

Cuadernos de Formación en Salud N° 1

Medicamentos

EN EL MARCO DE UNA POLÍTICA DE SALUD

Agosto 2010

Secretaría de Salud

CTERA-CTA

Suteba 

www.suteba.org.ar

Introducción

Uno de los objetivos de este cuadernillo es asumir las distintas miradas que existen en torno a los medicamentos. Particularmente, intentaremos analizar y desarmar aquellas que responden a intereses que no tienen que ver necesariamente con el mejor interés del paciente, del compañero o del afiliado.

Para ello vamos a desarrollar los siguientes puntos:

- ▶ CONCEPTOS BÁSICOS Y DEFINICIONES
- ▶ REGULACION Y SITUACION ACTUAL
- ▶ MODELO DE MERCADO VS. MODELO SANITARIO
- ▶ POLITICA DE MEDICAMENTOS DE SUTEBA

Se trata, entonces, de reflexionar sobre lo que se entiende por un “medicamento eficaz” o por un “uso racional de los medicamentos”, de revelar los intereses de una de las industrias más rentables del mundo –la farmacéutica-, de revisar las regulaciones existentes en la materia y, finalmente, de dar cuenta de una política general que inscriba el acceso y la cobertura de medicamentos en un escenario sanitario.

Este es un material esquemático y derivado de un taller debate, y fue preparado por la Secretaría de Salud de SUTEBA¹, cuya política de medicamentos se expresa en sus centros de salud y también en las acciones promovidas por Suteba en el IOMA.

¹ Este cuadernillo fue elaborado por la Secretaría de Salud de SUTEBA sobre la base de las exposiciones de los Dres. Guadalupe Soulages (Farmacéutica) y de Constantino Touloupas (Médico Farmacólogo) -ambos asesores del sindicato en la materia-, a partir de las jornadas de formación para Secretarios de Salud y Responsables Gremiales de los Centros de Salud de Suteba realizadas el 13 de noviembre de 2009 y el 27 de abril de 2010. Con la entrega de este cuadernillo se entrega un archivo de Power Point que incluye las diapositivas presentadas en dichas exposiciones.

CONCEPTOS BÁSICOS Y DEFINICIONES²

¿A qué llamamos “uso racional de los medicamentos”?

El uso racional de los medicamentos supone prescribir el fármaco apropiado, con eficacia clínica y seguridad demostradas científicamente (según rigurosos estudios epidemiológicos). Esto implica que el medicamento esté destinado al problema de salud para el que fue evaluado, en la dosis correcta, sólo por el tiempo que sea necesario, a un riesgo controlado, a un costo razonable y con el consentimiento conciente y la adhesión del paciente.

Si se observa detenidamente la definición anterior, se comprobará, sin apelar a ningún recurso técnico, que es una obviedad. De tal definición se desprende que habría que consumir, dispensar, financiar medicamentos o fármacos, que tengan utilidad, eficacia clínica (lo que prueba la posible utilidad de un medicamento), seguridad (que calcula los riesgos a los que uno se expone al ingerir un fármaco en un determinado contexto clínico) y, obviamente, objetividad. Cuando uno dice “objetividad científica”, lo que se está tratando de decir es que no haya información que esté sesgada o que no sea verdadera.

Pero detengámonos en los dos últimos términos de esa definición “con el consentimiento conciente y la adhesión del paciente”. Son muy importantes, sobre todo para nosotros, que tenemos que ver con la educación: no es igual el consentimiento que uno presta al estar siendo informado, cuando uno presta un consentimiento al que adhiere y es conciente de la decisión que tomó. Si a uno como paciente el médico le explica que tiene que controlar su presión arterial porque de esa manera va a evitar tener problemas a futuro, entre ellos, un infarto; uno está comprendiendo cuál es la finalidad. Si, además, le explica que estamos eligiendo un fármaco que es eficaz y seguro y que no hay riesgos a correr que sean irracionales, esa persona puede prestar adhesión porque entiende que hay una estrategia de la que tenemos información y que es pertinente. Si la persona adhiere, cumple. Si cumple el tratamiento, seguramente va a evitar ese riesgo. El problema que existe con los tratamientos en todo el mundo es que, aún cuando son indicados correctamente, se garantiza su accesibilidad, etc.; el sistema sanitario falla por el no cumplimiento de parte del paciente, a quien no se le explicó ni pudo comprender la finalidad de la prescripción de un medicamento. Y esto sucede incluso en países con sistemas de salud mucho más organizados, planificados y serios que el nuestro.

² Recomendamos seguir la lectura de las preguntas y respuestas de esta sección observando las diapositivas del Power Point, que acompaña este cuadernillo, de la número 1 a la 15 (inclusive)

El medicamento ¿es un bien social o de mercado?

Como veremos más adelante, la industria farmacéutica es una de las más poderosas y rentables del mundo. Propiedad intelectual y patentes, ganancias de la producción y distribución e incentivos económicos ofrecidos a todos los actores, aparecen como antagonísticos con los derechos del paciente, y la necesidad sanitaria real de la población.

Sin duda que en este conflicto de intereses, los del paciente y su grupo familiar son los que deben prevalecer a la hora de tomar decisiones de cobertura desde la Seguridad Social y la Salud Pública.

Desde esta perspectiva, la respuesta a la pregunta es evidente: para nosotros y así implementamos nuestra política de salud, los medicamentos constituyen un bien social. Ahora bien, esto no debe hacernos perder de vista de que se trata de un bien de consumo “especial”. Para decirlo de otro modo, se trata –incluso para la industria- de una “mercancía” que tiene implicaciones desde lo sanitario, que tiene que ver con los derechos de un ciudadano, de un paciente, de un afiliado. Que afecta a la salud y al bienestar de la personas, cuya comercialización y uso están muy regulados, frente a la cual el “consumidor” no decide (lo hace un intermediario: el médico) y que, en nuestro medio, el pago es esencialmente costado por el sistema. Esto último es un aspecto positivo, pero al mismo tiempo impide tener conciencia clara del costo del medicamento.

El hecho de que afecta a la salud hace que la tarea de quien administra las prestaciones, quien prescribe, resulte más difícil porque tiene que evaluar, entre otras cosas, el costo y el valor terapéutico de cada medicamento que financia.

Vayamos a un ejemplo: ¿Cuánto vale evitar un infarto? Tomar una aspirina todos los días después de que uno tuvo un primer infarto cuesta centavos. Y el valor que tiene es evitar uno de cada cuatro segundos infartos. No es como dice la publicidad que la aspirina evita uno de cada tres. No, evita que no tengas el segundo y uno de cada cuatro, que no es lo mismo que tener el primero. Ahora, esa decisión ha salvado vidas por millones. Pero para que un paciente con un cáncer de pulmón viva ocho semanas más con una calidad de vida afectada por el propio tratamiento puede costar 30 mil pesos mensuales.

El valor -en relación con la salud y el bienestar del paciente- y el costo –económico- no son términos sinónimos (sobre esto también volveremos más adelante). Por eso quien prescribe está obligado a analizar qué real implicancia tiene para un paciente acceder o no a un tratamiento, sin que eso implique conocimientos técnicos, simplemente contar con la información que puede tener ese fármaco en relación con su posible beneficio. Como señalamos anteriormente: cuando vamos a consumir un fármaco, estamos siguiendo algunas recomendaciones, éstas tendrán que tener, entonces, una validez y una objetividad debidamente determinadas.

¿Cómo se desarrolla un medicamento?

Un medicamento pasa de una empresa -generalmente de un laboratorio privado, que pretende demostrar su utilidad, registrarlo y comercializarlo- al uso de la población en general.

Reconstruyamos el proceso. Cuando el laboratorio obtuvo, por ejemplo, el Atenolol, se planteó que ese medicamento podía contribuir a bajar la presión. Entonces, ¿qué hizo? Tomó a 50 voluntarios y les dio Atenolol en condiciones de estricto control para tratar de ver sus reacciones. O sea, para comprobar si realmente toleraban el Atenolol. A eso se llama Fase 1 en la investigación química. ¿Con quiénes se trabaja? Con estudiantes universitarios de los hospitales que participan de investigaciones. Ellos son los primeros candidatos que se inscriben, y por eso esta actividad está fuertemente regulada y no la pueden hacer más que una vez al año.

En la Fase 2 se aplica a pocos enfermos: 100 o 150. ¿Qué buscaban los científicos? Comprobar si les bajaba más o menos la presión... Primero que no les subiera y, en segundo lugar, que, tras un corto periodo de tiempo, tendiera a bajar realmente.

Cuando leemos en los diarios “Ensayos Clínicos”, de lo que están hablando es de eso. Y en especial de la Fase 3 o ensayo clínico controlado. En esos pacientes se realiza un proceso de registro y se confronta con otro grupo de control que no recibe el medicamento (puede recibir otro medicamento o nada). Presten atención a esto último porque tiene implicancias éticas: hay investigaciones en SIDA que, habiendo fármacos para recibir, no le dan nada a un grupo (con las consecuencias imaginables) para demostrar que el nuevo fármaco es mejor que nada.

La última etapa es la que menos les interesa a los laboratorios, pero sí al marketing. Porque una vez que verifica que funciona el medicamento, va y lo registra ante las autoridades y lo comercializa. Lo que hace es decir “esto es bueno para bajar la presión”. Quizás no fue bueno para todos los hipertensos que fueron incluidos en ese estudio. Además, no es bueno para diabéticos. Quizás no había muchos diabéticos que tenían hipertensión dentro del estudio.

Planteamos esto para que se advierta que, cuando se dice que “el beneficio de un medicamento es tal”, lo que uno intuitivamente tiene que decir es “en quiénes”. ¿En los que tienen un problema como el mío, una hipertensión y nada más? ¿O en los que tienen un problema como el mío, que soy diabético, tuve un infarto, tengo gota e hipertensión? La información es distinta, la consideración es distinta. Este es uno de los problemas centrales con la investigación clínica.

La información científica ¿siempre es verdadera?

Quien dirigió la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), entre 1967 y 1990, estaba a punto de jubilarse y se propuso hacer un aporte científico para cerrar su carrera. Dicha contribución apareció en un artículo

denominado el Factor Pinocchio que fuera publicado en una de las revistas más prestigiosas de farmacología clínica en 1994 por el Dr. Marcus Reidemberg, que integró numerosos comités de asesores de la agencia. Su planteo básicamente fue el siguiente: durante 25 años, señalaba, a mí me sucedió lo que le pasó a Pinocho. Cuando venía un señor al laboratorio a contarme lo que la investigación clínica había probado, a veces yo lo veía con una nariz muy corta. Cuando decía “la aspirina evita el segundo infarto”, yo le creía. Ahora, cuando me decía que la aspirina evitaba 1 de cada 3 infartos en la población general, dejaba de creerle porque no traía ninguna prueba. Cuando alguien me decía “la vitamina E es muy buena para regular la función sexual”, sí le creía, porque había estudios de fisiología que así lo demostraban. Ahora, cuando me decían que la vitamina E disminuye el riesgo cardiovascular, la nariz de Pinocho volvía a crecerles. De hecho, se probó, diez años después de este enunciado, que la vitamina E aumentaba la mortalidad.

De esta historia se deduce una cosa muy importante: lo que hoy sabemos, lo que hoy la investigación clínica sabe y postula como verdadero, mañana puede ser refutado o ser falso. Lo que hoy sabemos con metodología apropiada puede variar en función de conocimientos nuevos o a partir del hecho de que el mismo fármaco demuestra, a posteriori, que sus riesgos son mayores que sus posibles beneficios.

¿Qué significa que la intervención con medicamentos tiene que ser eficaz, efectiva y eficiente?

Son tres palabras que empiezan con E. Hasta los ministros de educación las usan. El término “eficacia” fue acuñado por el Banco Mundial, desde el año '90, en el sector salud y de la educación.

Para la farmacología es muy fácil comprender sus significados. La eficacia supone haber probado que un medicamento sirve para algo. Por caso, un medicamento que baja la glucosa en sangre puede ser útil para un diabético... Y así millones de opciones en función de los miles de fármacos que hay.

Ahora, la “efectividad” es otra cosa. La efectividad es que en un determinado paciente, concreto, por ejemplo que sufre de hipertensión, el medicamento suministrado demuestra que ha servido para controlar su presión arterial. Es decir, que lo que sabemos que es eficaz, ha sido efectivo en un determinado paciente, porque suponemos que su médico la controla y él también la controla. Se verificó en concreto el posible beneficio. También resulta vital que el sistema sanitario evalúe la efectividad de los tratamientos a nivel de las distintas poblaciones epidemiológicas: diabéticos, asmáticos, epilépticos.

La “eficiencia” es algo que la economía nos ha impuesto en términos de orden económico. Nuestras abuelas decían que es la manera de resolver más problemas con los mismos recursos. Es decir, uno va a la farmacia y con la misma plata trae

más. Entonces, ser eficiente es resolver mayor cantidad de problemas con recursos físicos, humanos y económicos en mejor relación.

¿Qué significa que los medicamentos pueden tener distinto valor terapéutico?

J. R. Laporte y G. Tognoni, dos de los farmacólogos más serios y respetados del mundo, han propuesto una clasificación de los medicamentos según su valor intrínseco terapéutico potencial. Esta clasificación determina que existen cuatro tipos de valores terapéuticos:

1. VALOR TERAPÉUTICO ELEVADO: Fármacos cuya eficacia ha sido demostrada en ensayos clínicos controlados. Su uso está justificado en indicaciones definidas. Sus efectos son inmediatos y obvios. Ejemplos: insulina - Vitamina B12 - Penicilina – Enalapril.
2. VALOR TERAPÉUTICO DUDOSO/NULO: Fármacos cuya eficacia terapéutica no ha sido demostrada en ensayos clínicos controlados para las indicaciones anunciadas. Ejemplos: hepatoprotectores - enzimas digestivas - vasodilatadores cerebrales – polivitamínicos –antiartrósicos.
3. VALOR TERAPÉUTICO RELATIVO: Medicamentos en combinación, contienen un fármaco de valor elevado y uno o varios de valor dudoso o nulo, en una misma forma farmacéutica. Ejemplos: ampicilina + mucolíticos. Hipotensores + diuréticos.
4. VALOR TERAPÉUTICO INACEPTABLE: Medicamentos en combinación irracional en una sola forma farmacéutica, los que presentan una relación Beneficio/Riesgo claramente desfavorable. Ejemplos: cloramfenicol+ asociaciones - corticoides + aines antibióticos + antiinflamatorios

En otras palabras, lo que ambos sostuvieron es que los medicamentos no son todos iguales. Algunos tienen un valor terapéutico muy alto. ¿Cuánto vale la insulina para un diabético? Vale muchísimo, porque tiene demostrada su utilidad durante 30 años en millones de personas que padecen la enfermedad. Pero, además, cueste lo que cueste la insulina, un diabético, que no produce insulina, tiene que acceder a ella. Entonces, el valor terapéutico es muy importante. Si alguien tiene un déficit de vitamina B 12, ¿qué podrá tomar: aspirina, vacuna para el sarampión? No, necesita vitamina B 12. Y si necesita vitamina B 12, la vitamina B 12, en esa condición, es de mucho valor. En este caso, Valor terapéutico quiere decir que es muy útil e irreemplazable en esa situación. Y el fármaco demostró de por sí que es eficaz para resolver el problema.

Por el contrario, hay medicamentos que son de utilidad dudosa o de ninguna utilidad. Por ejemplo, los que llaman “protectores hepáticos”. El mejor protector hepático es la glucosa. No hay mejor protector hepático que la glucosa. Y además viene de los alimentos. Sin embargo, se comercializan productos denominados “hepatoprotectores”. También se promocionan medicamentos que, dicen, detienen

la artrosis, aunque no exista ningún estudio que haya demostrado a un señor que, tomando algo durante 3 años, 5 años, 7 años, haya detenido esa artrosis. Tiene la misma y un poco más, siempre.

Asimismo hay medicamentos de valor relativo. Por caso, a un paciente le indican Amoxidal R. Si tiene una infección respiratoria y esta es sensible a la Amoxicilina, no hay problema y todo se resuelve. Pero, además este producto tiene Ambroxol un expectorante, que nada aporta al tratamiento, pero que le sirve a Roemmers para fabricar la misma Amoxicilina a un valor superior y para presentarla al mercado como un “nuevo” medicamento. En realidad, está constituido por dos “viejas” drogas, que vienen por separado y que ahora las juntan para presentarlas como una nueva. Sin embargo, no hacen ningún estudio para determinar si juntas son mejores. No podemos decir el Amoxidal no sirve para nada. Pero sí que esa asociación de dos compuestos no investigados, solo incrementa costos ya que solo está probado el valor terapéutico de uno de los dos (la Amoxicilina, en este caso).

Por último, están los medicamentos de valor terapéutico inaceptable. Por ejemplo, si a un anciano se le prescribe vasodilatadores celulares se lo conduce sistemáticamente a que tenga un Parkinson producido por ese medicamento. Lo llevamos a que tenga efectos adversos. Otro ejemplo es el de la vitamina E. Hoy es inaceptable. Si esta charla hubiera sido hace cuatro años, hubiéramos dicho “no tiene utilidad demostrada”. Hoy sabemos como ya vimos antes que en la población que recibió vitamina E para prevención de eventos cardiovasculares aumento la mortalidad, nada más lejano a un beneficio. Otro ejemplo: No es lo mismo decir que el aceite de pescado y que consumir pescado disminuyen el riesgo cardiovascular, que tomar unas perlas que se venden en el mercado que tienen un extracto de aceite de pescado y esperar sin más, el supuesto beneficio. Uno tendría que hacer un ensayo clínico para poner a 200 personas sanas tomando las perlas y otras 200 comiendo una dieta en base a pescado para ver si eso va a ser mejor que comer pescado. Nadie va a hacer eso. Nadie puede económicamente financiar eso porque, además y fundamentalmente, el mismo que hace las perlas el que las vende... es el que investiga.

¿Qué factores deben considerarse a la hora de intervenir (tomar decisiones) en salud?

Tenemos una expectativa de alcanzar en salud una determinada calidad. Ahora bien, al analizar la calidad de una intervención, se deben considerar tres factores: el beneficio, el riesgo y el costo.

El beneficio que produce tomar Atenolol, por ejemplo, es controlar la hipertensión arterial y evitar problemas cardiovasculares en alguien que tiene hipertensión. Eso está probado. Cuando uno que decide una intervención en salud tiene que tener la convicción de que está usando algo (el medicamento) con beneficios demostrados a

un riesgo conocido... Siempre hay un riesgo desconocido, claro. Nadie tiene manera de saber si un paciente tiene algo por lo cual, al tomar Amoxicilina, se le origina una alergia extraordinaria y muere.

Existe siempre un riesgo desconocido en medicamentos frente a los cuales la mayoría de los pacientes no tiene ningún inconveniente, pero que en algunos produce una respuesta que no es la convencional. Entonces, el beneficio y el riesgo remiten siempre a los beneficios y los riesgos que conocemos.

Cuando el beneficio y el riesgo nos cierran, tenemos que evaluar el tercer factor: el costo. Si los medicamentos A y B son iguales en beneficio y en riesgo, ¿con qué criterio les parece que tenemos que ir? Los beneficios son iguales, los riesgos son iguales, pero A, cuesta el triple que B. Los sistemas de salud de los países del primer mundo, salvo Estados Unidos, no financiarían al A. ¿Por qué? Y, porque está el otro que es más económico.

¿Cuándo un medicamento es esencial?

Un medicamento es esencial cuando es útil, necesario y eficaz. Es seguro, para la seguridad conocida. Tiene que estar disponible porque, si no, no es esencial. Y, además de que tiene que estar disponible, tiene que ser accesible: un señor que debe inyectarse, por un cáncer de próstata, una hormona cada treinta días, no puede esperar que se lo provean cada 64 días. Los beneficios probados se dan si se aplica cada 30 días.

Entre el 50 y el 60 % de la población mundial no tienen acceso regular a los medicamentos esenciales. Vamos a hablar en términos más fáciles. Argentina tiene unas 2 mil drogas y unas 8 mil marcas. El mejor formulario terapéutico del IOMA, que no es el actual, pero al menos es un formulario terapéutico que se basa en estos conceptos, consta de 450 drogas y 8 mil productos. Asiste desde el trasplante de médula ósea hasta la administración de ácido fólico en todas las embarazadas.

Es decir, los medicamentos esenciales en la Argentina representan la mitad de los que oferta el mercado. La otra mitad del mercado son de riesgo aceptable, de utilidad dudosa, controvertidos, inefectivos. En 1992, en la Asamblea Mundial de la Salud, los ministros de salud de 154 países llegaron a la conclusión de que la mitad de los medicamentos en el mercado mundial no son esenciales. También señaló que el 50% de la población mundial no accede a los que son esenciales. Al año siguiente, el Banco Mundial empezó a plantear en sus documentos sobre salud que había que controlar la accesibilidad. Como resultado de esta política, hoy podemos afirmar que al menos 3 mil millones de habitantes en este planeta no accede a cosas tan esenciales como vacunas, en algunos casos, o medicamentos prioritarios, en otros. Hay un problema gravísimo, a nivel mundial, de acceso a los medicamentos.

Aclaremos, sin embargo, que no basta con que estén disponibles y sean accesibles –aunque eso es fundamental- para que un medicamento genere beneficios. Los medicamentos no garantizan los resultados si no tenemos en cuenta el concepto de “uso racional”. Sí, tenemos los medicamentos, podemos acceder, pero ¿lo usamos bien? ¿Está la dosis correcta, con el tiempo necesario, con el objetivo planteado? En el año '99, en Estados Unidos el uso de un medicamento se convirtió en un problema de salud. Personas que iban a una guardia a consecuencia de estar tomando un fármaco, un ansiolítico, que lo mareaba y, a partir de esos mareos, se producían caídas, fracturas, etc.

Otro caso: un señor, que está anticoagulado, se le produce un sangrado cuando se cepilla los dientes, cosa que nos pasa a todos en algún momento. ¿Qué tiene? ¿Una hemorragia? No, tiene problemas producidos por el uso de un fármaco. Puede estar mal regulada su dosis, puede estar mal controlado por el hematólogo, o puede ser que esa dosis en él produzca un efecto mayor al esperable.

En conclusión, los fármacos resuelven algunos problemas de salud, pero pueden generar otros.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de “inequidad” en el acceso a los medicamentos?

Concebidos como producto tecnológico a escala industrial, promoviendo sus reales o hipotéticos beneficios, los medicamentos han generado en nuestros días un poderoso mercado –después de la industria armamentística- de millones de dólares anuales facturados por los laboratorios medicinales en el mundo. Después del petróleo y las armas, el mayor mercado.

Estados Unidos es un país récord en gastos de salud y, particularmente, en gastos en medicamentos: 203.000 millones de dólares, cifra que se comprende al compararla con los 14.200 millones que gasta Canadá (siempre según datos de 2007). Esto obedece a la decisión de los Estados Unidos de financiar la tecnología y a los productores de tecnología sanitaria y muy especialmente a los laboratorios farmacéuticos.

Aún hoy, con el proyecto de reforma de salud del presidente Barack Obama aprobado, se discute hasta dónde la industria farmacéutica será realmente regulada.

Europa, de conjunto, gasta alrededor de 100 mil millones de dólares por año. En Japón, con gasto hospitalario incluido, 57 mil millones; en Nueva Zelanda y Australia, 6.300 millones; en América Latina 20.100 millones. Los tres países que encabezan el ranking son Brasil, México y Argentina. Y Argentina es un país con un mercado muy particular: la industria local, si bien hay fusiones y asociaciones con multinacionales, vende en cantidad de unidades más que la industria multinacional, único caso en el mundo. Esto implica que los laboratorios nacionales (Roemmers,

Bagó, Gador, Microsules por citar algunos) inciden fuertemente en la prescripción del médico, al punto que en la cantidad de envases de medicamentos de uso habitual, sus marcas superan a las ventas de los multinacionales (Roche, MDS, Glaxo Smith Kline, Novartis). Para verlo con un ejemplo práctico se venden, elegidos por el paciente asesorado o inducido por el médico y el farmacéutico mucho más unidades por año de *Lotrial de Roemmers que *Renitec de MSD.

Ahora comparemos esos datos con los siguientes: Estados Unidos tiene el 5 % de la población del mundo y gasta la mitad del presupuesto mundial en medicamentos; Europa, el 11 % de la población mundial y gasta el 25 % del gasto en medicamentos; Asia, África y Oceanía tienen a 3 de cada 4 habitantes del planeta y sólo gastan el 21 %; América Latina, 9 % de la población mundial y participa con el 4 % del presupuesto mundial de medicamentos. Aquí se ve claramente la inequidad en el acceso.

REGULACION Y SITUACION ACTUAL³

Habíamos señalado que el mercado de los medicamentos está muy regulado. ¿Cuáles fueron las primeras regulaciones en nuestro país?

Podríamos empezar señalando que “había una vez, un país”. Porque a principios de la década del sesenta, existía una ley de medicamentos, muy famosa, que se llamó “Oñativia”, por el Dr. Arturo Oñativia, ministro de salud en el gobierno de Illia. Tal ley reguló el mercado de medicamentos en la Argentina. Se trató de una ley muy moderna que fue tomada como modelo por Europa y por Estados Unidos tres años después.

¿Qué definía la ley Oñativia? Que había un precio máximo industrial. O sea que Bagó, Roemmers, el que fuera, tenía que declarar un precio de salida de fábrica. Porque si uno tiene un producto y a la salida de fábrica no conoce el precio, ¿qué es lo que desconoce después? Todas las utilidades (ganancias) de la cadena que comercializa el producto. La ley también establecía que los envases tienen que tener la cantidad (dosis, etc.) de acuerdo con el tratamiento. Algo que parece una tontería, pero es muy relevante. Por ejemplo, no podría haber Amoxicilina por 8 unidades. ¿Reconocen que hay Amoxicilina por 8? ¿Cuántos días se tratan con 8 cápsulas? Eso obliga al paciente a tener dos consultas, dos recetas... Salvo que

³ Recomendamos seguir la lectura de las preguntas y respuestas de esta sección observando las diapositivas del Power Point, que acompaña este cuadernillo, de la número 16 a la 18 (inclusive).

tenga la previsión y se compre tres envases de 8 para completar una semana de tratamiento a razón de 3 cápsulas por día.

En el año '65, en este país, no podían registrar la Amoxicilina por 8 cápsulas. Tenía que ser por 30, por 21, por 15, es decir, por la cantidad de días de tratamiento acorde con el problema de salud, según correspondiera. Y también uno podía ir a la farmacia y el profesional, que era un farmacéutico, estaba autorizado a fraccionar y a entregarnos el medicamento prescripto.

En resumen, estas dos medidas regulaban el mercado de medicamentos. La industria no podía fijar el precio que quisiera en el envase que quisiera.

Otra cuestión que definía la ley Oñativia claramente era la siguiente: los nuevos medicamentos debían justificarse siempre y cuando constituyeran un adelanto científico. No queremos moléculas derivadas del original que nada aportan como Esomeprazol, Pantoprazol, Rabeprazol, etc., que resultan ser novedades del mercado antes que medicamentos cuya existencia se justifica por un adelanto científico.

Finalmente, otro aspecto a considerar de esa ley, es que los consumidores eran concebidos de un modo activo y no pasivo. Es decir, íbamos y decidíamos comprar y consumir un fármaco, con lo cual también seríamos tenidos en cuenta a la hora de regular este mercado.

¿Cuáles fueron las consecuencias de la desregulación de los noventa?

Después de la historia de la ley que regulaba el mercado de medicamentos, vienen Menem y Cavallo que en la década del noventa y desregulan toda la economía con el decreto 2284. Si uno pierde siete minutos –no son más que once páginas- para leer ese decreto, va a descubrir que el planteo es la desregulación de toda la economía sin decir qué, cómo, cuándo, de qué manera. En relación con nuestro tema, establece en un artículo que los medicamentos de venta libre se pueden comercializar fuera de las farmacias en la Capital Federal. Esto implicó que un medicamento pudiera ser vendido en un kiosko y ser comprado sin prescripción médica.

El decreto era contradictorio con las leyes vigentes que establecían que ningún medicamento puede ser comercializado fuera de una farmacia debidamente habilitada y a cargo de un profesional, su director técnico. Y este vacío legal, esta contradicción, ¿cómo se resolvió? Está a la vista: se venden los medicamentos en cualquier lado, los de venta libre o los otros.

Por eso la discusión sobre si es necesaria o no una nueva ley de medicamentos revela un gran desconocimiento o una intención de otra naturaleza. Cuando un ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires sostiene que es necesario un proyecto de ley para devolver el medicamento a la farmacia, oculta el hecho de que,

en términos legales, nunca se pudo hacer eso, porque el decreto menemista sólo habilitaba a la Ciudad de Buenos Aires. Es decir que, del único lugar que habría que sacarlo, es de la Capital; en el resto se trata de prácticas ilegales (incluso con la legislación y el decreto vigentes).

Entonces, ¿qué habría que hacer? Derogar por lo menos los artículos 14 y 15 del decreto ley 2.284. El Senado recientemente sancionó una ley donde los medicamentos solo se pueden dispensar en farmacias habilitadas incluidos los de venta libre (incumbencia ya definida en la ley de farmacias), y derogó esos artículos que consagraban la venta fuera de las farmacias en la Capital Federal.

El decreto desregulador definió además que había libre importación de medicamentos. Cavallo decía “eso abre la economía y eso abre la competencia y se pueden bajar los precios”. En realidad, eso permitió que los laboratorios fabriquen en Boston, se auto importen, no paguen impuestos y traigan sus propios productos, por la apertura económica. Si una empresa tiene una sede en Boston y quiere trabajar en la Argentina, ¿qué debía hacer antes de la desregulación? Venir al país, definir qué importaba, pagar y producir acá.

Otra modificación: con otro decreto (150), Menem y Cavallo derogan 29 de los 44 artículos de la ley de medicamentos de Oñativia. Esto significó la destrucción de la ley de medicamentos de la Argentina. Porque se liberaron los precios, es decir, se aplicó la misma lógica para medicamentos que para el conjunto de la economía. Y ya sabemos a dónde fuimos. Porque se impuso el registro automático (si se vende en otro país, se autoriza automáticamente en Argentina, sin control). Porque, si bien planteaba la obligación de exhibir los precios de los productos en las farmacias, en los hechos y por presión de la industria, tal obligación fue derogada. En una farmacia, solo si uno está muy informado o si el farmacéutico hace su trabajo, uno se entera de que existen distintos precios. Se había planteado la prescripción por genérico, pero finalmente se impuso que podía ser por marca o por genérico. Para terminar de comprender todo este proceso desregulatorio a favor de la industria farmacéutica basta señalar que el área de Medicamentos terminó bajo la órbita de la Secretaría de Comercio Interior. No, de Salud. Toda una definición.

En 2002 el dictado de la ley 25.649 de obligatoriedad de la prescripción por nombre genérico (denominación común internacional) intentó morigerar el impacto del mercado en el proceso de prescripción y dispensa. El segundo artículo de la ley dice que toda prescripción debe estar por el nombre genérico, con la forma farmacéutica, la concentración, etc. A su vez, establece que será obligatorio en toda publicidad, en todo envase, en todo prospecto, que figure el nombre genérico. Esta Ley sirvió para que el común de la gente reconozca que puede cambiar de marca. Pero no sirvió para que se sustituya más. ¿Y por qué que no se sustituye más? Porque como veremos luego, los convenios son los que, en definitiva, fijan la política. Finalmente, si un país dicta leyes de contenido sanitario, seguramente no dejará en manos de la

Industria Farmacéutica a los principales financiadores de la seguridad social y del propio Estado, no es el caso de Argentina hasta el momento,

MODELO DE MERCADO VS. MODELO SANITARIO⁴

¿Cómo evolucionó el mercado de medicamentos en la última década?

A la salida de la convertibilidad se vendían en la Argentina 450 millones de unidades de medicamentos. Quiere decir 450 millones de cajitas. La crisis del 2001/2002 hizo que cayera a 157 millones de unidades. Esto revela un grave problema de accesibilidad por razones económicas, sin que podamos decir, porque no se cuenta con esos datos, si a los que se pudo acceder eran necesarios. Tampoco podemos decir que con 450 millones todos los que necesitaban podían acceder ni que todos los medicamentos tenían un destino razonable, un uso racional.

En 2006, la recuperación había llegado a unos 350 millones, más o menos. Eso quiere decir que, ya en 2007, el gasto de medicamentos en Argentina se mantenía en el orden del 25 y el 30 % del gasto total en salud, esto es, en el 9 % del PBI.

¿Cuál es el verdadero precio del medicamento?

Cuando uno va a una charla de economía con empresas farmacéuticas, todos los gerentes dicen: “el precio del medicamento es el que el sistema puede pagar”. O sea, no hay una relación de costos, de utilidades o de rentabilidad frente a la producción. Esto es muy importante y se revela en la existencia de dos precios para cada medicamento. Si uno se presenta como afiliado de IOMA-SUTEBA, el farmacéutico le dice, por caso, que pague 89,85. Pero si uno decide no firmar nada, le pueden ofrecer un vale comercial, en el que se señala que por “gentileza” se le descuenta el 50%. Eso arrancó en la época de las cuasimonedas (los patacones). Allí surgió un mercado que no sólo estaba desregulado sino que, además, fijaba dos precios, resueltos libremente por las empresas. El fabricante fija libremente el precio con sobreprecios, que luego le permiten ser “solidario” mediante la realización de descuentos del 20-30-40 % y no solo en el nivel ambulatorio general sino en los medicamentos del muy alto costo. Las personas sin cobertura acceden a través de vales de descuento al precio menor, mientras que las obras sociales, los coseguros y sus afiliados pagan el sobreprecio completo, mostrando el grado de perversión del modelo desde que el Estado, tomó la decisión de no regular.

⁴ Recomendamos seguir la lectura de las preguntas y respuestas de esta sección observando las diapositivas del Power Point, que acompaña este cuadernillo, de la número 19 a la 40 (inclusive).

¿Qué es lo que se mantiene en el actual régimen regulatorio?

Con el decreto 150, se derogó la ley de Oñativia. Se derogó algo que favorecía la intervención del Estado, que antepone el interés sanitario y que al menos intentaba promover competencia. Somos consumidores activos, pagamos, deseamos. Ahora bien, el marco regulatorio superviviente -o sea lo que hoy mantenemos como legislación, sean leyes, decretos o resoluciones- ¿impide que nosotros accedamos a una publicación de precios? Claramente, no. Debería ser una obligación del Ministerio de Salud difundirlo en el ámbito que quieran.

Cuando se lanzó la cobertura al 70% de patología crónica, en el año 2004, se habían preparado diez spots televisivos que mostraban medicamentos y productos (como ejemplo *Lotrial, *Glioten, *Gadopril para el fármaco enalapril), todas las opciones con sus respectivos precios. Esa campaña publicitaria nunca se hizo.

El marco regulatorio actual promueve, además, la difusión de las opciones de marca y su precio y la calificación de la oferta (financiación selectiva). Esto es fundamental para quien tiene que brindar prestaciones en medicamentos. No va a comprar todos los medicamentos que ofrece el mercado. Sólo los que sean útiles, seguros, necesarios, si responden a una prioridad sanitaria y mientras estén disponibles y sean accesibles. Por ejemplo, en Brasil es posible comprar “polvo para músculo”, que se vende en las grandes farmacias, y la gente lo compra libremente, lo prepara con un te y lo toma. Pero esto es un hecho cultural antes que científico. La industria nos inventa enfermedades.

Está organizada la demanda?

El marco actual también promueve la organización de la demanda. Sin embargo, en el escenario actual, la demanda está absolutamente fragmentada. Cuando uno dice “la demanda”, dice los pacientes, los médicos que piensan en el interés de sus pacientes, los farmacéuticos que cumplen su rol. Hay médicos y/o farmacéuticos que juegan a favor de la oferta, eso está claro.

La demanda está fragmentada. El sector público, nacional, provincial y municipal, lo que todos conocemos: un remedio llega como llega a donde llega, con irregularidad. Hace poco tuvimos una charla con un responsable del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, que nos explicaba la caída de la compra en medicamentos. Sin embargo, la ciudad tiene recursos. Seguramente se ocupó en gestionar, etc., pero una política de medicamentos debe planificarse sobre la base de pautas sanitarias antes que presupuestarias. Si uno sabe que existen tantos tuberculosos y los voy a tener que tratar, por lo menos, de 6 a 8 meses, ¿por qué no preveo la compra de medicamentos? Y si, además, tengo una tasa de uso anual, ¿por qué no compro para dos años?

La seguridad social nacional está regulada por el Plan Médico Obligatorio (PMO), que hace 5 años que no se actualiza. El PMO no es otra cosa que la obligación de cumplir con determinada cobertura que tienen las obras sociales nacionales sindicales. El coseguro SUTEBA OSPLAD responde a ese patrón, porque hay un marco regulatorio a respetar, además, con políticas complementarias. El coseguro SUTEBA IOMA, como vamos a ver, esta condicionado por una política de salud de la obra social provincial, que es la principal responsable, pero que además tiene autarquía, o sea que no está obligada a cumplir con las normas nacionales.

La medicina prepaga constituye lo que se llama el mercado ABC1. En ese mercado están los consumidores que más ingresos tienen. Es decir, una persona que paga 400 pesos por Medicus, está dispuesta a poner mucha plata para comprar medicamentos. Los que no están dispuestos a pagarlos son las organizaciones que manejan los prepagos, con lo cual se asocian a la industria. De modo tal que el prepago no paga la cuota más baja. Alguien tiene Medicus, paga \$400, va a la farmacia y le hacen un descuento del 50 %. Del 50% restante, Medicus paga muy poco o nada. ¿Por qué? Porque, como dijimos antes, hay doble precio. Para comprenderlo mejor, con el objeto de que las prepagas no promuevan el efectivo cumplimiento del marco regulatorio vigente (prescripción por nombre genérico, cobertura por monto fijo y mayor cobertura por elección del producto más barato, estimulando en los convenios la competencia por precio, los laboratorios con la finalidad de que TODA la prescripción sea por MARCA, las eximen del pago a su cargo para los medicamentos que cubren con el 40% o 50% y les bonifican en parte los del 70%. En síntesis paga solo el asociado sin que el financiador ponga su parte que teóricamente “cubre”. Solo posible como vimos en un mercado con 2 precios, si recordamos las diapositivas previas.

Si la demanda está fragmentada, ¿la oferta?

La oferta está fuertemente organizada en tres cámaras de la industria que nuclean en una gerenciadora llamada Farmalink, que busca captar los contratos de las obras sociales, evitar la competencia por precio, evitar la difusión de genéricos y, además, evitar fuertemente cualquier estrategia regulatoria.

Si retomamos el marco regulatorio vigente, está expresamente prohibido cartelizar los precios. La Comisión Nacional de Defensa de la Competencia dice que si dos empresas venden arena no pueden ponerse de acuerdo para ganar la licitación los dos... Tampoco podrían fijar precios en acuerdo entre los dos. Existen causas pendientes de resolución de parte de esta Comisión por cartelización de los laboratorios en Argentina, especialmente en la provisión de medicamentos de alto costo par IOMA y PAMI.

El mercado está altamente concentrado. Los 100 productos más vendidos representan el 28% de la facturación total. Los 10 mayores laboratorios –con Roemmers y Bagó en los primeros lugares- concentran el 43% de la facturación. Las marcas son las conocidas: Lotrial, Ibupirac, Optamox, Sertal, Losacor, Rivotril, Alplax. Entre las diez primeras figura Yasmin, menos conocido. Es un anticonceptivo que incrementa el riesgo de trombosis.

Si se fijan en esos medicamentos, parece que no existieran enfermos de cáncer o de SIDA. Recordemos que la ley impide la cartelización, pero si uno entra en la página WEB de Farmalink descubre que tiene un mercado de clientes amplísimo (PAMI, IOMA, Swiss Medical, Osde, Galeno, Medifé, Medicus, Osmecom, entre otras). Como se dice: “A confesión de partes, relevo de pruebas”.

No es casual que estén IOMA y PAMI entre los primeros. Estamos hablando, de conjunto, en cada institución de 1.800.000, 4 millones, 1.100.000, 650 mil, 340 mil, 227 mil, personas, afiliados. Claramente, a Farmalink le interesa contar con todos estos financiadores.

Pensemos que cada vez que ingresa una receta a la farmacia, la mitad la paga el IOMA, los coseguros del IOMA, y lo mismo sucede con cada una de las obras sociales sindicales. La medicina prepaga, en cambio, el 20 %. El PAMI, el 23 %, porque tiene un convenio con la industria de 200 millones de pesos mensuales, más lo que paga la gente. Estamos hablando, entonces, de un megaconvenio de 2.500 millones de pesos por año. Un tercio del mercado está condicionado por PAMI.

¿Y si uno no tiene obra social? También recibe –a través del médico o del farmacéutico- el descuento que por “gentileza” (recordemos lo que planteamos anteriormente) le hace la industria: un amoxidal, entre el 20 y 30%, etc. si hubiese una decisión política. Un ministro de Salud debería llamar a los laboratorios y anunciarles que, de ahora en más, les va a pagar ese precio. Volvemos al punto central del mercado: el precio es el que el sistema está dispuesto a pagar.

A esto podríamos sumar la existencia de segundas marcas (las que promocionan, por ejemplo, las cadenas de farmacia). Se trata de marcas de laboratorios nacionales, más chicos, o algunos multinacionales, que ofrecen dos marcas con diferencias de precios muy grandes. El mismo laboratorio puede vender el mismo medicamento con dos marcas distintas. Empaquetan para uno y empaquetan para otro. Eso se deriva de los circuitos de comercialización: grandes cadenas, con una rentabilidad muchísimo mayor que la de la farmacia del barrio. Ahí hay una inversión de una corporación en un mercado rentable.

¿Cómo es el proceso de formación de precios de medicamentos?

Básicamente es el siguiente: el producto sale del laboratorio con un precio determinado. Antes de derivarlo a la distribuidora paga el IVA. Luego, la distribuidora le recarga otro porcentaje. Tengamos en cuenta que las distribuidoras son del mismo laboratorio. De allí pasa a la droguería que recién entonces –con esos recargos- fija el precio real de salida de fábrica. La ley vigente exige que el precio se fije antes y no después. Ese precio de salida de fábrica lo toma la droguería, aunque sea una droguería virtual de la propia industria, con lo cual vuelve a aumentar el precio. Y después ingresa en el circuito de las farmacias.

A esto se suma el hecho de que la industria –que tiene la distribución y va recargando el precio en la cadena- establece un convenio con las farmacias por el cual les pagan mínimamente (para mantener el local abierto, pagar la luz, en las farmacias chicas) o lo hacen a través de notas de crédito, papeles en donde lo único que puede hacer la farmacia es volver a encargar el mismo medicamento que dispensó, cambiando el papel por otra cajita de la misma marca. Mientras la industria “paga” con esta modalidad, el PAMI paga en efectivo.

En Argentina no existe un listado oficial de precios de los medicamentos. Son los proveedores privados los que definen y publican esos precios en un manual denominado “Kairos”, destinado a las farmacias. Ahí uno advierte que PAMI cubre todo el mercado y acepta el precio sugerido publicado por el propio fabricante como precio de venta.

Veamos: PAMI compra para 4 millones de personas. Si en el convenio PAMI dijera “muy bien, le tomo el segundo precio”, toda la seguridad social de la Argentina pagaría el precio real del medicamento, que es el que dice el KAIROS, menos el 30 %.

Otro ejemplo extraordinario: el PMO, programa regulatorio nacional, dice que para las patologías crónicas se cubre el 70 % sobre un monto fijo. Entonces, ¿uno qué dice? Ese monto fijo habría que actualizarlo de vez en cuando, porque de otro modo los precios siguen subiendo y la cobertura empieza a bajar.

La ley 25.649, además de definir la prescripción obligatoria por nombre genérico dice que el Formulario Terapéutico Nacional y el Programa Médico Obligatorio es de cumplimiento obligatorio para el PAMI. Lo dice, está escrito. Es obligación. Pero uno lee el Kairos y ve que el PAMI cubre al 40% un medicamento para un síndrome coronario o de un infarto, cuya dosis mensual cuesta \$261, c. Ya ese precio excede en un 50 % el de España. PAMI cubre 40%. O sea, que ahí se aclara que PAMI pone 100 pesos y el paciente el resto. Se entiende que en el PAMI hay muchos infartos. Es decir, estamos hablando de un medicamento de acción cardiovascular que es esencial, útil, necesario pero caro. Entonces, tenemos que preguntarnos cuál es la política de necesidad, de eficiencia y de equidad que se implementa desde el Estado.

POLITICA DE MEDICAMENTOS DE SUTEBA⁵

¿Cómo hacemos gestión sanitaria de medicamentos?

El modelo de contrato con los prestadores tiene que reflejar el modelo sanitario. Tiene que respetarse la pureza de las relaciones. ¿Cómo es esto? Lo opuesto a lo que existe en el PAMI, lo que existe en el IOMA o los prepagos. La obra social tiene que gestionar, tiene que establecer la política, tiene que auditar, tiene que fiscalizar. La industria tiene que producir medicamentos, distribuirlos y venderlos. Los médicos y los odontólogos tienen que realizar las prescripciones. La farmacia, la dispensa. Son todas cosas que deberían ser muy obvias. Están pautadas en las legislaciones, los códigos penales, pero sin embargo no se cumplen. No, porque los profesionales no lo quieren ejercer sino porque están en el marco de modelos de contrato que lo impiden.

En definitiva, una gestión sanitaria tiene que diseñar las prioridades. Si, como en el convenio del IOMA, la prioridad es asignar una porción a cada cámara de la industria: estimativamente el 40% a CILFA, el 40% a CAEME, el 20% a COOPERALA, entonces todo se desvirtúa. A cada laboratorio le interesará ver qué producto vender y se propone llegar a ese porcentaje del gasto global de la obra social.

Las prioridades sanitarias van por un camino opuesto. Se trata de analizar cuáles son los problemas de salud que se tienen, intentar que tales problemas tengan la mayor cobertura posible para asegurar la accesibilidad al tratamiento. Tenemos que establecer un presupuesto porque, claro, hay que ver qué presupuesto tiene la obra social para medicamentos y, en función de eso, ver qué cobertura podemos dar, de acuerdo con las prioridades sanitarias que ya se establecieron previamente. Y tenemos que pagar un precio justo.

Por dar un ejemplo, hoy, frente a una industria que controla absolutamente toda la cadena, desde la producción hasta la dispensa, y obtiene toda la ganancia, resulta muy difícil en el IOMA conocer el precio que le ofrece la industria. Son datos ocultos. Si uno puede acceder informalmente a los datos, advertirá que en realidad el descuento que se le hace al IOMA, sobre el precio de venta al público que fija la industria, es en realidad muy bajo para lo que cualquiera puede comprar hoy. Es decir, la misma farmacia consigue descuentos mayores en la droguería. Le está

⁵ Recomendamos seguir la lectura de las preguntas y respuestas de esta sección observando las diapositivas del Power Point, que acompaña este cuadernillo, de la número 40 a la 51.

haciendo un descuento, más o menos, del 25 % en general de los medicamentos caros. Hoy ustedes pregunten en cualquier farmacia a qué porcentaje de descuentos consiguen los precios caros, por fuera de un convenio con las obras sociales, y les van a decir que son de un 40%, 50% o 60%.

Por eso, es necesario hacer contrato con los prestadores, con los profesionales farmacéuticos. No, con la industria ni con terceros que no sean los profesionales. Hay que hacerlo, además, por prestación para que no se desvirtúe y hay que garantizar que cada acto de prestación y de dispensa sea remunerado como corresponde para que brinde el mejor servicio.

La auditoría y fiscalización de las prestaciones tiene que estar a cargo de la obra social. Hay que hacer gestión epidemiológica de la información para poder conocer exactamente qué afiliado, con qué enfermedad, por qué médicos son asistidos, qué farmacias los dispensan, a qué localidades pertenecen, etc. Permanentemente hay que tomar medidas. Porque si uno conoce a toda la población y ve que la cobertura está bajando, ve que disminuye la accesibilidad, puede tomar todas las medidas necesarias. Puedo necesitar un 10 % más de presupuesto, o un 5 % más o, con el mismo presupuesto, puedo acomodar algunas cosas.

Está claro que la información tiene que manejarse con confidencialidad. La información es del financiador, del prestador, del médico, del odontólogo, del farmacéutico. Eso es la confidencialidad. Diferente al caso de los modelos gestionados por la industria farmacéutica, cuya información está en sus manos y de nadie más. El PAMI no tiene información. Y sucede prácticamente lo mismo en el IOMA y las obras sociales en general. Y en el caso de que se entregue alguna información, esta es parcial y no sirve para analizarla. Se entregan algunos datos para que no sirva para nada y, efectivamente, no sirve para nada. Para gestionar tenemos que analizar la relación entre incidencia y prevalencia.

¿A qué nos referimos con incidencia y prevalencia?

Decimos que para gestionar tenemos que conocer la incidencia, esto es, los nuevos casos que tenemos con cada problema de salud. Así vamos obteniendo la prevalencia de los casos que ya teníamos, más los nuevos casos para cada problema de salud. ¿Esto a qué nos lleva? Para diseñar un convenio, tenemos que tener en cuenta que no vamos a subsidiar la oferta, sino a organizar y gestionar la demanda, según las prioridades sanitarias que previamente fueron establecidas.

Una manera de hacerlo es pensar en las patologías del costo bajo o medio. En realidad, ahora, lo del costo bajo es más bien relativo. Tenemos que pensar en esas patologías y priorizar las patologías crónicas. Es decir, las de aquellos pacientes que van a estar toda la vida con tratamiento: los casos de hipertensión, diabetes, Parkinson, etc. Además, tenemos otro grupo de enfermedades que son de alto

costo y baja incidencia, porque si no se le garantiza la cobertura total es muy difícil que puedan acceder al tratamiento: casos oncológicos, SIDA, hemofilia, etc.

El IOMA tiene dos convenios: el ambulatorio, donde están comprendidas las patologías crónicas y todo el resto de patologías agudas, y el del plan MEPPE, que es para las patologías de alto costo.

Sin embargo, **no es necesario dividir en dos convenios**. Cuanta más integralidad tengamos en un solo convenio, mayores posibilidades vamos a tener para atender al afiliado de manera integral. Un paciente que, además de tener cáncer, puede tener una patología crónica, un problema agudo, y pueda necesitar un tratamiento en algún momento.

En realidad, este (patologías de alto costo) es un “concepto” generado adrede. Hay que hacer un solo convenio general, en donde al paciente lo podemos ubicar dentro de todas las patologías posibles. Esto evitaría que tengamos 4 o 5 convenios desestructurados y de difícil control prestacional hechos a semejanza de las unidades de negocio que el mercado impone.

¿Qué otras estrategias de intervención sobre la oferta se pueden implementar?

Tenemos que ver qué medicamentos seleccionamos, cuál ofrecemos para cobertura adecuada según el tipo de patología. Las patologías crónicas siempre conviene que tengan mayor cobertura que las agudas, porque los medicamentos se van a usar toda la vida. Es mejor tener un sistema ponderado de cobertura que cubrir un porcentaje de precio de venta al público. Tenemos que promover la prescripción por nombre genérico para que los afiliados reconozcan el medicamento por su nombre y no se confundan con los nombres comerciales (la marca). Además, en el momento de la compra del medicamento, tenemos que abandonar los pruritos con las distintas marcas, ya que estamos en un país donde en definitiva todas están aprobadas por la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica), el ente nacional, que depende del Ministerio de Salud de la Nación, encargado de controlar los medicamentos, los alimentos, el material descartable. Lo que la ANMAT hace es entregar el certificado y le dice al laboratorio: “sí, tu producto tiene el certificado para que vos lo elabores”. Es el organismo responsable de habilitar los laboratorios, el responsable de controlar la calidad de los medicamentos, alimentos...

Entonces, todos los medicamentos que existen en la Argentina están aprobados por la ANMAT. Los controles de calidad deberían ser mejores, pero eso vale para todos los casos. De cualquier manera, nadie puede decir que este medicamento, por ser de este laboratorio, es mejor que aquel, o el otro que es más caro es mejor que el que es más barato. Porque, si está aprobado, tiene que cumplir con las normas de calidad. No es que el precio varíe según la menor o mayor calidad. Si está

aprobado, es porque tiene la misma calidad el de un laboratorio como el del otro. No es como las pinturas o las telas, que puede haber de mayor calidad o de menor calidad. Es algo absoluto: o cumple con los requisitos o no los cumple. Hay que permitirle al farmacéutico que sustituya según la ley. Las leyes lo habilitan. El tema es si los convenios ponen cláusulas que restringen este derecho. Entonces, el farmacéutico termina dispensando siempre la marca sugerida porque de otro modo le debitan la receta. Hay que tratar de poner normas en el convenio en donde la dispensa sea por pautas completas. Lo que planteamos anteriormente: que no se fraccionen los tratamientos por la cantidad de unidades de tal medicamento, que no interrumpa el tratamiento, que no tengan que volver al médico varias veces al mes para que le alcancen el contenido de los envases.

¿Y qué estrategias se pueden implementar sobre la demanda?

Es conveniente que algunos medicamentos sean de uso normatizado, esto es, que la obra social previamente haga una auditoría para ver si están correctamente indicados y si ese medicamento de alternativa realmente corresponde financiarlo para ese paciente.

Es una manera, primero, de cuidar al paciente, porque no siempre los médicos indican bajo norma, como corresponde. Y, en segundo lugar, es un modo de cuidar los recursos de la obra social y del coseguro porque, en general, las alternativas son más caras.

Hay, entonces, que reconocer a los afiliados, a los prestadores. Hay que tener padrones que sean confiables. Hay que analizar toda la información de la receta para obtener toda la información que necesitamos para poder gestionar responsablemente. Y, por supuesto, la implementación del programa de auditoría y de resultados.

Pongamos un ejemplo de una prescripción que indica: Ranitidina, comprimidos de 150 miligramos. Plan terapéutico: un comprimido cada 12 horas, durante 30 días. ¿Para qué diagnóstico?⁶ Para gastritis. Entonces, la prescripción es la correcta, la que debe ser. Se especifica el genérico, la dosis, la forma farmacéutica, el intervalo, la modalidad de tratamiento, está todo consignado. ¿Qué necesita este paciente para tener un tratamiento de un mes? Un envase de 150 miligramos, comprimidos por 60. Entonces, tenemos que ver todos los equivalentes farmacéuticos, todas las marcas comerciales, para un envase de comprimidos de 150 miligramos por 60. Éstos son los laboratorios, para todas estas marcas. Para esto, debemos contar con un convenio que respete y estimule la sustitución por genéricos. Debemos también cambiar la cultura del médico y del paciente que espera el nombre de la marca

⁶ Ver para más detalle la diapositiva 46.

comercial como el único modo de asegurarse que ese sea el medicamento prescrito.

¿Por qué, a pesar de la ley de promoción de medicamentos por su nombre genérico, se ha avanzado poco en la sustitución de medicamentos?

El segundo artículo de la ley dice que toda prescripción debe estar por el nombre genérico, con la forma farmacéutica, la concentración, etc. A su vez, establece que será obligatorio en toda publicidad, en todo envase, en todo prospecto, que figure el nombre genérico para la concentración. Sin embargo, vemos propagandas que no tienen el nombre genérico, que no tienen la concentración, etc.

Teóricamente sirvió para que el común de la gente reconozca que puede cambiar de marca. Pero no sirvió para que se sustituya más. ¿Y por qué que no se sustituye más? Porque los convenios son los que, en definitiva, fijan la política. Porque si al farmacéutico se le debita, no lo va a sustituir.

Hay análisis hechos a nivel nacional que demuestran que la sustitución disminuyó después de la ley de prescripción por nombre genérico. ¿Por qué? Porque aumentaron los convenios generados por la industria farmacéutica y, a su vez, porque se permiten los vales comerciales, que antes no existían, las notas de crédito, que son una manera de que el farmacéutico reciba, como ya dijimos, un papel para cambiar por la misma caja de la misma marca.

Entonces, si bien la ley ayudó en algún sentido, la política paralela de los laboratorios –llamémosla “marquista”-, de defensa de la política de mercado, sigue siendo un obstáculo.

¿Qué diferencias existen entre las coberturas sobre los precios de venta al público y sobre monto fijo?

Veamos la primera en el siguiente cuadro⁷ en relación con un medicamento para patologías crónicas y la cobertura por Precio de Venta al Público (PVP):

⁷ El cuadro figura en el Power Point, diapositiva 51.

PATOLOGIAS CRONICAS: COBERTURA A PVP

C08CA01A							
LOSARTAN 50 mg 70 PVP		PVP feb 09	% OS	Envases	\$ OS	\$ PVP	Laboratorio
LOSACOR	1 Env . x30 comp	83,79	0,70	583	34194	48849	ROEMMERS
COZAAREX	1 Env . x30 comp	90,76	0,70	445	28271	40388	MSD
PAXON	1 Env . x28 comp	76,46	0,70	380	20338	29054	GADOR
NITEN	1 Env . x30 comp	88,41	0,70	70	4332	6188	IVAX
TACARDIA	1 Env . x30 comp	67,24	0,70	54	2541	3630	PENN PHARMA
LOSARTAN NORTHIA	1 Env . x30 comp	63,04	0,70	42	1853	2642	NORTHIA
LOPLAC	1 Env . x30 comp	73,58	0,70	22	1133	1618	CASASCO
CARTAN	1 Env . x30 comp	62,60	0,70	19	832	1189	QUESADA
FENSARTAN	1 Env . x30 comp	79,80	0,70	11	614	877	ELEA
PAXON	1 Env . x30 comp	64,33	0,70	9	405	578	GADOR
ENROMIC	1 Env . x30 comp	71,76	0,70	6	301	430	MICROSULES ARG
TEMISARTAN	1 Env . x30 comp	74,92	0,70	4	209	299	TEMIS LOSTALO
LOSARTAN NEXO	1 Env . x30 comp	49,85	0,70	0	0	0,00	NEXO
				1645	95.023	135743	
Costo/envase		\$ 5776					

Acá tenemos el Losartán (un genérico), de 50 miligramos, envase de 30 comprimidos y, a continuación, todas las marcas existentes. En la tercera columna figura el PVP de febrero de 2009. Ya pueden advertir aquí la diferencia de precios.

¿Qué es lo que cubre una obra social o una prepaga en medicamentos para patologías crónicas? Lo sabemos: el 70%. El caso que analizamos ahora corresponde a una prepaga que aplica la cobertura del 70% sobre el PVP.

Entonces, el precio de cada cajita multiplicado por 0,7 (columna 4) nos da el valor que paga la obra social por cajita. En este cuadro no está hecha la cuenta. Luego tenemos la cantidad de envases por cada marca consumidas efectivamente (columna 5). En la siguiente columna (6), el dinero que abona la prepaga: multiplicando el precio de venta al público por el porcentaje por la cantidad de envases, se obtiene el pago de la prepaga por cada marca. En la otra columna (7), figura el gasto de precio de venta al público.

Podemos advertir, entonces, que el costo por envase para esta institución es de 95 mil pesos dividido 1.645 envases. Eso da que 57,76 pesos es el pago por envase que tiene esta prepaga.

Si atendemos al ranking de medicamentos (última columna), ordenado de mayor a menor cantidad de envases consumidos, Roemmers está primero y las marcas de industria nacional, debajo de todo. Ahora observen que, en este prepago, la marca más económica, no vende nada.

Ahora vamos a ver en este otro cuadro los datos de una obra social provincial (SEMPRE).

PATOLOGIAS CRONICAS : COBERTURA POR MONTO FIJO								
C09CA01A								
LOS ARTAN 50 mg 70MF		PVP FEB 09	MF OS	Envases	SOS	SPVP	% Co b	Laboratorio
LOS ACOR	1 Env. x30 comp	83,79	50,00	590	29500	49436	60	ROEMMER
PAXON	1 Env. x28 comp	76,46	47,00	466	21902	35630	61	GADOR
CARTAN	1 Env. x30 comp	62,60	50,00	210	10500	13146	80	QUESADA
COZAAREX	1 Env. x30 comp	90,76	50,00	187	9350	16972	55	MSD
LOS ARTAN NORTHIA	1 Env. x30 comp	63,04	50,00	120	6000	7564	79	NORTHIA
FENSARTAN	1 Env. x28 comp	79,80	47,00	96	4512	7660	59	EIEA
TACARDIA	1 Env. x30 comp	67,24	50,00	71	3550	4774	74	PENN PHARMACEUT
LOS ARTAN NEXO	1 Env. x30 comp	49,85	50,00	60	3000	2991	100	NEXO
LOPLAC	1 Env. x30 comp	73,58	50,00	55	2750	4047	68	CASASCO
TEMISARTAN	1 Env. x30 comp	74,92	50,00	29	1450	2173	63	TEMIS LOSTALO
ENROMIC	1 Env. x30 comp	71,76	50,00	24	1200	1722	70	MICROSUL ES ARG
NIFEN	1 Env. x30 comp	88,41	50,00	15	750	1326	57	IVAX
PAXON	1 Env. x30 comp	64,33	50,00	6	300	398	75	GADOR
TOTAL				1929	94.764	147.839	64%	
Costo /envase : \$49.12								

El SEMPRE tiene una política sanitaria de medicamentos. Éste es un ejemplo de formulario de SEMPRE, en relación con el mismo producto. Pero aquí la cobertura

70 % se aplica sobre un monto fijo. Vamos a explicar primero cómo se calcula este monto fijo.

Se suman todos los envases consumidos (de todas las marcas), se multiplica por el precio de venta al público del producto más económico del mercado y, a esa cifra, se la divide por la cantidad de envases que se habían sumado. El resultado de esta operación es un monto fijo (ver columna 4), en este caso, de 50 pesos. Entonces, al medicamento que vale 83,79, la obra social cubre 50 pesos. La marca que cuesta 62 pesos, también lo cubre 50. Y la que cuesta 49, lo cubre a 49, o sea, al 100 %. Si observamos el porcentaje de cobertura (anteúltima columna), podemos reconocer que, en porcentajes, la cobertura va desde 55% al 100%.

Esto expresa que esta obra social provincial tiene, a diferencia de la prepaga que analizamos anteriormente, una política sanitaria basada en la sustitución de medicamentos. Es decir, una política que comunica al afiliado las distintas opciones de marca existentes para que elija, si quiere, la más económica –o las opciones más baratas.

Ahora bien, fíjense que, a pesar de esta política diferente, Roemmers está también en primer lugar. Tanto la cultura “marquista” como las indicaciones del médico operan en la misma dirección que la política de los laboratorios. Pero, con todo, el afiliado tiene la posibilidad de elegir. Aquel que no quiera tener un gasto adicional en medicamentos para patologías crónicas puede optar por una cobertura del 100%.

En resumen, con el modelo de la prepaga, la cobertura es siempre del 70% sobre el PVP, un precio –hay que recordarlo- siempre variable. El aumento de medicamentos entre abril del 2007 y febrero del 2009 fue del 32 %. Si miramos los medicamentos comercializados por la prepaga, se advierten aumentos del 23 %.

¿Qué escenario tenemos en el IOMA?

El IOMA tuvo durante muchísimos años un convenio en donde los roles se respetaban, las incumbencias se dejaban ejercer como corresponde, las leyes se cumplían, se gestionaba la obra social y se lo hacía con una política sanitaria. Lo tuvo desde 1990 para el ambulatorio y desde 1998 para planes especiales (SIDIMSE) y ambos hasta fines de 1999 y principios de 2000. Este convenio lo tenía para medicamentos tanto de bajo costo como de alto costo. Es decir, tenía un convenio en donde todo se gestionaba sanitariamente y se miraba al paciente con todas sus patologías, integralmente. Esta política de gestión sanitaria de medicamentos de una década de duración se pudo sostener, en un IOMA que articulaba una política de medicamentos y su propio Formulario Terapéutico Provincial con el Ministerio de Salud de la Pcia, que contaba con cuadros técnicos que promovían y sostenían esa política, con un fuerte apoyo de las organizaciones sindicales y especialmente los coseguros, los prestadores y los propios afiliados que gozaron de la mayor cobertura de medicamentos que se recuerde en la obra social.

En ese escenario la industria farmacéutica no podía incluir medicamentos en la cobertura y menos aún gestionar los convenios del IOMA.

En mayo de 2000 el IOMA permitió que las Cámaras de Laboratorios, que ya controlaban el PAMI empiecen a definir su política de medicamentos.

Aclaremos que no del modo en que la industria interviene sobre el PAMI, ya que en el IOMA hay muchos años de una tradición de política sanitaria que se mantiene.

Pero las cosas fueron cambiando paulatinamente. Hoy, la información la tiene únicamente la industria. Sigue cubriendo el formulario, con más o menos drogas de las que tienen que estar. El sistema ponderado de cobertura lo mantiene. No se hacen débitos por sustitución, pero se han encontrado otros artilugios para que no se sustituyan. Lo más importante: la ley del IOMA está afectada, no se cumple. Por ley del IOMA, tiene que haber convenio con prestadores profesionales. En este caso, el prestador, el que dispensa, es el farmacéutico, pero el IOMA firmó el convenio con la industria.

Queda claro, entonces, que el principio de transparencia está totalmente afectado, porque el financiador sería el que tiene que gestionar para cuidar los intereses del afiliado. Además, la estructura de auditoría y fiscalización está desmantelada.

Es importante –retomemos el punto- entender que, si la industria tiene toda la información, sabe cómo prescribe cada médico y sabe cómo dirigirse a cada médico: con premios, estímulos, etc. La dispensa, por su parte, si bien la tiene el farmacéutico, también está distorsionada por varias razones. Veamos: un afiliado elige una marca, o el farmacéutico le ofrece una marca y el afiliado la acepta. Cuando va a grabar esa receta, le sale que no, que el afiliado, que el tope, que no puede dispensar ese medicamento, etc.

Le da otra marca comercial, que sí está validada y se puede dispensar. Entonces, a veces pasa que en una farmacia la validan y en otra, no. Esta es una intervención de la industria que dirige –un dirigismo del mercado- determinados medicamentos que van a determinadas farmacias. Incluso, hay medicamentos que no cumplen con las leyes de farmacia y van directamente a las droguerías. El impacto de la validación sobre los afiliados se percibe en la espera de la autorización.

Por eso hablamos de las incumbencias profesionales. El médico da una prescripción, pero en definitiva al afiliado/paciente le dan otra. El farmacéutico recibe una validación para otro medicamento, pero la recibe de un sistema informático que no le informa de las razones de tal o cual validación. Piensen la utilidad de toda esa información para un farmacéutico que, si la recibiera, podría contar una historia de su paciente, ver los problemas de salud que tiene, las dispensas que él hizo, etc.

Todo esto genera una enorme distorsión. Por eso no hay competencia de precios. No hay difusión del formulario terapéutico. El sistema informático que tiene el farmacéutico, en donde tiene todos los medicamentos que cubre el IOMA y las coberturas, es un sistema por marca comercial porque ese sistema informático lo

generó, obviamente, la industria. Entonces, se trata de un sistema en el que si uno quiere buscar todas las opciones de marcas existentes del Losartán para mostrársela al afiliado -en pantalla por lo menos, porque el formulario ni siquiera está editado-, no puede hacerlo. Tiene que buscar marca por marca y decirle al afiliado: “con este medicamento pagás \$15, con este \$20, con este \$30”. Eso, si el que dispensa tiene toda la voluntad.

¿Por qué está fraccionado el convenio IOMA-Industria?

El convenio IOMA-Industria está fraccionado y responde a la misma política que describíamos anteriormente. Está el plan MEPPES, SER, MAMI, Accesorios, Resoluciones del Directorio, Ambulatorio que comprende recetas para pacientes agudos por un lado y recetas para pacientes crónicos por otro, con sus respectivos cupones. Es decir, está todo fragmentado a partir del criterio con que la industria quiere dividir sus asuntos. Por caso, los accesorios (y hasta el nombre está mal, porque en realidad son productos médicos) no le interesan a la industria, porque son pocos los laboratorios que los venden. Es un plan aparte, por eso, porque son carátulas que se hacen aparte, apreciaciones aparte, que se pagan con un dinero aparte. Los planes MAMI y SER comprenden los medicamentos que se cubren al 100 %. Y también se dividen. El plan MEPPES se separa del resto porque la industria concentra ahí los medicamentos más caros. Las Resoluciones del Directorio y Accesorios, además, porque se dirigen a algunas farmacias, que concentran la facturación de la prácticamente la totalidad de esos medicamentos.

¿A qué se refiere “Resolución del Directorio”? Cuando un medicamento de una industria no está dentro de los laboratorios que tiene el acuerdo, se hace una resolución del directorio porque se paga con un dinero aparte. Como se paga en efectivo, las farmacias en esto sí tienen ganancias.

Frente a este escenario, ¿cómo interviene SUTEBA?

SUTEBA promueve desde la vocalía docente y, por supuesto, en el marco del Consejo Consultivo que la obra social primaria, en primer lugar, tenga un modelo sanitario, que se haga cargo de su rol y tenga el mayor nivel de cobertura para los afiliados.

A su vez, asiste y asesora en los reclamos diarios ante el IOMA porque, obviamente, la obra social primaria es la que conduce las políticas de medicamentos a la cual están atados todos los coseguros, incluyendo al SUTEBA. Entonces, por eso, dentro de las acciones fundamentales del SUTEBA, está la de trabajar para que el IOMA mantenga las cosas que todavía están relativamente bien y para que, por supuesto, cambie las cosas que están mal.

¿Qué promovió y cambió SUTEBA por su intervención en el Consejo Consultivo?

SUTEBA llevó al seno del Consejo Consultivo el debate sobre la actualización de cobertura del Formulario Terapéutico 2006. Esto se logró y sirvió para posicionarnos desde la Vocalía. También se logró la mantención del monto fijo como criterio. El IOMA -la industria, en realidad- quería que los medicamentos que tienen cobertura al 100 % la reduzcan. Como explicamos antes, se hace un ponderado (un monto fijo, como un promedio de las distintas opciones de marcas existentes), y ese ponderado se aceptaba. Pero cuando el medicamento elegido era uno de los más baratos, y la cobertura llegaba al 100 %, no lo querían cubrir, querían bajar el porcentaje de precio de venta al público.

Se cuestionó y se evitó la institución de un Vademécum comercial, el Farmanuario. Ya estaba impreso y avalado por el IOMA y el Ministerio de Salud de la provincia y SUTEBA desde la Vocalía Docente y como actor central en el Consejo Consultivo logró que se revierta esa situación de editar el formulario del IOMA, en donde la industria pasaba a ser la propietaria del Vademécum, tenía la propiedad intelectual y podía sacar o agregar drogas, productos comerciales. Esto no significa que ahora la industria no intervenga, pero, por lo menos, se le dificulta el camino.

Se cuestionó la inclusión de algunos medicamentos que comprenden el 12 % del gasto y que también impactan sobre el coseguro. Son 53 medicamentos que tiene utilidad dudosa o que son probadamente inútiles. También se cuestionó –y se sigue cuestionando- la extensión de los convenios a la industria y la falta de información sobre el control que debería ejercer IOMA. Si la obra social le diera un convenio a un tercero, sea la industria o quien fuera, que uno controla, todavía; pero lo concreto es que el IOMA se desligó de todo el control. Y, finalmente, se sigue cuestionando de manera permanente la caída de cobertura, ya sea de medicamentos o de productos médicos.

Una de las cosas que hoy cambió el IOMA es que los materiales descartables los cubre al 100 % y también según un ponderado, según un valor que le paga la farmacia, un valor fijo, que lo actualiza muy de vez en cuando. Entonces, si pone “según ponderado”, la diferencia la paga el afiliado. Si pone “al 100 %”, la farmacia se lo tiene que dispensar sin que el afiliado pague nada.

Esto genera un problema, porque los materiales descartables los utilizan los pacientes que realmente tienen por lo general graves afecciones. Entonces, además de tener gastos adicionales por todo, tienen que pagar, si se les pone “según ponderado”, la diferencia. Recientemente, se dio el caso de un paciente que utilizaba bolsas de colectomía y tuvo que pagar de diferencia \$350. ¿Por qué? Porque la auditoría del IOMA le había puesto “según ponderado”. Si hubiera puesto “al 100 %”, no pagaba nada.

Entonces, ¿cuáles son los criterios para definir “100 %” o “según ponderado”? No se sabe. El IOMA, de esta manera reduce su cobertura transfiriendo mayores gastos a los afiliados y a los coseguros.

¿Con qué información cuenta SUTEBA para poder intervenir?

Necesitamos contar con información, por un lado, para conocer desde un punto de vista sanitario a todos los afiliados: qué enfermedades tienen, qué necesidades, qué accesibilidad, con qué cobertura acceden a los medicamentos. Por otro lado, para tener controlado todo el sistema, para medir lo que gasta en cantidad y en calidad y, además, para pagarle al prestador lo que corresponde.

En el área de fiscalización se recepciona la facturación mensual, se graba el 100 % de los documentos, de las recetas, y se hace la auditoría: si cumple con el convenio, por supuesto que las recetas facturadas se cubren al 100 %. Si la receta por algún motivo tiene un débito, se devuelve el documento a la farmacia para que la refacture corrigiendo los errores. Si la receta está correctamente facturada, se manda a archivo y toda la información queda grabada.

Esa es la información con que SUTEBA cuenta para, por supuesto, compartir con todas las seccionales, con todos los centros de salud, para por lo menos poder educar, establecer políticas de formación, para, en definitiva, compensar un poco lo que la obra social primaria no tiene como prioridad en su política.

Nosotros podemos cruzar los datos por diagnóstico, por afiliado, por prescriptor, por farmacia, por medicamento, por grupo comercial, por grupo terapéutico, por laboratorio, por grupo étareo, por localidad, etc. Podemos obtener toda esa información y, de hecho, la obtenemos.

A modo de ejemplo, a partir de la información recabada, obtenemos un ranking por medicamento, por gasto, por cantidad de envases, por cantidad de afiliados. La Levotiroxina está en primer lugar y la consumen 579 afiliados distintos. O sea, si un afiliado fue a una farmacia este mes y llevó dos o tres envases en tres recetas distintas, se cuenta sólo una vez, porque es un afiliado con ese problema de salud. Y así contamos con la información para otros tantos medicamentos. Esto significa que, con esta información, podemos saber cuántos afiliados con diabetes tiene la obra social, cuántos con hipotiroideo, etc. Detectados y tratados.

¿Cómo se relaciona la cobertura de SUTEBA respecto a la cobertura de IOMA?

Si analizamos la cobertura del IOMA, los datos también son reveladores. En 2006, la cobertura del IOMA era más o menos del 50 %. Cuando SUTEBA intervino fundamentalmente con el Consejo Consultivo, logró que el IOMA aumente la

cobertura a un 68, 69 % en el 2007. Ahora, como el IOMA no lo actualizó más, fue bajando y está de nuevo en el valor inicial que tenía en el 2006.

Si confrontamos estos datos con la cobertura del SUTEBA, advertiremos que, en 2006, SUTEBA aumentó la cobertura porque el IOMA también la aumentó. SUTEBA cubre el 50 % del monto fijo del IOMA. Si el IOMA paga \$100, SUTEBA paga \$50. Si el IOMA aumenta, lo que cubre esa cajita, lo aumenta a \$200, SUTEBA pasa a pagar \$100 por esa cajita. Salvo que los \$200 más \$100 sean \$300 y el precio de venta al público sea \$280. Entonces, SUTEBA ya no cubre 100 sino 80, porque hay que llegar como tope al precio de venta al público.

Entonces, este aumento de gastos de SUTEBA es lógico, estaba previsto: el IOMA aumentaba, el SUTEBA aumentaba, pero la cobertura de los afiliados era muy buena. La cobertura siguió aumentando porque SUTEBA tenía un margen ya que, de los medicamentos que llegaban al 100%, SUTEBA no pagaba nada.

Pero cuando la cobertura del IOMA fue disminuyendo a lo largo del tiempo porque aumentaba el precio de venta al público, SUTEBA todavía tenía ese margen hasta el 50%, teniendo más gasto y cubriendo más. Una vez que SUTEBA llega al tope, empieza a bajar la cobertura del SUTEBA porque el precio al público sigue subiendo y, como la cobertura es un porcentaje entre lo que cubro y lo que vale el precio del medicamento, la cobertura real disminuye. Entonces, SUTEBA cubría el 26 % en el 2008 y bajó al 25%. No es porque no tenga intenciones de ampliar su cobertura sino porque cubre hasta el 50 del monto fijo del IOMA, que no lo actualiza. Se queda en eso y ya llegó al tope.

¿Por qué se incrementan las tasas de uso y los gastos?

El costo a cargo del afiliado era alto desde el principio. El afiliado pagaba el 25 %. Ahora si ustedes se fijan en el período cuando aumentó la cobertura del IOMA -y por lo tanto del SUTEBA- el afiliado pagaba sólo el 8 % promedio aproximadamente. Algunos no pagaban nada, otros pagaban un poquito más, dependiendo también de la marca elegida. Pero, después, el afiliado empezó a gastar más y, ahora, está gastando casi como al principio.

SUTEBA hoy cuenta con más de 72 mil afiliados titulares y una población beneficiaria total de 166 mil personas. En 2006, se facturaban promedio unas 15 mil recetas mensuales, es decir, una tasa de una receta cada once afiliados. En junio de 2009, se facturaban promedio unas 22127 recetas mensuales, una tasa de una receta cada 7,5 afiliados. Son más de 33 mil los afiliados que accedieron a medicamentos a partir del coseguro SUTEBA-IOMA, durante el período de marzo-agosto de 2008, esto es, un 20% de la población total.

El aumento de la tasa de uso responde, entre otras razones, a las políticas de difusión y optimización del acceso, llevadas adelante por SUTEBA en general y por nuestros Centros de Salud.

El mayor costo por receta significa, como dijimos que, al aumentar el IOMA, al SUTEBA también le sale más caro. Además, si IOMA no actualiza la cobertura, entonces ningún medicamento tiene la cobertura apta para que SUTEBA costee el 50 % o menos.

Veamos dos ejemplos. Si analizamos el caso de la Simvastatina, que es un medicamento muy usado, primero en el ranking de gastos, de 40 miligramos comprimidos por 30, advertimos que hay dos marcas comerciales. El monto fijo de IOMA en el 2006 era de \$63. El precio de venta al público, en enero de 2007, era de \$56 para uno y \$56 para el otro. ¿Qué significaba? Que ni el afiliado ni SUTEBA gastaban algo. En enero de 2007, se mantuvo la misma situación. Pero, a noviembre de 2009, el precio de venta al público aumentó, \$76 la primera marca y a \$84 la segunda. Como el monto fijo no se actualizó, ahora SUTEBA está gastando \$13 para uno y \$21 para el otro.

En conclusión, aumenta el gasto de SUTEBA porque aumenta el precio de venta al público y porque el monto fijo no se actualiza.

Si analizamos el caso del Salmeterol Diskus, que también es un medicamento muy usado, comprobamos que en 2006, el monto fijo era de \$86 y \$88 para cada una de las dos marcas. El precio de venta al público era de \$108 y \$110, respectivamente. SUTEBA gastaba \$21 en enero de 2007. Ahora, cuando el precio de venta al público se fue a \$163 y \$167, pagamos \$43 y \$44.

Adviertan cómo la Industria aumenta de manera sostenida. Acuerdan entre distintas marcas para aumentar casi en los mismos porcentuales. SUTEBA, entonces, en este caso, está en el tope: IOMA paga 86, SUTEBA paga 43, la mitad. Y si IOMA paga 88, SUTEBA paga 44. O sea que acá SUTEBA no pone más plata, porque ya llegó al tope máximo, pero el afiliado empieza a gastar \$43 más \$86, \$120, \$130...

Por eso la importancia de trabajar para que la obra social primaria vaya actualizando las coberturas y, además, para que no tenga un convenio tan fraccionado, en donde el afiliado necesita un medicamento por su patología (cáncer), pero, a su vez, tiene hipertensión, puede necesitar bolsas de colostomía o pañales descartables, lo que sea. Y en estos casos hoy el paciente tiene tres modelos de recetas distintos: uno para crónico, otro descartables, y así.

Otro aspecto a considerar son los tiempos de autorización por parte del IOMA. A un paciente que tiene cáncer, que tiene que usar bolsas de colostomía, que tiene que aplicarse quimioterapia, encima, se lo hace una y otra vez para reclamar la autorización, reclamar que la farmacia le pueda dispensar...

En todos estos temas que hemos reseñado, además de recabar y perfeccionar el sistema de información, el SUTEBA trabaja con el objetivo de poner en manos del paciente, el afiliado o el beneficiario, todos los instrumentos de acceso. Recordemos que, en una época, el IOMA dirigía recetas con el nombre de cada uno de nosotros. Luego, puso las recetas en manos de los médicos. Ese cambio implicó toda una

ideología en términos de quién, sanitariamente, tiene la llave para acceder o no a la prestación.

Si uno tiene en su casa recetas a su nombre, que indican, por ejemplo, que tiene hipertensión, podría decidir atenderse circunstancialmente en la unidad sanitaria más cercana. Se evitaría pagar obligadamente una consulta a un profesional, que es quien tiene la disponibilidad de las recetas. Es decir, haberle pasado al médico todos los recetarios se inscribe en ese proceso de fragmentación del que hablamos anteriormente.

Julio 2010

Secretaría de Salud de SUTEBA