



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

Federico Tobar

Acceso a los Medicamentos

en Argentina:

Diagnóstico y alternativas



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

SEMINARIO II – Mayo 2002

**Acceso a los Medicamentos
en Argentina:
Diagnóstico y alternativas**

Federico Tobar*

***Lic. en Sociología. Investigador- Docente ISALUD**

SERIE SEMINARIOS SALUD Y POLITICA PUBLICA

INTRODUCCION

La expansión del uso de medicamentos involucra una paradoja. Por un lado, el uso masivo de medicamentos ha mejorado de forma impresionante la cantidad y calidad de vida de la población. Los medicamentos ayudan a paliar, tratar e incluso prevenir la mayoría de las enfermedades. Por otro lado, el creciente uso de medicamentos introduce inflación e inequidad en el sector salud. Este artículo consta de tres secciones. En la primera se realiza una breve revisión teórica del problema del acceso a los medicamentos. En la segunda sección se desarrolla el análisis empírico de este problema en la República Argentina y sus repercusiones a nivel de la equidad. Luego, a la luz del diagnóstico trazado se revisan algunos de los condicionantes de la formulación de políticas de medicamentos para concluir con una revisión de las medidas de política en curso para mejorar el acceso a los medicamentos en Argentina.

I. El Problema del Acceso a los Medicamentos

Peor el remedio que la enfermedad

Durante los últimos veinte años los costos de la salud se incrementaron de forma sostenida en todo el mundo. Se trata de la mayor de las plagas que afectó a la humanidad: la peste verde. Una enfermedad infecciosa surgida hace un cuarto de siglo que se propagó en el norte y el sur, entre ricos y pobres. Su principal síntoma es el aumento en los costos de la atención médica (González García & Tobar, 1999). Sus causas son múltiples, pero entre ellas el incremento en el precio de los medicamentos adquiere creciente protagonismo.

Por un lado, los medicamentos son cada vez más importantes dentro de la sanidad. Constituyen el procedimiento terapéutico más utilizado por los médicos. Pacientes y curadores los valoran como parte crucial de la estrategia sanadora. A veces, la única importante. La sociedad medicamentada tiene una píldora para cada cosa. Prescribir, dispensar, medicar o simplemente convalidar se ha convertido para los profesionales y para la población en general, en prácticas sociales frecuentes y naturales.

Durante los últimos años la dificultad para adquirir los medicamentos se ha constituido en la principal barrera de acceso a los cuidados médicos. La posibilidad o no de obtener un medicamento cuando se lo necesita es el aspecto en el que se registran mayores brechas e inequidades entre ricos y pobres.

Los condicionantes del acceso a los medicamentos se pueden clasificar en tres grandes grupos. Por un lado, se registran barreras de acceso al medicamento establecidas por las diferentes modalidades de organización y estratificación de cada sociedad. Por otro lado, el acceso a los medicamentos es función directa de los esquemas de protección de los sistemas de salud. Por último, existen barreras de acceso que se desprenden de la propia dinámica económica del mercado de medicamentos. A continuación se analizan primero las barreras sociales y sanitarias y luego las económicas.

Barreras socioanitarias de acceso al medicamento

Desde una perspectiva social y sanitaria se pueden formular tres hipótesis respecto al acceso a medicamentos:

- a) Hay personas que directamente no acceden a los servicios básicos de salud.
- b) Hay quienes acceden a los servicios de salud pero cuando les prescriben no acceden a los medicamentos para concretar su tratamiento.
- c) El impacto de la falta de acceso es muy superior en los más pobres no solo porque se enfrentan con barreras mayores sino también porque registran necesidades sanitarias superiores.

a) Acceso a los servicios de salud

Podría plantearse que existen en el acceso a los medicamentos las mismas barreras de acceso que se registran para los servicios de salud. Esto es:

1. **Barreras geográficas:** Se puede considerar que están excluidos del acceso a los medicamentos todas aquellas personas que residen a más de dos horas de distancia a pie o por medio de transporte público de un centro atención (servicio de salud) y/o de dispensa (farmacia comercial o pública)
2. **Barreras culturales:** Se registran cuando el modelo médico hegemónico entra en colisión con la cultura popular prevalente ó cuando los agentes del sistema de salud hablan una lengua diferente que los pacientes. Hay un conjunto de factores culturales que hacen a unas sociedades más proclives que otras al consumo de medicamentos. El rango va desde países como Francia donde manuales de autoprescripción farmacéutica figuran entre los libros más vendidos, hasta varios países de América Latina y Africa donde el consumo de medicamentos se concentra en una elite joven y urbana fundamentalmente de raza blanca.
3. **Barreras de cobertura y legales:** Se registran cuando los sistemas de protección a la salud no disponen de los recursos para satisfacer las necesidades sanitarias de la población cubierta o no incluye determinadas prestaciones en su menú de servicios. Por ejemplo, mientras la Seguridad Social europea dispone de una amplia cobertura de medicamentos ambulatorios para sus beneficiarios, los cuales en algunos casos llegan a ser subsidiados al 100%, la mayoría de los esquemas de seguros de salud (sociales y prepagos) de América Latina presenta una muy limitada cobertura y cofinanciación de medicamentos ambulatorios (Zerdá, *et al*, 2001)
4. **Barreras económicas:** Se registran cuando los beneficiarios de un sistema de salud tiene dificultades para acceder al mismo por incapacidad para costear el transporte hacia el centro de atención, por el alto impacto que genera el lucro cesante que involucra seguir un tratamiento o simplemente por no poder sustentar los costos totales o parciales de su tratamiento. En todo el mundo, la principal barrera económica a los cuidados de salud radica en el acceso a los medicamentos.

b) Acceso al tratamiento

Las barreras de acceso se concentran en los tratamientos ambulatorios. Por lo general, los sistemas de salud (tanto servicios públicos como seguros sociales y privados) diferencian las condiciones de

acceso a los medicamentos para los usuarios en función del nivel del tratamiento. Es decir del carácter hospitalario o ambulatorio del servicio en el cual se los prescribe y utiliza.

En los servicios intrahospitalarios, el proceso del tratamiento es integral y continuo. En su carácter de institución total el hospital precisa asumir directamente todas las tareas que involucra la cadena de producción, desde la alimentación del paciente hasta su diagnóstico, medicación y rehabilitación; pasando por su limpieza, seguridad, aclimatación, descanso, etc... Por este motivo, lo razonable es que se suministren medicamentos dentro de la atención hospitalaria total, porque son parte esencial e inseparable del tratamiento hospitalario. No hay argumentos que justifiquen diferenciar la provisión de medicamentos de la entrega de suministros médicos u otros insumos y recursos propios de la combinación tecnológica escogida. Tampoco es justificable supeditar el tratamiento hospitalario a que el usuario adquiera los medicamentos.

En los servicios ambulatorios, el tratamiento es fragmentado. Diagnóstico, prescripción y tratamiento son fases diferentes que involucran distintos responsables y con frecuencia también diferentes formas de financiación.

Barreras económicas de acceso al medicamento

El problema económico del acceso a los medicamentos ha sido definido como compuesto por dos grandes dimensiones. La primera deriva del alto precio de los medicamentos y su impacto sobre los presupuestos familiares. La segunda es función de los sistemas de financiamiento imperantes en los diferentes sistemas de salud (González García, 2002). Ambos factores han sido los principales objetivos atacados en la formulación de políticas para mejorar el acceso a los medicamentos en todo el mundo.

a) Precios

El mercado de medicamentos es sumamente imperfecto registrándose una gran dispersión de precios entre oferentes de un mismo medicamento.

Los precios de los medicamentos no dependen exclusivamente de los costos directos de producción, que suelen ser el componente de menor peso en el precio final. Tampoco guardan relación directa con los costos de investigación científica de los laboratorios productores, que pueden llegar a ser muy elevados para ciertos medicamentos –y generalmente se recuperan con sus primeros años de comercialización–, pero que son muy bajos para la mayoría de las nuevas aplicaciones farmacéuticas.

Los precios finales de los medicamentos están compuestos por su precio de fábrica y el margen de comercialización, así:

Precio de fábrica, que incluye:

- Los gastos de investigación, producción y empaque (que en muchos medicamentos son menores al 5% del precio de venta).
- La ganancia de los laboratorios productores (que depende de su poder de mercado).
- Los gastos de promoción comercial (publicidad, estímulos y comisiones, programas de visitantes médicos, financiamiento de eventos profesionales y recreativos, etc.)

Gastos de comercialización, que incluyen:

- los costos de operación de los intermediarios (mayoristas y minoristas)
- La ganancia de quienes realizan la intermediación.

b) financiación de los medicamentos

Las modalidades de financiamiento pueden agruparse en tres: a) compra directa por parte del paciente a través del desembolso directo, b) pago compartido, c) suministro gratuito.

El pago directo es la modalidad que involucra mayores barreras de acceso al medicamento y la más regresiva. Se ha argumentado que es una opción inequitativa y perjudicial (Zerdá *et al*, 2001:35). Inequitativa porque discrimina contra los más vulnerables: los pobres y los enfermos que requieren medicamentos de alto precio. Perjudicial, porque da pie a la postergación de tratamientos y al uso de sustitutos inadecuados, cuyas consecuencias pueden aumentar los costos del sistema de salud y, en todo caso, reducen el bienestar de las personas.

El pago compartido (también llamado copago o cofinanciación) es el mecanismo mediante el cual el sistema paga una parte del precio y el usuario la otra. Tiene como base el reconocimiento de la conveniencia de que el sistema de salud financie el suministro de medicamentos pero prevé que el usuario participe en el pago por dos razones: a) para que contribuya al financiamiento del sistema (co-pago); b) para que el pago sirva como moderador del consumo, es decir, que desestime el consumo innecesario actuando como cuota moderadora.

Las desventajas del esquema de copago consisten en que la parte que cada persona debe desembolsar no es proporcional a sus ingresos sino a su condición de enfermedad y al precio de los medicamentos. Es decir, se trata de un mecanismo que discrimina en contra de los más pobres y de los más enfermos. Por este motivo, la mayoría de los seguros de salud establece niveles diferentes de cofinanciación para las enfermedades más caras, como tumores y SIDA ó aumenta la cobertura para los recién nacidos. Además en algunos países los niveles de copago se establecen de forma inversamente proporcional al ingreso del beneficiario.

Por otro lado, se ha verificado que en los seguros de salud los copagos en medicamentos tienden a cargar la mayor parte de la financiación sobre los beneficiarios aliviando el peso a las entidades aseguradoras (Zerdá, *et al*, 2001:36). 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.

El suministro gratuito de medicamentos por parte de los sistemas de salud constituye la modalidad de financiación que permite el acceso más amplio y equitativo. En especial cuando el suministro es focalizado sobre la población más necesitada. Su implantación exige mecanismos transparentes de negociación entre el sistema de salud y los oferentes de medicamentos. Exige, además, tres conjuntos de medidas regulatorias: i) uso de listas positivas y negativas, o listas de medicamentos esenciales para garantizar adquisiciones con criterios de costo-efectividad; ii) protocolos de prescripción y tratamiento, para evitar el abuso en la formulación y propender al uso racional, iii) establecimiento de controles e incentivos para evitar desvíos y desperdicios en el sistema de manejo de inventarios y distribución al público (Zerdá, *et al*, 2001:36).

En conclusión, se pueden destacar dos características distintivas del medicamento como bien que merecen una especial consideración por su impacto sobre los niveles de acceso de la población a su utilización y consumo:

1. El mercado de medicamentos es sumamente imperfecto registrándose una gran dispersión de precios entre oferentes de un mismo medicamento. La escasa competencia por precios va en detrimento del acceso de la población a los medicamentos.
2. Dentro del gasto de los hogares el ítem medicamentos figura entre los que registran la financiación más regresiva, es decir aquellos en los cuales los pobres gastan proporcionalmente mucho más que los ricos. Por lo tanto, cuando gran parte de la financiación de los medicamentos depende de los presupuestos de los hogares se generan grandes brechas a nivel de la equidad en el acceso a los medicamentos.

II. ACCESO A MEDICAMENTOS EN ARGENTINA

a) Acceso a los servicios de salud

Podría plantearse que existen en el acceso a los medicamentos las mismas barreras de acceso que se registran para los servicios de salud. Esto es:

Barreras geográficas: Se puede considerar que están excluidos del acceso a los medicamentos todas aquellas personas que residen a más de una hora de distancia a pie o por medio de transporte público de un centro de dispensa (farmacia comercial o pública). Según los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 el 15,5% de la población vivía en estas condiciones. Proyectando esa tasa sobre la población calculada en el Censo del 2001 se trataría de unos 5,8 millones de personas.

Barreras culturales. Es difícil cuantificar la población afectada por este tipo de barreras. Por aproximación, se ha considerado la proporción de población perteneciente a minorías étnicas con relación a la población total, reconociendo que los pueblos indígenas presentan condiciones de salud significativamente más precarias que la media de población. Por este motivo, en un trabajo reciente Gabriela Hamilton (2001) operacionaliza a la población afectada por barreras culturales de acceso a los servicios de salud homologándola a la población aborigen. Se trataría entonces de 370 mil personas.

Barreras de cobertura y legales: La constitución argentina establece la salud como derecho del pueblo y deber del Estado en su artículo 13. Por este motivo se puede afirmar que no existen barreras legales que impidan el acceso de los argentinos a los servicios públicos de salud. Sin embargo los subsistemas de seguros de salud (social y privado) brindan cobertura a una proporción aún significativa pero decreciente de la población. Se ha estimado que en 1999, 13.7 millones de habitantes carecían de cobertura de Seguro de Salud (Tobar, 2001). De ellos, el 39 % habita en la Pcia. de Bs. As.

Barreras económicas: Estudios anteriores consideraron que una variable *proxy* de la población que enfrenta barreras económicas de acceso a los bienes y servicios de salud es la proporción de la población bajo línea de pobreza (Hamilton *et al* 200 y Hamilton 2001). La línea de pobreza mide ingresos, y es tomada en base a las estimaciones referidas a la canasta básica consideradas por cada país. En el caso de Argentina se estimó que en 1999 eran 13,2 millones de habitantes considerando

para una familia tipo de 5 miembros un ingreso de 623,47 \$ por hogar por mes (Hamilton 2001). Quienes entonces se situaban bajo la línea de pobreza estarían gastando un máximo de 75 \$ año en salud. Vale la pena comparar esta cifra con el gasto directo de los hogares en medicamentos que en Argentina ha sido estimado en \$117 per capita para 1997 (PIA-Isalud, 2001). En otras palabras, aunque toda la porción de sus ingresos destinada a costear cuidados de salud fuera destinada a la adquisición de medicamentos, las personas que viven bajo la líneas de pobreza alcanzarían a cubrir sólo alrededor del 64% del gasto promedio de los hogares en medicamentos.

En el 2002 este número se habría incrementado en al menos dos millones de habitantes afectando al 66% de la población argentina según notificaciones del INDEC. En otras palabras, más de la mitad de los argentinos encontraría hoy dificultades para cofinanciar bienes y servicios de salud y los hogares situados en los dos quintiles inferiores de ingresos resultan los más vulnerables en términos de acceso económico.

b) Acceso a los medicamentos

En Argentina hay más dificultades de acceso a los medicamentos que a los servicios de salud. Como se ha analizado en el ítem anterior, aunque aún restan algunas barreras de acceso por vencer, la población argentina dispone de un relativamente amplio acceso a los servicios de salud. Las dificultades de acceso son mayores en el caso de los medicamentos, como ha sido señalado, se concentran en el acceso a medicamentos para tratamientos ambulatorios. Aunque también en lo que respecta al acceso a medicamentos Argentina ha sido tradicionalmente considerado un país de amplio acceso (Velasquez, 2000).

Según la Encuesta de Desarrollo Social implementada por el SIEMPRO y el INDEC en 1997 del total de la población que demandó atención ambulatoria durante el mes anterior al relevamiento, el 80,7% recibió la indicación de tomar un medicamento. Esta proporción es similar a las tasas de recetas por consultas que se utilizan en las obras sociales y no registra grandes variaciones según el nivel de ingresos del consultante. Sin embargo las brechas aparecen cuando se analiza cuantos de ellos realmente accedieron a los medicamentos que les fueron prescritos.

Según esta encuesta, en términos generales de cada 100 personas que consultan por problemas de salud sólo 3 personas no conseguían los medicamentos que les eran prescritos en la consulta. De estos 3 dos eran pobres. Pero a ellos hay que agregarles los que directamente no asistían al servicio de salud o por dificultades de acceso o simplemente ante la sospecha de que no iban a poder acceder a los medicamentos que les serían recetados¹.

Aunque los datos de 1997 pueden resultar poco representativos de la situación actual señalan tendencias que permiten identificar los condicionantes del acceso a los medicamentos en Argentina. Según la mencionada encuesta el 84% de la población argentina bajo línea de pobreza sólo accedía a los servicios públicos de salud. Cuando lo hacía y le prescribían medicamentos en el 45% de los casos los adquirirían con sus propios recursos. De esto se infiere que el problema de acceso a los medicamentos ha sido tradicionalmente un problema muy vinculado a los niveles de pobreza.

¹ En ese sentido la muestra de la Encuesta de Desarrollo Social, aunque amplia resulta sesgada. Se basó en alrededor de 30.000 hogares escogidos entre todas las localidades de más de 5.000 habitantes. Esto significa que por criterio muestral quedaron subrepresentados todos aquellos afectados por barreras geográficas de acceso a los servicios.

Los seguros de salud, en particular las obras sociales, actuaron siempre como grandes facilitadores del acceso a los medicamentos. Al establecer una cofinanciación del 40% para los medicamentos ambulatorios, permitían a su población beneficiaria adquirir los medicamentos que les eran prescritos a través de un desembolso inferior. Sin embargo, a medida que se incrementaba el desempleo y el empleo informal también lo hacían las barreras de acceso.

La Encuesta de Desarrollo Social también evidencia que el problema de acceso es mucho mayor en los desempleados. En efecto, cuando se utilizan ambas variables (ocupación y nivel de ingresos) para analizar el acceso a los medicamentos los datos son muy reveladores:

- **Ocupados:** Casi el 73% del total de ocupados consultó a un profesional. El 35,7% de los mismos se encontraba en los dos quintiles más bajos de ingresos per capita de los hogares. Al 81,3% de todos los que consultaron les prescribieron medicamentos. El 36,1% de los mismos pertenecían a los dos quintiles inferiores. El 94% del total de ocupados a quienes les prescribieron medicamentos los consiguieron. De estos el 34,6% pertenecían a los dos quintiles más bajos.
- **Desocupados:** El 65,1% de total de desocupados consultó a un profesional. El 60,3% de los mismos se encontraba en los dos quintiles inferiores de la escala de ingresos según hogar. Al 76% de todos los que consultaron les prescribieron medicamentos. El 63,9% de los mismos pertenecían a los dos quintiles más bajos. El 87,4% del total de desocupados a quienes les prescribieron medicamentos los consiguieron. De estos, el 63,9% pertenecía a los dos quintiles más bajos.

El cuadro 1 sintetiza parte de esta información partiendo de considerar a quienes perciben enfermedad. De cada 100 desocupados que perciben problemas de salud alrededor de 65 consultan al médico. A 49 les prescriben medicamentos y solo 42 los consiguen. Entre los ocupados 73 consultan a 59 les prescriben y 56 los consiguen.

Cuadro 1. Argentina. Acceso a medicamentos entre quienes perciben síntomas de enfermedad según condición laboral. 1997.

	Ocupados	Desocupados
Perciben enfermedad	100%	100%
Consultan	73%	65,1%
Les prescriben	59%	49,5%
Acceden a los medicamentos	56	42

Fuente: Elaboración propia en base a SIEMPRO

La brecha entre ocupados y desocupados en cuanto al acceso a medicamentos es alta, entre quienes consultan hay el doble de desocupados que no acceden que ocupados en esa condición. Pero cuando en ambas categorías se discriminan los sectores de menores ingresos, quienes como ha sido mencionado son los que padecen mayores restricciones para adquirir medicamentos con sus propios recursos, la diferencia es de 220%.

Otro nivel de análisis cruza esta información de acceso con los niveles de protección del sistema de salud. La Encuesta de Desarrollo Social permite detectar que entre quienes finalmente acceden al medicamento...

- **Ocupados:** Del total de los que consiguieron medicamentos al 11,1% le fueron suministrados de forma gratuita por los servicios públicos de salud. El 71,5% pertenecía los dos quintiles inferiores de ingresos. Quienes los consiguieron a través de obras sociales representan el 41% de los ocupados a quienes les prescribieron medicamentos (sin considerar Pami ni casos de dobles cobertura), pero de ellos solo el 26,9% pertenecía los dos quintiles de menores ingresos.
- **Desocupados:** Del total de desocupados que consiguieron medicamentos al 34,4% le fueron suministrados en los servicios públicos de salud. De ellos el 77,2% pertenecía los hogares más pobres (primero y segundo quintil de ingresos). Quienes los consiguieron por medio de las obras sociales representaban el 21,8% del total de desocupados a quienes les prescribieron medicamentos (sin considerar Pami ni doble cobertura) y de ellos el 49,2% pertenecía los dos quintiles inferiores.

Cuadro 2. Argentina. Acceso a medicamentos entre quienes les prescriben según condición laboral. 1997.

	Ocupados	Ocupados de menor ingreso	Desocupados	Desocupados de menor ingreso
Les prescriben	100%	100%	100%	100%
Los consiguen	94%	90%	87%	87%
Acceden a los medicamentos a través de los servicios públicos	10%	21%	30%	36%

Fuente: Elaboración propia en base a SIEMPRO

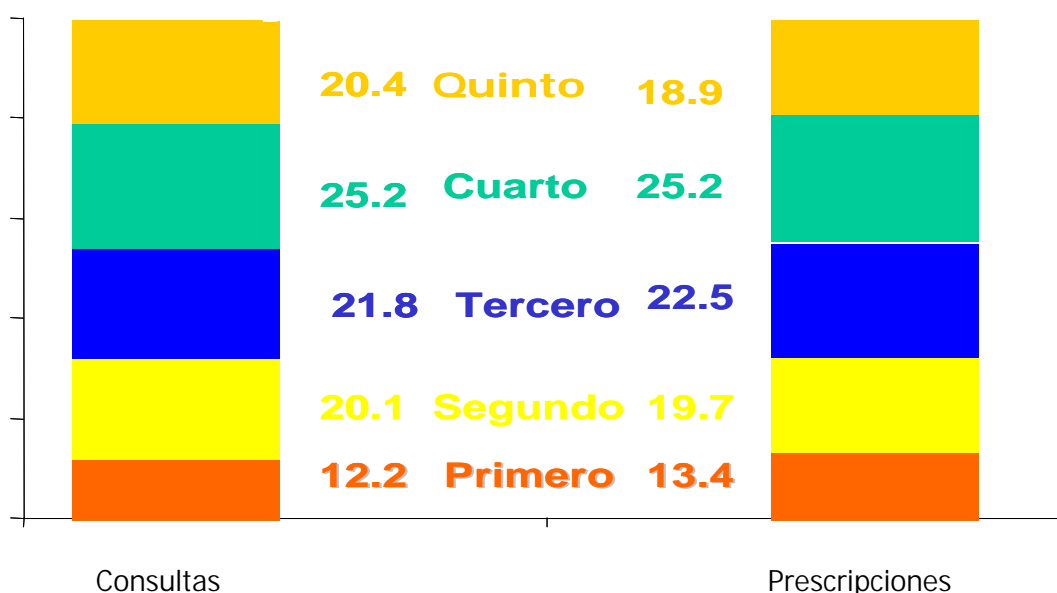
En síntesis se puede afirmar que el fragmentado sistema de salud argentino permitía hasta finales de los noventa que todos los argentinos accedan a los medicamentos para tratamientos a nivel de internación y que una gran mayoría acceda a los medicamentos para sus tratamientos ambulatorios. La cofinanciación de las obras sociales permitía que casi todos los hogares cuyo jefe tiene empleo accedan a los medicamentos e incluso extendía este beneficio a una parte menor de los hogares cuyo jefe es desempleado. A su vez, los servicios públicos que proveen medicamentos ambulatorios logran un efecto distributivo bastante eficaz porque aunque no conseguían garantizar el acceso a los medicamentos a todos los usuarios al menos focalizan el suministro sobre los más pobres.

En el 2002 la situación se ha agravado de forma significativa, por un lado por el deterioro de la situación social y laboral y por el otro por la crisis del sistema de salud. La proporción de personas por debajo de la línea de pobreza prácticamente se duplicó y el desempleo continuó creciendo. La ruptura de la cadena de pagos en la seguridad social concluyó con la interrupción de los servicios de farmacia en la mayoría de las obras sociales, comenzando por el Pami. Como consecuencia la demanda sobre los servicios públicos se incrementó al mismo tiempo en que se restringían sus presupuestos y los precios de los medicamentos se disparaban.

c) Necesidad y demanda según grupos de ingreso

Como se ha anticipado, no hay grandes variaciones en la relación recetas por consulta. Sin embargo, se registra una pequeña variación por quintil de ingresos. Los más pobres consultan proporcionalmente menos y se les prescribe más medicamentos por consulta. Esto significa que del 100% de las consultas los más pobres participan con solo el 12,2% y los más ricos con el 20,4%. Mientras que a los más pobres se les realiza el 13,4% de las prescripciones y a los más ricos el 18,9% (gráfico 1).

Gráfico 1.
Argentina. Consultas y prescripciones según quintil de ingresos. 1997



Fuente: Siempre

Las diferencias evidencian distintas estrategias de cuidado de la salud. La población del primer quintil de ingresos tiende a tolerar más la aparición de síntomas y soportar más el dolor. Cuando consulta en general su situación de salud está más deteriorada y la prescripción se hace ineludible. La proporción mayor de prescripciones que de consultas evidencia el uso de más de un renglón por receta. En contraposición, la población del último quintil de ingresos al tener mayores facilidades de acceso a la consulta tiende a desplegar conductas más preventivas. Aunque consulta mucho más que los pobres se le realizan proporcionalmente menos prescripciones.

D) Barreras de Acceso al Medicamento Desde una Perspectiva Económica

Se han destacado dos características distintivas del medicamento como bien que merecen una especial consideración por su impacto sobre los niveles de acceso de la población a su utilización y consumo. Por un lado, la escasa competencia por precio que se verifica a través de la dispersión de los mismos entre oferentes de un mismo medicamento. Por otro lado, el carácter regresivo de la financiación de los medicamentos. A continuación el análisis se concentra en la búsqueda de evidencia de ambos factores para el caso argentino.

Cuadro 3. Ejemplos de dispersión de precios de medicamentos

Medicamento	Presentación	Variación del precio por comprimido entre la opción de menor y mayor precio	Variación neta por comprimido
Amoxicilina 500 mg.	16 comprimidos	143,4%	183,7%
	8 comprimidos	134,7%	
Bromazepam 3 mg	20 comprimidos	427,8%	469,2%
	50 comprimidos	60,9%	
Maleato de Enalapril 10 mg	20 comprimidos	71,8 %	96 %
	60 comprimidos	64,8%	

Fuente: Elaboración propia en base al *Manual Farmacéutico*. Precios a abril de 2002

El cuadro 3 presenta tres ejemplos seleccionados entre los productos de mayor consumo. En todos los casos existen en el mercado múltiples presentaciones. Por este motivo se consideró dos tamaños de envase para cada una y se comparó el precio por unidad, es decir por comprimido. Los márgenes de variación son amplísimos. Merece destaque el caso del Bromazepán para el cual el costo de cada día de tratamiento puede llegar a variar un 469,2%.

Regresividad de la financiación

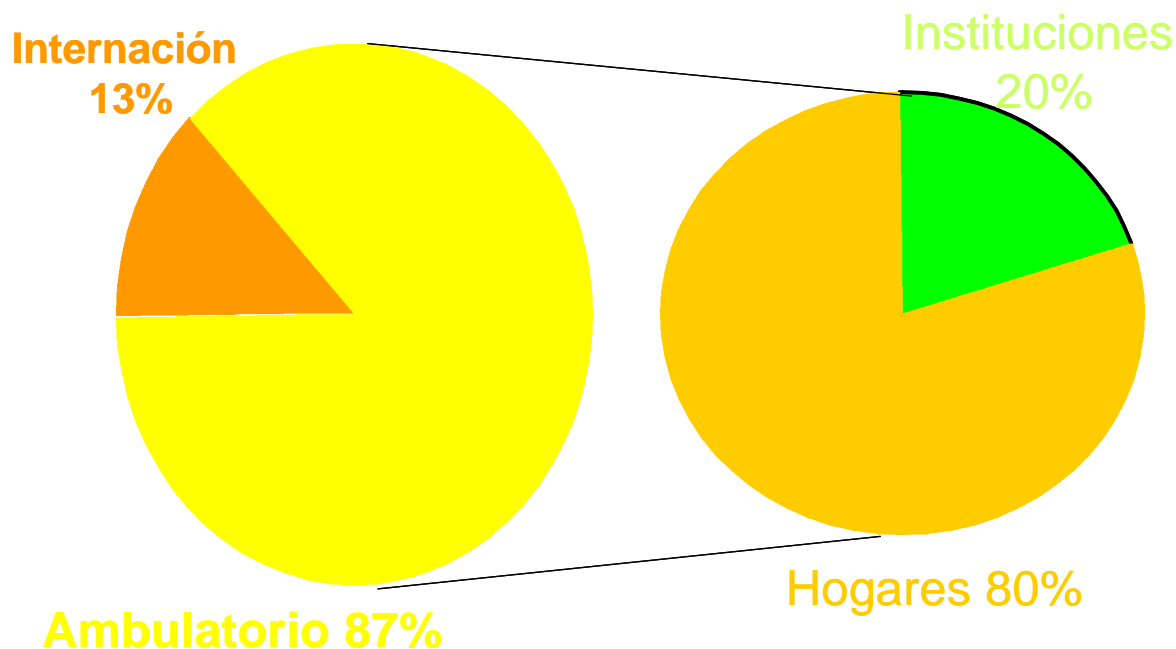
La encuesta de Gasto de los Hogares (EGH) realizada por el INDEC en 1997 permitió comparar el gasto de los hogares en medicamentos. Se detectó que la población del quintil de mayores ingresos dedica el 3% de su ingreso total o el 30% de su gasto en salud a medicamentos. Mientras que la población del quintil de menor ingresos dedica el 8% de su ingreso total o el 80% de su gasto en salud a medicamentos.

¿Cuanto representa esto en dinero? En ese mismo año los argentinos destinamos aproximadamente \$6.000 millones de dólares anuales a la financiación de medicamentos, según surge de último estudio

sobre el gasto en medicamentos desarrollado por el Programa de Investigación Aplicada de Isalud. Aproximadamente el 70% del gasto en medicamentos en Argentina es financiado por los hogares. El 30% restante corresponde a adquisiciones institucionales ya sea de hospitales y clínicas o de contratos de provisión que las obras sociales y prepagas establecen con las farmacias y colegios farmacéuticos (PIA-Isalud, 2001).

El gasto en tratamientos a nivel de internación corresponde al 13% del total. El 87% restante del gasto es destinado a la financiación de tratamientos a nivel ambulatorio (Gráfico 2).

Gráfico 2.
Argentina. Composición del gasto en medicamentos según finalidad. 1997



Fuente: PIA-Isalud, 2001

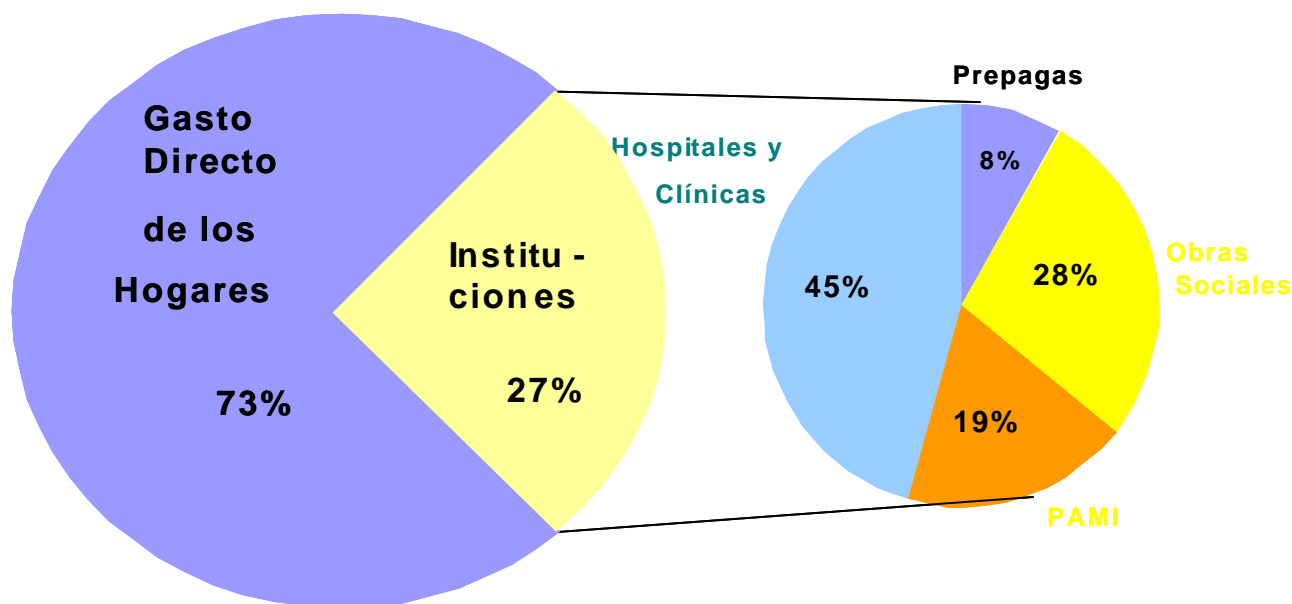
Como se puede apreciar en el gráfico 3, el 80% del gasto ambulatorio en medicamentos lo realizan las familias. Las obras sociales y empresas de medicina prepaga brindan nominalmente cobertura del orden del 40% en la financiación de medicamentos a sus beneficiarios. Sin embargo, cuando se calculan los montos para el país en su conjunto el gasto de los hogares alcanza los \$4.229 millones mientras que el gasto de las entidades financiadoras ronda los mil millones.

Esto se debe a tres motivos. En primer lugar, no toda la población argentina tiene cobertura de seguros de salud. En segundo lugar, los seguros (obras sociales y prepagas) no cubren todos los medicamentos. En tercer lugar, en muchos casos los financiadores consiguen descuentos sobre los precios de lista por lo cual no pagan el 40% del precio total sino de un precio con descuento, sin embargo, los consumidores finales pagan el 60% restante sobre el precio de lista.

Aunque el 97% del consumo corresponde a fabricación nacional el mercado de medicamentos en Argentina involucra altas remesas al extranjero en concepto de importación de insumos así como pago de regalías.

Una parte minoritaria, aunque no despreciable, del consumo de medicamentos en Argentina es provista por laboratorios públicos, en su mayoría provinciales. El monto total de la producción pública ha sido estimado en \$423 millones, lo cual corresponde al 7,1% del gasto total.

Gráfico 3.
Argentina. Composición del gasto en medicamentos según fuente. 1997



Cambios recientes en el mercado de medicamentos

La industria productora de medicamentos ha mantenido precios altos en Argentina. A pesar de un congelamiento voluntario desde 1993 los productos nuevos fueron lanzados a precios muy superiores a los medios en cada banda terapéutica. Esto se une a la estrategia de comercialización que actúa sobre los prescriptores impulsando la rápida incorporación de las novedades. El resultado fue un incremento de la facturación de los laboratorios concomitante con una disminución del número de unidades vendidas.

Sin embargo, en el escenario actual a la crisis estructural de la seguridad social se superpone una crisis coyuntural derivada de la recesión económica y la devaluación. Estos fenómenos comportan el riesgo de una muy severa reducción del acceso a los medicamentos esenciales, con el consecuente deterioro de las condiciones de salud de la población. De hecho, el consumo de medicamentos en unidades en Febrero del 2002 proyectado en el año, significaría una reducción cercana al 50% respecto del año 1995.

Los laboratorios comenzaron a incrementar sus precios de forma cada vez más acelerada y lo hicieron por encima del incremento de los costos. En los tres primeros meses del 2002, para un muestra de 26 medicamentos líderes, se registró un aumento del 55% (y en algunos casos llegó a 130%). Es verdad que en parte se trata de una reacción al incremento de sus costos. De hecho los principios activos con los que se elaboran los medicamentos son en su totalidad importados y la devaluación repercute directamente sobre los mismos. Sin embargo, la incidencia de los principios activos en la formación de precios de los medicamentos es pequeña, su peso varía entre el 5 y el 8% situándose en un promedio cerca del 6% de los costos totales. De esta manera, por vía de insumos importados, considerando una cotización de 3\$ por US\$ esto implica un aumento del costo de 32%.

III. POLÍTICAS PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS

Como ha sido anunciado, las dimensiones que más inciden sobre el acceso son: a) las condiciones sociales generales, b) la respuesta de los sistemas de salud (en particular en lo que respecta a cobertura y financiación) y c) el mercado de medicamentos (en particular los precios de los productos). Durante los últimos años estas dimensiones han sido afectadas en forma importante en los países en desarrollo. En el caso del precio, debe mencionarse el efecto que sobre los mismos tiene la extensión de los estándares de protección de la propiedad intelectual vigentes en los países más desarrollados en virtud de acuerdos internacionales de comercio (TRIP's). Los sistemas de financiamiento, por su parte, son afectados por la desaceleración del crecimiento, caída de la actividad, así como por la inestabilidad macroeconómica que caracterizó la realidad de muchos países en desarrollo por lo menos desde la segunda mitad de la década de los '90.

Prácticamente todos los sistemas de salud han ensayado diferentes medidas para contener la inflación de los medicamentos y mejorar el acceso de la población a los mismos. Durante la década del noventa muchos países han iniciado procesos de reforma económica que, entre otros factores, incluían la apertura y desregulación de los mercados. En el ámbito de salud, se ha asumido -sin una suficiente discusión- que la desregulación, la introducción de patentes y la gradual privatización del financiamiento de los mercados junto a la libertad de elección de los consumidores, permitirían al mismo tiempo aumentos en la eficiencia microeconómica, la eficacia prestacional y el acceso a los bienes y servicios de salud (Tobar & Godoy Garrazza, 2001).

Sin embargo, la evidencia empírica demuestra que en el ámbito farmacéutico la eliminación del control de precios ha estado asociada al crecimiento de los mismos. Por este motivo, mientras los países en desarrollo continuaron por el camino de la desregulación los países desarrollados han intensificado su rol en el control y regulación de los medicamentos. Para ello se han instituido nuevos organismos gubernamentales cuya área de incumbencia involucra la certificación pero que están más orientados a una sólida regulación del mercado de medicamentos y en especial de sus precios. En América Latina ANMAT en Argentina fue el primero seguido por la ANVISA brasileña y la AVIMA colombiana. Aunque la acción de estas agencias sobre los precios es aún muy limitada.

También se han ensayado a nivel internacional una serie de alternativas de política para resguardar o mejorar el acceso de la población a los medicamentos. En primer lugar, debería distinguirse entre las acciones de provisión pública y suministro directo de las medidas regulatorias. Como ha sido adelantado, las primeras consitueyn el mecasnismo más efectivo para garantizar el acceso a medicamentos esenciales. Sin embargo son más difíciles de sustentar por su alto costo.

Entre las medidas regulatorias es convencional clasificar estos instrumentos según actúen sobre la oferta o la demanda. En el primer grupo se inscriben los controles directos de precio; las licencias

obligatorias de patentes; la reducción de la carga impositiva; la disminución de las barreras de entrada a la importación -aranceles y registro-. Dentro del segundo, la política de promoción de genéricos -vía prescripción o habilitando la sustitución-; el Listado de Medicamentos Esenciales; la utilización del poder de demanda a nivel país o a nivel institución para la negociación de mejores precios; la utilización de precios de referencia.

Algunos de estos instrumentos de política han presentado problemas. El control de precios, por ejemplo, puede promover efectos adversos como incentivar la "cuasi innovación", la corrupción, o la escasez de determinados productos. La disminución de barreras de acceso a la importación y flexibilización del registro, medidas difundidas a inicios de los '90 en varios países de América Latina, han mostrado un impacto más bien acotado para conseguir mayor competencia, presentando además, en el caso de la flexibilización del registro, un conflicto con la garantía de calidad de los medicamentos en el mercado.

La experiencia con otras medidas es más alentadora. Así, las licencias obligatorias en el caso de medicamentos bajo protección patentaria puede tener impacto positivo incluso como alternativa solamente potencial en una negociación. Por su parte, una política de medicamentos basada en Genéricos y Medicamentos Esenciales mantiene plena vigencia como vía para garantizar el acceso a la población a los mismos (González García, 2002).

La política de medicamentos en Argentina

El Ministerio de Salud de la Nación ha emprendido una activa política para resguardar el acceso de la población a los medicamentos esenciales. La misma puede descomponerse en tres grupos de medidas.

A. Negociación de Precios. En orden a contener el efecto del derrumbe del régimen cambiario sobre los precios de los medicamentos, se negoció con los laboratorios el congelamiento de los mismos para una canasta básica de integrada por más de 200 medicamentos. Se trata de una medida inicial tendiente a paliar el problema en el corto plazo. Cabe alertar que no involucra una respuesta estructural al problema del acceso a los medicamentos.

B. Provisión de Medicamentos. Un segmento importante de la población, sin embargo, dependen en buena medida de la provisión gratuita a través del subsistema público para acceder a los medicamentos esenciales, así como a los demás bienes y servicios de salud. Los Programas "Fondo Estratégico para Insumos Críticos"; "Protección de los Programas prioritarios del Ministerio de Salud" (Materno Infantil, de Inmunizaciones, VIH, Tuberculosis) y de "Universalización del Acceso a Medicamentos Ambulatorios" se centran en la atención de las necesidades de la población en condiciones de mayor vulnerabilidad socioeconómica.

El Programa *Remediar* que apunta a la universalización del acceso a los medicamentos ambulatorios merece especial mención. El mismo tiene por objeto cubrir las necesidades asociadas al primer nivel de atención de la salud de cerca de 15 Millones de personas por debajo de la línea de pobreza. Para ello se utiliza un listado de 40 medicamentos esenciales que permiten dar respuesta al 80% de los cuadros prevalentes en el primer nivel de atención. Los mismos son adquiridos en forma centralizada y distribuidos a través de más de 6.000 Centros de Atención Primaria de la Salud en todo el país.

C. Medidas de Reforma. Un último conjunto de medidas tiene por objeto lograr una transformación profunda de aquellas "reglas de juego" del mercado de medicamentos que resultan nocivas para la salud de la población. En este sentido, y si bien es usual encontrar en el mercado farmacéutico argentino un mismo medicamento de múltiples fuentes -comercializados con o sin nombre de fantasía- así como registrar una fuerte dispersión de precios entre los mismos, la tendencia tradicional ha sido al predominio de la marca comercial y las formas de promoción asociadas a ello, evitando que impere una auténtica competencia. El Decreto 486 /2002 que establece la emergencia Sanitaria en el territorio nacional intenta cambiar esta realidad. En sus artículos 9 y 10 instruye sobre la prescripción correcta (por Denominación común Internacional también llamada Nombre genérico) y habilita al farmacéutico profesional a reemplazar entre presentaciones equivalentes de un mismo medicamento buscando la de menor precio. Aunque el decreto rige hasta diciembre del 2002 ya existe un proyecto de Ley de "Promoción de la utilización de los medicamentos por su nombre Genérico" con media sanción (cámara alta) en el congreso nacional y siete provincias (Ciudad de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Mendoza, La Rioja y La Pampa) ya aprobaron leyes similares. Cabe destacar que dichas provincias representan más del 85% de la población nacional y alrededor del 90% del mercado de medicamentos.

Complementariamente, mediante la inclusión de un Listado positivo de 206 de Medicamentos Esenciales con Precio de Referencia al Programa Médico Obligatorio, se pretende impulsar desde la Seguridad Social esta transformación, y dar a su vez mayor racionalidad a la cobertura ofrecida por la misma. Al respecto la resolución 163/2002 de la Superintendencia de Servicios de Salud establece que los descuentos a favor de los beneficiarios en medicamentos en la modalidad ambulatoria serán reconocidos y aplicados por los agentes del seguro de salud sólo en aquellas recetas que se emitan por nombre genérico.

IV. CONCLUSIONES

Hasta hace muy poco tiempo Argentina presentaba una situación aventajada en términos comparativos cuando se consideraban indicadores relacionados con el desarrollo social y sanitario. Por ejemplo, en lo que respecta a la población se trataba de un país que en su conjunto presentaba una situación avanzada en su transición demográfica y epidemiológica (pese a las grandes heterogeneidades regionales) y con altos niveles de alfabetización. El acceso a los servicios de salud y en particular a los medicamentos distaba mucho de alcanzar los padrones europeos pero resultaba superior a la mayoría de los países de la región.

Sin embargo, se puede sospechar que la gran vulnerabilidad económica y social del país en la actualidad han revertido rápidamente ese cuadro. Esto se debe en gran parte los niveles relativamente altos de acceso eran resultado de una particular configuración del sistema de salud que, aunque poco eficiente en el uso de los recursos, resultó eficaz al lograr que las personas accedan a los tratamientos correspondientes, haciendo a su vez posible que se mantenga un mercado de alto consumo de medicamentos con los precios más altos del continente.

Por un lado, los seguros de salud (sociales y privados) cofinanciaban un listado muy amplio de medicamentos para tratamientos ambulatorios. Aunque la proporción de población con cobertura de los seguros de salud disminuyó, su impacto resultaba atenuado porque el país disponía de un subsistema de servicios públicos y gratuitos que en algunos casos suministran los medicamentos a los beneficiarios.

Pero esta ecuación dejó de funcionar cuando la interrupción de la cadena de pagos en el sector repercutió en el corte de servicios de farmacia para los beneficiarios de los seguros de salud (en especial del Pami y de la mayoría de las obras sociales provinciales). A partir de entonces la demanda sobre los servicios públicos se incrementó en un contexto de presupuestos restrictivos en el cual los medicamentos incrementaron su precio muy por encima de la inflación general y del impacto de la devaluación de la moneda sobre los costos de producción.

El derrumbe del régimen cambiario conocido como "Convertibilidad" impactó fuertemente en los precios de bienes y servicios de salud, particularmente en el de los medicamentos. Este fenómeno obedece en parte al encarecimiento de los insumos importados indispensables para la producción local, pero parcialmente, también al efecto de conductas de orden especulativo. Por el lado de los ingresos, paralelamente, la severa disminución de la tasa de actividad y el aumento de mora y evasión asociado al mismo fenómeno desafían la sustentabilidad del conjunto de los sistemas de cobertura públicos o cuasi públicos existentes -Obras Sociales, INSSJyP; Servicios Públicos-.

Si la fragmentación del sistema de salud y en particular la dinámica del subsector de obras sociales permitía mantener una demanda sostenida de productos vendidos a precios altos, la situación actual evidencia una caída substancial en la utilización y consumo de medicamentos coexistiendo con una estrategia comercial de precios aún altos y en alza. Aunque luego de la devaluación los precios medios de los medicamentos ya no son los más altos de América Latina cuando se los considera en dólares norteamericanos si lo son cuando se considera su incidencia sobre los presupuestos de los hogares.

A esta combinación de factores se agrega la ausencia recurrente de una política de medicamentos orientada a mejorar el acceso a los mismos. Esta situación se vio agravada por un patrón de crecimiento de efectos sociales regresivos que caracterizó la década de los '90. Por estos motivos se hace fundamental la reacción inmediata y articulada del Estado formulando e implementando políticas de suministro público y de regulación.

Respecto de las medidas de provisión pública de medicamentos, cabe notar que los efectos de la propia crisis atentan contra la posibilidad de sostenerlas plenamente con recursos propios. En este sentido, es necesario destacar la importancia de los Organismos Internacionales para brindar asistencia, y la celeridad con que ésta es requerida. El rol de estos Organismos puede no siempre estar acorde a tales necesidades si no existe el desarrollo de una competencia en el manejo de situaciones de emergencia.

Más allá de los fuertes costos que impone la presente situación, ésta constituye también una oportunidad para la implementación de medidas de reforma que alteren las "reglas del juego" tradicionales del mercado de medicamentos. En este sentido, una política de medicamentos centrada en el concepto de medicamentos esenciales y la utilización de su nombre correcto -genérico- continúan siendo tanto más válidas en contextos de crisis.

BIBLIOGRAFÍA

- BERMUDEZ, Jorge & ALCANTARA BONFIM, José Rubem. *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. Sao Paulo. Hucitec-Sobravime.1999.
- BERMUDEZ, Jorge Antonio, De POSSAS, Cristina. *Análisis crítico de la política de medicamentos en Brasil*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 119(3),1995.
- CHAVES, Albin. "Estudios de Utilización de medicamentos: Aplicaciones". En: BERMUDEZ, & ALCANTARA BONFIM, 199, páginas 111-124.
- GONZALEZ GARCIA, Ginés; TOBAR, Federico. *Más salud por el mismo dinero*. Buenos Aires, GEL-Isalud, 1997.
- GONZALEZ GARCIA, Ginés. "El acceso a los medicamentos esenciales en el contexto de crisis: lecciones sobre el caso Argentino". Conferencia inaugural de la sección de Acceso a Medicamentos en la *55 Conferencia Mundial de la Salud*. Organización Mundial de la Salud.Ginebra.20 de mayo de 2002.
- GONZALEZ GARCIA, Ginés. *Remedios políticos para los medicamentos*. Buenos Aires, Ediciones Isalud, 1994.
- HAMILTON, Gabriela. "Exclusión de la Protección Social en Salud en Argentina: Tres Enfoques Metodológicos". En AES 2001.X Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Mar del Plata.
- HAMILTON, Gabriela, TOBAR Federico, VAZQUEZ, Mariana. 2000 "Análisis Comparativo de tres enfoque metodológicos para medir la Exclusión de la Protección Social en Salud en América Latina y el Caribe". González García Gines Coordinador. ". IX Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Misiones. Argentina (Buenos Aires Ediciones AES)
- ISALUD. "El mercado de medicamentos en Argentina". *Estudios de la Economía real n13*. Buenos Aires. MEYOSP. 1999.
- LOBATO, P; LOBO, F; ROVIRA, J. *Políticas públicas de regulación del gasto farmacéutico*. S/L, Farmaindustria, 1997.
- MADRID, María Yvette, VELAZQUEZ, Germán; FEFER, Enrique. *El impacto económico del uso racional de los medicamentos*. Medicamentos esenciales en el nuevo contexto socioeconómico y de reforma en salud. Borrador para la discusión. Washington DC, OPS/OMS,1998.
- MOSSIALOS, Elías. *El impacto sobre los medicamentos de la contención del gasto y las reformas en la asistencia sanitaria*. En Lobo, Félix. Velazquez, Germán (comp.). Los medicamentos ante las nuevas realidades económicas. Colección Economía y Empresas. Madrid, Editorial Civitas, 1997.
- PIA-ISALUD."El gasto en salud y medicamentos en Argentina y su Financiación".Buenos Aires. Documento de trabajo PIA Isalud. 2001.
- TOBAR, Federico. "Economía de la reforma del seguro de salud en Argentina". Cumentos de trabajo PIA-Isalud. Disponible en:[http\\www.isalud.org](http://www.isalud.org)
- TOBAR, F & GODOY GARRAZA, L. "Regulación de medicamentos". *Cuadernos Médico Sociales* 78. 2001.

- VELASQUEZ, Germán. "Perspectivas quanto as políticas da OMS na globablização e acesso aso medicamentos". Conferencia en el Seminario Internacional: *Política de medicamentos: Equidad y Acceso*. Itacuruçá. Junio de 2000.
- VELASQUEZ, Germán, MADRID, María Yvette. QUICK, Jonathan D. *Health Reform and Drug Financing. Selected Topics*. Health Economics and Drugs DAP Series N° 6 (WHO/DAP/98.3), Geneva, WHO, 1998.
- ZERDA, Alvaro; VELASQUEZ, Germán; TOBAR, Federico; VARGAS, Jorge Enrique. *Sistemas de Seguros de Salud y Acceso a Medicamentos*. Organización Mundial de la Salud-Ediciones Isalud. Washington D.C.2001.

Centro de Estudios de Estado y Sociedad
Sanchez de Bustamante 27
1173 – Buenos Aires – Argentina

Teléfonos (54 11) 4861-2126 / 5204
Fax (54 11) 4862-0805
www.cedes.org