



# Infectio

## Asociación Colombiana de Infectología

[www.elsevier.es/infectio](http://www.elsevier.es/infectio)



### EDITORIAL

## Necesidad de una farmacia nacional: un problema de seguridad nacional



## Need for a national pharmacy: An issue of national security

Jorge Enrique Gómez Marin <sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Grupo de Investigación en Población Infantil (IPI), Hospital Universitario San Juan de Dios, Armenia, Colombia

<sup>b</sup> Grupo de Estudio en Parasitología Molecular (GEPAMOL), Centro de Investigaciones Biomédicas, Universidad del Quindío, Armenia, Colombia

La aparición reciente de infecciones parasitarias en zonas urbanas, antes casi exclusivas de paros silvestres, son un llamado de alerta sobre la vulnerabilidad del país frente a situaciones de brotes y la ausencia de reservas en fármacos estratégicos para la seguridad del país. En efecto, la enfermedad de Chagas ha tenido brotes de transmisión oral urbanos cada vez más frecuentes<sup>1</sup>. La capacidad de adaptación de los vectores de la enfermedad de Chagas, leishmaniasis y malaria a los ambientes urbanos es asombrosa. Los episodios ocurridos en Caracas y los estudios del grupo del Dr. Noya de la Universidad Central de Venezuela han demostrado como el vector se ha adaptado a zonas urbanas y vive, se reproduce y se encuntra en los colchones, ya no solo en las rendijas de construcciones de tierra<sup>2</sup>. En la actualidad la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis en varios estados de Brasil son mayoritariamente urbanas<sup>3,4</sup>. En Caracas cada nuevo año los brotes de Chagas urbano son más frecuentes<sup>5</sup>. En Colombia ya se reportó malaria autóctona en Armenia<sup>6</sup>, leishmaniasis visceral en Neiva (<http://www.lanacion.com.co/index.php/noticias-regional/neiva/item/150682-estudian-casos-de-leishmaniasis-en-neiva>) y Chagas en Lebrija, Turbo, Bucaramanga, Aguachica<sup>1,5,6</sup> y recientemente en Casanare (<http://www.pulzo.com/otras-zonas/brote-de-chagas-tiene-en-alerta-los-habitantes-de-casanare-128456>).

Colombia no está preparada para atender esta nueva situación y la potencial aparición de brotes mayores. Nuestro país depende de importaciones de los medicamentos, tales como el nifurtimox o el benznidazol o el praziquantel, que ya no son producidos por empresas farmacéuticas, sino por empresas estatales en Argentina y Brasil. Evidentemente nuestros países hermanos suramericanos no van arriesgar un desabastecimiento para sus nacionales atendiendo necesidades de otros países. Es totalmente válido que la producción sea prioritaria para ellos. Esto ocurrió, por ejemplo, durante la epidemia por el virus de la influenza H1N1 cuando los países norteamericanos y europeos realizaron reservas de vacunas para sus nacionales e hicieron oídos sordos, bajo criterios de seguridad nacional, a pedidos de los países donde estaban ocurriendo los casos.

¡Es claro entonces que la solidaridad y la falta de fronteras de un mundo globalizado tiene sus límites!

Colombia, durante el llamado periodo de apertura económica en los años 80, debilitó al Instituto Nacional de Salud, que producía los sueros antiofídicos y la vacuna para fiebre amarilla, rabia y otros productos biológicos esenciales, con el argumento de que para el país (bajo preceptos de costo-eficacia) era mejor estrategia (*sic*) comprar a otros países que lo producirían mejor (*sic*) que nosotros. El resultado fue que ocurrirían muchas muertes por rabia y mordedura de serpientes en ausencia de biológicos y que se produjo pánico gubernamental cuando hubo un inicio de brote de fiebre amarilla y Brasil no estaba en capacidad de suministrar nos suficientes dosis de vacuna (<http://historico.elpais.com.co/paonline/notas/Enero232004/A223N1.html>). No

Correo electrónico: [gepamol2@uniquindio.edu.co](mailto:gepamol2@uniquindio.edu.co)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.infect.2015.08.001>

0123-9392/© 2015 ACIN. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

hemos aprendido de estas experiencias. Aunque se reinició la producción de suero antiofidico, no contamos con producción ni suministros garantizados para medicamentos de interés en salud pública. Son recurrentes los requerimientos para contar con medicamentos para tuberculosis (<http://www.eltiempo.com/bogota/polemica-en-bogota-por-escasez-de-antibioticos-contra-tuberculosis-/14481237>), ni que decir para toxoplasmosis, leishmania y Chagas, con periódicos desabastecimientos. Sobre todo, no existe una fuente confiable, segura, eficaz para que cualquier médico en cualquier sitio del país acceda al tratamiento de su paciente: el equivalente a un servicio 123 para médicos. El Ministerio tiene un boletín de disponibilidad de medicamentos (<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Boletin%20de%20disponibilidad%20%20Colombia%20Q%202013.pdf>): ¿cuántos de ustedes lo conocen? En Estados Unidos todo médico frente a una condición de salud pública cuenta con un número del CDC que atiende 24 h y asegura la llegada del medicamento a cualquier punto del territorio.

El país, entonces, debe crear una farmacia nacional pública en la cual se produzcan, que además tenga como función garantizar y coordinar su distribución a cualquier sitio del territorio, y que constituya reservas de estos medicamentos, de los cuales ninguna empresa farmacéutica del orden privado hará, ya que no tienen margen de beneficio suficiente para ellas.

La ausencia de producción de estos medicamentos de interés en salud pública es un verdadero problema, desatendido, de seguridad nacional, en espera de la próxima crisis, a la cual acompañará la consabida dosis de pánico, que

recordará que la salud pública es la más silenciosa e inadvertida de las especialidades médicas que cuando tiene éxito (al contrario de todas las otras) y que cuando fracasa, lo hace de una manera más ruidosa y estrepitosa que cualquier otra.

## Bibliografía

1. Rueda K, Trujillo JE, Carranza JC, Vallejo GA. Transmisión oral de *Trypanosoma cruzi*: una nueva situación epidemiológica de la enfermedad de Chagas en Colombia y otros países suramericanos. *Biomedica*. 2014;34(4):631–41 [Consultado 3 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2204>
2. Alarcón de Noya B, Díaz-Bello Z, Colmenares C, Zavala-Jaspe R, Mauriello L, Díaz MP, et al. Transmisión urbana de la enfermedad de Chagas en Caracas, Venezuela: aspectos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio. *Rev Biomed*. 2009;20:158–64.
3. Harhay MO, Olliaro PL, Costa DL, Costa CH. Urban parasitology: Visceral leishmaniasis in Brazil. *Trends Parasitol*. 2011;27(9):403–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pt.2011.04.001>.
4. Martins-Melo FR, Ramos AN Jr, Alencar CH, Heukelbach J. Prevalence of Chagas disease in Brazil: A systematic review and meta-analysis. *Acta Trop*. 2014;130:167–74, <http://dx.doi.org/10.1016/j.actatropica.2013.10.002>.
5. De Noya BA, González ON. An ecological overview on the factors that drives to *Trypanosoma cruzi* oral transmission. *Acta Trop*. 2015, <http://dx.doi.org/10.1016/j.actatropica.2015.06.004>, pii: S0001-706X(15)30025-5.
6. Quintero L, López MB, Ramírez H, Castaño JC. [Outbreak of malaria in an indigenous population living in an urban area of Armenia, Colombia, 2012] [español]. *Biomedica*. 2015;35(1):24–33 [Consultado 3 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2195>