

Ministerio de Salud de la Nación
Comisión Nacional Salud Investiga

Política de medicamentos en la Argentina

MINISTERIO DE SALUD
COMISIÓN NACIONAL SALUD INVESTIGA

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS EN LA ARGENTINA

2007

Godoy Garraza, Lucas

Política de medicamentos en la Argentina / Lucas Godoy Garraza y Graciela Ventura - 1ª ed. - Buenos Aires: Comisión Nacional Salud Investiga, 2007.

88 p.; 23x15 cm.

ISBN 978-987-23940-6-6

1. Salud Pública. 2. Medicamentos. I. Ventura, Graciela II. Título
CDD 614

ISBN 978-987-23940-6-6

© Comisión Nacional Salud Investiga, 2007

Av. Rivadavia 877, 3° - Buenos Aires, Argentina

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta obra puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopiado, grabación o cualquier otro sistema de archivo y recuperación de información, sin el previo permiso por escrito del Editor.

All rights reserved. No part of this work may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying and recording or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from the publisher.

Primera edición: 550 ejemplares

Impreso en la Argentina - Printed in Argentina

Diseño de tapa: Natacha Carbonelli

Diseño de interior, corrección de estilo y armado:

Caligrafix Servicios Gráficos Integrales S. H.

Av. Pueyrredón 1440, 2°

C1118AAR Buenos Aires

Telefax: 4821-6263

c.e.: info@caligrafix.com.ar

www.caligrafix.com.ar

Impresión:

Talleres Gráficos DEL S. R. L.

E. Fernández 271/75

B1868AEE Piñeyro

Tel.: 4222-2121

c.e.: delsrl@yahoo.com.ar

Buenos Aires, octubre de 2007.



AUTORIDADES NACIONALES

Presidente de la Nación
Dr. Néstor C. Kirchner

Vicepresidente de la Nación
Lic. Daniel O. Scioli

Jefe de Gabinete de Ministros
Dr. Alberto A. Fernández

Ministro de Salud de la Nación
Dr. Ginés González García

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD

Secretario de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias
Dr. Carlos Alberto Soratti

Jefe de Gabinete de Asesores
Lic. Leonardo Di Pietro Paolo

Subsecretario de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud
Dr. Carlos A. Vizzotti

Coordinadora Comisión Nacional Salud Investiga
Dra. Zulma Ortiz

Coordinadora Alterna Comisión Nacional Salud Investiga
Lic. Silvina Ramos

Comisión Nacional Salud Investiga

Presidente: Ministro de Salud de la Nación
Dr. Ginés González García

Coordinadora
Dra. Zulma Ortiz

Coordinadora alterna
Lic. Silvina Ramos

Integrantes
Subsecretario de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud
Dr. Carlos A. Vizzotti

Presidente del CONICET
Dr. Eduardo Charreau

Por la Organización Panamericana de la Salud
Representante: Dr. José Antonio Pagés

Por Asociación de Facultades de Ciencias Médicas
de la República Argentina - AFACIMERA
Dr. Abraam Sonis

Por la Administración Nacional de Laboratorios
e Institutos de Salud (ANLIS) "Dr. Carlos Malbrán"
Interventor: Dr. Gustavo Ríos

Por la Confederación Médica de la República Argentina - COMRA
Presidente: Dr. Jorge C. Jañez

Por la Confederación Farmacéutica Argentina - COFA
Presidente: Farm. Carlos Fernández

Por la Confederación Unificada de Bioquímicos de la
República Argentina - CUBRA
Presidente: Dr. Carlos Daniel Navarro

Dra. María Luisa Ageitos
Dr. Juan Carlos O'Donnell
Dr. Víctor Penchaszadeh
Lic. Federico Tobar

Dr. Ezequiel Holmberg
Dr. José María Paganini
Dra. Elsa Segura
Dra. Margarita Vitacco

Coordinadores

Graciela Ventura

Lucas Godoy Garraza

Autores

- Instituto de Investigación de Ciencias Sociales de la Universidad del Salvador
Mariano Fontela
- Universidad Maimónides
Julio Bello
- Instituto de Investigaciones (CEDOP) Gino Germani - Universidad de Buenos Aires
Jorge Raúl Jorrat
María José de Gregorio
Rosario Balverde
Alejandro Capriatti
- Asociación de Economía de la Salud
Carlos Vassallo
Rodrigo Falbo

Colaboradores:

Gonzalo La Cava

Mauricio Monsalvo

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los resultados, juicios y recomendaciones de las investigaciones presentadas en la siguiente publicación surgen de la aplicación del método científico escogido por los autores y quedan bajo la órbita de su responsabilidad. La financiación de las investigaciones por parte del Ministerio de Salud, no representa un condicionante para los autores al momento de realizar su trabajo, ni implica algún tipo de sesgo en los resultados de sus investigaciones.

De acuerdo con lo antes explicitado, es menester reiterar que no existen relaciones de tipo personal, financieras o de otra índole que hayan interferido en los resultados de las investigaciones que aquí se presentan.

Finalmente, el trabajo de edición realizado responde fundamentalmente a exigencias de formato y presentación de la publicación, lo cual excluye de esta tarea opiniones, recomendaciones o modificaciones introducidas por los editores a las versiones originales de los autores.

Autores	7
Declaración de conflicto de intereses	9
Prólogo	13
Presentación.....	15
Introducción.....	17
 Capítulo I. Utilización del nombre genérico de los medicamentos	23
1.1 Prescripción por nombre genérico.....	23
1.2 Sustitución de marca comercial.....	24
1.3 Anexo 1	26
 Capítulo II. Acto de compra y política de medicamentos.....	35
 Capítulo III. Utilización y gasto en servicios de salud, medicamentos en particular, de la población general	41
2.1 Utilización de Servicios de Salud	41
2.2 Gasto en salud	44
2.3 Relación entre gasto y uso de servicios de salud	45
2.4 Una evaluación de la desigualdad en salud y variaciones 2003- 2005 según niveles de ingreso <i>per cápita</i>	47
2.5 Algunas conclusiones	48
 Capítulo IV. Estructura de la oferta y política de medicamentos.....	49
4.1 Características del mercado de medicamentos	49
4.2 La estructura de la oferta	51
4.3 Los laboratorios	51
4.4 Las cámaras.....	53
4.5 Las distribuidoras	53
4.6 Las gerenciadoras de contratos.....	54
4.7 Las farmacias.....	54
4.8 La demanda	55
4.9 Competencia y diferenciación de producto: teoría económica ..	55
4.10 Diferenciación de producto en el mercado de medicamentos .	56
4.11 El mercado de medicamentos de venta libre	58
4.12 El mercado de medicamentos de éticos	60
4.13 El médico	61
4.14 Los seguros de salud	62
4.15 El Estado	68

4.16 Medicamentos con protección de patentes.....	69
4.17 La provisión pública de medicamentos.....	71
4.18 El mecanismo de precios en los mercados competitivos.....	71
4.19 La determinación de precios en el mercado de medicamentos.....	72
4.20 Breve reseña sobre la evolución del precio del medicamento .	75
4.21 Las “innovaciones” y su impacto en el precio.....	77
4.22 Conclusiones	78
Conclusiones finales	83

Por la importancia que tienen en el gasto en salud de los hogares, el de los medicamentos es el ámbito más eficaz para conseguir un elevado impacto sobre la equidad social. En ningún otro aspecto de la atención médica hay tanta inequidad en el acceso y en el gasto de bolsillo como en el de los medicamentos. Por eso este estudio colaborativo multicéntrico ha contado con el apoyo de la Comisión Nacional Salud Investiga, que invitó a participar a cuatro prestigiosas instituciones que se hicieron cargo de diferentes etapas a través de las cuales se pretende dar cuenta de algunos resultados de la Política Nacional de Medicamentos.

Nadie ignora que la crisis de 2001 afectó fuertemente el acceso a los medicamentos, poniendo en grave riesgo sanitario a millones de personas. Sin embargo, la misma crisis permitió vencer las resistencias que existían para llevar adelante una decidida política en la materia. Los resultados están a la vista: hoy la Argentina tiene el más alto nivel de acceso a los medicamentos de toda su historia. Es líder en el mundo en prescripción por nombre genérico, con un 78% de las recetas así confeccionadas. Esto además contribuyó a que los laboratorios bajen los precios de venta en las farmacias.

Por su parte, el Remediar es el mayor programa de provisión gratuita de medicamentos del mundo. Con menos del 1% del gasto total nacional en medicamentos, cubre más del 80% de la demanda ambulatoria del 40% más pobre de la población. Además, se ha ampliado la cobertura que las obras sociales brindan en medicamentos para enfermedades crónicas, a la vez que se ha extendido la distribución de drogas oncológicas y la protección de la Administración de Programas Especiales ante requerimientos de tratamientos de enfermedades de alto costo y baja incidencia.

Esta política procuró la recuperación del papel de rectoría del Estado que, contra lo que anunciaban sus detractores, no produjo menos sino más mercado, reduciendo los precios internos y manteniendo una fuerte rentabilidad merced al rápido incremento del consumo y de las exportaciones. Esa rectoría se ha aplicado para resolver dos graves consecuencias de una combinación incorrectamente resuelta entre salud, economía y política: el consumo irracional de medicamentos y la falta de acceso.

Las empresas farmacéuticas diferencian sus productos por marcas comerciales y promocionan su colocación a través de un gran esfuerzo publicitario, cuya lógica es la de la venta y no la de la información. La información imperfecta y la ausencia de estímulos para elegir según criterios de costo-eficacia son dos aspectos que determinan limitaciones de la demanda para un uso racional. El sistema de comunicación dirigido a profesionales y consumidores ha estado prácticamente monopolizado por la industria.

El elevado número de nombres comerciales nuevos que la industria coloca en el mercado imposibilita a los médicos conocer las características de todos ellos y su precio de venta. Los nombres comerciales o de fantasía no indican su composición farmacológica, mientras que los

nombres genéricos aseguran dicho reconocimiento. Por otro lado, se ha estimado que el gasto en la estructura de promoción y publicidad de medicamentos es de alrededor del 25% del total de los costos de los laboratorios. Los gastos en investigación y desarrollo en los líderes mundiales en tal aspecto no superan la mitad de ese valor.

Por eso el Estado debe defender la competencia y reforzar la posibilidad de que los consumidores puedan ejercer plenamente su derecho a la información, incorporado a la Constitución Nacional en 1994. Esa fue la intención que tuvo el Gobierno Argentino al impulsar en 2002 la ley 25.649, llamada Ley Nacional de Promoción de la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico, que a la vez se vio complementada con numerosos decretos del Poder Ejecutivo Nacional y acompañada por la sucesiva sanción de leyes provinciales con el mismo sentido. La política de utilización de medicamentos por su nombre genérico plantea una necesidad de jerarquizar la competencia por calidad y precio en desmedro del soporte publicitario o los incentivos no éticos.

La economía de mercado no puede significar el imperio de una civilización de mercado. En todo caso, se necesita un mejor mercado, pero sobre todo, un mucho mejor Estado, que es el lugar donde se construye conscientemente la sociedad. La política no se construye exclusivamente con el Estado. Por eso se requiere invertir más sabiduría y capacidad política para lograr que en esa construcción puedan estar todos los actores involucrados. Los trabajos contenidos en este libro apuntan en ese sentido.

Ginés González García
Ministro de Salud de la Nación

La investigación en salud, en sus diversas formas –biomédica, epidemiológica, social– es un recurso esencial para mejorar las políticas e intervenciones en salud.

Más de una década ha transcurrido desde que la Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo, de la Organización Mundial de la Salud, identificó la existencia de una gran disparidad entre los recursos asignados a la investigación en salud y las necesidades de la población de los países menos desarrollados. Una estimación realizada en 1990 indicó que menos del 10% de los recursos de investigación de salud globales se aplicaban a los problemas de salud de países en desarrollo –las enfermedades predominantemente infecciosas y tropicales–, las que a su vez representaban el 90% de los problemas de salud del mundo. Este problema, conocido como el “desequilibrio 10/90”, obliga a reorientar la agenda de toda política de investigación en salud hacia los problemas de salud prioritarios de las poblaciones, más cuando se trata de recursos públicos.

Otro tema crítico del escenario actual es la brecha existente entre la producción de evidencia científica, en los más variados campos de la salud pública, y la oportuna y efectiva utilización de este conocimiento tanto para el diseño, el monitoreo y la evaluación de intervenciones sanitarias, como para las decisiones clínicas. Esta brecha entre producción y utilización es sin duda otro desafío fundamental para toda política de investigación. Su reducción, además, supone una mayor responsabilidad por parte de los investigadores para que sus resultados sean útiles en el proceso de toma de decisiones, así como una mayor responsabilidad de los que deben decidir para realizar intervenciones sanitarias y clínicas basadas sobre la mejor evidencia disponible.

Por último, la evidencia científica debe ser accesible. Actualmente se habla de una “explosión de información” y, a la falta de tiempo para ponerse en contacto con la información disponible, se suman las dificultades para acceder a las publicaciones. Estas dificultades incluyen problemas de costo, de evaluación crítica de la literatura científica y, también, barreras idiomáticas. Toda política de investigación debe enfrentar este problema y desarrollar estrategias para facilitar el acceso a la información científica de alta calidad en formatos apropiados para los diversos actores sociales y políticos que intervienen en el campo de la salud pública.

Desde 2002, estos desafíos son los que han guiado la política de investigación del Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga. Las actividades desarrolladas han sido múltiples: talleres para la construcción consensuada de agendas de prioridades de investigación en diversos campos de la salud pública, apoyo a investigaciones orientadas a la resolución de los problemas prioritarios de nuestro país a través de becas individuales y de estudios colaborativos multicéntricos, y, también, un programa de publicaciones por el cual se ponen a disposición de la comunidad los resultados de estos estudios.

Este nuevo libro es un eslabón más de la estrategia de promoción y difusión de la investigación sanitaria que la Comisión Nacional Salud Investiga tiene como objetivo central de su trabajo.

Agradecemos a los investigadores que participaron en la investigación cuyo resultado es esta obra, tanto por su compromiso con la calidad de su trabajo como por su responsabilidad para ponerlo a disposición de la comunidad. Esperamos que el presente libro sea de utilidad para quienes están comprometidos con la salud de la población en sus más diversas formas: el debate social informado, las decisiones sobre asignación de recursos, la aplicación del conocimiento para el diseño de políticas e intervenciones y la difusión de evidencia sanitaria a la población general. Esperamos, asimismo, que contribuya también a promover los cambios todavía necesarios en todos los niveles para que la salud sea un derecho ejercido en toda su plenitud y para que la investigación sanitaria sea un recurso útil al servicio de esta meta.

Desde 2002 el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación comenzó a implementar una activa política de medicamentos cuyo principal objetivo es garantizar el acceso a ellos de toda la población.

Desde su inicio, la Política Nacional de Medicamentos ha tenido básicamente tres componentes. Por un lado, la promoción del uso del nombre genérico de los medicamentos. En segundo lugar, la racionalización de la financiación otorgada por las obras sociales nacionales, a través de las modificaciones en el Plan Médico Obligatorio. Por último, la provisión pública y centralizada de medicamentos esenciales.

En la actualidad, la totalidad de las provincias argentinas y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires han adaptado su legislación para apropiarla a la Ley Nacional de Prescripción de Medicamentos por su nombre genérico. Existen leyes similares en varios países, pero en ningún lugar se observa un nivel de aplicación tan elevado como el registrado en la Argentina.

Entre otros logros, la política de prescripción por nombre genérico contribuyó a que tras la importante caída del consumo de medicamentos registrada en 2002 (277 millones de unidades) la cantidad de unidades consumidas para 2005 se incrementara a 439 millones.

La Política Nacional de Medicamentos se completa con el incremento de la cobertura de la Seguridad Social del 40 al 70% para patologías crónicas; y la provisión pública de medicamentos, que incluye el Plan Remediar, de provisión gratuita de medicamentos esenciales para el Primer Nivel de Atención, el Plan Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA, que provee también en forma gratuita de antirretrovirales y elementos de diagnóstico para más de veintinueve mil pacientes y el programa de medicamentos oncológicos. Otras medidas de política significativas en este sentido son la desgravación de insumos críticos, en el marco de la Ley de Emergencia Sanitaria; y la negociación con cámaras empresariales para la reducción de precios y el reordenamiento de la producción estatal, entre otras acciones.

Por su parte, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) ha incrementado la capacidad operativa de los laboratorios de control de calidad y del sistema de inspecciones de medicamentos, fortaleciendo de este modo el Sistema Nacional de Farmacovigilancia. También ha generado normas de garantía de estándares de calidad de aquellos.

El Programa Remediar implementó además la propuesta de Fortalecimiento del Modelo de Atención Primaria de la Salud y Promoción de Políticas Saludables con Gestión Participativa, que incluye la distribución de equipamiento básico para los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), la provisión de medicamentos para enfermos crónicos bajo programa y la ejecución del Programa Nacional de Desparasitación Masiva. Asimismo, lleva a cabo una serie de acciones pedagógicas no formales dirigidas a Agentes Promotores de la Salud y otorga becas destinadas a los recursos humanos de los distintos CAPS. Se realizan intervenciones

de educación sanitaria y de participación social orientadas al desarrollo de conocimientos y conductas saludables en la población beneficiaria; y brinda financiamiento a proyectos locales participativos en Atención Primaria, con un fuerte componente de participación comunitaria. Remediar también promueve la formación y reconversión de Recursos Humanos en servicio en Atención Primaria, mediante un curso de post grado en uso racional de medicamentos y el financiamiento, en conjunto con la Comisión Nacional Salud Investiga, de proyectos de investigación sobre utilización de medicamentos esenciales en el Primer Nivel.

Además, la Argentina firmó con Brasil un acuerdo para la producción conjunta de medicamentos, buscando ampliar la cobertura y reducir costos de investigación, producción y comercialización. También fue elegida como país coordinador de una red sanitaria sobre política de medicamentos para Iberoamérica.

Algunos de los efectos de estas políticas han sido abordados de forma sistemática por estudios previos encomendados por la Comisión Nacional Salud Investiga (ex CONAPRIS); en particular aquellos asociados a la promoción de la prescripción de medicamentos por su nombre genérico.

No obstante, existen distintos y diversos factores que pueden condicionar los resultados de la política implementada. Los actores cuya conducta se pretende afectar mediante la regulación, obviamente, no son pasivos; y por el contrario, instrumentan distintos tipos de estrategias que pueden alterar los resultados esperados de la política.

La presente publicación reseña los principales resultados de las investigaciones realizadas en torno a estas cuestiones. Se indaga el comportamiento de un conjunto de variables presumiblemente asociadas a los resultados de la política de medicamentos. El propósito de tal indagación es profundizar el análisis y la discusión de manera tal que puedan identificarse nuevas estrategias para mejorar el acceso de la población a los medicamentos.

De este modo, se incluyen en esta publicación resultados de los módulos que componen el proyecto colaborativo multicéntrico asistido por la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación. Los objetivos generales fueron elaborados desde distintas áreas del Ministerio directamente involucrados en la política de medicamentos, en tanto que los objetivos específicos, el método y la operacionalización de las variables correspondió a las instituciones involucradas en el estudio colaborativo multicéntrico. Estas instituciones discutieron y consensuaron con la coordinación, a cargo del Ministerio de Salud, resultando los siguientes objetivos específicos:

- Analizar efectos de los cambios en los marcos regulatorios nacional y provincial respecto de la utilización del nombre genérico sobre las prácticas de prescripción y dispensación;
- Determinar la diferencia entre el precio final pagado por el comprador y el precio sugerido al público.
- Explorar fenómenos vinculados al acto de compra que puedan condicionar el resultado de la política de medicamentos (promoción del

uso del nombre genérico, cambios en el esquema de cobertura de obras sociales)

- Explorar pautas de utilización de servicios de salud, en particular Medicamentos, de la población en general.
- Analizar las características del mercado de medicamentos en la Argentina, en especial en relación a los cambios operados luego de la implementación de la política de medicamentos sobre estructura de la oferta y su influencia en la formación de precios.

Respetando el orden de los módulos que componen el estudio, la publicación se divide en cuatro capítulos que reúnen sendas investigaciones realizadas por prestigiosas organizaciones dedicadas a la investigación y la producción de conocimiento.

El Capítulo I incluye el trabajo realizado por el Instituto de Investigación en Ciencias Sociales de la Universidad del Salvador (IDICSO), el cual pretende dar cuenta del impacto de la política de prescripción por nombre genérico en dos dimensiones: prescripción por nombre genérico y sustitución de marca comercial en farmacia.

En el Capítulo II, y a partir del estudio realizado por la Universidad Maimónides, se abordan los resultados de la política de prescripción por nombre genérico desde la perspectiva de la compra del medicamento, fundamentalmente en lo referido a la diferencia entre el precio sugerido al público y el precio pagado por el comprador. Se analizan distintos aspectos considerados como determinantes, tales como el nivel de información de los actores respecto de la política y conducta del prescriptor y dispensador del medicamento.

Posteriormente, en el Capítulo III se resumen los resultados más relevantes del Estudio de Utilización y Gasto en Servicios de Salud realizado por el Centro de Estudios de Opinión Pública, Instituto de Investigaciones Gino Germani, particularmente enfocado en gasto de medicamentos.

El Capítulo IV lleva a cabo, a partir del trabajo realizado por la Asociación de Economía de la Salud (AES), una caracterización del mercado de medicamentos en la Argentina. Se analizan los principales factores que condicionan la determinación del precio y los cambios detectados en este campo a partir de la implementación de la política de prescripción por nombre genérico.

En los capítulos I a III se ha adoptado un enfoque de tipo descriptivo, cuantitativo, mediante encuestas a muestras probabilísticas, de multietápico, asegurando la selección aleatoria de las unidades de análisis en todas las fases del relevamiento. Las muestras fueron de compradores de medicamentos, realizándose la encuesta en farmacias al momento de realizarse el acto de compra. La muestra del componente de utilización y gasto en servicios de salud y medicamentos se aplicó sobre la población en general.

En el caso del capítulo IV el enfoque adoptado es de tipo cuali-cuantitativo. Básicamente, se trabajó mediante el análisis de fuentes secundarias: la información generada por los módulos anteriores complementada con otras estadísticas existentes (tales como bases de precio de los medicamentos).

RESULTADOS

CAPITULO I. UTILIZACIÓN DEL NOMBRE GENÉRICO DE LOS MEDICAMENTOS

*Mariano Fontela
Instituto de Investigación de Ciencias
Sociales de la Universidad del Salvador*

1.1 PRESCRIPCIÓN POR NOMBRE GENÉRICO

Empíricamente se registran en el país tres formas principales de prescribir medicamentos:

- a) sólo por el nombre genérico,
- b) consignando sólo la marca comercial,
- c) o ambos, estipulando el nombre genérico y la marca comercial en la misma receta.

La segunda de estas alternativas fue la que predominó casi con exclusividad hasta las alteraciones en el marco regulatorio operadas a partir de 2002, que apuntaron a que una proporción cada vez mayor de las prescripciones se agrupen en las categorías a) y c).

El primer objetivo de este informe consiste en estimar la frecuencia con que se realizan prescripciones por el nombre genérico del medicamento. A continuación se presenta información que responde a dicho objetivo por medio de la encuesta a compradores de medicamentos con receta, referida en el Módulo I.

Ya en los primeros meses de su aplicación, la Política Nacional de Medicamentos logró inmediatamente que más de la mitad de las recetas sean prescriptas por nombre genérico en las provincias donde se modificó la legislación. Entre los seis meses y el año y medio de su vigencia, ascendió del 58 al 71% (opciones 'a' y 'c' sumadas). En la investigación cuyos resultados aquí se informan, a tres años de su aplicación, estos valores ascendieron al 78%.

En un 27% de los casos se consigna en la receta sólo el nombre genérico (opción 'a') y en un 51% también la marca comercial (opción 'c'). Sólo en el 22% de las recetas se omite incluir el nombre genérico.

Muchos médicos en el momento de la consulta suelen otorgar demasiada importancia al diagnóstico, pero tienden a mecanizar exageradamente en la etapa de la prescripción. No sorprende por tanto que el 55% de los compradores de medicamentos afirme que durante consulta no se mencionó el tema de la prescripción por nombre genérico. Además, sólo en el 3% de los casos fue el paciente el que sugirió esa vía, pese a que casi la mitad de los encuestados afirma haber recibido información relacionada respecto al tema en los meses anteriores a la realización de la encuesta.

Además, es preciso destacar que hay un 16% de compradores de medicamentos que manifiesta que no confía en la calidad de los medicamentos que tienen igual nombre genérico, con independencia de su marca comercial, en tanto un 29% adicional afirma que sólo a veces confía en ellos. Asimismo, si bien los farmacéuticos muestran una ligera

tendencia a mostrar mayor confianza que los compradores en la calidad de las diferentes opciones y un acuerdo casi unánime con la política de prescripción por nombre genérico, lo cierto es que esta distribución no es en ellos mucho más favorable. Esto supone la necesidad de implementar una comunicación eficaz para informar mejor acerca de los mecanismos de vigilancia de la calidad de los fármacos que se comercializan en las farmacias.

Por otro lado, hay factores que están asociados a la prescripción por nombre genérico. Uno de ellos es la menor frecuencia de adquisición de medicamentos éticos o de venta bajo receta: aparentemente, los pacientes que compran medicamentos con elevada frecuencia, incluidos los enfermos crónicos, tienden a utilizar en mayor medida recetas donde figura la marca.

Por otro lado, los pacientes que se atienden en clínicas privadas y los afiliados a la medicina prepaga son quienes utilizan mayor proporción de recetas que consignan sólo la marca (opción 'b').

Por último, existiría una tendencia a que los compradores de medicamentos con recetas donde sólo se consigna la marca tiendan a realizar el acto de compra en farmacias grandes o de cadenas.

1.2 SUSTITUCIÓN DE MARCA COMERCIAL

La legislación actual habilita al profesional farmacéutico a intercambiar el producto prescrito por una alternativa comercial del mismo nombre genérico si el paciente así lo desea. Es decir, la sustitución por parte del farmacéutico puede suceder cuando el médico consigna en la receta una marca comercial exclusivamente (opción 'b') o cuando lo hace en conjunto con el nombre genérico del medicamento (opción 'c'),

El presente estudio asume como objetivo específico el de "determinar la frecuencia de sustitución en farmacia". Los datos son coincidentes con estudios anteriores: los niveles de sustitución por parte de los farmacéuticos son aún bajos.

Solamente en el 1,9% de los casos se produce una sustitución, lo que representa el 2,4% de los casos en que la marca comercial figura en la receta. Cuando sólo figura la marca comercial (opción 'b'), la sustitución llega sólo al 1% de los casos. Este registro se triplica cuando además figura el nombre genérico (opción 'c'), pero igualmente se mantiene en un nivel muy reducido.

Además, este problema está asociado a la escasa frecuencia con que el tema de la sustitución surge en el momento de la compra en la farmacia. Solamente el 17% de los compradores afirma que durante el acto de compra se mencionó la posibilidad de elegir entre diferentes marcas, lo cual de hecho señala un valor aún inferior a la de prescripción sólo por nombre genérico (opción 'a'), e indicaría que aun en este último caso hay farmacéuticos que dispensan directamente una marca sin siquiera consultar al comprador.

De hecho, hubo algunos casos en que el comprador afirmó no haber conversado con el farmacéutico sobre la posibilidad de cambiar la marca

y la sustitución igualmente se produjo: el medicamento indicado en la receta no coincide con el adquirido finalmente por el comprador.

Igualmente, la actitud de los compradores también parece ser excesivamente pasiva: sólo el 4% de ellos afirma haber tomado la iniciativa en la farmacia de sugerir el reemplazo de la marca indicada por el médico.

De acuerdo con los compradores, en más de las tres cuartas partes de los casos, el farmacéutico no brindó información adicional sobre el medicamento y se limitó a comunicar el precio.

Respecto a otras posibles variables que podrían influir sobre la sustitución, no obstante los problemas de significación que genera la exigüidad de la frecuencia de la sustitución, existiría una tendencia a que ella aumente cuando se trata de farmacias pequeñas o que no pertenecen a una cadena.

Además, también existiría mayor frecuencia de sustitución cuando el paciente se atendió sin cobertura explícita o en establecimientos del subsector público, lo que indicaría que el fenómeno estaría asociado a un menor poder adquisitivo.

1.3 ANEXO 1

Frecuencia de prescripción por nombre genérico y sustitución				
Receta	Compra			Total
	Sólo genérico	Sustitución	Igual marca	
Sólo genérico	27%	- -	- -	27%
Sólo marca	- -	0,3%	22%	22%
Marca y genérico	- -	1,6%	49%	51%
Total	27%	1,9%	71%	100%

Receta	Compra			Total
	Sólo genérico	Sustitución	Igual marca	
Sólo genérico	100%	- -	- -	100%
Sólo marca	- -	1,2%	99%	100%
Marca y genérico	- -	3,2%	97%	100%
Total	27%	1,9%	71%	100%

Durante la consulta, ¿el médico o el paciente mencionaron la posibilidad de recetar el medicamento por su nombre genérico?	
No se mencionó el tema	55%
Fue iniciativa del médico	27%
Lo propuso el paciente	3%
Surgió de ambas partes	4%
No estuvo presente en la consulta	6%
Otros	1%
NS/NC	4%
Total	100%

¿En los últimos meses recibió alguna información relacionada con la prescripción de los medicamentos por su nombre genérico?	
Sí	44%
No	51%
NS/NC	4%
Total	100%

¿Confía usted en la calidad de los medicamentos que tienen igual nombre genérico, con independencia de su marca comercial?	
Siempre	22%
Casi siempre	16%
A veces	29%
Nunca	16%
NS/NC	17%
Total	100%

En relación al medicamento que vino a comprar, ¿mencionaron el comprador o el farmacéutico la posibilidad de elegir entre diferentes marcas?	
Sí	17%
No	82%
NS/NC	1%
Total	100%

¿El farmacéutico le informó sobre una marca alternativa o sobre varias?	
Le dio a elegir entre dos marcas	5,7%
Le dio a elegir entre varias marcas	8,8%
Le informó que las otras marcas son más caras	0,5%
Le informó que no debía sustituirlo	0,5%
Le informó que no hay otras marcas de ese medicamento	0,2%
Le informó que no tiene existencias de otras marcas	0,2%
Le informó que no tiene autorización para sustituirlo	0,0%
Le aconsejó no sustituirlo por su calidad	0,2%
Otro	0,6%
NS/NC	0,6%
No se mencionó el tema	83%
Total	100%

¿La inquietud surgió del comprador o del farmacéutico?	
Fue iniciativa del farmacéutico	7%
Lo propuso el comprador	4%
Surgió de ambas partes	3%
Otro	0%
NS/NC	1%
No se mencionó el tema	83%
Total	100%

Además del precio, ¿el farmacéutico le dio alguna información sobre el medicamento? (múltiple)	
Le informó sobre las características del medicamento	10%
Le recomendó una marca	6%
Le dio recomendaciones sobre la manera de usarlo	5%
No, sólo le informó el precio	79%
Otro	1%
NS/NC	1%

Farmacéutico: ¿en general está usted de acuerdo o en desacuerdo con la legislación sobre prescripción de medicamentos por su nombre genérico?	
Muy de acuerdo	34%
De acuerdo	54%
Parcialmente de acuerdo	10%
En desacuerdo	1%
Muy en desacuerdo	0%
Otros	1%
NS/NC	2%
Total	100%

Farmacéutico: ¿confía usted en la calidad de los medicamentos que tienen igual nombre genérico, independientemente de su marca comercial?	
Siempre	28%
Casi siempre	31%
A veces	30%
Nunca	9%
NS/NC	2%
Total	100%

Farmacéutico: ¿en esta farmacia se usan frecuentemente algunos de los siguientes mecanismos de descuento?	
Descuento de obra social o prepaga	96%
Bonos de descuento que entrega el médico al beneficiario	74%
Vales de descuento que compra el beneficiario	51%
Se ofrece un descuento especial cuando el laboratorio lo sugiere	50%
Descuento por pago en efectivo en todos los medicamentos	47%

¿Cada cuánto compra usted medicamentos con receta médica?				
	Sólo genérico	Sólo marca	Ambos	Total
Una vez al mes o más	25%	21%	54%	100%
Menos de una vez cada tres meses	28%	23%	49%	100%
Nunca o casi nunca	33%	23%	43%	100%
Total	27%	22%	51%	100%

¿Dónde le dieron la receta?				
	Sólo genérico	Sólo marca	Ambos	Total
Salita o centro de salud	27%	14%	59%	100%
Consultorio particular	27%	20%	52%	100%
Hospital público	31%	22%	47%	100%
Clínica privada	24%	26%	50%	100%
Total	27%	22%	51%	100%

¿Con qué cobertura se hizo la consulta en la que se elaboró la receta?				
	Sólo genérico	Sólo marca	Ambos	Total
PAMI	19%	13%	67%	100%
Obra social provincial	39%	13%	48%	100%
Obra social nacional	32%	23%	45%	100%
Sin cobertura o particular	31%	23%	46%	100%
Prepaga	18%	40%	42%	100%
Total	27%	22%	51%	100%

Los medicamentos que compró, ¿son para un paciente crónico?				
	Sólo genérico	Sólo marca	Ambos	Total
Sí	25%	19%	56%	100%
No	29%	24%	47%	100%
Total	27%	22%	51%	100%

Durante la consulta, ¿el médico o el paciente mencionaron la posibilidad de recetar el medicamento por su nombre genérico?				
	Sólo genérico	Sólo marca	Ambos	Total
No se mencionó el tema	21%	28%	51%	100%
Fue iniciativa del médico	36%	11%	53%	100%
Lo propuso el paciente	37%	14%	49%	100%
Surgió de ambas partes	32%	28%	40%	100%
No estuvo presente en la consulta	31%	20%	49%	100%
Total	27%	22%	51%	100%

En los últimos meses, ¿recibió alguna información relacionada con la prescripción de los medicamentos por su nombre genérico?				
	Sólo genérico	Sólo marca	Ambos	Total
Sí	28%	24%	48%	100%
No	26%	20%	54%	100%
NS/NC	23%	29%	48%	100%
Total	27%	22%	51%	100%

¿Confía usted en la calidad de los medicamentos que tienen igual nombre genérico, con independencia de su marca comercial?				
	Sólo genérico	Sólo marca	Ambos	Total
Siempre	36%	20%	44%	100%
Casi siempre	29%	21%	50%	100%
A veces	24%	23%	53%	100%
Nunca	22%	23%	55%	100%
NS/NC	23%	25%	52%	100%
Total	27%	22%	51%	100%

En relación al medicamento que vino a comprar, ¿mencionaron usted o el farmacéutico la posibilidad de elegir entre diferentes marcas?				
	Sólo genérico	Sólo marca	Ambos	Total
Sí	50%	14%	36%	100%
No	22%	24%	54%	100%
NS/NC	30%	16%	54%	100%
Total	27%	22%	51%	100%

¿El farmacéutico le informó sobre una marca alternativa o sobre varias?				
	Sólo genérico	Sólo marca	Ambos	Total
Le dio a elegir entre dos marcas	11%	4%	4%	6%
Le dio a elegir entre varias marcas	16%	5%	6%	9%
Le informó que las otras marcas son más caras	1%	0%	0%	1%
Le informó que no hay otras marcas	0%	0%	0%	0%
Le informó que no tiene existencias de otras marcas	0%	0%	0%	0%
No tiene autorización para sustituirlo	0%	0%	0%	0%
Le aconsejó no sustituirlo por su calidad	0%	0%	0%	0%
Otros	1%	0%	1%	1%
NS/NC	1%	1%	0%	1%
No se mencionó el tema	69%	90%	88%	83%
Total	100%	100%	100%	100%

¿Recibió algún descuento sobre el precio del medicamento?				
	Sólo genérico	Sólo marca	Ambos	Total
Sí	83%	86%	92%	89%
No	13%	11%	5%	9%
NS/NC	4%	3%	2%	3%
Total	100%	100%	100%	100%

¿Mediante qué procedimiento le otorgaron el descuento?*				
	Sólo genérico	Sólo marca	Ambos	Total
Descuento de la obra social o prepaga	67%	68%	70%	69%
Usó un bono o un vale	9%	8%	13%	11%
Descuento por pago en efectivo	4%	7%	7%	6%
Otros	2%	3%	2%	2%
NS/NC	1%	1%	1%	1%
No recibió descuento	16%	13%	7%	11%
Total	100%	100%	100%	100%

¿La farmacia pertenece a una cadena?				
	Sólo genérico	Sólo marca	Ambos	Total
Sí	25%	28%	47%	100%
No	27%	20%	52%	100%
Total	27%	22%	51%	100%

Tamaño de la farmacia				
	Sólo genérico	Sólo marca	Ambos	Total
Pequeña	28%	19%	53%	100%
Mediana	28%	22%	51%	100%
Grande	23%	29%	48%	100%
Total	27%	22%	51%	100%

Cantidad de personas esperando				
	Sólo genérico	Sólo marca	Ambos	Total
Menos de dos	31%	21%	48%	100%
Entre dos y cuatro	25%	19%	56%	100%
Cinco o más	23%	29%	48%	100%
Total	27%	22%	51%	100%

Edad del encuestado				
	Sólo genérico	Sólo marca	Ambos	Total
Menos de 30 años	32%	28%	39%	100%
Entre 30 y 49 años	30%	24%	47%	100%
Entre 50 y 69 años	23%	19%	58%	100%
70 años y más	22%	20%	59%	100%
Total	27%	22%	51%	100%

Nivel educativo del encuestado				
	Sólo genérico	Sólo marca	Ambos	Total
Primario	26%	20%	54%	100%
Secundario	29%	21%	51%	100%
Terciario	28%	24%	49%	100%
Universitario	23%	28%	49%	100%
Total	27%	22%	51%	100%

¿La farmacia pertenece a una cadena?				
	Sólo genérico	Sustitución	Igual marca	Total
Sí	25%	1,3%	74%	100%
No	27%	2,0%	71%	100%
Total	27%	1,9%	71%	100%

Tamaño de la farmacia				
	Sólo genérico	Sustitución	Igual marca	Total
Pequeña	28%	3,0%	69%	100%
Mediana	28%	1,1%	71%	100%
Grande	23%	1,9%	75%	100%
Total	27%	1,9%	71%	100%

Cantidad de personas esperando				
	Sólo genérico	Sustitución	Igual marca	Total
Menos de dos	31%	3,4%	65%	100%
Entre dos y cuatro	25%	1,6%	73%	100%
Cinco o más	23%	1,4%	76%	100%
Total	27%	1,9%	71%	100%

¿Dónde le dieron la receta?				
	Sólo genérico	Sustitución	Igual marca	Total
Hospital público	31%	3,1%	65%	100%
Salita o centro de salud	27%	3,1%	70%	100%
Clínica privada	24%	1,8%	74%	100%
Consultorio particular	27%	1,5%	71%	100%
Total	27%	1,9%	71%	100%

¿Con qué cobertura se hizo la consulta en la que se elaboró la receta?				
	Sólo genérico	Sustitución	Igual marca	Total
Sin cobertura o particular	31%	3,3%	66%	100%
PAMI	19%	2,1%	79%	100%
Obra social nacional	32%	0,9%	67%	100%
Prepaga	18%	1,3%	81%	100%
Obra social provincial	39%	0,8%	61%	100%
Total	27%	1,9%	71%	100%

Los medicamentos que compró, ¿son para un paciente crónico?				
	Sólo genérico	Sustitución	Igual marca	Total
Sí	25%	1,4%	74%	100%
No	29%	2,3%	69%	100%
Total	27%	1,9%	71%	100%

En los últimos meses, ¿recibió alguna información relacionada con la prescripción de los medicamentos por su nombre genérico?				
	Sólo genérico	Sustitución	Igual marca	Total
Sí	28%	2,4%	69%	100%
No	26%	1,5%	72%	100%
Total	27%	1,9%	71%	100%

En relación al medicamento que vino a comprar, ¿mencionaron usted o el farmacéutico la posibilidad de elegir entre diferentes marcas?				
	Sólo genérico	Sustitución	Igual marca	Total
Sí	50%	5,3%	45%	100%
No	22%	1,2%	76%	100%
Total	27%	1,9%	71%	100%

El estudio entre compradores permitió obtener información sobre la diferencia entre el precio indicado y el precio finalmente abonado por los compradores.

Un cuarto de los compradores no llevaban receta al momento de ingresar a la farmacia a realizar la compra, pese a que en todos los casos esta quedó registrada en un recibo o tique fiscal.

Un 77% de los compradores recibió algún descuento sobre el precio indicado. Este porcentaje no se extrae de una respuesta espontánea del comprador, sino de la diferencia indicada en el tique de compra.

De todas formas, corresponde mencionar que en un 3% de los casos los compradores afirmaron que sí habían recibido un descuento, pero este no pudo ser verificado con el tique de compra. En algunas ocasiones ello ocurrió porque los encuestados declararon que el descuento correspondía al hecho de haber hecho la compra en farmacias "que venden sólo los productos más baratos", lo que obviamente no constituye un descuento real, excepto cuando queda registrado. En otros casos, pocos, el comprador afirma haber recibido un descuento por pago en efectivo, pero el tique no registra el hecho.

En un 11% de los casos, el comprador afirma haber obtenido un descuento por pago en efectivo y en un 8% adicional hubo deducción por utilizar el comprador un vale o bono. En un 3% de los eventos el farmacéutico informó al comprador "que le correspondía un descuento por comprar esa marca", lo cual indica que el laboratorio sugiere cobrar un precio menor al indicado por lista.

Como era de esperar, el mayor promedio de descuento proporcional se obtiene cuando hay receta médica y a través de la Obra Social o prepa-ga, aunque con una importante dispersión en los porcentajes.

También es elevada la proporción de rebaja obtenida cuando es el laboratorio quien decide descontar directamente sobre el precio de mostrador, en promedio cercano al 40%, lo cual indicaría que existe un intento deliberado por evitar el reemplazo, sustituyendo el tradicional sistema de la seguridad social por un descuento de valores similares. Bonos y vales rondan el 30% y las farmacias tienden además a reducir en un valor superior al 15% por pago en efectivo.

Si se adiciona la incidencia de todos estos procedimientos, excluyendo a la seguridad social, podría estimarse que quienes obtienen descuentos "especiales" en promedio ahorran un 20% del precio indicado, lo que representaría aproximadamente un 5% del valor total de las ventas.

También existe una tendencia a que quienes mayor descuento obtienen sean las personas que con más frecuencia adquieren medicamentos éticos o de venta bajo receta, los afiliados a PAMI o a obras sociales provinciales y las personas residentes en el interior del país.

¿Realizó la compra con receta?	
Sí	75%
No	25%
Total	100%

¿Recibió algún descuento sobre el precio del medicamento? (percepción del comprador)	
Sí	80%
No	20%
Total	100%

¿Mediante qué procedimiento le otorgaron el descuento?	
Descuento de obra social o prepaga	50%
Descuento por pago en efectivo	11%
Bonos de descuento que entrega el médico al beneficiario	6%
La farmacia es de una cadena que vende sólo los productos más baratos	5%
Descuento "especial" por comprar esa marca	3%
Vales de descuento que compra el beneficiario	1%
Otro	4%
NS/NC	0%
No recibió descuento	20%
Total	100%

Porcentaje de descuento obtenido	
No recibió descuento	23%
Menos de 20%	10%
Entre 20 y 35%	24%
Entre 36 y 49%	20%
Entre 50 y 69%	13%
Entre 70 y 99%	7%
Descuento total	2%
Total	100%

Promedio de descuento obtenido según cada procedimiento de descuento		
	Media	Desvío estándar
Descuento de obra social o prepaga	48%	19%
Descuento “especial” por comprar esa marca	37%	14%
Bonos de descuento que entrega el médico al beneficiario	28%	8%
Vales de descuento que compra el beneficiario	27%	7%
Descuento por pago en efectivo	17%	8%
La farmacia es de una cadena que vende sólo los productos más baratos	7%	15%
Otro	32%	26%
No recibió descuento	0%	0%
Total	31%	25%

Porcentaje de descuento obtenido según si realizó o no la compra con receta		
	Media	Desvío estándar
Sí	38%	24%
No	8%	12%
Total	31%	25%

Porcentaje de descuento obtenido según frecuencia con que compra medicamentos de venta bajo receta		
	Media	Desvío estándar
Una vez a la semana o más	42%	26%
Una vez al mes o más	33%	26%
Menos de una vez al mes	27%	24%
Menos de una vez cada tres meses	23%	20%
Nunca o casi nunca	24%	20%
Total	31%	25%

Porcentaje de descuento obtenido según frecuencia con que compra medicamentos en esa farmacia		
	Media	Desvío estándar
Una vez a la semana o más	38%	24%
Una vez al mes o más	34%	26%

Porcentaje de descuento obtenido según frecuencia con que compra medicamentos en esa farmacia		
	Media	Desvío estándar
Menos de una vez al mes	29%	25%
Menos de una vez cada tres meses	26%	23%
Nunca o casi nunca	23%	23%
Total	31%	25%

Porcentaje de descuento obtenido según cobertura		
	Media	Desvío estándar
PAMI	51%	22%
Obra social provincial	51%	22%
Plan de salud prepago	43%	19%
Obra social nacional	39%	17%
Sin cobertura o particular	14%	13%
Otro	29%	14%
Compró sin receta	8%	12%
Total	31%	25%

Porcentaje de descuento obtenido según lugar donde le expidieron la receta		
	Media	Desvío estándar
Domicilio del paciente	44%	31%
Clínica privada	44%	24%
Consultorio particular	40%	20%
Salita o centro de salud	29%	23%
Hospital público	26%	23%
Otro	43%	18%
Compró sin receta	8%	12%
Total	31%	25%

Porcentaje de descuento obtenido según especialidad del profesional con quien se realizó la consulta		
	Media	Desvío estándar
Neurología	57%	31%
Endocrinología	44%	19%
Cardiología	44%	23%
Oftalmología	40%	21%
Traumatología	40%	21%

Porcentaje de descuento obtenido según especialidad del profesional con quien se realizó la consulta		
	Media	Desvío estándar
Pediatría	39%	23%
Ginecología	38%	21%
Clínica o médico de cabecera	37%	23%
Otorrinolaringología	35%	14%
Psiquiatría	33%	28%
Dermatología	30%	19%
Alergia e inmunología	30%	17%
Odontología (menos de diez casos)	41%	13%
Cirugía (menos de diez casos)	40%	14%
Gastroenterología (menos de diez casos)	34%	22%
Otro	39%	30%
Compró sin receta	8%	12%
Total	31%	25%

Porcentaje de descuento obtenido según si la compra se realizó o no para un paciente crónico		
	Media	Desvío estándar
Sí	34%	27%
No	28%	23%
Total	31%	25%

Porcentaje de descuento obtenido según cantidad de medicamentos de venta bajo receta comprados		
	Media	Desvío estándar
Uno	3%	25%
Dos	36%	26%
Tres	31%	22%
Más de tres	36%	21%
Total	31%	25%

Porcentaje de descuento obtenido según sexo del comprador		
	Media	Desvío estándar
Mujer	30%	24%
Varón	32%	27%
Total	31%	25%

Porcentaje de descuento obtenido según edad del comprador		
Edad	Media	Desvío estándar
Menor de 20	32%	27%
Entre 21 y 30	26%	20%
Entre 31 y 40	27%	25%
Entre 41 y 50	26%	24%
Entre 51 y 60	29%	24%
Entre 61 y 70	36%	25%
Mayor de 70	37%	26%
Total	31%	25%

Porcentaje de descuento obtenido según nivel educativo del comprador		
Nivel	Media	Desvío estándar
Primario	31%	25%
Secundario	30%	26%
Terciario	33%	24%
Universitario	32%	24%
Total	31%	25%

Porcentaje de descuento obtenido según lugar de residencia		
Lugar de residencia	Media	Desvío estándar
CABA	21%	22%
Provincia de Buenos Aires	22%	22%
Córdoba	33%	24%
Santa Fe	34%	20%
Resto	40%	26%
Total	31%	25%

Porcentaje de descuento obtenido según tipo de farmacia		
Tipo de farmacia	Media	Desvío estándar
Cadena	26%	25%
Otra	34%	25%
Total	31%	25%

Porcentaje de descuento obtenido según tamaño de farmacia		
Tamaño de farmacia	Media	Desvío estándar
Pequeña	35%	26%
Mediana	29%	26%
Grande	30%	23%
Total	31%	25%

CAPITULO III. UTILIZACIÓN Y GASTO EN SERVICIOS DE SALUD, MEDICAMENTOS EN PARTICULAR, DE LA POBLACIÓN GENERAL¹

Jorge Raúl Jorrat

María José De Gregorio

Rosario Balverde

Alejandro Capriatti

Centro de Estudios de Opinión Pública -

Instituto de Investigaciones Gino Germani

Universidad de Buenos Aires.

El presente trabajo ofrece una nueva mirada sobre la utilización y gasto en servicios de salud para el país, luego del primer estudio nacional de 2003 (Jorrat, Marconi y Fernández, 2004). La exploración permite evaluar cómo ha influido el mayor alejamiento de la crisis de fines de 2001 en el comportamiento de utilización y gasto en servicios de salud de los argentinos. Se trata del segundo relevamiento por encuestas sobre el tema basado en muestras nacionales.² La metodología descansa en análisis porcentuales y uso de estadísticos básicos.

2.1 UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La estructura básica de la utilización de servicios de salud, según porcentaje de usuarios, se habría mantenido en el último bienio 2003-2005. En general, se nota un leve aumento de usuarios, siendo lo más importante que las personas afiliadas habrían crecido un 8%.

Tipo de servicio de salud	Porcentaje poblacional de usuarios de servicios de salud: 2003 y 2005		
	(a) 2005	(b) 2003	Cociente a/b
Personas afiliadas	62,7	58,2	1,08
Consultantes al médico	40,6	39,5	1,03

¹ La presente investigación, contó con el apoyo y asesoramiento de las Lics. Élica Marconi y María de las Mercedes Fernández de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación.

² Los datos en que se apoya este estudio surgen de una encuesta estratificada por áreas (según NBI a nivel de radio censal), en varias etapas, con selección aleatoria en las primeras etapas y selección final del encuestado según cuotas de sexo y edad. Los estratos especificados fueron veintiséis, de acuerdo con el tamaño de las localidades, incluyendo población rural agrupada y dispersa. Para un tamaño inicial de mil adultos (dieciocho años y más), se agregaba, en cada hogar donde se encuestaba un adulto, un menor (de 0 a menos de dieciocho años) que era seleccionado de acuerdo con el cumpleaños más reciente. Ello arrojó un total muestral de 1.546 casos, personas de todas las edades (cero años y más). Para aquellos entre cero y menos de dieciocho años, respondía la madre, u otro adulto en caso de no existir o no acceder a aquella.

Tipo de servicio de salud	Porcentaje poblacional de usuarios de servicios de salud: 2003 y 2005		
	(a) 2005	(b) 2003	Cociente a/b
Consultantes al dentista	15,3	14,9	1,03
Consultantes a otros profesionales	6,8	5,9	1,15
Usuarios de medicamentos	69,2	69,3	1,00
Personas con análisis-tratamiento-internación	22,1	22,9	0,97
Personas que hicieron otros gastos	9,6	9,5	1,01

Al considerar la utilización según segmentos sociodemográficos en 2005, la *afiliación* es algo mayor entre las mujeres, creciendo al aumentar la edad, el nivel de educación y el nivel de clase social, con menor presencia en las ciudades intermedias.

Por lo general, hay cierto predominio de mujeres en *las distintas consultas*. Mientras los *consultantes al médico* predominan en los extremos de grupos de edad, los *consultantes al dentista* o por *salud mental* están más presentes en las edades relativamente activas (quince a sesenta y cuatro años) mientras los *consultantes al fonoaudiólogo* disminuyen en la edad mayor. El uso de *medicamentos* y los *análisis, tratamientos e internaciones* crecen con la edad. Todos los consultantes, usuarios de remedios (menos claro) y análisis, tratamientos e internaciones tienden a aumentar su presencia con la mayor educación.

Fuera de los usuarios de medicamentos, *la utilización de servicios de salud es mayor en las clases más acomodadas y en los quintiles más altos de ingreso per cápita familiar*. Los consumidores de medicamentos son un poco más relevantes en el sector más alto, mientras que los consultantes al médico tienen mayor presencia en el quintil más bajo respecto del más alto (0,91 veces). La consulta médica constituye el único tipo de utilización que exhibe una presencia ligeramente mayor en los sectores más pobres.

Cuando se considera la intensidad o promedio de consultas, tanto los consultantes al médico como los que gastan en consultas exhiben un promedio mensual de 1,8 consultas, lo que baja a 0,72 cuando se considera el promedio poblacional, independientemente de que hayan concurrido al médico o no. Este promedio poblacional de consultas al médico es más alto para los afiliados, las mujeres, los de mayor edad, los de niveles más altos de educación, los de sectores de clase no manuales, con pocas diferencias para los quintiles de ingreso *per cápita* agrupados, aunque con una muy ligera tendencia a bajar cuando se pasa a los quintiles más altos. El promedio poblacional más alto observado corresponde a la consulta médica en las ciudades intermedias.

Cuando se distingue la consulta médica por lugar de la primera consulta en los últimos treinta días, un 7% de la población las hizo en un

centro de salud, unidad sanitaria o salita (CAPS) y un 9% en el hospital público. La concurrencia al sector público crece al 16,4% (CAPS) y al 22% (hospital público), cuando se consideran sólo a los que efectivamente consultan al médico. Estos porcentajes son decididamente más altos para los no afiliados que para los afiliados tanto en el caso de la concurrencia a CAPS como en el de la concurrencia al hospital público. Dentro de pautas esperables, *hay una concurrencia mayor al sector público de salud por parte de los que carecen de protección potencial de su salud (no afiliados)*.

Un detalle de la participación de cada sector, según consultantes y cantidad de consultas, puede verse en el cuadro a continuación:

Porcentajes de consultas y consultantes por lugar de atención		
Lugar de atención	Consultas	Personas
CAPS	12,6%	14,8%
Hospital público	20,5%	20,0%
Obra social	25,6%	25,1%
Establecimiento privado	16,3%	17,8%
Consultorio particular	13,4%	13,4%
Otro lugar	1,6%	2,4%
CAPS - Hospital público	3,2%	1,9%
CAPS - Establecimiento privado	0,2%	0,2%
CAPS - Consultorio particular	0,3%	0,3%
CAPS - Otro lugar	0,2%	0,2%
Hospital - Establecimiento privado	3,7%	2,0%
Hospital - Consultorio particular	0,4%	0,3%
Hospital - Otro lugar	0,4%	0,1%
Obra social - Establecimiento privado	0,2%	0,2%
Obra social - Otro	0,1%	0,1%
Establecimiento privado - Consultorio	1,0%	0,9%
Consultorio privado - Otro lugar	0,3%	0,3%
Suma %	100,0%	100,0%
N	26.228.878	14.710.106

En lo que se refiere a la *cantidad de consultas al médico*, un 36,3% de ellas se hace exclusivamente en el sector público, un 58,5% sólo en el privado y el 5,2% restante en ambos. Del total de consultas médicas realizadas en el sector público, el 30% fueron realizadas por afiliados y 70% por no afiliados. *Los no afiliados buscarían más la consulta médica en el hospital público que en los CAPS.*

Con matices, la consulta médica en los CAPS es sin dudas es más relevante entre los jóvenes, entre los sectores menos favorecidos (aunque captaría más al trabajador autónomo, previsiblemente con menor nivel de afiliación), los no afiliados y los que viven en ciudades de tamaño medio. El hospital alcanza más a la gente mayor, a los sectores relativamente menos empobrecidos, a los afiliados y a los que viven en los grandes aglomerados.

Un 70% de adultos conocen la existencia de un CAPS, que en su mayoría estarían situados a menos de diez cuadras del domicilio de quienes conocen y recuerdan el nombre de un CAPS. Ello implica que casi tres de cada diez personas de la población total del país tienen un Centro a esa distancia. Un tercio de la población que conoce la existencia de CAPS concurreó en el último año, lo que representa la cuarta parte del total poblacional.

El promedio de veces que fueron a solicitar medicamentos en CAPS durante el último año asciende a 4,37 veces, una frecuencia relevante. La mayor frecuencia se da en las mujeres, en el grupo de quince a sesenta y cuatro años de edad y en aquellos con estudios secundarios, por encima de los de niveles más bajos de estudios. Sin diferencias marcadas por clase social, tienden a exhibir un promedio mayor de concurrencia a solicitar medicamentos en CAPS los bajo manuales, siendo el promedio más alto entre los que no tienen (o no especifican) ocupación. Este promedio baja al aumentar los ingresos, siendo más alto entre los que no especifican ingresos. En realidad, el promedio es bajo recién en el quintil de más altos ingresos. En cuanto a las zonas, hay una mayor frecuencia de concurrencia por medicamentos en los grandes aglomerados, seguidos por los de las localidades pequeñas y rurales. El promedio es mayor para los no afiliados que para los afiliados. La solicitud de medicamentos en CAPS parece ser realizada no sólo por los sectores bajos, los de edades activas y los que carecen de protección potencial de su salud, sino también por parte de sectores medios. Parece favorecer esta concurrencia por medicamentos el contar con un cierto nivel de educación.

2.2 GASTO EN SALUD

Por lo que respecta al *gasto en salud*, los argentinos gastaron de bolsillo en 2005 un promedio mensual de \$ 37 (que baja a \$ 29 si no se tiene en cuenta al gasto en afiliación a algún sistema). Este *gasto promedio mensual de toda la población* varía según tipo de servicio: a medicamentos se destinan cerca de \$ 15, mientras que la consulta médica da cuenta de menos de \$ 2,50. Al pasar de 2003 a 2005 el promedio de gasto total en salud habría crecido un 30%. Gastan más en salud las mujeres, los de mayor edad, los sectores de mayores recursos y mayor educación formal, los afiliados y los que viven en concentraciones urbanas importantes.

Vista en términos porcentuales, la participación diferencial del tipo de servicio de salud es relevante: el gasto poblacional promedio en medicamentos es responsable de un 40% del gasto total en salud, seguido por

afiliación voluntaria (más de 21%) y a la distancia por el gasto en análisis, tratamientos e internaciones, las consultas al dentista y los otros gastos, con más de un 8% cada uno. La menor participación corresponde al gasto en consulta médica (6,5%).

De 2003 a 2005 el gasto en medicamentos disminuye su participación en el gasto total en salud (baja un 14%), manteniendo su participación dentro del gasto de los no afiliados (sin considerar lo gastado de bolsillo en afiliación voluntaria) y perdiendo un 37% de participación en el gasto de los afiliados. Por su lado, la consulta médica se ha mantenido en general, pero perdiendo algo de terreno en el gasto de los afiliados (10%) y ganando fuertemente terreno entre los no afiliados (67%).

Salvo la consulta al dentista, todos los promedios de gasto crecen al pasar de 2003 a 2005. El crecimiento del total del gasto en salud es producto del crecimiento en los sectores de ingresos bajos y medios, disminuyendo ligeramente en el sector de altos ingresos. *En el bienio 2003-2005, independientemente de la utilización y de que efectivamente hayan gastado, crece el gasto en salud del sector más pobre, seguido por los sectores medios.* El rubro medicamentos es el que menos crece en el sector pobre (fuera de la caída del promedio de gasto en consultas al dentista en todos los sectores de ingreso). Un avance particular corresponde tanto al crecimiento de la afiliación en sí como del gasto en afiliación dentro de los sectores de menores ingresos, particularmente la afiliación a obras sociales en las localidades pequeñas y zonas rurales.

2.3 RELACIÓN ENTRE GASTO Y USO DE SERVICIOS DE SALUD

Para concluir la evaluación de utilización y gasto hasta aquí, se ofrecen dos gráficos, uno para 2005 y otro para 2003, los que considerando una serie de rubros básicos de servicios de salud buscan expresar de forma sintética la relación entre utilización y gasto. Con este objetivo, se suman todos los actos de usos y se calcula el porcentaje de cada utilización sobre ese total.

En ambas mediciones sólo en dos casos el peso de la utilización de un servicio en el total de actos de uso supera la participación del gasto en dichos servicios respecto del gasto total para los servicios aquí considerados: la consulta médica y los análisis, tratamientos e internaciones. Para estos dos rubros la cobertura (obras social o prepagas), sumado a la participación del sector público de salud, tendría el efecto de que la participación del gasto resulte inferior al peso que tiene la utilización de esos servicios en el total de actos de uso considerados. Lo mismo ocurría en 2003.

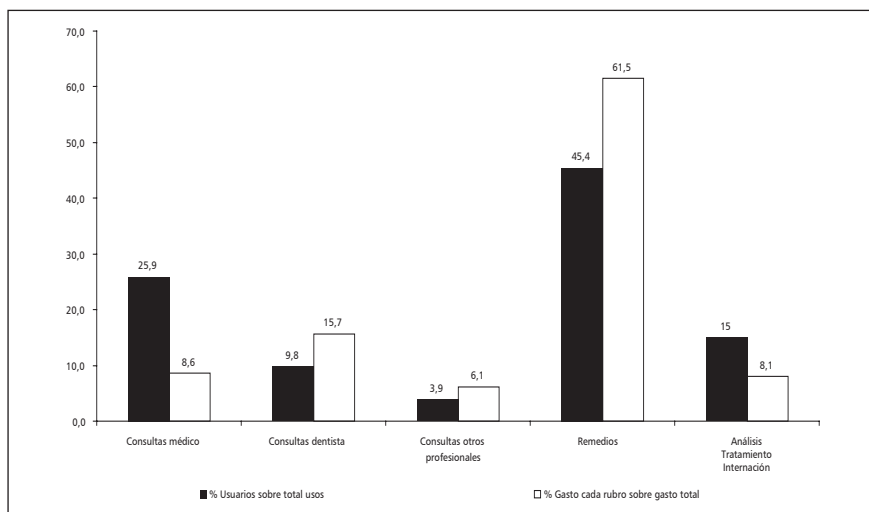


Gráfico 1.- Participación de utilización y gasto en 2005

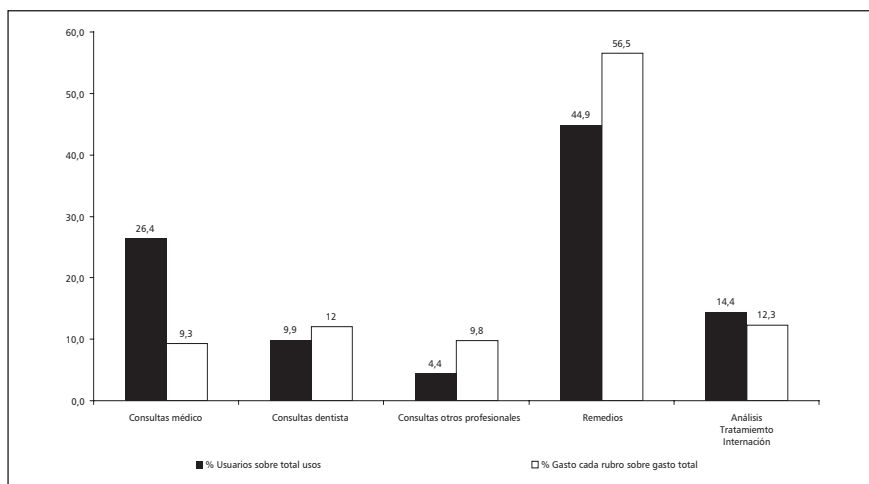


Gráfico 2.- Participación de utilización y gasto en 2003

Es importante destacar el achicamiento de la brecha del exceso de la participación del gasto en medicamentos respecto de la participación de su utilización, cuando se pasa de 2003 a 2005. Si no hay variaciones relevantes en los precios relativos de los distintos servicios, la disminución de esa brecha podría asociarse a los programas de entrega gratuita de medicamentos, ya que en el bienio la participación de la utilización de medicamentos se ha mantenido en alrededor del 45% dentro de los servicios considerados en los gráficos.

2.4 UNA EVALUACIÓN DE LA DESIGUALDAD EN SALUD Y VARIACIONES 2003-2005 SEGÚN NIVELES DE INGRESO PER CÁPITA

Para la población en general, en 2005 el promedio de gasto total en salud del segmento de mayores ingresos triplica al de menores ingresos. La diferencia mayor le corresponde a la consulta a otros profesionales, básicamente por salud mental, siendo el promedio de gasto del sector más rico veinte veces el del más pobre. Le sigue el promedio de gasto en afiliación voluntaria (nueve veces) y luego la consulta con el dentista (más de cuatro veces). Mientras que para la población en su conjunto el promedio de gasto mensual en medicamentos del sector de mayores ingresos es 1,4 veces el de los inferiores, el de la consulta médica es de 1,7 veces.

Promedio de cada gasto según quintiles de ingreso per cápita

Tipo de gasto	Total	Quintil 1-2	Quintil 3-4	Quintil 5	Sin ocup.
Afiliación per cápita	7,97	2,46	6,94	22,97	9,07
Consulta médica	2,44	1,68	3,32	2,86	2,06
Consulta al dentista	3,14	1,22	3,41	5,27	4,92
Consultas otros profesionales	2,58	0,34	0,80	6,78	7,15
Medicamentos	14,82	13,35	17,29	18,02	10,67
Análisis-Tratamientos-Internaciones	3,23	1,08	6,05	3,60	2,20
Otros gastos	3,09	1,66	5,24	4,78	0,74
Total	37,27	21,78	43,04	64,29	36,81

Cocientes de promedios de gasto en salud del Quintil 5 en los Quintiles 1+2 en 2003 y 2005, para cada rubro

Tipo de Gasto	Muestra 2003	Muestra 2005
Afiliación voluntaria per cápita	29,16	9,33
Consulta médica	5,79	1,70
Consulta al dentista	4,57	4,33
Consultas a otros profesionales	26,00	20,20
Medicamentos	1,57	1,35
Análisis-Tratamientos-Internaciones	6,63	3,34
Otros gastos	4,52	2,89
Total gasto en salud	4,11	2,95

El promedio global de gasto en salud, incluyendo afiliación, habría crecido un 30% de 2003 a 2005 (pasa de casi \$29 a algo más de \$ 37). Prácticamente todos los rubros aumentaron, salvo la consulta al dentista. Pero el cociente del promedio del gasto total en salud del 5º quintil en el promedio del 1ro y 2do descendió al pasar de 2003 a 2005 –pasa de 4,11

a 2,95 veces–, dando una primera impresión de un posible descenso de la desigualdad en salud (gruesamente medida), bajo el supuesto que se acepte que desequilibrio en el gasto según niveles de ingreso implique desigualdad. *Son particularmente los sectores de menores ingresos los que incrementan su gasto en salud.*

Cocientes de los promedios de gasto de 2005 y de 2003,
dentro de cada sector de ingreso per cápita

Tipo de gasto en salud:	Cociente 2003 / 2005 para:			
	Total	Quintil 1-2	Quintil 3-4	Quintil 5
Afiliación voluntaria per cápita	1,60	3,67	1,46	1,18
Consulta médica	1,32	2,11	1,41	0,62
Consulta al dentista	0,93	0,72	0,86	0,68
Consultas otros profesionales	1,96	1,60	1,11	1,24
Medicamentos	1,12	1,34	1,05	1,15
Análisis-Tratamientos-Internaciones	1,83	2,07	2,00	1,04
Otros gastos	1,41	1,55	1,85	0,99
Total	1,30	1,46	1,26	1,05

2.5 ALGUNAS CONCLUSIONES

La utilización de servicios de salud, con excepción de la consulta médica, exhibe diferenciales sociales para los sectores de mejores ingresos. El consumo de medicamentos es sólo ligeramente mayor en los sectores más altos, mientras que la consulta médica es el único servicio que predomina en los quintiles más bajos de ingresos. En cuanto al gasto en salud, sigue primando el gasto en medicamentos, al tiempo que el gasto promedio en consulta médica es el más bajo.

Gastan más en salud las mujeres, los de mayor edad, los sectores de mayores recursos y mayor educación formal, los afiliados y los que viven en concentraciones urbanas importantes. Pero incrementan más su gasto de 2003 a 2005 los sectores de menores ingresos.

Carlos Vassallo

Rodrigo Falbo

Asociación de Economía de la Salud

4.1 CARACTERÍSTICAS DEL MERCADO DE MEDICAMENTO

A la hora de realizar un análisis del mercado de medicamentos es necesario tomar en cuenta tres características que son fundamentales para entender la dinámica observada en aquel y la diferencia con respecto a otros mercados, en lo concerniente a su lógica de funcionamiento.

En primer lugar debemos señalar que nuestro objeto de estudio es un bien y no un servicio, razón por la cual se distingue del resto de los sectores de la salud, del cual es parte. Asimismo, las características del bien hacen que las relaciones de intercambio que se verifican en este mercado no se den en condiciones de igualdad de información. Por último, existe una multitud de agentes que ocupando diferentes roles participan en las distintas etapas del intercambio.

El precio pagado por un medicamento será la retribución al bien en sí mismo, el cual incorpora a los costos emanados del proceso de producción, los beneficios de los agentes encargados ella, así como a los servicios vinculados a la distribución y dispensa.

No obstante esto, el mercado de medicamentos se asemeja más a los mercados tradicionales, en donde primero aparece una instancia de producción, la cual es anterior a la llegada del medicamento al mercado y luego este se distribuye, dispensa y consume. En este sentido el mercado de medicamentos muestra distancia de lo que sucede en los mercados de servicios, como por ejemplo el de prestaciones de salud, donde el producto y la actividad de producción se dan al mismo tiempo.

Pero desde un principio es necesario advertir, aunque se tratará con mayor detalle en las secciones que siguen, que el mercado de medicamentos adolece de un severo problema de información. En este se establecen relaciones entre los agentes donde, en la mayoría de los casos, impera la información asimétrica. Esta característica del mercado de medicamentos hace que se viole uno de los supuestos principales asumidos por el modelo competitivo.

Aun cuando es posible hablar de un mercado de medicamentos, este está compuesto por un conjunto de sub-mercados que encierran dinámicas de comportamiento bien diferenciadas, en función de los agentes que intervienen en cada uno de ellos:

- medicamentos de venta libre (*over the counter* - OTC): son comprados directamente por el paciente sin la intervención de financiadores, por lo cual aquí la dinámica es semejante a la de un mercado competitivo.
- medicamentos éticos (o de venta bajo receta): que a su vez pueden dividirse en:

- medicamentos éticos sin archivar receta, como por ejemplo los antibióticos;
- medicamentos éticos con archivo de receta, como por ejemplo los psicotrópicos.

En estos, a los actores clásicos de todo mercado, oferentes y consumidores, se suman agentes encargados de la financiación y agentes encargados de la prescripción.

- Medicamentos de internación: que habitualmente son adquiridos por el sistema de salud provincial en el caso de instituciones hospitalarias, o son comprados por clínicas y sanatorios privados, directamente a los laboratorios a través de licitaciones.

En el mercado de medicamento de venta libre, el usuario adquiere el medicamento directamente en la farmacia y para tomar la decisión de compra utiliza la información que recibe a través de la publicidad y propaganda realizada por los laboratorios. Así, encontramos una primera relación donde se verifican asimetrías de información a favor del laboratorio y en perjuicio del paciente.

En el caso de los medicamentos éticos los pacientes no pueden acceder al medicamento sin contar con la prescripción del profesional médico. Esto se da en el marco de una regulación que intenta prevenir sobre un uso inadecuado del medicamento, tomando en cuenta que este puede curar o dañar según el diagnóstico y la dosis. El paciente no está en condiciones de discernir cuándo necesita del medicamento y qué droga es la adecuada y además desconoce su calidad. Se vuelve a establecer una relación que está dominada por la asimetría de información, aunque esta vez entre el médico y su paciente.

La incorporación al análisis de los sistemas de seguros de salud agregan un nuevo factor distorsivo. Nuevamente la asimetría informativa da lugar a fuertes incentivos para emprender comportamientos oportunistas, que tienden a abusar del uso y de la cobertura de medicamentos ofrecidos, en las cuales el médico muchas veces actúa como cómplice por diversas razones:

- La expectativa que tiene el paciente sobre el médico es que la consulta debe concluir con una receta de medicamentos.
- El médico, que cuenta con una carga importante de trabajo, se saca más fácilmente de encima la paciente prescribiendo.
- El riesgo moral del paciente que utiliza su cobertura para hacerse prescribir medicamentos para el resto de los integrantes de la familia.
- Incidencia de los medios de comunicación sobre el consumo.
- Tendencia a la auto-prescripción de medicamentos por parte de la población.

En resumen, la asimetría de información que impera en las relaciones que se establecen en el mercado de medicamentos dificulta las comparaciones entre calidad y precio que debería hacer el consumidor al momento de la elección. Esta situación da origen a intercambios donde los precios no son necesariamente indicadores de calidad.

Finalmente, debemos destacar que es un sector en el cual interactúan un número elevado de agentes, situación que lo diferencia significativa-

mente del mercado ideal propuesto por el modelo competitivo donde las relaciones se establecen únicamente entre el oferente y el consumidor. Atendiendo su rol, los agentes que aparecen en el mercado de medicamentos pueden ser clasificados de la siguiente forma:

- La oferta: laboratorios, cámaras, distribuidoras, gerenciadoras de contrato, droguerías, farmacias.
- La Prescripción: médicos.
- La financiación: obras sociales, empresas de medicina prepaga, la población.
- El consumo: paciente.
- Regulación: agencias de regulación, entes fiscales.

4.2 LA ESTRUCTURA DE LA OFERTA

El sector de oferta del mercado de medicamentos está conformado por una gran cantidad de agentes vinculados:

- Laboratorios
- Cámaras
- Distribuidoras
- Gerenciadoras de contratos
- Droguerías
- Farmacéuticos

El medicamento circula por cada uno de estos actores los cuales van incorporando un determinado margen que se debe agregar al precio final, no quedando muchas veces del todo claro el valor agregado de cada uno ellos.

4.3 LOS LABORATORIOS

El laboratorio es la empresa encargada de la producción del medicamento. Actualmente en argentina existen doscientos cincuenta laboratorios en actividad, que sobre la base de algo más de dos mil principios activos (o combinaciones de ellos), ofrecen al mercado nueve mil seiscientos productos comerciales.³

No obstante, se registra un alto grado de concentración en las ventas. Los primeros veinte laboratorios en el ranking del mercado argentino representan el 60% de él.⁴

Haciendo una división de la industria farmacéutica por origen del capital, encontramos que las firmas locales constituyen⁵ un 51% del mercado y las firmas subsidiarias de laboratorios multinacionales participan en el 49% restante. Esta es una característica distintiva respecto a otros países de Latinoamérica que cuentan con un aporte no tan destacado

³ La información surge del Manual Farmacéutico. La cantidad de medicamentos existentes en el mercado, distinguiendo marcas comerciales, alcanza a nueve mil seiscientos, ahora si se incluye en el cálculo las diferentes presentaciones ofrecidas la cifra se eleva a veinte mil.

⁴ La información surge del IMS tomando en cuenta el total de ventas de 2004.

⁵ La información surge del IMS tomando en cuenta el total de ventas de 2004.

de la industria de origen local. Asimismo, los dos laboratorios de mayor venta, Roemmers (7,3%) y Bagó (4,7%), son de origen nacional.

La estrategia de producción de los laboratorios locales se basa en la formulación y acondicionamiento del principio activo y es altamente dependiente de la importación de este. Por otro lado, las subsidiarias de laboratorios multinacionales se dedican principalmente a la comercialización y para esto son abastecidas del producto terminado por sus matrices.

Adicionalmente, se observa la presencia de unos pocos laboratorios estatales con una incidencia reducida en el mercado. Lamentablemente, los laboratorios estatales no fueron parte de una estrategia de fortalecimiento y mejora de la calidad que los podría haber ubicado en otro estadio. La producción que se obtiene de estos, en la mayoría de los casos es de dudosa calidad y exhiben las deficiencias de los organismos públicos.

El desarrollo de las firmas de capital nacional se basó en la copia de productos generados en laboratorios de I&D extranjeros dada la ausencia de reconocimiento de derechos de propiedad intelectual en el ámbito local. A diferencia de muchos países en vías de desarrollo, la Argentina fue avanzando, aunque con falencias, sobre una industria en la etapa de formulación de medicamentos. La falta de una ley de patentes, las elevadas barreras arancelarias y el bajo costo de los insumos (obtenidos en el mercado internacional), generaron las condiciones para el crecimiento de laboratorios farmacéuticos de origen familiar.

Durante los años 80 se verifica una marcada salida de laboratorios multinacionales. No obstante, la aprobación de la ley de patentes (1995), promovió el regreso de las firmas de capital extranjero y de la mano de estas se emprendieron un número importante de inversiones.

En los años 90 se observa un proceso de avance de la industria (fundamentalmente nacional) sobre el resto de la cadena, llegando los laboratorios a obtener un control importante sobre ella. Asimismo, la desregulación de precios, el favorable tipo de cambio y el ambiente de euforia económica se transformaron en condiciones ideales para que todos los laboratorios obtuvieran ganancias importantes en el período.

Actualmente, los enfrentamientos ya no se plantean entre laboratorios nacionales y laboratorios multinacionales, como en los tiempos previos a la sanción de la ley de patentes. Hoy la puja se establece entre laboratorios grandes y laboratorios chicos. El mercado tiende a estar manejado por los laboratorios que ostenta mayor poder, sin hacer caso al origen del capital.

Encontramos entonces que el mercado está repartido, por un lado, entre los laboratorios nacionales de mayor facturación, que venden copias de buena calidad, producidas en laboratorios aptos y con una base de marketing y promoción muy importante. Y por el otro, encontramos a los laboratorios multinacionales, que están concentrados en determinadas áreas terapéuticas.

Así, los tres laboratorios nacionales más importantes, Bagó, Roemmers y Gador, al que debe sumársele el grupo Sielecki (Elea-Phoenix) tienen una influencia clave en la conducción de esta estrategia, sus alianzas

y acuerdos con laboratorios multinacionales generan una articulación de la oferta más compleja que la observada años atrás. Estos laboratorios siguen contando con una importante, y cada vez más relevante presencia en el mercado argentino, y la coyuntura macroeconómica les ha permitido exportar y conquistar nuevos mercados.

Finalmente en lo que respecta a la investigación, los laboratorios que cuentan con desarrollos en esta área son escasos, pudiendo citar como ejemplo de estos a Biosidus. Los laboratorios que funcionan en el país son fundamentalmente organizaciones que se dedican a la venta de medicamentos y a las relaciones públicas y privadas para poder canalizarlas. No obstante, en algunas ocasiones se llevan adelante protocolos de investigación (fases III y IV), provenientes de la casa matriz, en el caso de los laboratorios multinacionales, o por convenios de investigación con otros laboratorios a nivel internacional, en el caso de los laboratorios locales.

4.4 LAS CÁMARAS

Las cámaras son entidades cuya función es representar a los laboratorios. Actualmente, la industria farmacéutica cuenta con tres cámaras:

- Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME),
- Centro Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA),
- Cooperativa de Laboratorios Argentinos (COPERALA).

Históricamente los laboratorios se agrupaban en alguna de estas tres cámaras según el origen de su capital. Así, CAEME reunía a los laboratorios multinacionales y CILFA y COPERALA a los laboratorios nacionales, aunque con algunas alianzas diferentes.

En nuestros días esta división no se da de manera tan clara. Podemos observar laboratorios multinacionales que están en CILFA, como por ejemplo IVAX o Sandoz y al mismo tiempo laboratorios nacionales agrupados en CAEME, como es el caso de Purisimuss.

Actualmente, las cámaras tienen serias dificultades para representar a sus miembros, ya que los laboratorios desarrollan cada vez más estrategias individuales. A esto se le suma, el hecho de que cada vez es más frecuente la celebración de acuerdos entre laboratorios nacionales y multinacionales por temas específicos, los cuales generan ruidos y enfrentamientos internos. En este contexto es muy difícil encontrar la estrategia que convenga a todos.

La fragmentación de las estrategias de los laboratorios hace que las cámaras hayan perdido poder para establecer condiciones de negociación. Si las cámaras han perdido poder, una pregunta que es pertinente realizar es quien coordina hoy la oferta de medicamentos. Para contestar a esta pregunta nuestra atención debe ser dirigida a las distribuidoras.

4.5 LAS DISTRIBUIDORAS

La creación de las distribuidoras durante los años 90 tuvo como objetivo descargar parte de los costos de gestión de inventario de los laboratorios y avanzar hacia un proceso de especialización de funciones. Pero en los hechos las distribuidoras han avanzado hasta convertirse en un

actor clave de la oferta de medicamentos. Actualmente, las dos distribuidoras más importantes son:

- Farmalink,
- Preserfar.

Farmalink surgió para atender al cliente más importante de los laboratorios, el PAMI. Más recientemente, el grupo de laboratorios de mayor venta, que incluye tanto a nacionales como a multinacionales, creó Preserfar.

La aparición de Preserfar es una muestra de la competencia interna existente entre laboratorios, ya que tiene por objetivo acotar el *vademécum* a los medicamentos pertenecientes a los laboratorios que forman parte de esta distribuidora. Puede ser considerada como una estrategia que se podría denominar de “autoajuste” de la oferta. Los laboratorios más grandes intentan paulatinamente ir separando a los más pequeños de los convenios con la seguridad social, dejándoles como negocio únicamente el mercado de venta libre o el de prescripción sin cobertura. Esto significa condenar a un grupo de laboratorios fundamentalmente nacionales.

4.6 LAS GERENCIADORAS DE CONTRATOS

Las gerenciadoras de contratos son entidades que tienen a su cargo la negociación con la seguridad social, la firma de los convenios necesarios con los seguros y su posterior seguimiento. Asimismo, durante lo más profundo de la crisis económica (año 2002) se ocuparon de poner en marcha el *recetario solidario* y el *vale salud*, que surgieron como paliativos para capturar financiamiento por parte de la oferta. No obstante, en la medida en que se fue recuperando la financiación de la seguridad social y de la capacidad adquisitiva de la población, los seguros volvieron a ser el eje de la estrategia de venta.

4.7 LAS FARMACIAS

Finalmente, la dispensa del medicamento se realiza a través de las farmacias cuyo número se eleva a más de once mil en todo el país. Las farmacias a su vez están agrupadas en diferentes organizaciones (confederaciones, colegios, cámaras, asociaciones, etc.) y estas pueden o no tener fines de lucro.

En el interior del país, algunos propietarios de farmacias han ido consolidando una posición poderosa a partir de la gestión de un conjunto de ellas que actúan coordinadas por un único dueño, el cual compra y gestiona la red (ejemplo: Corrientes, Tucumán, Córdoba).

A la farmacia tradicional debemos agregar, como boca adicional de expendio, las modernas cadenas farmacéuticas cuyo horario de atención se extiende las veinticuatro horas, como por ejemplo Farmalink, Farmacity, etc. y las nuevas cadenas de venta de medicamentos genéricos, Dr. Ahorro y Dr. Simi.

4.8 LA DEMANDA

En el mercado de medicamentos el rol de la demanda está ocupado por el paciente. Sin embargo el paciente no es un consumidor típico debido a que este enfrenta a la oferta en una relación desigual dada la debilidad que le confiere la falta de información respecto del bien.

Asimismo, la relación con la oferta se encontrara mediada por diferentes actores:

- Médico.
- Seguro de salud.
- Farmacéutico.
- Estado.

4.9 COMPETENCIA Y DIFERENCIACIÓN DE PRODUCTO: TEORÍA ECONÓMICA

La teoría económica postula que los oferentes tienen como objetivo maximizar sus beneficios en el mercado, donde definimos como beneficios a la diferencia que se establece entre los ingresos obtenidos por enajenar el bien y los costos en los que incurre para obtenerlo (ejemplo: los que se desprenden de la producción).

En este contexto la estrategia perseguida por los oferentes es la de cargar el bien con el precio más alto que le permita la estructura de mercado. Si el ingreso del oferente es el resultado de multiplicar el precio del bien por las cantidades vendidas, y el costo es el producto de estas últimas por el costo medio, se alcanzarán mayores beneficios (objetivo del oferente) en la medida en que el precio supere a los costos medios del bien.

Más allá de la estrategia individual llevada adelante por cada uno de los oferentes la teoría económica señala que si el mercado no verifica restricciones a la entrada, el precio del bien no debería separarse significativamente de los costos medios⁶ necesarios para producirlo. La existencia de un mercado donde los precios se mantengan por encima de los costos medios generaría incentivos para que nuevos agentes intentarían ingresar a él con el fin de apropiarse de los beneficios extraordinarios. La falta de restricciones a la entrada asegura la llegada de estos nuevos oferentes y esta mayor competencia presionaría los precios a la baja.

Sin embargo, para sostener la proposición anterior es necesario incorporar como supuesto adicional: que los consumidores cuentan con suficiente información respecto al bien, a fin de que puedan hacer valer su "soberanía del consumidor" ante el oferente. La inexistencia de barreras a la entrada, tanto legales como técnicas, se transforma entonces en una condición necesaria pero no suficiente para lograr que los precios converjan hacia los costos medios. Si el consumidor no cuenta con la capacidad de adquirir o analizar la información necesaria (respecto a la utilidad del

⁶ Téngase en cuenta que para la teoría económica, dentro del costo de producción está incluido el margen de ganancia del empresario o dueño del capital. De esta forma, que los precios se igualen a los costos no significa que el proyecto no arroje beneficios, sino que su tasa de retorno no excede a la (considerada como) "normal" para la economía, o dicho de otra forma, no se obtienen beneficios extraordinarios.

bien) que le permita una elección eficiente, inmediatamente pierde su soberanía como consumidor y pasa a ser presa de las estrategias implementadas por los oferentes.

La imposibilidad del consumidor de asimilar como semejantes bienes que son homogéneos y de discriminar los que son diferentes, habilita al oferente a desarrollar una estrategia de diferenciación de producto con el fin de incrementar sus beneficios. El oferente aprovechando la escasez de información del consumidor, o su incapacidad para procesarla, intentará posicionar su producto como único, eliminando toda posibilidad de competencia a fin de cargarlo con un precio mayor.

En suma, la teoría económica enuncia⁷ que para que en el mercado los precios de los bienes converjan a sus costos medios es necesario que los oferentes no ostenten poder de mercado. Es habitual señalar que la inexistencia de barreras a la entrada elimina la posibilidad de que los agentes sumen poder de mercado.

Sin embargo, y dado el objetivo del presente trabajo, es importante aclarar que no es suficiente verificar la inexistencia de barreras a la entrada para garantizar la ausencia de poder de mercado, se debe además asegurar que los consumidores cuentan con información relevante sobre las características del bien. De no ser así, el oferente está en condiciones de llevar adelante una estrategia de diferenciación de producto.

4.10 DIFERENCIACIÓN DE PRODUCTO EN EL MERCADO DE MEDICAMENTOS

En primer lugar debemos destacar que aun cuando el herramental económico puede ser empleado en cualquier mercado, desde el punto de vista social los medicamentos no son un bien común. La posibilidad de ayudar a restituir la salud de las personas, o al menos la de mejorar la calidad de vida en los períodos de enfermedad hacen del medicamento un bien que merece una atención especial.

Desde esta óptica, resulta deseable el máximo acceso a los medicamentos por parte de todas aquellas personas que lo necesitan. En lo que respecta a los bienes relacionados con la salud, la necesidad aparece como una condición suficiente para acceder a ellos. Surgen así externalidades filantrópicas derivadas del hecho que la sociedad experimenta un displacer si observa que un enfermo necesitado de atención no accede a ella.

Sin embargo, si la asignación de bienes está librada al mercado, la necesidad no es condición suficiente para el acceso. La necesidad genera sólo una demanda nocional. Para hacer efectiva esta demanda en el mercado hará falta adicionalmente contar con poder de compra (ingresos en cantidad adecuada). En la lógica de asignación del mercado el acceso a un bien se encuentra determinado por la capacidad de compra.

⁷ Los supuestos señalados, son sólo los relevantes a los efectos del análisis que estamos desarrollando. La teoría económica establece la necesidad de que se verifiquen un conjunto de supuestos adicionales, entre los que se pueden destacar la existencia de mercados completos, la racionalidad ilimitada de los agentes, etc.

De lo anterior se desprende que cualquier factor que incremente el precio del medicamento hará disminuir el poder de compra del consumidor y por lo tanto su acceso a este. El precio es la expresión monetaria exigida para adquirir el bien, por lo cual a mayor precio menos presupuestos estarán en condiciones de afrontar ese gasto y por ende una proporción mayor de la población no tendrá posibilidades de acceder al medicamento.

A pesar de esto, al analizar el mercado de medicamentos encontramos, al igual que en el resto de los mercados, oferentes cuyo objetivo continúa siendo maximizar sus beneficios. Como ya hemos señalado, para lograr este objetivo intentan, siempre atendiendo a la estructura de mercado, seguir la estrategia que les posibilite incrementar en mayor medida los precios.

Las características de la demanda del mercado de medicamentos permiten a los oferentes realizar una diferenciación "ficticia" de su producto frente a otros similares mediante la utilización de la marca. Dicho de otra forma, la estrategia de maximización de beneficios que selecciona la oferta en función del comportamiento adoptado por los consumidores, estructura al mercado de medicamentos como un mercado de marcas.

La característica de la demanda que permite este comportamiento de la oferta se resume en que el paciente no cuenta con los conocimientos necesarios que le permitirían discriminar entre dos medicamentos con igual principio activo pero que se presentan con marcas comerciales diferentes. Se establece entonces una relación donde predomina la información asimétrica. El paciente pierde la soberanía del consumidor y queda atrapado en un mercado de marcas, sin la habilidad de discriminar entre ellas.

Se dificulta entonces la capacidad de sustitución (entre distintas marcas de una misma droga) por parte de la demanda, supuesto fundamental que permite la convergencia de los precios a su nivel de equilibrio. La fuerza que posibilita que los precios disminuyan y converjan está en la capacidad de la demanda de sustituir un proveedor por su competidor en la medida en que este pueda ofrecerle el "mismo" bien a un precio menor. Sin embargo, esto ocurre sólo en los casos en que el consumidor puede establecer la homogeneidad de los bienes.

Más aún, debido a que los medicamentos tienen un efecto directo sobre la salud es de esperar que el paciente tendrá menos incentivos para sustituir en un contexto donde según su percepción la información es escasa. La marca es interpretada por el paciente como un sello de calidad, una señal desde la oferta que identifica los productos de mayor excelencia.

Frente a este comportamiento de la demanda, y siguiendo su objetivo de maximización de beneficios, los laboratorios propietarios de marcas reconocidas se permiten sostener en niveles elevados el precio de sus productos aprovechando el poder de mercado que les brinda su marca. Aun cuando dos medicamentos puedan ser similares (mismo principio activo), si uno de ellos ostenta una marca que cuente con un posicionamiento importante en la mente del paciente, esta le otorga a su propieta-

rio el poder de mercado necesario para elevar sus precios y comportarse como un seudo monopolista.⁸

El resultado de la estrategia de la oferta tiene un impacto aún más negativo si se toma en cuenta la escasa elasticidad al precio que (previsiblemente) exhibe el paciente. La valoración que el paciente tiene sobre el medicamento lo lleva a que lo adquiera aun a precios muy elevados. En el margen, en un mercado donde la oferta ostente un importante poder de mercado, la estrategia de maximización de beneficios estaría limitada por la elasticidad de la demanda al precio. Sin embargo, en este mercado la oferta no se ve restringida a cargar altos precios sobre los medicamentos debido a la poca elasticidad de la demanda.

En resumen, la falta de conocimientos para decodificar la información necesaria que permitía al paciente sustituir entre medicamentos similares alienta a la oferta a construir y sostener un mercado de marcas. La marca, y el poder de mercado que esta le confiere, le dan la posibilidad a la oferta de cargar altos precios sobre el medicamento. Esta estrategia se ve acentuada debido a la escasa elasticidad a los precios exhibida por el paciente.

El mercado de marcas así conformado origina altos precios de los medicamentos, los cuales se ubican muy por encima de sus costos de producción. Este resultado es el previsto por la teoría económica para un mercado que verifique una estructura monopólica (surgida por la diferenciación de producto) y una demanda con baja elasticidad al precio.

No obstante, este resultado no puede ser analizado como una consecuencia normal tomando en cuenta las características de la demanda, debido a la importancia asignada por la sociedad al bien en cuestión: los medicamentos. En un mercado cualquiera este tipo de estructura representaría tan sólo una cesión de sobrerrenta o beneficios extraordinarios por parte de la demanda, pero dado que se está analizando el mercado de medicamentos se debe profundizar el análisis con el objetivo regular las fallas de mercado.

Las implicancias de contar con elevados precios en el mercado de medicamentos son altamente negativas. El establecimiento de precios que se encuentre por encima de sus costos medios entraña un menor acceso a los medicamentos para un conjunto de la población que verifica restricciones de presupuesto más apretadas.

4.11 EL MERCADO DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

En el mercado de medicamentos de venta libre la relación entre la oferta y el paciente no se encuentra mediada por terceros, a diferencia de lo que ocurre en el mercado ético (venta bajo receta). En estos últimos la demanda del paciente es iniciada (o inducida) por el médico a

⁸ En la literatura económica a esta estructura de mercado se la denomina competencia monopolística. El oferente enfrenta una estructura de mercado competitiva, en la cual es precio aceptante, no obstante en un pequeño segmento, el creado por su marca, puede gozar de un cierto poder de mercado y comportarse como monopolista.

partir de la prescripción. Adicionalmente, una proporción del costo del medicamento generalmente es financiada (cofinanciada) por un tercer pagador (obras sociales, empresas de medicina prepaga). En el caso de los medicamentos de venta libre la demanda del paciente, en la mayoría de los casos, surge de una necesidad observada por el paciente mismo y es habitual que este se haga cargo del costo total del medicamento.

La existencia de intermediarios en la relación paciente-oferta podría moderar los efectos negativos generados por la asimetría de información entre estos actores. Tanto el médico al recetar, como los seguros al cofinanciar, cuentan con elementos suficientes para distinguir medicamentos similares, aun cuando se presenten en el mercado bajo marcas comerciales diferentes. De esta forma, la intervención de estos agentes ayudaría a equilibrar la relación paciente-oferta.

En cambio, la ausencia de terceros en la relación otorga a la oferta mayor libertad para llevar adelante su estrategia de marcas, que le permite sostener precios elevados con impacto negativo sobre el acceso al medicamento. En este mercado se deberían verificar las mayores diferencias entre precio de venta y costos, dado que el paciente no cuenta con "aliados" que le permitan acceder a la información necesaria para quebrar la estrategia de marcas. Así deberían esperarse los máximos efectos en el precio y, por consiguiente, en el acceso.

No obstante, las características de la demanda que incentivan a la oferta a construir y mantener un mercado de marcas se presentan en este mercado de manera menos severa. Tanto la falta de información respecto a las especificidades del medicamento, como la escasa elasticidad al precio se da de manera menos acentuada que en el mercado de medicamentos de venta bajo receta:

- El paciente selecciona la presentación del medicamento con mayor información, debido a que el costo de adquirir información en este mercado es inferior al que se establece en el mercado de medicamentos éticos.
- Las patologías tratadas se registran con un mayor nivel de repetición a nivel individual, por lo cual es más fácil contar con información respecto a experiencias anteriores, principalmente en lo relativo a los resultados obtenidos.
- Las patologías tratadas se observan con un mayor nivel de repetición a nivel grupal, por lo cual es más factible transmitir experiencias entre distintos pacientes.
- Las patologías tratadas son menos complejas, por lo cual son de más fácil comprensión para un lego en medicina.
- Las patologías tratadas tienen un nivel de riesgo inferior, con los cuales el paciente tiene menos temor de sustituir entre distintas presentaciones de medicamentos.

Adicionalmente, el menor nivel de riesgo de las patologías tratadas genera que el paciente tenga una menor elasticidad a precio, cuando se la compara con la de los medicamentos éticos. La percepción por parte del paciente de que la patología no cuenta con riesgos elevados, hace que este asigne una menor valoración al medicamento necesario para tratarla. La menor

valoración genera menor elasticidad a precio. La oferta se ve limitada, aun haciendo uso de su poder de mercado, de cargar al medicamento con altos precios, ya que esto produciría una importante disminución en sus ventas.

En resumen, la falta de intermediarios en la relación paciente-oferta que se da en el mercado de medicamentos de venta libre permitiría a la oferta desplegar de forma más contundente su estrategia de diferenciación de productos (vía marca) con el fin de sostener precios elevados. Sin embargo, las patologías tratadas con esta categoría de medicamentos hacen que las características de la demanda que posibilitaban esta estrategia se presenten de manera menos severa. El resultado es que la oferta se ve limitada a cargar precios altos debido a que esta estrategia haría disminuir considerablemente sus ventas.

4.12 EL MERCADO DE MEDICAMENTOS DE ÉTICOS

En el mercado de medicamentos éticos (venta bajo receta) las características de la demanda que incentivan la construcción de un mercado de marcas por parte de la oferta se presentan en forma más severa. La complejidad de las patologías tratadas y el riesgo implícito en estas, generan una alta valoración del medicamento por parte del paciente, y como consecuencia de esto una baja elasticidad al precio. Asimismo, estas mismas particularidades hacen más escasa la información necesaria para que el paciente tenga la posibilidad de sustituir entre distintas presentaciones de medicamentos similares (igual principio activo).

Aun cuando es poco deseable generar un dispositivo con el fin de modificar la elasticidad precio de la demanda, sí se podría aprovechar la presencia de intermediarios en la relación paciente-oferta para suministrar al primero la información necesaria que le sea útil para sustituir entre las distintas presentaciones. La elasticidad precio al medicamento está relacionada con la valoración que tiene el paciente sobre este, por lo cual una forma de elevar esta elasticidad es haciendo disminuir su valoración, recurso que dista de ser deseable. No obstante, una forma adicional de elevar la elasticidad del paciente al precio es señalándole la existencia de sustitutos. Pero debe quedar claro que para que el paciente pueda identificarlos es imprescindible dotarlo de información. En resumen, los restantes agentes intervinientes en la relación proporcionarían un flujo de información respecto al grado de sustitución entre las distintas presentaciones de forma tal de disminuir la elasticidad precio y al mismo tiempo incrementar la información del paciente respecto de medicamentos similares.

En el mercado de medicamentos de venta bajo receta aparecen por los menos cuatro agentes que median la relación paciente-oferta y que podrían proveer al primero de información con el fin de obstaculizar la estrategia de venta de la oferta: construcción y sostenimiento de un mercado de marcas. Los agentes involucrados son:

- El médico que inicia la demanda a través de la prescripción.
- Los seguros de salud que cofinancian el costo del medicamento.
- El farmacéutico que es el encargado de la dispensa del medicamento.
- El Estado en su papel de regulador del mercado.

Si cada agente desde su papel, alienta al paciente y le suministra la información necesaria para sustituir entre las distintas presentaciones que se encuentran en el mercado, a la oferta se le dificultará continuar con su estrategia de diferenciación de producto vía marca. En este contexto, medicamentos similares no deberían exhibir precios significativamente diferentes y por efecto de la competencia, alejados de sus costos de producción.

4.13 EL MÉDICO

El médico, en su papel de agente encargado de la prescripción, cuenta con una importante capacidad para disminuir la asimetría de información en la relación paciente-oferta. El médico, a diferencia del paciente, se posiciona frente a la oferta con similar información en lo relacionado a temas de farmacología. Al hacer uso de esta información en el acto de recetar está debilitando el factor sobre el cual se asienta la estrategia de la oferta: mantener un mercado de marcas con el fin de sostener precios elevados.

El médico será un aliado del paciente en su relación con la oferta en la medida en que este prescriba medicamentos por su nombre genérico en lugar de hacerlo por marca y en que aliente al paciente a sustituir entre medicamentos similares de marcas diferentes.

No obstante la relación que se establece entre médico y paciente también está signada por la información asimétrica. El paciente que era parte de una relación donde había perdido su soberanía como consumidor, por las mismas razones (conocimientos diferentes entre las partes) vuelve a quedar preso de una relación similar pero ahora su contraparte pasa a ser el médico.

Analizado desde el punto de vista teórico, se establece una relación de agencia donde el médico pasa a ser un agente del paciente y este juega el rol de principal. El paciente delegará la toma de decisiones al médico en virtud de su mayor y mejor información. Si el médico al recetar tiene en cuenta las conveniencias del paciente, la relación de agencia es satisfactoria y la asimetría de información no genera pérdidas de eficiencia.

Si en esta relación el médico no decide priorizando los intereses del paciente, entonces la relación de agencia es incompleta. En la práctica esta posibilidad puede surgir como consecuencia de las siguientes causas.

Una formación incompleta del profesional médico en farmacología, situación que es aprovechada por los laboratorios que dan a publicidad sus marcas a través de los visitadores médicos.

Importantes campañas por parte de los laboratorios que mediante diversos sistemas incentivan al médico a recetar sus marcas.

Si el médico por las razones expuestas, o por otras no mencionadas, no receta utilizando el nombre genérico del medicamento, es de esperar que el paciente intente adquirir la marca sugerida por el profesional, sólo dando lugar en pocos casos a la sustitución entre similares. Algunos estudios⁹ señalan que si el médico prescribe una marca es poco probable que

⁹ Encuesta encargada por CONAPRIS, realizada en julio, agosto y septiembre en todo el país (once provincias de todas las regiones), 2.400 unidades de análisis.

el paciente intente la sustitución, más aún, en el caso en que el médico recete por nombre genérico y adicionalmente sugiera una marca, en la mayoría de los casos se observa que el paciente cumple con la sugerencia del médico. Sólo en los casos en que el médico receta exclusivamente por nombre genérico es cuando el paciente está más propenso a sustituir.

De esta forma, el médico, que por sus características, podría ser uno de los agentes principales en ayudar al paciente a evitar la estrategia de la oferta de vender medicamentos apelando a marcas comerciales, al no prescribir exclusivamente por el nombre genérico del medicamento, termina convirtiéndose en un factor importante para el sostenimiento del mercado de marcas.

4.14 LOS SEGUROS DE SALUD

Los seguros de salud (obras sociales y empresas de medicina prepaga) son agentes que tienen la función de financiar los gastos generados por los beneficiarios ante los eventos de enfermedad que pudieran presentárseles. En sí, los seguros son una respuesta institucional de la sociedad para mitigar la incertidumbre respecto a la ocurrencia de eventos catastróficos, con alta incidencia sobre el patrimonio de las personas.

Con respecto al financiamiento de medicamentos, el Programa Medido Obligatorio (PMO) establece que los seguros deben hacerse cargo (cofinanciar) el 40% de su costo. En la práctica esto significa, que al momento de adquirir un medicamento en la farmacia se le debe aplicar al paciente un descuento del 40%, debiendo por lo tanto abonar tan sólo el 60% del precio de venta.

En este sistema, los objetivos de los seguros se contraponen a los de la oferta de medicamentos. Como se mencionó, la estrategia de maximización de beneficios de la oferta se basa en consolidar un mercado de marcas, a través del cual puedan sostener en un nivel elevado el precio de los medicamentos. En el caso de los seguros su estrategia se basa en, dado un presupuesto (que queda determinado por el producto entre la cantidad de asociados y el aporte o prima que estos originan), intentar minimizar sus costos manteniendo un nivel de calidad aceptable. El seguro entonces, por razones presupuestarias, no tendrá incentivos a financiar medicamentos de marcas que impliquen un alto precio y que en la práctica no tengan diferencias farmacológicas respecto a similares de menor costo.

El seguro entonces se transforma en un “aliado” del paciente en su relación con la oferta y, como resultado de la información de que dispone, pasa a ser un aliado efectivo. Los seguros son instituciones, que debido a su escala, tienen capacidad de realizar análisis que comparen costo-efectividad entre las distintas presentaciones medicinales. Esta capacidad los convierte en eficaces aliados de los pacientes en la medida que estos puedan obtener provecho de esta información.

La forma en la cual encontramos que los seguros pueden ser funcionales al paciente y contribuir para que este no quede atrapado en la estrategia de la oferta es la siguiente:

- A través de acordar con la oferta límites a los precios de venta de los medicamentos financiados
- A través de restringir sus vademécums, no permitiendo en ellos la inscripción de medicamentos (de marca) con precios elevados, que no demuestren una acción terapéutica diferencial a similares de menor costo.
- A través de alentar a sus profesionales a prescribir por nombre genérico.

La amenaza que esta situación genera sobre los intereses de la oferta, la obliga a negociar con los seguros y así tratar de resguardar su estrategia. Al tomar en cuenta la comunión de intereses existente entre los seguros y el paciente, la oferta busca, mediante diferentes formas de acuerdo con los seguros, modificar los incentivos de aquellos agentes que muestran mayor elasticidad. El fin último es poder sostener su estrategia de maximización de beneficios a través de un mercado de marcas.

Así, la oferta ofrece a los seguros descuentos aplicables a la parte financiada por estos (40%) y a cambio les solicita que no interfieran en el sostenimiento del mercado de marcas. Los descuentos otorgados por la oferta, al disminuir significativamente los costos en medicamentos enfrentados por los seguros, originan un cambio en la conducta de estos, cuyo resultado es el resquebrajamiento de la alianza existente con el paciente.

La estrategia de la oferta se resume en resignar beneficios provenientes de los seguros con el fin de mantener las utilidades que provienen de los pacientes. A través de esta lógica la oferta se garantiza ingresos extraordinarios por parte de los pacientes que nuevamente quedan con escaso margen de decisión al ser “abandonados” por los seguros. Dicho de otra forma, la oferta apuesta a obtener renta extraordinaria de manos del paciente.

La estrategia elegida por la oferta resulta ser la más eficiente desde el punto de vista teórico. La respuesta óptima del monopolista que enfrenta agentes con elasticidad diferentes es: la discriminación. Según la teoría económica un monopolista que enfrenta agentes con elasticidades precio significativamente diferentes deberá, a fin de maximizar sus beneficios, diferenciar las condiciones ofrecidas a cada agente, atendiendo a las características de estos.

A los agentes que muestren mayor elasticidad se les deberá ofrecer precios menores, debiendo cargar con precios altos a los agentes que exhiban escasa elasticidad. De esta proposición se desprende que los pacientes deberían continuar afrontando los altos precios que satisfacen los objetivos de la oferta, al tiempo que sería necesario concebir un modo mediante el cual los seguros enfrenten precios (marcadamente) más bajos.

El procedimiento mediante el cual la oferta lleva a la práctica esta estrategia gira en torno a la determinación del precio del medicamento en el mercado, precio que se encuentra consensuado por todos los integrantes de la cadena (de oferta) y no objetado por los seguros de salud. El manual farmacéutico o manual *Kairos* establece el precio al que debe comercializarse, en farmacias y otros puntos de dispensa al paciente, todas las presentaciones de cada una de las especialidades medicinales.

El precio relevante para el paciente es el indicado por la oferta en el manual farmacéutico. Al paciente que se acerca a una farmacia con una receta médica y que es afiliado a un seguro de salud, se le ofrece el medicamento prescripto al precio que señala el manual farmacéutico. Sobre ese precio se le practica la deducción del 40% que establece el PMO, descuento que “en teoría” representa el aporte realizado por el seguro.

Sin embargo, el precio relevante para el seguro es uno significativamente inferior. El precio del medicamento que efectivamente paga el seguro surge del costo del contrato, que resulta a su vez del acuerdo alcanzado entre este y la oferta. El precio implícito que surge del costo del contrato debe ser (marcadamente) inferior al que figura en el manual farmacéutico para que el seguro tenga incentivos a suscribirlo.

En esta instancia de negociación las gerenciadoras de contratos juegan un rol clave. Representan a la oferta y son las encargadas de llevar adelante las negociaciones con los seguros de salud, en la mayoría de los casos de manera individual.

El resultado de las negociaciones entre las gerenciadoras y los seguros es la firma de un contrato mediante el cual se estipula que la oferta se hará cargo de la provisión de medicamentos a los beneficiarios del seguro a cambio de un monto de dinero establecido, que pasa a ser el valor del contrato.

El valor del contrato está determinado por un conjunto de variables. Entre las variables más significativas podemos mencionar:

- Tamaño de la población bajo cobertura.
- Poder de negociación del seguro (determinado principalmente por la escala).
- Nivel de ingresos de la población beneficiaria.
- Estructura etaria de la población beneficiaria.
- Situación de salud de la población beneficiaria.

Más allá de la incidencia que tenga cada una de las variables que determinan el valor del contrato debe quedar claro que el precio implícito del medicamento para el seguro debe ubicarse por debajo del establecido por el manual farmacéutico. El cociente entre el valor del contrato y la cantidad de medicamentos entregados por la oferta (bajo contrato) arroja el costo unitario que afronta el seguro. Bajo la hipótesis de que este valor debe ser el 40% del precio total del medicamento es posible estimar el precio implícito pagado por el seguro.

De esta forma, el paciente finalmente termina financiando un porcentaje mayor del precio del medicamento al establecido por el PMO. La hipotética participación en la financiación del medicamento que establece el Programa médico obligatorio, según la cual el paciente debe hacerse cargo del 60% del costo del medicamento y el seguro debe cofinanciar el 40% restante, no se verifica en la práctica. El paciente abona el 60% de un precio elevado (el que establece el manual farmacéutico), mientras que el seguro abona el 40% pero de un precio con descuento. Esta realidad implica que en algunos casos el paciente se haga cargo de más del 80% del precio efectivamente pagado a la

oferta ($0,6^*$ manual farmacéutico + $0,4^*$ precio unitario con descuento al seguro).

En resumen, las negociaciones alentadas por la oferta con los seguros de salud modifican radicalmente las reglas de juego del mercado y permiten romper la alianza que debería verificarse entre este último y el paciente conforme a la similitud de sus intereses: pagar un precio adecuado del medicamento. De esta forma, la oferta logra alcanzar su objetivo de maximizar beneficios mediante el sostenimiento de un mercado de marcas, en virtud de trabajar sobre los incentivos de los seguros. Así, los seguros pasan a ser funcionales a la estrategia de la oferta y no tienen reparo en “entregar” a los pacientes a las prácticas comerciales implementadas por la oferta. El resultado es la conservación de un mercado de marcas que exige al paciente el pago de altos precios por el medicamento con el consabido impacto negativo sobre el acceso.

Finalmente nótese que para que la oferta pueda llevar adelante la estrategia comentada, esta debe estar articulada eficientemente. La cadena se estructura a partir de la figura del laboratorio que es el encargado de establecer los lineamientos respecto a: precios, márgenes de comercialización, métodos de financiamiento y pago de los actores aguas abajo: droguerías y farmacias.

Al mismo tiempo, es necesaria una oferta que actúe de forma organizada imitando, en la medida de lo posible, una estructura cartelizada. Los laboratorios se presentan ante los diferentes actores no en forma individual sino en conjunto. Desde el punto de vista de la negociación, las gerenciadoras de contrato representan a un conjunto de laboratorios y en nombre de estos pueden cerrar acuerdos con los seguros respecto a precios y cobertura. Desde el punto de vista de la distribución, las distribuidoras, que también son instrumentos de los laboratorios, se encargan de la logística de almacenaje y entrega del medicamento, a lo que se le debe agregar la tarea no menos importante de seguimiento de la evolución de las cuotas de mercado de cada laboratorio. Este último dato resulta de importancia a la hora de asignar los ingresos obtenidos.

El farmacéutico, en virtud de su formación, surge como un nuevo actor que puede equilibrar la asimetría de información existente en la relación paciente / oferta. Tomando en cuenta que la forma habitual de dispensa del medicamento es mediante el canal farmacia, el farmacéutico se encuentra en un lugar de privilegio para asistir al paciente en la adquisición del fármaco.

El farmacéutico puede asesorar al paciente sobre las distintas presentaciones que tiene como opción. La información suministrada por el farmacéutico al paciente, le permitiría a este recobrar parte de su soberanía como consumidor, lo cual socavaría las bases de la estrategia de maximización de beneficios de la oferta.

Adicionalmente, la ley de prescripción por nombre genérico faculta al farmacéutico a sustituir el medicamento indicado en la receta. Ya sea que el médico haya conformado la receta prescribiendo una marca comercial o sugiriendo alguna de estas, la normativa vigente autoriza al farmacéu-

tico a sustituir la marca señalada por un medicamento similar, conforme las preferencias del paciente y una vez que este haya sido debidamente asesorado por el farmacéutico.

Así se abre una nueva instancia donde se pondría en jaque el sostenimiento del mercado de marcas y, por ende, la estrategia de la oferta.

Sin embargo, la lógica de funcionamiento del mercado, modelada por los grandes laboratorios de marcas, genera limitantes de peso a la posibilidad señalada:

- El modelo de pago desincentiva la sustitución de medicamentos similares por parte del farmacéutico.
- La farmacia ocupa el último eslabón de una estructura de oferta, articulada y organizada sobre la base de la figura del laboratorio.

Los laboratorios son los responsables de la formación del precio del medicamento (ambulatorio) el cual se da a publicidad a través del manual farmacéutico. El resto de los actores de la cadena reciben como retribución a su gestión de comercialización un porcentaje fijo sobre el precio de venta (señalado en el manual farmacéutico), siendo este porcentaje también una decisión de los laboratorios con arreglo a la situación de cada actor.

Así, el modelo de pago retribuye el aporte de valor de la farmacia con un porcentaje fijo sobre las ventas. Esta lógica de remuneración incentiva la venta de productos de alto precio ya que estos generan un flujo de ingresos más alto.

En resumen, el modelo de pago a la farmacia desincentiva la sustitución de medicamentos similares por parte del farmacéutico, alentando en cambio la venta de medicamentos de marca, que por tener precios más elevados, le permiten obtener un ingreso superior.

En el momento en el cual el farmacéutico sustituye la marca prescrita por el profesional médico está asumiendo riesgos que no se encuentran debidamente compensados. Si el farmacéutico dispensa la marca indicada en la receta, la responsabilidad frente al paciente es enteramente del médico. Ahora, si el farmacéutico sustituye la marca indicada en la receta por un medicamento similar, aquel pasa a ser responsable ante el paciente respecto a las consecuencias del medicamento dispensado.

En nuestro país el órgano encargado de otorgar la autorización necesaria para la comercialización de un medicamento es la Administración Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología (ANMAT). En el caso en que la solicitud de autorización provenga de un medicamento similar, las pruebas que realiza la ANMAT para otorgar la autorización se resumen en verificar si el nuevo medicamento contiene el principio activo en cantidades similares a las del original.

No existe, por lo tanto, una instancia donde el medicamento similar debe demostrar bioequivalencia respecto al original. La bioequivalencia entre dos medicamentos queda verificada cuando además de comprobar que ambos contienen igual cantidades del principio activo, se constata que ambos generan similares curvas plasmáticas de concentración en función del tiempo.

La no existencia de pruebas de bioequivalencia dificulta la decisión del farmacéutico al momento de sugerir la sustitución entre medicamentos similares, ya que este no cuenta con la plena seguridad respecto a su grado de homogeneidad.

La falta de pruebas objetivas que sirvan de respaldo al acto de sustitución expone al farmacéutico a un conjunto de riesgos por los cuales no tiene compensación alguna. La existencia de riesgos sin compensación desincentiva al farmacéutico a sustituir medicamentos.

La farmacia se encuentra sin margen de maniobra frente a los grandes laboratorios que comercializan marcas. En la práctica las farmacias, al igual que las droguerías, son instrumentos de los laboratorios para alcanzar sus objetivos de maximización de beneficios a través del sostenimiento de un mercado de marcas. Debido a la gran cantidad de farmacias existentes y a lo reducido de su tamaño medio, el poder de este actor se encuentra muy fragmentado hecho que le dificulta llevar adelante cualquier tipo de negociación con los laboratorios.

Los mecanismos por los cuales los laboratorios mantienen cautivas a las farmacias son:

- por un lado el poder financiero que estos detentan frente a los continuos desbalances que enfrentan las farmacias;
- por el otro, los instrumentos de pago utilizados por los laboratorios.

La lógica de negocio de las farmacias obliga a estas a mantener una precaria situación financiera. No obstante, por sus características les es muy difícil calificar para obtener un flujo constante de crédito bancario. Frente a aquellas, los laboratorios cuentan con una aceptable situación financiera, a lo que se le suma el conocimiento del negocio. Los laboratorios entonces adicionan a su papel de proveedores, el de ser implícitamente financiadores de inyectar fondos a toda la cadena. Pero en este proceso las farmacias pierden independencia y quedan sometidas a los intereses de los laboratorios.

Por otro lado, una parte del desembolso que realizan las gerencadoras por el pago de los contratos de la seguridad social es recibida por las farmacias, no en dinero, sino en notas de crédito que las obligan a adquirir los medicamentos en ciertas droguerías. Las gerencadoras de contratos son agentes encargados de recaudar los aportes realizados por los seguros de salud como resultado de los gastos en medicamentos realizados por sus beneficiarios. Luego, las administradoras, que responden a los laboratorios, se encargan de distribuir este ingreso entre los participantes de la cadena. La cuota correspondiente a las farmacias no se transfiere íntegramente en dinero, sino que una parte se entrega en notas de crédito. La nota de crédito es utilizada por la farmacia para adquirir medicamentos en las droguerías indicadas por los laboratorios. De esta forma, los laboratorios, al no hacer efectivo el dinero a las farmacias se aseguran de que estas continúen manteniendo el flujo de venta de medicamentos de marca, debido a que si venden medicamentos de marca están atadas a volver a comprar medicamentos de marca.

En resumen, el farmacéutico surge como otro actor que cuenta con capacidades para auxiliar al paciente frente a la estrategia de los laboratorios. La facultad de sustituir por medicamentos similares a los consignados en la receta elaborada por el médico permitiría debilitar el alcance de un mercado de marcas. Sin embargo, los laboratorios atendiendo nuevamente a la amenaza que los farmacéuticos podrían generar sobre sus intereses, intentan modificar los incentivos de estos con el fin alinearlos con sus objetivos.

4.15 EL ESTADO

El Estado es el cuarto intermediario en la relación paciente-oferta. Desde este rol puede aportar información al primero sobre sustitución de medicamentos con el fin de debilitar la estrategia de construir un mercado de marcas del segundo.

El estado, buscando evitar las consecuencias negativas que genera el mercado de marcas en materia de precios y de acceso, podría actuar de manera más directa sobre el mercado de medicamentos. A modo de ejemplo, podría imponer precios de referencia que indicaran el máximo valor al cual puede ser comercializado cada medicamento. O en el límite, impedir la comercialización de marcas comerciales o cualquier otro dispositivo que utilice el productor para diferenciar su producto, aceptando sólo la circulación de medicamentos genéricos.

Sin embargo, y aun cuando existen experiencias de países donde se implementaron acciones más directas en contra del mercado de marcas, su introducción en países como la Argentina deben estar fuertemente respaldadas a nivel político, debido a las resistencia presentada por los grupos de interés. El poder de *lobby* de los laboratorios en la Argentina es muy importante, ya que además de los medios económicos para solventarlo cuentan con las conexiones necesarias para lograr efectividad en sus reclamos. A modo de ejemplo, pueden observarse las dificultades por las que atravesó el Gobierno para llegar a la sanción, y la posterior puesta en práctica, de la ley de Patentes durante la década de los 90.

A pesar de que puede resultar interesante el debate sobre el margen de maniobra con el que cuenta el Estado para intervenir en un mercado, nuestro objetivo es establecer un conjunto de acciones que pueden ser emprendidas por el Estado y que no demandarían ni complejidad, ni consenso, ni un poder exagerado.

Es importante entonces que el Estado asuma firmemente su rol de regulador en el mercado de medicamentos, a lo que debe sumarle la tarea de proveedor de información a los agentes intervinientes. En este sentido debería centrarse sobre cuatro puntos:

- Debe avanzar en la regulación respecto a la entrada de medicamentos al mercado, estableciendo como requisito de aquellas pruebas de bioequivalencia respecto al medicamento original. De esta forma, la marca perdería su valor como dispositivo para señalar calidad respecto a un medicamento similar.
- Generar campañas dirigidas a toda la población alentando la sustitución de medicamentos de marca y al mismo tiempo señalar que

los resultados que pueden esperarse de estos son similares a los que pueden esperarse de un medicamento genérico que haya superado las pruebas de bioequivalencia.

- Desarrollar estrategias de comunicación que reflejen la calidad de los órganos de habilitación y control, con el objeto de que la población confíe en la eficacia de todo medicamento que esté autorizado a comercializarse, ya sea este genérico o de marca reconocida.
- Fomentar entre los profesionales médicos la prescripción de medicamentos por su nombre genérico. Con este fin se debe reforzar a nivel universitario los programas de farmacología, buscando obtener profesionales mejor formados en la materia. A nivel profesional se debe promover la realización de congresos y talleres que incentiven la prescripción de medicamentos por nombre genérico.

En resumen, el Estado desde su rol de regulador puede avanzar en dos frentes. Por un lado, establecer controles más sofisticados para garantizar la bioequivalencia entre el medicamento original y sus copias. Por otro lado, el Estado debe mostrarse más activo en comunicar, tanto a la población como al médico y a los farmacéuticos, la idoneidad de los organismos de control existentes, la importancia de la prescripción de medicamentos genéricos y la sustitución entre estos.

No obstante, es importante continuar profundizando el debate respecto a las posibilidades con las que cuenta el estado para llevar adelante intervenciones más directas en el mercado. En este sentido se debe privilegiar la eficacia de distintos organismos, como por ejemplo la Oficina de Defensa del Consumidor, o la Oficina de Defensa de la Competencia, para imponer límites a la estrategia de la oferta de diferenciar productos a través de un mercado de marcas.

4.16 MEDICAMENTOS CON PROTECCIÓN DE PATENTES

Las apreciaciones realizadas hasta aquí se refirieron implícitamente a los medicamentos con patente vencida, sin embargo las conclusiones se modifican sustancialmente si nos referimos a medicamentos que cuentan con protección de patentes. Los medicamentos, al igual que cualquier invención, son pasibles de recibir protección de patentes por un período limitado de tiempo, durante el cual se evite las copias por parte de terceros no autorizados.

En la Argentina la protección de patentes para medicamentos entra en vigencia en 2000 y confiere veinte años de exclusividad a su propietario. Luego de muchas décadas de carencia de protección para las innovaciones en medicamentos, en 1995 la ley N° 24.481 posibilitaba la solicitud de patentes para estos productos. Pero en su artículo 104 concedía un período de gracia para estos bienes de cinco años, razón por la cual la efectiva protección de patentes en medicamentos es reciente (año 2000).

En sí la patente otorga a su propietario el derecho exclusivo de explotar el producto con el fin de recuperar la inversión realizada para su desarrollo. Debe tenerse en cuenta que el conocimiento respecto a la

forma de reproducir un producto, que se encuentra implícito en él, tiene características de bien público. La imposibilidad de excluir a terceros de este conocimiento da pie a la copia del producto, una vez que este es puesto en el mercado. La aparición de copias disminuye el rendimiento del innovador, ya que este debe compartir las ganancias generadas por su producto entre personas que no participaron en la financiación de los costos de la innovación. Si la realidad fuera de esta forma, disminuirían significativamente los incentivos a la innovación. La patente entonces es un mecanismo que busca otorgar por un plazo de tiempo la exclusividad de la explotación del producto al innovador, con el objeto de que este obtenga beneficios sobre su inversión.

La vigencia de un derecho de patente sobre un medicamento confiere a su propietario el monopolio para explotar la comercialización de su bien. En la práctica la patente otorga un monopolio legal a su propietario mediante el cual tiene la exclusividad de comercializar el producto. El objetivo de este monopolio es que durante el plazo de vigencia de la patente el beneficiario pueda elevar los precios sobre los costos (estrategia de un monopolista), con el fin de recuperar la inversión dedicada a generar la innovación.

La vigencia de una patente deja sin efecto la posibilidad de recetar ese medicamento por nombre genérico y de sustituirlo por otro similar. Los derechos de exclusividad concedidos al medicamento original por la patente hacen que este sea el único legalmente autorizado para comercializarse, hecho que elimina la opción de competir con otros medicamentos similares.

Durante este plazo, la diferenciación de producto (vía marca) no otorga ningún beneficio adicional, dado que es el único medicamento de su clase que cuenta con autorización para ser comercializado. El propietario del derecho de patente no tienen incentivos para llevar adelante una estrategia de marca debido a que no enfrenta la competencia de otros medicamentos similares.

No obstante, aun en esta instancia la oferta buscará consolidar su marca con miras al momento en el cual expire la protección de la patente y deba competir. La experiencia demuestra que para los productos en general, y especialmente para los que el comprador no cuenta con buena información, el haber llegado primero al mercado resulta un distintivo para el consumidor y por lo tanto se transforma en un activo para la marca.

En resumen, durante el plazo en el cual se encuentre vigente una patente, el precio del medicamento será establecido por el innovador, no cabiendo la posibilidad de sustitución entre medicamentos similares. Durante este período el laboratorio no necesita hacer uso de una estrategia de marca para comportarse como un monopolista debido a que la misma patente le confiere un monopolio legal. Sin embargo, durante el tiempo de vigencia de la patente el laboratorio buscará consolidar su marca. La marca le permitirá diferenciar su producto una vez que expire la patente y deba enfrentar la competencia.

Como conclusión, creemos que es necesaria la existencia de una protección de patentes, más allá de los efectos negativos que durante su

vigencia trae sobre los precios, en virtud de la necesidad de incentivar la inversión en innovación. Sin embargo, también creemos que es fundamental que su existencia se complemente con un mercado de genéricos para los medicamentos con patente vencida.

4.17 LA PROVISIÓN PÚBLICA DE MEDICAMENTOS

En las situaciones tratadas anteriormente era el propio paciente el que en última instancia debía decidir cual presentación adquirir. Más allá de la marca prescrita o sugerida por el médico y el asesoramiento que pudiera darle el farmacéutico, era el paciente en última instancia el que tomaba la decisión respecto a cual presentación adquiriría de entre todas las disponibles en el mercado.

En el caso de la provisión pública de medicamentos el paciente no debe tomar decisiones de compra, su papel en el mercado es pasivo y se resume a hacer uso del medicamento según lo indica su tratamiento. Para ser provistos públicamente los medicamentos son comprados por los distintos programas, tanto a nivel nacional como provincial y luego son entregados a la población objetivo de aquellos.

Al recaer la decisión de compra en agentes con información respecto al bien, la oferta no cuenta con posibilidades de desarrollar una estrategia de marcas. Los distintos programas de provisión de medicamentos llaman a licitaciones, en la mayoría de los casos internacionales, con el fin de adquirir los medicamentos necesarios. En los pliegos de licitación siempre se estipula el nombre genérico del medicamento, aun cuando existen casos especiales que se dan para algunas patologías donde es necesario adquirir medicamentos sólo de ciertas marcas.

Los precios conseguidos en estas compras son significativamente inferiores a los precios de venta en el mercado. El hecho de adquirir medicamentos genéricos y de comprar en forma centralizada cantidades significativas permite alcanzar precios que están muy por debajo de los que se verifican en el mercado.

Un ejemplo de estos programas de provisión pública de medicamentos es el programa Remediar.

4.18 EL MECANISMO DE PRECIOS EN LOS MERCADOS COMPETITIVOS

Los precios son las expresiones en dinero de las valoraciones de los bienes. Estos transmiten señales que permiten la coordinación de las decisiones entre los oferentes y los consumidores, de tal manera de lograr que los planes de ambos coincidan.

En este esquema resalta la simplicidad del mecanismo de precios, ya que utilizando únicamente la información que estos proveen es posible pensar que ambos sectores logren alcanzar un punto de equilibrio.

La forma en la cual los precios cumplen esta función es la siguiente, ante un exceso de demanda los precios muestran una tendencia a la suba, que alienta a los oferentes y hace lo inverso con los consumidores. El incremento de precios continúa hasta que las cantidades deseadas de producción y consumo se igualen, alcanzándose así los precios y canti-

dades de equilibrio (punto de equilibrio). De la misma forma, el exceso de oferta de bienes produce una reducción de los precios, fomentando el consumo y reduciendo los incentivos a producir, lo cual permitirá nuevamente llegar al equilibrio entre lo ofrecido y lo consumido.

Tanto los demandantes como los oferentes toman la estructura de precios relativos como señales para llevar adelante sus decisiones de consumo y producción.

No obstante, el supuesto básico para que el mecanismo de precios funcione de manera eficiente es, nuevamente, que los consumidores cuenten con el necesario conocimiento respecto a los bienes, de forma de evaluar que combinación de productos (canasta) le proporcionará la mayor satisfacción.

Como ya hemos señalado, las características del mercado de medicamentos impiden al paciente contar con la información adecuada respecto al bien, razón por la cual este no interviene en la formación de su precio, debiendo aceptar los impuestos por la oferta.

No obstante, es necesario señalar que en cualquier estructura de mercado, aun en la más imperfecta, los precios constituyen una señal clave para las decisiones de los consumidores y productores.

4.19 LA DETERMINACIÓN DE PRECIOS EN EL MERCADO DE MEDICAMENTOS

La determinación del precio del medicamento es un proceso complejo para el cual se considera necesario tener en cuenta la naturaleza del bien y describir las características de los actores que intervienen.

Como se ha mencionado, el mercado de medicamentos está conformado por tres sub-mercados:

- el mercado de medicamentos de venta libre,
- el mercado de medicamentos éticos,
- el mercado de medicamentos de internación.

Nuestro propósito es concentrarnos en el análisis de la determinación de precios en el mercado de medicamentos éticos, o de venta bajo receta, por dos motivos. En primer lugar, porque representan aproximadamente el 90% de los medicamentos ambulatorios dispensados.¹⁰ En segundo lugar, debido a que son los que tienen más impacto en el presupuesto de los pacientes.

Con el fin de establecer la forma en la cual se determinan los precios de los medicamentos éticos es necesario analizar la interacción que se verifica entre los laboratorios, que lideran las estrategias de la oferta, y los seguros de salud. Una de las particularidades de este mercado es la existencia de seguros que se hacen cargo de una parte del costo del medicamento adquirido por el paciente.

Entre los agentes financiadores encontramos a los seguros obligatorios:

- obras sociales nacionales,
- obras sociales provinciales y
- el PAMI.

¹⁰ La información surge del IMS tomando en cuenta el total de ventas del año 2004.

Los recursos de estas instituciones provienen de aportes y contribuciones compulsivas que se obtienen de trabajadores y empleadores. En segundo lugar aparece el seguro voluntario donde se incluye un conjunto de empresas de medicina prepaga, cuyo capital surge de los pagos de primas que realizan las personas que eligen adherir a su cobertura.

Las empresas de seguros contratan a terceros con el fin de cubrir sus prestaciones farmacéuticas, generalmente prestadores privados con o sin fines de lucro, que gestionan el contrato y se encargan de la provisión de los medicamentos a la población beneficiaria.

En la mayoría de los casos los contratos con los seguros están controlados por Farmalink, con algunas excepciones como por ejemplo la provincia de Santa Fe, donde el contrato con IAPOS lo mantiene desde hace años el colegio farmacéutico de la provincia.

La negociación de precios comienza con los seguros de salud, pasa por las gerenciadoras de contratos y finaliza en los prestadores directos, es decir los laboratorios, las farmacias y el resto de la cadena de oferta. De manera esquemática los pasos son los siguientes:

- La obra social o empresa de medicina prepaga negocia el precio de la cápita de medicamentos a pagar a la gerenciadora. Esta calcula dicho precio sobre la base de la relación entre los ingresos provenientes de los aportes que cobra a los beneficiarios y las probabilidades (tasas de uso) de las prestaciones farmacéuticas ofrecidas.
- Basándose en dicho valor las gerenciadoras de contratos, (Farmalink, Preserfar, colegios farmacéuticos, facafs, etc.), negocian los porcentajes para cada actor que participan en la cadena de oferta.
- Los laboratorios y farmacéuticos se enfrentan constantemente respecto a los márgenes obtenidos. Para esto utilizan como estrategia el ingreso de nuevos productos al PMO, acuerdos especiales con aseguradores, descuentos, etc.

Lo señalado permite subrayar el papel pasivo que juega la demanda de medicamentos en el proceso de determinación de precios. La presencia de entes aseguradores encargados de la financiación parcial del medicamento y la existencia de contratos entre estos y la oferta a través de las empresas gerenciadoras de contratos, aísla a los pacientes cubiertos por el seguro del proceso de formación de precios.

En el momento en que el usuario eligió o adquirió su cobertura (plan de salud) la negociación respecto a la calidad, efectividad y costo de las prestaciones farmacéuticas contratadas y sus correspondientes precios pasa a ser responsabilidad de este último.

Los laboratorios toman en cuenta esta realidad, e imponen que el proceso de negociación parte de la aceptación de un determinado precio de venta al público (PVP) fijado a través del manual farmacéutico (manual *Kairos*).

A los seguros no les es relevante el precio de venta al público estipulado en el manual farmacéutico, debido a que logran negociar condiciones especiales con la oferta sobre la base de descuentos sobre los pagos que deben realizar.

Como ejemplo de lo señalado se puede presentar el contrato mensual de medicamentos (éticos) negociado por la oferta con el PAMI. Este contrato asciende a \$ 140 millones para brindar cobertura a tres millones de afiliados. En él se acepta el PVP como precio. El 52% del valor del contrato lo paga el afiliado y el 48% restante se desagrega de la siguiente manera: \$ 24 millones los asume el PAMI, 16% lo aportan los farmacéuticos y el restante 15% (\$ 20,8 millones) los pone la industria bajo la forma de notas de créditos a las farmacias. La industria cobra a los veintinueve días el 70% del precio (\$ 72,8 millones + \$ 24 millones que paga PAMI).

De esta forma, el paciente queda desguarnecido en la negociación y debe pagar un precio superior al que podría obtenerse a partir de una negociación colectiva.

En el caso donde los medicamentos son comprados directamente por el paciente y no se utiliza la financiación del seguro la situación no varía, el precio del medicamento sigue estando en manos de la oferta. En estos casos los precios se determinan nuevamente sin la participación de la demanda, predominando como factores en su determinación los costos de producción, experiencia y prestigio de la marca y la diferenciación del producto.

En conclusión, en el proceso de determinación de precios del mercado de medicamentos (éticos) predominan negociaciones “arbitrarias” entre la oferta, representada por las gerenciadoras de contratos, y los seguros, obras sociales o empresas de medicina prepaga. Los resultados de estas negociaciones dan pie a la fijación de los precios de los medicamentos.

Así, los precios que enfrentan los pacientes en las farmacias se determinan de manera diferente al proceso que establece el modelo competitivo.

Las gerenciadoras de contrato negocian la aceptación de un precio por parte de los seguros que está lejos de ser construido sobre una base real de formación. Así, la población beneficiaria del seguro, la accesibilidad, la forma de financiamiento, los plazos de pago y, en algunos casos, el vínculo prevaleciente entre los actores de la negociación, adquieren un papel importante al momento de definir el precio del producto en cuestión.

En este mercado, a diferencia de otros que componen el sector salud, no son las aseguradoras quienes estipulan las reglas de juego, sino que son las gerenciadoras de contrato las que tienen la capacidad para establecer condiciones. Esto es así, ya que en primer lugar cuentan con los bienes (medicamentos) y en segundo lugar porque se transforman en aliados de las “finanzas” de los aseguradores. La alianza con los seguros se construye a partir de que lo que le interesa a la oferta son los pagos de bolsillo de los pacientes y no los pagos fijos de los seguros.

Adicionalmente, las gerenciadoras cumplen un rol no menos importante en el sector al moderar y organizar los reclamos de cada participante de la oferta que se siente desplazado. Este proceso trae como resultado cada vez más organizaciones intermediarias que son alimentadas por laboratorios que se sienten desplazados, o bien farmacéuticos que intentan escapar de la “opresión” del esquema.

Las gerenciadoras también tienden a disciplinar la oferta evitando la utilización excesiva de la estrategia de diferenciación de producto. En este sentido, han introducido requisito de aprobación para incorporar nuevos medicamentos en el vademécum, la justificación de este procedimiento está en que la introducción de nuevos productos genera un traslado de ingresos desde áreas tradicionales hacia las áreas innovadoras. Se intenta entonces, evitar los abusos de ciertos laboratorios que, con el fin de reposicionar precios, lancen nuevos productos que no muestren innovación alguna.

4.20 BREVE RESEÑA SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL PRECIO DEL MEDICAMENTO

Los análisis respecto a los precios del mercado de medicamentos se enfrentan a dificultades que surgen de un conjunto de factores inherentes a las características del bien y las particularidades del sector:

- El papel que cumple la oferta y la debilidad de la demanda (inelasticidad), generan que los precios vigentes de los medicamentos terminen siendo difusos.
- La escasez de estadísticas precisas que releven el precio de los medicamentos dificulta todo análisis que se pueda realizar.
- La heterogeneidad del mercado y la diversidad de productos, hacen imposible registrar la variedad en calidad y presentaciones de aquellos.
- La dinámica de la negociación entre los seguros y la oferta, no promueve ni incentiva la difusión de precios.
- El medicamento puede tener precios distintos según quién sea la parte contratante.
- Las variaciones en el precio de las mismas drogas es notable.
- La ausencia de registros contractuales que permitan comparar precios y calidad. Esta característica constituye un signo característico de la “informalidad” del sector.

Para el análisis de la evolución de los precios en el sector se cuenta con información procesada por el INDEC y publicada en el Índice de Precios al Consumidor (IPC). Sin embargo, la metodología utilizada plantea algunos inconvenientes, a saber.

En la canasta utilizada para establecer la evolución de precios se incluyen sólo algunos medicamentos consumidos y financiados directamente por el paciente. De este modo, quedan excluidos de la medición, las transacciones entre los seguros, gerenciadoras de contratos y la oferta. Como señalamos anteriormente, estas son de gran importancia en la determinación de los precios.

Además el capítulo de salud del IPC, al igual que todos los componentes del índice, no refleja la situación del interior del país, dado que el relevamiento se realiza en Capital Federal y el gran Buenos Aires.

Tiene inconvenientes en materia de constancia de la calidad y la efectividad de algunos productos sanitarios. No resulta adecuado sostener que un medicamento de hace unos años pueda ser igual de efectivo que uno nuevo. De esta forma, al IPC le cuesta reflejar adecuadamente los cambios tecnológicos.

Así, el seguimiento de los precios de los productos farmacéuticos entraña diversas dificultades metodológicas, por lo que es frecuente que, dependiendo del indicador que se adopte, los resultados pueden ser muy diversos, e incluso de signo contrario.

Durante los últimos tres años, se observa una tendencia decreciente en términos reales luego del pico alcanzado durante el año 2002.

Al analizar la evolución de los precios según las variaciones que arroja el rubro correspondiente del índice de precios al consumidor, se verifica que durante el 2002 los precios de los medicamentos aumentaron un 50%, es decir un 21% por encima de lo que lo hizo el nivel general. En los años subsiguientes se observa un deterioro de esta relación ya que el agregado de los bloques crece a una mayor velocidad que los medicamentos. Con todo, en 2005 la relación precios de productos farmacéuticos/IPC resulta aún más elevada que la que se observará durante la convertibilidad.

Alternativamente, si se utiliza la información proveniente del IMS el resultado es similar. El cociente entre el monto de ventas al mercado interno en moneda constante y las unidades comercializadas¹¹ arroja como resultado que el precio medio real de los medicamentos durante el 2005 se estableció en \$ 16,67,¹² es decir un 3,5% por debajo del correspondiente al año previo y un 7,8% con respecto a 2002. Con todo, este nivel también resulta superior a los precios que en términos reales se dieron durante la convertibilidad.

Las drogas básicas, con las cuales se elaboran los productos farmacéuticos en el país son mayoritariamente importadas, en consecuencia el aumento relativo del precio medio de los medicamentos observado durante 2002, y la caída posterior, estaría reflejando en buena medida la variación de costos originada en la devaluación y la posterior apreciación cambiaria que tuvo lugar durante los años recientes.

Adicionalmente la caída de precios observada durante los tres últimos años pudo haber estado inducida por el cambio producido en la regulación del mercado cuyo objetivo último es estimular una mayor competencia en los precios de los medicamentos.

La ley 25.648 sancionada en 2002, obliga a los médicos a prescribir recetas por el nombre genérico del medicamento, aunque adicionalmente se le permite sugerir su nombre comercial. Así se habilita al farmacéutico profesional a reemplazar, a solicitud del paciente, entre presentaciones equivalentes de un mismo medicamento, en función de su precio.

Si bien resulta difícil precisar la magnitud, parece claro que la política de prescripción por nombre genérico tuvo impacto sobre la evolución reciente de los precios de los medicamentos. No obstan esto, todavía persiste una brecha significativa respecto al precio de medicamentos similares.

¹¹ Nótese que este indicador presenta las distorsiones señaladas anteriormente respecto del volumen de ventas de productos farmacéuticos. Así, cambios en los envases o en el *mix* de consumo de la población (por cambios demográficos, sanitarios, de distribución del ingreso, etc.) pueden reflejar una variación en el precio medio, aun cuando los precios de cada producto pueden haber permanecido estables (Informe FIEL –Sector Laboratorios–, marzo 2006).

¹² La información surge de datos obtenidos del IMS.

Dispersión de precios de medicamentos

Medicamentos	Presentación	% variación del precio entre opciones más cara y más barata			
		2002	2003	2004	2005
Amoxicilina 500 mg	16 comprimidos	143%	75%	75%	70%
	8 comprimidos	135%	58%	59%	46%
Bromazepan 3 mg	20 comprimidos	428%	408%	87%	126%
	50 comprimidos	61%	121%	131%	158%
Maleato de enalapril 10 mg	20 comprimidos	72%	37%	45%	28%
	60 comprimidos	65%	75%	83%	88%

Fuente: para 2002 (corresponde a abril). F. Tobar. "Acceso a los medicamentos en la Argentina. Diagnóstico y alternativas", en *Boletín Fármacos*, vol. 5 (4); para 2002-2003 elaboración de FIEL sobre la base de los datos de Alfabet. En 2005 por discontinuarse la droga, el Bromazepan fue reemplazado por el Diazepan de veinte comprimidos (ambos ansiolíticos) correspondiendo la primera opción a cinco miligramos y la segunda a diez miligramos.

Alrededor de un centenar de medicamentos de todo el arco terapéutico registró entre agosto y septiembre de año 2005 aumentos que varían entre un 2-10%. El incremento mayor se produjo en los medicamentos especiales, pero no tocó a una amplia gama de medicamentos de uso más común, como por ejemplo analgésicos, antigripales y buena parte de los ansiolíticos. Así el precio de los medicamentos acompañaron a la inflación, aunque el mayor impacto se registró en los medicamentos utilizados por los pacientes que se encuentran bajo tratamientos prolongado o de por vida.

4.21 LAS "INNOVACIONES" Y SU IMPACTO EN EL PRECIO

El sector farmacéutico en argentina mueve más de us\$ 2.640 millones, con un total de 401 millones de unidades colocadas, observándose una expansión del 3,6% respecto del año previo.

Sin embargo, la cantidad de unidades vendidas en realidad no es un buen indicador para analizar la dinámica del sector. Las innovaciones juegan un rol clave y todos los años aparecen una cantidad importante de nuevos productos que modifican sensiblemente los precios del mercado. Las áreas terapéuticas donde más productos nuevos han surgido son:

- Hormonas.
- Antidepresivos (excluidas hierbas).
- Miorrelajantes.
- Analgésicos (no narcóticos).

Entre fines de 2002 y fines de 2004, estos medicamentos han incrementado las ventas de las empresas en us\$ 274,2 millones. Ahora, si en cambio tomamos solamente los últimos doce meses la cifra baja us\$ 68,7 millones.

Laboratorio	Productos nuevos	Aumento facturación
Schering Argentina	2 (hormonas)	19.000.000
Elea	22	14.000.000
Bagó	17	12.100.000
Casasco	11	11.200.000
MSD	7	10.500.000
Phoenix	20	9.500.000
Bayer	13	9.500.000
Raffo	13	8.600.000
Roemmers	10	8.100.000
Cinetic	3	6.200.000

Fuente: IMS.

Así, la forma de competencia más destacada es sin dudas la competencia a través de diferenciación de producto (innovación con mucha, poca o nula efectividad), entre los laboratorios.

4.22 CONCLUSIONES

A lo largo del presente trabajo intentamos responder la pregunta respecto a cuáles eran los determinantes del precio de los medicamentos. Así, pudimos comprobar que los cambios producidos en la oferta inciden significativamente sobre la política de precios. Las modificaciones en la estructura de la cadena alteran los precios de los medicamentos, frente a una demanda que queda al margen de su determinación debido a su debilidad, la cual es consecuencia de su falta de información.

La industria farmacéutica ha estado expuesta a un proceso de fragmentación que se deriva de los cambios en las estrategias de las firmas con el objetivo de permanecer en el mercado. La importancia económica y estratégica que han alcanzado algunos grupos nacionales los ha alejado del resto de laboratorios nacionales más pequeños, y estos últimos sólo pueden esperar ser comprados, o bien intentar permanecer en los márgenes del mercado.

Los laboratorios multinacionales han realizado acuerdos explícitos con los grandes laboratorios nacionales para defender juntos el mercado de marcas. Sin embargo, este tipo de acuerdos está comenzando a mostrar sus límites debido al aumento que está registrando el gasto en medicamentos y al mayor nivel de conflictividad observado en las definiciones respecto a qué medicamentos van a ser financiados por la seguridad social.

La modalidad de contrato utilizada por la oferta para convenir prestaciones de medicamentos a la población beneficiaria de los seguros de salud no permite que estos celebren acuerdos por productos. Los laboratorios, a través de las gerenciadoras de contratos, negocian sobre la base de un universo de medicamentos, sin dejar margen a los seguros para que puedan contratar los productos que consideren adecuados.

En consecuencia, el contrato que termina firmando el seguro incluye la prestación de un conjunto de medicamentos, entre los que aparecen productos innovadores y genéricos, pero también copias con marca reconocida.

La gerenciadora establece condiciones de contratación diferentes dependiendo de las características del seguro con el cual se está negociando. La variable más relevante para la oferta a la hora de establecer las condiciones y el valor del contrato, es la capacidad de pago de los afiliados al seguro.

Esta situación genera la paradoja de que las aseguradoras que obtienen mayores ingresos, debido a que cuentan con afiliados de alto poder adquisitivo, sean las que alcancen mejores acuerdos en términos económicos. La oferta brinda mejores condiciones contractuales a estos seguros, incluyendo fuertes descuentos sobre el costo del contrato, debido a que su objetivo es mantener cautiva a la población beneficiaria de aquellos.

Lo cierto es que la puja entre los distintos laboratorios para permanecer como prestadores de los seguros de salud es cada vez más violenta. En los años 90, la bonanza económica permitía sobrevivir a toda la industria farmacéutica, sin embargo en la actualidad el objetivo de los laboratorios es que sus productos permanezcan bajo la cobertura de la seguridad social, y para esto deben estar incluidos en el contrato de prestación firmado entre la gerenciadora y el seguro.

Asistimos a un período en el cual los laboratorios tienden a un proceso de concentración, y buscan cerrar acuerdos de colaboración, con el fin de fortalecerse frente a la amenaza generada por el resto de sus competidores. Aun cuando a cuatro años de la crisis el mercado ha exhibido una importante recuperación de las cantidades vendidas y el monto negociado en el mercado se ha incrementado a us\$ 2,4 miles de millones, este todavía está muy lejos de las dimensiones que tenía cuando llegó a ser el decimoprimer mercado internacional.

El financiamiento parece no ser suficiente para todos los actores que actualmente conforman el mercado y no surgen mecanismos de selección que permitan establecer criterios más claros de cómo armar la cobertura de medicamentos de la seguridad social.

La ausencia de un marco regulatorio que permita evaluar el costo-efectividad incrementa las ineficiencias de elegir medicamentos caros con resultados relativamente menos eficaces que otros con precios iguales o más bajos y que acreditan mayor efectividad.

En este contexto, los laboratorios han optado por diferentes estrategias con el objetivo de equilibrar sus ingresos y egresos.

En primer lugar algunos laboratorios han vendido sus plantas de producción. Por ejemplo Roemmers compró la división Argentina del Laboratorio multinacional Bristol Myers Squibb (BMS). Argentina, cuenta actualmente con treinta y un productos. Esta fábrica se suma a las tres que Roemmers ya tiene en el país y que manufacturan productos sólidos no antibióticos y especialidades líquidas e inyectables.

Un segundo grupo de laboratorios realiza acuerdos y alianzas con multinacionales comprando investigación y desarrollo a cambio de poder de

mercado. En el segmento de los medicamentos que cuentan con protección de patentes, los laboratorios nacionales propietarios de marcas reconocidas hicieron pesar el valor de su marca como principal activo. Las empresas extranjeras acordaron con estos laboratorios nacionales la concesión de licencias con el fin de no tener que competir en el mercado local con estas marcas. Adicionalmente un segundo motivo que limitó la expansión de los laboratorios extranjeros fue el escaso número de patentes otorgadas.

Finalmente, un tercer grupo de laboratorios intentan reducir sus costos, o buscan expandir sus mercados a partir de las exportaciones. En este sentido vale la pena comentar que Bagó planea llevar sus exportaciones durante el 2006 a us\$ 35 millones. La meta es incursionar en nuevos mercados, como en otras épocas lo hizo con el mercado Ruso, en el cual a la fecha, tiene registrado más de 50 productos.

Una estrategia adicional que han llevado adelante algunos laboratorios es la de realizar inversiones selectivas en el área de control de calidad, e investigación y desarrollo aprovechando las excelentes condiciones en materia de recursos humanos y ámbito donde poder realizar los emprendimientos. Como un ejemplo de esta estrategia puede citarse al laboratorio Roche que invirtió us\$ 2,4 millones para concretar la apertura de un laboratorio de control de calidad en la localidad de Pacheco. Este laboratorio permitirá análisis fisicoquímicos y microbiológicos de materias primas, materiales de empaque, productos farmacéuticos, estudios de estabilidad y soporte técnico. Un ejemplo adicional de esta estrategia es el laboratorio Schering Plough, que organizó en el país un área de I&D.

Adicionalmente, la incertidumbre y la debilidad para gestionar contratos originaron que los laboratorios comenzaran a sostener la estructura de la oferta desde el punto de vista financiero, utilizando una serie de instrumentos que permitieron al resto de los actores de la cadena, droguerías y farmacias, seguir sobreviviendo. Para esto, y a través de Farmalink, se hicieron cargo de la administración del contrato con el seguro más importante del país: El PAMI. Con el tiempo Farmalink avanzó sobre el gerenciamiento del contrato de las obras sociales provinciales.

La crisis de 2002 impactó de manera significativa en el poder de compra de los consumidores. Este contexto fue aprovechado por el Ministerio de Salud para impulsar una política de prescripción por nombre genérico. Las restricciones de presupuesto de los pacientes motivaban a reclamar la sustitución de los medicamentos prescritos por su nombre genérico, por similares más económicos. Así, es correcto pensar que la nueva legislación evitó que los precios de la industria se dispararan tras la devaluación. Sin embargo, creemos que la estrategia dio resultado hasta 2004.

El debate sobre medicamentos genéricos gira en torno a dos factores. Un primer factor, que podríamos denominar técnico-político y que está relacionado con el rol de la ANMAT como organismo encargado de garantizar la eficacia del medicamento genérico. En este sentido la ANMAT debería extender y hacer más eficientes los estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad.

El segundo factor está relacionado con los intereses de los laboratorios propietarios de marcas reconocidas. Los grandes laboratorios nacio-

nales, tienen un lugar destacado en cuanto a ventas como resultado de producir medicamentos que podríamos llamar genéricos de marcas, los cuales tienen una diferencia de precios muy importante con respecto al precio al cual podría venderse un genérico.¹³

Estos laboratorios son los mismos que tienen capacidad para dictar las reglas de juego y de funcionamiento del sector. Las alianzas y los enfrentamientos varían de un momento a otro. Este sector tiende a negociar con los laboratorios multinacionales las cuotas de mercado y el “respeto” de la ley de patentes a cambio de no escuchar planteos con respecto a medicamentos con patentes vencidas (y que tienen copias), o bien por la no presentación de los estudios clínicos realizados para la elaboración de las drogas.

Durante 2005, el aumento en el poder de compra que trajo aparejado la recuperación del ingreso de la población y la mejora en las condiciones de empleo, elevaron las cantidades de vendidas en un 4%. Según los datos que surgen del IMS se despacharon en las farmacias cuatrocientos tres millones de unidades de medicamentos, entre éticos y de venta libre.

Asimismo, la facturación superó los \$ 6,7 miles de millones, es decir 12% por encima del resultado de 2004. El alza en la facturación, más allá del incremento comentado en las unidades vendidas, se explica por el incremento de precios registrado durante el año pasado. Según el INDEC los productos medicinales sólo se incrementaron un 4,7%.¹⁴

Es razonable pensar que se irá produciendo paulatinamente una mayor diferenciación entre los medicamentos con patentes vencidas, sean estos de marca o genéricos, versus los medicamentos innovadores. Estos últimos cada día tenderán a ser cada vez más caros. Entran al mercado con protección de patentes, o bien con acuerdos de *comarketing* o de licencias que fijarán un precio elevado.

Sin embargo, lo que no es razonable es que se sigan gastando recursos en medicamentos de marca, que ostentan un alto nivel de sobreprecio, cuando un medicamento similar podría obtenerse a un precio mucho más bajo originando un importante ahorro para el sector, que permitiría financiar investigación y desarrollo.

¹³ Las corporaciones norteamericanas Merck Sharp & Dohme y Schering-Plough denunciaron a cinco laboratorios por violación de la “confidencialidad” de los estudios clínicos realizados para la elaboración de una droga destinada a combatir el colesterol sobre la que tienen patente en Estados Unidos, pero no en la Argentina. Así lograron que la Justicia les otorgue la exclusividad para producir el medicamento a nivel local. Los laboratorios nacionales sostienen que los datos no son confidenciales porque la droga no tiene patente en el país. Aseguran que la decisión favorece el monopolio y que tendrá como consecuencia un aumento del precio del medicamento. (*Página 12*, 17 de julio 2005).

¹⁴ El IMS mide ventas en volúmenes por cajas y no por unidades. Esto puede introducir un sesgo metodológico, en la medida en que varía año a año, si un laboratorio cambia presentación de un medicamento a cajas de cincuenta cuanto antes vendía de veinte no significa que haya vendido menos unidades. (*El cronista comercial*, 8/02/2006).

CONCLUSIONES FINALES

Es conocido que el mercado de medicamentos tiene, por principal característica, un severo problema de distribución de información. Los agentes involucrados en el proceso disponen de cuotas de información sumamente asimétricas, situación que afecta directamente las relaciones de intercambio que se verifican en este mercado; característica que impacta negativamente sobre uno de los supuestos básicos asumidos por el modelo de los mercados competitivos.

Asimismo, en este particular mercado existen además de los típicos agentes de todo mercado (oferentes –laboratorios– y consumidores –pacientes–), los agentes que financian, que en el caso de los seguros de salud suponen incorporar un factor distorsionante hacia comportamientos oportunistas; y los agentes que prescriben, que intervienen en el intercambio con elevadas cuotas de información pero sin ser ni oferentes ni demandantes.

En este marco, no resulta sorprendente que los afiliados a seguros de medicina prepaga sean quienes mayor porcentaje de recetas prescritas por marca registren, y en consecuencia verifiquen un incremento entre 2003 y 2005 en el gasto en medicamentos. Inversamente, la población que sólo cuenta con cobertura pública salud y que debió adquirir medicamentos y pagarlos, muestra mayor tendencia a recibir prescripciones por su nombre genérico y una disminución del gasto de bolsillo del orden del 18% para el mismo período, a iguales niveles de acceso.

La forma principal en la que se materializa la información asimétrica que atraviesa estas relaciones es la estrategia de anulación de la noción de productos equivalentes (mismo principio activo) vía la diferenciación por marca. En un mercado con características tan particulares, en el que el comprador no está en condiciones de identificar el bien que se adecua a su necesidad ni su calidad, el reconocimiento de una marca comercial funciona como sello de garantía.

En el mercado de marcas es posible originar precios de los medicamentos muy por encima de sus costos de producción. Este resultado es el previsto por la teoría económica dada una estructura monopólica (surcida por la diferenciación de producto) y una demanda con (previsible) baja elasticidad al precio.

Una forma de elevar la elasticidad del paciente al precio es señalándole la existencia de sustitutos. En este contexto, y por efecto de la competencia, medicamentos similares no deberían exhibir precios significativamente diferentes, alejados de sus costos de producción. De allí que proveer de información al paciente sea una función pertinente al Estado, y de allí también que el médico cuente, en su papel de agente prescriptor, con una importante capacidad para disminuir la asimetría de la información en la relación paciente/oferta.

En este contexto, **el médico** será un aliado del paciente en su relación con la oferta en la medida en que este prescriba medicamentos por su

nombre genérico en lugar de hacerlo por marca y en que aliente al paciente a sustituir entre medicamentos similares de marcas diferentes.

La forma de prescripción por marca comercial predominó en la Argentina casi con exclusividad hasta las alternaciones en el marco regulatorio operadas en 2002. A partir de allí, con la implementación de la Política Nacional de Medicamentos y la adaptación de las normativas provinciales en un proceso consensuado, más de la mitad de las recetas comenzaron a ser prescriptas por su nombre genérico o Denominación Común Internacional,

No obstante ello, el 55% de los pacientes sostiene que durante la consulta que originó la prescripción el médico mencionó el tema, siendo casi inexistente la mención por parte de los compradores. Esta situación indica la necesidad de profundizar la función informativa del Estado para sostener el proceso de devolución de la soberanía al paciente.

Los seguros de salud, por su parte, resultarían también aliados del paciente en relación a la situación de asimetría de información; dado que resultan co-financiadores de un porcentaje del gasto de este en medicamentos (normativamente, del 60% y del 70% en el caso de crónicos) y dados sus incentivos presupuestarios hacia la disminución de costos.

La respuesta estratégica de la oferta consistió en ofrecer a los seguros descuentos aplicables a la parte financiada por estos (40%), a cambio de que no interfieran en el sostenimiento del mercado de marcas. Los descuentos otorgados por la oferta, al disminuir significativamente los costos en medicamentos enfrentados por los seguros, originan un cambio en la conducta de estos, cuyo resultado es el resquebrajamiento de la alianza existente con el paciente. La estrategia de la oferta se resume en resignar beneficios provenientes de los seguros con el fin de mantener las utilidades que provienen de los pacientes.

De allí se desprende la importancia del papel de **las gerencadoras** de contrato en la cadena de la oferta. Mientras que los todos los actores colectivos acuerdan un precio de venta al público en farmacias (un precio de lista), estas negocian con los seguros de salud contratos que involucran precios diferenciados, marcadamente inferiores, resignando la oferta ganancias extraordinarias extraídas de estos agentes, que a su vez disminuyen costos en relación al precio de lista. La capacidad de negociación de los seguros, individualmente, dependerá de la población cubierta, su estructura etaria, su nivel de ingresos y su perfil epidemiológico. Por su parte, el eslabón superior de la oferta (los laboratorios), ha articulado eficientemente con los actores inferiores de la cadena, estableciendo para cada uno precios, márgenes y métodos de comercialización, financiamiento y pago.

El farmacéutico aparece como el eslabón final en la cadena de comercialización del medicamento, adjudicándosele la posibilidad de actuar como un agente que disminuya la asimetría en la información de los pacientes a través de acciones tales como brindar información y eventualmente ofrecer productos alternativos al comprador, generándose a su vez un proceso de jerarquización de la profesión.

La ley de prescripción por nombre genérico sancionada en 2002 faculta al farmacéutico a sustituir el medicamento indicado en la receta, ya sea que el médico hubiera indicado una marca comercial o sugerido alguna, conforme a las preferencias del paciente y una vez que este haya sido debidamente asesorado por el farmacéutico.

Para revertir esta posibilidad, la oferta instrumentó un modelo de pago a la farmacia que desincentiva la sustitución de medicamentos similares. La retribución sobre la base de un porcentaje fijo de las ventas alienta en cambio la venta de medicamentos de marca, que por tener precios más elevados, permiten a la farmacia obtener un ingreso superior.

Adicionalmente, en el momento en el cual el farmacéutico sustituye la marca prescrita por el profesional médico está asumiendo riesgos que no se encuentran debidamente compensados. Si el farmacéutico dispensa la marca indicada en la receta, la responsabilidad frente al paciente es enteramente del médico. Ahora, si el farmacéutico sustituye la marca indicada en la receta por un medicamento similar, este pasa a ser responsable ante el paciente respecto a las consecuencias del dispensado.

De resultados de ello, se verifican bajos niveles de sustitución en farmacias en el estudio realizado. Sumado a la escasa frecuencia con que el tema surge al momento de la compra y la destacable alta proporción de compradores que manifiestan confiar en la calidad de los medicamentos con igual nombre genérico independientemente de su marca comercial, dan cuenta del elevado impacto que tendría profundizar el *empoderamiento* de los profesionales farmacéuticos desde el Estado.

Finalmente, en el caso de **la provisión pública**, los medicamentos son comprados por los distintos programas, tanto a nivel nacional como provincial, y luego son entregados a la población a través de los efectores de salud pública. Al recaer la decisión de compra en agentes con información respecto al bien, la oferta no cuenta con posibilidades de desarrollar una estrategia de marcas. Los distintos programas de provisión de medicamentos llaman a licitaciones, en la mayoría de los casos internacionales, con el fin de adquirir los medicamentos necesarios. En los pliegos de licitación siempre se estipula el nombre genérico del medicamento.

Así, los precios conseguidos en estas compras son significativamente inferiores a los precios de venta en el mercado. Este esquema supone, además de un importante ahorro para el fisco en relación a modelos de provisión alternativos, un elevado impacto sanitario (al garantizar el acceso) y re-distributivo (dado el carácter altamente regresivo del gasto en medicamentos) sobre la población que utiliza los servicios públicos.

La importancia de la provisión pública aparece destacada en la comparación de la utilización de los distintos rubros. En efecto, la utilización de medicamentos aparece como el más equitativo de los rubros al comparar población en condición de vulnerabilidad (situación de pobreza, cobertura sólo pública, etc.) frente a cualquier otro subconjunto. En este sentido, garantizar el acceso de los medicamentos esenciales a la población vulnerable resulta el complemento necesario de la atención pública de salud, en la medida en que la consulta médica constituye el único tipo

de utilización que exhibe una presencia ligeramente mayor en los sectores más pobres, usuarios de estos servicios.

La complementariedad de la política de medicamentos con la estrategia de atención primaria presenta resultados altamente favorables. En este sentido, la disposición de medicamentos esenciales en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), de alta presencia en la población (el 70% de los adultos conoce uno, en su mayoría situados a menos de diez cuadras de su domicilio), incrementó significativamente la concurrencia a esos efectores y se observa una tendencia sostenida a lo largo de los últimos seis años en el sentido de movilizar la demanda desde los hospitales. Este modelo favorece la diferenciación de roles y funciones entre los distintos niveles de atención del sector público, incrementa la capacidad resolutive del Primer Nivel y, en consecuencia, resultan mayores los niveles de accesibilidad para la población vulnerable, en vistas de la búsqueda de mayor equidad en el sector salud.

Se terminó de imprimir en
Talleres Gráficos DEL S. R. L.
E. Fernández 271/75 - Piñeyro
Octubre de 2007.

Política de medicamentos en la Argentina

La equidad en salud implica que todos deberían tener las mismas oportunidades de llegar a su pleno potencial psicofísico. Es por ello que el objetivo de una política de equidad en salud no es eliminar las diferencias de manera que todas las personas tengan el mismo nivel y calidad en las prestaciones de salud (cada persona tiene capacidades y potencialidades diferentes). La propuesta es reducir o eliminar aquellas diferencias que resultan de factores considerados tanto evitables como injustos.

Analizar las condiciones de salud de la población (según su potencial de salud) requeriría profundizar en aspectos que se relacionen con aquélla en forma positiva, sin embargo, usualmente se la vincula a factores negativos, tales como la morbilidad, la discapacidad o la mortalidad.

Simultáneamente, las diferencias que existen en la distribución del gasto y de los recursos permiten reflexionar acerca de las vinculaciones que hay entre estas variables y los resultados en salud. ¿Un mayor gasto realmente significa una mejora en la salud de la población? Esta cuestión es justamente la que se pretende estudiar a partir del análisis planteado en el presente libro.