenía sudores y comía mejor.

En la tercera entrevista, nos comentó que el psiquiatra confirmó la percepción de la mejoría y que le iba a mantener el tratamiento. Seguía sin tener sudores, estaba más animado, y que se despertaba más descansado.

Conclusión

Los casos de problemas de suministro o desabastecimiento de medicamentos pueden comprometer el control de los problemas de salud de los pacientes. El seguimiento farmacoterapéutico, puede ser una buena herramienta para detectar, evitar o minimizar las consecuencias de los casos de desabastecimiento. ●

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de consenso. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2008.
- 2 Notas informativas: Problema de suministro de Tofranil (hidrocloruro de imipramina) y Tofranil pamoato (pamoato de imipramina), Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Categoría: medicamentos de uso humano, problemas de suministro; Madrid, 17 de octubre de 2013. Referencia: MUH, 19/2013 Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/problemasSuministro/2013/NI-MUH_19-2013-tofranil.htm
- 3 Notas informativas: Problema de suministro de Tofranil (hidrocloruro de imipramina) y Tofranil pamoato (pamoato de imipramina), Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Categoría: medicamentos de uso humano, problemas de suministro; Madrid, 17 de octubre de 2013. Referencia: MUH, 19/2013 Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/problemasSuministro/2013/NI-MUH_19-2013-tofranil.htm
- 4 Alertas sanitarias: Desabastecimiento Tofranil 25 mg, Aragofar, Zaragoza, 3 de diciembre de 2013. Nº alerta: 455/13 Disponible en: <http://www.aragofar.es/portal/ebusiness/ecommerce/cliente/alertas/index.html?pag=18>
- 5 Notas informativas: Restablecimiento del suministro de Tofranil 10 mg, 60 comprimidos y de Tofranil 25 mg, 50 comprimidos; Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Categoría: medicamentos de uso humano, problemas de suministro; Madrid, 14 de abril de 2014. Referencia: ICM (CONT), 5/2014. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/problemasSuministro/2014/NI_ICM-CONT_05-2014-tofranil.htm
- 6 Centro de Información Online de Medicamentos de la AEMPS – CIMA, Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Consultado: 10/11/2014. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTécnicas.do?metodo=buscar>
- 7 Antidepresivos: Puntos clave, Royal College of Psychiatrists, Londres, 2014. Consultado: 10/11/2014. Disponible en: <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/translations/spanish/antidepressivospuntosclave.aspx>
- 8 Martínez R, Bourgeois M, Peyre F, Lobo A. Estudio de la validación de la escala de depresión de Montgomery y Asberg. RevAsoc Esp Neuropsiq. 1991;11:9--14

ONCOLOGÍA integrativa: el aporte de la homeopatía (II)

Encontrar tratamientos más efectivos y seguros para los diferentes tipos de cáncer sigue siendo un desafío para los científicos y oncólogos de todo el mundo.

Las investigaciones más actuales sugieren el potencial valor terapéutico de combinar múltiples terapias para superar la resistencia a cualquier intervención única. Estudiar los efectos sinérgicos de varias combinaciones de tratamientos frente a uno solo de ellos, es un componente crucial de futuros programas de investigación en oncología, así como la búsqueda de una medicina más personalizada, y la utilización de sustancias moduladoras del sistema inmune.

Aunque se van realizando cada vez más estudios sobre los efectos de medicamentos homeopáticos en cultivos tumorales y en modelos animales, hay todavía pocos ensayos clínicos sobre la efectividad de la homeopatía en pacientes con cáncer. La investigación en los países de Europa y en EEUU está básicamente centrada en estudios preclínicos de laboratorio, y en evaluar la mejoría de los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos cuando se añade un tratamiento homeopático.

Varios estudios ya han demostrado que el tratamiento con medicamentos

homeopáticos “clásicos” puede ser efectivo en la protección de tumores cancerosos inducidos por carcinógenos en animales de laboratorio. Sobre líneas celulares tumorales, parecen desencadenar efectos antiproliferativos y pro-apoptosis, mientras que en modelos animales han demostrado un efecto inhibitorio sobre el desarrollo de ciertos tumores. Aunque se precisa de más evidencia, estos estudios parecen confirmar al tratamiento homeopático como un método viable para revertir ciertos tumores cancerosos.

En el año 2009 se evaluó la seguridad y efectividad de la homeopatía en la prevención y tratamiento de los efectos secundarios de los tratamientos del cáncer, en una revisión con la colaboración de la Cochrane Database. Se valoraron 8 ensayos controlados con un total de 664 pacientes, concluyendo los investigadores que la utilización de la homeopatía no comportaba efectos adversos, y que resultaba beneficiosa en el tratamiento de la estomatitis por quimioterapia y en la dermatitis inducida por la radioterapia. Sin embargo, no encontraron evidencia suficiente de la eficacia de la homeopatía en el tratamiento de otros efectos secundarios de los tratamientos antitumorales.

Recientemente, varios ensayos clínicos de medicamentos homeopáticos combinados con tratamientos oncológicos convencionales han demostrado que la complementación de ambas terapias mejora la calidad de vida de los enfermos, reduce los efectos secundarios y aumenta la tasa de supervivencia en pacientes con cáncer. Todos estos resultados actuales sugieren que la homeopatía puede tener efectos beneficiosos y posible potencial terapéutico en el tratamiento del cáncer.

Por otro lado, las personas con cáncer buscan cada vez más otras opciones para tratar los efectos secundarios de los tratamientos antineoplásicos convencionales, reducir el riesgo e incidencia de aparición de otros tumores, y mejorar su calidad de vida. Para lograr estos objetivos, incorporan otras terapias como meditación, acupuntura, homeopatía, cambios en la dieta, fitoterapia, yoga, etc, a veces incluso a pesar de que no haya una clara evidencia científica ni de seguridad en su uso, y sin comunicárselo a su oncólogo, con el consiguiente riesgo de incumplimiento terapéutico y de posibles interacciones con los medicamentos antineoplásicos.

En Europa, los pacientes utilizan homeopatía durante y después de los tratamientos oncológicos convencionales. Un estudio realizado en casi 100 pacientes con cáncer en 14 países europeos, publicado el año 2005, reveló que el 36% estaba utilizando alguna terapia complementaria, especialmente homeopatía y fitoterapia.

En Inglaterra y Francia la homeopatía es una de las terapias más frecuentemente utilizadas por los pacientes con cáncer. En Alemania, los pacientes con cáncer tienden a utilizar homeopatía integrándola con el tratamiento convencional. De hecho, es la terapia complementaria que más utilizan estos enfermos, tanto los adultos como los niños. En un estudio en Italia y en otro pequeño estudio procedente de Holanda también se encontró que la homeopatía era la CAM más frecuentemente mencionada entre las terapias en pediatría oncológica.

En resultados de otros estudios no europeos, la homeopatía en oncología pediátrica solamente juega un papel marginal: Israel 16,4%, Canadá 1,2%, y no hay estudios sobre ello en EEUU.

Los resultados de un reciente estudio realizado en 236 centros europeos que ofrecen servicio de oncología Integrativa, han demostrado que las Medicinas Complementarias (CAM) más frecuentemente utilizadas por los pacientes

Las medicinas complementarias se utilizan para tratar diversos síntomas asociados con el cáncer, y en la paliación de los efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia

son la acupuntura (55,3%), la homeopatía (40,4%), la fitoterapia (38,3%), la Medicina Tradicional China (36,2%), la antroposofía (21,3%), la homotoxicología (12,8%) y otras terapias (63,8%). Los tratamientos están dirigidos principalmente a reducir los efectos adversos de la quimioterapia, en particular las náuseas, vómitos y leucopenia; reducir el dolor y la fatiga, los efectos colaterales de una menopausia iatrogénica, mejorar la ansiedad y la depresión, los desórdenes gastrointestinales, las alteraciones del sueño y las neuropatías.

Este auge en la utilización de las CAM en el terreno oncológico también se observa en Estados Unidos, donde la mayor parte de los autores coinciden en que el 70-80% de los pacientes con cáncer recurren a estas medicinas. Para satisfacer las demandas y necesidades de estos pacientes, muchos centros oncológicos han establecido departamentos de medicina integral y complementaria, como por ejemplo el Instituto del Cáncer Dana-Farber (DFCI) en Boston, el Centro del Cáncer Memorial Sloan-Kettering de Nueva York y el Centro de Cáncer MD Anderson en Houston. En estos centros se emplean las CAM para tratar diversos síntomas asociados con el cáncer, y en la paliación de los efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia. Paralelamente se están realizando además numerosas investigaciones cuyo objetivo es validar estos tratamientos.

Experiencia clínica

En general, la intervención homeopática en oncología se divide en dos enfoques básicos:

1º- Tratamiento de los pacientes con cáncer en un sentido general, usualmente ofrecido después del tratamiento convencional, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y supervivencia, y reducir la frecuencia de recurrencia y/o metástasis.

Varias opciones son posibles desde este enfoque: desde la utilización del llamado remedio de fondo o constitucional del paciente hasta el empleo de preparados inmunomoduladores o inmunoestimulantes, de nosodes, de medicamentos con especial afinidad por un órgano o tejido, de medicamentos individualizados según el cuadro de la enfermedad, etc., administra-

Varios ensayos clínicos de medicamentos homeopáticos combinados con tratamientos oncológicos convencionales han demostrado que la complementación de ambas terapias mejora la calidad de vida de los enfermos

dos bien como medicamento único o combinándose entre sí.

2º- Hay un segundo tipo de intervención, específicamente limitado a los síntomas resultantes de los efectos adversos de la quimio-radio-hormonoterapia y síntomas intercurrentes de enfermedades agudas que pueden surgir durante el cáncer. Este tipo de tratamiento se utiliza sólo como soporte de la terapia convencional, para reducir sus efectos adversos

Los enfoques en la práctica clínica diaria se pueden mezclar entre sí; en otras palabras, pueden ser aplicados según la fase de la enfermedad y la condición clínica del paciente.

Históricamente la homeopatía clásica ha documentado tratamientos exitosos en pacientes con cáncer utilizando el proceso de individualización del remedio, buscando el medicamento constitucional del paciente o el más adecuado al cuadro de síntomas de la enfermedad. Médicos homeopatas del siglo pasado publicaron abundantes casos clínicos de pacientes de cáncer curados: **Grimmer, Compton Burnett, Clarke, Robert T. Cooper, W.E. Jackson, Jousse o Schlegel** por citar a los más importantes.

Más actualmente contamos con los trabajos y la experiencia clínica de **Ramakrishnan, Farok Master, Rajendran, Sujit Chatterjee o Spinedi**, dentro de la homeopatía clásica, y otros enfoques más novedosos como:

- los protocolos de los doctores **Pra-santa y Pratip Banerji**
- la utilización potencial de carcinógenos como medicamentos homeopáticos
- el uso de factores de diferenciación procedentes de embriones de Pez Cebra
- la terapia con *Amanita phalloides*
- la terapia con *Psorinum 6X*
- la utilización de inmunomoduladores como *Canova*, *Lymphomyosot*, *CHM* o *Calcarea carbonica (M8)*

- la utilización del veneno del escorpión azul (*Vidatox*) como antiinflamatorio, analgésico y antitumoral,
- el uso del medicamento antroposófico *ISCADOR* en el tratamiento de ciertos tumores o para contrarrestar los efectos secundarios e inmunosupresores de los fármacos anti-neoplásicos convencionales
- el empleo de isoterapias de quimioterápicos con el objetivo de disminuir los efectos secundarios, desintoxicar al organismo, prevenir una intolerancia y potenciar la quimioterapia mejorando la calidad de vida del paciente.

Investigación preclínica

Las investigaciones realizadas sobre el efecto de los medicamentos homeopáticos en la supervivencia de cultivos celulares tumorales y en animales de laboratorio, han demostrado que hay una clara respuesta biológica al tratamiento: en modelos animales han demostrado un efecto inhibitorio sobre el desarrollo de ciertos tumores inducidos por carcinógenos, mientras que sobre líneas celulares tumorales parecen desencadenar efectos antiproliferativos y promover la apoptosis. Aunque se precisa de más evidencia, estos estudios parecen confirmar al tratamiento homeopático como un método viable para revertir ciertos tumores cancerosos.

Sobre carcinomas y otros tumores inducidos en animales de laboratorio, se han examinado los efectos protectores de medicamentos homeopáticos clásicos como *Lycopodium*, *Ruta*, *Chelidonium*, *Sabal serrulata*, *Thuja*, *Hydrastis*, *Phosphorus*, *Carcinosinum*, *Natrum sulphur*], *Condurango*, *Cholesterinum* y *Secale*; bien como medicamentos únicos o administrándolos alternada o conjuntamente con otro medicamento homeopático. Además de demostrar el potencial de la homeopatía en el tratamiento de ciertos tumores, la investigación en este campo también puede ayudar a resolver ciertas controversias clínicas como los posibles beneficios de la adminis-

tración alternada o conjunta de varios medicamentos en vez de uno solo.

Los mismos medicamentos se han estudiado también sobre cultivos de células tumorales, evaluándose la actividad genotóxica y la capacidad de inducir apoptosis. Los resultados obtenidos confirman las observaciones de la clínica homeopática y demuestran que los medicamentos homeopáticos ejercen una influencia reguladora sobre la expresión de ciertos genes, proteínas, enzimas y mecanismos relevantes en la protección antitumoral, como son el aumento de la expresión del gen p53 y el acortamiento de los telómeros en las células cancerosas.

Otros mecanismos de acción de los medicamentos homeopáticos están relacionados con la modulación del sistema inmune: Los resultados positivos con preparados homeopáticos que actúan como inmunomoduladores tales como Lymphomyosot, M8 (complejo derivado de la Calcareo carbonica), CANOVA, o ISCADOR (Viscum

album) sugieren que estos medicamentos pueden mejorar la respuesta inmune contra las células tumorales, vislumbrándose también como candidatos prometedores en la terapia anti-cáncer (Affiliations: Division of Molecular Medicine, Bose Institute, P1/12, CIT Scheme VIIM, Kolkata 700054, India, Central Council for Research in Homeopathy, 61-65 Institutional Area, Janakpuri, New Delhi 110058, India, Bholanath Chakrabarty Trust, 5 Subol Koley Lane, Howrah 711101, India).

Conclusión

Toda la evidencia científica generada por las investigaciones clínicas y pre-clínicas sugiere que tanto los medicamentos clásicamente utilizados en homeopatía para tratar el cáncer, como las aportaciones más novedosas procedentes de investigadores y clínicos de diferentes partes del mundo, pueden ser un referente importante en oncología, complementando y mejorando los tratamientos antineoplásicos convencionales.

Departamento Científico Iberhome

Los medicamentos homeopáticos ejercen una influencia reguladora sobre la expresión de ciertos genes, proteínas, enzimas y mecanismos relevantes en la protección antitumoral



**ÚNICO LABORATORIO DE SU CLASE FUNDADO Y DIRIGIDO
TOTALMENTE POR UN EQUIPO DE FARMACÉUTICOS**

IBÉRICA DE HOMEOPATÍA, S. L. • Juan José Lorente, 15 • 50005 ZARAGOZA

Polio: la historia de Elisabeth Kenny

La famosa consultora de opinión Gallup, consideró a Elisabeth Kenny, una enfermera australiana, una de las personas más famosas del mundo en el año de 1952 por su trabajo con los enfermos de Polio. Hoy día, Elisabeth Kenny (Sister Kenny) es una mujer apenas conocida.

■ José Manuel López Tricas y Ángela Álvarez de Toledo y Bayarte.
Farmacia las Fuentes.

Su nombre y su interesante historia han resurgido de los archivos históricos gracias a una biografía: “*Polio Wars: Sister Kenny and the Golden Age of American Medicine*”, escrita por **Naomi Rogers**, historiadora de la Universidad de Yale, New Haven, Estados Unidos.

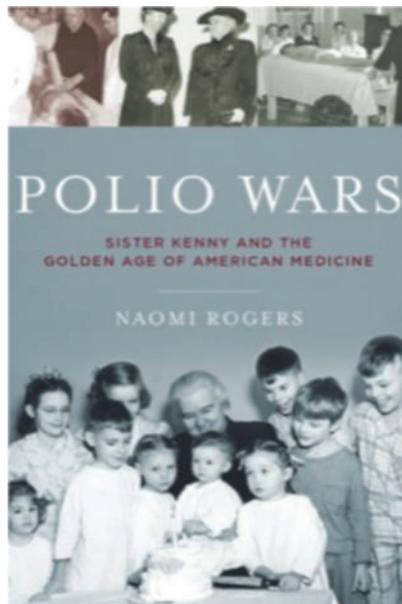


Su fama se enmarca en la época en que la poliomielitis era un grave problema médico mundial. Hoy día la polio ha sido erradicada de las sociedades desarrolladas, persistiendo en algunos países con bajísimos estándares de desarrollo. Las prácticas heterodoxas de **Elisabeth Kenny** con enfermos de polio chocaban frontalmente con el modo de hacer de la medicina tradicional, que sacralizaba (y lo sigue haciendo) la realización de ensayos clínicos para validar tanto la eficacia de los fármacos como los procedimientos médicos. Los estudios clínicos tratan de minimizar dos sesgos: el efecto placebo (estudios controlados) y el azar (estudios aleatorizados).

Cuando Elisabeth Kenny nació en Australia en el año 1880, el continente austral era un lugar lejano, geográfica, cultural y socialmente. Hasta no hacía mucho tiempo era lugar de prófugos, desterrados y aventureros. Elisabeth Kenny comenzó trabajando como enfermera en el ámbito rural. Y probablemente así habría continuado de no ser por la Pri-

mera Guerra Mundial. Durante la estancia de la *Royal Navy* entró a trabajar como enfermera para la Armada Británica, siendo reconocida con el título honorífico “Sister”, equivalente femenino a lugarteniente. Era conocida como *Sister Kenny*, creándose la opinión de que era religiosa, pero Elisabeth Kenny nunca fue monja.

Durante las décadas de 1920 y 1930, la poliomielitis hacía estragos en todo el mundo, incluido Australia. Aproximadamente uno de cada doscientos infectados desarrollaba



afectación de las motoneuronas que, partiendo de la médula espinal, inervan las fibras musculares. La mayoría de los infectados eran niños o adultos jóvenes. Un caso célebre de infectado por polio cuando ya era adulto, fue **Franklin Delano Roosevelt**, quien, a pesar de las secuelas de la polio que auguraron el final de su carrera política, llegó a ser trigésimo segundo Presidente de Estados Unidos en el año 1932, siendo reelegido otras tres veces consecutivas hasta su fallecimiento en el año 1952, durante su tercer mandato.

Los primeros síntomas de la infección por el virus de la polio eran relativamente inespecíficos: fiebre elevada y dolores generalizados. En algunos desafortunados, la enfermedad progresaba causando distintos grados de parálisis durante las siguientes horas o días tras la aparición de los primeros síntomas. En muchos casos, la parálisis llegaba a afectar a los músculos respiratorios haciendo necesario introducir al enfermo en los denominados “pulmones de acero”, precursores de los modernos y muchos menos impresionantes respiradores actuales. Entre un 5% y un 10% de los afectados por la polio fallecían; y casi la mitad de quienes se infectaban sufrían parálisis permanente de distinta gravedad.

Elisabeth Kenny ya había asistido a enfermos de polio durante su trabajo como enfermera rural observando que la aplicación de tejidos de algodón calientes y el ejercicio muscular parecían aliviar el dolor de los pacientes al mejorar sus contracturas (acortamiento muscular) que creía eran consecuencia de espasmos musculares, y que contribuían a agravar el daño de los nervios que inervaban dichas masas musculares. Todavía más, Elisabeth Kenny estaba convencida de que los pacientes debían jugar un papel activo en su recuperación, aprendiendo los nombres y la función de los músculos afectados. Este proceder chocaba con el tratamiento convencional de la polio, que enfatiza-

Elisabeth Kenny atrajo el apoyo de pacientes y familiares, quienes tenían plena confianza en que su proceder restauraba la fortaleza y movilidad



La fotografía, fechada en el año 1953, muestra una sala de pulmones de acero del Hospital Rancho Los Amigos, California, Estados Unidos.

Su énfasis en la movilización temprana de los pacientes con parálisis poliomielítica se ha extendido a otras patologías del ámbito de la Medicina Física

en Minneapolis (Minnesota), abriendo la *Elisabeth Kenny Clinic* donde trataba enfermos de todo el país. Su fama hizo que *Hollywood* contase su historia en una película "*Sister Kenny*" (1946), protagonizada por **Rosalind Russell** y dirigida por **Dudley Nichols**.

Elisabeth Kenny atrajo el apoyo de pacientes y familiares, quienes tenían plena confianza en que su proceder restauraba la fortaleza y movilidad. En el año 1943, contó su experiencia en un libro autobiográfico titulado "*And They Shall Walk*" describiendo sus años de experien-

cia con pacientes infectados por polio. La *National Foundation for Infantile Paralysis* que más tarde llegó a ser conocida como *The March of Dimes*, contribuyó financieramente a sus prácticas.

Pero no todo fueron parabienes. Elisabeth Kenny también fue criticada. Los médicos y fisioterapeutas confiaban en los resultados de la inmovilización arguyendo que no existía base científica para la terapia de Kenny. Además la medicina clásica creía necesaria la realización de ensayos clínicos controlados y aleatorizados (que nunca se llevaron a cabo) para determinar de modo indubitado la utilidad de sus métodos.

Pero el rechazo de la *American Medical Association* y, en general, del *establishment* médico hacia los métodos de *Elisabeth Kenny* trascendían sus propias prácticas. En primer lugar, *Sister Kenny* era una enfermera que, con su actuación, cuestionaba los métodos de la entonces muy prepotente clase médica; y, además, era una mujer.

Elisabeth Kenny consideraba innecesaria la realización de estudios clínicos. Su propia experiencia al lado de la cama del enfermo era, en su opinión, la mejor prueba de la validez de sus prácticas. La actuación proactiva con los afectados de parálisis poliomiélica daba, según su criterio, mucho mejores resultados que la actitud conservadora imperante en la medicina de la época. Para ella, la evidencia empírica era suficiente.

¿Actuó Elisabeth Kenny de modo correcto? Sí y no. Su énfasis en la movilización temprana de los pacientes con parálisis poliomiélica se ha extendido a otras patologías del ámbito de la Medicina Física. Por el contrario, sus consideraciones sobre la naturaleza de la poliomiélica y los resultados a largo plazo de sus actuaciones con estos pacientes no tuvieron éxito. El desarrollo de vacunas para prevenir el contagio del virus de la polio durante la década de 1950 (la vacuna inyectable a base de virus muertos desarrollada por **Jonas Salk**; y la más común vacuna oral con virus inactivados de **Albert Sabin**) terminó con el debate y relegó al olvido a *Sister Kenny*.

La historia de *Elisabeth Kenny* (*Sister Kenny*), en estos tiempos donde tal vez se sobrevaloren los ensayos clínicos controlados y aleatorizados, vuelve a enfrentar dos actitudes médicas: la medicina basada en la evidencia frente a la medicina al lado de la cama del paciente (medicina empírica). ●

El uso de LENTES DE CONTACTO modifica la flora bacteriana

■ **Dra. Sara Bueno Fernández.** Profesora Grado en Óptica y Optometría. Universidad CEU San Pablo.

Se calcula que en el mundo hay unos 140 millones de usuarios de lentes de contacto según datos aportados por Muntz y col., de los cuales 2,5 millones son españoles y aunque cada vez las lentes que utilizan son de materiales más novedosos y biocompatibles, las soluciones de mantenimiento más seguras y los períodos de reemplazo más variados, siguen dándose con más frecuencia de la que nos gustaría una serie de quejas y abandonos. La incomodidad y la sequedad siguen siendo las quejas más frecuentes, sin embargo, la queratitis microbiana y las condiciones inflamatorias derivadas del uso de las lentes no han disminuido con las novedades aportadas por los avances tecnológicos (Muntz A, 2015).

El uso de lentes de contacto es un factor que predispone al desarrollo de queratitis microbiana. Aunque su incidencia no es elevada (se estima que es de 1,1:10.000 usuarios de lentes rígidas permeables, 3,5:10.000 usuarios de lentes blandas en uso diario y 20:10.000 en usuarios de lentes blandas en uso prolongado), sigue siéndolo más que en los no usuarios. Aunque los datos aportados no corresponden a un estudio reciente, los datos encontrados en estudios más actuales no difieren mucho de éstos (Cheng K, 1999).

El llevar una lente de contacto sobre la superficie ocular no es algo sin consecuencias, está comprobado que tiene un efecto, modificando de forma temporal (reversible al dejar de usar las lentes) el microbioma o microbiota ocular, más conocida como la flora bacteriana. Estos cambios en el entorno ocular pueden ser favorables para algunos de esos microorganismos, potenciales patógenos, dando como resultado una mayor incidencia de infecciones en estas personas simplemente por usar lentes de contacto, no necesariamente por hacer un mal o inadecuado uso de ellas.

También se han realizado numerosos estudios que informan sobre estos cambios, tanto si

las lentes de contacto se emplean en modalidad de uso diario, como si se hace en la modalidad de uso prolongado, es decir, sin retirarlas del ojo para irse a dormir, y tanto si se trata de lentes blandas hidrófilas como de lentes rígidas permeables de cualquiera de los materiales que se emplean para su fabricación (Stapleton F, 1995).

Para realizar estos estudios el procedimiento tradicional pasaba por recoger muestras de superficie ocular, de la conjuntiva, del borde del párpado y de las propias lentes, cultivarlas en un medio adecuado para poder observar y cuantificar su crecimiento. Estudios de este tipo, como los realizados por Stapleton y col., mostraron una mayor cantidad de microorganismos si la muestra procedía de la conjuntiva de un usuario de lentes de contacto de uso prolongado que en aquellos de uso diario. Incluso en los usuarios de uso prolongado, los resultados eran diferentes si se tomaban las muestras de la conjuntiva nada más despertarse o cuando llevaban un tiempo ya despiertos y parpadeando normalmente, ya que el número de "residentes" en esta microbiota ocular disminuía según pasaba el tiempo con el ojo abierto y parpadeando. Por tanto, como es de todos sabido, llevar la lente puesta de forma continuada también durante las horas de sueño, da lugar a un entorno de tipo inflamatorio subclínico, que puede predisponer al ojo a una mayor incidencia de desórdenes inflamatorios y/o infecciosos.

No se encontraron diferencias entre los cultivos procedentes de nuevos usuarios comparado con los que eran usuarios desde hace más tiempo, aunque se supone que los más novatos tardarán más en ponerse las lentes y manipularán más el ojo y la lente, añadiendo un riesgo adicional. Tampoco hallaron diferencias entre los diferentes materiales de lentes empleados en el estudio y sí las hallaron relacionadas con diferentes períodos estacionales o el uso de estuche portallentes sucio (Stapleton F, 1995).

La función de barrera que ejerce el epitelio corneal frente al entorno se ve afectada por el uso de las lentes de contacto, lo cual facilitaría la entrada de microorganismos. Ni siquiera es necesario que esa barrera se rompa, ya que situaciones como la hipoxia ocasionada por la lente, pueden causar cambios en la permeabilidad del epitelio intacto que reduzcan la eficacia de su función de barrera. Sin olvidar que las posibles erosiones y otros daños que podemos ver en forma de tinciones suponen alteraciones que facilitarían el acceso de esos posibles patógenos. Además algunos microorganismos, como la temida *Acanthamoeba*, es capaz de romper epitelios intactos para penetrar y causar una grave infección (Efron N, 2013).

Muchos de los efectos no deseados de las lentes se producen por la colonización de éstas por parte de las bacterias del entorno ocular. La complicación severa que puede suponer esta infección está causada, en un elevado porcentaje de los casos, por la bacteria *Pseudomonas aeruginosa* (Willcox M.D.P, 2001).

Con el método tradicional ya descrito para identificar y estudiar estos microorganismos, se ha conseguido identificar cientos de especies de bacterias, tanto beneficiosas como perjudiciales. Pero éste es un procedimiento no solamente lento y costoso, sino que como no es posible saber las condiciones que requiere cada especie (nutrientes, temperatura principalmente) al no saber qué especies son las que nos vamos a encontrar allí, eso nos hará suponer que un número elevado de ellas o bien no aparezcan en el cultivo o bien no lo hagan en las condiciones óptimas.

Las técnicas actuales nos permiten ir un paso más allá, son técnicas de biología molecular que permiten analizar muestras que contienen diferentes tipos de microorganismos sin tener que separarlos previamente ni cultivarlos: analizan genes. Son técnicas parecidas a las que se usan para descifrar el genoma humano y tienen un potencial mucho mayor de conocer e identificar bacterias y microorganismos presentes, ya que se estima que hasta su aparición los microbiólogos con los métodos anteriores habían conseguido cultivar menos del 1% de las especies del planeta.

La incomodidad y la sequedad siguen siendo las quejas más frecuentes, sin embargo, la queratitis microbiana y las condiciones inflamatorias no han disminuido con las nuevas lentes

Investigadores del NYU Langone Medical Center, aplicando este tipo de técnicas al cultivo del microbioma (o microbiota) ocular, hallaron diferencias significativas entre los resultados procedentes de superficie conjuntival de personas usuarias de lentes de contacto y de las que no las usaban. En sus resultados exponen que la diversidad bacteriana en la conjuntiva de aquellos que usan lentillas es mayor que la de los que no las usan, siendo en estos casos más parecida a la microbiota de la piel que a la de los ojos. De alguna manera esto significa que al poner en el ojo ese cuerpo extraño que es la lente de contacto o bien agregamos una mayor carga microbiana a esa zona, o bien en alguna manera estamos afectando al sistema inmune, y ciertas bacterias consiguen en mayor proporción crecer y prosperar (Shin H, 2015).

Los principales microorganismos que aparecen en usuarios comparado con no usuarios son: *Methylobacterium*, *Lactobacillus*, *Acinetobacter* y *Pseudomonas*. Sin embargo en las mismas muestras encontraron menos *Corynebacterium*, *Streptococcus* y *Staphylococcus* en usuarios de lentes de contacto.

Esto no hace sino confirmar lo que ya sabíamos: usar lentes de contacto altera la estructura microbiana de la superficie ocular del paciente y encontraron que es más parecida a la de la piel que rodea a los ojos. La lente no deja de ser un cuerpo extraño, la tocamos con los dedos, durante el tiempo que está colocado en el ojo altera el funcionamiento del sistema inmune sobre la superficie ocular, lo cual propicia este diferente desarrollo de las bacterias habituales de ese entorno: ayuda a disminuir algunas pero permite un mayor desarrollo de otras.

En el estudio realizado en la USP CEU (*Acanthamoeba* y lentes de contacto, ¿un riesgo real?) (Proyecto PI12/02725 del Instituto de Salud Carlos III (FISS) y fondos FEDER), utilizamos este tipo de técnicas para buscar la presencia de amebas en lentes desechables que recogíamos de los estudiantes de nuestra universidad. En él se recogieron lentes de 177 personas, usuarios asintomáticos de lentes de contacto. Acompañaban las lentes entregadas con una encuesta de hábitos higiénicos. Cada una de las muestras se utilizó de dos maneras: una parte se cultivó en placa Petri y de otra se sometió a la técnica de Reacción



Ilustración 1: Huella de la mano de un niño de 8 años sobre una placa Petri con base de Agar, después de un día de cultivo a 37° y posteriormente varios días a 22 °.

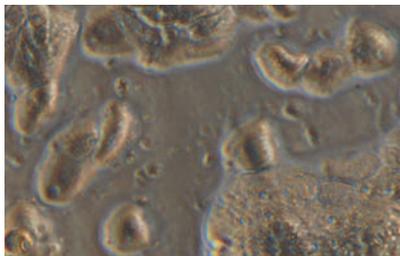


Ilustración 3: Trofozoitos de *Acanthamoeba* en la placa de cultivo. Fuente: Elaboración propia.



Ilustración 2: Quistes de *Acanthamoeba* en la placa de cultivo. Fuente: Elaboración propia.

en Cadena de la Polimerasa (PCR) en tiempo real. De los resultados de las encuestas sobre hábitos daría para hablar largo y tendido, aunque nada que a cualquier optometrista le pueda sorprender, y no precisamente porque éstos fueran los más adecuados...

Pero vayamos al otro tema que nos ocupa hoy, el cultivo: solamente en uno de esos 177 cultivos se obtuvo una muestra positiva: crecieron y se aislaron quistes y trofozoitos

de *Acanthamoeba*. Ello, quedándonos en el método tradicional podría indicar que solamente en una de las muestras recogidas, un 1,1%, había la posibilidad o más bien el riesgo de una infección por este protozoo.

Al analizar los resultados de la PCR en tiempo real obtuvimos 87 muestras positivas, un 49,15% de las muestras revelaron datos genéticos, o lo que es lo mismo, en un 49,15% de las muestras había habido amebas, aunque no hubieran sido viables en nuestro cultivo. Esto significaría, a grandes rasgos, que de las 177 personas participantes, 87 de ellas podrían haber estado en riesgo de padecer este tipo de queratitis... Esto, sin embargo, no debe ni sorprendernos ni escandalizarnos: la *Acanthamoeba* está presente en nuestro entorno. Se reconoce su presencia en más del 90% del agua potable, no digamos ya en el suelo o en aguas residuales. Solamente tenemos que pensar que, afortunadamente, nuestro sistema inmune es tremendamente efectivo frente a esos posibles patógenos que están en el entorno.

También, por supuesto, que es fundamental el tiempo dedicado por el optometrista a informar a nuestros usuarios de lentes sobre la necesidad de extremar los cuidados en la higiene de manos, lentes, portales y zona periocular, para tratar de disminuir al mínimo la incidencia de complicaciones. Y por supuesto, educarles para que siempre respeten los tiempos de uso, plazos de reemplazo y sistemas de mantenimiento que les indicamos para el cuidado de sus lentes y de la salud de sus ojos. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Cheng K, L. s. (July de 1999). Incidence of contact-lens-associated microbial keratitis and its related morbidity. *The Lancet*, 354(9174, 17), 181-18.
- Efron N, 1. J. (Sep de 2013). The TFOS International Workshop on Contact Lens Discomfort: Report of the Contact Lens Interactions With the Ocular Surface and Adnexa. *INVESTIGATIVE OPHTHALMOLOGY & VISUAL SCIENCE*.
- Muntz A, S. L. (Jan-Mar de 2015). *J Optom*. 2015 Jan-Mar; 8(1): 2-11. Published online 2015 Jan 7. doi: 10.1016/j.optom.2014.12.001 PMID: PMC4314619
- Tear exchange and contact lens : A review Alex Muntz, Lakshman N. Subbaraman, Luigina Sorbara, and Lyndon Jones. *J.Optom*, 8(1):2-11.
- Shin H, C. D.-B. (2015). Microbiota on human eyes differ between contact lens wearers and non-lens wearers. *Poster presented at: American Society for Microbiology meeting*. New Orleans, LA.
- Stapleton F, W. M. (Nov de 1995). Changes to the ocular biota with time in extended- and daily-wear disposable contact lens use. *Infection and immunity*, 4501-4505.
- Willox M,D,P, H. N. (December de 2001). Ophthalmic Special Issue Bacterial interactions with contact lenses; effects of lens material, lens wear and microbial physiology. *Biomaterials*, 22(24, 15), 3235-3247.

Es fundamental informar a los usuarios de lentes sobre la necesidad de extremar los cuidados en la higiene de manos, lentes, portales y zona periocular, para tratar de disminuir al mínimo la incidencia de complicaciones

La ORTOPEdia, una apuesta con futuro

Durante más de 15 años el catedrático Antonio López Alonso ha transmitido a los alumnos del curso de Especialización de Ortopedia para farmacéuticos que imparte la Universidad Alcalá de Henares, la pasión por un campo imprescindible para la calidad de vida de muchos pacientes.

Rosa Navarro Bonilla. *Presidenta de AFORA (Asociación de Farmacéuticos Ortopédicos de Aragón).*

La ortopedia juega un papel fundamental en la búsqueda de nuevos servicios que conviertan a la farmacia en un espacio de salud integral para los ciudadanos.

Con la especialización del farmacéutico en ortopedia el primer beneficiado es el paciente, que puede acceder a este servicio en cualquier parte de la geografía española gracias a la extensa red de oficinas de farmacia. Más de 20.000 farmacias que convierten al

farmacéutico en el profesional sanitario más cercano y accesible y a la farmacia en la primera puerta de acceso al sistema sanitario. Una cercanía que todavía es más evidente en el medio rural, ya que en muchas poblaciones la farmacia es el único establecimiento sanitario.

Los datos avalan esta apuesta por la ortopedia. Gozamos de una esperanza de vida cada vez más alta, lo que se traduce en una población enve-

jecida que necesita ayudas para que su calidad de vida no se deteriore. Si la farmacia aspira a convertirse en un espacio de salud integral debe dar respuesta a problemas de movilidad o circulación, artrosis, lesiones óseas o musculares... Además, la evolución de la ortopedia en los últimos años ha sido espectacular, con productos innovadores cada vez más personalizados, es decir adaptados a las distintas necesidades y capacidades de cada usuario. Y con materiales que también han mejorado, tanto en su ligereza como en su calidad y aspecto.

Involucrar a las farmacias en el campo de la ortopedia significa también potenciar el sistema de vigilancia de estos productos sanitarios y evitar así la repetición de incidencias adversas que puedan generar estos productos. Como por ejemplo un fallo o deterioro de las características o funcionamiento, o cualquier deficiencia en el etiquetado o en las instrucciones de utilización. La capilaridad de nuestro modelo de farmacia conforma una red de alerta de más 20.000 oficinas de farmacia vigilando la protección de la salud y seguridad de los pacientes.

Para alcanzar la mejor formación en ortopedia, el mejor camino es el Curso de Especialización de Ortopedia para farmacéuticos que imparte la Univer-



Antonio López y Rosa Navarro, durante la entrevista.



sidad Alcalá de Henares desde hace más de 15 años. Sin duda uno de los artífices del éxito de este curso es el catedrático numerario de Traumatología y Ortopedia, Antonio López Alonso. Profesor del curso de Especialización en Ortopedia para farmacéuticos, recibió el Premio Anual a la Docencia del Consejo Social de la Universidad de Alcalá. López Alonso fue decano de la Facultad de Medicina durante 15 años.

El profesor López Alonso ha hablado con BIFAR del curso 2015-2016 de Especialización en Ortopedia para farmacéuticos, donde el incremento de las prácticas es la principal novedad. Para Antonio López los talleres son totalmente fundamentales, "sin ellos carecería de sentido este Estudio Propio, señala. También habló de la importancia de realizar algunas de estas prácticas con pacientes reales, aunque entrañe ciertas dificultades, recordó.

Otra de las novedades es la introducción de la asignatura Optativa "Fun-

La farmacia puede actuar como centro de fabricación y adaptación de material ortopédico o bien abrir una sección de difusión y consejo al paciente

damentos de la Ortopedia", que estudia el reciente Real Decreto aprobado por el Gobierno para la creación de una cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud.

López Alonso también hizo hincapié en la importancia de la especialización para que las farmacias apuesten con fuerza por la ortopedia en su cartera de servicios. "El farmacéutico debe tener muy claro el avance en los dispositivos ortésicos y ortopédicos y no dejarse ganar el terreno por los técnicos ortopédicos", concluyó.

El curso de Especialización en Ortopedia para Farmacéuticos que imparte

la Universidad de Alcalá de Henares está orientado, de una parte, a un perfeccionamiento de los conocimientos anatómicos, fisiológicos, galénicos y su legislación sanitaria que ya posee el Farmacéutico y, otra, a adquirir conocimientos, habilidades y destrezas sobre técnicas ortopédicas, relativos al diseño, fabricación, adaptación y dispensación de los productos ortoprotésicos. Todo ello para conseguir una adecuada atención sanitario-farmacéutica al paciente.

La ortopedia es sin duda una apuesta con futuro para el profesional farmacéutico. La oficina de farmacia puede actuar como centro de fabricación y adaptación de material ortopédico o bien abrir una sección de difusión y consejo al paciente en este campo. De cualquiera de las dos formas la ortopedia será un apoyo para mejorar el rendimiento de nuestra actividad y aprovechar nuestro potencial como agentes sanitarios de primer orden. ●

Involucrar a las farmacias en el campo de la ortopedia significa también potenciar el sistema de vigilancia de estos productos sanitarios



¿El farmacéutico IDEAL?

Texto: **Daniel de María**. Imagen: **Bernardo Sánchez**. Farmacéuticos.

Es lógico pensar que la respuesta a esta pregunta ha ido cambiando a lo largo de la historia. La sociedad evoluciona y las necesidades que debe cubrir una profesión como la farmacéutica, que no se entiende sino estando al servicio de las necesidades de la sociedad, evoluciona para adaptarse a esos cambios.

Los árabes, en concreto el Manual de Al-attar, ya indicaba por aquel entonces que el farmacéutico debía limpiar las balanzas, los pesos y demás utensilios a diario, controlar el inventario y reponer los materiales deteriorados. Hasta aquí previsible... Pero atención a los siguientes requisitos que también incluía el manual: debía tener profundas convicciones religiosas, consideración para con el prójimo (especialmente con pobres y necesitados), sentido de la responsabilidad, actuar con prudencia y ser temeroso de Dios, amable, honesto, solícito, poco irascible, modesto, paciente y (aquí vendría un redoble de tambor...) el manual insta al farmacéutico a moderar sus beneficios (ya sé que habría que decirle al Ministerio que una cosa es moderar y otra muy distinta vivir con el agua al cuello...).

Los conocimientos en botánica y remedios naturales crecen y su demanda aumenta, lo que hace a los boticarios muy apreciados en las expediciones que los distintos países europeos realizaran por aquel entonces al recién descubierto continente americano. Hallar nuevos remedios y catalogar los ya existentes se convirtió en una golosa inversión para portugueses, españoles, ingleses, franceses... ávidos por romper el monopolio veneciano con el Extremo Oriente.

Durante el siglo XIX, los procesos químicos, el control y estandarización de la pureza de los principios activos... pasan a tener una importancia capital en el desarrollo de nuevos fármacos.



Los farmacéuticos recogen el guante y se ponen a la cabeza en investigación de lo que sería la química orgánica. **Robiquet** descubre la codeína, **Derosne** y **Seguin** la morfina, **Pelletier** y **Caventou** la quinina y la estricnina, etc.

Además, a final de siglo, los farmacéuticos lograrán desplazar a los médicos en el control sobre la elaboración y las revisiones de las farmacopeas, que no sólo fijarán unas bases comunes en la práctica, sino que serán motivo de orgullo nacional por parte de los distintos países, que competirán por disponer de las farmacopeas más actualizadas y completas.

Y más cosas que no caben en una página... Pero tal vez el farmacéutico ideal actual debiera ser una mezcla de todo lo que se le ha ido pidiendo a nuestra profesión a lo largo de la historia. Está claro que hemos de saber mucha teoría: conocimientos de botánica, química, enfermedades, etc. Pero también hemos de tener la habilidad de poner todo esto en práctica (quien estudia y no practica lo que sabe es como el que ara la tierra pero

no la siembra, decía Platón). Sin olvidar la capacidad para discernir lo importante y transmitirlo de manera sencilla a los pacientes, siendo una referencia para la sociedad en el mundo de la salud.

El farmacéutico, dada la naturaleza de su trabajo y las graves consecuencias de una mala praxis (que puede incluir la muerte del paciente), debe ser una persona responsable, honesta y prudente (*"prime non nocere"*, reza un principio médico también aplicable a nuestra profesión).

Teniendo en cuenta, además, que tratamos con personas, muchas de ellas mayores, enfermas y, en definitiva, vulnerables, por lo que entre nuestras cualidades no deberíamos olvidar la amabilidad, la honestidad, la paciencia y la empatía.

No estaría de más hacer una lista con las cualidades que queremos transmitir; anotarlas y, al finalizar cada jornada, preguntarnos cuántas hemos cumplido y si hemos atendido como se merecía a cada paciente.

Me gusta cómo se define un amigo del instituto en su perfil de una red social: "enamorado de la mejora constante". Tal vez el reto sea ese, ser un poco mejor cada día. No sólo en conocimientos y transmisión de estos, sino en valores como la empatía, la amabilidad, la ética... ●

No estaría de más hacer una lista con las cualidades que queremos transmitir; anotarlas y, al finalizar cada jornada, preguntarnos cuántas hemos cumplido

Los pequeños detalles marcan la diferencia

A sí reza un conocido eslogan; me lo voy a adueñar para explicar unos conceptos que con poco esfuerzo, el retorno es mayor.

1. Cuando en receta electrónica viene prescrito un medicamento "de mostrador", que no necesita prescripción médica, es fácil cometer el error de no dispensarlo a través de la plataforma.

Seguramente tengamos prisa por atender a otros pacientes o mucho trabajo en la rebotica, para no pararse, en el peor de los casos, a diligenciar esa dispensación. Pero en el momento que dispensamos ese medicamento por la plataforma de la e-receta, estamos trabajando por el bien de nuestra profesión pues dejamos registro de nuestra actuación. Con este acto damos valor a esos medicamentos, que en la mayoría de Europa se encuentran en los supermercados y en España también los reclaman.

Lo que os decía, ese pequeño detalle en la dispensación marca la diferencia.

2. ¡Qué hartos estamos de las faltas! Qué quebraderos de cabeza nos generan, y peor aún, a nuestros pacientes, sobre todo ancianos, les hacemos volver, peregrinar por diferentes farmacias hasta que la falta es generalizada. Entonces vuelven al médico para que les cambie el tratamiento. Con lo fácil que es el recorrido laboratorio-distribuidora-farmacia y que tengamos tantos desabastecimientos no documentados... ¿Dónde se rompe la cadena? Y lo peor de todo, ¿cómo podemos justificar esa falta de suministro?

El CISMED es otro pequeño detalle que facilita muchísima información y protege a los que hacen bien su labor. Cada vez que hacemos un pedido a nuestras distribuidoras, las faltas generadas se envían al colegio de referencia.

Otro pequeño acto, pues no te roba nada de tiempo, que marca la diferencia.

3. La fuerza que nos da nuestra distribución geográfica es la cercanía al ciudadano. Además de sanitarios, somos pequeñas empresas logísticas que podemos abastecer a pacientes en su mismo lugar de residencia.

¿Por qué se hace desplazar a estos pacientes a centros de salud o a hospitales, a bastantes

más kilómetros que su farmacia, para que se les administre una medicación? En ocasiones esta medicación requiere que no se rompa la cadena de frío y otros inconvenientes que la farmacia ya tiene solucionados. ¿Podemos ser más útiles?

Si el problema es el precio del medicamento, seguro que nos podemos entender, hay diferentes ecuaciones porque ¿no es el bienestar de la sociedad lo más importante?

Este pequeño sentimiento es el que marca la diferencia.

4. Llevamos tiempo escuchando la importancia de la implantación de servicios en la oficina de farmacia, hablamos mucho de farmacia asistencial, seguimiento farmacoterapéutico, SPD... pero no sabemos cómo ponerlos en marcha. Desde los colegios se pueden facilitar las normas de trabajo, pero ¿eso es suficiente para que un servicio lo hagan bien todas las farmacias? ¿Qué diferencia existe entre ofertar un servicio a ofrecer un servicio de calidad? Un servicio mal hecho o que provoque algún problema de salud, es un fallo que puede dañar nuestra labor y nuestra imagen como colectivo. Si defendemos que sea remunerado, es por el alto nivel de calidad que estamos dando.

Esa pequeña formación es la que marca la diferencia de un servicio de calidad.

5. Si somos capaces de ser sanitarios, hacer atención farmacéutica, de entender y trabajar con la receta electrónica, capaces de asumir que en el mundo rural las guardias son importantes y de obligado cumplimiento, de participar en programas de promoción de la salud, trabajar en prevención de la enfermedad, hacemos atención sanitaria, sociosanitaria y domiciliaria. Somos capaces de gestionar nuestras empresas en situaciones de futuro incierto, pagar nóminas aunque no cobremos.

Si somos capaces de todo esto y mucho más, ¿por qué no demostramos que podemos pertenecer a equipos de salud? Porque aún no somos capaces de hablar con el médico, de llamarlo y tener un acercamiento fluido.

Hasta que no demos ese paso, no conseguiremos que cambie nuestra imagen. Un pequeño paso para el hombre, pero un gran paso para el farmacéutico. ●



Ángel Mas Farré.
Presidente del COF de Huesca.

Un servicio mal hecho o que provoque algún problema de salud, es un fallo que puede dañar nuestra labor y nuestra imagen como colectivo



Posgrado CEU

Donde unos
encuentran limitaciones,
otros descubren
grandes oportunidades.

FACULTAD DE FARMACIA

Curso 2013 - 2014

PROGRAMAS MÁSTER

Máster Universitario en Atención Farmacéutica - Farmacia Asistencial

Máster Propio en Garantía de la Calidad de Industrias del Sector Alimentario

Máster Universitario en Descubrimiento de Fármacos * (*Drug Discovery and Medical Chemistry*)

International MBA en Industria Farmacéutica (también versión Executive)

TITULACIONES ADAPTADAS A PROFESIONALES

Nutrición Humana y Dietética para titulados en Farmacia

Óptica, Optometría y Audiología para estudiantes y titulados en Farmacia

www.posgrado.uspceu.es



CEU es obra de la Asociación
Católica de Propagandistas



CEU

*Universidad
San Pablo
In veritate libertas*

Eva y su farmacia de barrio

Eva, una diabética activa y entusiasta, acude como mínimo una vez al mes a su farmacia para recoger el tratamiento con el que trata su diabetes. Lleva ya más de 10 años inyectándose la insulina que le permite regular el grado de azúcar que necesita su sangre. Al principio le costaba pincharse y con el tiempo lo ha normalizado, convirtiendo este acto en otro tan cotidiano como lavarse las manos antes de comer.

Su vida no ha cambiado sustancialmente pero Eva es consciente desde el primer momento que es necesario llevar un férreo control sobre su alimentación, su estilo de vida y sobre su tratamiento de insulina, un tratamiento que le impone el médico una vez al año y que, salvo si surge algún problema, debe ir periódicamente a la farmacia a recogerlo.

La farmacia para Eva es un establecimiento más de su barrio y sus continuas visitas han hecho que la relación con su farmacéutico sea cada vez mejor. "La relación con mi farmacéutico es excelente, es una persona en la que confío y a la que le pido ayuda y opinión", asegura Eva, quien no logra recordar cuántos años hace que conoce a su farmacéutico. "desde que tengo memoria farmacéutica esta él, para mí sería como decir siempre", explica.

Esta estrecha relación y ciega confianza la conduce casi siempre a una de las farmacias más cercanas de su barrio. "Mi farmacia no es la que está más cerca de mi hogar, pero es la que más me gusta por el servicio que da. A no ser que pase por una botica y lo que tenga que comprar sea poca cosa, siempre voy a la misma", insiste Eva, reconociendo que tanto en el barrio donde vive como en la zona en la que trabaja existe un buen servicio de oficinas de farmacia.

La profesionalidad del farmacéutico y los auxiliares que atienden en su farmacia es muy valorada por Eva. Confía en el criterio del farmacéutico y aprecia que controle su tratamiento. "Nunca me ha fallado", indica de forma contundente Eva, quien recuerda cómo en alguna ocasión ha tenido algún problema por el cambio de insulina en el mercado y desde la farmacia le han ayudado a solucionar el problema.

Respecto al asesoramiento por parte del farmacéutico de su enfermedad, Eva precisa que en general no recibe información de los nuevos tratamientos y novedades que aparecen en el mercado, pero si lo hiciesen explica que confiaría en ellos porque suelen asesorarle correctamente si alguna vez les he hecho alguna consulta respecto a la diabetes u otra enfermedad o tratamiento. Personalmente Eva no considera necesario que las farmacias ofrezcan charlas informativas y formativas a las personas diabéticas sobre cómo mejorar su salud y las complicaciones derivadas de la misma. "La verdad es que en particular para mí no es necesario, supongo que a alguna persona le podría ir bien y si lo hicieran y me informaran a lo mejor asistiría, pero hoy por hoy no me lo he planteado, dice Eva, quien aun así reconoce que los profesionales de la farmacia juegan un papel

fundamental en este sentido ya que acumulan una gran experiencia en los tratamientos.

Contenta con el servicio farmacéutico que disfruta en su ciudad, sólo lo mejoraría con alguna botica más en los turnos de guardia. Respecto al horario, que su farmacia extiende a los sábados por la mañana, Eva lo considera correcto y no apuesta porque las farmacias tengan que tener sus puertas abiertas también a mediodía, ya que considera que la franja horaria es bastante amplia ya y se adapta a cualquier horario laboral. "Si realmente necesitas algo urgente puedes ir a la de guardia", explica Eva, que en la actualidad es profesora universitaria y tiene dos hijas pequeñas.

Una de las cuestiones en las que considera que tanto ella como otros muchos ciudadanos precisan apoyo es en la gestión de su botiquín doméstico. "Creo que podría ser un tema interesante, a mí no me gusta tener más medicamentos de los necesarios en casa y de esa forma se podría mejorar en la gestión", insiste Eva, una ciudadana que expresa su responsabilidad también con la participación en las campañas de recuperación de medicamentos. De hecho, Eva confirma que cada dos o tres meses revisa la caducidad de los medicamentos que tiene en casa y los lleva a la farmacia.

Otro aspecto que Eva cambiaría en el actual sistema del servicio farmacéutico español es la venta del número necesario de pastillas para curar la enfermedad. "Si me tengo que tomar 12 pastillas tendrían que dispensarme esa cantidad y no una caja de 50", dice Eva, recordando que este es el modelo que siguen en las oficinas de farmacia de Bruselas. Para Eva es un sistema muy interesante ya que además de ahorrar dinero para el ciudadano, optimiza recursos y no se almacenan innecesariamente medicamentos sobrantes en casa. "Todos ganamos".

Un tema que le preocupa es la venta on line de medicamentos sin receta, un sistema que ya autoriza el gobierno alentado por la nueva normativa europea. Considera Eva que este nuevo sistema no es adecuado, ya que en la red hay muy malas prácticas y puede ser peligroso para los ciudadanos "ya que a veces perdemos el norte y tomar algo que nos afecte puede repercutir negativamente en nuestra salud". Para Eva, lo que se vende en internet no deja de ser un medicamento y para eso están las farmacias, con profesionales formados para informar y asesorar.

Además Eva cree que la calidad marca la filosofía de las boticas y, en este sentido, da por sentado incluso que los productos que se venden en la farmacia, que no son medicamentos, como geles, dentífricos y centenares de productos más son de mejor calidad. "En ocasiones los he utilizado y creo que son de más calidad pero también tengo la sensación de que son más caros, por lo tanto los compro solo cuando los considero imprescindibles para mí o mi familia, por ejemplo en productos de ortodoncia" ●



Antonio Hernández Torres

Presidente del COF de Teruel

Contenta con el servicio farmacéutico que disfruta en su ciudad, sólo lo mejoraría con alguna botica más en los turnos de guardia



gio Oficial de Farmacéuticos de Teruel

Interesante 2015 (3ª PARTE)

Convulsa ha sido la vuelta de vacaciones. Dudas sobre la economía mundial, debacle de las bolsas, desaceleración del crecimiento en Europa, elecciones en Cataluña, 100 días del cambio de gobierno en Aragón, cambio de gobierno en la ciudad de Zaragoza... Y en la farmacia, precios de referencia, aires de modificación del modelo "mediterráneo" en Grecia e Italia, liberalización de los descuentos de los medicamentos de los laboratorios y distribuidores a la oficina de farmacia, precios seleccionados... Demasiados ingredientes para garantizar un futuro de certidumbre. Pero de todas formas, ¿qué sería de la economía, el equilibrio social y la vida en general sin incertidumbre?

Por partes, la economía de mercado se instala en China, país que últimamente ocupaba ese papel en la economía mundial que producía, ahorra y compraba la deuda americana que a su vez tiraba de la economía mundial. Esa llegada de la economía de mercado a un régimen social y político todavía muy intervenido hace que se produzca un choque que cambia la idiosincrasia de fábrica del mundo, pierde competitividad en base a aumento de salarios, aumenta la deuda pública China, la demanda interna crece, las exportaciones bajan y la producción también, la economía se desacelera y se teme a la formación de una burbuja, todo en un modelo de crecimiento desordenado y sin equilibrio con una opacidad que asusta a los mercados que ha arrastrado a las bolsas, afectando a los países emergentes y a las materias primas.

En Europa la inestabilidad persiste, por la situación de Grecia con sus ajustes, y por una economía de la zona euro titubeante que crece tímidamente, más debido a causas externas como la bajada del petróleo y materias primas, la devaluación del cambio euro/dólar y las medidas expansivas del BCE. Lo que es claro es que se ha desacelerado el crecimiento y hay dudas sobre si ese crecimiento es robusto. En lo referido al modelo de farmacia, un hecho reseñable de interés para nosotros es la insistente recomendación liberalizadora de la comisión europea sobre la ordenación farmacéutica en Grecia y en Italia, compañeros de grupo entre los llamados países periféricos.

En el momento de escribir estas líneas y todavía pendiente de desenlace, Grecia modifica el binomio propiedad-titularidad e Italia parece que quedará igual en planificación, pero apunta a que se permitirá la entrada de capital no farmacéutico minoritario en la farmacia, quedando la mayoría en manos del titular. La farmacia española, sin embargo, sigue en evolución para demostrar las virtudes del modelo como agente eficiente en el sistema sanitario. Estamos demostrando que la farmacia contribuye a la sostenibilidad del estado de bienestar, al crecimiento y a la generación de empleo estable. Hay que tener esto muy en cuenta a la hora de tomar medidas de carácter economista ya que pueden deteriorar el servicio que hoy se presta.

Amenazas nunca faltan. Los precios de referencia se han aparcado de momento hasta, como pronto, el 1 de diciembre. La nueva creación de 38 conjuntos homogéneos parece que puede suponer un ahorro de 100 millones de €, según datos de Sanidad.

El proyecto de Real Decreto que regula la financiación y fijación de precios de medicamentos, ahora en fase de alegaciones, trae novedades en el sistema de precios seleccionados, el mecanismo de la subasta nacional. En este sentido hay que tener en cuenta los graves efectos secundarios que ese Decreto puede suponer.

Otra novedad que debemos seguir de cerca es la liberalización de los descuentos de laboratorios y distribuidores a farmacias. Es una vieja petición de la industria. Hay que vigilar que su desarrollo no afecte a la sufrida economía de la oficina de farmacia. Serias amenazas a la certidumbre y la estabilidad se ciernen en el sector.

En diciembre, el día 20, en plena campaña de Navidad, elecciones y en ese momento cerraremos el ciclo de 2015, año electoral, y a priori punto de inflexión de la crisis... A ver si es verdad y la fase expansiva se confirma en 2016. Ojalá. A día de hoy los comicios aportan a nuestro país la consabida incertidumbre, y cierto es que nos jugamos mucho, la farmacia y todos. Continuará. ●



F. Javier Ruiz Poza
 Presidente de
 la Asociación
 de Farmacéuticos
 Empresarios
 de Zaragoza (AFEZ)

Otra novedad que debemos seguir de cerca es la liberalización de los descuentos de laboratorios y distribuidores a farmacias

¿Dónde vivimos los farmacéuticos?

Eduardo Satué de Velasco. *Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria en Aragón (SEFAC).*

Éthos es una palabra originaria del griego que primariamente significaba “morada, lugar donde viven los hombres” y que acabó derivando en la Grecia clásica en el significado “costumbre, hábito”. Por otra parte, éthos significaba “predisposición a hacer el bien”, que es la raíz de donde surge la Ética, o “teoría de la vida”.



Esto nos marca una ética fuertemente legalizada, pero la ética siempre va más allá de la ley y aquí es donde puede que los farmacéuticos cojeemos.

¿Qué hacer con aquellas cuestiones que la ley no recoge, o con aquellas que las hace de forma ambigua o incluso con aquellas donde la ley vemos que no acierta a dar una respuesta satisfactoria? No hacer nada implica que cada cual compondrá, mejor o peor, una respuesta particular y la aplicará como buenamente pueda. Esta ética, inevitable pero individualista y por tanto tremendamente dispar conllevará seguramente conflictos entre profesionales, con los pacientes e incluso con las autoridades. Por ejemplo, ahora que se pueden dispensar medicamentos no sujetos a prescripción médica de forma online y dado que la píldora del día después ya no está sujeta a prescripción médica, ¿es adecuado dispensarla de forma online en grandes cantidades? O, por ejemplo, ¿debemos obligar a un enfermo mental a tomar su medicación si este se niega? o ¿podemos mirar a otro lado cuando un compañero realiza competencia desleal a otro?

Existen muchas cuestiones en las que, independientemente del parecer y las convicciones de cada uno, es bueno que los profesionales tratemos de establecer unos acuerdos, bien concienzudos, al menos general, que permitan cierta homogeneidad de res-

puesta: tratar los casos iguales con criterios iguales.

Para ello es preciso dotarse de herramientas que puedan ayudar a construir no tanto un cuerpo de doctrina, sino un mapa de puntos de referencia que nos ayuden a avanzar en cuestiones a veces espinosas. En este camino se encuentra la reciente aportación del Código Ético de la Farmacia Comunitaria elaborada por Sefac. Además, es imprescindible la constitución de comisiones de ética, preferentemente de forma transversal a la profesión.

Y por último, es recomendable diferenciar entre la deontología, más encaminado a las obligaciones de los deberes de una profesión, y por otra parte, la bioética, o la resolución de cuestiones éticas referidas a decisiones vitales. En cualquier caso, una profesión que no se preocupa por la ética que quiere llevar no es una profesión, sino un mercadeo ya que acabará por venderse a sí misma. ●

Una profesión que no se preocupa por la ética, no es una profesión sino un mercadeo ya que acabará por venderse a sí misma

En la práctica, los dos términos están íntimamente relacionados. Donde vivo marca una rutina, una forma de vivir, un camino que recorro a diario y esto conforma una costumbre, un hábito, y en definitiva, un carácter, una manera de hacer las cosas. Qué acciones realizo y cómo las realizo son el objeto de estudio y de debate de la Ética. Y la Ética es la ciencia práctica por excelencia, o como dice Kant, la razón práctica, porque la ética solo adquiere sentido y entidad en su puesta en “práctica”, en su constatación en los hechos. Porque una norma ética siempre está presente en la vida cotidiana, tanto porque se ejerza efectivamente como porque se niegue.

Así, la pregunta de dónde moramos los farmacéuticos, esto es, qué costumbres, qué hábitos, en definitiva, qué ética practicamos los boticarios es una pregunta atemporal. La farmacia en general es un mundo extraordinariamente regulado, ya sea la investigación, la industria farmacéutica, la distribución o la dispensación, tanto a nivel de primaria como hospitalaria.



LOTERÍA DE NAVIDAD
ayuda humanitaria
Sorteo: 22 de diciembre de 2015

POR
4 €
PAPELETA

**¡ES UNA
SUERTE
PARTICIPAR!**

esta Navidad con **FARMAMUNDI**, el bombo de la **LOTERÍA** está lleno de proyectos sanitarios, medicamentos esenciales, ayuda humanitaria...



Ya a la venta en el **963 12 13 14**, en loteria@farmamundi.org, y a través de www.farmamundi.org

FARMAMUNDI, SEDE CENTRAL: Johannes Gutenberg, nº 5, Parque Tecnológico, 46980 Paterna (Valencia) · Tel: 902 01 17 17 · Fax: 963 75 56 95

La ayuda a familias REFUGIADAS, una prioridad



“**L**a prioridad ahora es atender a la población migrante, familias enteras y con menores, asentadas en las localidades serbias de Subotica (de unos 100.000 habitantes) y Kanjiža (con 7.000), que necesitan cobijo, alimentos, agua y saneamiento básico, artículos de higiene y también artículos específicos para bebés, mediante el reparto de material de primera necesidad como mantas, colchones, ropa e impermeables ante la inminente llegada del otoño y de las lluvias”, explica la responsable de Acción Humanitaria y Emergencias de Farmamundi, Tania Montesinos, recién llegada de la zona donde ha apoyado las actividades de suministro y distribución en la que está siendo la peor crisis migratoria desde la II Guerra Mundial.

Junto a la ONG IDC-Serbia y con financiación del Fondo de Emergencias de Farmamundi se están cubriendo las necesidades básicas de familias refugiadas y en tránsito en la frontera entre Serbia y Hungría, concretamente en las localidades serbias de Subotica y Kanjiža, uno de los principales focos de entrada de las personas migrantes y refugiadas al país. “La zona de intervención en Subótica, concretamente, se encuentra situada a 2 km de la ciudad,

Más de 400.000 personas han solicitado asilo en los países europeos y se calcula que cada día 3.000 personas intentan cruzar las fronteras de Europa

en el emplazamiento de una antigua fábrica de ladrillos donde las familias se asientan aprovechando la disponibilidad de agua al contar con dos pozos funcionales”, cuenta Montesinos.

El recrudecimiento de las medidas coercitivas adoptadas por el gobierno húngaro en la frontera con Serbia supone la proliferación de asentamientos temporales (2-3 días) en las poblaciones cercanas. “A Kanjiža llegan diariamente entre 1.000 y 1.500 refugiados. En la zona operan importantes redes de tráfico ilegal de personas que organizan viajes para llegar a Hungría, Austria y otros países europeos”, continúa Montesinos.

En los primeros seis meses de este año más de 400.000 personas han solici-

tado asilo en los países europeos y se calcula que cada día 3.000 personas intentan cruzar las fronteras de Europa. Según los datos de la UNCHR, en los primeros 6 meses de este año, hasta 137.000 personas cruzaron el Mediterráneo huyendo de las guerras, conflictos, persecuciones y otras crisis.

Apoyo a Nepal

También la sociedad aragonesa, a través del Comité de Emergencias de Aragón y el Ayuntamiento de Zaragoza, ha participado financiando la atención a más de 500 familias damnificadas por el terremoto ocurrido en Nepal este 25 de abril. En concreto se ha apoyado a familias de cuatro aldeas y villas de los distritos de Sindhuli y Sindhupalchok, siendo éstas dos de las zonas más afectadas y remotas del valle de Katmandú.

“El rescate de personas en zonas remotas, el suministro de agua potable, la distribución de alimentos de primera necesidad y facilitar albergue provisional para las familias que han perdido sus hogares” ha centrado las actuaciones, según explica Montesinos, quien ha coordinado la intervención junto a Nepal Leprosy Trust (NLT), organización nepalí con más de 40 años experiencia. También se han llevado a cabo labores de emergencia con cuidados ambulatorios, hospitalarios y servicios comunitarios a través de 10 clínicas móviles. “Se pusieron en funcionamiento equipos médicos para dar respuesta a brotes epidémicos, la influenza, diarreas y también para la atención materno infantil, puesto que más de 2.400 mujeres estaban en riesgo de sufrir complicaciones gineco-obstétricas y necesitaban atención sanitaria urgente”, finaliza Montesinos. ●



Más información y donativos:
www.farmamundi.org

LOTERÍA

La SUERTE es tener Salud

Farmacéuticos Sin Fronteras organiza un año más la campaña de Lotería de Navidad 2015 que llega a más de 1.600 farmacias en toda España.

La llegada del nuevo curso es para las organizaciones no lucrativas como Farmacéuticos Sin Fronteras la puesta en marcha de las campañas de cara a la época navideña. Sin duda la más popular en muchas entidades es la venta de participaciones de Lotería de Navidad. La gran peculiaridad en nuestro caso es contar con la colaboración de la Farmacia Comunitaria, lo que supone un efecto multiplicador a la hora de distribuir las papeletas. De esta forma la lotería de Farmacéuticos Sin Fronteras llega a todos los rincones de nuestro país aprovechando la capilaridad de del modelo español de farmacia.

Además, desde Farmacéuticos Sin Fronteras queremos premiar el esfuerzo de todos nuestros colaboradores, ya sean las mismas farmacias, o los compradores de las papeletas. Siguiendo nuestro lema, *La Suerte es tener Salud*, convertimos los 50 céntimos de donativo de cada papeleta en el sorteo de un fin de semana para dos personas en el Balneario Sicilia situado en Jaraba (Zaragoza), con servicios y programas enfocados a mejorar la salud de sus clientes. Este premio se hará extensible al poseedor de la papeleta cuyo número de serie coincida con el primer premio del sorteo de navidad, así como para el farmacéutico que haya vendido el talonario al que corresponda esa papeleta.

Los beneficios de la campaña son destinados a actividades de acción social, y en concreto a proyectos que en España facilitan el acceso a medicamentos y material sanitario de poblaciones, bien en riesgo de exclusión como colectivos con problemas

a la hora del acceso, por ejemplo, pacientes con Enfermedades Raras.

También son beneficiarios de esta campaña personas directamente vinculadas a nuestros proyectos de Cooperación al Desarrollo, que actualmente cuentan con actividades en diez países, destacando el proyecto que la ONG va a desarrollar en Nepal.

Los talonarios editados son de 100 papeletas, valorados en 250 euros y vendiéndose en papeletas de 2,5 euros, según el fraccionamiento autorizado por el ONLAE con fecha de junio de 2015. Los talonarios pueden adquirirse a través de diferentes medios: En el teléfono **915 213 221**, o bien a través de internet:

www.farmaceticossinfronteras.org



Convertimos los 50 céntimos de donativo de cada papeleta en el sorteo de un fin de semana para dos personas en el Balneario Sicilia situado en Jaraba (Zaragoza)



La muerte de la Cultura

Bernardo Sánchez Gálvez.
Farmacéutico.

Hoy es frecuente oír a personas bienparlantes eso de "la cultura del ocio" o "la cultura de tal o de cual" refiriéndose a costumbres o maneras de vivir que conforman en general la idiosincrasia de un pueblo, de sus gentes. Sin embargo voy a referirme a la Cultura como suma de conocimientos objetivos sobre diversidad de temas que afecta al comportamiento, a la sensibilidad, al fin último del ser humano como pacífico, solidario, generoso y sobre todo satisfecho de poder conocer y disfrutar de todo lo que el mundo nos ofrece positivamente hablando. La civilización es otra cosa, referida al buen comportamiento, respeto, trabajo y entrega a los semejantes. Se puede ser inculto pero civilizado, incluso culto y ser un demonio peligroso para la sociedad. Lo peor que se puede ser es incívico y además inculto. Para echarse a temblar.

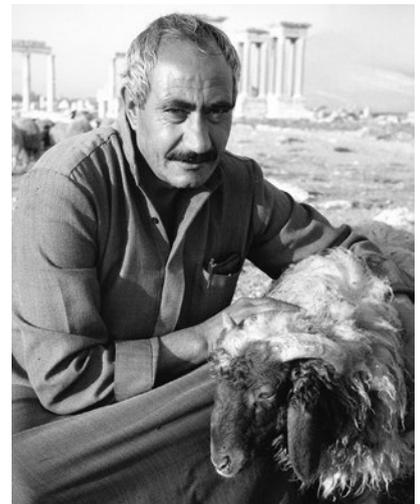
Visité Palmyra, así lo escribían allí, en el año 1997 y me dejó una huella imborrable por lo que emanaban sus restos, sobre lo que algún día fue. Seguro que los romanos cuando lo construyeron junto con toda la colección de ciudades de las que sólo quedan restos como Jerash, y algunos otros en todo Oriente Medio pensaban en extender su dominio junto con su cultura y costumbres. Cuando Zenobia fue derrocada por el emperador Aureliano no imaginaba como iba a acabar su maravilloso enclave después de su intento de sublevación. Seguro que el ejército romano no fue un dechado de virtudes ni amabilidad en sus invasiones, pero claro, hablamos de hace casi 2000 años y entonces la vida humana valía poco.

Lo que no se entiende es que hoy día, en el siglo 21, un pueblo de religión musulmana que en otras épocas sí fue



de un dechado de virtudes apabullante y culto como pocos, haya caído en un fanatismo impropio del ser humano y que abrace la violencia exacerbada e intolerante de quien no admite nada que no sean sus salvajes principios para arrollar y destruir todo lo que no coincida con sus fanáticas aseveraciones. Recordaré siempre a Ahmed, un pastor de ovejas que paseaba su ganado entre los restos de Palmyra al amanecer y que nos sonrió amablemente posando para mis fotos inclu-

so. No sé si vivirá, o se habrá, o le habrán, convertido a ese Islam que no es el tolerante y fraternal que habitó Toledo, Córdoba, Mallorca y tantas regiones compartidas con cristianos y judíos. Ese otro Islam que no respeta la cultura ni a los seres humanos que no opinan como ellos. Corren ríos de tinta y cine sobre los excesos y la crueldad del nazismo, claro, ahora que ya no están porque se les venció, pero poquitas gotas de denuncia caen sobre ésta sociedad anestesiada



Lo que no se entiende es que hoy día, en el siglo XXI, un pueblo de religión musulmana que en otras épocas sí fue de un dechado de virtudes apabullante y culto como pocos, haya caído en un fanatismo impropio del ser humano

y conformada con la crueldad de quien aplasta seres humanos y la historia sin piedad. Nadie se manifiesta, ni saca pancartas tan fáciles de sacar cuando la causa es cómoda de combatir. Qué pena mi Palmyra. Ya no veré tus dorados amaneceres. ●

“Salir de la mente y ponerse en la del paciente es de los mejores viajes”

Padua, Siena, Bérghamo, Alessandria... son algunas de las 23 ciudades italianas de menos de doscientos mil habitantes, que el farmacéutico Pedro Bosqued (Zaragoza, 1970) ha recorrido a conciencia para escribir *Pieles de Italia* (Editorial Confluencias). Un libro de viajes que presentó el pasado 28 de septiembre en el Teatro Principal de Zaragoza, y del que ahora nos habla en BIFAR.



Pedro Bosqued (centro) en la presentación de su libro.

Farmacéutico y escritor. ¿Cómo se combinan estas dos vocaciones?

Los que nos hemos formado en el siglo XX hemos visto que el que estudió Ciencias es posible que luego complete su aprendizaje con Letras. Creo que tenemos suerte porque el camino inverso dicen que es más improbable.

“Italia es un sueño que vuelve durante el resto de tu vida”. Esta cita de Anna Ajmátova es una de las referencias de su libro. ¿Dónde reside la magia de Italia, cuál es su secreto?

No creo que pueda descubrir plenamente cuál es el secreto. Pero lo que intuyo es que en apariencia somos los

No se puede viajar así como así. Como todo lo que se aprecia, requiere esfuerzo, pero tras el aprendizaje, uno es otro, y por eso crecemos, no solo en edad

países más parecidos. Sin embargo, cuando empiezas a rascar en la Piel, te

das cuenta de las diferencias abismales que existen. Como en toda relación entre dos elementos, de acuerdo. Pero con la particularidad de que se parte, erróneamente por supuesto, de la idea de que somos casi lo mismo.

¿*Pieles de Italia* es su primer libro, cuéntenos cómo fue el proceso de creación?

Fue un proceso intencionado en la previa. Ciudades pequeñas, de menos de doscientos mil habitantes. Y luego, in situ, trabajo de campo. Cada día visitar sin documentación, la ciudad que fuese. Experimentado el paseo, las percepciones, todo, todo lo que aconteciese –en tu mente, también–, como



si fueses una esponja. Y por la noche, al llegar al hotel, tras el trabajo mental durante la conducción, volcarlo en texto antes de dormir para empezar en blanco el siguiente día. Como un niño que cada mañana piensa que empieza partida nueva.

Este libro es un recorrido por las pequeñas ciudades italianas, ¿cuál es su preferida y por qué?

No sabría elegir, ni lo deseo. Porque todo nos conforma. Quizá por aquello de que ya había estado antes varias veces de construir las Pielas, Siena. Porque una vez entré en una farmacia ahí, y pensé, me entenderé sin problema. Al volver me puse a aprender italiano en la Dante.

¿Quién es Gio?

No puedo saberlo, a lo mejor podría contestar la ilustradora, Mar Lozano. O quizá ni ella, y solo él mismo podría. O ni eso, pero de alguna manera, por lo que contiene el libro, creo que al impregnarse de él, uno se puede hacer una idea aproximada de quién es. Desde luego, viajero obstinado, me temo que sí. O como dijo un día Mar Lozano: "Gio es la parte de nosotros que se aferra a la idea de ser nómada, no estancarse, seguir descubriendo espacios, interrogándose; también es el personaje de ficción que se vuelve hacia el autor".

¿Qué diferencia a un viajero de un turista?

Son dos personas con voluntades muy distintas. Lo que no quita que un día el turista sea viajero o viceversa. El turista con el viaje busca airearse, fijar lo que experimenta y a la vuelta, de alguna manera, necesita contar lo que ha visto para seguir con su vida anterior, sin que nada se la cambie, al menos en apariencia. Un viajero viaja sabiendo que allá donde vaya, todo será, hasta cierto punto, igual; que lo único que cam-

Pielas de Italia
PEDRO BOSQUED
Un recorrido por las pequeñas ciudades italianas
Ilustraciones Mar Lozano Reinoso



Pielas de Italia es un recorrido por las pequeñas ciudades italianas a través de paseos que demuestran que "lo bello a veces no está bajo los focos". Con ilustraciones originales para cada ciudad-piel, obra de la artista Mar Lozano. Ciudades desconocidas o mal conocidas muchas veces; el mal sin embargo tiene remedio.

Más información:
www.editorialconfluencias.com/pielas-de-italia/

bia es él. Porque él es el que cambia por el entorno; ha cambiado el foco, al desplazarse, y por tanto la manera de ir construyendo la historia de lo que ve.

Dice Walter Benjamin que perderse en una ciudad requiere aprendizaje. ¿Cómo se "aprende" a viajar?

No sé si hay un temario o algo parecido. Lo que puedo contar es mi caso. Lanzándose, abriéndose, sabiendo antes que nada será igual después, y con todos los poros abiertos para captar. No se puede viajar así como así. Como todo lo que se aprecia, requiere esfuerzo, pero tras el aprendizaje, uno es otro, y por eso crecemos, no solo en edad.

Algún autor o libro le ha inspirado especialmente

Muchos o demasiados, no sé si hay espacio en esta revista para nombrarlos. Pero ya que hablamos de viajes y sobre todo de literatura, uno que hace ambas cosas, y que el título no solo engaña sino que es una declaración clara de intenciones: *Viaje alrededor de mi habitación* (Ed. Funambulista) de Xavier de Maistre.

De crítico literario a escritor. ¿Cómo se ven las cosas desde el otro lado?

Como cuando crítico libros también escribía, he sufrido un salto, pero hasta cierto punto previsible. Pero es grave, porque hay un abismo, y encontrar el lector exacto no es fácil; cosa que en una crítica –al haber, digámoslo así, premisas–, hay más probabilidad.

¿Está trabajando en algún nuevo proyecto literario?

Como diría aquel, nombrar las cosas da mal fario, así que mejor...

Dicen que el mejor viaje siempre es el próximo, ¿ya tiene destino?

Cada día, salir de la mente y ponerse en la del paciente que acude al mostrador, es de los mejores. Muchos escritores me dicen que en una Farmacia se escuchan historias imprevisibles. Pueden servir de espoleta, aunque luego no suelen valer como material literario apropiado. Por eso escribo desde otro lugar, en ello estamos, percutiendo que es gerundio. ●

Irreverente GAMBERRO

Antonio Alfonso Casas. Farmacéutico.



Cuando me dijo Verónica, nuestra periodista, que debía enviar ya el artículo para este número de Bifar, me pilló sin ideas. Como suelo hacer en estos casos de sequía creativa, me fui a *La Encantaria* a echar un vino con mi amigo **Joan**, quien encendió la bombilla al contarme que su amigo *Franchesko* acababa de abrir un restaurante algo gamberro: “te gustará”, me dijo.

Allá que fui. *Gamberro* resultó ser nombre del restaurante y una pista de lo que nos esperaba. ¿Van poniéndose en situación? Si buscan un lugar al uso, clásico, de carne a la brasa y pulpitos con Padrón, directamente no vayan. El estilo que imprime *Franchesko* en *Gamberro* es más irreverente, provocador, tanto en la estética del local como en los platos, la presentación, el servicio... Todo es distinto, para lo bueno y para lo malo.

Si les parece vamos entrando en harina que para eso estamos aquí. Arrancamos con una esfera de foie con higo flambeado al coñac, suave y sugerente, aún no habían empezado las provocaciones, llegaron enseguida gracias a un par de ostras escaladas con *wakame* y esferas de soja, choque de sensaciones en la boca no apto para todos los públicos, pero sensacional.

Hasta ahora he estado comedido porque quería llegar al pez mantequilla con medusa y risotto verde de trigo, el culmen de la comida

Y fuimos avanzando, un *porco tonnatto*, tomando la idea del *vitello tonnatto* italiano, pero adaptado al estilo ibérico, con un trocito de presa ibérica, la salsa y una lechuga presentada de un modo muy original pero algo complicado, sabores diferentes y bien elaborados.

Seguimos con un tatakí de atún rojo, cuscús de lima y ajo blanco de lichis muy suave y apropiado. En definitiva, un plato bien conjuntado y muy de moda. Aunque no lo crean, hasta ahora he estado comedido porque quería llegar al plato estrella: pez mantequilla con medusa y risotto verde de trigo, el culmen de la comida. Un pescado exquisito, poco trabajado por estos lares, con medusa (ya ni les cuento) y un risotto de trigo que conjuntaba todo de modo espectacular.

Finalizamos con una especie de *tournedó* de ternasco con setas y crema de apio y nabo, plato más contundente y buen fin de sesión antes de pasar al postre: un helado de chocolate blanco con galleta y frutos rojos, dulce y cremoso fin de fiesta.

Y... todo esto ¿con qué lo pasas? La carta de vinos es escueta pero original y divertida, un tinto estrambótico de Valdejalón o una botellita de *champagne* Barón Fuenté que para un menú como este va clavado.

Quizá cuando lean estas líneas los platos, la carta de vinos o incluso la decoración hayan cambiado, pero anímense a ir a ver al amigo *Franchesko* y su irreverente cocina, déjen-se provocar.

Salud y a disfrutar.



Tatakí de atún.



Pez mantequilla con medusa.



Helado de chocolate blanco.

LA CABEZA DICE SÍ. EL CORAZÓN DICE SÍ, SÍ, SÍ.



MASERATI GIBLI. DESDE 71.849€ O 599€ AL MES.

36 CUOTAS. ENTRADA: 20.076,99 €. VALOR RESIDUAL (CUOTA FINAL): 28.739,75 €
TAE: 4,89%*

EL NUEVO MASERATI GIBLI CUENTA CON UNA GAMA DE AVANZADOS MOTORES V6 DE 3 LITROS CON CAMBIO AUTOMÁTICO ZF DE 8 VELOCIDADES, INCLUYENDO TAMBIÉN UN MOTOR TURBODIESEL. EL SISTEMA INTELIGENTE DE TRACCIÓN 4 X4 MASERATI ESTÁ DISPONIBLE EN LA VERSIÓN SQ4. GARANTÍA DE 3 AÑOS SIN LIMITE DE KILOMETRAJE. PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO DISPONIBLES.

MOTOR TURBODIESEL: V6 2.987 CC - POTENCIA MÁXIMA: 275 CV/4000 RPM - CONSUMO (CICLO COMBINADO): 5,9L/100KM EMISIONES DE CO₂: 158G/KM.

RESERVE SU PRUEBA DE CONDUCCIÓN EN MASERATI@AUTOMOVILESSANCHEZ.ES
O EN EL 976 30 40 50

www.maserati.es

SIGA LAS REDES SOCIALES DE MASERATI ESPAÑA



MASERATI

Ghibli



AUTOMÓVILES SÁNCHEZ

Ctra. de Logroño, nº 32
50011 Zaragoza
T. 976 30 40 50
maserati@automovilessanchez.es
www.automovilessanchez.es

MASERATI GIBLI DIESEL. PRECIO PROMOCIONADO: 66.323,02€, IMPORTE TOTAL DEL CRÉDITO: 46.246,03€ (IVA, TRANSPORTE E IMPUESTO DE MATRICULACIÓN INCLUIDOS). IEDMT CALCULADO AL TIPO GENERAL, NO OBSTANTE, EL TIPO APLICABLE PUEDE VARIAR EN FUNCIÓN DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE RESIDENCIA. * TIN 3,50%, COMISIÓN DE APERTURA (3%): 1.387,38€ AL CONTADO. PRECIO TOTAL A PLAZOS: 71.768,12 €, IMPORTE TOTAL ADEUDADO: 51.691,13 €. PARA UNIDADES FINANCIADAS CON FGA CAPITAL SPAIN, E.F.C., S.A. INTERESES SUBVENCIONADOS POR MASERATI S.P.A.. OFERTA VÁLIDA HASTA EL 31/12/2015. MODELO ANUNCIADO EN LA IMAGEN: MASERATI GIBLI S, PRECIO DESDE 94.069€*.

EL PROGRAMA DE FIDELIZACIÓN CON EFICACIA DEMOSTRADA



farmapremium

LA MEJOR MANERA DE CUIDARTE



CAPTACIÓN



94%
de fidelización
a TU farmacia

CONVICCIÓN



Incremento
ticket medio
hasta **+40%**

CONSOLIDACIÓN



+60
campañas
al año

CONOCIMIENTO



PANEL
Conoce mejor
a tus clientes

+ 2.200 farmacias + 435.000 clientes

www.farmapremium.es - Un servicio de

