



Bifor



Boletín Informativo Farmacéutico de Aragón
Año XXXII ● N.º 123 ● verano 2015



COLEGIOS DE FARMACÉUTICOS DE ZARAGOZA,
HUESCA Y TERUEL



Nueva Junta de Gobierno en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Teruel



La Academia de Farmacia recibe a la profesora María Luisa Bernal

ACTUALIDAD El COF de Zaragoza y la Academia de Farmacia, en defensa de la vacunación infantil **A FONDO** ¿Recuperación del sector farmacéutico? **ANÁLISIS** Objeción de conciencia **GESTIÓN** Claves para hacer más rentable tu farmacia **SECCIÓN CIENTÍFICA** Antibióticos en pediatría



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 ALVA

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



- 4 ● La farmacia se hace arte: La elaboración solemne de la **TRIACA** en Zaragoza.
- 5 ● **EDITORIAL:** Política.
- 6 ● Antonio Hernández, nuevo presidente del COF **TERUEL**.
- 8 ● Día **GRANDE** en el COF de Teruel
- 10 ● María Luisa Bernal entra en la **ACADEMIA** de Farmacia Reino de Aragón.
- 11 ● El COF de Zaragoza y la Academia de Farmacia, en defensa de la **VACUNACIÓN** infantil.
- 12 ● **A FONDO:** ¿Recuperación en el sector farmacéutico?
- 16 ● **ANÁLISIS.** Objeción de Conciencia y dispensación en los centros de salud.
- 18 ● Pinceladas de **HISTORIA:** Un parto difícil.
- 20 ● **GESTIÓN** Farmacia. Claves para hacer más rentable tu farmacia.

- 22 ● **LABORAL:** Jubilación Activa.
- 23 ● La Universidad en la Farmacia: Mejora de la **ADHERENCIA** al tratamiento.
- 25 ● Iberhome: Conocer la **HOMEOPATÍA**.
- 28 ● **VACUNACIÓN:** retrospectiva y prospectiva.
- 32 ● **ANTIBIÓTICOS** en pediatría.
- 34 ● **AFORA:** Los zapatos, accesorios para su salud.
- 36 ● **SEFAC** Aragón: Otra farmacia es posible.
- 39 ● COF **HUESCA:** Venga quien venga.
- 41 ● COF **TERUEL:** La Mirada externa
- 42 ● **AFEZ:** Interesante 2015 (segunda parte)
- 44 ● Farmacéuticos **MUNDI:** Un libro y un DVD resumen la jornada en Zaragoza de acceso a medicamentos y propiedad intelectual.



- 45 ● Farmacéuticos **SIN FRONTERAS:** Quince farmacéuticos participarán en proyectos internacionales.
- 46 ● Buenas Costumbres. Teruel existe: Ordio **MINERO**.

Don Albarelo



H₂ TOMAS-TINAJA

La Farmacia se hace Arte

La elaboración solemne de la TRIACA en Zaragoza

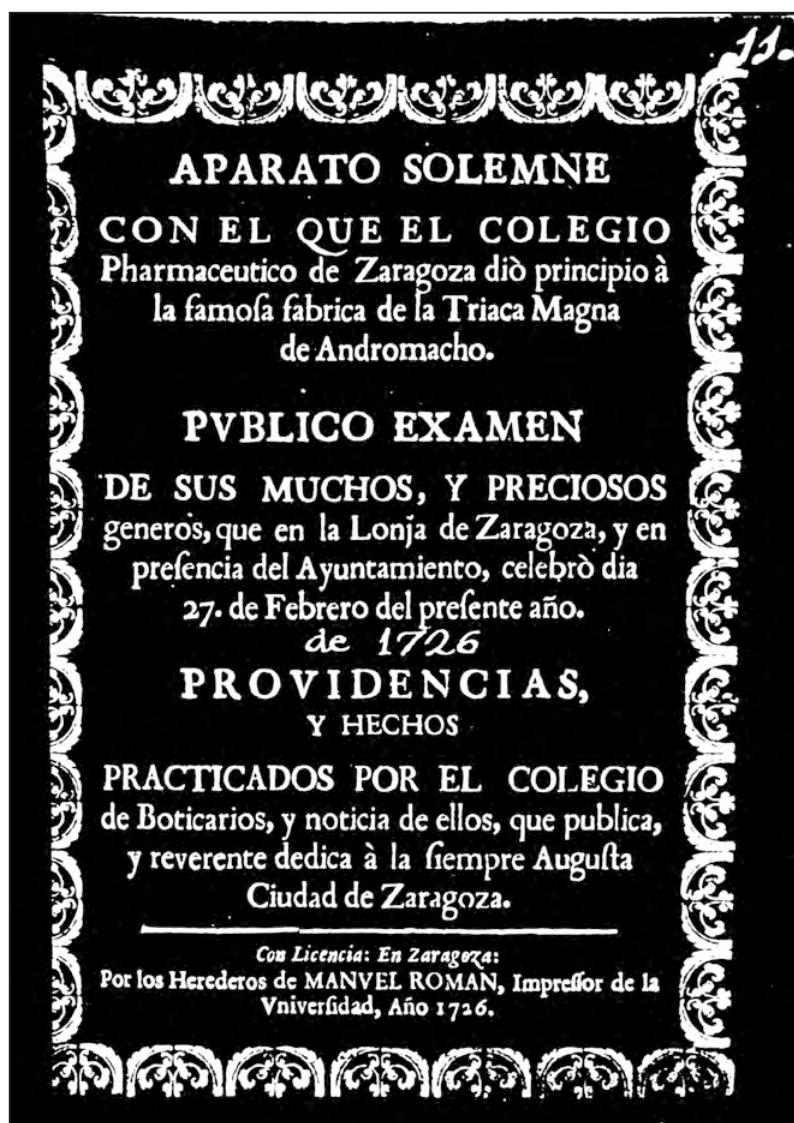
El 27 de febrero de 1726, en la nave central de la Lonja de Zaragoza, se llevó a cabo un singular acto público y solemne: el Colegio de Boticarios de Zaragoza presentó los ingredientes para la elaboración de la Triaca Magna Moderna, que sustituía la carne fresca de víboras y pan bizcocho por polvos de víboras.

La ceremonia se inició por orden del Alcalde del Ayuntamiento de Zaragoza con la inspección de los productos medicinales por parte de varios examinadores médicos del Hospital de Nuestra Señora de Gracia, del Hospital Real Militar y del Colegio Médico-Quirúrgico. Realizado su cometido, se dio cuenta a las autoridades que las materias medicinales expuestas eran "legítimas, y de la mejor calidad".

En representación de los boticarios acudieron: **José Assín, Francisco de Funes y Luna, Lucas Palacios de Ongoz, Lorenzo Ibargoyen, Bartolomé Mallada y Andrés Ponte.**

Los géneros medicinales quedaron bajo la custodia del Ayuntamiento hasta que el Alcalde dispuso el 2 de marzo de 1726 que se procediera en el Colegio de Boticarios a preparar la Triaca "conforme reglas del Arte". Preparación que no se volvió a repetir hasta 55 años después, concretamente el 7 de febrero de 1781.

El acto de la Lonja se publicó en un impreso donde figuraba la Receta reformada de la Triaca y sus diversos usos para combatir: fiebres petequiales, viruela, epidemias, hemicrania, vértigos, parálisis, catarro, asma, cuartanas, cálculos, hidropesía, ictericia, clorosis, además de ser un excelente específico cordial. Las dosis, se decía, dependerían del temperamento del individuo. ●



Portada de la obra del Colegio de Farmacéuticos de Zaragoza para la elaboración de la Triaca Magna el 27 de febrero de 1726.



Fuente: "Aconteceres y Siluetas de la farmacia aragonesa", de M.^a Carmen Francés Causapé, académica numeraria de la Academia de Farmacia Reino de Aragón.



Ramón Jordán Alva
Presidente del COF de
Zaragoza

Editorial



Política

La palabra política viene del latín “politicus” y ésta, a su vez, del griego “politikos” que significa “de los ciudadanos” o “del Estado”. Recordemos que “polis” significa “ciudad”, pero también “Estado”, ya que la ciudad, en la antigua Grecia, era la única unidad estatal existente.

Por tanto, en su origen, la política trataba de todos los asuntos de los ciudadanos, de los habitantes de la ciudad. Los griegos llamaban a estos temas, políticos, en oposición a los temas personales e intereses privados de los ciudadanos, a los que llamaban “idiotikós” o “privados”. Con el paso del tiempo, aquellas personas que solo se preocupaban de temas privados, es decir, no concernientes a la “polis”, pasarían a ser llamados “idiotes”, que más tarde se utilizó como sinónimo de “incultos” o “no concerniente de las artes”, derivando con el tiempo en la denominación que hoy todos conocemos de “idiota”.

Apoyados en la etimología de la palabra, vemos que los políticos son las personas que se ocupan de los intereses públicos frente a los privados. Los políticos deben desarrollar la habilidad de conciliar intereses enfrentados intentando siempre conseguir lo mejor para la población a la que gobiernan. La política es el arte de tomar decisiones que van a afectar profundamente a aspectos tan vitales para la población como educación, sanidad, salarios, vivienda, medio ambiente...

Ahora bien, los políticos acceden al poder, permanecen un cierto tiempo y acaban por dejar su puesto a otros que los relevarán, pero los ciudadanos y sus intereses comunes persisten en el tiempo, y de esto nuestros dirigentes no son a veces conscientes.

Los políticos hacen leyes que inciden en la vida diaria de los ciudadanos, pero estas leyes deben tener el único fin de mejorar la vida de los ciudadanos y, por lo tanto, deben ser estables en el tiempo, no cambiando continuamente atendiendo exclusivamente a roces políticos y provocando confusión entre todas las personas gobernadas. No puede ser que temas tan fundamentales y estratégicos para un país como la educación o la sanidad sea moneda de cambio entre los partidos para alcanzar el poder. Por lo menos en estos temas debería ser obligatorio un consenso entre todos los políticos para establecer estrate-

gias a largo plazo que consolidarán una ciudadanía mejor.

No podemos ni debemos admitir que en 35 años se hayan promulgado 7 leyes de educación. Así es imposible conseguir buenos resultados educativos. Esto no es política. Muchas veces los gobernantes no priorizan a los ciudadanos y lo único que ven son pactos partidistas que no mejoran en absoluto la calidad de vida de los gobernados.

Entrando en el terreno de la sanidad, es importante que la focalización en la mejora de la calidad de vida del ciudadano sea prioritaria. El gobernante debe dictar las leyes en función de si va a beneficiar al paciente o no. Un ejemplo muy claro son las subastas de Andalucía, que se instauraron para disminuir el gasto farmacéutico sin tener en cuenta al paciente. Subastas que se relacionan con un determinado arco político y que temo pueda pasar como con las leyes de educación. A pesar de las advertencias de los colegios de farmacéuticos andaluces, se impusieron. ¿Cuál ha sido el resultado? Disminución mínima del gasto farmacéutico, continuos desabastecimientos en las farmacias que obligan a cambiar continuamente el medicamento al paciente y un profundo malestar entre los usuarios.

Para poder gobernar, dictar normas e influir con ellas en la vida de las personas es necesario escuchar primero a los ciudadanos y a las instituciones que les representan. Un buen político no es el que más normas dicta, sino el que más capacidad de comprensión y más sensibilidad tiene para poder detectar y solucionar los problemas.

Desde esta tribuna quiero mostrar mi agradecimiento a los políticos con los que hemos compartido 4 años llenos de dificultades, porque siempre hemos tenido una puerta abierta a sus despachos y nos han dejado llevar la voz de los farmacéuticos y de los pacientes a las más altas instancias.

También me gustaría dirigirme a los nuevos equipos de Gobierno que entran. Espero que cuenten con los colegios para gobernar, que sean permeables a nuestros puntos de vista ya que, en la mayoría de los casos, no solamente somos la voz de los farmacéuticos, sino que somos también la voz de los pacientes, pacientes que son el único objetivo de gobernación de los políticos. ●

Un buen político no es el que más normas dicta, sino el que más capacidad de comprensión y más sensibilidad tiene para poder detectar y solucionar los problemas

ANTONIO HERNÁNDEZ, nuevo presidente del COF de Teruel

“Soy muy POSITIVO, veo el futuro de la farmacia todo lo amplio e interesante que lo queremos hacer”

El pasado 14 de mayo, el farmacéutico Antonio Hernández tomaba posesión como nuevo presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Teruel, tras ganar las elecciones colegiales. Hernández releva en el cargo al farmacéutico Ángel Resa, presidente del Colegio durante los últimos 4 años.

Antonio Hernández (Cella, Teruel, 1965) es farmacéutico, enfermero y psicólogo. Además de estos tres títulos, ha completado sus conocimientos sanitarios con el Diploma de Sanidad, un máster de Gestión Medio Ambiental y otro de Metodología en Ciencias del Comportamiento y de la Salud. Aunque desde 2013 es titular de una farmacia en Teruel, conoce ampliamente el mundo de la farmacia rural ya que durante 11 años fue farmacéutico en Perales de Alfambra y Alba del Campo, dos pequeños municipios de Teruel. También ha ejercido como Farmacéutico de la Administración Sanitaria en varias zonas de Salud. Además de su experiencia en Farmacia, Hernández también ha trabajado como enfermero y psicólogo. De hecho, en este último ámbito, fue responsable de la Asesoría de Orientación de la Universidad de Zaragoza en Teruel.

La presidencia no es el primer contacto de Antonio Hernández con el Colegio de Farmacéuticos de Teruel, ya que de 1996 a 2001 fue coordinador del área de formación continuada. Transparencia e innovación resumen dos de los objetivos principales de la nueva Junta a través de una página web renovada, con toda la información que genera el Colegio, y el impulso de un proyecto de formación on line para facilitar el acceso de los colegiados a los cursos. El futuro de la farmacia, las nuevas aperturas, los servicios de guardia o las farmacias VEC, son otros de los temas que analiza Antonio Hernández en esta entrevista para BIFAR.



Desde que accedió a la presidencia ¿cuáles han sido los primeros pasos de la nueva junta de gobierno?

Teniendo en cuenta que hace un poco más de un mes que hemos accedido a la presidencia del COF de Teruel (Colegio Oficial de Farmacéuticos de Teruel) y que en este mes estaba prevista la realización de la Asamblea anual de colegiados, hemos estado muy ocupados preparando la misma. Además, hemos realizado una serie de actuaciones de toma de contacto con la realidad de nuestro colegio para poder enfocar las acciones futuras con conocimiento de causa. Entre estas actividades destacamos, la realización de una auditoría, tal y como marcan nuestros estatutos; hemos modificado a la baja las cuantías de las dietas y gastos de representación. Se han hecho las oportunas modificaciones en la página web para poder desglosar la información de una for-

ma más clara. Se han mantenido una serie de reuniones con la dirección de la UNED para poder utilizar sus aulas y realizar la formación que se necesita tanto de manera presencial como a distancia.

¿Qué destacaría de su equipo, de sus compañeros en la Junta de Gobierno?

Tengo un equipo en el que predomina el sexo femenino con todo lo positivo que ello representa. Son gente de gran valía, con formación y experiencia en numerosos campos del mundo de la farmacia (farmacia comunitaria, investigación, docencia, administración pública, sanidad ambiental, higiene alimentaria, industria, asesoría...). Además de todo lo anterior, poseen una gran calidad humana.

Ha señalado que una de sus prioridades es dar una vuelta de tuerca a los servicios de guardia de las farmacias ¿a qué se refiere?

Fundamentalmente me refiero a que no es lógico que algunos de nuestros compañeros, en los que nos apoyamos en numerosas ocasiones para defender nuestro modelo de farmacia, tengan que realizar un excesivo número de guardias en las que el número de dispensaciones es ínfimo por no decir nulo.

Otro de sus objetivos es la transparencia, ¿qué pasos van a dar para lograrlo?

Ya hemos realizado los primeros pasos, habilitando la página web del COF de Teruel para poder dar cuenta y difun-

Se tiene que buscar la forma de retribuir a las farmacias rurales de una forma en la que se valore la actividad del farmacéutico

dir todas las acciones que realizamos desde la Junta del COFTe, así como plasmar los gastos e ingresos de manera periódica (a ser posible mensual), para que de esta forma todos los colegiados puedan tener acceso a los datos que les puedan afectar.

¿Qué otros objetivos van a centrar su mandato?

Entre los objetivos iniciales y que estamos abordando desde el primer momento con el fin de alcanzarlos lo antes posible y así lograr nuevas metas están:

Dotar a la recién creada página web del COFTe de la máxima agilidad, para que de esta forma sirva de mecanismo vertebrador.

Apostando por la innovación proponer un sistema de formación para en la medida de lo posible ahorrar en gastos de desplazamiento y dietas; evitando además riesgos innecesarios que se corren cada vez que tenemos que asistir a los actos formativos en una provincia tan dispersa y tan adversa climatológicamente. Pretendemos realizar una formación conjunta para todos los colegiados de la provincia, en la que se compatibilizará la formación presencial y la formación a distancia.

Además de la formación farmacológica nos gustaría ampliar los temas de formación a los ámbitos de la legislación, la economía, la informática e incluso al ocio; aspectos todos ellos fundamentales para desarrollar de manera óptima nuestros cometidos como farmacéuticos.

Crear unas zonas con portavoces que recojan las inquietudes y problemas de cada una de ellas y los hagan llegar de forma ágil al COFTe.

Una vez logrados los objetivos iniciales podremos abordar otros que nos parecen interesantes pero no urgentes como:

Utilizar la figura del farmacéutico sustituto del Presidente para realizar las

sustituciones de otros miembros de la Junta o de cualquier farmacéutico de la provincia que lo pueda necesitar en un momento dado, apoyando al COFTe en los tiempos en los que no realice sustituciones.

Realizar un ajuste en todos los servicios que da y recibe el COFTe para adaptarlos a los nuevos tiempos.

Conseguir los mejores convenios con la administración es uno de los objetivos que tenemos todos los representantes de los COF de Aragón.

¿Cómo ve el futuro de la oficina de farmacia?; ¿debe ser la farmacia asistencial nuestra gran apuesta?

Los que me conocen saben que soy muy positivo, y veo el futuro de la farmacia todo lo amplio e interesante que lo queramos hacer. En nuestras manos está el que la farmacia comunitaria vaya por unos derroteros u otros. Si trabajamos con seriedad y honestidad, podremos transmitir las ventajas de nuestro buen hacer, para de esta forma integrarnos de manera real en el sistema sanitario.

La Declaración de Córdoba plasma de forma clara y concisa las líneas por las que debemos regirnos en la farmacia comunitaria, el hacer nuestros sus postulados y apostar por la farmacia asistencial nos afianzará en nuestro papel de servicio a la sociedad.

¿Cómo describiría la situación de las farmacias rurales en Teruel? ¿Cómo valora las ayudas a las farmacias VEC?

Algunas farmacias rurales en Teruel están pasando por momentos críticos y en ocasiones dramáticos, pues a los problemas tradicionales de aislamiento, exceso de guardias, no disfrutar vacaciones, se añade la precariedad económica de los últimos tiempos.

Las ayudas a las farmacias VEC son bien recibidas como una ayuda, pero no son la solución. Se tiene que buscar la forma de retribuir a las farmacias ru-

rales de una forma en la que se valore la actividad del farmacéutico.

¿Cree que la venta por internet de medicamentos sin receta puede ser una salida para las farmacias rurales?

Acabo de leer que la AEMPS (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios) ha puesto en marcha en toda Europa un sistema que permitirá comprar fármacos de uso humano no sujetos a prescripción médica a través de internet y comprobar que lo hacen en una farmacia legalmente autorizada. El que esto sea una salida para la farmacia rural, dependerá del enfoque de cada titular. Podrá ser un apoyo más a la farmacia que en ningún caso hay que desdeñar, pero habrá que sondear todas las posibilidades.

El presidente del COF de Huesca ha hablado de ser más "exhaustivos y garantizar la viabilidad" antes de abrir una nueva farmacia en el medio rural ¿qué opina de estas aperturas?

Estoy totalmente de acuerdo con su postura, creo que sería necesario un estudio de viabilidad para no autorizar farmacias en zonas en las que no se pueda dar un buen servicio y además genere un sentimiento de frustración en el farmacéutico titular.

Junta de Gobierno

Presidente:

Antonio Hernández Torres

Vicepresidenta:

Noeli Muñoz Giménez

Secretaria:

Raquel del Moral del Cerro

Tesorero:

Rogelio Giner Ferrando

Vocal de Número:

Laura Martínez García

Vocal Farmacéuticos Titulares en Oficina de Farmacia:

Eva M^a Calatayud Gómez

Vocal Farmacéuticos Titulares y F.A.S. (Farmacéuticos Administración Sanitaria):

Ana Centellés Escorihuela



El presidente del COF de Teruel, Antonio Hernández, acompañado en la mesa presidencial por la nueva Junta de Gobierno (de izda. a dcha.): Eva M^a Calatayud, vocal de Oficina de Farmacia; Ana Centelles, vocal de F.A.S; Laura Martínez, vocal de número; Rogelio Giner, tesorero; Raquel del Moral, secretaria y Noeli Muñoz, vicepresidenta.

ASAMBLEA GENERAL

Día GRANDE en el Colegio de Teruel

El pasado 28 de junio, la nueva Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Teruel celebró su primera Asamblea General en la localidad turolense de La Puebla de Valverde. Al finalizar la Asamblea se entregaron las insignias a los farmacéuticos que cumplían los 25 años de colegiación. Uno de los momentos más emotivos de la Jornada fue la entrega de sendas placas conmemorativas a los ex presidentes colegiales, Ángel Resa y Mariano Giménez, en reconocimiento a su labor y compromiso con los farmacéuticos turolenses. Un agradecimiento público que se hizo extensivo a todos los miembros de la anterior Junta de Gobierno con la entrega de un plato de cerámica de Teruel.



1



2



3



4



5



6

1. La vocal de Oficina de Farmacia Eva M^a Calatayud entrega la insignia a Nieves Gil Herrero (derecha).
2. Antonio Hernández y Eva M^a Calatayud con Reyes Monsoñis (derecha), que recibió la insignia de 25 años de colegiación.
3. La Vocal de Farmacéuticos de Administración Sanitaria, Ana Centellés, entrega la insignia a Laura Aldabas (derecha).
- 4 y 5. El tesorero del COF de Teruel, Rogelio Giner, entregó la insignia a M^a José Villafranca (imagen de la izquierda) y a M^a Ángeles Vives.
6. El acto se celebró en el municipio turolense de La Puebla de Valverde.
7. Antonio Hernández (centro), con los ex presidentes del COF de Teruel, Mariano Giménez y Ángel Resa, acompañados por los miembros de la anterior Junta de Gobierno, Carlos Pellón y Francisco Casamayor.



7

Breves

Prevención de riesgos laborales. Alliance Healthcare España ha sido reconocida por su gestión en prevención de riesgos laborales por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, a través de la mutua Asepeyo. El reconocimiento que ha recibido demuestra que Alliance Healthcare España ha contribuido de manera contrastable a la disminución y a la prevención de la siniestralidad laboral. La compañía ha realizado inversiones cuantificables y ha implantado medidas, políticas y prácticas preventivas en todos los niveles de la empresa. "Durante el pasado año se ha reducido en un 2% la siniestralidad en el lugar de trabajo", apunta Javier Casas, Director General de Alliance Healthcare España. Alliance Healthcare España pertenece a Walgreens Boots Alliance, empresa global de salud y bienestar con orientación farmacéutica que emplea a más de 370.000 personas y está presente en más de 25 países.

Premio al compromiso. El pasado 14 de marzo, la Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR) entregó el II Premio al Compromiso con la Farmacia Rural a la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana. En reconocimiento a su decisión de incluir junto a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, a sociedades científico-profesionales y patronal en la negociación del Acuerdo Marco que regulará las condiciones de la relación entre la Administración y las oficinas de farmacia de esta comunidad autónoma donde la SEFAR es miembro de pleno derecho. Al igual que ocurriese en su primera edición, donde acudió el ex consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha, **José Ignacio Echániz**, recogió el premio en persona, como máximo representante de la Consejería de Sanidad Valenciana, el entonces consejero, **Manuel Llombart**.

María Luisa Bernal entra en la Academia de Farmacia Reino de Aragón

La farmacéutica y profesora titular del departamento de Farmacología y Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, **María Luisa Bernal Ruiz**, ingresó el 17 de junio, en la Academia de Farmacia Reino de Aragón como académica correspondiente, convirtiéndose en la integrante número 20 de esta institución aragonesa. Le impuso la medalla el rector de la Universidad de Zaragoza y presidente de la Academia de Farmacia Reino de Aragón, **Manuel López Pérez**. El solemne acto se ce-

lebró en la sede del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza.

La nueva académica leyó el discurso "*Las era de la ciencias ómicas*". Un tema de gran actualidad, ya que la integración de estas ciencias (genómica, proteómica, metabolómica, farmacogenómica...), aporta grandes avances en el desarrollo de nuevos y mejores fármacos. Como señaló la profesora Bernal, su investigación es fundamental para conseguir que "el diagnóstico y prevención de las enfermedades sean muy precisos y, sobre

todo, que el que tratamiento que se administre a cada persona sea casi exclusivo para ella y su enfermedad".

Medicina personalizada

La farmacogenómica, una de las principales bases de la medicina personalizada, fue uno de los temas centrales de la exposición de la nueva académica. No todas las personas responden igual ante la ingesta de determinados medicamentos, la farmacogenómica investiga las variaciones de ADN y del ARN relacionadas con la respuesta al medicamento.





Espuny. El Consejo Rector de Unnefar, que agrupa a 9 compañías de distribución farmacéutica del norte de España, acordó el pasado 17 de junio por unanimidad el nombramiento del zaragozano **Tomás Manuel Espuny**, presidente de la cooperativa farmacéutica Novaltía, como nuevo presidente de Unnefar.

Espuny asume las nuevas responsabilidades adquiridas con ilusión: "Nos encontramos en un momento difícil para el sector y es así, unidos en un gran proyecto común, como podremos encontrar las mejores fórmulas para beneficiar a nuestros socios". Con una facturación conjunta cercana a los 1.000 millones de euros y con más de 125 millones de unidades de productos comercializados al año, Unnefar agrupa a más de 3.450 farmacias a las que presta servicios bajo la marca Cruzfarma.

Asamblea General. Novaltía Sociedad Cooperativa celebró el pasado 23 de abril su Asamblea General. Novaltía cerró 2014 con una cifra de negocio consolidada de más de 300 millones de euros y unos beneficios antes de impuestos de 1.5 millones. El *Cash-flow* se situó en torno a los 3 millones de euros mientras que el EBITDA generado se incrementó en un 6.84% respecto a 2013, superando los 4 millones de euros. El presidente de Novaltía, Tomás Manuel Espuny, puso de manifiesto la apuesta de la cooperativa por la cercanía al socio. "En un año especialmente difícil, resaltó Espuny, con modificaciones legales que vinieron acompañadas de sustanciales bajadas de precios provocando un duro golpe a la farmacia, desde la cooperativa hemos apoyado a los socios copropietarios manteniendo el cargo por servicio". Los socios respaldaron la gestión y aprobaron por unanimidad las Cuentas Anuales correspondientes al ejercicio 2014.

Estas diferencias son las causantes de que el tratamiento en los pacientes no siempre sea eficaz, o bien pueda dar lugar a reacciones adversas (responsables del 7% de las hospitalizaciones). También puede ocurrir que el efecto terapéutico no se produzca, lo que se denomina fracaso terapéutico. La Dr. Bernal explicó que sabiendo el genotipo de un individuo podremos saber la dosis de fármaco adecuada para tratar su patología.

María Luisa Bernal, que fue directora del Centro de Información del Medicamento del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza, es en la actualidad profesora titular del departamento de Farmacología y Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Además de su labor docente, es importante destacar su trabajo como investigadora. Colabora con la Unidad de Psiquiatría del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza, llevando a cabo estudios de Farmacogenética y Metabólica relacionados con patologías cognitivas. Asimismo pertenece al grupo de investigación "Genética y Genómica Funcional del Departamento de Fisiología de la Facultad de Medicina de Zaragoza donde realiza estudios, también de farmacogenética y metabólica, en niños con síndrome de Cornelia de Lange. •

El COF de Zaragoza y la Academia de Farmacia en defensa de la vacunación infantil

Ante el debate surgido por el caso declarado de difteria en un niño de 6 años en Olot que no estaba vacunado, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza y la Academia de Farmacia Reino de Aragón enviaron un comunicado conjunto para recordar que los niños son especialmente vulnerables a la práctica totalidad de infecciones, algunas de ellas muy graves, por eso es tan importante la correcta inmunización. Un derecho de la población infantil, reconocido por Naciones Unidas.

Con la inmunización se estimula al organismo del niño para que fabrique las defensas específicas necesarias para hacer frente a los agentes infecciosos contenidos en las vacunas. Para que el niño fabrique sus propios anticuerpos en cantidad suficiente, es necesario que esté en contacto con el antígeno varias veces. Las dosis de recuerdo sirven para conseguir elevar la tasa de anticuerpos producidos por el organismo. Las vacunas ofrecen, además de una gran eficacia,

un amplio margen de seguridad. Los modernos medios técnicos posibilitan preparados vacunales cada vez más purificados y específicos y por tanto de escasa reactogenicidad (reacciones adversas). Una seguridad comprobada mediante exhaustivos estudios previos y posteriores a su registro.

Algunas de las consultas más habituales en oficina de farmacia, se centran en los niños que han interrumpido el esquema habitual de vacunación. A este respecto, las instituciones recordaron que los niños incompletamente vacunados no necesitan reiniciar de nuevo la pauta de vacunación, sino proseguirla hasta completar las dosis que faltan. Por último, destacaron que la reacción secundaria no grave o la fiebre menor a 40 grados en dosis vacunales anteriores no contraindican la de recuerdo. Además, ser un bebé prematuro o mantener lactancia materna son factores que no tienen nada que ver con la administración de una vacuna a su debido tiempo. •



¿RECUPERACIÓN en el sector farmacéutico?

El autor analiza la evolución del gasto farmacéutico en España y Aragón desde 2009 hasta 2015 para constatar si el sector farmacéutico se ha recuperado, o no, económicamente.

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

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, "recuperación" es "acción y efecto de recuperar o recuperarse". El mismo diccionario define "recuperar" como "volver a tomar o adquirir lo que antes se tenía".



que separan el máximo de mayo de 2010 y el mínimo de agosto de 2013, la caída fue de nada menos que del 29,30%). Fue a partir de entonces cuando cambió la tendencia pasando a un tímido crecimiento que llevó a los 9.409.632.152 euros en abril

de 2015, último dato publicado en el momento de elaborar este estudio.

El **Gráfico 1** muestra claramente esta evolución. En ella puede observarse que la caída que empieza en mayo de 2010 tiene una fuerte pendiente, que se incrementa drásticamente a partir de junio de 2012 y que el crecimiento que se inicia en septiembre de 2013 es mucho más débil. Resulta evidente que el gasto farmacéutico no ha recuperado el nivel que tenía en 2009, y que la tendencia de los últimos casi dos años, en los que ha habido crecimiento, no es suficiente como para recuperarlo a corto ni medio plazo.

Si se analizan más detenidamente los datos que contiene esta representación gráfica se llega a obtener las conclusiones que aparecen numéricamente en la **Tabla 1**. Comparando años completos, el período de bajada se extiende a 2010, 2011, 2012 y 2013. La bajada más dura fue en 2012 (-12,25%). En 2010 la caída es limita-

El gasto farmacéutico ya no cae cada mes como venía haciendo desde 2010. Es más, en los últimos dos años está registrando crecimientos positivos. ¿Podemos hablar de una recuperación económica en el sector farmacéutico?

Evolución en España

El gasto farmacéutico total en el año 2009 en España fue de 12.505.692.910 euros. Al comenzar 2010 siguió creciendo hasta alcanzar un máximo de 12.721.791.742 euros en el interanual de mayo. A partir de ese mes comenzó una bajada pronunciada en la que el valor interanual disminuía todos los meses y que condujo a un mínimo de 8.993.844.357 euros en agosto de 2013 (es muy significativo el dato de que, en los tres años y dos meses

Durante todo este tiempo aumentó el número (de farmacias) en casi 700, lo que supuso que un gasto farmacéutico cada vez menor tuviera que repartirse entre cada vez más oficinas

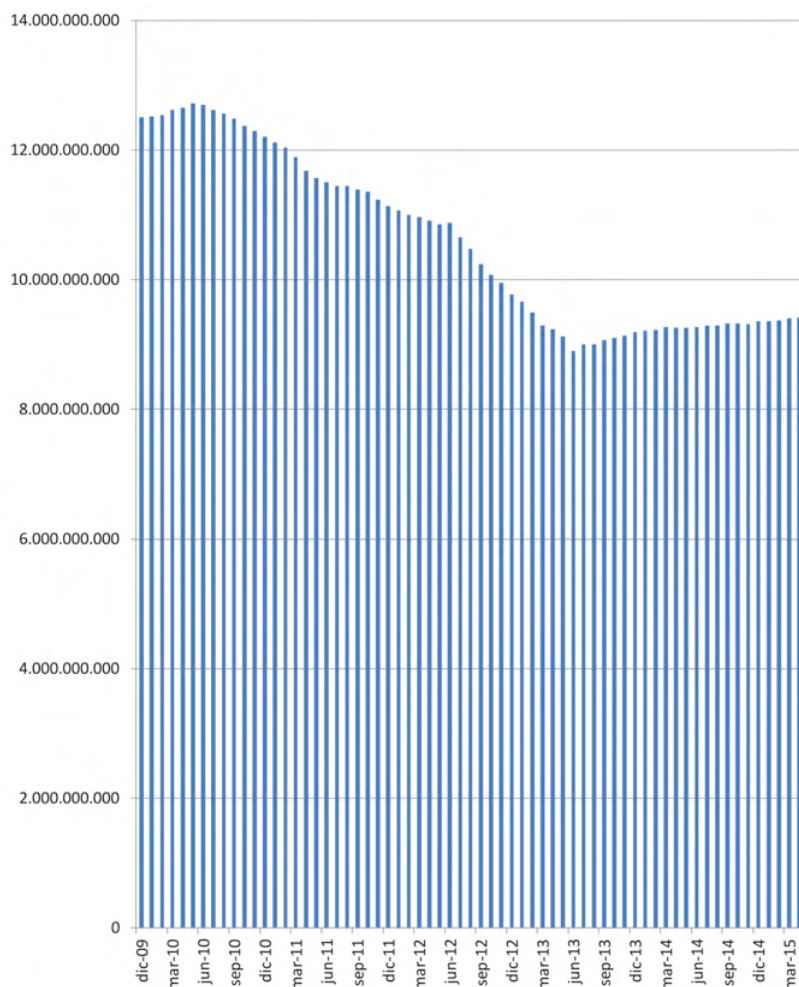


Gráfico 1: evolución del gasto farmacéutico en España 2009-2015

TABLA 1: EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO EN ESPAÑA 2009-2015

	Gasto Farmacéutico Total Interanual (€)	Incremento Gasto Farmacéutico Total respecto al año anterior (%)	Incremento Gasto Farmacéutico Total respecto a 2009 (%)	Número de Farmacias	Gasto Farmacéutico Medio por farmacia	Incremento por OF respecto al año anterior (%)	Incremento por OF respecto a 2009 (%)
2009	12.505.692.910	-	-	21.166	590.839	-	-
2010	12.207.683.146	-2,38	-2,38	21.364	571.414	-3,29	-3,29
2011	11.135.401.976	-8,78	-10,96	21.427	519.690	-9,05	-12,04
2012	9.770.933.367	-12,25	-21,87	21.458	455.352	-12,38	-22,93
2013	9.183.249.747	-6,01	-26,57	21.559	425.959	-6,45	-27,91
2014	9.359.670.665	1,92	-25,16	21.854	428.282	0,55	-27,51
abr-15	9.409.632.152	0,53	-24,76	-	-	-	-

da porque hubo crecimiento positivo durante los cinco primeros meses del año, hasta que el Gobierno empezó a tomar las primeras medidas (RDL 4/2010 y 8/2010); pero en los meses siguientes la bajada fue de magnitud suficiente como para anular esta subida inicial y cerrar el año con una disminución de -2,38%. Los otros dos años supusieron otros dos importantes recortes de -8,78% y -6,01% que, acumulados, hicieron que el gasto farmacéutico de 2014 fuera nada menos que un 25,16% inferior al de 2009.

Pero, además, para las farmacias se suma otro efecto: durante todo este tiempo aumentó su número en casi

700, lo que supuso que un gasto farmacéutico cada vez menor tuviera que repartirse entre cada vez más oficinas. Esto tuvo como consecuencia que el 25,16% de menos gasto farmacéutico total se convirtiera en una disminución del 27,51% en el gasto promedio por farmacia.

Evolución en Aragón

Aparentemente, el **Gráfico 2** que representa la evolución del gasto farmacéutico en Aragón es prácticamente igual al Gráfico 1 (que es su equivalente en el conjunto del Estado español). Ambos presentan las mismas zonas de subida y bajada, aunque con algu-

na diferencia en las pendientes. En los dos se alcanza el máximo en mayo de 2010 aunque el valor mínimo se adelanta algo en Aragón (el mínimo gasto se produce en España en el mes de agosto de 2013, mientras que en Aragón ocurre dos meses antes, en junio del mismo año). Sin embargo, cuando se analiza con más profundidad se advierten diferencias que merecen ser destacadas. La comparación entre la **Tabla 2** y la 1 ayuda a cuantificar esas diferencias.

Lo primero que se observa es que en los años de bajada Aragón disminuye más que España. Como consecuencia, el recorte acumulado hasta 2014 es bastante mayor en Aragón que en el conjunto del Estado: -28,80% frente a -24,76%. Cuatro puntos de diferencia que contribuyen a hacer más difícil la situación en las farmacias aragonesas que en otras CCAA.

Cuando se calcula la evolución del gasto farmacéutico por farmacia ocurre lo mismo, ya que también en Aragón se ha incrementado el número de farmacias en este período de tiempo. El 28,80% de disminución del gasto farmacéutico total se convierte en 31,3% a nivel de farmacia. En el conjunto del Estado, como se ha podido comprobar antes, esta caída ha sido del 27,1%.

Pero además hay que tener en cuenta que, como se muestra en las tablas, el gasto farmacéutico por farmacia ya era en 2009 algo inferior en Aragón

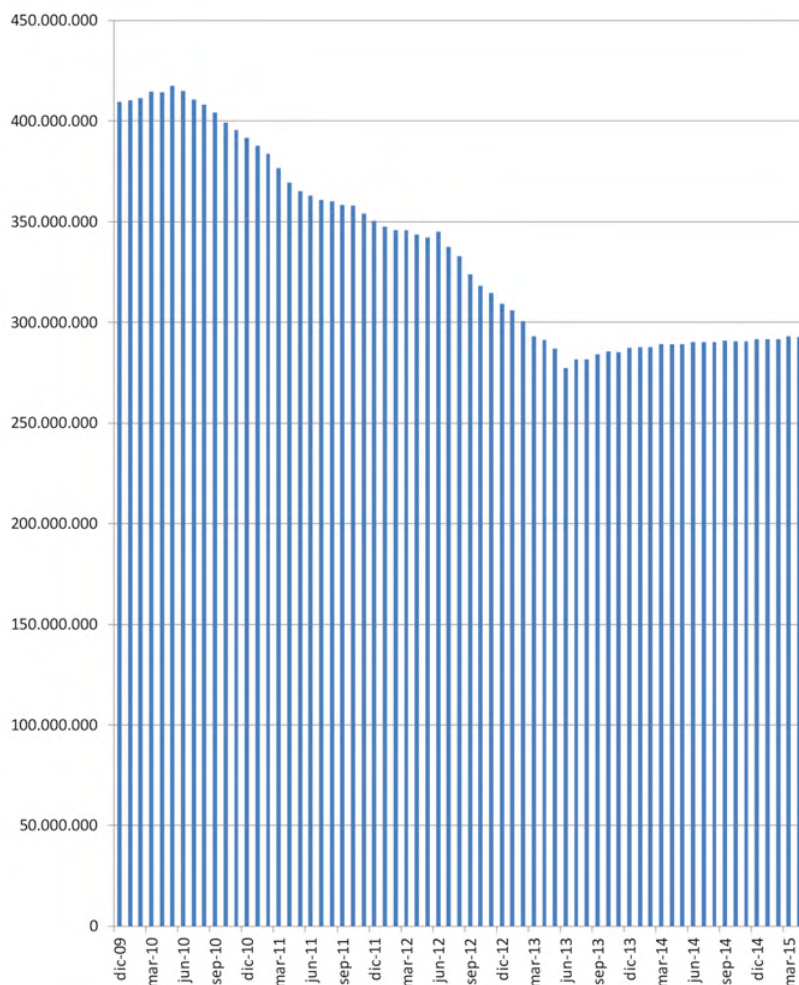


Gráfico 2: evolución del gasto farmacéutico en Aragón 2009-2015

Puede constatar la existencia de una fase de leve crecimiento, pero ésta supone casi diez veces menos que lo que se perdió en la fase de caída

TABLA 2: EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO EN ARAGÓN 2009-2015

	Gasto Farmacéutico Total Interanual (€)	Incremento Gasto Farmacéutico Total respecto al año anterior (%)	Incremento Gasto Farmacéutico Total respecto a 2009 (%)	Número de Farmacias	Gasto Farmacéutico Medio por farmacia	Incremento por OF respecto al año anterior (%)	Incremento por OF respecto a 2009 (%)
2009	409.670.254	-	-	710	577.000		
2010	391.534.064	-4,43	-4,43	710	551.456	-4,43	-4,43
2011	350.535.724	-10,47	-14,43	709	494.409	-10,34	-14,31
2012	309.137.339	-11,81	-24,54	709	436.019	-11,81	-24,43
2013	287.272.191	-7,07	-29,88	731	392.985	-9,87	-31,89
2014	291.704.262	1,54	-28,80	736	396.337	0,85	-31,31
abr-15	292.837.369	0,39	-28,52	-	-	-	-

TABLA 3 - GASTO POR FARMACIA: ARAGÓN vs ESPAÑA

	Gasto Medio por Farmacia		Farmacia Aragón vs Media española %
	ESPAÑA	ARAGÓN	
2009	590.839	577.000	97,66
2010	571.414	551.456	96,51
2011	519.690	494.409	95,14
2012	455.352	436.019	95,75
2013	425.959	392.985	92,26
2014	428.282	396.337	92,54

(577.000 euros) al del resto de España (590.839 euros). En aquel momento el gasto farmacéutico medio que correspondía a una farmacia aragonesa era el 97,66% del que correspondía a la farmacia española; un valor menor pero bastante próximo. Cinco años más tarde, en 2014, había disminuido al 92,54%. Incluso había sido menor en 2013 (92,26%) pero en 2014 subió hasta el 92,54% citado debido a que ese año se abrieron proporcionalmente menos farmacias en Aragón que en el conjunto del Estado.

Conclusiones

Al valorar estos datos hay que tener en cuenta dos cosas. La primera es que la situación real del sector farmacéutico está también influida por la venta libre, sobre la cual no existen datos tan precisos como sobre las dispensaciones financiadas por el Sistema Nacional de Salud. Evidentemente la parte privada ha sufrido también la crisis, pero ha seguido otras pautas diferentes más marcadas por la evolución del mercado que por los recortes del Gobierno vía Decreto Ley. En cualquier caso, la parte pública de la facturación de las farmacias es muy superior a la privada, por lo que es la que marca la tendencia.

La segunda matización es que hubo un momento en el que el gasto farmacéutico se comportó, excepcionalmente, de una forma diferente a la economía de la farmacia: cuando cambiaron las normas del copago. Entonces disminuyó algo el gasto farmacéutico por aumento de las aportaciones. Todo el resto de la rebaja del gasto ha sido soportada por el sector farmacéutico.

Teniendo en cuenta lo anterior, hay suficiente información para afirmar lo siguiente:

Entre diciembre de 2009 y abril de 2015 el gasto farmacéutico público español ha perdido el 24,76% de su valor.

La caída ha sido bastante mayor en Aragón, con una caída en el mismo período de tiempo del 28,52%

Ambos datos totales se elevan en cuanto se refieren al impacto sobre una farmacia promedio, debido a que en el mismo período no sólo ha disminuido el gasto sino que también ha aumentado el número de farmacias. Entre diciembre de 2009 y diciembre de 2014 (no existe información más reciente sobre el número de farmacias) el gasto farmacéutico promedio por farmacia disminuye el 27,51% en

el conjunto de España y el 31,31% en el caso de las farmacias aragonesas.

La fase de caída en el conjunto de España duró 38 meses, entre el máximo de mayo de 2010 y el mínimo de agosto de 2013. En esa fase el gasto farmacéutico total disminuyó 3.727.947.385 euros (29,30%). Por el contrario, durante la fase de crecimiento desde entonces hasta la actualidad el aumento ha sido de solamente 415.787.795 euros (es decir, el 11,15% de lo que había supuesto la caída previa), crecimiento que en parte queda eliminado a nivel de farmacia debido al aumento de oficinas.

En Aragón, la fase de caída fue más corta (36 meses de mayo de 2010 a junio de 2013) pero mucho más intensa: 140.218.525 euros que suponen el 33,59 %. De este recorte, en los casi dos años siguientes hasta la actualidad solamente se han recuperado 15.670.338 euros, es decir, el 11,18 % de lo que se había perdido y que, al igual que en el caso de España, en parte se utiliza para compensar el incremento del número de farmacias.

Volviendo a los dos párrafos iniciales de este trabajo y a la pregunta que se hace en su titular, en ningún caso puede hablarse de recuperación, puesto que nunca se ha “vuelto a tomar o adquirir lo que antes se tenía” (ni siquiera una parte significativa de ello) ni la tendencia actual permite augurar que esto vaya a ocurrir a medio plazo. Sí que puede constatar la existencia de una fase de leve crecimiento, pero ésta supone casi diez veces menos que lo que se perdió en la fase de caída y que en parte no se ha visto reflejado en la farmacia promedio debido al aumento del número de oficinas. ●

IMPULSA TU FARMACIA Y TU EQUIPO EN 2015



ΔΡΟΤΗΚΑ Δ 
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.



NOVEDADES JURISPRUDENCIALES

Objeción de CONCIENCIA y dispensación en los centros de salud

■ Ángel Giner Bielsa. Abogado y Secretario Técnico del COF de Zaragoza.

En las últimas semanas se han producido dos resoluciones judiciales muy relevantes para la profesión farmacéutica. Por un lado, el reconocimiento por el Tribunal Constitucional del derecho a la objeción de conciencia del farmacéutico. Y por otro, una sentencia sobre la dispensación de medicamentos a los pacientes en los centros de salud y a domicilio.

Objeción de conciencia

Comenzando por la más reciente, el Tribunal Constitucional, en la Sentencia de 25 de junio de 2015, reconoce el derecho a la objeción de conciencia de los farmacéuticos de oficina de farmacia a la dispensación de la *píldora del día después* (levonogestrel 0,750 mg). De esta forma se da una importancia muy relevante a los Estatutos de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos y al Código de Ética Farmacéutica y Deontología de la Profesión Farmacéutica del Consejo General, ya que en ellos se recoge el derecho a la objeción de conciencia y la posibilidad de manifestarlo y buscar el amparo de los Colegios en su defensa.

La *ratio decidendi* de la Sentencia es que al haber una falta de unanimidad científica sobre los posibles efectos abortivos de la *píldora del día después*, se produce el mismo conflicto de conciencia que existe en el caso de los médicos con la práctica del aborto (una colisión entre la obligación profesional y la concepción que profesa el profesional del derecho a la vida);



y ya que la actuación del farmacéutico es determinante en la dispensación, concurren los mismos aspectos que llevaron al Tribunal Constitucional, en su Sentencia 53/1985, de 11 de abril, a reconocer el derecho a la objeción de conciencia

de los médicos a practicar abortos. Por tanto, aplicando esa misma doctrina del Tribunal Constitucional, resulta pertinente el reconocimiento de la objeción de conciencia del farmacéutico a la dispensación de la *píldora del día después*, ínsito en el derecho fundamental a la libertad ideológica recogido en el artículo 16.1 de la Constitución. Además, en la ponderación de bienes en conflicto, considera la Sentencia que, existiendo otras farmacias que sí dispensan la *píldora del día después* y otras vías dentro de la sanidad pública, el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres no se ve perjudicado por el ejercicio de la objeción de conciencia.

Hay que añadir que se trata de una Sentencia muy debatida dentro del Tribunal Constitucional y ciertamente polémica, que ha contado con dos votos particulares en contra. Especial-

mente crítico, el de **Adela Asua Batarría**, que manifiesta que la Sentencia *"en lugar de afrontar la problemática a examen desde la perspectiva estrictamente jurídica propia de la jurisdicción constitucional, parece responder a un posicionamiento previo que no logra ocultar la sombra ideológica que le guía"*; y un voto particular a favor de la Sentencia, pero desazonador, en el sentido que reconoce que la pretensión inicial que tenían era de dejar meridianamente claro el contenido del derecho a la objeción de conciencia y su distinción de la *insumisión civil*, y que en absoluto lo han conseguido.

Para concluir, añadir que el derecho a la objeción de conciencia alcanza a la *píldora del día después*, pero no a los anticonceptivos tradicionales ni a los preservativos o profilácticos donde no puede haber problema de conciencia alguno.

Dispensación en los centros de salud

En relación con determinadas medidas adoptadas en la Comunidad Valenciana que pretenden poner en marcha la dispensación de medicamentos en los centros de salud, centros sociosanitarios y a domicilio, al margen de las oficinas de farmacia, se han producido tres Sentencias del Tribunal Supremo que han desestimado los recursos de casación que fueron interpuestos en su día por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España (Sentencia de 16/06/2014) y por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de

La Sentencia da una gran importancia a los Estatutos de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos y al Código de Ética Farmacéutica y Deontología de la Profesión Farmacéutica del Consejo General

Las dos Sentencias de 2015 se lanzan a decir que un centro de salud no es un espacio físico de cuatro paredes, sino un espacio funcional, y por tanto, llega incluso al domicilio del paciente

Valencia (Sentencias de 10/04/2015 y de 18/06/2015).

La desestimación de dichos recursos de casación ha sido interpretada por la prensa sectorial como que el Tribunal Supremo ratificaba la legalidad de esas medidas, es decir, que es legal dispensar medicamentos, al margen de la oficina de farmacia, a los pacientes en los Centros de Salud, en los centros sociosanitarios y en sus propios domicilios.

Sin embargo, esa conclusión que es a la que lleva la lógica, no es correcta jurídicamente hablando. Y esto es así por la peculiarísima interpretación que hace el Tribunal Supremo de las pautas procesales que rigen el recurso de casación. Así en la Sentencia en la que es parte el Consejo General (Sentencia de 16/06/2014), en la que se discute si la Comunidad Valenciana es competente o no para la creación de reservas singulares en la dispensación de medicamentos cuando, en virtud del artículo 2.6 de la Ley de Garantías, esa decisión solo corresponde al Estado, el Tribunal Supremo, en lugar de pronunciarse sobre esa cuestión, se limita a decir que el recurso no está bien planteado, *“que debería haberse atacado en casación por ser carga de*

la recurrente razonar que la Sentencia yerra en la determinación del título competencial, razonar que el Decreto regula aspectos incardinables en el régimen de los “productos farmacéuticos” a propósito de su dispensación y no de “ordenación farmacéutica” y a partir de tal premisa razonar en qué medida el régimen de dispensación que regula el Decreto contradice las bases reguladas en la Ley 29/2006”. Es decir, que en lugar de pronunciarse sobre la legalidad de las medidas adoptadas por la Comunidad Valenciana, no las juzga. Y desestima el recurso no porque las medidas sean legales, sino porque, a su juicio, no se han invocado los argumentos adecuados para declararlas ilegales.

El mismo cinismo emplea la Sentencia cuando analiza nuevamente la conformidad de las medidas adoptadas con el artículo 2.6 de la Ley de Garantías, ahora no desde la perspectiva de las competencias, sino desde el punto de vista del contenido material. Y aquí, la Sentencia entiende que el recurso ha abandonado la línea argumental de que las medidas son contrarias al artículo 2.6 de la Ley de Garantías, según el cual la Comunidad Autónoma no puede crear reservas singulares

de medicamentos, y entiende, la Sentencia, que el verdadero argumento del recurso es que se denuncia la ilegalidad de las medidas por constituir venta a domicilio de medicamentos, prohibida por el artículo 2.5 de la Ley de Garantías. En este caso, rechaza el recurso porque las medidas adoptadas no constituyen una venta de medicamentos ya que, al realizar dicha dispensación el Sistema Valenciano de Salud, falta el ánimo de lucro. Así, la Sentencia evita nuevamente pronunciarse sobre lo que entiende que sí podría resultar ilegal porque, de forma pasmosa, interpreta que esa línea argumental ha sido abandonada por el recurrente y rechaza el recurso.

Las dos Sentencias de 2015 hacen pie en esta Sentencia comentada, y a partir de ahí se lanzan a decir que un centro de salud no es un espacio físico de cuatro paredes, sino un espacio funcional, y por tanto, llega incluso al domicilio del paciente.

En conclusión, que de la desestimación por el Tribunal Supremo de los recursos de casación interpuestos frente a las medidas adoptadas en la Comunidad Valenciana, no cabe concluir, de forma meridiana, que sea legal que una Comunidad Autónoma decida dispensar medicamentos de forma indiscriminada en los centros de salud, en las entidades sociosanitarias e, incluso, en los domicilios de los pacientes. Y ello con independencia de que en la Comunidad Valenciana, en tanto se interpongan nuevos recursos, existan esas prácticas. •

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

El farmacéutico y escritor Daniel de María es el autor de la sección que recorre la historia de la farmacia pero de una forma “laxa, desenfadada y hasta crítica”, como su propio autor señala. Una pluma de oro, acompañada de un pincel de lujo, ya que para ilustrar esta sección contamos con los originales dibujos del también farmacéutico y pintor, Bernardo Sánchez.

Un parto difícil

Suele decirse que no hay nada más difícil que ser el segundo de tres hermanos. Ni el primogénito ni el pequeñín. Sin nada propio y con pocos privilegios inherentes a su condición. A lo largo de la historia, la profesión farmacéutica ha sido, en cierta manera, ese segundo hermano en la familia de la salud.

Texto: Daniel de María. Imagen: Bernardo Sánchez

Desde la antigua Grecia y la Roma clásica, donde los médicos elaboraban sus propias prescripciones (a veces empleando a *pharmacopoei* o fabricantes de remedios, *pharmacotritae* o moledores de fármacos, e incluso tirando de algún esclavo que les hubiera salido “habildosillo”...), los farmacéuticos han ido abriéndose camino a codazos tratando de reivindicar su propio espacio.

Los siglos transcurren en este tira y afloja hasta que allá por el siglo XIII, en El Cairo, se reconoce el papel del farmacéutico en el Manual de Al-attar,

indicando el importante papel de esta figura en el socorro de los enfermos, el alivio del dolor y en la recuperación de la salud. ¡Ole, ole y ole!

Por otra parte, en la Europa de la Edad Media se consolida la profesión farmacéutica a través de una serie de edictos que reconocen a la profesión y la separan del resto, especialmente de los médicos, aunque sin librarse de los perceptivos controles realizados por estos.

Pero el camino no fue de rosas. Los límites eran difusos y eso es lo peor que puede pasar con un vecino. En



Francia, farmacéuticos y médicos estuvieron en un conflicto permanente que no vislumbró visos de solución hasta entrado el siglo XVII. El tema era que los médicos acusaban a los farmacéuticos de prescribir por su cuenta metiéndose en su parcela. Vamos, el “esto me lo dan sin receta” de nuestros días. Por su parte, en Italia y España se las vieron con el gremio de especieros.

Caso aparte es el de Inglaterra, donde los farmacéuticos tuvieron que batallar con los gremios de mercaderes y comerciantes. Suerte que el rey, llegando también el siglo XVII, zanjó el tema en favor de los farmacéuticos, aduciendo que aunque el trabajo del boticario tiene algo de comerciante, a diferencia del de aquellos, el suyo “implica un misterio”.

Desde la antigua Grecia y la Roma clásica (...), los farmacéuticos han ido abriéndose camino a codazos tratando de reivindicar su propio espacio



Un hechicero intenta curar a un enfermo. Recreación basada en los dibujos hallados en las cuevas prehistóricas de diferentes países europeos. El hechicero se adornaba con cornamentas de ciervo y pieles para ahuyentar la enfermedad.

Los médicos acusaban a los farmacéuticos de prescribir por su cuenta. Vamos, el “esto me lo dan sin receta” de nuestros días

Pero una profesión que nació con la necesidad de abrirse paso no sabe estar tranquila, así que a los farmacéuticos ingleses les dio por ejercer como médicos en aquellas ciudades donde no había uno. Y ¿para qué quieres más? Otro lío que duró hasta entrado el XVIII. Y mira que los farmacéuticos sólo cobraban por el medicamento dispensado y no por la consulta y el diagnóstico correspondiente (vamos, como sucede en el siglo XXI). En el conflicto intervino la mismísima Cámara de los Lores a favor de los farma-

céuticos (por el beneficio del interés público, se justificaron), aunque puntualizaron que sólo cuando no hubiera la posibilidad de la presencia de un médico, sin cobrar por ello (ya estamos otra vez con el dichoso gasto farmacéutico) y siempre que el boticario hubiera recibido un aprendizaje previo.

Hay que apostillar al respecto que, como perseverantes también somos, un siglo más tarde cedieron y permitieron al farmacéutico cobrar por la consulta.

Pero en calma no sabemos estar. Así que esta época dorada duró poco porque se metió con fuerza el gremio de los químicos-drogeros, que empezaron a hacer exactamente lo mismo que los farmacéuticos (a excepción de que éstos realizaban visitas domiciliarias). El farmacéutico se quejó pero acabó perdiendo la batalla y los químicos-drogeros fueron los protagonistas de la botica inglesa en el siglo XIX. Y es que los farmacéuticos, pese a todas las victorias anteriores, también tuvieron su “invencible inglesa”. ●

Claves para hacer más RENTABLE tu farmacia

Patricia Alfonso Alfaro. Consultora de Marketing y Gestión por Categorías de Novaltia.



La farmacia debe conocer y saber aprovechar los cambios de hábitos de compra que vive la sociedad actual donde el cliente está convirtiendo el hecho de ir de compras en un placer. El consumidor busca experiencias de compra, sensaciones hasta ahora nunca vividas en la farmacia donde sí, también debemos trabajar para que nuestro punto de venta sea realmente atractivo.

Las tendencias actuales nos hablan de que el esfuerzo ha de ir dirigido a transmitir que la farmacia no es únicamente el lugar donde encontramos alivio ante la enfermedad sino que, cada día más, son espacios para la promoción de la salud y el bienestar. Salud que empieza por sentirse bien con uno mismo, cuidándose tanto por dentro como por fuera, y donde la belleza juega hoy en día un papel fundamental...

Y ahí es donde tiene la farmacia herramientas para crecer. En este escenario en que el cliente valora cada vez más su bienestar, los farmacéuticos, los profesionales de la salud más cercanos, tienen mucho que aportar. Y para reforzar su valioso consejo profesional,

cuentan con estrategias de marketing hasta ahora no utilizadas en las oficinas de farmacia pero que ya han demostrado su utilidad y eficacia también en nuestro sector. Un aliado más para potenciar el crecimiento en una situación donde en muchos casos es una necesidad imperiosa.

¿Y por dónde empiezo?

Hablemos de la gestión por categorías en la oficina de farmacia que permite crear un punto de venta más atractivo colocando las categorías y los productos de manera estratégica y ordenada con objeto de que faciliten el proceso de compra. Sabemos que lo que se expone es lo que se vende, por lo tanto es fundamental contar con una buena exposición del producto.

Pero antes de llegar a ese punto, a estructurar la exposición, se deben plantear ciertas preguntas: ¿Cómo quiero ver mi farmacia a medio/largo plazo? ¿en qué quiero ser un referente? ¿en qué me quiero especializar y diferenciarse del resto? Debe analizarse, saber cuáles son sus debilidades, sus fortalezas y conocer también los

aspectos de su entorno que afectan o pueden llegar a afectarle.

Cada farmacia conoce su zona de salud y puede tener una idea bastante aproximada de la población y el tipo de cliente que tiene. Eso no quiere decir que no quiera captar más público de otras zonas que puedan llegar a acudir a su farmacia ya sea por su especialización, por su surtido, por su precio, por sus promociones o incluso por sus talleres y charlas formativas. Estaríamos captando así un público que, sobre el papel, no sería nuestro y que se ha visto atraído hacia nuestra farmacia por otros valores añadidos que hemos sabido potenciar y aprovechar.

Y una vez analizado el entorno...

Con las ideas claras del horizonte de nuestra farmacia es cuando podemos estudiar el plano y hacer una buena distribución del espacio y de las categorías, adaptándonos a la decisión de enfoque que queremos que tenga nuestra farmacia.

Partimos de la base de 10 categorías fundamentales, que deberían tener presencia en la farmacia. No todas ellas con la misma intensidad, aunque depende de la estrategia y del potencial que pueda desarrollar cada farmacia. Existen algunas categorías que nos exigen tener un surtido más amplio coincidiendo con nuestra especialización, sin embargo tendremos otras con las que deberemos cubrir las necesidades básicas del cliente, pudiendo contar con un surtido más ajustado.

Desde hace un tiempo, las categorías que van marcando tendencia y obteniendo resultados muy positivos son las de dermocosmética, ortopedia y dietética y herboristería.

La dermocosmética está teniendo un grado de especialización muy alto en farmacia ya que permite trabajar con buenos márgenes y se dirige directamente al target principal de la farmacia que son mujeres.

También la ortopedia nos permite trabajar con buenos márgenes y teniendo en cuenta además el envejecimiento de la población, es un ámbito de crecimiento garantizado ya que, cada vez más, vamos a ir necesitando ayudas para mejorar la calidad de vida de los últimos años.

El esfuerzo ha de ir dirigido a transmitir que la farmacia no es únicamente el lugar donde encontramos alivio ante la enfermedad

La dietética juega un papel cada vez más importante, ya que si queremos gozar de salud y belleza necesitaremos cuidarnos desde el interior y adquirir hábitos sanos.

Nuevas categorías

Y desde hace menos tiempo, se está empezando a desarrollar con cada vez

más fuerza la categoría de deporte, por el crecimiento de una población cada vez más concienciada con la salud, con encontrarse bien físicamente.

Porque, ¿quién no se ha fijado en que cada vez se ve más gente corriendo? Se está convirtiendo en una rutina para muchos, hombres y mujeres, y por lo tanto puede ser una buena vía de especialización en las farmacias. Esta nueva categoría podría vincularse con la ortopedia, como ortopedia deportiva, y, a su vez, con alimentación específica para deportistas, incluso hay quienes cuentan con la colaboración de un nutricionista especializado en esta tipología de clientes.

Un equipo de alto rendimiento

Unido a la estructuración del espacio y el surtido con criterios claros y atractivos, es clave para conseguir los resultados deseados contar con un equipo

formado, un equipo que tenga unos protocolos claros de venta. Todos los miembros deben contar con los conocimientos y herramientas que les permitan detectar las necesidades de la persona a la que atienden y satisfacerlas. El éxito, tener un equipo de alto rendimiento, motivado, con dotes comunicativas y argumentarios de venta claros.

Rentabilidad vs satisfacción

En suma, hoy se hace imprescindible gestionar la venta libre con una visión global que aúne espacio, surtido, tipología de clientes y especialización. De manejar correctamente estas cuatro variables dependerá la rentabilidad de la farmacia. Pero no sólo la rentabilidad sino también el grado de satisfacción de nuestros clientes, que su experiencia de compra sea positiva para que, así, vuelvan a nuestra farmacia. ●



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.



LABORAL

JUBILACIÓN activa

En el presente artículo vamos a recordar, dado el interés que despierta, la posibilidad de compatibilizar la pensión de jubilación y el trabajo.

A partir del 17 de marzo de 2013, se introduce la llamada jubilación activa, regulada por el Real Decreto-Ley 5/2013, de 15 de marzo, de medidas para favorecer la continuidad de la vida laboral de los trabajadores de mayor edad y promover el envejecimiento activo.

Ámbito de Aplicación

La jubilación activa será aplicable a todos los regímenes del sistema de la Seguridad Social, excepto al Régimen de clases pasivas del Estado, que se regirá por lo dispuesto en su normativa específica.

Requisitos

El artículo 2 del referido Real Decreto-Ley establece que el disfrute de la pensión de jubilación, en su modalidad contributiva, será compatible con la realización de cualquier trabajo por cuenta ajena o por cuenta propia del pensionista, en los siguientes términos:

a) El acceso a la pensión deberá haber tenido lugar una vez cumplida la edad que en cada caso resulte de aplicación, según lo establecido en el artículo 161.1.a) y en la disposición transitoria vigésima del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, sin que, a tales efectos, sean admisibles jubilaciones acogidas a bonificaciones o anticipaciones de la edad de jubilación que pudieran ser de aplicación al interesado.

El artículo 161.a) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con la disposición transitoria vigésima del mismo texto normativo, regulan la edad mínima para acceder a la jubilación ordinaria (haber cumplido 67 años de edad, o 65 años cuando se acrediten 38 años y 6 meses de cotización, sin que se tenga en cuenta la parte proporcional correspondiente a las pagas extraordinarias), que hasta el año 2027 se introduce paulatinamente, en los términos que resultan del cuadro 1.

b) El porcentaje aplicable a la respectiva base reguladora a efectos de determinar la cuantía de la pensión causada ha de alcanzar el 100 por 100. Es decir, además de la edad, se deben acreditar como mínimo los años de cotización exigidos para alcanzar el 100 por 100.

c) El trabajo compatible podrá realizarse a tiempo completo o a tiempo parcial.

Cuantía

La cuantía de la pensión de jubilación compatible con el trabajo será equivalente al 50% del importe resultante en el reconocimiento inicial, una vez aplicado, si procede, el límite máximo de pensión pública, o del que se esté percibiendo, en el momento de inicio de la compatibilidad con el trabajo, excluido, en todo caso, el complemento por mínimos, cualquiera que sea la jornada laboral o la actividad que realice el pensionista.

La pensión se revalorizará en su integridad en los términos establecidos para las pensiones del sistema de la Seguridad Social. No obstante, en tanto se mantenga el trabajo compatible,

el importe de la pensión, más las revalorizaciones acumuladas, se reducirá en un 50%. El pensionista no tendrá derecho a los complementos para pensiones inferiores a la mínima durante el tiempo en el que compatibilice la pensión con el trabajo.

El beneficiario tendrá la consideración de pensionista a todos los efectos.

Finalizada la relación laboral por cuenta ajena, o producido el cese en la actividad por cuenta propia, se restablecerá el percibo íntegro de la pensión de jubilación.

Cotización

Durante la realización del trabajo por cuenta ajena o por cuenta propia, compatible con la pensión de jubilación, los empresarios y los trabajadores cotizarán a la Seguridad Social únicamente por incapacidad temporal y por contingencias profesionales, según la normativa reguladora del régimen del sistema de la Seguridad Social correspondiente, si bien quedarán sujetos a una cotización especial de solidaridad del 8%, no computable para las prestaciones, que en los regímenes de trabajadores por cuenta ajena se distribuirá entre empresario y trabajador, corriendo a cargo del empresario el 6% y del trabajador el 2%.

Medrano Asesores

Año	Períodos cotizados	Edad exigida
2013	35 años y 3 meses o más.	65 años.
	Menos de 35 años y 3 meses.	65 años y 1 mes.
2014	35 años y 6 meses o más.	65 años.
	Menos de 35 años y 6 meses.	65 años y 2 meses.
2015	35 años y 9 meses o más.	65 años.
	Menos de 35 años y 9 meses.	65 años y 3 meses.
2016	36 o más años.	65 años.
	Menos de 36 años.	65 años y 4 meses.
2017	36 años y 3 meses o más.	65 años.
	Menos de 36 años y 3 meses.	65 años y 5 meses.
2018	36 años y 6 meses o más.	65 años.
	Menos de 36 años y 6 meses.	65 años y 6 meses.
2019	36 años y 9 meses o más.	65 años.
	Menos de 36 años y 9 meses.	65 años y 8 meses.
2020	37 o más años.	65 años.
	Menos de 37 años.	65 años y 10 meses.
2021	37 años y 3 meses o más.	65 años.
	Menos de 37 años y 3 meses.	66 años.
2022	37 años y 6 meses o más.	65 años.
	Menos de 37 años y 6 meses.	66 años y 2 meses.
2023	37 años y 9 meses o más.	65 años.
	Menos de 37 años y 9 meses.	66 años y 4 meses.
2024	38 o más años.	65 años.
	Menos de 38 años.	66 años y 6 meses.
2025	38 años y 3 meses o más.	65 años.
	Menos de 38 años y 3 meses.	66 años y 8 meses.
2026	38 años y 6 meses o más.	65 años.
	Menos de 38 años y 6 meses.	66 años y 10 meses.
A partir de 2027	38 años y 9 meses o más.	65 años.
	Menos de 38 años y 9 meses.	67 años.

Cuadro 1.

Mejora de la ADHERENCIA al tratamiento mediante el seguimiento farmacoterapéutico realizado por alumnos

Cristina Morón (Farmacéutica comunitaria de Zaragoza-Grupo DOapp), **Isabel Pérez** (Farmacéutica-Grupo Doapp), **Isabel Gómez** (Alumna 4º Farmacia. USJ)

Presentación del caso

Se trata de un paciente al que se realizó seguimiento farmacoterapéutico en el contexto de las prácticas de las asignaturas de Atención Farmacéutica II y III del Grado en Farmacia-USJ (curso 2014-2015). El trabajo fue realizado por un alumno de 4º y un alumno de 3º de farmacia supervisados por una farmacéutica comunitaria perteneciente al grupo DOapp que ejerce como tutora.

Mujer de 29 años a la que se le oferta el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria, y lo acepta. En la primera entrevista, la paciente refiere los siguientes diagnósticos: asma y rinitis alérgica, condropatía rotuliana, tendinitis en la muñeca derecha y molestia/dolor en varias articulaciones, por lo que el médico sospecha de un proceso reumático generalizado.

La paciente afirma que sufre crisis de asma con mucha frecuencia, por lo que está muy preocupada. Sin embargo en cuanto a la rinitis alérgica, pese a ser una patología muy relacionada con el asma, afirma que está controlada, que toma los medicamentos de forma correcta y éstos le alivian los síntomas de la rinitis.

Respecto a la condropatía rotuliana y a los dolores articulares, la paciente refiere dolores fuertes y frecuentes, que en ocasiones le impiden realizar con normalidad las actividades diarias. Ella comenta que hace unos días fue al médico y le prescribieron naproxeno sódico para dicho problema.

Presenta alergias diversas: a pelo de animal, a polen de plantas y al polvo. Además, sufre la aparición de erupcio-

nes cutáneas con la exposición al sol desde hace aproximadamente 3 años, algo que solo le ocurre en verano en la playa. Los síntomas son, aparición de una erupción eritematosa, muy pruriginosa con pequeñas pápulas en zonas fotoexpuestas. Por otro lado, la paciente no tolera el Augmentine, no le han realizado pruebas de alergia, pero en una ocasión sufrió una posible reacción alérgica.

Presenta antecedentes familiares de diabetes, pero no de asma ni de enfermedades reumáticas. No practica ningún deporte, pero va todos los días caminando al trabajo.

En la **Tabla 1** se puede observar el estado de situación que elaboraron los alumnos de farmacia que entrevistaron a la paciente.

Preguntas para orientar la resolución del caso

- Relacionadas con el análisis de la situación del paciente
 - ¿Comprende el paciente su tratamiento?
 - ¿Qué es lo que más le preocupa al paciente?
 - ¿Cuál puede ser el origen del dolor articular?
- Relacionadas con el plan de actuación (intervención) para este paciente
 - ¿Cuál es el objetivo prioritario en el seguimiento de este paciente?
 - ¿Qué debemos explicarle?
- Relacionadas con la evaluación y seguimiento de este paciente
 - ¿Cuándo será oportuno reevaluar su situación?
 - ¿En qué consistirán las siguientes visitas?

Ver resolución del caso en la siguiente página. Se recomienda no leerlo hasta que no se tenga una propuesta de solución.

TABLA 1. ESTADO DE SITUACIÓN DEL CASO

Problemas de Salud			Medicamentos		
Inicio	PS	Control	Inicio	Principio Activo	Pauta
Años	ASMA ALÉRGICO	NO	5 años	Salmeterol, Fluticasona (Seretide) 25/250 mcg	1-1-0 (Paciente: a demanda en crisis)
			Julio 2014	Montelukast 10 mg	1-0-0 (paciente: a demanda)
			5 años	Salbutamol (Ventolin)	A demanda (crisis)
2 Años	RINITIS ALÉRGICA	SÍ	2 Años	Bilastina (Obalix)	A demanda (1/día)
			Meses	Mometasona furoato (Nasonex)	Diariamente
Años	CONDROPATÍA ROTULIANA	NO	5 años	Condroitina sulfato (Condrosán)	2cp/día
Años/Actual	DOLOR ARTICULAR GENERALIZADO (SOSPECHA PROCESO REUMÁTICO)	NO	5 años	Ibuprofeno 600 mg	A demanda
			5 años	Paracetamol 1g	A demanda
			1 mes	Naproxeno sódico (Antalgín)	1-1-0
Actual	RIESGO DE GASTROLESIÓN	SÍ	1 mes	Omeprazol	1-0-0

Resolución del caso

1. La paciente refiere dolor articular generalizado, sin embargo está en tratamiento tanto para el dolor como para la condropatía rotuliana, por lo que se podría considerar un problema de salud no controlado, debido a que puede estar insuficientemente tratado (tabla 2). Durante la entrevista también se detectó una falta de adherencia a estos tratamientos.

Recientemente le habían prescrito naproxeno sódico, debido a que el médico sospecha de un proceso reumático generalizado. Al estar en tratamiento anteriormente con otro AINE, ibuprofeno, se le explicó el riesgo de gastrolesión por la toma de dos AINEs (tabla 2) y se le indicó que podría dejar el ibuprofeno durante el tiempo que durase el tratamiento con naproxeno. Como el día de la entrevista la paciente acababa de comenzar con este tratamiento, no podemos evaluar su efectividad, por lo que se valorará en posibles posteriores visitas.

En el caso de las patologías respiratorias, también se detectó una falta de adherencia al tratamiento e incumplimiento (tabla 2), especialmente de Seretide. Además, la paciente refiere crisis severas, que aparecen con más frecuencia en primavera y otoño. De este modo se pudo concluir que el incumplimiento del tratamiento por parte de la paciente está provocando que éste no sea efectivo, y por tanto, que se produzcan las crisis asmáticas con más frecuencia.

2. Se describen a continuación los dos objetivos principales (en orden descendente de prioridad) para esta paciente y la propuesta de actuación por parte de los alumnos:

Objetivo 1. Mejorar el control del asma (disminución de las crisis).

Para disminuir las crisis de asma se propone mejorar la adherencia de la

Al estar en tratamiento anteriormente con otro AINE, ibuprofeno, se le explicó el riesgo de gastrolesión por la toma de dos AINEs, y se le indicó que podría dejar el ibuprofeno durante el tiempo que durase el tratamiento con naproxeno

paciente al tratamiento. Para ello, la sesión educativa de los alumnos consistió en una simple y adecuada explicación acerca de la patología del asma y del mecanismo de acción de cada fármaco, para que comprendiera cuándo debe utilizar cada uno y la importancia que tiene el cumplimiento de las pautas.

Además, los alumnos le propusieron a la paciente que registrase en una tabla cómo evolucionaba su patología durante una semana. En esta tabla tenía que anotar: olvidos de la medicación, síntomas de las crisis, posibles incidencias y frecuencia del uso del inhalador de rescate.

Objetivo 2. Reducir el dolor articular.

Para lograr la reducción del dolor articular de forma que la paciente sea capaz de llevar a cabo las actividades diarias con normalidad, los alumnos propusieron varias intervenciones:

1. Recomendarle que deje de usar ibuprofeno, para que la terapia con el nuevo analgésico, naproxeno sódico, sea efectiva sin causarle ningún efecto adverso.

2. Educación sobre medidas no farmacológicas para mejorar la evolución del proceso reumático. Se le entregó a la paciente un folleto que recogía esta información.

3. Ejercicios específicos para el proceso reumático, cuyo objetivo es prevenir el desarrollo temprano de la enferme-

dad, y especialmente, mejorar la calidad de vida de la paciente, ya que el dolor y la rigidez articular le impiden desarrollar correctamente su vida cotidiana y su actividad laboral.

3. En este caso, sería necesario volver a entrevistar a la paciente unas semanas después, para valorar la mejora de la adherencia al tratamiento del asma y si las crisis asmáticas son menos frecuentes. Para ello se revisaría la tabla de registro que se le entregó a la paciente. También sería conveniente evaluar la efectividad del nuevo tratamiento con naproxeno, y de las medidas no farmacológicas para aliviar el dolor articular y la condropatía rotuliana.

¿Qué ocurrió?

Tras la sesión educativa elaborada por los alumnos, la paciente comprendió mejor sus problemas de salud, entendió las diferencias entre los distintos medicamentos para el asma y cuándo usar cada uno, y comenzó a valorar la importancia de frenar la evolución del proceso reumático. Y todo ello permitió:

Mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico.

Conseguir una mejoría en el grado de control de sus problemas de salud.

Este aprendizaje y el cambio de actitud de la paciente fueron posibles gracias a la confianza depositada en el profesional farmacéutico. ●

TABLA 2. EVALUACIÓN DEL CASO

Problema de salud	RNM	PRM
Crisis asmáticas	INEFECTIVIDAD	Incumplimiento
Dolor articular generalizado	INEFECTIVIDAD	Problema de salud insuficientemente tratado
Riesgo de gastrolesión	RIESGO DE INSEGURIDAD	Duplicidad de AINEs

Conocer la HOMEOPATÍA

Desde nuestras oficinas de farmacia podemos dar a conocer a los pacientes las diferentes opciones terapéuticas que existen para cuidar, promover la salud y prevenir enfermedades, gracias a la cercanía y confianza que genera la atención personalizada del farmacéutico.

Las Vocalías de Plantas Medicinales y Homeopatía de varios Colegios de Farmacéuticos, realizaron un estudio en el año 2011 cuyo objetivo era averiguar el grado de conocimiento que sobre la homeopatía tenían los usuarios de las oficinas de farmacia. Los datos se obtuvieron mediante una encuesta realizada de forma aleatoria a una población adulta (520 usuarios mayores de 18 años) reclutada en farmacias voluntarias.

Este estudio se presentó en Infarma 2011, y los resultados más relevantes fueron:

- Un 53% de los encuestados declararon tomar o haber tomado alguna vez medicamentos homeopáticos, y un 60% consideró que la homeopatía era eficaz.
- El 31% de los que habían tomado medicamentos homeopáticos declararon haberlo hecho por prescripción médica, un 39% por recomendación farmacéutica y un 13% como automedicación.
- Como fuentes de información sobre la homeopatía, citaron a los farmacéuticos (33%), los familiares y amigos (31%), los médicos (19%) y los medios de comunicación (15%).
- El 87% de los encuestados considera al farmacéutico como un profesional de la salud adecuado para que le informe. La mayoría de los que se tratan con homeopatía no comentan con médicos ni homeó-

patas sus tratamientos, aunque un alto porcentaje lo comenta en su farmacia.

Dado que la homeopatía no se incluye en los programas de estudio de grado de Farmacia, es necesaria una formación especializada para conocer la terapéutica y los medicamentos homeopáticos, y así poder dispensar y aconsejar al paciente con la misma calidad con la que se actúa con otro medicamento.

El interés de los pacientes por soluciones naturales para sus problemas de salud es creciente. Una tendencia imparable que hace que el sector de Medicinas Naturales y del Autocuidado esté experimentando un aumento progresivo y constante. Por tanto, la especialización en homeopatía constituye, hoy en día, una oportunidad de negocio nada desdeñable para las farmacias.

Los medicamentos homeopáticos pueden aconsejarse en casos de problemas menores de salud (resfriados, rinitis, trastornos digestivos menores, situaciones de estrés, contusiones, deshabitación tabáquica, etc.), derivando aquellos casos más graves al médico o al especialista en homeopatía cuando la situación lo requiera.

Preguntas frecuentes

Es importante saber responder a las preguntas más usuales sobre la homeopatía que se pueden plantear en la

farmacia: ventajas del tratamiento homeopático, posibilidad de combinarlo con la medicina convencional, riesgos en niños y embarazadas... Os dejamos toda la información necesaria para solucionar las dudas más frecuentes de los pacientes:

¿Los medicamentos homeopáticos se preparan con plantas?

Existe una cierta confusión entre la homeopatía, la fitoterapia, las flores de Bach, los complementos alimenticios, etc. Aunque parte de los medicamentos homeopáticos proceden del reino vegetal, la particularidad de su preparación (dilución y dinamización) hace que su modo de acción nada tenga que ver con la fitoterapia y otras terapias naturales.

¿Qué límites tiene un tratamiento homeopático?

Dado que la homeopatía estimula la capacidad de reacción del individuo frente a la enfermedad, se obtendrán efectos limitados en aquellas personas en las que su capacidad de respuesta se encuentra debilitada (inmunodepresión, enfermedades largas y debilitantes, cáncer, etc.). Lo mismo sucede cuando las lesiones en órganos o tejidos han sobrepasado su capacidad de recuperación y no pueden reaccionar ya al estímulo homeopático. En estos casos, la homeopatía será empleada conjuntamente con otras terapias.

Las patologías que requieran intervenciones quirúrgicas y/o cuidados intensivos podrán beneficiarse también de la homeopatía. En los tratamientos paliativos de enfermedades graves (cáncer, enfermedades del sistema nervioso y muscular, etc.), la homeopatía mejora sustancialmente la calidad de vida de los pacientes.

Son medicamentos comercializados en España desde hace más de 25 años. No se ha notificado hasta ahora ningún caso de importancia clínica, de genotoxicidad o de elementos cancerogénicos



La homeopatía puede ser el tratamiento de elección en el resto de afecciones, pudiéndose compatibilizar con tratamientos convencionales en el caso de que fuese necesario.

¿Es segura la homeopatía?

La homeopatía es un método eficaz, seguro y suave, práctico y fácil de administrar. Puede utilizarse en todas las edades, pudiendo actuar muy profundamente en el organismo, tanto a corto como a largo plazo. El grado de dilución del medicamento homeopático garantiza su inocuidad. Debido a la baja concentración de sus principios activos, no son susceptibles de abuso medicamentoso, no provocan toxicodependencias, ni riesgos de toxicidad, sobredosificación ni efectos secundarios.

Son medicamentos comercializados en España desde hace más de 25 años, y el número de notificaciones adversas es mínimo. No se ha notificado hasta ahora ningún caso de importancia clínica, de genotoxicidad o de elementos cancerogénicos.

¿Son compatibles el tratamiento homeopático y el alopático?

Los dos tipos de tratamiento son perfectamente compatibles y, en algunas situaciones, son complementarios.

Los pacientes que inician un tratamiento homeopático no deben suspender los medicamentos de otro tipo que estén tomando sin el adecuado control médico. El tratamiento homeopático permite, en muchas ocasiones, ir disminuyendo la dosis del medicamento convencional hasta su total suspensión, pero siempre bajo control médico.

¿Pueden tratarse los niños con la homeopatía?

Los niños responden muy bien a este tipo de tratamiento, ya que poseen una gran vitalidad y han tenido menos tiempo de cronicidad. Suelen curarse rápidamente de muchas afecciones, tanto recidivantes o crónicas, como asma, faringitis, amigdalitis, sinusitis crónica, fiebres repetidas, trastornos bronquiales, etc. Lo mismo ocurre con trastornos emocionales, de conducta o aprendizaje.

¿Los medicamentos homeopáticos pueden tomarse durante el embarazo?

Sí, pueden tomarse durante el embarazo. Además el tratamiento homeopático es muy interesante pues en este período la mujer no puede tomar muchos de los medicamentos convencionales. Pueden utilizarse para trastornos del embarazo (hemorroides, náuseas...) e incluso para la preparación al parto y durante el postparto.

¿Por qué se dice que la homeopatía es más lenta que la medicina convencional?

No es más lenta, pero en muchos casos, las personas acuden a la homeopatía como último recurso, cuando los tratamientos convencionales no les resuelven el problema, o cuando los efectos colaterales de las medicinas les impiden continuar con el tratamiento médico. La enfermedad entonces está muy arraigada en el organismo y ha podido provocar cambios potencialmente irreversibles. En estas condiciones, la homeopatía tratará de restablecer poco a poco la salud al individuo hasta donde sea posible.

Sin embargo, en casos agudos, con homeopatía se resuelve el cuadro rápidamente, a veces incluso más que con otros fármacos no homeopáticos.

¿Cómo se toma la homeopatía?

La vía de absorción de los medicamentos homeopáticos que se administran vía oral es la vía sublingual:

- Gránulos, glóbulos y comprimidos se dejan disolver debajo de la lengua sin masticar ni tragar. En el caso de niños pequeños se pueden disolver en un poco de agua. Se recomienda no tocar los gránulos con los dedos por cuestiones de higiene.
- Las gotas se toman disueltas en un poco de agua. Para favorecer su absorción, se mantienen un tiempo en la boca antes de tragar.
- En el caso de trituraciones, puede tomarse directamente en la boca la cantidad correspondiente a una o dos cucharaditas rasas, o disolverse esta cantidad en un poco de agua, manteniéndose un tiempo en la boca antes de tragar.

Otras formas de presentación son las pomadas o cremas de aplicación tópica; las gotas oftálmicas o colirios de instilación ocular y las ampollas inyectables que, generalmente, se usan vía subcutánea o intramuscular.

Los medicamentos homeopáticos se están incorporando progresivamente en el vademécum de pediatras, ginecólogos, médicos de familia y otros especialistas

¿Cuándo se toman los medicamentos homeopáticos?

Los medicamentos homeopáticos que se administran vía oral se toman siempre fuera de las comidas, unos quince a treinta minutos antes o después. En el caso de niños pequeños, pueden disolverse incluso en el biberón. Puesto que la absorción es sublingual, para facilitarla es mejor separar la administración del medicamento de la ingesta de cualquier sustancia, como pasta de dentífricos con mentol, café, caramelos de menta, humo de cigarrillos, etc.

¿Puede sustituirse una dilución por otra?

Si ante una urgencia no disponemos en la farmacia de una dilución, puede sustituirse por otra similar que actúe al mismo nivel (baja, media o alta), hasta conseguir la dilución prescrita.

Si ha sido una prescripción médica, lo aconsejable es localizar al médico y exponer el caso. Como norma, no sustituir una dilución de una prescripción por otra sin el debido consentimiento médico.

A modo de conclusión, destacar que la homeopatía es una realidad social, asistencial y científica en España, cuyo crecimiento seguirá incrementándose en los próximos años dado que los medicamentos homeopáticos se están incorporando progresivamente en el vademécum de pediatras, ginecólogos, médicos de familia y otros especialistas tanto de la sanidad privada como pública, a pesar de ser medicamentos no financiados. El farmacéutico, como especialista del medicamento, debe participar activamente en esta realidad.

Departamento Científico Iberhome



**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

VACUNACIÓN: retrospectiva y prospectiva

Las enfermedades infecciosas han modificado, en muchas ocasiones, el curso de la Historia. Su control, bien es verdad que parcial, mediante la inmunización, la vacunación y los antibióticos, es uno de los avances más trascendentes de la humanidad.

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

Nuestra lucha contra un sinnúmero de levitantes invisibles exige innovación y adaptación permanente. Conforme la sociedad se siente más protegida surgen prejuicios basados en falsas creencias que ponen en peligro la salud individual y pueden dañar importantes logros en materia de Salud Pública.

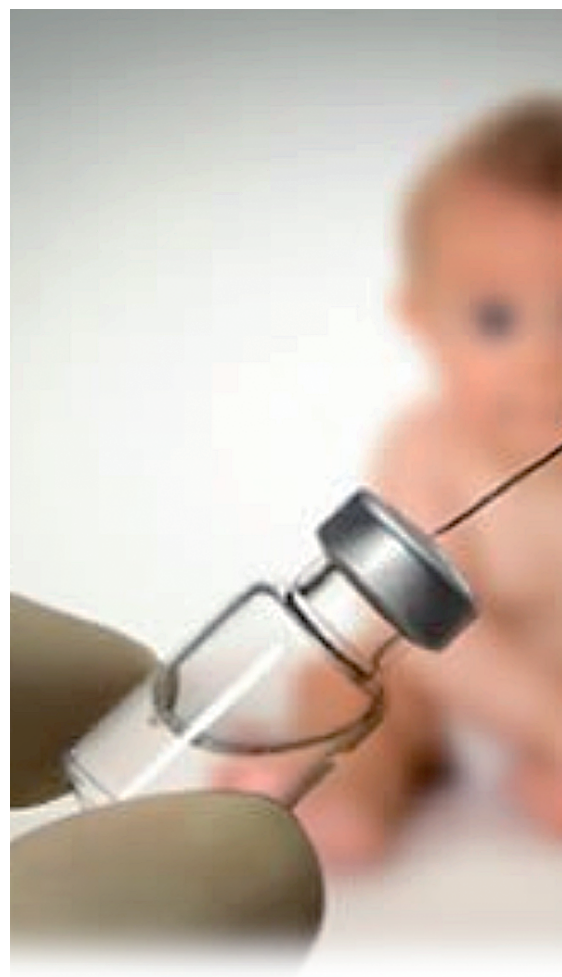
Nuestro imaginario colectivo ha olvidado las terribles pestes medievales que asolaron Europa, sobre todo durante el siglo XIV. La expansión hacia Occidente de la peste bubónica (Muerte Negra) habría que buscarla en **Möngke Khan**, nieto del célebre **Genghis Khan**, cuando envió en 1252 sus ejércitos hacia el sur, lo que hoy es Birmania (antigua Birmania), poniendo en contacto a sus tropas con roedores infestados con pulgas portadoras de la bacteria *Yersinia pestis*, causante de la peste. Al regreso de su campaña militar, las pulgas infestadas picaron a las marmotas de las estepas de Mongolia. Las caravanas de la Ruta de la Seda vehiculizaron las pulgas hacia los puertos del Mar Negro desde donde alcanzaron Kaffa, en la península de Crimea (Ucrania) hacia 1346. La expansión hacia Europa fue inevitable, apareciendo en Venecia los primeros casos de terrible epidemia



de peste en el trienio 1348-1351. Muy probablemente navegantes indios y egipcios facilitaron el viaje del bacilo de la peste desde la región de los Grandes Lagos africanos hasta los puertos asiáticos, desde donde retornaron a occidente por latitudes más altas. Los habitantes de la región de Manchuria evitaban el contagio con la peste negra por su creencia de que las marmotas portaban el alma de los muertos, por lo que era tabú atraparlas.

En la actualidad no existen programas de vacunación contra la peste, debido a la mejora de las condiciones de salubridad. No obstante, todavía se presentan casos de peste en países muy subdesarrollados.

Desde muy antiguo en determinadas regiones de Oriente era relativamente habitual una práctica que conocemos con el anglicismo *variolización*, técnica relativamente peligrosa en la lucha contra la viruela que confería, a quien sobrevivía, protección de por vida. El procedimiento consistía en realizar una pequeña incisión en la piel, colocando pus o restos de costra de enfermos de viruela. Este proceder llegó a Europa (Inglaterra) gracias a **Mary Montagu**, esposa del embajador británico en lo



Conforme la sociedad se siente más protegida surgen prejuicios basados en falsas creencias que ponen en peligro la salud

que entonces era Constantinopla (hoy Estambul), Turquía.

La técnica se introdujo también en la sociedad norteamericana tras varias epidemias que asolaban las nuevas colonias y las incipientes grandes ciudades, entre ellas su primera capital, Filadelfia. El gran científico, filántropo

1 La Organización Mundial de la Salud la consideró erradicada en 1980.
2 Una segunda enfermedad vírica, la «peste bovina», se catalogó como extinta en el año 2010.
3 Fundamentalmente corazón, pero también riñones.



La lucha contra la poliomielitis es paradigmática del éxito de los programas de vacunación

Difteria

La difteria, históricamente confundida con la fiebre escarlata (escarlatina), adquirió entidad nosológica tras los estudios realizados por **Pierre Bretonneau** que la designó con el nombre francés de *diphthérie*, término que deriva del griego, significando “red-cilla” debido a las membranas (estrictamente pseudomembranas) que se forman en las vías respiratorias altas. La infección puede afectar muy gravemente a órganos vitales³, con riesgo de muerte. Émile **Roux** y **Alexandre Yersin** demostraron que la toxicidad de *Corynebacterium diphtheriae* se debía a una toxina, punto de partida para la preparación de la vacuna antidiftérica. La primera comunicación fehaciente de la inmunización contra la difteria data del año 1892.

Rubéola

La rubéola fue descrita como entidad nosológica en el año 1740. La primera mención se debió al médico prusiano (todavía no existía Alemania como nación) **Friedrich Hoffmann**. Le dio el nombre “Rötheln” castellanizado como rubéola. En algunos países germánicos y anglófonos todavía se le denomina “sarampión alemán”. El oftalmólogo australiano **Norman McAlister** observó una elevada incidencia de cataratas en niños nacidos de madres que habían sufrido infección por rubéola durante el primer trimestre de su gestación. Los estudios epidemiológicos posteriores mostraron que la infección por rubéola en el comienzo del embarazo no solo aumentaba el riesgo de alteraciones oftalmológicas (algunas derivaban en ceguera irreversible), sino también de sordera, alteraciones cardíacas y neurológicas. Es por ello fundamental la vacunación contra la rubéola de todas las niñas. **Maurice Hilleman**, a la sazón en los laboratorios Merck⁴, modificó una vacuna

anterior del virus de la rubéola de Paul Parkman y Harry Meyer. Esta nueva vacuna se comercializó en el año 1969 y un año después (1970) comenzó a usarse una formulación que asociaba en el mismo preparado farmacéutico las vacunas contra el sarampión, parotiditis y rubéola (de sólitamente denominada «triple vírica»).

En estas breves pinceladas sobre las vacunas es obligado mencionar a **Louis Pasteur** y sus investigaciones que condujeron a la vacuna antirrábica. Pasteur tenía 1 año cuando, en 1823, falleció a los 73 años el antes citado Edward Jenner. Entre los innumerables méritos de Pasteur, se halla la validación de los trabajos del alemán **Robert Koch** sobre el ántrax, que contribuyeron al desarrollo de una vacuna, además de conseguir enviar a los libros de historia de la medicina la teoría de los miasmas sobre el origen de las enfermedades infecciosas.

Poliomielitis

La lucha contra la poliomielitis es paradigmática del éxito de los programas de vacunación. La polio (apócope de poliomielitis) constituyó un gravísimo problema de salud pública en las naciones desarrolladas.

El presidente norteamericano **Franklyn Delano Roosevelt** sufría las secuelas paralizantes de la infección poliomiéltica durante su adolescencia. Se creó un programa (*March of Dimes*) con el fin de obtener fondos para la lucha contra la parálisis infantil causada por la polio (ver fotografía promocional para recaudar fondos). Un programa muy bien diseñado, no exento de intereses económicos y políticos, condujo a la preparación de dos tipos de vacunas, una inyectable elaborada con virus muertos (desarrollada por **Jonas Salk**) y otra

y humanista **Benjamín Franklin** promovió la *variolización*, sobre todo tras la muerte por viruela de su hijo pequeño.

El médico británico **Edward Jenner** observó que las lecheras desarrollaban pústulas en las manos durante el proceso de ordeño, quedando así protegidas contra las manifestaciones graves, con frecuencia mortales, de la viruela. La vacuna desarrollada a partir de las observaciones de Edward Jenner, junto con exhaustivos e inclusivos programas de inmunización, han conseguido la erradicación de la viruela⁵. Es la primera y, hasta ahora, única⁶ enfermedad que podemos considerar extinguida.

4 Merck en Europa se designa como *Merck Sharp & Dohme*, para evitar confusión por homología de nombre.

5 En 1945 se aprobó para uso en militares y un año después (1946) para uso civil. La vacuna, contra los serotipos A y B del virus *influenzae* fue desarrollada por **Jonas Salk** y **Thomas Francis Jr.**, tras haberse ensayado en militares y estudiantes.

6 Conocida como «gripe española» debido a que España, país neutral durante la Gran Guerra, notificaba los casos de gripe, no así las naciones beligerantes por considerarla información estratégica.

7 **Carleton Dajkusek** había descubierto una extraña enfermedad denominada «kuru» o «síndrome de los temblores o la risa espasmódica» en las altiplanicies de Nueva Guinea.

formulada a partir de virus inactivos, desarrollada por **Albert Sabin**, siendo esta última la que ha terminado por imponerse, aunque hay países como Suecia que solo incluyen en sus programas de vacunación la formulación parenteral de Salk. En la vacunación contra la polio es obligado mencionar a **Hilari Koprowski**. Obtuvo una vacuna que no llegó a comercializarse a pesar de ser totalmente eficaz. Nos permitimos recomendar la lectura de un artículo (en español publicado en la revista *Investigación y Ciencia*, titulado «La vacuna de la Guerra Fría», firmado por **William Swanson**, incluido en el número de junio 2012).

Vacuna antigripal

En el año 1945⁵ se aprueba la primera vacuna antigripal. Existía el amargo recuerdo de la pandemia de gripe de 1918⁶, cuya mortandad superó en términos absolutos los de la Primera Guerra Mundial (conocida como la Gran Guerra).

Sarampión

Un ejemplo de la gravedad de una infección en una población previamente no expuesta al germen infeccioso fue la epidemia de sarampión acaecida en Groenlandia (Dinamarca) en el no muy lejano 1961. De los 4.262 habitantes de la época, solo cinco no enfermaron. El gobierno de Copenhague reaccionó con celeridad, administrando masivamente gammaglobulinas a la población, evitando así una enorme mortandad.

Hepatitis B

Una de las vacunas recientes más importantes es la desarrollada contra la hepatitis B, gracias al trabajo **Baruch S. Blumberg**. En la década de 1940 trabajaba en Filadelfia, Estados Unidos, con los virus causantes de ictericia (color amarillento de la conjuntiva y la piel). En aquella época se daba por sentado que existían dos tipos de virus causantes de ictericia, uno que se transmitía como infección intestinal;

y otro que se transmitía mediante transfusiones de sangre. La búsqueda de este último virus llevó a Blumberg a estudiar muestras de sangre en personas de todos los continentes, hallando en el suero de un aborigen australiano un *factor* que reaccionaba con el virus buscado. A este *factor* lo denominó “antígeno Australia”, mostrando ser una proteína de la *cápside* del virus. A partir del “antígeno Australia”, Barug S. Blumberg e **Irwin Millman** fabricaron la primera vacuna contra la hepatitis B. Barug S. Blumberg *ex aequo* **Carleton Dajdusek**⁷ recibieron el Premio Nobel de Fisiología y Medicina en el año 1976 por sus trabajos “sobre el origen y expansión de las enfermedades víricas”.

La industria farmacéutica tardó en interesarse por los hallazgos de Blumberg. Finalmente Merck realizó los protocolos para la autorización y posterior comercialización de la vacuna. Hay un interesante texto cuya lectura recomendamos: “Hepatitis B: The Hunt for a Killer Virus” (*Princeton University Press* 2002). En un ensayo autobiográfico para el Comité de los Premios Nobel, Baruch S. Blumberg escribió: “las vacunas no son productos atractivos para las compañías farmacéuticas, dado que aquellas solo se usan una vez; o unas pocas veces a lo sumo, y no generan tantos beneficios como las enfermedades crónicas en las que los fármacos deben utilizarse durante muchos años”.

Patologías tropicales

Un ejemplo de vacunas para patología tropical es la vacuna para la encefalitis japonesa o fiebre cerebral. Esta causada por un virus que se transmite entre cerdos y aves que viven y se alimentan en áreas arroceras. El hombre, que no es parte del ciclo biológico del parásito, se contagia esporádicamente por picaduras de mosquitos que previamente se han infectado picando a un animal infectado. A pesar de que solo el 1% aproximadamente de quienes se contagian desarrollan un cuadro clínico grave, cada año alrededor de 15.000 niños fallecen; y varias decenas de miles sufren secuelas



Lancetas usadas para la técnica de variolización junto con la caja donde eran transportadas, generalmente protegidas por linfa de certero. Las lancetas tenían una longitud de 24 mm. Foto: Wellcome images.



Foto: Wellcome images.

cerebrales incurables. Más de 4.000 millones de personas viven en áreas endémicas, zonas cálidas y húmedas en las que el arroz es su principal (a veces único) sostén alimenticio. Las vacunas iniciales, que se elaboraban a partir de tejido cerebral de animales, se dejaron de fabricar para evitar el contagio de priones y otras partículas subvíticas causantes de encefalo-

⁸ Genentech es una División de la multinacional helvética Roche Ltd.

⁹ Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier compartieron el galardón, en su caso por su descubrimiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).



Edward Jenner vacunando a un niño. Pintura al óleo de Eugène-Ernest Hillemacher (1884). Foto: Wellcome images.



Foto: Wellcome images.



Dibujo a tinta de una célula de un cáncer cervical tomando como muestra la imagen obtenida con un microscopio electrónico. Foto: Wellcome images.

patías irreversibles. El problema se ha solventado mediante la preparación de vacunas a partir de virus inactivos cultivados en células renales de hám-

ster chino. En la actualidad se comercializan dos versiones de esta vacuna, una fabricada por *China National Biotech Group*, destinada a personas de países pobres, y otra desarrollada por la multinacional helvética Novartis registrada como *Ixiaro®*, de precio elevado, destinada a viajeros internacionales.

Vacunas para nuevas enfermedades

SIDA

Tras el surgimiento de la infección por VIH a comienzos de la década de 1980 muchos expertos auguraron el desarrollo de una vacuna. Treinta años más tarde continuamos inermes ante el VIH en lo que respecta a la profilaxis farmacológica. Hace algunos años se estudió una posible vacuna en Tailandia. Esta vacuna, designada como RV144, es de hecho una combinación de dos vacunas, *Alvac-HIV®* de la multinacional francesa Sanofi Aventis, y *Aidsvax®*, fabricada por la empresa biotecnológica norteamericana Genentech®, quien cedió sus derechos a un grupo filantrópico, *Global Solutions for Infectious Diseases*. Esta vacuna ha mostrado ser relativamente eficaz entre los serotipos del VIH más frecuentes en Asia, mucho menos en los serotipos africanos. En cualquier caso, la protección lograda está muy lejos del 70 a 80% conseguido con la mayoría de las vacunas.

No olvidemos un sonado fracaso: en el año 2007 la multinacional Merck comenzó dos ensayos clínicos con una vacuna contra el SIDA en la que participaron alrededor de 4.000 personas. Los estudios debieron interrumpirse al poco tiempo porque la supuesta vacuna no solo carecía de efecto, sino que facilitaba el riesgo de contagio asociado a conductas de riesgo.

Papiloma vírico

El Premio Nobel de Fisiología y Medicina 2008 fue otorgado a **Harald zur Hausen**⁹ por su descubrimiento en el año 1985 de la relación entre el virus del papiloma humano y el cáncer cervical. Fue preciso esperar 20 años para disponer de las vacunas contra este virus. El 9 de junio de 2006, la agencia del medicamento norteamericana autorizó las primeras vacunas, *Gardasil®*, de laboratorios Merck, y *Cervarix®* de GlaxoSmithKline Pharma. Gracias a dos organismos filantrópicos (las Fundaciones GAVI y Bill & Melinda Gates), estas costosas vacunas se distribuyen en países con bajos estándares de desarrollo, a un coste por dosis de entre 4 y 5 dólares, muy inferior a los más de 130 dólares que cuesta en los países ricos.

Ébola

El pasado verano la epidemia del virus ébola en Guinea Conakry, Sierra Leona y Liberia alarmó de un modo desmedido a todo el planeta, dando rienda suelta a nuestros más atávicos temores. Se ha sabido que ya en el año 2004 se disponía de una vacuna contra el virus ébola ensayada en monos y totalmente eficaz, dentro de los muy limitados estudios experimentales realizados. Se planificó un estudio clínico más amplio que debiera haberse realizado durante el bienio 2005-2006 al objeto de poder disponer de un preparado comercial no más tarde de 2011. Tristemente no fue así. Se ha retomado la fabricación de la vacuna iniciándose su administración en las comunidades africanas con más alta incidencia de la infección. Pero el virus se ha escondido de nuevo en el impenetrable “corazón de las tinieblas” dificultando hasta casi lo imposible la continuación del ensayo.

La Humanidad ha de luchar contra complejos ardides de los organismos infecciosos. En unos pocos casos se ha logrado domeñar la enfermedad, disminuyendo su elevado peaje en términos de sufrimiento y subdesarrollo; en otros la batalla será ardua, exigente de táctica y estrategia. Es absolutamente necesario fomentar la investigación al tiempo que consolidar los avances conseguidos, herencia de las próximas generaciones. ●

El virus del Ébola se ha escondido de nuevo en el impenetrable “corazón de las tinieblas” dificultando hasta casi lo imposible la continuación del ensayo

La colaboración de pediatras y farmacéuticos mejora la utilización de ANTIBIÓTICOS en pediatría

Las autoras, un equipo de farmacéuticas y pediatras de Atención Primaria, llevan varios años trabajando en diferentes proyectos para mejorar la utilización de los fármacos en pediatría. Este último proyecto que presentan, un taller formativo a pediatras, surgió de la preocupación sobre el exceso de antibióticos que se utilizan en la población infantil.

Mercedes Aza, Cristina Carcas, María Jesús Lallana, Belén Pina (farmacéuticas), **Blanca Laclaustra** y **Pilar Lalana** (pediatras). Autoras del estudio.



De izquierda a derecha: Mercedes Aza (farmacéutica), Belén Pina (farmacéutica), Blanca Laclaustra (pediatra), Pilar Lalana (pediatra), M^a Jesús Lallana (farmacéutica) y Cristina Carcas (farmacéutica).

La resistencia a los antibióticos es una realidad ligada a su consumo que pone en peligro la efectividad terapéutica de este grupo de medicamentos, dando lugar a un problema de salud pública mundial. Existen diferencias importantes entre países en las tasas de utilización de antibióticos y en sus perfiles de prescripción, siendo la utilización de antibióticos en España una de las más elevadas de Europa. La mayor parte de estas prescripciones se realizan en el medio extrahospitalario, por lo que en este ámbito debe priorizarse el uso prudente de estos fármacos. Además, este hecho es más llamativo entre la población infantil, donde se describen las mayores tasas de utilización de antibióticos.

Una tercera parte de las consultas de atención primaria, y especialmente en niños pequeños, están relacionadas con las enfermedades infecciosas del tracto respiratorio. La mayor parte de

estas infecciones son de origen vírico y autolimitadas, por lo que la prescripción de antibiótico es innecesaria.

Hasta ahora existían pocos datos sobre la utilización de antibióticos en niños en España. Los datos que encontramos de otras comunidades reflejaban un consumo muy elevado y en Aragón se observaba un exceso en la utilización de antibióticos, sobre todo en niños menores de 4 años.

Estudios llevados a cabo en población infantil muestran que las intervenciones dirigidas a modificar el patrón de

utilización de antibióticos deberían realizarse tanto sobre los propios profesionales sanitarios como sobre los familiares.

Con estos antecedentes consideramos que el punto de partida para empezar a trabajar, y previo a desarrollar una intervención comunitaria o sobre los propios profesionales, pasaba por conocer el consumo de antibióticos en población pediátrica desglosada por subgrupo terapéutico y código ATC.

Sin embargo, cuando analizamos los primeros datos, estos resultaron diferentes a lo esperado. Realmente los pediatras aragoneses partían de valores de utilización de antibióticos más bajos que los reportados en España, lo que suponía partir de una situación inicial muy ajustada y que permitía un margen de mejora más limitado de lo esperable en otros medios. A pesar de ello, pusimos en marcha el proyec-

Desde la oficina de farmacia se puede llevar a cabo una importante labor en educación

to consistente fundamentalmente en un taller formativo dirigido a pediatras de atención primaria, y cuyo objetivo fue reducir el consumo de antibióticos en población pediátrica adecuando la prescripción de estos al diagnóstico y contexto clínico del paciente, lo que se traduciría en una mejora del perfil de prescripción en pediatría.

La intervención formativa se basó en el planteamiento de diferentes casos clínicos con el fin de orientar en el tratamiento sintomático de procesos infecciosos víricos presumiblemente benignos y autolimitados en población pediátrica, y se asesoró en entrevista clínica, prescripción diferida de antibióticos y utilización de test rápido de detección de estreptococo en faringe, todas ellas estrategias que pueden resultar eficaces para disminuir la prescripción antibiótica. También se informó de la utilización de antibióticos en nuestro entorno y en Europa y se revisaron los informes de resistencias antibióticas locales. Como material de consulta, se aportaron a los participantes guías de práctica clínica y se facilitó material divulgativo y direcciones de Internet útiles para padres. Se creó una cuenta de correo para consulta de posibles dudas y para recibir aportaciones de los participantes.

La participación en el proyecto por parte de los pediatras ha sido voluntaria. Tras el taller formativo se recogieron datos de prescripción antibiótica de los 3 meses posteriores (post intervención) y estos datos se compararon con los del mismo periodo del año anterior (pre intervención). Finalmente se valoraron los resultados obtenidos. Desde la idea inicial hasta la publicación de los resultados, hemos estado trabajando en el proyecto unos 3 años.

Los resultados del estudio ponen de manifiesto que el consumo de antibióticos descendió de 19,17 dosis diarias definida (DHD) por 1.000 habitantes/día a 14,36 DHD entre los pediatras participantes y de 19,84 DHD a 16,02 DHD en los pediatras que no participaron en el proyecto, aunque la diferencia entre ambos grupos no fue significativa. Se produjo una disminución

Si la educación e información sanitaria es deficiente influye en que se sigan mal los tratamientos, se olviden las dosis, se modifiquen las tomas o se interrumpa la medicación antes de tiempo

de la utilización de macrólidos y penicilinas de amplio espectro en ambos grupos. Estos resultados son mucho mejores que los reportados en cualquier otro estudio previo en España. Puede que en los años transcurridos desde la publicación de otros estudios al nuestro se haya producido una sensibilización entre los profesionales y la población para una utilización más prudente de los antibióticos, debido a las campañas realizadas en toda España con este fin.

En lo que sí coincidimos con otros estudios anteriores es que en general las intervenciones mejoran los patrones de prescripción, pero es preciso que cualquier tipo de intervención sea multidisciplinar. Al ser tan complejos los determinantes de la prescripción es necesario que toda intervención que se quiera realizar sea múltiple y actuar tanto sobre el profesional como sobre la población general.

14,36

dosis diarias por cada 1.000 habitantes es el número al que descendió el consumo de antibióticos después de la formación a pediatras. Así lo pone de manifiesto el estudio que se realizó un año después del proyecto

Son de destacar los resultados de la encuesta entre los pediatras por el alto grado de satisfacción por su participación en el proyecto, así como la sensación subjetiva de haber logrado el objetivo de mejora de su prescripción y la utilidad de la intervención realizada. Todos los pediatras participantes recibieron feedback de la utilización de antibióticos, tanto de forma agregada como por principio activo, lo cual fue positivamente valorado.

Sin duda, la intervención que hubiera obtenido mejores resultados sería la que se realiza no solo sobre los profesionales, sino la que se acompaña de formación a la población general a través de campañas institucionales y de sensibilización sobre la utilización prudente de antibióticos.

Es muy importante también la comunicación con los padres, y no dar por hecho que los padres demandan una prescripción, cuando muchas veces no es así. Desde la oficina de farmacia se puede llevar a cabo una importante labor en educación sanitaria a los padres, tarea por otro lado fundamental. Los pacientes aprenden de experiencias anteriores. Por eso, si en procesos anteriores han recibido antibióticos, la expectativa de recibirlos nuevamente será mucho mayor. Además, si la educación e información sanitaria es deficiente influye en que se sigan mal los tratamientos, se olviden las dosis, se modifiquen las tomas o se interrumpa la medicación antes de tiempo, con el consiguiente incumplimiento de los tratamientos que favorece en gran medida las resistencias bacterianas. Se debe hacer hincapié a los padres sobre la evolución natural de los procesos presumiblemente benignos que de entrada no requieren la utilización de antibióticos.

Cualquier intervención llevada a cabo por profesionales sanitarios con la finalidad de mejorar la prescripción antibiótica tiene como fin último una disminución en la resistencia a los antibióticos, y hace necesario continuar con este tipo de actividades para intentar que los antibióticos sigan siendo eficaces en nuestro medio. ●

Los ZAPATOS, accesorios para su salud

El 40% de la población española tiene alguna patología podológica (el 85% son mujeres). A pesar de estos datos de la Asociación Española de Medicina y Cirugía de Pie y Tobillo, no se atienden las recomendaciones para mantenerlos en buenas condiciones. El uso de calzado adecuado es prioritario para prevenir y minimizar riesgos.

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

El calzado ortopédico es una de las opciones que tenemos a la hora de aliviar y por supuesto corregir cualquier tipo de dolencia o molestia a la persona que lo sufre. Estos zapatos se utilizan para recuperar y corregir problemas de los pies y de las piernas incluso cuando se presenta alguna deformación o deficiencia, ya sea de tipo óseo, muscular, neurológica o articular. Los problemas en los pies pueden acarrear lesiones lumbares, dolores de espalda, desviaciones de columnas...



permite la colocación de órtesis a medida (plantillas ortopédicas), sin modificar la funcionalidad de las mismas. Hay que tener en cuenta que a veces los zapatos normales no tienen el diseño ni la capacidad adecuados para la utilización de las plantillas ortopédicas. Por eso se recomienda utilizar un zapato ortopédico para este tipo de plantillas. El zapato ortopédico tiene una altura adecuada para la colocación de estas plantillas. Las suelas interior y exterior son especiales para estas plantillas, tiene una caña alta para proteger mejor el tobillo, además de unos refuerzos laterales y en la punta que facilitan la estabilidad y el apoyo del pie sobre la plantilla, garantizando así su eficacia.

A la hora de adquirir nuestro zapato ortopédico, debemos tener en cuenta varios puntos:

En primer lugar el zapato en sí tiene que ser cómodo para nosotros, que no nos apriete pues esto puede producir rozaduras así como dolencias a posteriori y si usamos plantillas el zapato debe tener la capacidad suficiente para poder ubicarla sin problemas.

A la hora de la elección del zapato este debe de ser anatómico, confortable y por supuesto de calidad para que conjuntando estas variables sea una buena base para nuestros pies, pues ellos son los cimientos de nuestro cuerpo y los que tienen que soportar el peso.

Si usamos plantillas el zapato debe tener la capacidad suficiente para poder ubicarla sin problemas

Históricamente el calzado ortopédico ha mantenido una connotación peyorativa ya que siempre relacionan este tipo de zapatos con órtesis antiguas de cuero y acero muy pesadas y poco estéticas, aunque, eso sí, muy eficaces. Hoy día se ha evolucionado muchísimo y los diseños siguen siendo eficaces pero mucho más atractivos, además los materiales utilizados son similares a los del calzado normal.

El zapato ortopédico tiene unas características especiales y su diseño



También es muy importante la estética del modelo a elegir, en la actualidad existe en el mercado una amplia variedad de modelos (botas, sandalias, deportivos...) con atractivos diseños y muy versátiles para diferentes ocasiones o eventos, sin olvidar que todos ellos poseen capacidad para plantilla.

Estos zapatos con capacidad para plantilla son de un ancho y altura de dedos especial y como hemos comentado anteriormente indicado para aquellas personas que sufren alguna dolencia o simplemente para aquellas personas que tienen un pie más ancho de lo normal e incluso con un empeine alto, juanetes muy pronunciados, dedos en martillo, pie diabético o simplemente problemas de circulación.



Por todo esto debemos elegir siempre un calzado adecuado para el tipo de pie que tengamos y aquí te damos una pequeña guía a la hora de la elección del mismo.

- El calzado debe ser cómodo, no tiene que rozarnos ni molestar por ninguna parte.
- Es importante que se ajuste de forma adecuada a nuestro pie.
- Hay que tener en cuenta también el hecho de que sea un zapato flexible y que pueda amortiguar nuestro peso para soportarnos durante la jornada diaria ya que vamos a estar sobre ellos durante todo el día.
- La calidad del mismo es muy importante y debes elegir materiales

nobles como la piel, así como evitar las costuras interiores.

Se recomienda también la compra de los mismos por la tarde, ya que en ese momento es cuando tenemos los pies más hinchados y de esa forma comprobamos que el zapato es el adecuado para la morfología de nuestro pie.

En España uno de los referentes en el sector del calzado ortopédico es Clement Salus, fundada en 1989. La combinación en su trabajo de salud, comodidad y diseño ha traspasado fronteras y actualmente, sus artículos se pueden adquirir en Argelia, Portugal, Francia, Bélgica, Alemania, Colombia, Canadá y Kuwait.

En Clement Salus los zapatos se hacen a mano en Petrer (Alicante), usando materiales aptos para uso diario y con diseños anatómicos y ortopédicos que se apoyan en equipos con la última tecnología. El resultado, zapatos confortables pero que, al mismo tiempo, siguen las tendencias de la moda y con los que, además, se pueden prevenir calambres musculares, piernas cansadas, esguinces de tobillo, dedos en garra, edemas, juanetes, fascitis plantares, metatarsalgias, hiperhidrosis, callos, juanetes y demás patologías propias del mal cuidado de los pies.

Calzado a medida

En algunas patologías (mecánicas, artropatías, pie diabético, lesiones vasculares, lesiones de la piel...etc.) el pie necesita unas medidas fuera de lo común. Para estos casos se elabora el calzado a medida, siguiendo los siguientes pasos:

- Obtención del molde o de la horma, esto se realiza a partir de tomar las medidas al pie del paciente, una vez tomadas las medidas se prepara una horma con las mismas y se realizan rectificaciones hasta llegar a lo más parecido al pie.
- Patrones, una vez obtenida las medidas de la horma se realizan los patrones que son las piezas que formarán el futuro zapato.
- Corte de las piezas, se utilizan los patrones anteriormente obtenidos para cortar las piezas, pala, talón, caña, carrilera, etc.
- Aparado, en este proceso se unen las distintas piezas que hemos cortado.
- Ajuste de planta, se pone la planta de la horma sobre el material que queremos cortar, se dibuja y se corta.
- Contrafuerte, se corta y se coloca entre el corte del zapato y el forro interior del mismo.
- Montado del talón, este se monta sobre la horma.
- Montado de la pala, igual que en el punto anterior, se monta sobre la horma y se le coloca el tope.
- Colocación de cerco y suela, estos se colocan aplicando calor y presión.
- Acabado del zapato, se perfila la suela y se aplican los distintos tintes para la terminación completa del mismo. ●

Estrenamos colaborador y sección. Eduardo Satué, farmacéutico, filósofo y presidente de la delegación en Aragón de SEFAC (Sociedad Española de Farmacia Comunitaria), se suma a nuestra lista de colaboradores para ofrecernos

un nuevo punto de vista sobre el futuro y los retos de la farmacia comunitaria. Textos que alternará o combinará con otro tema igual de apasionante: la importancia de la bioética en el campo de la salud.

Otra farmacia es posible*

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

Vivimos tiempos revueltos. Las certezas de ayer son las incertidumbres de hoy. Nada puede darse por seguro y quien lo haga se llevará desagradables sorpresas. La crisis, los vaivenes políticos, las presiones liberalizadoras por un lado y las *funcionarizantes* por otro sitúan, como de costumbre, al farmacéutico comunitario en una situación complicada.

Pero hay algo que se mantiene constante a lo largo de la larga historia de la farmacia y a lo que ni la sociedad ni los profesionales podemos permitirnos el lujo de renunciar. Y es a paliar el dolor. Como sanitarios, nuestra labor histórica, desde el curandero que preparaba un brebaje de plantas hasta el biotecnólogo que muta genes, nuestro cometido siempre ha sido combatir la enfermedad. Pero ¿qué es en última instancia la enfermedad sino el dolor, ya sea físico, psicológico o moral, que acompaña siempre a todo problema de salud? Así, eliminar el dolor, paliarlo cuando no es posible y finalmente acompañarlo si no tenemos más alternativas son uno de los compromisos inherentes a nuestra profesión. Y este debe ser uno de los puntos de referencia que nos guíen en estos tiempos de cambio hacia un desarrollo profesional más preparado, más efi-



caz, más implicado con el paciente que tratamos. De esta manera, podremos preguntarnos ¿esta reforma que se plantea, esta ley que se nos viene, este debate que nos ocupa... o incluso esta reforma que planeo en mi farmacia... va a servir para tratar mejor el dolor de mi paciente? Porque si no es así, en algo nos estamos equivocando. Si lo que planteo no sirve para que en última instancia Doña Carmen, Pablo, D. Orencio y tantos nombres y caras que os pueden venir a la cabeza estén mejor atendidos, mejoren su calidad de vida, toleren mejor su dolor... entonces sólo servirá para recortar gastos o para maquillar cifras o para que alguno engorde su ego o su bolsillo, o pueda escribir un libro o presumir en los grandes salones pero no servirá para aquello a lo que nos debemos, que es mirar directamente al dolor de nuestros pacientes y ayudarles a soportar su carga.

Y podemos decir que la farmacia mediterránea tiene un plus que pocas farmacias en el mundo tienen: la cercanía, la capilaridad, la disponibilidad del profesional... es un tesoro que debemos conservar por el bien de la sociedad. Ni el mejor robot del mundo podrá sustituir nunca el trato humano directo con el paciente ni la telefarmacia, ya sea de un hospital o

de un centro tecnológico o de cualquier otra índole, podrá realizar el trabajo que implica encontrarse cara a cara con el paciente. Porque el dolor es una dimensión trasversal donde paradójicamente las personas necesitamos más que nunca y a la vez podemos ofrecer más que nunca. Y solo el contacto humano es capaz de obrar el milagro que ninguna tecnología sanitaria puede suplir.

Y por todo esto, para los que formamos parte de esta delegación, hoy es un día grande, enorme porque tenemos dos importantes noticias: por un lado celebramos el convenio firmado entre el COF Huesca y Sefac sobre servicios farmacéuticos, una herramienta destinada a mejorar la capacitación y la implantación de los nuevos servicios profesionales farmacéuticos, el décimo convenio a escala nacional de este tipo y un claro ejemplo de la importante sinergia que se genera de la colaboración de colegios y sociedades científicas, y, por otro lado, tenemos el orgullo de lanzar uno de los mayores acontecimientos de la vida profesional farmacéutica de este país: la presentación del VII Congreso Nacional de farmacéuticos comunitarios, el principal congreso científico de la farmacia comunitaria y uno de los puntos de encuentro imprescindibles que deben servirnos para avanzar, desarrollar, adaptar la profesión a lo que hoy y mañana necesita la sociedad. Un congreso para la sociedad, porque una sociedad que no cuida el auxilio y el socorro a los más débiles es una sociedad encaminada a la autodestrucción. Para la farmacia española, porque solo a través de esforzarnos y entregarnos al máximo el farmacéutico estará cumpliendo con lo que debe hacer. Para la farmacia aragonesa, porque nos pone

Como sanitarios, nuestra labor histórica, desde el curandero que preparaba un brebaje de plantas hasta el biotecnólogo que muta genes, nuestro cometido siempre ha sido combatir la enfermedad

Ni el mejor robot del mundo podrá sustituir nunca el trato humano directo con el paciente ni la telefarmacia (...) podrá realizar el trabajo que implica encontrarse cara a cara con el paciente

en el mapa del motor de cambio y da un mensaje a la administración, a otros profesionales sanitarios, pacientes... de qué podemos hacer y hasta dónde podemos llegar. Y un congreso para cada uno de los farmacéuticos que acudan y colaboren con el mismo porque nos marca retos, nos estimula y nos hace mejores.

Por eso, amigos, quiero realzar el lema del próximo congreso de far-

macéuticos comunitarios: *"Estamos más cerca, llegamos más lejos"*, porque realmente ésta debe ser la contribución de nuestra generación a la farmacia, uniendo la tradición farmacéutica, la capilaridad... el estar cerca... a lo que se espera del farmacéutico del siglo XXI, a avanzar en los nuevos servicios farmacéuticos, a ser más resolutivos, más capacitados, en definitiva... a llegar más lejos.

(*) Reproducción del Discurso de inauguración de las Jornadas SEFAC Aragón celebradas en Zaragoza el pasado 4 de junio.

Otra farmacia es posible, pero una que sepa bien de dónde viene como referencia para saber a dónde quiere ir. ●

EDUARDO SATUÉ DE VELASCO

(Zaragoza, 1973). Licenciado en Farmacia por la Universidad de Navarra. Graduado en Filosofía por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Experto universitario en Educación para la Salud por la UNED. Farmacéutico titular de Maella (Zaragoza). Farmacéutico de Administración Sanitaria de la Diputación general de Aragón (en excedencia). Presidente en Aragón de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. Secretario de la Red Española de Atención Primaria. Colaborador habitual de Farmamundi.

ZARAGOZA, sede del Congreso Nacional de Farmacia Comunitaria

Del 26 al 28 de mayo de 2016, la capital aragonesa acogerá el VII Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC). Con el objetivo de potenciar la labor científica e investigadora de los farmacéuticos comunitarios, SEFAC ha convocado 13 becas para las mejores comunicaciones que se presenten al Congreso. Las becas, cuyas bases íntegras pueden consultarse en el apartado Información científica de www.congreso-sefac.org, incluyen la inscripción gratuita al congreso para uno de los autores firmantes de cada comunicación presentada y seleccionada.

Las 13 becas se distribuyen entre las distintas delegaciones territoriales de la sociedad científica. A SEFAC Aragón-Lifara, que agrupa Aragón, Navarra y La Rioja, le corresponden dos becas. Los temas de investigación de los proyectos que quieran optar a estas ayudas deben desarrollarse en el campo de la farmacia comunitaria en

la comunidad autónoma de la beca a la que opten. Asimismo, el investigador principal y la mayoría de los miembros del equipo investigador deberán trabajar en farmacia comunitaria en la comunidad autónoma de la beca a la que opten y al menos uno de ellos deberá ser socio de SEFAC.

Para optar a las becas hay que presentar a través de www.congreso-sefac.org una memoria en dos fases: en la primera se enviará la propuesta del proyecto con toda la información solicitada, sin resultados. La fecha límite para presentar esta documen-

tación será el 2 de noviembre. Una vez enviada dicha documentación los evaluadores harán una primera selección de las propuestas y facilitarán a partir del 16 de noviembre pautas, sugerencias y/o recomendaciones para mejorar los proyectos si fuera necesario. En la segunda fase de la memoria los trabajos inicialmente admitidos deberán añadir los resultados obtenidos y sus conclusiones. La fecha límite para presentar esta información con resultados será el 1 de febrero de 2016. El fallo definitivo de las becas se comunicará a partir del 22 de febrero. ●

ESTAMOS MÁS CERCA,
LLEGAMOS MÁS LEJOS

26 - 28 mayo

MICRONUTRICIÓN

MICROBIOTA

¡UN LACTIBIANE PARA CADA SITUACIÓN!

Defensas



Voyaje



ATB



Cnd



Référence



Tolérance



H-Py



Enfant



Iki



CALIDAD PILEJE

MÁS DE 20 AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA SELECCIÓN DE CEPAS MICROBIÓTICAS

WWW.PILEJE.ES

Pileje

LA MICRONUTRICIÓN

Venga quien venga

Después de unas elecciones municipales y autonómicas con cambio en el equipo de gobierno, siempre se abre un tiempo o de esperanza o de incertidumbre. Si a este cambio le sumas que hay nuevos partidos políticos sin la experiencia en las labores de gobernar, pero con una idea clara de lo que quieren, creo que viene un tiempo edificante.

En medio se encuentran la farmacia, los farmacéuticos, los medicamentos y, lo más importante, nuestros pacientes. No voy a explicar, ni de cerca, cuál es la mejor política para la farmacia aragonesa, pero sí que quiero explicar cuál es la farmacia que estamos ofreciendo a nuestros pacientes y cómo mejorarla.

Nuestro actual Ministro reconoció recientemente que nuestro colectivo, en los tiempos más difíciles, ha arrimado el hombro con las Administraciones. Debemos valorar estas palabras y recordarle que nuestro colectivo está viviendo de cara esta crisis financiera. Con medidas que no tendrán vuelta atrás.

Nuestra contribución al gasto sanitario está siendo sangrante, con las políticas de precios de referencia o la prescripción por principio activo. Es tan importante que ha provocado que la farmacia rural, de la que en Aragón hay unas cuantas, este pasándolo verdaderamente mal.

Somos conscientes que tenemos que trabajar con la Administración y que la farmacia ha asumido el rol de que “estamos para colaborar”, como parte del sistema de Salud. Una de las fuerzas de nuestro colectivo es la red asistencial por todo el territorio. Una red que debe ser aprovechada. Que el 99% de los españoles tengamos en nuestra población acceso al medicamento, a fármacos personalizados, a productos sanitarios, nutrición enteral... eso es un servicio difícilmente superable y nuestra población así lo quiere y lo precisa.

Además, el profesional que atiende en esas farmacias está formándose en seguimiento farmacológico. Aprendiendo cómo implantar servicios que faciliten la adhesión de esos

pacientes al tratamiento. Buscando información en el uso de unos medicamentos que requieren entrenamiento para conocer su manejo, como por ejemplo las insulinas, o los inhaladores que tanto se usan a día de hoy.

Lo que hace de nuestro trabajo un servicio diario también es la confianza que depositan en nosotros nuestros pacientes. Y eso lo aprecian más los pacientes de los pueblos, pues el farmacéutico es el único sanitario accesible. Sin listas de espera y las 24 horas, haciendo, incluso, visita domiciliaria para resolución de problemas.

Pues si somos capaces, por ejemplo, de dar servicio con sistemas personalizados de dosificación a pacientes que no cumplen con el tratamiento, si en el mundo rural también hacemos atención farmacéutica domiciliaria, ¿por qué no dotarnos de lo necesario para que esa farmacia rural tenga otros servicios sanitarios? Por ejemplo, la dispensación en las farmacias de esos medicamentos innovadores que los pacientes deben recoger en los hospitales de referencia que no están en sus municipios. Con las dificultades y kilómetros que a algunos les supone.

Para eso, tenemos que estar coordinados con los farmacéuticos del hospital, como lo estamos, cuando se nos requiere, con los médicos o con el equipo de enfermería del sistema sanitario. Es decir, debemos formar parte de las estrategias y planes de salud. Somos profesionales sanitarios y para remar todos en la misma dirección nuestra actuación no puede quedar aislada.

¿Nuestro trabajo debe valorarse, por ejemplo, como material quirúrgico? Creo que aportamos más, por lo explicado a lo largo del artículo ¿O debería valorarse como el sueldo de un sanitario de la Administración?

Por eso, venga quien venga y caiga quien caiga, “nuestra” farmacia es necesaria para la salud de los aragoneses, para el bienestar de la población. Pero sin olvidarnos que en sanidad no podemos hacer una foto fija, estamos en constante evolución y queremos formar parte. ●



Ángel Mas Farré.
Presidente del COF
de Huesca.

Venga quien venga y caiga quien caiga, “nuestra” farmacia es necesaria para la salud de los aragoneses, para el bienestar de la población



*My Elements
for Life.*



Sales Minerales: La esencia de una vida saludable.



**TAMBIÉN
DISPONIBLE
EN POMADAS**

**Sales de Schüssler DHU,
las originales.**

Infórmate en:
www.dhu.es
www.salesdeschussler.com

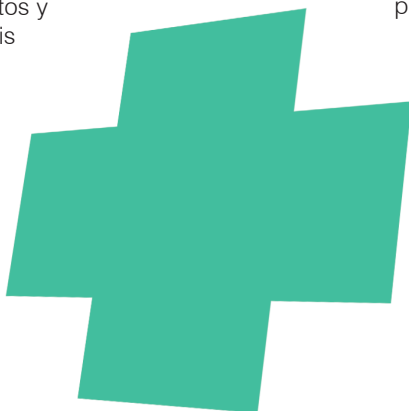
Sales Dr. Schüssler



La mirada externa

Visitar la oficina de farmacia pasó de ser una visita esporádica de cuatro o cinco veces al año a convertirse en casi una obligación a menudo semanal para Sandra, madre de dos hijos de 3 y 5 años.

Antes de que su hijo mayor fuera ni siquiera un bebé, Sandra ya se convirtió en asidua de su botica más cercana y con los años esa relación, que primero fue meramente comercial y luego pasó a ser de confianza, se convirtió en una estrecha amistad. “Los médicos cambian más habitualmente, pero mi farmacéutico y sus auxiliares siguen siendo los mismos que asistían a los primeros ataques de tos y las primeras otitis de mis hijos”, declara Sandra, sorprendiéndose ahora de cómo se asustaba con los primeros diagnósticos médicos que recibió de su hijo mayor y cómo el boticario normalizaba cualquier tratamiento proporcionándole tranquilidad.



Sandra es la típica madre española que compatibiliza su trabajo de muchas horas con el cuidado de sus hijos. Por eso sabe valorar muy positivamente el trato cercano y próximo del servicio de prestación farmacéutica que disfruta en su localidad. “Si veo que se resfrían o aprecio que tienen síntomas que ya conozco acudo enseguida a la farmacia y les pido consejo para comenzar el tratamiento que me aconsejan, pues es más fácil y más cómodo que pedir cita previa, acudir al médico para que al final me dé los mismos medicamentos de siempre”, dice Sandra demostrando así la gran confianza que deposita en su farmacéutico.

Agradece Sandra también la amplitud de horarios que le permite acudir a la botica durante la jornada de los sábados o las guardias que realizan las farmacias de su

población durante las noches o fines de semana. “Sé que siempre tengo a quien recurrir si me falta un medicamento o necesito una crema para quemaduras pues los niños son imprevisibles”.

Sandra es consciente que el modelo de servicio farmacéutico que rige en nuestro país es idóneo y que se caracteriza por su alta calidad y proximidad a los ciudadanos. “Confío en la farmacia, en el profesional que me atiende y en la calidad de los productos que oferta”, insiste Sandra, explicando que por los problemas de la piel atópica de su

hijo recurre habitualmente a los productos de parafarmacia que le dispensa su farmacia. “No sé si son más caros que en otros establecimientos pero quiero que la piel de mi hijo esté cuidada perfectamente y no puedo permitirme el lujo de hacer experimentos y luego pagarlos caros”.

¿Cómo mejorar el servicio farmacéutico para las madres? Ante esta pregunta Sandra piensa y asegura rápidamente que a ella lo que le importa es tener a un profesional formado a su disposición al que recurrir cuando tiene una duda sobre la medicación y sus efectos así como pedir consejo sobre los mejores productos para su familia.

Asiente positivamente ante las iniciativas que ya muchas oficinas de farmacia de toda España, entre las que se encuentra la de su barrio, realizan en las redes sociales proporcionando consejos y cuidados o informando de sus productos, pero no se le olvida que en la era de la comunicación digital lo importante sigue siendo la confianza que mantiene con los profesionales que la atienden en su farmacia. Porque es su farmacia, parte de su vida, y una parte muy importante porque le aporta tranquilidad. ●



Antonio Hernández Torres
Presidente
del COF de Teruel

No se le olvida que en la era de la comunicación digital lo importante sigue siendo la confianza que mantiene con los profesionales que la atienden en su farmacia



Interesante 2015 (2ª PARTE)

Mi último artículo en BIFAR lo titulé: *Interesante 2015*. En su frase final recalaba "cierto optimismo, incertidumbre electoral y mucho que trabajar para 2015". Hoy me presto a una segunda parte dejando abierta una solución de continuidad para noviembre.

Las urnas se expresaron en mayo. Opiniones hay para todos los gustos. Hay quien dice que casi es mejor que la agitación de la coctelera haya sido ahora, que lo importante es lo que pasará en noviembre... Que en este periodo se verá la diferencia entre lo que se promete desde la barrera y lo que cuando bajas a la arena se puede hacer o no...

Hay quien dice que hay que proteger al más débil, ejercer más política social, crear empleo de calidad, vivienda para todos, stop a los desahucios, el espíritu del reparto de la riqueza... Todo está bien, claro... pero ¿hasta qué punto estas soluciones fomentan el no trabajo y el no esfuerzo? Mayor intervención de los poderes públicos en la sociedad, pero ¿es esto eficiente y sostenible? Lo veremos...

La otra cara de la moneda son los mercados, esos entes que regulan en la sombra con corrientes de flujos de fondos. Poderosos mercados que en el mundo occidental son más severos, mucho más severos que los gobiernos, y sus tendencias mucho tienen que decir en el futuro social. En muchos casos basan su potencia en la iniciativa privada individual como el motor del desarrollo y del progreso. Es la ley del mercado, según les parece analizan y toman decisiones: ahora invierto, ahora me voy.

Los primeros han crecido en los comicios, favorecidos por una sociedad hastiada de corrupción, recortes, subidas de impuestos, austeridad, escaseces y paro, mucho paro... Aunque ya se crea empleo.

Una cosa importante que, a mi juicio, no se debe desaprovechar es el ciclo económico. Un ciclo que, a priori, va a ser alcista según las previsiones de casi todos los que las emiten –esperemos que acierten y que las bases de crecimiento sean robustas–. ¿Qué sucede en un ciclo alcista? La economía crece, los mercados aumentan, las empresas trabajan más, invierten más, generan más empleo, obtienen más beneficios, que reinvierten o retornan a sus accionistas. En definitiva, ponen más recursos en manos de los ciudadanos que consumen más y realimentan la demanda creando un ciclo expansivo. Además, todos pagan más impuestos, ya que si ganan contribuyen. Así se aumenta la recaudación que podría dar lugar posteriormente a bajar los impuestos y enjuagar el déficit público. Esa es aquella famosa paradoja que dice que aumentar los impuestos no quiere decir que aumente la recaudación. Problema este

que se dio en el periodo 2008-2014 durante el ciclo de economía recesiva. En estos ciclos expansivos la fuerza del mercado es crucial. Según algunos economistas los gobiernos deben crear escenarios favorables y atractivos para que se desarrolle el crecimiento.

Y en Sanidad ¿qué puede pasar? Con las transferencias, las Comunidades Autónomas con cambio de Gobierno cobran especial relevancia. A la hora de escribir este artículo, en Aragón todavía estamos pendientes de Gobierno y de Consejería. ¿Qué podemos adelantar? La verdad es que los últimos años en Sanidad y no digamos en Farmacia han sido malos. Malos porque, en mi modesta opinión, algo ha fallado. En los últimos diez años se ha gestionado la Sanidad, pilar del estado de bienestar, sin una hoja de ruta clara y sin un plan director, no se han centrado bien los problemas. Eso nos llevó a finales de 2011 a una deuda con proveedores importante, deuda que vivimos las farmacias en nuestras propias carnes... Ajustes, recortes, impagos, todo medidas cortoplacistas.

Esos malos tiempos han ido a mejor. La farmacia aragonesa ha terminado la legislatura al día en cuanto a cobros, una magnífica noticia sin duda, su trabajo ha costado. En Sanidad y en Farmacia, al igual que en otras áreas del estado de bienestar, como son las pensiones, la pirámide poblacional manda, y ese imparable ritmo de la estructura de envejecimiento y cronicidad es tozuda y se nos viene encima. Previendo esta situación, se requieren medidas a corto, medio y largo plazo. Medidas consensuadas y que no se cuestionen cada cuatro años según el color del partido que, a fuerza de pactos y servidumbres, asume la responsabilidad de gobernar.

Son momentos delicados en los que parece recomendable valorar la viabilidad y ejercer la responsabilidad y el compromiso, tomando medidas sin dejar de prever y asumir las consecuencias que puede haber. En sanidad no se deben cambiar cromos, sino hacer políticas que garanticen su sostenibilidad. Hay mucho en juego y el momento es propicio para edificar un sistema sanitario excelente y duradero con pasos cortos pero firmes y sin grandes golpes de timón que pongan en peligro lo hasta ahora edificado. Es el momento de guardar la tijera del cortoplacismo en el cajón y construir la sanidad del futuro eficiente y sostenible donde una farmacia fuerte, estable y solvente tiene mucho que decir y mucho que aportar.

El futuro lo iremos viendo, desde estas líneas hago una llamada a una profunda reflexión y que una vez realizado el diagnóstico haya acierto en las decisiones, en las que, a la fuerza, los farmacéuticos tendremos que intervenir. Y eso sí, en noviembre más.

Buen verano a todos. ●



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

Es el momento de guardar la tijera del cortoplacismo y construir la sanidad del futuro eficiente y sostenible, donde una farmacia fuerte, estable y solvente tiene mucho que aportar





EL FUTURO
DE SU FARMACIA,
**SIEMPRE
SEGURO**

Hasta un

25%*
dto.

en su Seguro de Farmacia

CONTINUAMOS OFRECIÉNDOLE SERVICIOS EXCLUSIVOS
PARA SU NEGOCIO

- ✓ NUEVA COBERTURA RECETA ELECTRÓNICA
- ✓ MANITAS PARA LA OFICINA DE FARMACIA
- ✓ SEGURIDAD TECNOLÓGICA
NUEVOS SERVICIOS DE ASISTENCIA INFORMÁTICA:

- AYUDA TECNOLÓGICA ONLINE Y DISPOSITIVOS MÓVILES
- COPIA DE SEGURIDAD
- REVISIÓN Y PUESTA A PUNTO
- DIAGNÓSTICOS Y REPARACIONES
- MANITAS TECNOLÓGICO
- RECUPERACIÓN DE DATOS
- PROTECCIÓN DE VIDA DIGITAL
- SEGURIDAD Y PROTECCIÓN



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

Un libro y un DVD resumen la jornada en Zaragoza de acceso a medicamentos y PROPIEDAD intelectual

Farmamundi Aragón ha editado un libro y un DVD con el resumen de las intervenciones de los expertos que debatieron en marzo en el Colegio de Abogados de Zaragoza sobre acceso a medicamentos, propiedad intelectual y derecho a la salud, y que ha distribuido entre Colegios Profesionales, profesores, Farmacias y otros colaboradores gracias al proyecto financiado por el Gobierno de Aragón.

En la actualidad, el mercado internacional no favorece el desarrollo de nuevos medicamentos contra las enfermedades asociadas a la pobreza, y los acuerdos comerciales internacionales prevén para los nuevos medicamentos precios inasequibles para la mayoría de las personas que los necesitan. Farmamundi considera este debate imprescindible porque sólo en África más de 320 millones de personas tienen un acceso menor del 50% y cada día mueren unas 27.000 personas por causas evitables relacionadas con la falta de acceso a medicamentos básicos.

Las ponencias y comunicaciones de esta Jornada incluida en la campaña "Esenciales para la vida" y financiada por el Gobierno de Aragón se han recogido y editado en el libro: *"Una reflexión sobre el comercio internacional, la propiedad intelectual y el derecho a la Salud. Ponencias y comunicaciones. Abril de 2015"*. También se ha editado un DVD con las intervenciones que se ha distribuido entre los Colegios profesionales que apoyaron dicho acto, el profesorado de la Universidad de Zaragoza participante,

350 farmacias de Aragón y otros colaboradores habituales de Farmamundi.

Superhéroes

La difusión del DVD y el libro coinciden con la nueva campaña de captación de socios en Aragón, donde Farmamundi declara, con un toque de humor, que necesita reclutar más superhéroes para salvar vidas. La ONG, con más de 20 años trabajando por asegurar el derecho universal a la salud, ha reunido a cuatro de sus héroes para animar a la población a unirse a ella y así luchar por el acceso a los medicamentos esenciales en países empobrecidos, combatir la malnutrición infantil y procurar atención sanitaria urgente en emergencias y crisis humanitarias.

Los primeros en responder a este llamamiento han sido el presentador y humorista Arturo Valls y la actriz Marta Belenguer, quienes han colaborado para hacer más visible el trabajo humanitario de Farmamundi. Puedes ver la campaña y sumarte a Farmamundi en:

www.quieroerunsuperheroe.es



QUINCE farmacéuticos participarán en proyectos internacionales

Farmacéuticos Sin Fronteras, dentro del programa *Proyecto Boticarios*, ha formado a quince farmacéuticos para viajar a diferentes países del mundo con el objetivo de participar en nueve proyectos de cooperación farmacéutica, colaborando con ONG locales y españolas.



Un total de quince farmacéuticos preparan su salida a terreno a diferentes proyectos de cooperación farmacéutica tras un periodo de formación que concluyó con las III Jornadas Presenciales sobre Cooperación Farmacéutica, celebradas los días 20 y 21 de junio en Caixaforum de Madrid. Las intervenciones se distribuirán entre la India, República Dominicana, Perú, Bolivia, Ecuador, México y Senegal, donde llevarán a cabo actividades relacionadas con la gestión de redes de asistencia farmacéutica, farmacia de hospital, educación sanitaria y nutrición.

Las intervenciones se distribuirán entre la India, República Dominicana, Perú, Bolivia, Ecuador, México y Senegal

Estos quince farmacéuticos se han formado durante ocho meses a través del curso "Especialización en Cooperación Farmacéutica", que ha cumplido ya su tercera edición. Además de estos 15, otros 19 alumnos han rea-

lizado el curso. En total son 101 farmacéuticos los que en tres años han pasado por la citada actividad formativa.

En las jornadas presenciales se organizaron varios talleres de gestión de proyectos, análisis de aguas, patologías infecciosas y diferentes ponencias sobre asistencia farmacéutica en terreno e higiene alimentaria. Asimismo, hubo espacios de diálogo que acercaron la realidad de la cooperación a los alumnos que tuvieron la oportunidad de convivir con el equipo humano de Farmacéuticos Sin Fronteras, tanto en las ponencias como en las reuniones más informales. En estas reuniones se debatió sobre varios aspectos de la cooperación farmacéutica, entre los que destacan la importancia de la comunicación y la visibilidad de la entidad en las intervenciones de los voluntarios.

Además, se organizó una mesa redonda a la que asistieron responsables de los proyectos en los que se van a realizar estas asistencias técnicas a fin de concretar los trabajos a realizar por los farmacéuticos en terreno.

Proyecto Boticarios

El Proyecto Boticarios es el marco donde se encuadran el Curso de Especialización en Cooperación Farmacéutica y las asistencias técnicas en terreno, con objeto de formar al profesional sanitario en la gestión y ejecución de proyectos en el ámbito farmacéutico y a su vez intervenir en proyectos sanitarios en países en desarrollo. Además, una vez formado, el alumno pasa a formar parte de una base de datos gestionada por FSFE de la cual podrán servirse las ONGD sanitarias para la inclusión en cualquier proyecto que sea susceptible de ser dirigido, planificado, ejecutado o evaluado por un profesional farmacéutico.

Esta iniciativa está financiada por Laboratorios CINFA y cuenta con el apoyo del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), la Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR), y diferentes universidades como la Universidad Complutense de Madrid, la Universidad Europea, la Universidad Alfonso X El Sabio y la Universidad de Sevilla. ●

Teruel existe: Ordio MINERO

Antonio Alfonso Casas. *Farmacéutico.*



Tenían que ser de Teruel. **Enrique y Chesus** no podían ser de otro sitio. Para ser más exactos son de Blesa, pueblecito de la comarca de las Cuencas Mineras, de esos que no salen casi ni en el mapa, pero que ahora se les ve un poco más, vaya que sí.

Emprender una nueva idea estos años ha sido tarea complicadísima, pero si además son dos chavales jóvenes y viven en un pueblecito de poco más de 100 habitantes, sencillamente es una locura. Y, oye, adelante que fueron. Cuando conocí a Quique y Chesus, al principio pensé que estaban como dos chotas, pero vi que tenían una ilusión absolutamente imposible de parar y, lo que es más importante, un proyecto muy bien hecho, unas cervezas que estaban pero que muy buenas y una imagen corporativa muy trabajada y creativa.

La aventura empieza en Blesa en 2012, elaborando cervezas artesanas en una olla de 50 litros. Solo 3 años más tarde ya van por los 25.000 litros al año. Pasito a pasito...

Y en este 2015, además, se han lanzado a abrir una cervecería en Zaragoza, en la calle Espoz y Mina, donde disfrutar de sus creaciones y de alguna que otra cosa más. Después de todo este pasteleo cariñoso, voy a hablar de una vez de las cervezas, que es lo que nos trae aquí, lo que interesa, vamos. Tienen ya 6-7 referencias y seguro que cuando lean ustedes estas líneas esta-

rán pergeñando alguna otra nueva (a ver cuándo me dais a probar el experimento ese de la "mata dragones").

Su primera creación fue "lignito", una cerveza negra que no podía tener un nombre más acertado viniendo de un pueblo minero. Una típica cerveza negra con la robustez, dulzor, notas de regaliza propias de este tipo de cervezas, magnífica para tomártela con unas lascas de queso de Albarracín que te ofrecen en la escueta pero amable barra.

Curiosa es también la "lignito-milk" con lactosa, que le da un toque de suavidad y cremosidad bastante particular. Pasamos ya

a otras cervezas más ligeras, ideales para todos los públicos, como la Royale, una cerveza roja de estilo irlandés, con un paso de boca suave y dulce, que con una tapita de salmón o una *Gilda* queda perfectamente. Voy dejando para el final mi favorita, la Triticale, no porque sea la mejor ni lo contrario, simplemente, la que más me gusta a mí, que para eso escribo estas líneas. Triticale es una cerveza dorada, más ligera, fácil de beber, difícil de beber solo una, y que está hecha, como su nombre indica, con triticales que es un cruce entre trigo y centeno desarrollado tecnológicamente en Aragón. ¿Y con qué la acompañamos? Pues con una tapita de albóndigas con tomate en la terracita y una buena cuadrilla de amigos.

Continuo con las ideas geniales, por no decir malévolas, de estos chicos, como la "Blesa black card". Entenderán ustedes como yo que este nombre es una referencia a su querido pueblo, y el *black card* es para la clientela internacional. ¡Ah! ¿Qué habrían pensado ustedes en algún banquero? Será casualidad, no me sean malos. Es una cerveza negra con más lúpulo, más potencia, un amargor más pronunciado.

También pueden degustar otras cervezas internacionales: de Canadá, Dinamarca, Bélgica, cambiando constantemente. Las últimas que probé son una artesana canadiense fabulosa y una *KrieK* de cereza belga, perfecta para acabar con un postre de chocolate, como dicen en nuestra zona "un caramelo".

Paro ya de hablar de estos chicos que se me acaba el papel. Simplemente abrazar la idea de Quique y Chesus y animarles a ustedes a sofocar estos calores estivales con una buena cervecita de Teruel.

Salud y a disfrutar



MASERATI GHIBLI DIESEL PRECIO PROMOCIONADO: 66.246,03€ (IVA), TRANSPORTE E IMPUESTO DE MATRICULACION INCLUIDOS). LEIEM CALCULARLOS AL TIPO GENERAL. NO OBTENTAR EL TIPO APLICABLE PUEDE
MÁS. IMPORTES TOTAL ANTEU ADOT: 68.131,13 €. PARA UNIDADES ENVIADAS A

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



+40
campanas
al año

CONOCIMIENTO



PANEL
Conoce mejor
a tus clientes

+ 2.150 farmacias + 400.000 clientes

www.farmapremium.es - Un servicio



Líderes en farmacia, expertos en salud