

LA EMERGENCIA SANITARIA Y LA POLITICA DE MEDICAMENTOS

Licenciado Federico Tobar*

La crisis política, social y económica que enfrenta nuestro país desplegó sobre nuestra salud un conjunto de amenazas. entre ellas:

- El corte de servicios de la seguridad social.
- La ruptura de la cadena de pagos en el sector con niveles de pasivos previsionales que superaban el 10% del gasto anual en salud y del 30% al 40% del giro de la seguridad social.
- La reducción de la cobertura de las prepagas que durante los últimos meses vio a 400 mil personas cancelar su afiliación y a otras tantas pasarse a planes más baratos.
- El consecuente desborde de demanda en los servicios públicos.
- Los brotes de enfermedades reemergentes asociadas con la pobreza como la Leptospirosis, el Hanta, la TBC, Triquinosis, etc.
- La amenaza de retroceder en la transición epidemiológica debido al posible impacto de esas infectocontagiosas más la baja cobertura de la vacunación en años anteriores, junto a la desnutrición y las dificultades de acceso.
- El incremento del precio de los medicamentos y descartables.

En fin, a la salud la valoramos cuando no la tenemos. Las amenazas sobre nuestra salud o sobre el acceso a los bienes y servicios que su conser-

vación requiere cambiaron la actitud de nuestra población con respecto al tema. Sin embargo, a la política de salud la valoramos cuando existe, cuando se la ve y percibe. Si nuestro diagnóstico se restringiera a adjudicar sólo a los factores financieros la causa de la crisis sectorial estaríamos repitiendo los mismos errores que nos llevaron a ella.

Uno de los aspectos más significativo para dar respuesta a la crisis es la política de medicamentos. Argentina se mantuvo muy poco activa en términos de políticas para promover el acceso a medicamentos durante los últimos años. Esto se justifica, en parte, por los niveles relativamente altos de acceso. Los mismos resultaban de una particular configuración del sistema de salud que, aunque poco eficiente en el uso de los recursos, resultó eficaz al lograr que las personas accedan a los tratamientos correspondientes, haciendo a su vez posible que se mantenga un mercado de alto consumo de medicamentos con los precios más altos del continente.

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

* Coordinador general del Programa Remediar - Ministerio de Salud de la Nación.

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

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

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

A esta combinación de factores se agregó la ausencia recurrente de una política de medicamentos orientada a mejorar el acceso a los mismos. Esta situación se vio agravada por un patrón de crecimiento de efectos sociales regresivos que caracterizó la década de los '90.

El Ministerio de Salud de la Nación ha hecho su diagnóstico y ratificó su prescripción. Es decir, asumió una postura clara al respecto de sus prioridades. El mayor objetivo de la actual gestión es promover el acceso de la población a los medicamentos esenciales. La terapéutica prescrita podría ser descripta a través de tres remedios políticos: a) Uso del nombre genérico, b) Financiación selectiva; y c) Provisión pública.

En el Decreto 486/02 que declara la emergencia sanitaria en el territorio nacional se encuentran delineados los contenidos de esta política. Un conjunto de medidas posteriores la instrumentan.

En primer lugar, el uso del nombre genérico o Denominación Común Internacional, establecido primero en el decreto de emergencia sanitaria, reglamentado luego por la Resolución N° 326/02 y finalmente convalidada a través una Ley nacional. Se trata de la medida más poderosa para promover el acceso a medicamentos vía mercado (es decir, omitiendo la dispensación pública). Incentiva una mayor competencia por precio entre las distintas alternativas comerciales de un mismo medicamento genérico, favoreciendo el acceso de la población a los mismos¹. No hay ninguna forma de contener el alza de los precios más poderosa que esta. La única excepción sería la fijación unilateral de precios por parte del Estado (desindexación compulsiva), medida que ya ha sido implementada en épocas pasadas y que ha demostrado presentar numerosas contraindicaciones.

En segundo lugar, la financiación selectiva que enumera explícitamente cuáles medicamentos deben ser incluidos en la financiación pública o colectiva (obras sociales). La política nacional de medicamentos incorpora una fuerte dosis de esta medida. Por un lado, avanza decisivamente desde los listados negativos (que ya existían en la mayoría de las obras sociales) y por el otro hace homogénea la cobertura (y la exclusión). Mediante la implementación del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE aprobado por Resolución 201/02), que obliga a la obras sociales "nacionales" y a las empresas de medicina prepaga, se implementó, en primer lugar, un listado de 216 medicamentos ambulatorios que deben ser cofinanciados obligatoriamente por estas entidades². Estos medicamentos fueron seleccionados de entre aquellos con probada seguridad y eficacia, por su mayor costo-efectividad en base a la mejor evidencia médica disponible. La medida apunta no sólo a racionalizar la financiación disponible, sino también a mejorar la calidad de la prescripción.

Pero además, la financiación selectiva se complementa con otra medida: la implementación de precios de referencia para los medicamentos cubiertos. Esto significa, que para cada grupo de alternativas comerciales de un mismo medicamento genérico (idéntico principio activo, concentración, forma farmacéutica y presentación) se estableció un valor fijo a ser financiado por las entidades alcanza-

¹ Un estudio realizado por Lucas Godoy Garraza y Mauricio Monsalvo demostró que si en todas las ventas en farmacias se hubiera sustituido por la alternativa más económica del mismo medicamento en idéntico dosaje y cantidad de unidades los argentinos se hubieran ahorrado alrededor de 1.700 millones de pesos entre mayo del 2002 y mayo del 2001, lo cual representa un 40% del gasto de bolsillo en medicamentos.

² En ocasión de internación continúa inalterada la obligación de cubrir el 100% de cualquier medicamento prescripto. Ello es coherente con el hecho de que el paciente carece de posibilidad de elección alguna en dicho contexto.

das por el PMOE. Este valor es equivalente al 40% del promedio simple de los precios de las distintas alternativas comerciales del medicamento en cuestión, y se actualiza periódicamente. La cobertura real brindada, varía entonces en función de la elección del paciente, siendo incluso mayor al 40% cuando éste opta por las alternativas más económicas.

Finalmente, y en concordancia con las medidas anteriores, se estableció que en el ámbito de éstas entidades alcanzadas por el PMOE sólo se reconocerán las recetas realizadas por el nombre genérico del medicamento (Resolución 163/02).

El tercer componente de la Política Nacional de medicamentos consiste en la provisión pública. Las medidas anteriores alcanzan a aquellas personas que tienen acceso a la farmacia para adquirir medicamentos y/o cuentan con la cobertura de obras sociales o prepagas. Sin embargo, amplios sectores de la población, aquellos en situación socioeconómica más vulnerable, dependen casi exclusivamente del sistema público de salud para el acceso a los medicamentos esenciales.

Existen distintas medidas en este sentido pero sin duda la de mayor envergadura está constituida por el Programa Remediar. El mismo proveerá un listado de medicamentos esenciales a los cerca de 6.000 centros de atención primaria de la salud provinciales y municipales distribuidos en todo el país. Cuando el programa esté en pleno funcionamiento recibirán medicamentos todos los centros públicos de Atención Primaria de la Salud del país que sean capaces de cumplir con los requisitos mínimos de operación. El listado está diseñado de manera de poder brindar atención a entre el 70 y el 80% de las patologías más frecuentes en este nivel de atención.

La participación de cada provincia en el Programa Remediar ha sido acordada en el ámbito del Consejo Federal de Salud –COFESA. Para ello se establecieron criterios equitativos, automáticos y transparentes. Por un lado, un modelo de distribución primaria que determina la cantidad de cajas de medicamentos (botiquines) a ser entregados mensualmente en cada provincia. Por otro lado, un modelo de distribución de los medicamentos entre

los diferentes efectores de cada provincia. El criterio primario está definido por una fórmula polinómica integrada por dos componentes, uno relacionado con demanda y otro con necesidad. Para dar cuenta de la demanda se tomaron el total de consultas ambulatorias notificadas por la provincia a la Dirección Nacional de Estadísticas de Salud. Como indicador de necesidad se tomó población por debajo de Línea de Pobreza relevada por el SIEMPRO. Para la distribución secundaria se elaboró un listado de los centros en condiciones de ser efectores del programa, se remitió la información a las provincias solicitando que la corrijan y expandan. Se solicitó, además, que cada provincia informe la producción de consultas de los centros y se elaboró una primer propuesta de distribución secundaria considerando que cada botiquín abastece a 300 consultas. Luego esta propuesta fue revisada y modificada por los responsables provinciales. En algunas jurisdicciones se solicitó que haya botiquines móviles para médicos radiantes.

Remediar también tiene efectos colaterales. Por un lado, al incentivar la demanda directa en los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) fortalece la capacidad de los sistemas de salud provinciales y municipales de dar respuesta a sus habitantes jerarquizando la red asistencial. Por otro lado, Remediar promueve una intensa participación de la sociedad civil en diversas instancias del programa. Además, Remediar refuerza la política de uso del nombre genérico ya que los medicamentos serán prescritos y suministrados a la población por su DCI.

Pero lo más destacable, es que Remediar no sólo apunta a mejorar el acceso sino que también asume objetivos muy ambiciosos en la promoción del uso racional de los medicamentos. Esto se logrará: a) suministrando a la población los medicamentos en las cantidades adecuadas a los tratamientos integrales (minimizando discontinuidad y botiquines hogareños), b) estableciendo y difundiendo guías clínicas de tratamiento, c) capacitando a los prescriptores sobre uso racional y d) monitoreando en los CAPS la adecuada prescripción y suministro.