

Diferenciales de Precios en Medicamentos Éticos. Una Comparación Latinoamericana

Daniel Maceira, Ph.D.*

2015

* Ph.D. en Economía. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Investigador Independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Profesor Titular de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). El presente trabajo se benefició con el apoyo del CONICET, el aporte de Farmacity, y con la información brindada por la oficina regional de IMS. Se agradece la colaboración de Alfredo Palacios y Luciana Battaglino Vassallo en la elaboración de este informe. La responsabilidad de las opiniones vertidas en este documento son exclusivas del autor. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

1.- Introducción

Existe abundante literatura sobre comparaciones internacionales de precios de medicamentos, varias de ellas alertando sobre las limitaciones metodológicas que desafían la posibilidad de utilizar tal información tanto con fines de política -en términos de efectividad y acceso-, como de *advocacy*, en la búsqueda de mayor equidad y cobertura. Más allá de la información surgida de organismos multilaterales o nacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Productivity Commission australiana o los informes del *Department of Health* del Reino Unido, una serie de trabajos publicados en medios académicos proponen aspectos metodológicos relevantes a los efectos de realizar ejercicios de *benchmarking* internacional de precios.

Dos principales conclusiones se desprenden de la revisión de este material. La primera de ellas, es que existe un *trade-off* entre la rigurosidad metodológica y la capacidad de generalización de los resultados. La segunda, es que la metodología debe responder de manera apropiada a los objetivos del estudio por los que se decide realizar el *benchmarking*, explicitando los supuestos en los cuales la misma se sustenta.

El objetivo del presente trabajo es producir una comparación metodológicamente robusta de precios de medicamentos éticos en un conjunto seleccionado de países de América Latina para el año 2014 desde el punto de venta al público. En tanto el peso de los desembolsos de bolsillo en este rubro sanitario es significativo en gran parte de los países de la región, conocer los diferenciales de precios constituye un aporte al conocimiento sobre el acceso a la atención de la salud.

2.- Antecedentes

Andersson (1993) observa -desde una perspectiva metodológica- la comparación internacional en precios de medicamentos, y avanza en la propuesta de una serie de lineamientos que reduzcan sesgos y faciliten el análisis comparado. Particularmente, sugiere la relevancia de comparar naciones similares en términos epidemiológicos y de niveles de ingreso y consumo, así como identificar una selección relevante y representativa de medicamentos en términos de volumen de ventas.

Más allá de tales consideraciones generales, el autor avanza en la discusión de tres tópicos específicos:

- . Identificar diferencias internacionales en empaquetamiento, dosificación y posología, sugiriendo el cómputo de un precio unitario o “extrapolar” el precio de un paquete teórico,
- . Seleccionar el precio relevante para la comparación, el que depende del objetivo del *benchmarking*. Específicamente, diferentes estructuras impositivas o de descuentos según tipo de cobertura y/o canal de venta entre países y dentro de un mismo país pueden generar precios diferenciados entre grupos poblacionales.
- . Ponderar por volumen de ventas los precios de los medicamentos cuando se trabaja en comparaciones de más de una clase terapéutica o principio activo.

Finalmente, y no por ello menos trivial, las comparaciones deben realizarse en una moneda homogénea, presentando precios en moneda constante de un año común, y ajustando por paridad de poder adquisitivo (PPA) en los casos de comparaciones internacionales. En esta dirección, Vachris y Tomas (1999) analiza precios para la OECD (un total de 32 países), y utiliza índices de PPA en relación a los tipos de cambio de mercado para realizar comparaciones de magnitudes monetarias, a fin de evitar subestimar la capacidad de compra relativa de naciones de menores ingresos. Asociado con ello, Wagner y McCarthy (2004) intenta avanzar en una explicación sobre los determinantes de las diferencias de precios de medicamentos entre países, proponiendo que las mismas están más vinculadas con la heterogeneidad en el ambiente regulatorio y de los seguros médicos que con políticas de las empresas del sector. A pesar de ello, mencionan que existe evidencia sobre mecanismos de discriminación de precios por cuestiones asociadas con la capacidad de pago, por lo que es posible observar una relación positiva entre ingreso per cápita y precios.

Danzon et al. (2011) intenta también identificar los determinantes de los precios mayoristas de un grupo definido de medicamentos (antibióticos y cardiovasculares en el canal minorista, medicamentos para HIV, malaria y tuberculosis para compras públicas) en una amplia gama de países de ingresos per cápita medios y bajos. Usando un pool de datos de IMS y GPRM para el período 2004-2008, los autores estiman un modelo de cuasi diferencias en diferencias (quasi DID) para el logaritmo de los precios, incorporando dummies indicativas del canal de venta, así como efectos fijos para controlar por fluctuaciones cambiarias. La unidad de análisis es el precio promedio anual de cada principio activo en cada país, aplicándose la conversión a dosis diaria definida (DDD) recomendada por la OMS.

En particular, se estudia el efecto sobre los precios de elementos como el ingreso per cápita y las asimetrías en la distribución del ingreso de cada país, el grado de competencia en los mercados (sustitutos terapéuticos y existencia de genéricos) y, para el caso de los medicamentos comercializados por el canal institucional, el canal de venta. Los resultados muestran diferenciales de discriminación de precios acordes con la capacidad de pago promedio en cada mercado nacional, en tanto no se verifica que la asimetría en la distribución del ingreso genere incentivos para que los productores con poder de mercado fijen precios mayores -relativos al ingreso per cápita del país- que los que surgirían si la distribución del ingreso fuese más simétrica.

Con respecto al nivel de competencia, la predicción es que los medicamentos de marca resultarían más caros en presencia de competencia de genéricos que en su ausencia. En los países de ingreso medio y bajo, la existencia de al menos un competidor genérico incrementa los precios un 27%, lo que valida la hipótesis de segmentación. Finalmente, las compras mayoristas a gran escala por parte de gobiernos u ONGs se caracterizan por menores precios de los medicamentos originales y genéricos en relación a los observados en la cadena minorista.

Otro trabajo de Danzon (1999) arriba a similares resultados que Andersson, al analizar y criticar el Minority Staff Domestic Report y el Minority Staff International Report, presentados ante el Congreso de los Estados Unidos en el año 1998. Estos reportes argumentaban que los precios promedio de los medicamentos que enfrentaban los

estadounidenses en edad avanzada eran un 72% más caros que los precios en Canadá y un 102% más caros que el promedio de esos mismos precios en México. Según Danzon, tales comparaciones padecen errores metodológicos que sesgaron los resultados, listando una serie de buenas prácticas en materia de comparaciones internacionales de precios, entre las cuales se encuentran: la adecuada selección de productos en la muestra, la definición de criterios comparables de productos con diferentes compuestos activos, marcas, dosis y presentación, la selección uniforme del punto de la cadena de distribución a considerar (fabricantes, comercializadores y minoristas), y la preferencia por ponderar el precio de cada producto según la incidencia del mismo en el gasto.

La importancia de un análisis metodológico robusto se manifiesta en el estudio de Acción Internacional para la Salud (2001), que compara precios de diez medicamentos entre seis países (Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Nicaragua y Perú). El estudio observa precios del producto innovador, similar de marca más económico, el genérico más caro y el menos oneroso. Comparando precios al público en dólares corrientes, encuentra que Argentina se caracteriza por presentar precios más altos y un menor rango de variación entre tipos de productos de igual clase. Los autores argumentan que estos resultados “permiten afirmar que la determinación de precios de los medicamentos en estos países no parece tener relación con los costos de producción y márgenes de utilidad aceptables, sino que se fijan a los niveles que el mercado pueda soportar”. No obstante, reconocen que se necesitan estudios más detallados para tener en cuenta algunos factores metodológicos que son omitidos en el trabajo en cuestión (impuestos y aranceles, tasas de inflación, grado de penetración de genéricos, corrección por paridad de poder adquisitivo, etc.). Es necesario notar, asimismo, que los perfiles socio-sanitarios de los países seleccionados son muy desiguales, lo que afecta la estructura de necesidad y demanda del sistema por iguales productos. Similares limitaciones se encuentran en el estudio de Tafuri et al. (2003), donde se comparan promedios simples de canastas de precios promedio para un grupo de veintidós productos de marca y genéricos en nueve países de diferente desarrollo económico y sanitario (Francia, Alemania, Italia, Reino Unido, República Checa, Polonia, Kyrgystán, Rusia y Tayikistán). Una conclusión general de interés que arroja este estudio es que el precio mediano de los genéricos tiene una relación positiva con el PIB per cápita de los países, aunque la falta de corrección por paridad de poder adquisitivo de las monedas nacionales impide una proyección robusta de los resultados.

Proponiendo una perspectiva complementaria, Danzon y Furukawa (2008) realiza una comparación del gasto en medicamentos y sus precios en doce países (entre los que se incluyen los EE.UU., Canadá, Australia, Chile, Brasil, México y un conjunto de países de Europa) para el año 2005. El artículo señala que el mayor volumen de medicamentos consumidos per cápita observado en otros países en relación a EE.UU. proviene de la antigüedad de los productos utilizados, incorporando un argumento de rezago en la difusión de nuevas drogas como consecuencia de los diferentes regímenes regulatorios existentes. Asimismo, enuncia que los márgenes de distribución mayorista-minorista en Estados Unidos son menores que en el resto de los países, los que normalmente enfrentan regulaciones más estrictas aunque menor competencia.

En base a información proveniente de unas 40 encuestas a nivel país sobre precios de medicamentos para enfermedades agudas y crónicas en farmacias y hospitales públicos, Cameron et al. (2009) elabora índices locales -corregidos por PPA- con respecto a un parámetro internacional, que representa los precios de abastecimiento ofrecidos a países de bajos ingresos o que resultan de licitaciones internacionales para el año 2004. Para las 15 drogas seleccionadas, el promedio del ratio de precios medianos en las 39 encuestas que cuentan con datos de compras públicas arrojó un valor de 1,11, cercano a la igualdad. Los precios de abastecimiento público en los países de América Latina (Río de Janeiro-Brasil, El Salvador y Perú) se observaron relativamente alineados con el parámetro internacional, en tanto que en otras regiones como África y el Pacífico los precios reflejaron ser entre un 30% y un 40% superiores.

Por su parte Urbiztondo et al. (2013), dentro del marco de estudio del sector productor de medicamentos en Argentina, ofrece una comparación de precios a 2011 de una canasta de medicamentos que incorpora cinco grupos terapéuticos. Los países incluidos son Brasil, Colombia, Ecuador, México, Perú y Venezuela, estableciendo sus comparaciones en dólares estadounidenses, con corrección por PPA. Los resultados muestran que los precios difieren marcadamente entre países, con brechas de hasta dos veces y media entre extremos.

Dentro del marco regional, Nóbrega et al. (2007) propone una comparación de un listado de precios minoristas de medicamentos esenciales en el mercado privado brasileño con dos estándares de precios: el sector minorista sueco y los precios mayoristas de proveedores internacionales de medicamentos. Si bien el trabajo refleja ciertas limitaciones metodológicas (ignora cuestiones de comparabilidad de los sistemas de salud en países de desarrollo desigual, falla en la aplicación del ajuste por PPA), el ejercicio sugiere que los precios en Brasil resultan onerosos a la luz de la comparación con un país desarrollado como Suecia, y que el margen de ganancia del segmento distribución/minorista brasileño es elevado. Con características metodológicas similares (precios a tipos de cambio de mercado, sin corrección por PPA), Tobar y Charreau (2011) seleccionan para Argentina dos grupos de medicamentos y los comparan con otras naciones del Mercosur, España e Inglaterra. Para ello utilizan una canasta de doce productos biotecnológicos, drogas con creciente participación en las erogaciones del sistema sanitario en el país, y dos formas comerciales en productos masivos de bajo costo (Clonazepam e Ibuprofeno). El artículo concluye que del total de países analizados y para la totalidad de los medicamentos de alto costo, la Argentina ofrece precios más elevados, de aproximadamente un 64% por sobre los valores más económicos identificados. Sin embargo, en la comparación entre medicamentos de bajo costo, el país muestra los precios más bajos de la región.

La mirada de la Organización Mundial de la Salud también ha planteado los desafíos metodológicos de las comparaciones de precios internacionales (OMS, 2008). A modo de ejemplo, establece que “la elección (de países en la comparación) es variable, dependiendo del propósito de la investigación (....) Comparar países muy ricos con otros muy pobres puede llevar un mensaje fuerte a la opinión pública”, por lo que deberían considerarse “similares en términos de riqueza económica y desarrollo, similares en tamaño poblacional y tener un sistema de salud similar en términos de estructura y

acceso”. Asimismo, reitera la conveniencia de ajustar por PPA en aquellos casos en los que se avanza en comparaciones de precios minoristas, debido a que un componente importante del precio reside en su naturaleza no transable (salarios, impuestos, fletes, etcétera). No obstante, la fuente sugiere que los precios de medicamentos de “marca innovadora” sí están sujetos a estrategias de precios locales, y por ende deberían ser corregidos.

Finalmente, un estudio reciente realizado por Machado et al. (2011) presenta un meta-análisis metodológico y de resultados obtenidos en la literatura de comparaciones internacionales de precios de medicamentos. Los autores realizan una búsqueda sistemática para identificar 130 trabajos publicados y de literatura gris, y evalúan la metodología empleada a la luz de los criterios establecidos en Andersson (1993), estableciendo que sólo el 10% de estos estudios cumplen con todos esos criterios. El artículo arroja pocas conclusiones debido a que la mayoría de las comparaciones tienen muy pocos países en común y presentan incompatibilidades metodológicas (precios mayoristas/minoristas, uso de PPA/dólares corrientes, etc.). No obstante, surge como un patrón el hecho de que países como Alemania, Suecia, Estados Unidos y Reino Unido tienen consistentemente mayores precios de medicamentos que en otros países, contribuyendo a la hipótesis que vincula precios de medicamentos con nivel de ingreso.

Existe un segundo grupo de trabajos que realizan ejercicios de comparación de precios con el fin de evaluar el impacto de cambios regulatorios o de política sobre el desempeño en el mercado farmacéutico, su nivel de competitividad y eventualmente sobre la penetración de los genéricos como potencial efecto pro-competitivo.

Un ejemplo de este tipo de literatura lo proporciona la Oficina de Comercio Justo (*Office of Fair Trading*) británica. La misma realizó en 2007 un estudio integral sobre el esquema regulatorio de precios de medicamentos en el Reino Unido, anexando una revisión de los aspectos metodológicos relevantes para la comparación de precios internacionales, en línea con Andersson (1993). A partir de ello, el informe muestra comparaciones de precios mayoristas realizadas por el *Department of Health* en el año 2005. Usando un índice de precios ponderado para el Reino Unido, se obtiene que los precios de los medicamentos son significativamente mayores a los de Estados Unidos, Alemania y Finlandia, pero menores al resto de los países europeos.

En la misma dirección, se identificó una evaluación detallada del esquema de regulación de precios de los medicamentos vigente en Australia, donde se aplica una política amplia de subsidios (*Pharmaceutical Benefits Scheme*, en adelante PBS) y se monitorea activamente los precios de los medicamentos de marca (*single source*). En este marco, en el año 2001 se le encomendó a la *Productivity Commission* realizar una comparación internacional de los precios mayoristas de los medicamentos que estaban dentro del PBS. Se seleccionaron los 150 compuestos más importantes del gasto del PBS (representando más del 80% del total), que corresponden a 584 presentaciones comercializadas. El trabajo presenta relaciones de índices de precios de Laspeyres usando las cantidades del PBS. Respecto a la selección de la muestra, el trabajo incluye países desarrollados que tienen sistemas de subsidios amplios (Reino Unido, Suecia, España, Nueva Zelanda y Francia) y otros donde los beneficios son más acotados (Estados

Unidos y Canadá). Los autores utilizan precios de lista y se trabaja en dólares australianos corrientes, prescindiendo de un ajuste por PPP.

En líneas generales, los resultados muestran que el promedio de los precios de los medicamentos más vendidos en Australia es al menos un 162% menor en Estados Unidos (con precios de lista, un 84% cuando se corrige por descuentos) y cerca de un 50% mayor en Reino Unido, Canadá y Suecia, con diferencias de precios poco significativas con el resto de los países.

El trabajo explicita que la heterogeneidad en los esquemas de subsidios y el régimen regulatorio de precios en la muestra pueden estar influyendo los resultados. El estudio también sugiere que puede existir otro tipo de factores (condiciones específicas de demanda, acuerdos de patentes, demoras en la difusión de medicamentos, el nivel de la competencia entre sustitutos terapéuticos, estructura de costos, etcétera) que influyen en la estructura de precios diferenciales entre países. De todas formas, los autores del trabajo argumentan que la regulación australiana ha servido para mantener los precios de medicamentos relativamente bajos.

3.- Metodología

El principal desafío en la comparación internacional de precios de medicamentos es metodológico. Como se discutió en detalle en la sección previa de este trabajo, la revisión de literatura cuenta con profusos antecedentes en la materia, aunque escasos en la región latinoamericana. Asimismo, una serie de factores asociados con las capacidades de comparación entre valores nacionales en muchas oportunidades agregan incertidumbre sobre los resultados alcanzados. A partir de ello, se propone en este trabajo identificar y hacer explícitos los criterios seleccionados para la confección de la base de datos utilizada, procurando abordar a través de ellos las trazadoras propuestas por la literatura para favorecer el espacio comparativo.

En primer lugar, se seleccionaron para la comparación un grupo de países de la región con ingresos medios-altos y perfiles epidemiológicos acorde: Argentina, Chile, Uruguay, México, Brasil y Colombia. Aunque con diferencias organizativas, en todos estos países es posible identificar espacios de aseguramiento social amplio en sus sistemas de salud, aunque con particularidades idiosincráticas en términos de garantías de derechos explícitas.

Para todos los países se seleccionó un grupo idéntico de diez clases terapéuticas que representan entre un 20 y 28% del total de las ventas del sector, y que reflejan una variedad de necesidades sanitarias que demandan su consumo en el mercado ético. Ellas son: anti-ulcerosos, tratamiento de la enzima inhibidora de angiotensinas, medicamentos para la regulación del colesterol/triglicéridos, anticonceptivos hormonales sistémicos, productos para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna, penicilinas, antirreumáticos no esteroides, analgésicos no narcóticos antipiréticos, antiepilépticos y tranquilizantes.

Todos los productos fueron expresados en unidades terapéuticas equivalentes al interior de cada grupo, y a partir de ellos se calcularon los precios unitarios con base en la

información provista por IMS, tomando como parámetro la presentación más vendida de cada clase en los mercados de Argentina, los que fueron utilizados como “productos patrón”. De este modo, para cada clase terapéutica a lo largo de los países de la muestra se transformó la base original en cantidades y precios equivalentes, en dólares de cada país.

Posteriormente, se compararon los precios de venta al público en farmacias de los productos líderes (P_L) de cada clase, como así también del precio promedio (P_x) y del promedio ponderado (P_{px}) de los diez productos más vendidos dentro del mismo grupo terapéutico. Esta decisión se atribuye a las características de los mercados farmacéuticos: diferenciación de productos basados en lealtad a la marca como norma de prescripción/consumo que influyen en la consideración de variables no-precio como determinantes de la elección (Maceira, 1999; 2011).

A fin de poder precisar una comparación robusta, se tradujeron todos los precios en dólares corregidos por paridad de poder adquisitivo (PPA), permitiendo una medida homogénea para el análisis comparado entre países. Su justificación descansa en la existencia de bienes no transables y a las diferencias en la productividad de los sectores transables y no transables entre las diferentes economías, particularmente cuando se analizan precios en niveles de comercio minorista¹.

La información disponible de precios comparables terapéutica y económicamente entre países fue traducida a precios índices, usado como patrón el correspondiente al precio promedio de Argentina en cada uno de los casos (tomando el valor 100).

Finalmente, el documento avanza en el diseño de un índice compuesto para la comparación internacional de precios de medicamentos. Todos los índices utilizados tienen la propiedad de permitir el contraste de la agregación. Su construcción sigue la literatura tradicional sobre índices de Laspeyres y Paasche.

De este modo, se propone el cálculo de la canasta de cada país mediante la suma ponderada de los precios y las cantidades vendidas para las diez clases terapéuticas consideradas, expresadas tanto en términos del precio del producto líder como del precio promedio ponderado de los diez productos más vendidos de cada mercado. De este modo no sólo los precios, sino también las cantidades, dependen de las particularidades de cada país (Paasche).

Complementariamente, se toma una canasta uniforme para los seis países (en este caso, la de Argentina), que actúa como parámetro de ponderación fija. Tal canasta se precia en las seis naciones, reflejando cómo el mismo patrón de consumo varía en sus precios a lo largo de la región (Laspeyres).

Danzon y Chao (2000), al comparar precios de medicamentos en el nivel mayorista en Estados Unidos con otras naciones desarrolladas (Canadá, Francia, Alemania, Italia,

¹ Una mayor productividad relativa en el sector transable, normalmente reflejada en un mayor nivel de ingreso per cápita, eleva los salarios en la economía y por ende el precio de los productos no-transables, resultando en mayores niveles de precios en los países de mayor riqueza económica. El uso de la corrección por PPA corrige esta potencial distorsión en la comparación internacional.

Japón y Reino Unido), debaten sobre la preferencia de utilizar índices de Laspeyres, en tanto tiende a sobreestimar el valor de los medicamentos en los otros países -distinto al usado como patrón- debido a la omisión del cambio en precios relativos (efecto sustitución).

Berndt (2000) también hace mención al problema que reviste trabajar en la construcción de índices de precios, reconociendo la necesidad de avanzar en cálculos ponderados por ventas para que sean representativos. Sin embargo, el aporte del autor es que las diferenciales de índices entre países más allá del tipo de indicadores (Laspeyres, Paasche), debiera ser consistente a fin de identificar resultados robustos. Asimismo, y reforzando el argumento esgrimido en párrafos anteriores, este autor plantea que buena parte de las diferencias de precios de medicamentos se podría atribuir a los componentes de la cadena de distribución (salarios, impuestos, costos logísticos y de comercialización, etc.), que son típicamente no transables, haciendo necesario el uso de correcciones por Paridad de Poder Adquisitivo (PPA).

4.- Resultados

4.1.- Sistemas de Salud y Contexto Socioeconómico

Según la información provista por el Banco Mundial para el año 2014, si bien las diferencias en población son marcadas, con extremos en Brasil (con más de 200 millones de habitantes, y Uruguay con menos de 3,5 millones), los seis países bajo análisis cuentan con un ingreso per capita superior a los diez mil dólares internacionales.

Chile y Argentina lideran con 18.182 y 17.917 dólares internacionales por persona respectivamente, escoltados por Uruguay y México, con valores en el entorno del los 15.500 U\$S PPA. Ellos son seguidos por Brasil y Colombia con 11.876 y 10.967 dólares corregidos por PPA.

Los gastos en salud per cápita reflejan una fuerte correlación con el ingreso -con un leve rezago relativo de México-, al igual que los indicadores de mortalidad infantil y años de vida perdidos por enfermedades transmisibles: a mayor ingreso, mayor es el gasto en salud per cápita, menor la mortalidad infantil (donde Argentina, a diferencia de Uruguay, muestra indicadores más elevados que el promedio), y menor incidencia de las enfermedades transmisibles en el perfil epidemiológico.

En este último caso, la mayor brecha se encuentra entre Chile y Colombia, donde el peso de las enfermedades contagiosas en este último país es 3,6 veces mayor que en la nación del Pacífico.

Cuadro 1

Indicadores Socioeconómicos y Sanitarios, año 2013

	Uruguay	Mexico	Colombia	Chile	Brasil	Argentina
Producto Bruto Interno per Capita (en US PPP)	15.865	15.334	10.967	18.182	11.876	17.917
Población	3.407.062	122.332.399	48.321.405	17.619.708	200.361.925	41.446.246
Gasto en salud per cápita (en US PPP)	1.427	1062	723	1.606	1.109	1551
Participación del Gasto Público sobre el Total (en %)	66,6	51,8	75,8	48,6	46,4	69,2
Tasa de mortalidad infantil	6,2	13,9	15,1	7,8	12,9	12,7
% AVPP por enfermedades transmisibles	14%	19%	36%	10%	20%	18%

Fuente: FMI 2014, y Institute for Health Metrics and Evaluation 2014.

La organización de los sistemas de salud entre los países escogidos muestran diferencias relevantes, aunque en todos los casos se han articulado mecanismos de protección financiera de la población². Estos mecanismos descansan en estructuras públicas de aseguramiento -aunque con garantías explícitas muy diferenciadas-, o en modelos institucionales de aseguramiento social, con mayor o menor grado de coordinación entre ellas.

El modelo chileno establece un modelo segmentado, donde coexisten una estrategia pública de aseguramiento social con pilar en el FONASA, aunque aún con un espacio de subsidio a la oferta tradicional, y una cobertura de seguros privados que captura a aproximadamente un cuarto de la población. Un programa de crecientes garantías explícitas ha estado dirigido a reducir las brechas de acceso, aunque la participación estatal en el financiamiento sigue siendo relativamente baja para el promedio del grupo.

El caso colombiano ha propuesto resolver la segmentación sectorial mediante la creación de un sistema de cobertura universal donde el financiamiento es gerenciado por el Estado, que concentra el 75% del financiamiento, tanto para la oferta pública como para la estructura de aseguramiento social, paquete de servicios definido y corregido. La gestión privada del gerenciamiento de este segundo subgrupo y las brechas de ingreso vuelven compleja la homogeneidad de garantías, elemento clave de las iniciativas recientes de reforma.

Uruguay tomó estos dos casos sistémicos y los aplicó a un modelo que procura unificar el plan de aseguramiento y cobertura, pero manteniendo la infraestructura pública y la amplia presencia mutual que brinda acceso a más del cincuenta por ciento de la población del país. La convergencia hacia una garantía unificada de derechos ha llevado a un reacomodamiento de afiliaciones y recursos, y a una creciente definición de servicios incorporados al programa y nominalidad.

El modelo argentino de descentralización profunda en el subsistema público, al igual que el protagonismo sindical en la gestión de las instituciones de seguridad social y del sector privado en la provisión de servicios, no encuentra paralelo en la región. Sin embargo, la estrategia de cobertura universal permite amplios espacios de comparación

² Para un análisis de los sistemas de salud regionales, y los paralelos entre ellos, ver Maceira (2014).

con los modelos anteriores: definición amplia de garantías explícitas en el subsector de las obras sociales -con una cobertura cercana al 60% de los argentinos- con subsidios cruzados entre instituciones, y un sector público que avanza en la nominalidad y en el establecimiento de trazadoras de seguimiento. Como consecuencia, aproximadamente el 70% del financiamiento es gerenciado por instituciones solidarias y estatales.

El caso mexicano se aparta de los anteriores en la medida que sigue respetando un esquema segmentado de cobertura entre instituciones públicas y de seguridad social, con escasa coordinación entre ellas. Sin embargo, durante los últimos años ha avanzado en una iniciativa de cobertura explícita de servicios y nominalidad, el Seguro Popular, que en alguna medida lo emparenta con el Plan Nacer/Sumar argentino y el AUGE chileno.

Más alejado, el Sistema Único de Salud constituye el modelo de cobertura universal escogido por Brasil. El mismo descansa en un planteo tradicional de subsidio a la oferta, aunque con una marcada descentralización en la gestión territorial. No se observan garantías explícitas ni estructuras de aseguramiento social, aunque sí un proceso de coordinación con la oferta privada que ha permitido aumentar la cobertura geográfica, abriendo el debate sobre la eficacia en la asignación de recursos. La presencia de aseguramiento con fines de lucro es relativamente alto, comparable con aquella de las ISAPRES en Chile.

4.2.- Consumos por País y por Grupo Terapéutico Seleccionado

Esta sección presenta brevemente los parámetros sobre los cuales se desarrolla el resto del documento, siguiendo la metodología de cálculo desarrollada en la segunda sección. El Cuadro 2 resume, para cada una de las diez clases terapéuticas seleccionadas y para cada país, las ventas en dólares corrientes del 2014, en tanto que el Cuadro 3 refleja los mismos montos, pero expresados en dólares corregidos por Paridad de Poder Adquisitivo, de acuerdo a los índices publicados por el Fondo Monetario Internacional.

Cuadro 2

Ventas por principales clases terapéuticas por países. En U\$D corrientes

Grupo Terapéutico	Uruguay	Mexico	Colombia	Chile	Brasil	Argentina
Antiulcerosos	8.617.548	265.053.154	23.444.215	37.688.080	411.751.827	259.816.252
Inhibidores de la Enzima Inhibidora de Angiotensinas (ECA) Solos	10.714.536	403.655.929	82.794.411	53.069.791	973.771.259	258.351.622
Regulación de colesterol/triglicéridos	5.331.251	124.618.357	29.525.882	24.586.213	979.364.637	244.046.716
Anticonceptivos Hormonales Sistémicos	7.329.066	269.964.534	49.724.849	26.613.743	1.018.808.975	235.726.634
Tratamiento de la Hiperplasia Prostática Benigna	15.864.865	163.883.616	109.344.479	100.288.997	996.472.911	176.876.069
Penicilinas de Amplio Espectro	15.454.511	407.941.619	128.869.896	53.458.682	1.211.353.684	137.494.975
Antirreumáticos No Esteroides	7.242.282	117.352.024	37.629.073	22.000.732	428.669.838	116.032.629
Analgesicos No Narcóticos Antipiréticos	3.375.078	38.423.389	6.420.543	2.955.945	402.087.325	104.448.019
Antiepilepticos	2.809.112	56.602.864	10.735.962	8.937.075	131.325.561	97.468.124
Tranquilizantes	4.303.911	85.469.669	8.060.411	6.050.432	226.952.966	74.858.494
Otras	281.606.700	7.054.929.721	1.950.195.081	1.241.576.353	20.728.201.928	4.540.591.506
Total mercado	362.648.860	8.987.894.874	2.436.744.803	1.577.226.043	27.508.760.912	6.245.711.040

Fuente: IMS, 2014

Como puede observarse en la comparación entre ambos cuadros, las diferencias son marcadas y no homogéneas entre países, capturando el efecto de precios internos de

cada nación que responden a estructuras de salarios y valores de compra que ameritan de corrección. Estas clases terapéuticas representan una porción significativa del mercado (considerando que el total de grupos asciende a un número cercano a cien).

Cuadro 3

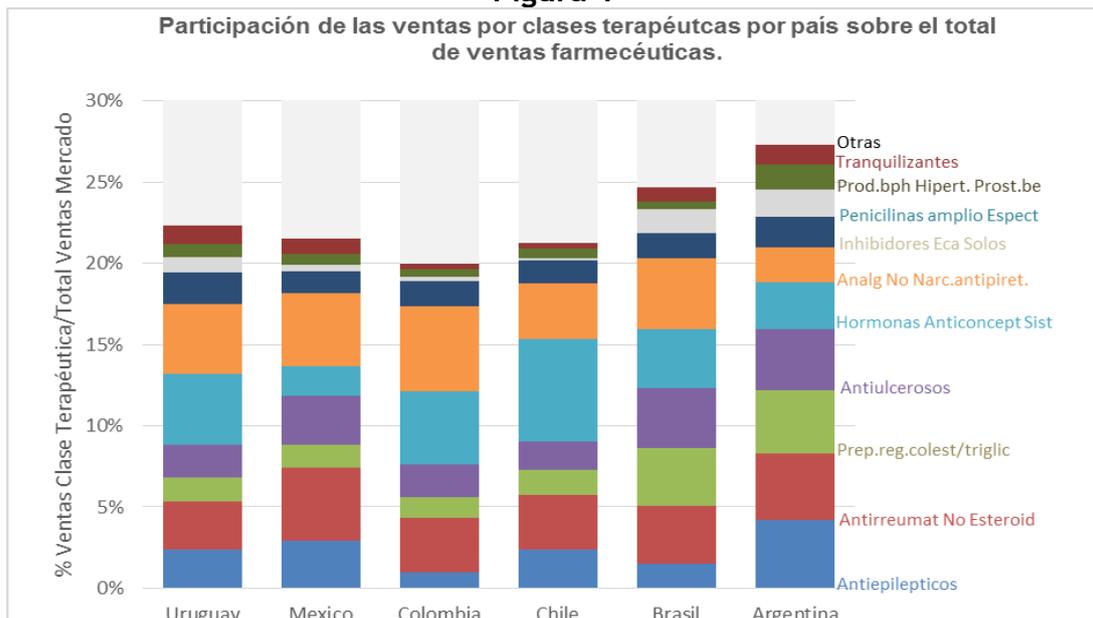
Ventas de principales clases terapéuticas, por país (en U\$D ajustado por PPA, 2014)

Grupo Terapéutico	Uruguay	México	Colombia	Chile	Brasil	Argentina
Antiulcerosos	10.326.887	432.795.815	37.295.951	53.832.514	552.331.411	395.021.703
Inhibidores de la Enzima Inhibidora de Angiotensinas (ECA) Solos	12.839.826	659.115.328	131.712.504	75.803.285	1.306.234.529	392.794.896
Regulación de colesterol/triglicéridos	6.388.735	203.484.858	46.970.899	35.118.202	1.313.737.588	371.045.878
Anticonceptivos Hormonales Sistémicos	8.782.828	440.815.430	79.104.184	38.014.266	1.366.648.942	358.396.118
Tratamiento de la Hiperplasia Prostática Benigna	19.011.752	267.599.694	173.949.364	143.249.771	1.336.686.939	268.920.382
Penicilinas de Amplio Espectro	18.520.001	666.113.277	205.011.140	76.358.765	1.624.931.927	209.045.811
Antirreumáticos No Esteroides	8.678.830	191.619.922	59.861.763	31.425.180	575.025.540	176.414.702
Analgesicos No Narcóticos Antipiréticos	4.044.544	62.740.177	10.214.044	4.222.182	539.367.272	158.801.592
Antiepilépticos	3.366.316	92.424.792	17.079.178	12.765.448	176.162.503	148.189.438
Tranquilizantes	5.157.616	139.560.365	12.822.809	8.642.254	304.438.849	113.814.010
Otras	337.464.998	11.519.742.383	3.102.444.639	1.773.430.114	27.805.188.153	6.903.464.173
Total mercado	434.582.332	14.676.012.039	3.876.466.475	2.252.861.981	36.900.753.653	9.495.908.705

Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

En la Figura 1 se observa que en Colombia la participación relativa de las ventas de clases seleccionadas sobre la suma de ventas totales del mercado asciende al 20%, con porcentajes prácticamente similares en Chile y México, seguido por Uruguay y Brasil, éste último con un 25% de incidencia. El caso argentino refiere a un peso marginalmente mayor, en el entorno del 27%. Al interior de la familia de grupos terapéuticos, sin embargo, los pesos relativos reflejan diferencias. Ellas muestran un peso mayor de los analgésicos en Colombia, mayor incidencia de los antiulcerosos en Argentina y Brasil, y de los tranquilizantes en Uruguay, sólo para establecer algunas variaciones intra-región.

Figura 1



Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014.

De todos modos, los montos expresados en los cuadros previos se encuentran influenciados por la escala poblacional de cada caso, por lo que el Cuadro 4 establece una corrección de ventas per cápita por clase terapéutica y para el total, en dólares PPA.

La media regional de ventas per cápita es de 144 USD internacionales para el total de los diez grupos. Argentina se ubica un 58% por sobre el promedio regional, argumento ya identificado en otros trabajos anteriores (Maceira, 1999). En segundo lugar se encuentra Brasil, también con un peso superior al promedio del grupo -lo que refleja un consumo de 27,89% más alto-. Chile y Uruguay se mantienen marginalmente por debajo, en tanto que México y Colombia se hallan relativamente más retrasados, con 16,68% y 44,29% menos que el promedio regional.

Obviamente, este patrón en el conjunto no se replica homogéneamente a lo largo de las clases terapéuticas incluidas en este trabajo, con marcadas diferencias en el análisis por grupo.

Cuadro 4

Ventas per capita de principales clases terapéuticas, por país (en U\$D ajustado por PPA, 2014)

Grupo Terapéutico	Uruguay	Mexico	Colombia	Chile	Brasil	Argentina
Antiulcerosos	3,03	3,54	0,77	3,06	2,76	9,53
Inhibidores de la Enzima Inhibidora de Angiotensinas (ECA) Solos	3,77	5,39	2,73	4,30	6,52	9,48
Regulación de colesterol/triglicéridos	1,88	1,66	0,97	1,99	6,56	8,95
Anticonceptivos Hormonales Sistémicos	2,58	3,60	1,64	2,16	6,82	8,65
Tratamiento de la Hiperplasia Prostática Benigna	5,58	2,19	3,60	8,13	6,67	6,49
Penicilinas de Amplio Espectro	5,44	5,45	4,24	4,33	8,11	5,04
Antirreumáticos No Esteroides	2,55	1,57	1,24	1,78	2,87	4,26
Analgesicos No Narcóticos Antipiréticos	1,19	0,51	0,21	0,24	2,69	3,83
Antiepilépticos	0,99	0,76	0,35	0,72	0,88	3,58
Tranquilizantes	1,51	1,14	0,27	0,49	1,52	2,75
Otras	99,05	94,17	64,20	100,65	138,77	166,56
Total mercado	127,55	119,97	80,22	127,86	184,17	229,11

Fuente: elaboración propia en base a IMS, 2014, FMI (PPA) y Banco Mundial (población), 2014.

4.3.- Niveles Comparados de Concentración de Mercado, por Clase Terapéutica

Como fuera mencionado, el proceso de selección del producto farmacéutico no necesariamente se vincula con aquel que se ofrece al precio más barato dada la misma acción terapéutica, sino que se encuentra asociado con parámetros de reputación, lealtad y calidad percibida. Ello establece el nivel de competitividad del grupo terapéutico y la posibilidad de fijar precios por parte de las marcas líderes. En esta sección se aborda un análisis simple de concentración de mercado por grupo terapéutico a lo largo de los seis países de nuestra muestra, para luego observar, en la sección próxima, su correlato en términos de presentación de precios en el mercado.

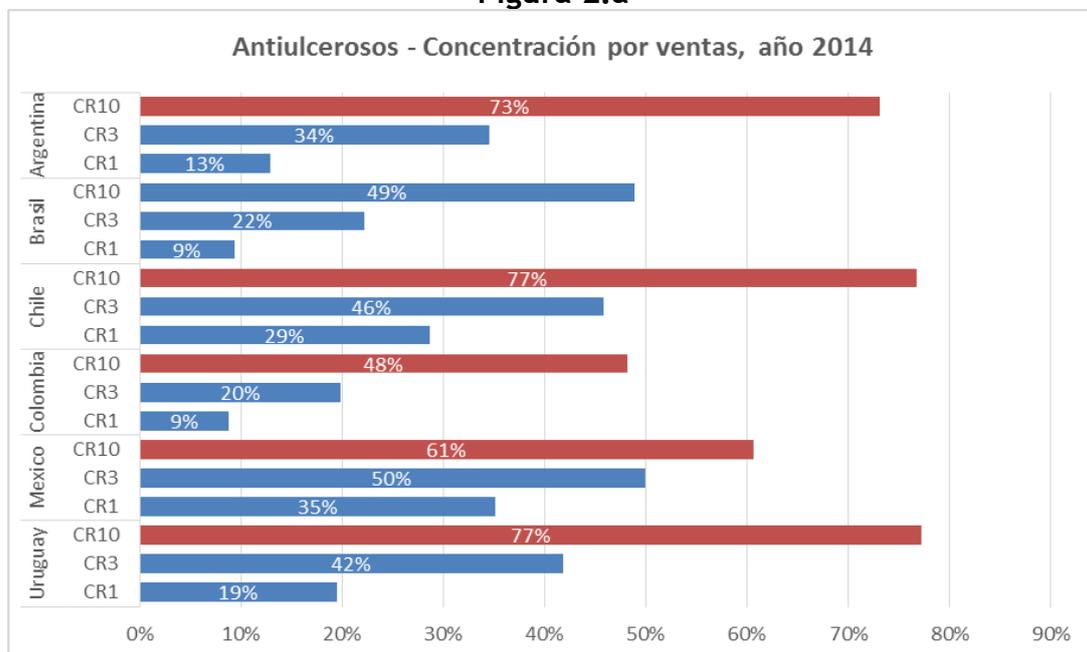
La Figura 2 (de 2.a a 2.j) refleja los niveles de concentración del mercado, definido como la participación del producto líder (CR1), de los tres primeros productos (CR3), y de los diez primeros (CR10) en las ventas del mercado. Cada figura sucesiva presenta esta información para una clase terapéutica y la compara entre los seis países seleccionados. Complementariamente, en el anexo se refleja idéntica información pero concentrando para cada país los datos de todos los grupos terapéuticos.

Se observa que la participación relativa del líder del mercado en los seis países, tomando un promedio de las diez clases terapéuticas, resulta ser similar y cercana al 19%, donde sólo Brasil muestra un valor significativamente menor, de 11,7% de las ventas. El segundo país con la menor tasa de concentración del producto principal es Colombia, con 18%. Al calcular los promedios regionales de la concentración a la tercera firma, el valor alcanzado es de 39,55%, donde nuevamente Brasil alberga a los mercados menos concentrados en sus ventas, con 26% en el primer caso, y más alejado Colombia, con un promedio de 37%.

Sin embargo, la dispersión entre clases terapéuticas es amplia: mientras que en Argentina, Brasil y Colombia la diferencia en la participación de la primera firma es de 4,5:1 entre las diez clases consideradas, esta razón entre grupos terapéuticos cae en Chile y Uruguay a una razón de 3:1, y alcanza su mayor nivel de homogeneidad dentro de la muestra considerada en México, con una dispersión de 2:1.

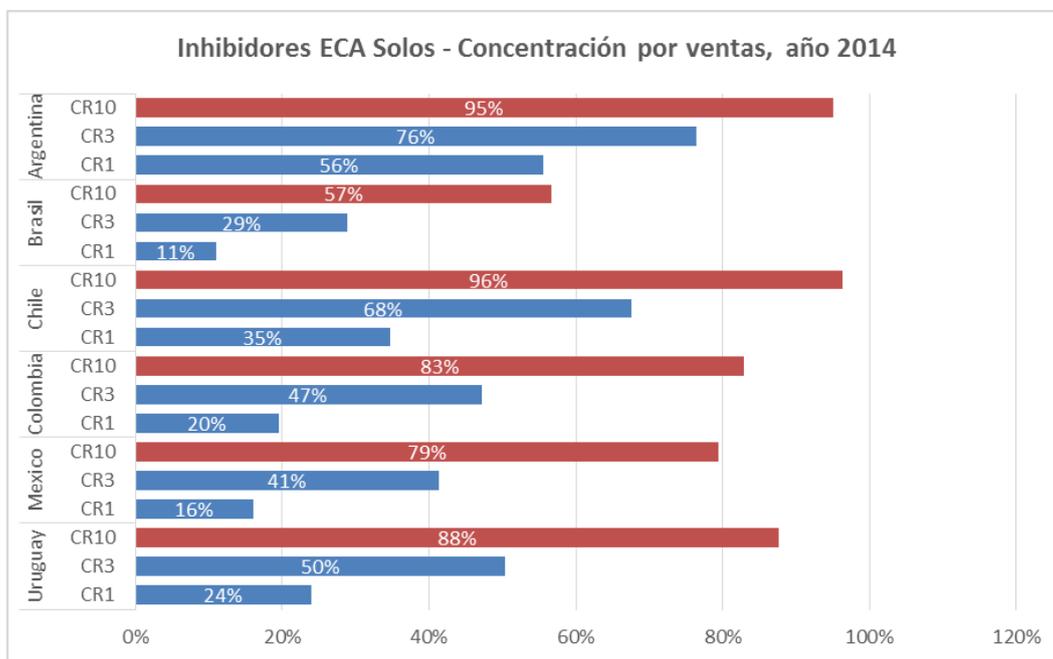
La clase terapéutica de tranquilizantes resulta ser el grupo con mayor nivel de concentración en cuatro de los seis países (excepto Brasil y Uruguay), en tanto los analgésicos, los antipiréticos y los anticonceptivos muestran ser aquellos con menor lealtad a la marca, con un promedio de participación de la marca líder menor al 10% en la mayoría de los casos.

Figura 2.a



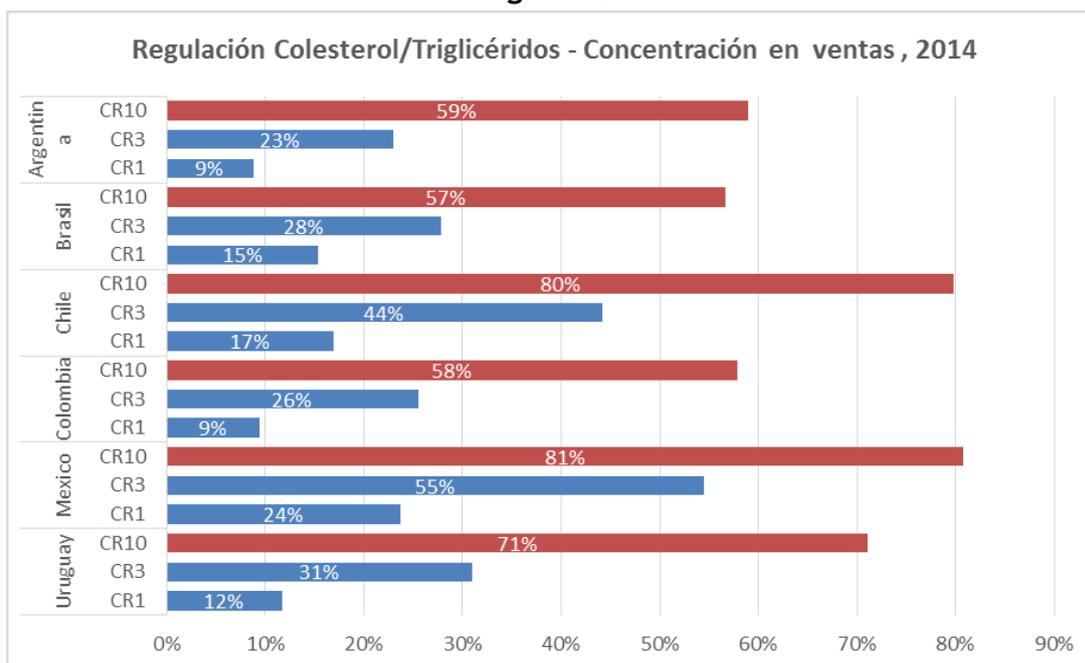
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014

Figura 2.b



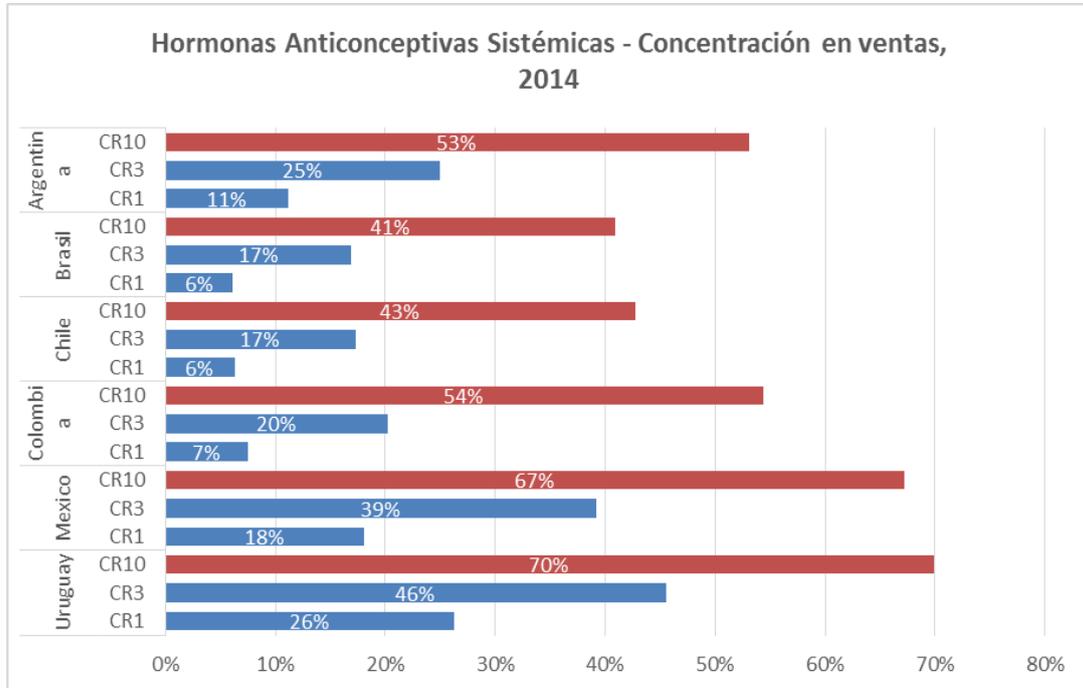
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014

Figura 2.c



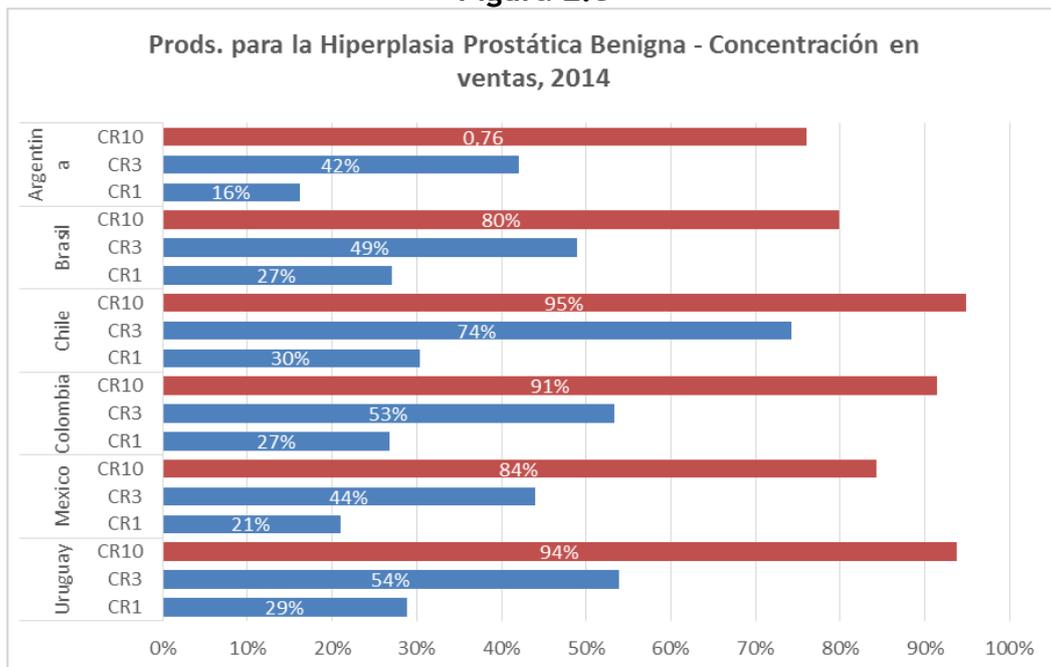
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014

Figura 2.d



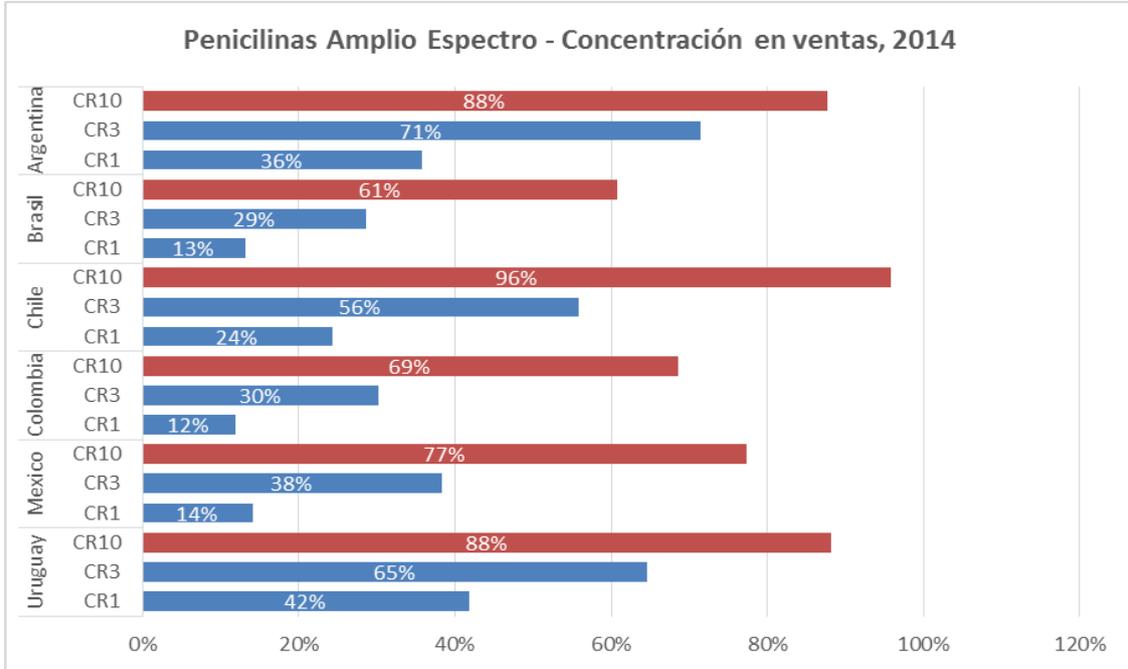
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014

Figura 2.e



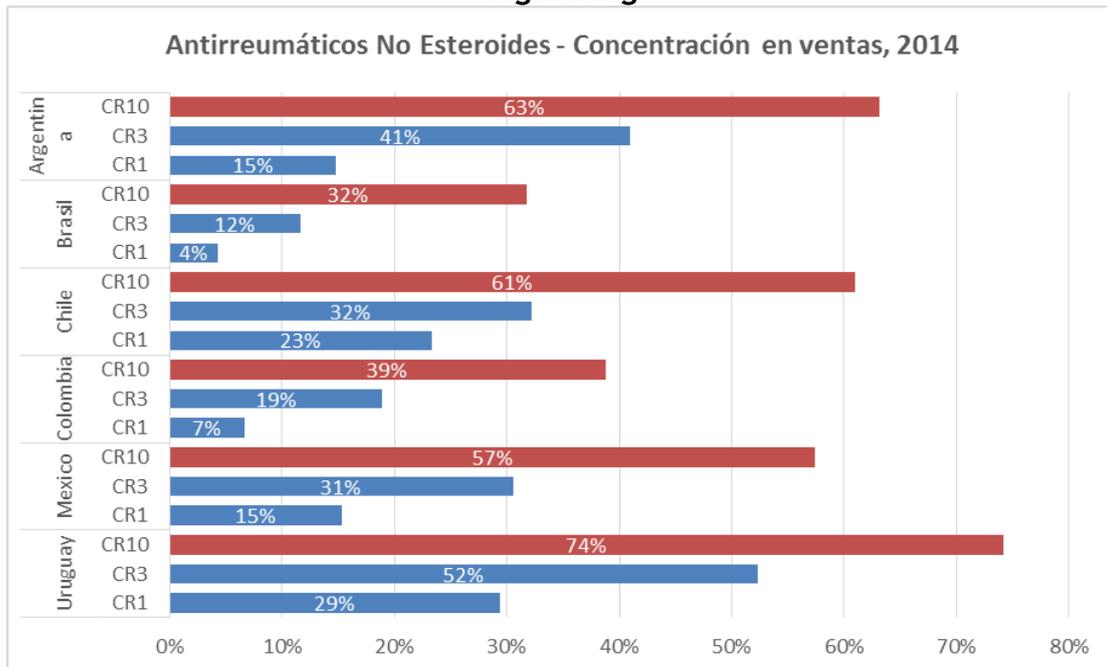
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014

Figura 2.f



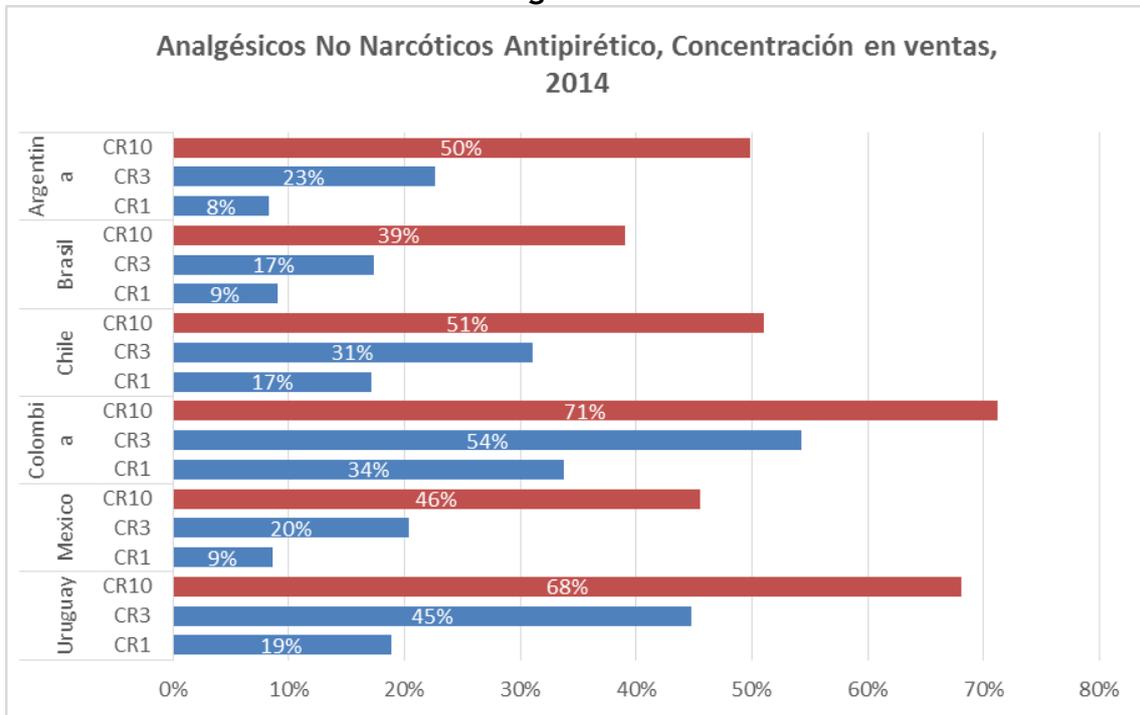
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014

Figura 2.g



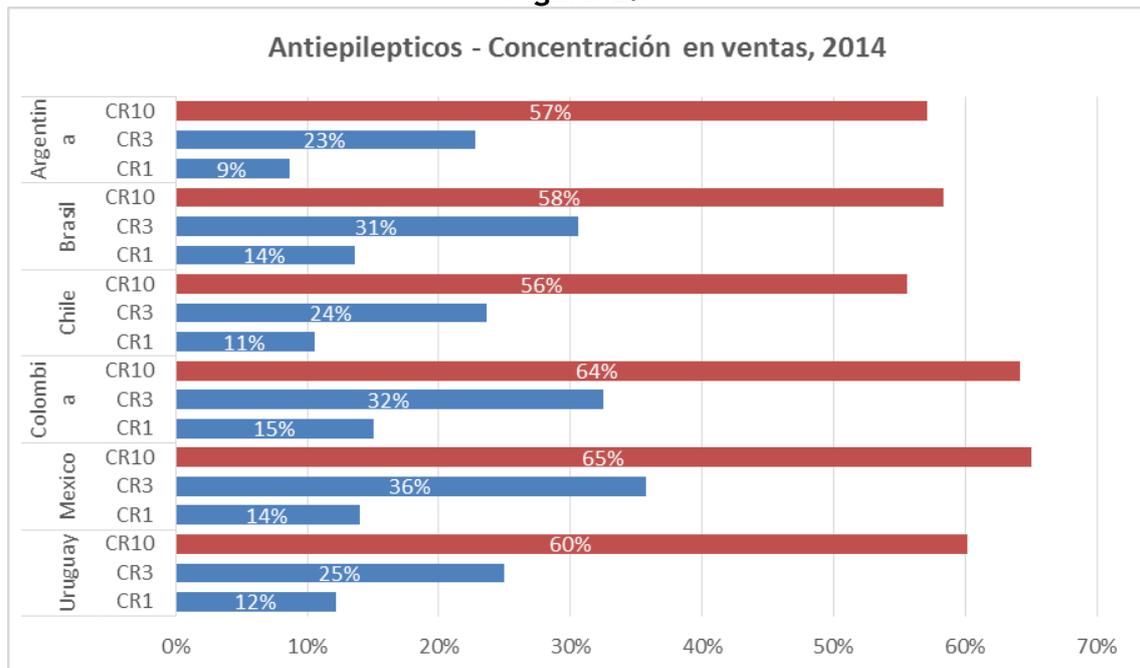
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014

Figura 2.h



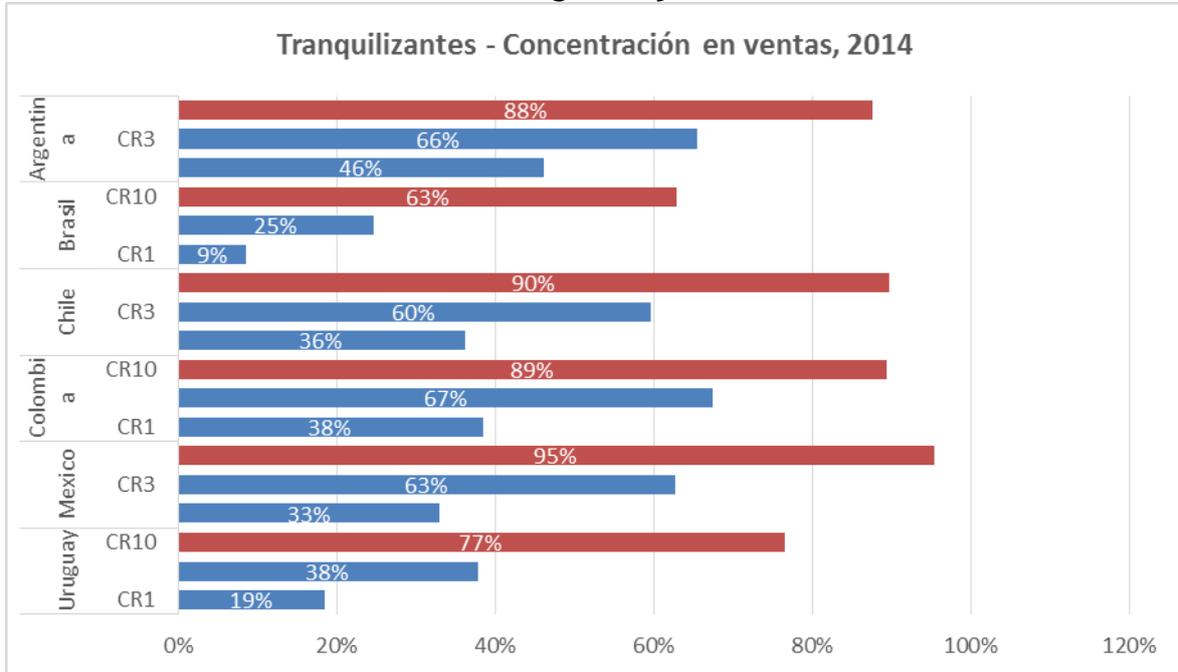
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014

Figura 2.i



Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014

Figura 2.j



Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014

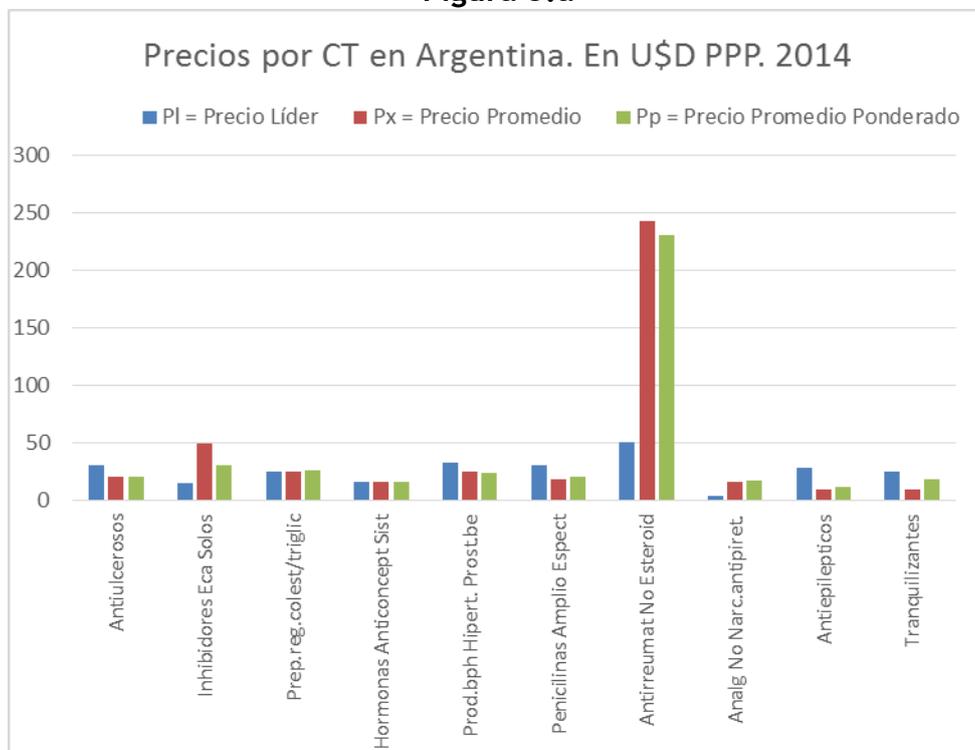
4.4.- Brechas de Precios Intra-País y por Grupo Terapéutico

Los mecanismos de concentración de mercado no necesariamente reflejan que la marca o producto líder cuente con mayor capacidad de definir precios. En ocasiones, mantener el liderazgo en el mercado se encuentra asociado a una política que descansa en sostener lealtad mediante una combinación de reputación con precios relativamente menores al promedio de su clase terapéutica.

En otras ocasiones, la prevalencia del liderazgo facilita un precio de venta al público mayor. Los estudios de mercado farmacéutico muestran cómo la escala del mercado, la reputación de la marca y la diversidad en principios activos dentro de la misma clase terapéutica brindan un abanico de alternativas. Estos argumentos usualmente cobran relevancia al momento de abordar comparaciones internacionales de precios de medicamentos.

En las Figuras 3 (3.a a 3.f) pueden observarse las diferencias entre los precios del producto líder (P_L), el promedio simple de los primeros diez productos más vendidos (P_X) y el promedio ponderado para el mismo grupo de productos (P_{XP}). Cada Figura refleja tal comparación para un país y para las diez clases terapéuticas.

Figura 3.a



Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

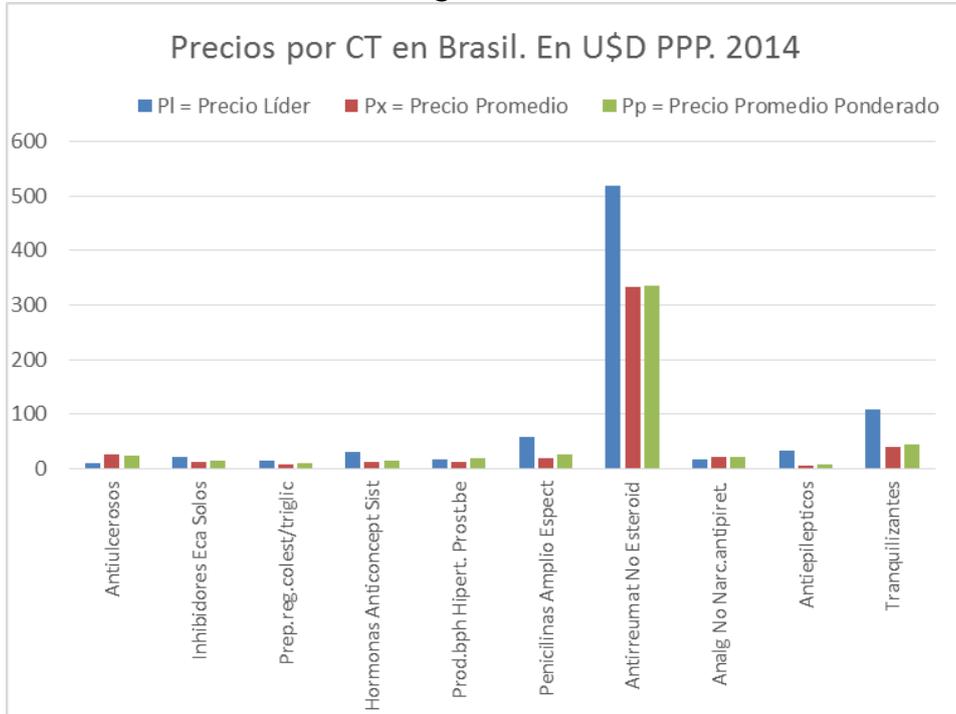
Brasil y Colombia, los casos de país donde los niveles de participación del mercado del líder mostraron ser en promedio más bajos -y los niveles de ingreso per capita son relativamente más rezagados con una distribución del ingreso menos homogénea- exhiben que el primer competidor tiene precios más elevados que el promedio ponderado en siete de las diez clases estudiadas.

En el extremo opuesto, Uruguay, la capacidad de marcar liderazgo con valores mayores a los de sus competidores es posible en cuatro oportunidades. En Argentina, Chile y México cinco de las diez clases ofrecen al líder la oportunidad de absorber mayor excedente del consumidor, en tanto que en las otras cinco clases ambos precios son similares o el precio promedio ponderado resulta mayor.

Analizado desde la perspectiva de grupos terapéuticos, las penicilinas, seguidos por los prostáticos resultan ser las clases terapéuticas donde el líder tiene capacidad de cargar mayores precios en cinco de los seis países, siendo la clase terapéutica con mayor escala de ventas en la mayoría de las naciones.

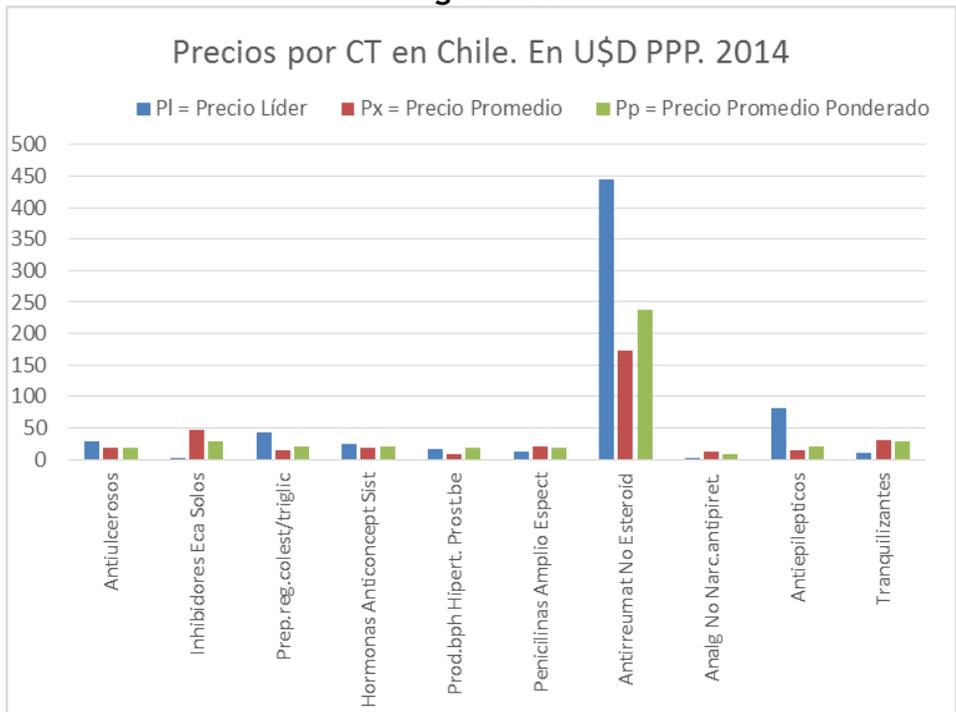
La clase de inhibidores de ECA se ubican en el extremo opuesto, con precios ponderados relativamente mayores que los del líder.

Figura 3.b



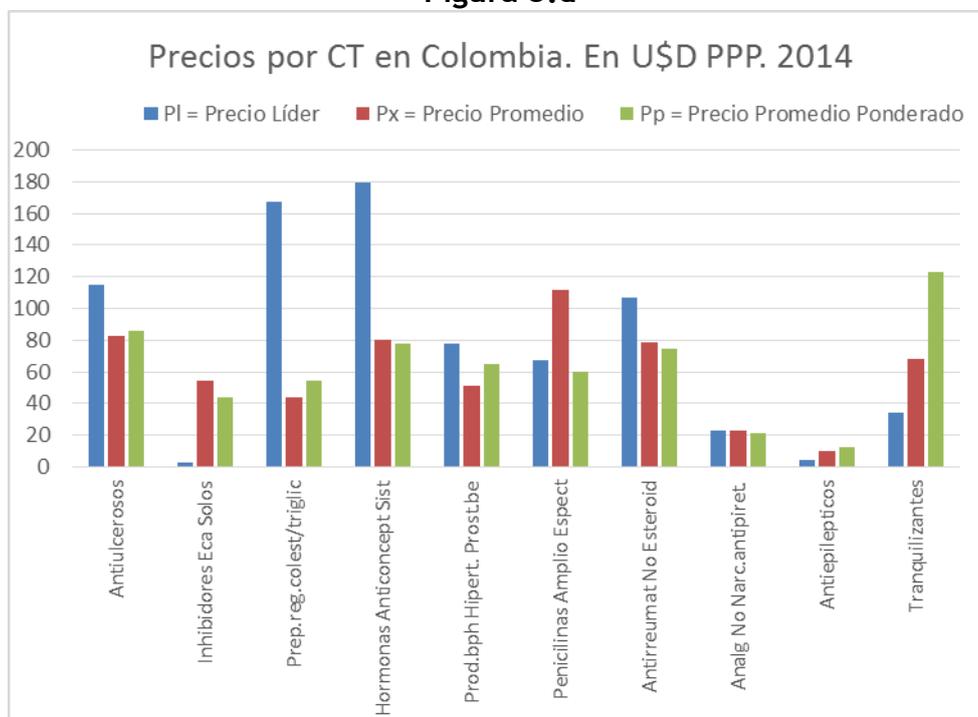
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Figura 3.c



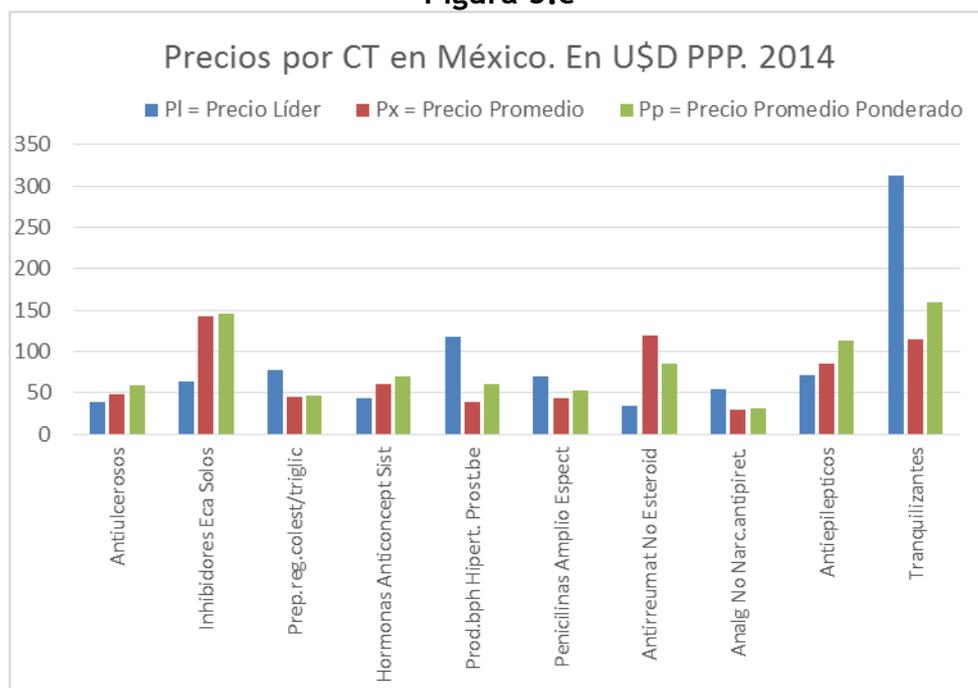
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Figura 3.d



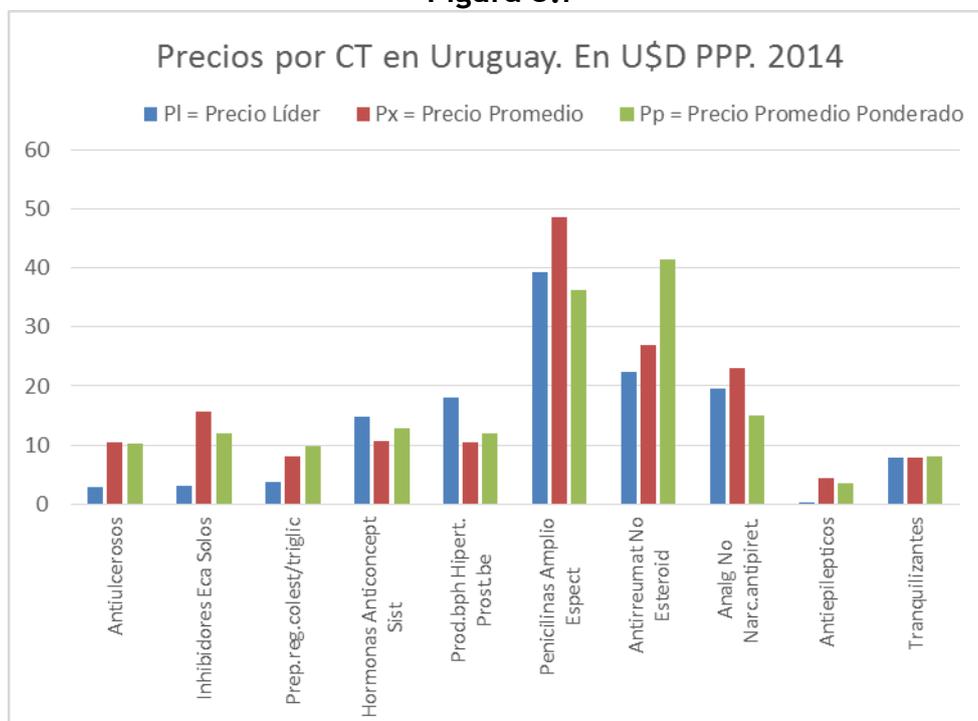
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Figura 3.e



Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Figura 3.f



Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

4.5.- Comparación Latinoamericana de Precios

A partir de la generación de precios equivalentes en dólares internacionales por país y por clase terapéutica, en la presente sección se aborda la comparación de precios de los productos líderes y de los precios promedio y promedio ponderado para los seis países. Las Figuras 4 (4.a a 4.j) presentan, cada una para un grupo terapéutico, estos tres valores para los seis países estudiados. Para facilitar la comparación, se toma como base de cálculo el precio promedio del producto en Argentina -al que se le asigna el valor base de 100-, normalizando el resto de las presentaciones³.

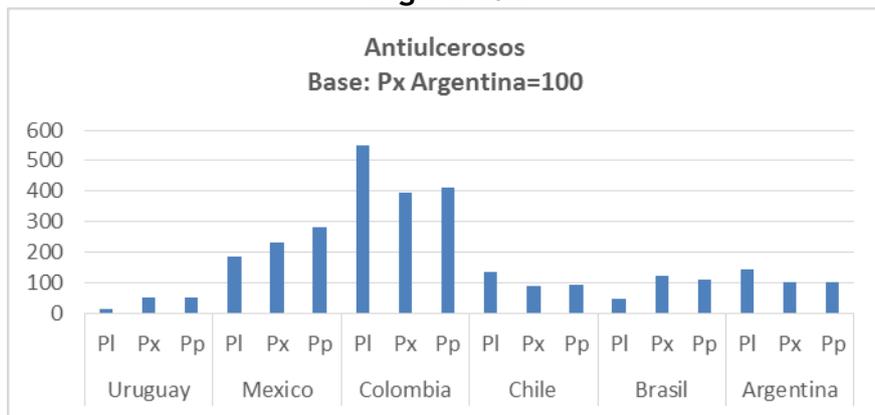
De la lectura de las figuras se observa que son los casos de México y Colombia aquellos que registran los precios relativamente más altos, cada uno de ellos en cinco de los diez casos. Solamente en una categoría -antirreumáticos no esteroides, Figura 4.g- Brasil representa los valores más elevados en las tres categorías de precios. En el otro extremo, Uruguay muestra ser el país con menores precios de medicamentos en ocho categorías, en algunos casos compartiendo este espacio con Argentina, Chile o Brasil.

En general, el precio argentino se acerca al promedio regional, lugar que ocupa en cinco de los diez grupos terapéuticos estudiados (antiulcerosos, inhibidores ECA, tratamiento del colesterol y de la hiperplasia prostática aguda, y antirreumáticos).

³ En el anexo se presenta la misma estructura de cuadros en precios internacionales para cada caso.

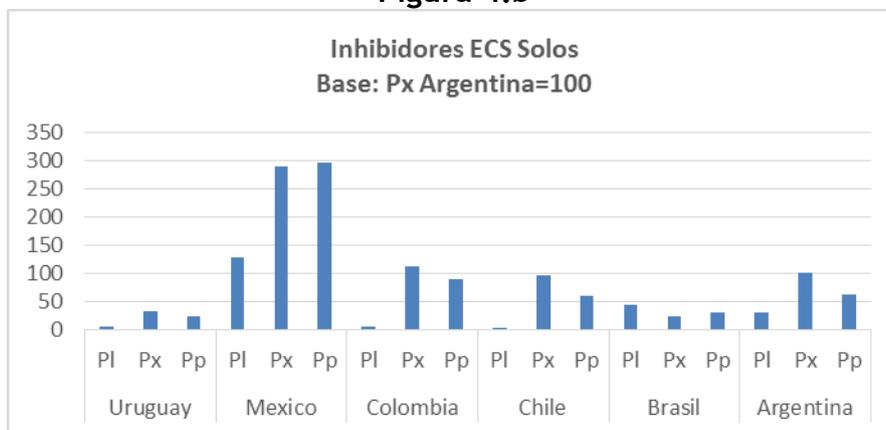
Al concentrarse en los precios de los productos líderes en ventas en cada categoría, nuevamente México representa el mercado con mayores valores en cinco categorías (inhibidores ECA, tratamiento de hiperplasia prostática, penicilinas, analgésicos y tranquilizantes), seguido por Colombia en dos (antiulcerosos, anticonceptivos y tratamiento del colesterol).

Figura 4.a



Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Figura 4.b



Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Figura 4.c

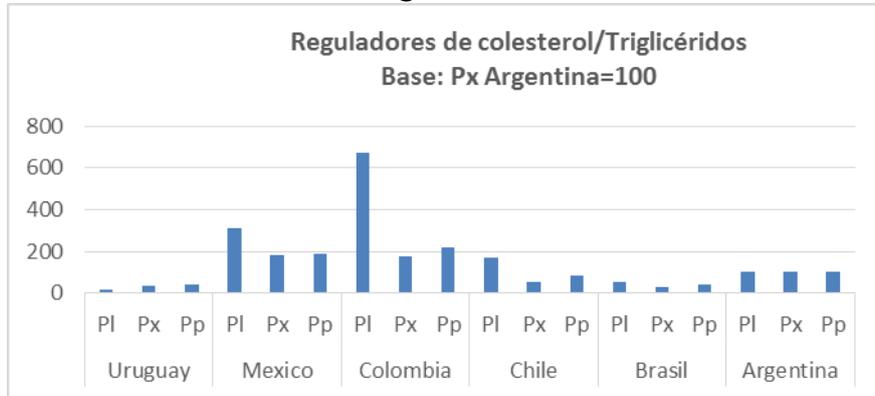


Figura 4.d

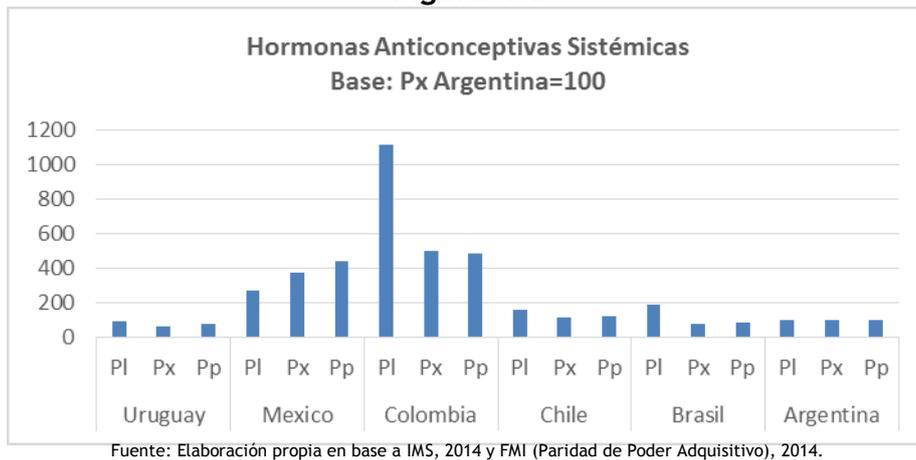


Figura 4.e

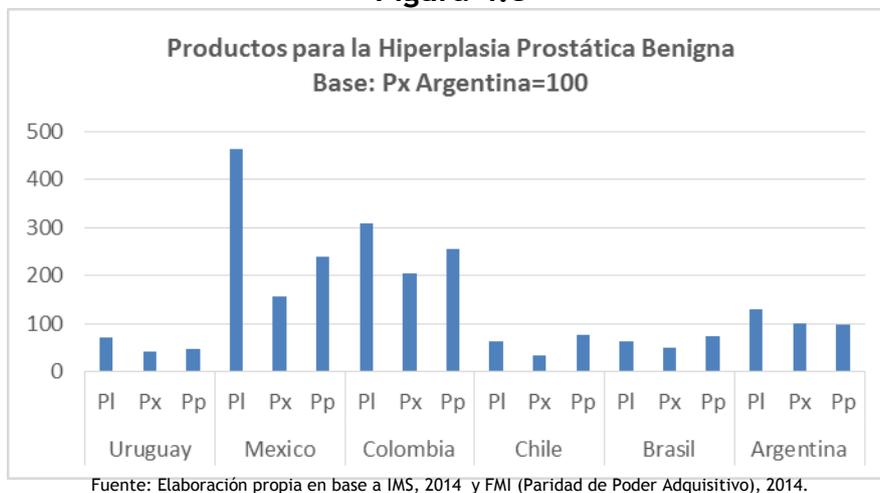
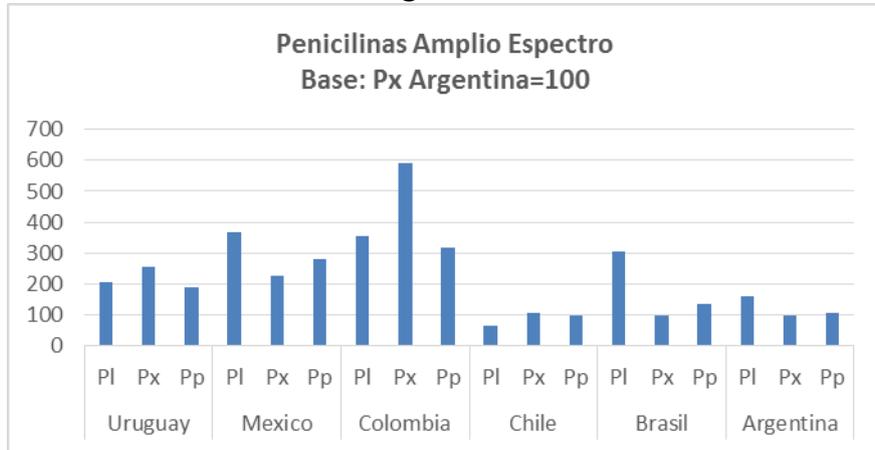
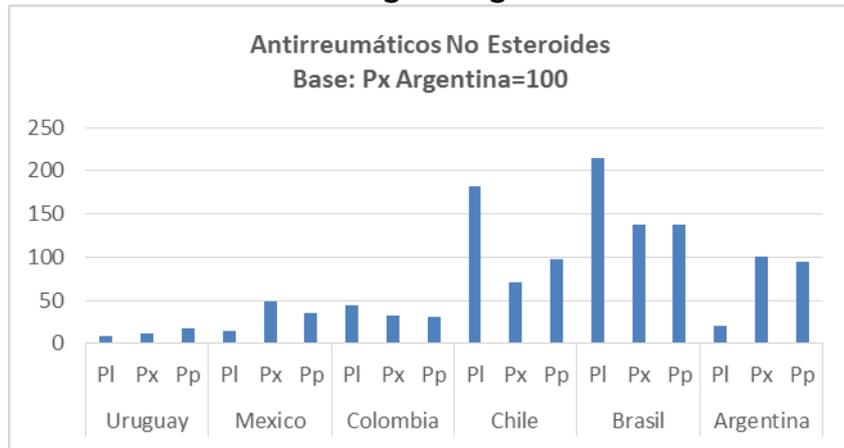


Figura 4.f



Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Figura 4.g



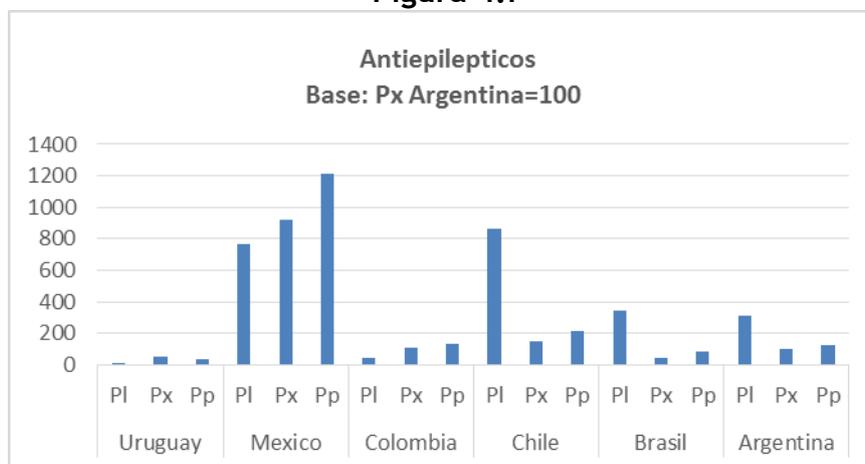
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Figura 4.h



Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Figura 4.i



Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Figura 4.j



Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

4.6.- Análisis de Canastas de Medicamentos

La comparación internacional de precios se completa con la medición de dos modelos de precios de canastas. La primera, basada en el Cuadro 5 y presentada en la Figura 5, muestra el valor de la canasta de las diez clases terapéuticas seleccionadas, ponderadas por las ventas en cada país, medida para el precio fijado por el producto líder y para el precio promedio ponderado de las diez presentaciones más vendidas de cada clase terapéutica.

La segunda medición (Cuadro 6 y Figura 6) refleja el precio de la canasta argentina preciada en los seis países estudiados, tanto a precio del líder de cada país como del ponderado de precios de venta en farmacia de los primeros diez productos de su clase.

La diferencia entre ambos tipos de canasta es que en la primera tanto precios como cantidades vendidas corresponden a cada país, en tanto que en el segundo caso se

utiliza el patrón de consumo de un país particular (en este caso, la Argentina), estimando cuál sería el costo para el usuario de replicar la misma canasta entre naciones.

Cuadro 5

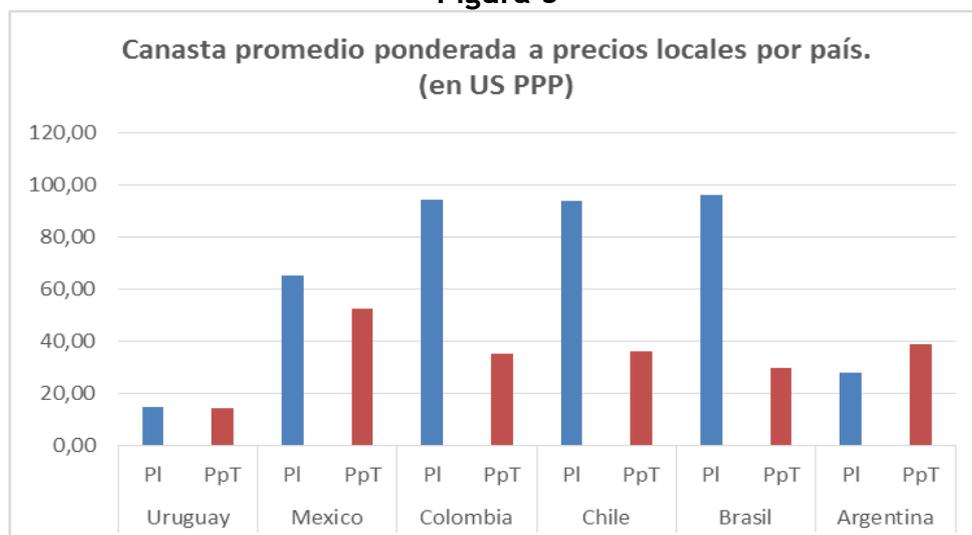
Canasta promedio ponderada a precios locales por país

Grupo Terapéutico	Uruguay		Mexico		Colombia		Chile		Brasil		Argentina	
	PI	PpT	PI	PpT	PI	PpT	PI	PpT	PI	PpT	PI	PpT
Antiulcerosos	2,8	8,9	38,8	42,0	115,2	44,1	28,1	15,2	10,2	22,3	30,4	18,8
Inhibidores de la Enzima Inhibidora de Angiotensinas (ECA) Solos	3,0	11,0	63,3	117,8	2,5	37,3	1,8	29,6	21,9	12,6	15,3	29,8
Regulación de colesterol/triglicéridos	3,7	8,5	77,0	40,8	167,5	36,9	42,6	20,7	13,4	16,6	25,2	25,7
Anticonceptivos Hormonales Sistémicos	14,9	10,8	43,1	52,6	179,2	47,7	25,2	16,9	30,1	10,8	16,2	12,4
Tratamiento de la Hiperplasia Prostática Benigna	18,1	11,6	117,5	53,9	78,1	63,2	15,8	19,2	16,0	21,6	33,0	25,2
Penicilinas de Amplio Espectro	39,3	32,2	69,4	43,3	67,4	44,4	12,7	18,5	58,1	21,4	30,6	18,9
Antirreumáticos No Esteroides	22,3	31,7	34,1	53,6	107,2	32,2	443,7	146,5	520,0	111,9	51,1	148,2
Analgesicos No Narcóticos Antipiréticos	19,5	10,9	54,6	18,5	22,8	17,0	2,2	6,0	15,4	12,5	4,4	11,3
Antiepilépticos	0,2	4,3	71,8	83,2	4,1	13,8	80,9	17,7	32,2	9,5	28,7	17,4
Tranquilizantes	7,9	7,0	312,1	152,7	34,6	110,6	11,0	25,7	108,8	30,6	25,0	17,2
Canasta Promedio Ponderada a Precios Locales	14,78	14,31	65,25	52,76	94,23	35,27	93,92	36,33	96,20	29,76	27,96	38,90

Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Se observa que en el primer caso, y considerando el precio promedio ponderado como espacio de comparación (barras rojas en la figura) Argentina, Chile y Colombia (Brasil marginalmente por debajo) comparten valores cercanos a la media regional, en tanto que México y Uruguay representan los valores extremos, máximo y mínimo, respectivamente. Sin embargo, al considerar los precios de los productos líderes, tanto Chile como Colombia y Brasil se incrementan sustancialmente, casi triplicando el precio de la canasta. Argentina, con productos líderes más económicos, se acerca al caso uruguayo, en tanto que México queda ubicado como el tercer país más barato del grupo.

Figura 5



Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Reproduciendo el mismo análisis con canastas idénticas (la de Argentina), a precios locales, el Cuadro 6 presenta para cada clase terapéutica y para precios líderes y promedios ponderados nuevamente, el desembolso de cada grupo y la suma de ellos en la última fila del Cuadro. La columna final muestra, a valores de precios comparados, las diferencias porcentuales en costos de la canasta argentina comparada con sus pares regionales.

Cuadro 6

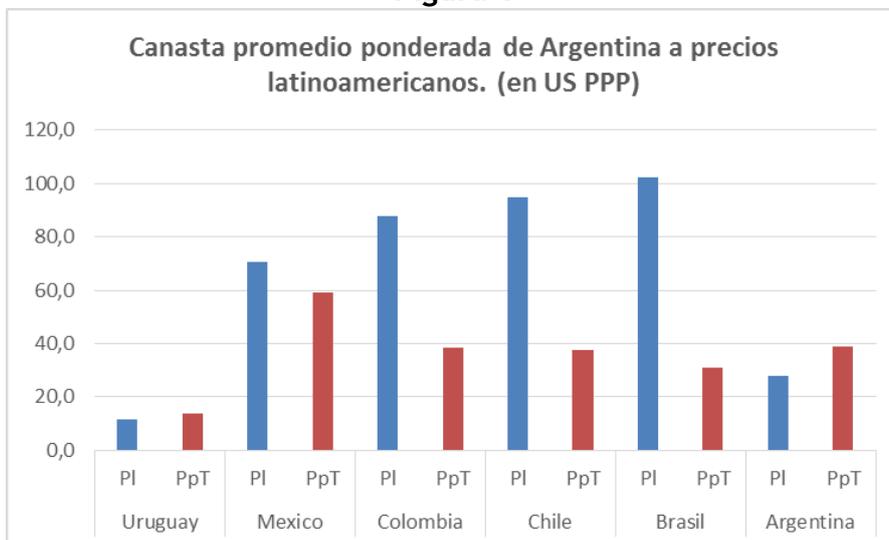
Canasta promedio ponderada de Argentina a precios Latinoamericanos

Grupo Terapéutico	Uruguay		México		Colombia		Chile		Brasil		Argentina		
	PI	PpT	PI	PpT	PI	PpT	PI	PpT	PI	PpT	PI	PpT	%
Antiulcerosos	2,8	8,9	38,8	42,0	115,2	44,1	28,1	15,2	10,2	22,3	30,4	18,8	-28,96%
Inhibidores de la Enzima Inhibidora de Angiotensinas (ECA) Solos	3,0	11,0	63,3	117,8	2,5	37,3	1,8	29,6	21,9	12,6	15,3	29,8	-28,58%
Regulación de colesterol/triglicéridos	3,7	8,5	77,0	40,8	167,5	36,9	42,6	20,7	13,4	16,6	25,2	25,7	4,24%
Anticonceptivos Hormonales Sistémicos	14,9	10,8	43,1	52,6	179,2	47,7	25,2	16,9	30,1	10,8	16,2	12,4	-55,16%
Tratamiento de la Hiperplasia Prostática Benigna	18,1	11,6	117,5	53,9	78,1	63,2	15,8	19,2	16,0	21,6	33,0	25,2	-25,78%
Penicilinas de Amplio Espectro	39,3	32,2	69,4	43,3	67,4	44,4	12,7	18,5	58,1	21,4	30,6	18,9	-40,99%
Antirreumáticos No Esteroides	22,3	31,7	34,1	53,6	107,2	32,2	443,7	146,5	520,0	111,9	51,1	148,2	97,17%
Analgesicos No Narcóticos Antipiréticos	19,5	10,9	54,6	18,5	22,8	17,0	2,2	6,0	15,4	12,5	4,4	11,3	-12,79%
Antiepilépticos	0,2	4,3	71,8	83,2	4,1	13,8	80,9	17,7	32,2	9,5	28,7	17,4	-32,27%
Tranquilizantes	7,9	7,0	312,1	152,7	34,6	110,6	11,0	25,7	108,8	30,6	25,0	17,2	-73,74%
Canasta Promedio Ponderada a Precios Latinoamericanos	11,7	13,7	70,4	59,3	87,9	38,4	94,7	37,5	102,4	30,8	28,0	38,9	8,15%

Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Las diferencias no resultan sustanciales entre los resultados obtenidos con este criterio de canasta base y el anterior, donde el consumo difería según país, con Uruguay sosteniendo los menores precios, México representando el límite superior en costos a precios ponderados, y relegado por Brasil, Chile y Colombia cuando se computa idéntica canasta a precios del producto líder. Argentina sostiene una canasta marginalmente por encima del promedio, volviéndose más económica cuando se basan los cálculos en términos de los valores presentados al mercado por el producto de mayor participación relativa.

Figura 6



Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Finalmente, el Cuadro 7 resume la información suministrada, presentada en términos de precios índices, utilizando el valor promedio ponderado en cada país. Tomando a Argentina como base igual a cien, los índices de Paasche reflejan los resultados a canastas variables, en tanto que los cálculos a canasta fija se representan con el índice de Laspeyres. La última columna refleja el cálculo del índice de Fisher, calculado como la raíz cuadrada del producto de los otros dos.

Cuadro 7
Indices de Canastas de Medicamentos
Argentina = 100

	Paasche	Laspeyres	Fisher
Uruguay	36,78	35,21	35,99
México	135,60	152,40	143,75
Colombia	90,66	98,70	94,59
Chile	93,40	96,40	94,89
Brasil	76,50	79,18	77,83

Fuente: Elaboración propia.

Cabe resaltar la consistencia de las mediciones, independientemente del índice utilizado, sólo alterado marginalmente en las posiciones relativas de Chile y Colombia.

5.- Conclusiones y Debate

El presente documento procura generar insumos para el debate sobre precios de medicamentos internacionales y su aplicación en la región latinoamericana. Dada la importancia de los criterios metodológicos aplicados en los resultados finales de la medición, el artículo propone una detallada revisión de la literatura internacional sobre la materia y avanza en la aplicación de pautas de medición que se ajustan al consenso internacional sobre la temática (perfiles socio-sanitarios relativamente similares, definición de espacio homogéneo de medición de precios, canasta representativa de productos, homogeneidad de acción terapéutica entre productos de igual grupo, corrección por paridad de poder adquisitivo, entre otros).

Asimismo, la naturaleza compleja de la competencia en el mercado farmacéutico, asociada con variables no-precio vinculadas con reputación y lealtad a la marca, genera incentivos a consumir/prescribir productos más onerosos a igual acción terapéutica. En esa dirección, el trabajo resalta ciertas características generales que permiten identificar los espacios de liderazgo, su impacto sobre la definición de precios y sus diferencias entre clases terapéuticas dentro de un mismo país y entre los países de la muestra.

Los resultados pueden ser vistos como una contribución para el debate sobre estructuras de regulación en naciones de la región, estableciendo mecanismos de seguimiento que combinen factores clínicos, epidemiológicos y económicos.

La información analizada revela la heterogeneidad de precios presentes en la región, la capacidad de algunos productos de imponer precios altos de liderazgo y mantener proporciones de mercado significativas, en tanto en otros la prevalencia como primer competidor requiere de la fijación de precios menores al promedio de su grupo.

El cálculo de precios de líderes y precios promedio ponderados muestra asimismo que tales capacidades de fijación de valores de venta difiere entre clases terapéuticas en un mismo país, lo que se refleja en variaciones en el acceso financiero muy disímiles entre medicamentos.

De todos modos, pueden identificarse algunas conclusiones generales: Colombia y México presentan precios relativamente más elevados que sus pares regionales, en tanto que Uruguay se encuentra en el extremo opuesto del grupo. Argentina exhibe un precio ponderado de su canasta de medicamentos que es aproximadamente un 8% más elevado que el promedio regional, cercano a los valores de Chile, y un 20-25% por encima de Brasil. Sin embargo, si se estima la misma canasta con los precios fijados por los líderes de mercado, esa relación se reduce, volviendo relativamente más económica la canasta seleccionada.

Se observa asimismo que no sólo los precios sino también las cantidades vendidas requieren ser analizadas al momento de evaluar la situación del sector farmacéutico: a pesar de la relativa homogeneidad entre países de los precios de canastas, el gasto per cápita se muestra particularmente influido por las cantidades vendidas, siendo en este caso la Argentina el país con mayor número de unidades consumidas (las ventas per cápita son un 58% más altas que el promedio regional), seguido por Brasil (con 28% de ventas por sobre la media latinoamericana).

El documento no aborda la temática de descuentos institucionales y sectoriales a los cuales se encuentran sujetos los precios de venta al público en los países analizados. A modo de ejemplo, en 2004 Brasil lanza el programa “Farmacia Popular”, que facilita el acceso a medicamentos a la población mediante el cofinanciamiento entre el gobierno federal y el usuario de un grupo de productos esenciales, tales como aquellos para el tratamiento de la hipertensión, la diabetes, algunos anticonceptivos, etc. Sin embargo, esta iniciativa no es de aplicación homogénea a lo largo del país y entre grupos sociales, debiendo avanzar en mecanismos específicos de evaluación y comparación.

Los medicamentos incorporados en el GES (Garantías Explícitas de Salud), establecidas por el Ministerio de Salud de Chile desde 2004, o aquellos incorporados en el Arsenal Farmacéutico Básico de atención primaria (APS) implican descuentos en la compra tanto a usuarios FONASA como a los seguros privados ISAPRES, con acceso mediante farmacias comunitarias o consultorios. Del mismo modo, la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos, originada en la ley 100 colombiana surgida de la reforma de 1994, provee un marco regulatorio para el seguimiento y el descuento en precios de productos farmacéuticos, también diferenciados entre grupos terapéuticos y clases sociales. En cierta medida, asimismo, la política farmacéutica nacional mexicana (PFN) se redefine a partir de la implementación de garantías de cobertura del Seguro Popular, aunque el acceso a medicamentos aún se financia en un 80% por el gasto de bolsillo de las familias.

Documentos de Trabajo CEDES 129/2017

La política de medicamentos en Argentina ha sido profusa y variada durante la última década, generando el acceso gratuito a medicamentos de APS a la población que consulta en los centros de atención primaria públicos, motivo por el cual se redujo drásticamente el gasto de bolsillo en salud de las familias. Por otra parte, los descuentos en farmacias constituyen parte de las herramientas básicas utilizadas por las instituciones de la seguridad social y los seguros privados para aumentar la protección financiera de las familias, existiendo categorías de medicamentos con descuentos de entre el 40% y el 100%. En la misma dirección, Uruguay lleva a cabo una política de descuentos en farmacias comunitarias y mutuales, así como también brinda acceso gratuito a algunos medicamentos en prestadores públicos.

Diferentes precios para distintas necesidades de salud, ajustados a grupos poblacionales con disímil capacidad financiera, requieren de una agenda específica de estudio que complemente los aportes de este trabajo. Estas políticas de acceso, dependiendo de su cobertura y alcance, permiten corregir los precios de venta al público de farmacias, y generan espacios diferenciados de precios y consumo, incluso al interior del mismo país.

6.- Referencias

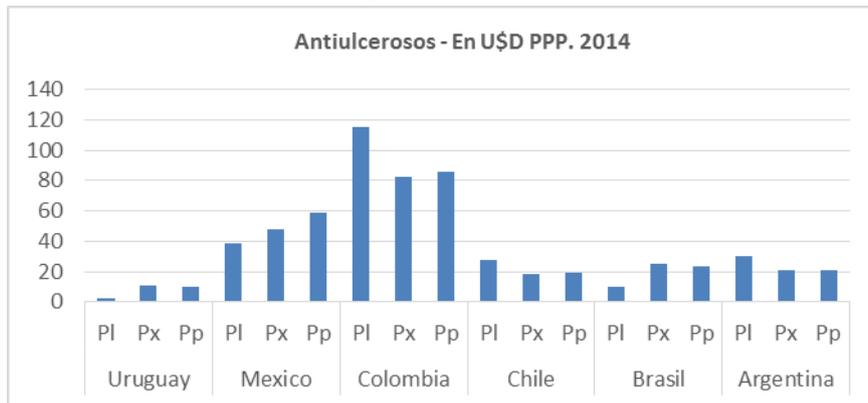
- Acción Internacional para la Salud (2001): *Precios de Medicamentos en América Latina*. Mimeo.
- Andersson, F. (1993): *Methodological aspects of international drug price comparisons*. *Pharmacoeconomics* Vol. 4 (1993); pp. 247-256.
- Berdnt, E. (2000): International comparisons of pharmaceutical prices: what do we know, and what does it mean? *Journal of Health Economics* Vol. 19 (2000), pp. 283-287.
- Cameron A.; M. Ewen; D. Ross-Degnan; D. Ball y R. Laing (2009): *Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis*. *Lancet* 2009; 373 (9659): 240-9.
- Chao Lincoln L. (1999): *Estadística para las ciencias administrativas* (Tercera edición). Editorial Mcgraw-Hill. Bogota.
- Danzon, P. (1999): *Price Comparisons for Pharmaceuticals: A Review of U.S. and Cross-National Studies*. The AEI Press, Washington DC, 1999.
- Danzon, P. y L. Chao (2000): *Cross-national price differences for pharmaceuticals: how large, and why?* *Journal of Health Economics* Vol. 19 (2000), pp. 159-195.
- Danzon, P. y M. Furukawa (2006): *Prices And Availability Of Biopharmaceuticals: An International Comparison*. *Health Affairs* 25, no. 5 (2006), pp. 1353-1362.
- Danzon, P. y M. Furukawa (2008): *International Prices And Availability Of Pharmaceuticals In 2005*. *Health Affairs* 27, no. 1 (2008) pp. 221-233.
- Danzon, P.; A. Mulcahy y A. Towse (2011): *Pharmaceutical Pricing in Emerging Markets: Effects of Income, Competition and Procurement*. NBER Working Paper No. 17174.
- de Tolêdo Nóbrega, O.; A. Marques; A. Gomes de Araújo; M. Gomes de Oliveira Karnikowski; J. de Oliveira Silva Naves y L. Silver (2007): *Retail prices of essential drugs in Brazil: an international comparison*. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2007;22(2):118-23.
- Maceira, D. (1999) "Entry and Price Response in Markets without Patent Protection: The Case of Pharmaceuticals in Argentina". Capítulo 3 en *Brand Loyalty, Price Response and Entry in Pharmaceutical Markets without Patent Protection*. UMI Dissertation Information Service. Ph.D. Thesis. Boston University.
- Maceira, D. (2011) "Patrones de Consumo, Características de Mercado y Regulación en el Sector Farmacéutico. Evidencia para dos Grupos Terapéuticos en Población Asegurada", mimeo Superintendencia de Servicios de Salud.
- Maceira, D. (2014) "Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina", Documento de Trabajo no. 122, Centro de Estudios de Estado y Sociedad-Unicef.
- Machado, M.; R. O'Brodivich, M. Krahn y T. Einarson (2011): *International drug price comparisons: quality assessment*. *Revista Panamericana de Salud Pública* Vol. 29, pp. 46-51.

- Morten Dalen, D. y S. Strom (2006): *Price regulation and generic competition in the pharmaceutical market*. Health Economics Research Programme at the University of Oslo.
- Office of Fair Trading (2007): *International Comparisons of Pharmaceutical Prices*. OFT Report nº 885-F, Annex F.
- Organización Mundial de la Salud (2009): *International Comparisons*, Capítulo 10 del libro "Measuring medicine prices, availability, affordability and price components", segunda edición, OMS-HAI, 2009, Suiza.
- Productivity Commission (2001): *International pharmaceutical price differences*. Canberra: Australia, Pp. 1-91.
- Tafari, G.; A. Creese, y V. Reggi (2004): *National and International Differences in the Prices of Branded and Unbranded Medicines*. Journal of Generic Medicine Vol. 1 (2004), pp. 120-127.
- Tobar, F. y J. Charreau (2011): *Comparación internacional del precio de los medicamentos de alto costo: Argentina, Países del Cono sur, España e Italia*. Sin publicar.
- Urbiztondo, S., W. Cont y M. Panadeiros (2013) "La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina", Documento de trabajo no.121, FIEL.
- Vacca, C.; A. Acosta y I. Rodríguez (2011): *Precios de Referencia Internacional y Análisis de Costo Minimización para la Regulación de Precios de Medicamentos en Colombia*. Value in Health Vol. 14, (2011), páginas 516-519.
- Vachris, M y J. Thomas (1999): *International price comparisons based on purchasing power parity*. Monthly Labor Review October 1999, pp. 3-12.
- Wagner, J. y E. McCarthy (2004): *International Differences in Drug Prices*. Annual Review of Public Health Vol. 25, pp. 475-495.

ANEXO

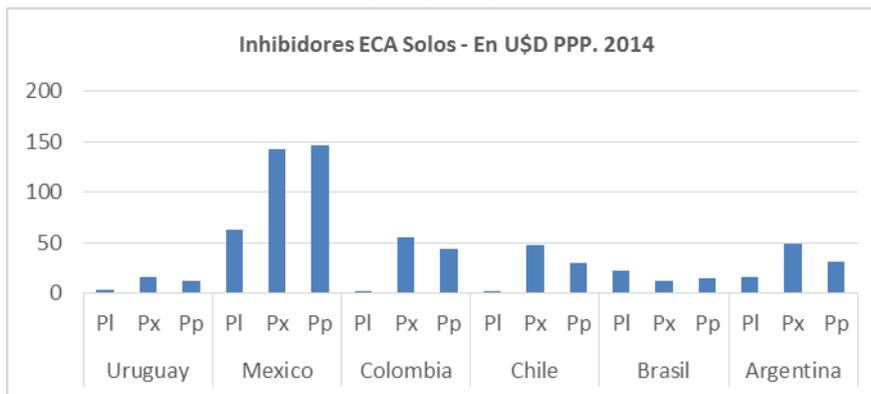
Comparaciones de Precios. Por país y por Clase Terapéutica, en US PPA

Cuadro A1a



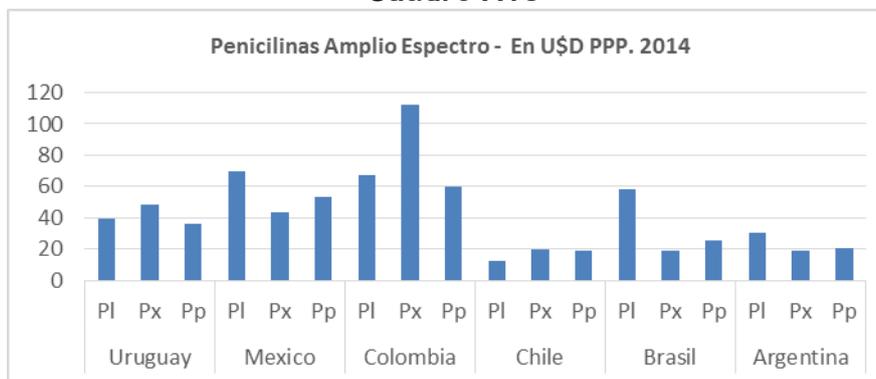
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Cuadro A1b



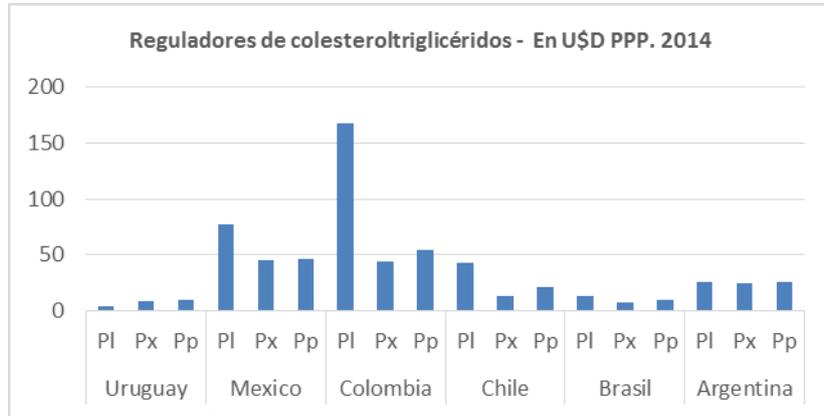
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Cuadro A1c



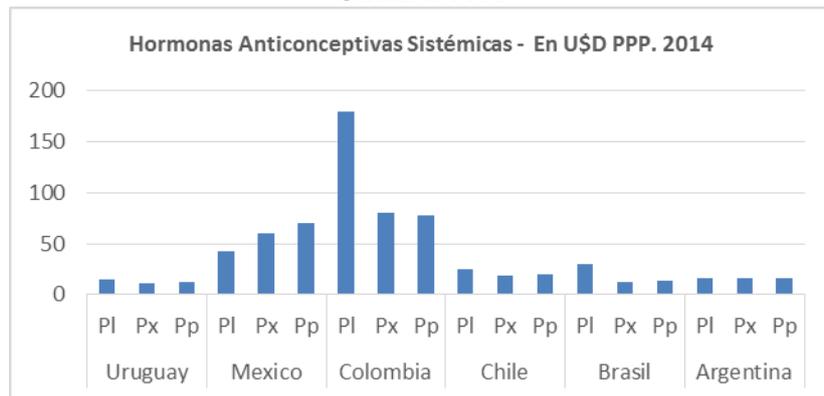
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Cuadro A1d



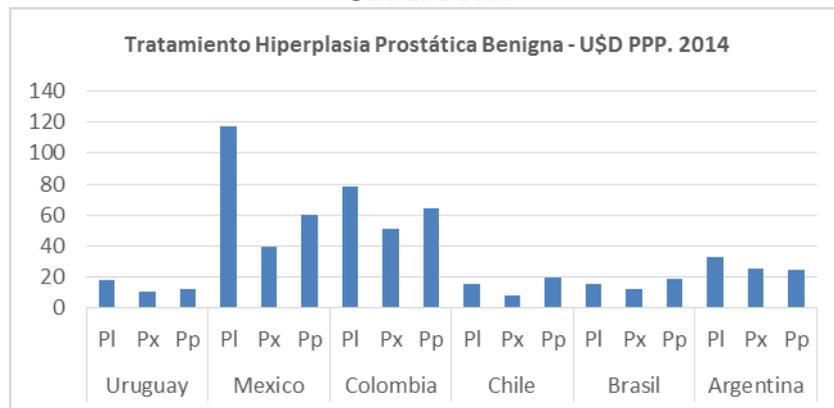
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Cuadro A1e



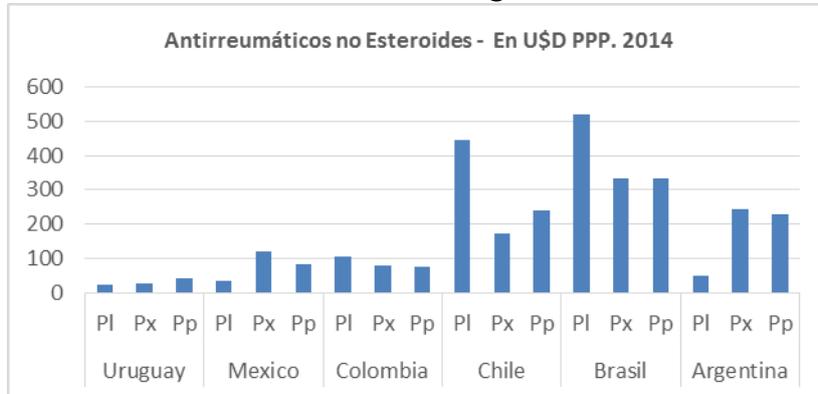
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Cuadro A1f



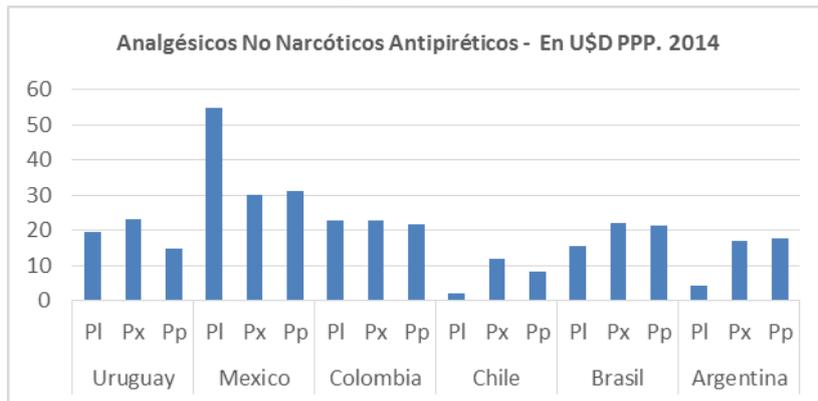
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Cuadro A1g



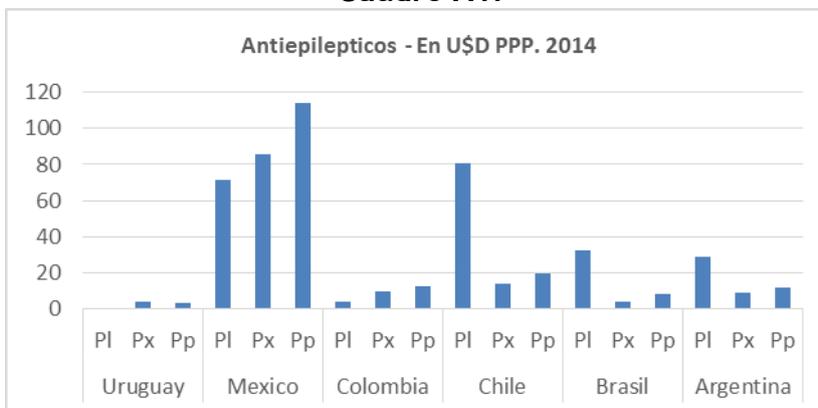
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Cuadro A1h



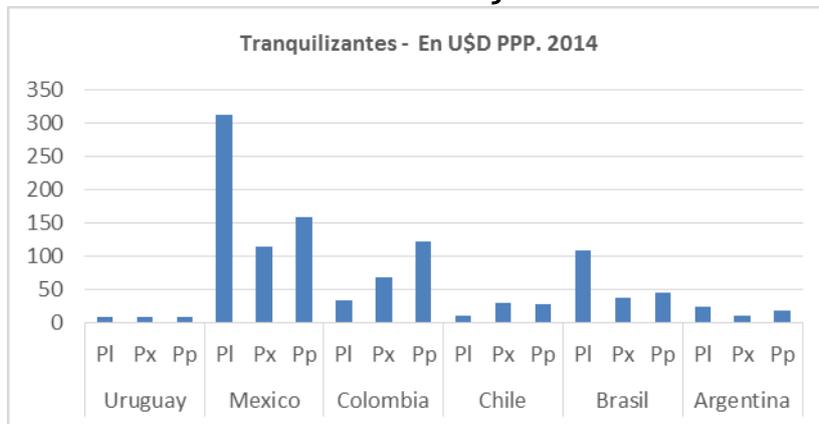
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Cuadro A1i



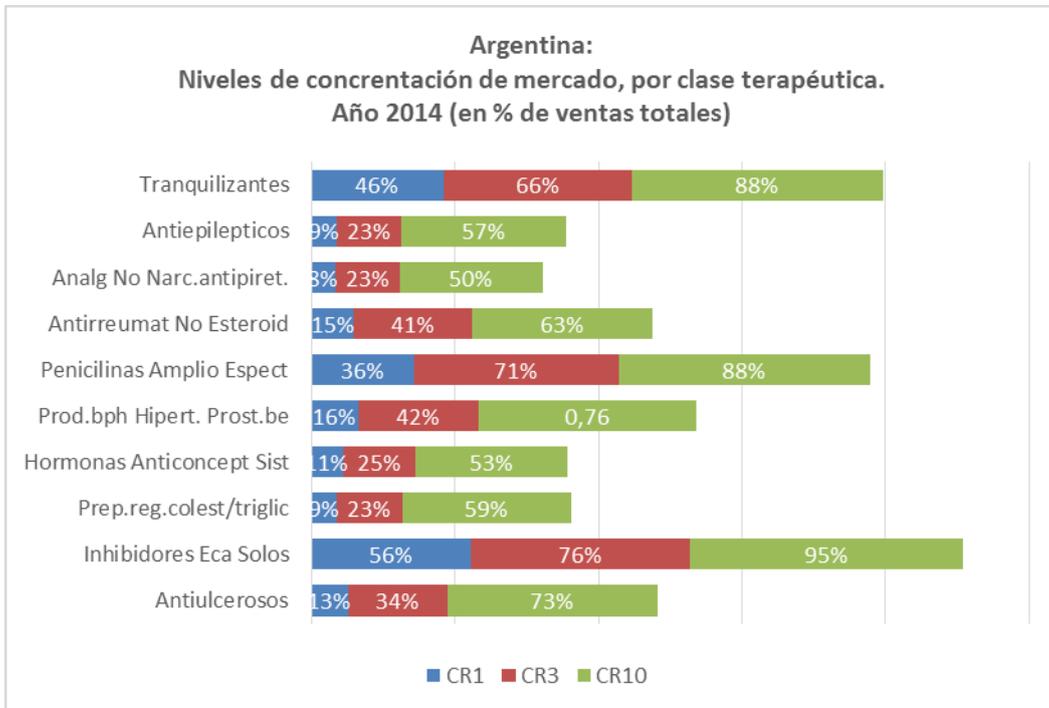
Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

Cuadro A1j

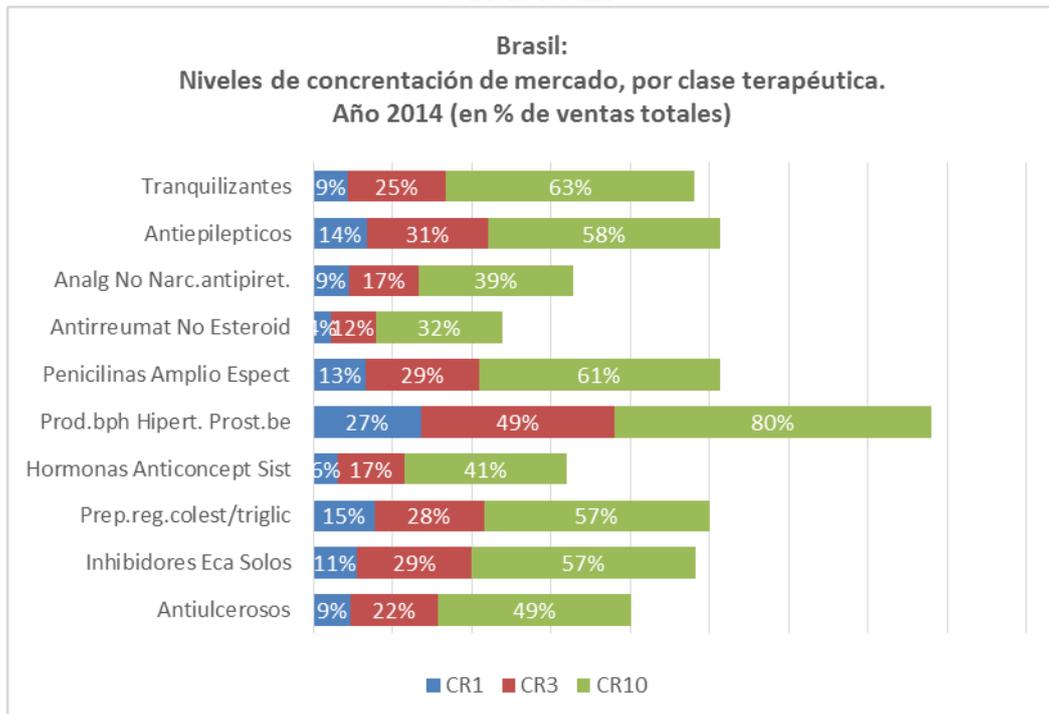


Fuente: Elaboración propia en base a IMS, 2014 y FMI (Paridad de Poder Adquisitivo), 2014.

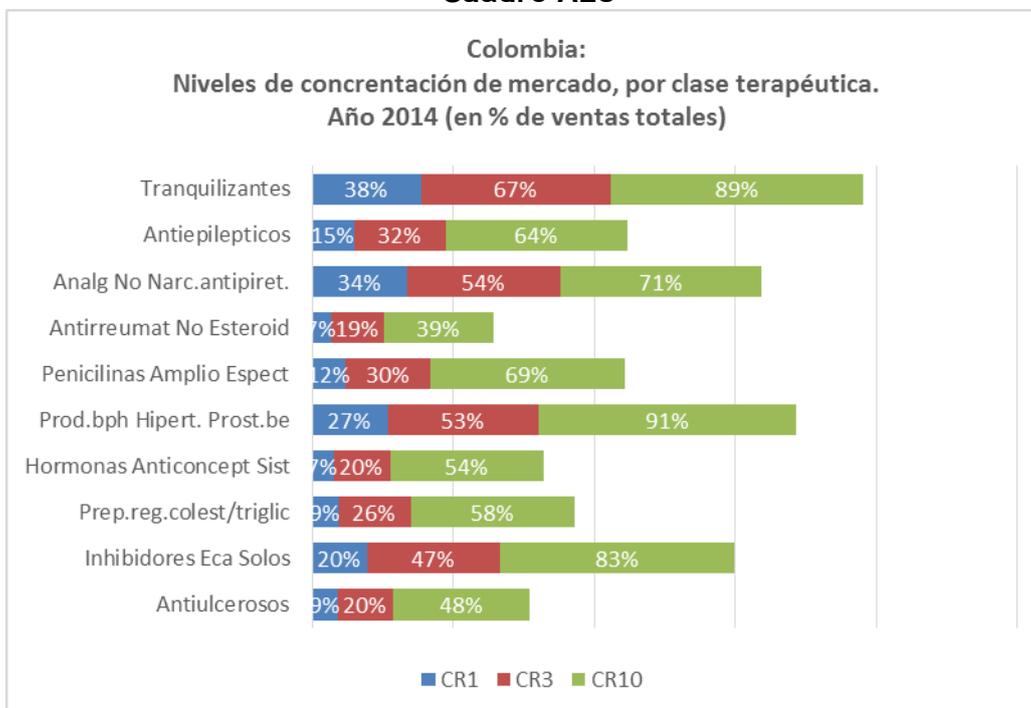
Cuadro A2a



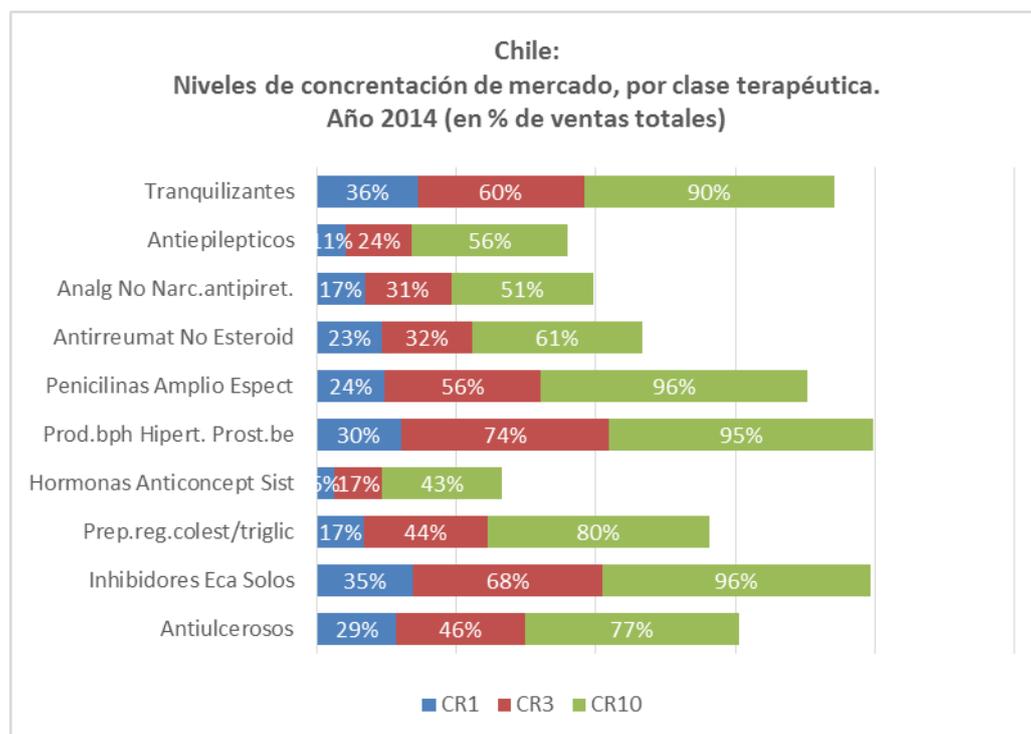
Cuadro A2b



Cuadro A2c



Cuadro A2d



Cuadro A2e



Cuadro A2f

