

Comentarios del Documento

“Determinantes del acceso a los medicamentos: el caso argentino”

Analia V. Alomar – Nebel S. Moscoso - Juan M. C. Larrosa

El trabajo en cuestión constituye un aporte al proponer avances hacia un modelo explicativo del acceso a medicamentos en el país. En particular, por su contribución a la medición del impacto de la Ley 25.549 y sus correspondientes provinciales.

Se vierten, a continuación, consideraciones puntuales relativas a aspectos conceptuales, y formales.

Aspectos conceptuales

En la primer sección, titulada “¿por qué es importante analizar el acceso a medicamentos”, los autores afirman que la salud es un stock que se deprecia de forma natural requiriendo de inversiones para no hacerlo. El consumo de medicamentos sería una de ellas. De allí se infiere que a mayor nivel de edad, mayores serán las necesidades de consumir medicamentos. Aún cuando la línea de argumentación es válida, resulta insuficiente. Lo que ha quedado explicado no es el acceso a medicamentos sino la “necesidad” de medicamentos.

El acceso configura un problema muy complejo en el que intervienen determinantes sociales y económicos y políticos. Entre ellos el nivel de avance de una determinada población en la transición demográfica, en la transición epidemiológica, los niveles de desigualdad en la distribución de la renta y los mecanismos de financiamiento de la salud y, como los mismos autores destacan, las acciones de política de medicamentos.

En la página 4 del documento se afirma “Es importante destacar que este aumento de precios llevó a una dispersión de precios en los productos farmacéuticos sin precedentes dentro del sector”. Aunque la dispersión es evidente, no se registra correlación directa con la política de desregulación vigente en el momento. Lo que explica la dispersión de precios no es la desregulación sino la prescripción por nombre comercial que, en realidad, disminuyó a partir del 1993. De hecho, un estudio comparativo de Precios de Medicamentos en América Latina desarrollado por AIS en 2001, afirmaba que Argentina era el país que registraba menor dispersión de precios¹

Es conocido que la formación de precios en el mercado de medicamentos no se comporta de forma similar a los demás mercados. En primer lugar, por la renta monopólica que detentan los productores en la medida que no hay soberanía del consumidor. Por otro lado, por la renta innovativa que constituiría una dimensión (tal vez la más legítima) de esa renta monopólica.

En tercer lugar, la financiación y cofinanciación institucional introducen una gran distorsión en los precios. Las economías de escala que se obtiene en compras que agregan demanda son muy superiores a las logradas en la adquisición de cualquier otro bien. Por ejemplo, el programa Remediar ha adquirido productos a un costo equivalente al 7% (esto es 83% más barato) que el precio de venta al público y en media el precio pago por el programa es 87,3% más barato que el precio de venta al público.

Por otro lado, estudios comparativos han registrado que en los seguros de salud, los copagos en medicamentos tienden a cargar la mayor parte de la financiación sobre los

¹ ver: http://www.aislac.org/pdf/otras_publicaciones/14_precios.pdf

beneficiarios aliviando el peso a las entidades aseguradorasⁱ. Esto se debe a que los proveedores acuerdan descuentos con los aseguradores sobre la parte de financiación que les corresponde a estos últimos, pero estos descuentos no benefician a los asegurados que usan los medicamentos. Por ejemplo, cuando un asegurador de salud negocia con un proveedor un descuento del 40% en los medicamentos suministrados a los usuarios y a estos se les cobra la mitad del precio de venta al público, en realidad se les está exigiendo pagar el 83% del precio de medicamento. Por este motivo, resulta complicado evaluar y correlacionar precios de venta al público.

Este carácter particular de la formación de precios en los fármacos explica que todos los países europeos, que junto con Australia son pioneros en la incorporación de políticas pro acceso a medicamentos, controlen precios de forma directa.

En el párrafo siguiente se afirma: “No se puede desvincular este aumento de precios de la vigencia de la ley de patentes..”. Esto es erróneo ya que, desde la sanción de la ley hasta el 2002 en la Argentina se había reconocido menos de una docena de patentes farmacéuticas. De hecho, la afirmación anterior respecto a la alta dispersión de precios, solo es posible en mercados donde no existe monopolio por principio activo. Un ejemplo resultará ilustrativo, uno de los medicamentos más vendido en el mundo, cuyo consumo, por otro lado, no guarda ninguna relación con los stocks de salud de la población, es el sildenafil. Como Argentina no respeta patentes hay en el mercado 33 marcas de Sildenafil con precios por comprimido que varían entre 1U\$s y 6 U\$\$, mientras que en Brasil, país que si respeta patentes, se mantiene un precio monopólico de más de U\$s 12 por comprimido.

En la página 7 se explicita la consideración de la variable dependiente “cantidad de medicamentos demandados” como una proxy de acceso asumiendo la restricción de que solo se contempla el consumo por quienes pagaron por los productos. Con ánimo de aportar a esta línea de información, cabe la observación de que la información correspondiente a la distribución gratuita de medicamentos por el programa Remediar y su utilización está disponible en el Ministerio de Salud de la Nación. Esto permitiría considerar el impacto de la política nacional de medicamentos en su conjunto.

Por último, y en función de lo expuesto, la variable que detenta mayor poder explicativo sobre el acceso es el nivel de prescripción de medicamentos por su nombre genérico. El Ministerio de Salud de la Nación, a través de su Comisión Nacional de Proyectos de Investigación en Salud, desarrolló tres encuestas nacionales (2002, 2003 y 2004) sobre muestras representativas para verificar tanto el nivel de prescripción incluyendo la Denominación Común Internacional, cuanto el nivel de sustitución en farmacias.

Aspectos formales

Los autores comienzan mencionando datos del Banco Mundial según los cuales en junio de 2002 el 34.2% de la población no accedía a los medicamentos prescriptos. Sin embargo no incluyen la cita detallada de donde obtuvieron esa información ni la incluyen luego en las referencias bibliográficas.

En la sección 2. “Determinantes de la demanda de medicamentos”, seguramente por un error involuntario de transcripción, los autores omitieron la referencia al documento “Mercado de medicamentos en la Argentina” Fundación ISALUD . *Serie Estudios de la Economía Real* Secretaría de Industria y Comercio de la Nación N°13, Septiembre de 1999. Página 7; de donde extrajeron el siguiente trecho:

“El de los medicamentos es uno de los mercados de bienes más complejos. Esto es así dada la cantidad de actores en él involucrados y por la diversidad de roles que estos asumen en el proceso que va desde la producción hasta el consumo.

Algunas de sus características lo hacen difícil de comparar con otros sectores. Por su alto ritmo innovativo se asemeja al mercado informático, por la diversidad de los productos, tamaños y complejidades de las empresas productoras se podría asemejar a la industria alimenticia. Por el volumen de facturación podría ser comparable a la industria bélica. Por la cantidad de intermediaciones y en especial de actores que participan en su financiación, es muy similar al sector de servicios médicos.

El mercado de medicamentos, como parte sustantiva de los mercados de la salud, exhibe estructuras de competencia imperfecta, a la vez que conjuga una estrecha interdependencia con los servicios asistenciales, tanto ambulatorios como de internación. Los dos primeros rasgos señalados impiden un equilibrio óptimo de asignación de los recursos y maximización del bienestar si se los deja librado a su propia dinámica interna. La estrecha interdependencia con los mercados de servicios asistenciales de salud complica la situación en la medida que cualquier distorsión de aquellos, se trasladará magnificada al mercado farmacéutico.

Una característica fundamental de este particular mercado, compartida con los demás bienes y servicios del mercado de la salud, es que, en general, quien consume no elige, quien elige no paga y quien paga (parcialmente) es un tercero. Como consecuencia de ello existen intereses contrapuestos ya que: quien paga tendrá como objetivo minimizar sus costos; quien consume querrá lo mejor para sí sin tener a su alcance el conocimiento y quien decide se ve influenciado por la oferta, que, además de tener características concentradas, tratará de inducir a un mayor consumo.”

En la página 3 se afirma que no es factible establecer el comportamiento esperado de la variable dependiente (cantidad demandada de medicamentos) frente a variaciones en el precio. Aunque el trabajo luego avanza en ese sentido, hubiera sido valioso la referencia de estudios previos de elasticidad precio en el mercado de medicamentos, tanto de Argentina como del exterior.

El gráfico 4 reproduce otro error, probablemente involuntario, fue cortado y pegado, sin ningún agregado del documento: Tobar, Federico. “Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina”. *Nota técnica de discusión de salud* 002/2004. Banco Interamericano de Desarrollo . Departamento de Desarrollo Sostenible. División de Programas Sociales. Washington D.C. Enero 2004.

ⁱ Zerda A, Velázquez G, Tobar F, Vargas JE. *Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos*. Washington DC: OMS; 2001. Página 35.