

Acerca del debate sobre medicamentos

*Ricardo López**

Para comenzar a abordar el tema de los medicamentos, el autor entiende que el centro del problema real está en la puja de intereses económicos, por una suma de 5700 millones de pesos por año (estimados a 2002 con dólar a \$3,50) por un lado y por la imposibilidad de acceder al medicamento por 18 millones de argentinos, la mitad de la población, por el otro.

Determinados temas, tales como genéricos *versus* no genéricos, laboratorios serios *versus* medicamentos “truchos”, calidad y control *versus* lo contrario, médicos *versus* pacientes, son ingredientes de un debate que están en la periferia del problema anterior.

En síntesis lo que se debate es si el medicamento es un bien social o un bien económico y si lo que se debe priorizar es la salud en una época de crisis como la que vive nuestro país.

* Presidente de Federación Argentina de Entidades Solidarias de Salud. El presente trabajo no representa la opinión de FAESS, sino una contribución al debate por el autor.

Este es el desafío en que necesariamente deben participar todos los actores: el estado, la población, los médicos, los farmacéuticos, los laboratorios. **No existen verdades absolutas de un solo lado, ni hay buenos y malos de la película de un solo bando. En consecuencia no queremos calificar peroyativamente a ninguno de los actores.** Preferimos contribuir al cambio en la dificultad cultural que atravesamos los argentinos de centrar el debate (y la solución de ser posible) sobre los núcleos del problema, y llegar con acuerdos de la mayoría de los actores, aunque sean parciales y transitorios. Es un problema de larga data, que ya fue una de las causas por la que cayó un gobierno (Arturo H. Illia), aunque las circunstancias sean diferentes. A diferencia de otros países en el nuestro no ha existido una política y hoy se aprecian las consecuencias.

Partimos de la base de que priorizamos el medicamento como un bien social, y que la preocupación central está en cómo la población accede a ellos. O sea, tomamos partido en el debate central. No es un debate ideológico, ni científico. Es un debate para asegurar la vida.

El centro del problema es reducir drásticamente los costos de los medicamentos al público.

Para esto debemos conocer da-

tos objetivos tales como:

- A) La incidencia del principio activo en el precio de un medicamento es del 7 al 15%. El resto del precio está dado por el envase (alrededor del 27%), el *marketing* (el 30%) y la distribución (cerca del 27%). Más del 90 % del mercado son genéricos, y no pagan patentes a los laboratorios que desarrollaron la droga. Creemos que algunas de estas cosas podrían revisarse, sin bajar la calidad.
- B) Durante toda la época de la convertibilidad el índice general de precios minoristas aumentó el 56,4% (entre marzo de 1991 y diciembre de 2001) mientras que los precios de los medicamentos aumentaron el 106 % promedio. Así llegaron a costar entre 3 y 6 veces más que en Europa. No sólo las primeras marcas lo hicieron. También se aprovecharon las más económicas. Y la culpa no la tuvo sólo el chanchito...
- C) En febrero de este año (2002) los precios aumentaron en pesos casi el 40%. Y en marzo, con un dólar a \$ 4 aumentaron los precios con referencia a un dólar estimado de \$ 7. Se constituyó así en el tercer gasto de la población después del alimento (el segundo para los mayores de 65 años). La diferencia para un mismo principio activo entre diferentes marcas ha llegado al 400 por ciento.
- D) Hoy están reduciendo los pre-

cios en algún caso al 60%, lo que prueba lo desmedido del aumento.

Desde el punto de vista del debate periférico también debemos conocer datos objetivos de la realidad, tales como:

- 1) Todos los medicamentos con nombre (marca), que se comercializan en las farmacias tienen controles de la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica). Este organismo efectúa un promedio de 1000 controles por mes y detecta cerca de un 1% de irregularidades. Es preciso señalar que quienes se opusieron en el pasado a estos controles fueron los grandes laboratorios, aduciendo que ellos tenían su control de calidad. **Existe una zona de controversia sobre los controles de la llamada biodisponibilidad de las diferentes marcas en general y por parte de la Anmat en particular. Es real que no todos controlan igual. Pero una cosa es hablar de calidad de control (tema en debate) y otra es decir que no existe un control. La prudencia debería ser la guía en este caso. No se debe politizar un debate técnico.**
- 2) El Vademécum básico de la OMS consta de cerca de 300 monodrogas que se consideran indispensables y probadas

para el tratamiento del 90% de las enfermedades. Con sus preparaciones, la farmacopea europea tiene cerca de 2000 presentaciones y la americana cerca de 2500. **En la Argentina se comercializan más de 15000 marcas, lo que no tiene precedentes mundiales.**

En Europa y EUA el gasto en medicamentos no representa más del 14 % del gasto total en salud. En nuestro país, sin ninguna epidemia, llegó a ser del 40% en la década de los '90.

- 3) Para que un medicamento nuevo sea aprobado en Suecia, debe reunir una de estas dos condiciones excluyentes: o tiene eficacia probada como nuevo tratamiento de una enfermedad o es más económico que el vigente. En los países más importantes del norte, incluidos Canadá y EUA, la mayoría de los medicamentos comercializados son genéricos. En Chile, el 70% de los productos son genéricos.
- 4) La OMS y la OPS recomiendan a los médicos recetar por monodroga y no por marca (DCI, Denominación Común Internacional). Se argumenta que los médicos se olvidaron de recetar los nombres genéricos pero no es cierto. Los buenos profesionales saben el nombre del principio activo y a diario lo indican en los hospitales, que a su vez adquieren monodrogas por licitación, de

diferentes marcas, a menor costo en envases hospitalarios. Si existen médicos que no reúnan este requisito, deberemos cuestionar qué tipo de medicina queremos. La división de la opinión médica al respecto es un problema de información y de intereses económicos. **Aunque debemos tolerar el debate y aceptar visiones honestas distintas de las entidades médicas.**

- 5) Se argumenta que las farmacias no tienen capacidad de asesorar a los pacientes sobre las drogas. **Es cierto que deberá revalidarse el rol del farmacéutico, ponerlo activamente en las farmacias y capacitarlo.** Mientras tanto, salvo excepciones, las farmacias no deberían fabricar medicamentos de manera casera. Y todos las marcas que hoy se comercializan en ellas, tienen control
- 6) Se ha dicho que la procedencia de la droga es distinta en los laboratorios de primera calidad que en los de segunda. En realidad, se sabe que ambos compran en los mismos lugares, con una diferencia. Los grandes laboratorios les venden a los más chicos estas drogas compradas originariamente para ellos. Luego no pueden acusarlos de dudosa precedencia de su monodroga.
- 7) No existen diferencias tajantes entre los laboratorios multina-

cionales, los grandes nacionales y los menores nacionales en el manejo comercial (sí en cuanto a capacidad instalada y gestión empresarial). Todos ellos han aumentados los precios y recién ahora están más predispuestos a competir. Echarle la culpa sólo a los grandes laboratorios no sería justo.

- 8) **Se ha comprobado fabricación de medicamentos falsos, aun en envases de gran calidad, robos de partidas de los grandes laboratorios para su reventa y otras maniobras dolosas. No hay una política clara que aborde la represión de tales delitos, que perjudica a los laboratorios .**

En síntesis, las opiniones sobre los temas secundarios del debate, aun en manos de comunicadores "serios", no siempre son reales. **No se puede negar que los laboratorios han mejorado mucho la salud de la población con sus descubrimientos. Ignorar los avances en el descubrimiento de nuevas drogas, sería absurdo.** También han contribuido con sus materiales y sus fondos a la capacitación médica, si bien han transitado por fronteras no claras entre la información y la influencia para la prescripción. Hoy en las publicaciones serias, los resultados de los estudios con drogas mencionan que se hicieron con fondos provenientes de determinado laboratorio. **Por sí solos los**

laboratorios no son los chicos malos de la película. También es determinante como se los controló.

Los médicos, criticados por el uso de la lapicera no son los únicos responsables tampoco de las deformaciones. No son dueños de los laboratorios y sufren la influencia de la publicidad en sus pacientes que les reclaman tal o cual medicamento, sin que esté probada su eficacia.

El estado ha estado ausente en este rubro hasta hace poco. Sería bueno que este avance continúe y que no haya funcionarios que se beneficien personalmente con estos cambios. El principal beneficiario debería ser la población.

Finalmente, ningún actor debería desgarrarse las vestiduras. Es más, en una casi utópica visión del futuro, sería bueno que permanecieran en el escenario estos actores o semejantes, aunque con otras reglas de juego. La fabricación en gran escala de medicamentos no es juego de niños y requiere de algo más que decisión política y dinero. El sector cooperativo y solidario puede aportar mucho hoy con sus decisiones y opiniones

El estado tampoco debería utilizar este debate para un beneficio político sectorial. Se trata, una vez más, de tomar el toro por las astas, antes de que nos embista. El protagonista principal debería ser el beneficiario real: la población.