

# Los costos de los medicamentos en los países en desarrollo y las políticas para disminuirlos

MAHESH S. PATEL\*

## INTRODUCCIÓN

Los productos farmacéuticos, que incluyen los medicamentos y las vacunas, son quizá el arma más poderosa de que se dispone para combatir las enfermedades. Están tan inequitativamente distribuidos como la salud misma. El consumo anual per cápita de fármacos en los países desarrollados se estima en más de 50 dólares, mientras que el de los países en desarrollo (PMD) llega sólo a 6 dólares al año. De igual modo, la expectativa de vida al nacer es de alrededor de 80 años en los primeros, en tanto que en muchos de los segundos se acerca apenas a los 40 años. Así, pese a que las necesidades sanitarias de los países en desarrollo podrían juzgarse mucho mayores que las de los desarrollados, el consumo de medicamentos en aquéllos es mucho menor.

Sin embargo, incluso este bajo nivel relativo de consumo de productos farmacéuticos en los PMD entraña costos económicos extremadamente altos. Éstos revisten particular gravedad en tér-

minos de divisas. Los PMD gastan en medicamentos cerca de 1% de su producto interno bruto (PIB). Como sólo exportan una parte del PIB, lo destinado a importar fármacos representa una muy elevada proporción de sus ingresos de divisas. Estos onerosos gastos se realizan sólo para adquirir en el exterior medicamentos vitalmente necesarios. De hecho, los PMD tienen ya un déficit anual de comercio, frente a los países desarrollados, de 4 000 millones de dólares, sólo en lo que se refiere a productos farmacéuticos.<sup>1</sup> Erogaciones de consumo de este orden de magnitud tienen costos de oportunidad muy claros y altos para los PMD, en términos de sus efectos en los gastos, igualmente vitales, de inversión. La cuantía de los recursos gastados en fármacos también impone límites estrictos a la posibilidad de expandir de manera adecuada otros servicios sanitarios<sup>2</sup> y restringe la aplicación de programas básicos de cuidado de la salud.<sup>3</sup> Por tanto, está muy claramente en el interés de los países en desarrollo preocuparse por los actuales niveles de gasto en medicamentos y por

1. S. Cameron, "World Pharmaceutical Market", en *Financial Times*, 29 de abril de 1982.

2. M.S. Patel, "The Global Costs of Primary Health Care", en *Man and Development*, vol. 2, 1981, pp. 105-129.

3. OMS, *Primary Health Care*, Ginebra, 1978.

\* Del Departamento de Medicina de la Comunidad, Universidad de Manchester. [Traducción del inglés de Sergio Ortiz Hernán.]

CUADRO 1

Estimaciones del gasto en medicamentos y de las erogaciones totales en salud, 1981

	Población (millones de habitantes)	PIB per cápita (miles de dólares)	PIB destinado a la salud (%)	Gasto per cápita en salud (dólares)	Gasto en medicamentos		
					Per cápita (dólares)	Como porcentaje del gasto total en salud	Total (miles de millones de dólares)
1. América del Norte*	238	12.0	10	1 160	70.5	6.1	16.7
2. Europa Occidental	366	9.3	8	800	54.9	6.8	20.1
3. Lejano Oriente (Japón)	119	9.0	7	630	92.4	14.6	11.0
4. Europa Oriental	366	5.5	7	385	25.4	6.6	9.3
Subtotal (1 — 4)	1 089	8.5	8	680	52.5	7.7	57.1
5. América Latina	327	1.8	4	72	15.2	21.1	4.9
6. África	383	0.7	2	14	6.5	46.4	2.5
7. Asia (Occidental)	120	2.9	3	87	13.4	15.4	1.6
8. Asia (Sureste y China)	2 160	0.5	2	10	4.7	47.0	10.2
Subtotal (5 — 8)	2 990	0.8	2	18	6.4	40.0	19.2
Total	4 079	2.8	3.6	100	18.7	18.7	76.3

\* Comprende a Estados Unidos y a Canadá.

Fuente: Con base en datos de IMS Pharmaceutical Marketletter, 1982, World Development Report, 1979, y The Economist, 1982.

las posibilidades de disminuirlos sin restringir otros servicios. No obstante, no se ha dispuesto de estimaciones confiables sobre estos costos.

## NIVELES DEL GASTO EN MEDICAMENTOS

El autor de este trabajo ha convertido los datos disponibles de estimaciones recientes, elaboradas por la industria farmacéutica,<sup>4</sup> sobre las participaciones regionales en el mercado mundial de fármacos, en gastos totales y per cápita, tal como se muestra en el cuadro 1. En él se incluyen también estimaciones detalladas de los gastos de salud en cada región. En un ensayo anterior se explica el procedimiento utilizado para estos cálculos.<sup>5</sup> La ventaja de estas estimaciones es que permite comparar el gasto en medicamentos con el total destinado a la salud. Con ello se obtienen resultados novedosos y sorprendentes. Debe notarse que las cifras correspondientes a los gastos en medicamentos están dadas a precios del productor (ex fábrica). No incluyen, por tanto, los costos y las utilidades de los distribuidores mayoristas y minoristas. Estos últimos costos ascienden a menudo a cifras entre 20 y 50 por ciento de los precios del productor. Así, en 1981 los gastos reales de consumo de productos farmacéuticos en el mundo deben haberse aproximado más a la cifra de 100 000 millones de dólares que al total de 76 000 millones que se incluye en el cuadro 1. Esta subestimación se reflejará en los datos referentes al consumo de medicamentos.

Según un cálculo anterior, realizado en el último decenio, a los países desarrollados correspondió 80% del consumo mundial de fármacos, mientras que a los PMD sólo tocó el restante 20%.<sup>6</sup> Conforme a estimaciones recientes, basadas en información más

completa, los países desarrollados representan ahora 75% del consumo, en tanto que la participación en el mercado de los que están en vías de desarrollo se ha elevado a 25%. En 1981, Asia gastó en medicamentos alrededor de 10 000 millones de dólares y con ello ocupó un cuarto lugar entre los consumidores. América Latina consumió 5 000 millones, aproximadamente, seguida por África, con un gasto de 2 500 millones de dólares.

Las cifras anteriores se refieren a costos totales. Cuando se trata de bienestar, lo que interesa son los gastos per cápita. Éstos varían con mucha amplitud: Japón tiene el primer lugar, con una erogación anual per cápita de 90 dólares; Asia está en el último lugar a este respecto, con menos de cinco dólares. En verdad, hay una tendencia general manifiesta en relación con estos gastos: las zonas del mundo que tienen las mayores necesidades sanitarias (y los ingresos menores) destinan menos dinero a medicamentos.

Es interesante señalar que los gastos en fármacos son menos desiguales que las erogaciones en salud. Cada habitante de América del Norte\* gasta en medicinas cerca de 15 veces más que un asiático; en cambio, dedica como 100 veces más dinero que éste al cuidado general de su salud. La explicación de este sorprendente resultado está clara. En los países desarrollados, son los salarios el componente mayor de los gastos para el cuidado de la salud.<sup>7</sup> En los PMD, el elemento mayor de dichos gastos es, al parecer, lo erogado en medicamentos. Este fenómeno es un reflejo parcial de las diferencias salariales. También refleja, y acaso esto revista mayor importancia, los costos unitarios relativos de los principales componentes de la atención de la salud. En los países de bajos ingresos resulta alto el precio de los medicamentos en relación con el del personal. Así, cabría esperar que en ellos se utilizara más el factor trabajo y menos los productos farmacéuticos. Sin embargo, son precisamente los países de menores ingresos los que dedican una mayor proporción de sus presupuestos de salud a la adquisición de medicamentos. En América del Norte,

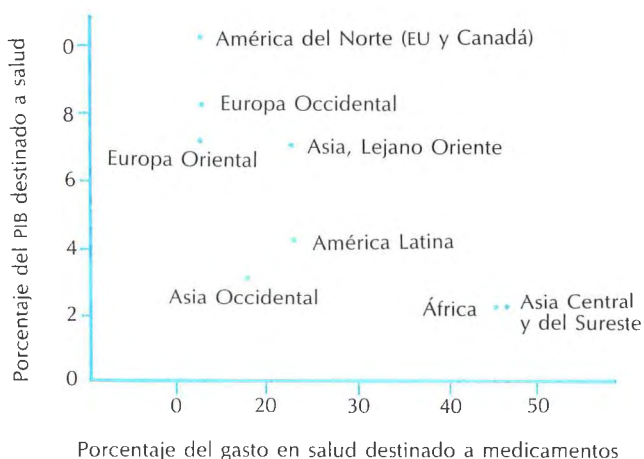
\* Se refiere a Estados Unidos y Canadá y América Latina y el Caribe. N. de la R.

7. R.J. Maxwell, *Health and Wealth*, Lexington Books, 1981.4. "World Pharmaceutical Market", en *IMS Pharmaceutical Newsletter*, 4 de enero de 1982, y "The Germs Fight Back" en *The Economist*, 13 de febrero de 1982.5. Patel, *op. cit.*6. OMS, *The Selection of Essential Drugs*, Serie de Informes Técnicos, núm. 641, Ginebra, 1979.

donde los fármacos son relativamente baratos, sólo cerca de 6% del presupuesto de salubridad se gasta en medicamentos. En cambio, casi 50% de los gastos totales de Asia en salud se destina a esos productos. Esta tendencia se muestra en la gráfica 1.

GRÁFICA 1

Gastos en salud y en medicamentos



A medida que se eleva el PIB, también aumentan el porcentaje de éste utilizado para atender la salud y el nivel absoluto del gasto en medicamentos. Empero, al elevarse el porcentaje del PIB destinado a la salud, desciende el porcentaje del gasto de salubridad utilizado para adquirir medicinas. Así, los gastos en fármacos tienen una menor elasticidad ingreso que las erogaciones del servicio de salud.

#### ANTECEDENTES DE LOS ALTOS COSTOS DE LOS MEDICAMENTOS

Como se ha mostrado, el mercado farmacéutico tiene algunas características especiales: resulta interesante examinarlas un poco más, pues su estudio es esencial para estimar tanto los costos probables futuros como los ahorros potenciales de la aplicación de políticas racionales al respecto. Se ha sostenido que la industria farmacéutica está muy concentrada; de hecho, que tiene una estructura oligopólica, que hay en ella discrepancias significativas de los precios de productos idénticos en distintos mercados geográficos y que obtiene utilidades excepcionalmente elevadas. En seguida se pasará una rápida revista a estos puntos.

En cuanto a la concentración geográfica, casi 75% de la producción mundial de medicamentos tuvo lugar en el último decenio en sólo seis países desarrollados. En cuanto a empresas, 30 grandes laboratorios cubrieron más de 50% de la producción de las economías de mercado.<sup>8</sup> La explicación de este elevado ni-

vel de concentración puede parecer oscura al principio, ya que no hay economías de escala significativas en la elaboración de medicamentos y, por tanto, no existen ventajas aparentes de las grandes empresas sobre las pequeñas. Normalmente se sostiene que las fuentes de la concentración en esta actividad son el nivel de la innovación de productos, los altos costos (y riesgos) de la investigación y desarrollo de nuevos fármacos, y las tendencias monopólicas que surgen de las características de los sistemas de patentes y de marcas registradas. Aunque no existen economías de escala en la elaboración, sí las hay, e importantes, en la manufactura de los ingredientes básicos. En conjunto, estos factores sirven para levantar barreras a la entrada de nuevas empresas en este mercado.<sup>9</sup>

Como resultado de las diferencias de precio, los productos farmacéuticos son innecesariamente caros en los países en desarrollo. La verdadera magnitud de estas variaciones es mayor que la que cabría esperar en un mercado que funcionara con fluidez. Las diferencias de precios de la cloroquina y de la tolbutamida llegan a ser de siete veces. Las de la tetraciclina son de más de diez veces, en tanto que las de la penicilina llegan a ser de 14.<sup>10</sup> Aunque todos estos productos estén disponibles en los mercados nacionales, dentro de una muy amplia gama de precios, los médicos que prescriben poco caso hacen, por lo común, de esas diferencias.<sup>11</sup>

En gran medida, esta capacidad de los productores para ejercer de tal suerte su dominio en el mercado se debe al empleo de marcas registradas en medicamentos que son idénticos desde el punto de vista genérico. La defensa de las marcas se ha basado en las diferencias de equivalencia biológica y de calidad de los productos amparados por ellas. Sin embargo, las diferencias sobre la base de esta característica biológica pueden ser a menudo espurias. Muy raramente se ha comprobado la importancia clínica de tales diferencias mediante pruebas clínicas adecuadamente controladas, por lo que en realidad se desconoce.<sup>12</sup> Las distinciones sobre la base de la calidad pueden también, a veces, conducir a equivocaciones. Con frecuencia, los productos de nombre genérico salen también de los principales laboratorios farmacéuticos y están sujetos a idénticos procedimientos de control de calidad que los de patente.<sup>13</sup> Como los precios de los productos genéricos están muy por debajo de los correspondientes a los de marca, cuando se comercializan medicamentos de este último tipo el resultado puede ser el de mayores costos para los consumidores.

Todos los factores anteriores han contribuido a que, desde 1955, la actividad farmacéutica se haya mantenido en el primero o en el segundo lugar en el mundo, por ser la más redituable entre las industrias manufactureras.<sup>14</sup> Como la mayor parte de la pro-

9. Comisión de Empresas Transnacionales de las Naciones Unidas, *Transnational Corporations and the Pharmaceutical Industry*, Nueva York, 1979.

10. UNCTAD, "Case Studies in the Transfer of Technology: Pharmaceutical Policies in Sri Lanka", Ginebra, 1977.

11. M.S. Patel, "The Choice of the Best or Cheapest Drugs", en *Economic and Political Weekly*, 22 de agosto de 1981, pp. 1397-1399.

12. A.R. Cochrane, *Effectiveness and Efficiency*, Nuffield Hospitals Trust, 1972.

13. "UNCTAD Reports", en *Development Forum*, mayo de 1982.

14. Comisión de Empresas Transnacionales de las Naciones Unidas, *op. cit.*

8. S. Lall, "Economic Considerations in the Provision and Use of Medicines", en R. Blum, A. Herxheimer, C. Stenzland y J. Woodcock (eds.), *Pharmaceuticals and Health Policy*, Croom Helm, 1981.

ducción de medicamentos se realiza en el mundo desarrollado y como la mayoría de la investigación que se financia con tan cuantiosas utilidades se centra en los problemas sanitarios de esos mismos países, resulta muy poco ventajoso para los PMD que se mantenga la alta redituabilidad de esta industria. De hecho, las iniciativas de política que se están adoptando en este campo, y que incluyen una regulación eficiente de la actividad farmacéutica y un relajamiento del sistema de propiedad industrial (patentes y marcas registradas), favorecen con claridad los intereses de los países en desarrollo.

#### LOS MERCADOS FARMACÉUTICOS DEL MUNDO EN EL AÑO 2000

Antes de estudiar la cuantía de los ahorros que podrían lograrse mediante iniciativas de política (relativamente menores) adoptadas por los PMD, convendría analizar, con fines ilustrativos, el probable tamaño del mercado mundial de medicamentos en el año 2000. Este intento de establecer un contexto de largo plazo para que se adopten iniciativas adecuadas de política resulta esencial para apreciar a cabalidad todas las consecuencias. Las estimaciones de la magnitud potencial del mercado farmacéutico mundial en el año mencionado, que se muestran en el cuadro 2, se obtuvieron gracias a la información del cuadro 1 y también con base en los supuestos (flexibles) que se describirán en seguida.

Se identifican dos componentes del crecimiento de los gastos dedicados a la atención de la salud y de los mercados farmacéuticos. El primero es un efecto ingreso simple basado en una regresión con datos obtenidos de un corte transversal, según el cual, conforme se eleva el ingreso per cápita varía sistemáticamente la proporción del PIB que se gasta en salud y en medicamentos (véanse el cuadro 1 y la gráfica 1). En la medida en que crece el ingreso per cápita también crece la proporción del ingreso dedicado al cuidado de la salud, en tanto que disminuye la parte proporcional que se gasta en medicamentos. El segundo componente del crecimiento de estos sectores es una hipótesis exógena. Se supone que la tasa de crecimiento del sector salud, como

porcentaje del PIB, es inversamente proporcional al porcentaje de dicho PIB que ya se gastó en salud. De manera específica, se supone que una vez que se gastó en salud 10% del PIB, continuará creciendo esta participación en dicho sector, aunque sólo de manera gradual, a una tasa de 0.5% al año. Sin embargo, si el sector salud absorbe únicamente 2% del PIB, entonces aquélla crecerá a una tasa de 1% anual. Debe subrayarse que estas hipótesis se adoptan sólo para fines ilustrativos y que los cambios reales en la participación estarán relacionados con las políticas concretas que se apliquen en el sector.

Varios de los resultados que se ofrecen en el cuadro 2 son dignos de nota, y relativamente insensibles a cambios en la verosimilitud de las hipótesis utilizadas. En particular, puede observarse que en el año 2000 no habrá disminuciones significativas de la desigualdad del consumo farmacéutico per cápita. Este indicador será de 12 dólares en África y en Asia suroriental y central pero llegará a 200 dólares en Japón. El consumo mundial medio per cápita casi se duplicará y en los países en desarrollo, considerados en conjunto, aumentará a un poco más del doble del correspondiente a 1981. En Asia se elevará casi tres veces.

Aún más dramático será el cambio de la participación del Tercer Mundo en el mercado (casi 50% de aumento). Dicha elevación obedecerá en parte al incremento del ingreso per cápita y a la proporción firmemente ascendente de este ingreso que se gastará en medicamentos, pero también responderá al crecimiento de la población. En 1981, el consumo de medicamentos de los países en desarrollo equivale a sólo un tercio del total en los desarrollados. En el año 2000 dicho consumo se elevará a 57%, o casi tres quintas partes del segundo. Asia, que en 1981 constituyó el cuarto mercado farmacéutico, por su magnitud, será el segundo del mundo en el año 2000, sólo 5% menor que el de América del Norte (Estados Unidos y Canadá.)

La participación de los países en desarrollo en el mercado farmacéutico mundial habrá pasado de 20% en el decenio de los

CUADRO 2

*Gastos en medicamentos y en salud en el año 2000 (precios de 1981)*

	Población (millones de habitantes)	PIB per cápita (miles de dólares)	PIB destinado a la salud (%)	Gasto per cápita en salud (dólares)	Gasto en medicamentos	
					Per cápita (dólares)	Total (miles de millones de dólares)
1. América del Norte	268	21.3	11.2	2 400	160	42.9
2. Lejano Oriente (Japón)	136	15.8	9.9	1 600	200	27.2
3. Europa Occidental	382	13.2	9.5	1 250	90	34.4
4. Europa Oriental	402	6.7	7.8	520	50	20.1
Subtotal (1 – 4)	1 188	13.1	10.0	1 300	104	124.6
5. América Latina	587	2.6	6.0	156	30	17.6
6. África	656	0.93	3.0	28	12	7.9
7. Asia (Occidental)	220	4.10	4.5	185	25	5.5
8. Asia (Central y del Sureste)	3 355	0.84	2.8	24	12	40.2
Subtotal (5 – 8)	4 818	1.22	3.1	40	15	71.2
Total	6 006	3.6	8.0	287	33	195.8

Fuente: Con base en datos tomados del *World Development Report*, 1979, de la *IMS Pharmaceutical Marketletter*, 4 de enero de 1982, y del cuadro 1; los supuestos y los cálculos se describen en detalle en el texto.



setenta a 25% a comienzos de los ochenta y a más de 36% en el año 2000. Tal cambio en los tamaños relativos de los mercados indicaría cuán importante es que las empresas farmacéuticas concedan mayor atención a los problemas sanitarios del Tercer Mundo. De hecho, como se explicará más adelante, es probable que una proporción creciente de la producción mundial de medicamentos se realice dentro de los mercados de esas zonas del planeta. En la actualidad, 14 países en desarrollo elaboran ya más de 70% (en valor) de los fármacos consumidos en sus mercados internos.<sup>15</sup>

De acuerdo con estas proyecciones, la parte de los gastos de salud que se dedica a adquirir productos farmacéuticos en el Tercer Mundo no disminuye, sino que permanece en un nivel de alrededor de 40%. Así, el crecimiento de la industria farmacéutica compensa la reducción proporcional del uso de medicamentos que cabría esperar de otra suerte. También vale la pena anotar que los gastos para atención de la salud en los países desarrollados —que, según un supuesto general, están llegando a sus máximos valores posibles— apenas se elevarán como proporción del PIB. En cambio, los mismos gastos en los PMD habrán de aumentar de manera más importante, hasta llegar a un promedio ligeramente superior a 3.6% del PIB. Sin embargo, el mayor aumento en términos absolutos (dólares) corresponderá a los países desarrollados, debido a que su punto de arranque es superior.

En términos más generales, de 1981 al año 2000, el gasto farmacéutico total de los países en desarrollo se multiplicará casi por cuatro: de 19 000 millones de dólares pasará a más de 71 000 millones (a precios de 1981). Se trata tanto de un alto nivel de gasto como de un cuantioso aumento, si se tiene en cuenta el corto lapso histórico en que se supone habrá de ocurrir. Las erogaciones en este sector, por tanto, continuarán imponiendo graves restricciones al desenvolvimiento de otros servicios de salud vitalmente necesarios. De esta suerte, resulta imperativo explorar algunos de los medios que pueden permitir disminuirlos. Esto ayudaría a lograr un uso más eficaz de los medicamentos y, al mismo tiempo, liberaría recursos para atender otros servicios de salud. Las acciones encaminadas a reducir los costos de los fármacos y que al mismo tiempo mejore su capacidad de combatir las enfermedades, facilitarían considerablemente el logro de la meta establecida por la OMS: un razonable nivel de salud para todos en el año 2000.<sup>16</sup>

#### AHORROS POSIBLES MEDIANTE UNA POLÍTICA FARMACÉUTICA RACIONAL

En esta sección se describen y analizan diversas políticas que pueden disminuir los elevados gastos en medicamentos, tanto los actuales, como los proyectados, en los países en desarrollo. Una descripción más completa de ellas se encuentra en un estudio de la UNCTAD.<sup>17</sup> Tal como se detalla en dicho documento, hay en lo esencial cinco posibilidades de política que cabe utilizar para tal propósito:

- La selección racional de medicamentos.

15. PNUD, *Pharmaceuticals in the Developing World*, Ginebra, 1979.

16. OMS, *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Ginebra, 1981.

17. UNCTAD, "Major Elements for an Integrated Pharmaceutical Policy", en UNCTAD, *Guidelines on the Technological Issues in the Pharmaceutical Sector*, Ginebra, 1982.

- Un sistema público de distribución.
- Importación de fármacos a granel.
- El uso de nombres genéricos.
- La producción interna de medicamentos.

Es posible analizar los efectos de estas políticas en los diferentes componentes que integran los costos totales de producción de los medicamentos. En general, se considera que la estructura de costos (ex fábrica) de los productos farmacéuticos tiene la forma que se muestra en el cuadro 3. Aunque el costo de manufactura es el mayor componente del correspondiente al producto terminado, representa menos de la mitad del costo total ex fábrica. Las utilidades y las erogaciones conjuntas de promoción y distribución se sitúan en alrededor de 20% para cada rubro, en tanto que a la administración y a las actividades de I y D corresponde casi 10% en cada caso. Esta estructura de costos es sumamente interesante cuando se trata de estimar la magnitud posible de los ahorros futuros. Es claro que, según las características de la política farmacéutica que se adopte, se podrá ahorrar en diferentes rubros del costo total. Además, dichos ahorros se lograrían en los países en desarrollo en una de dos formas: disminuyendo lo gastado en moneda nacional, o reduciendo la erogación en divisas.

CUADRO 3

#### La estructura de costos de los productos farmacéuticos

Componentes	Porcentaje del costo ex fábrica
Costo de manufactura	40.5
Distribución y promoción	17.0
Regalías, marcas registradas y patentes	2.2
Administración general	9.9
Investigación y desarrollo	9.7
Utilidades, antes del pago de intereses e impuestos	20.7
<i>Total</i>	<i>100.0</i>

Fuente: M.H. Cooper y A.J. Culyer, *The Pharmaceutical Industry*, Dun and Bradstreet, 1973.

Estas dos posibilidades se tendrán en cuenta en el subsiguiente análisis de los ahorros potenciales. Como se observa en el cuadro 4, a los precios ex fábrica se ha agregado un margen del detallista de 30%, ajustándose la composición de los costos para que sumen 100%. Este 30% para el detallista puede significar una importante subestimación, por lo que los verdaderos ahorros potenciales podrían ser correspondientemente mayores.

#### La selección racional de medicamentos

En el cuadro 4 se muestran los efectos potenciales derivados de eliminar diversos medicamentos peligrosos, ineficaces e inútiles. Según nuestro ejemplo, estos efectos significan, en términos de valor, casi 20% de la erogación total en medicamentos. Los ahorros posibles serían proporcionalmente mayores si se pusiera en práctica una gama relativamente extensa de restricciones. De hecho, el doctor H. Mahler, director general de la

CUADRO 4

*Ahorros posibles en el gasto total en medicamentos (%)*

Políticas actuales <sup>1</sup>	Categorías del costo								Ahorros		
	Manufac- tura	Distri- bución y promo- ción	Regalías, marcas y patentes	Administra- ción general	I y D	Utili- dades	Margen del de- tallista	Total	En moneda		
									En moneda nacional	En divisas	Totales
Selección racional de medicamentos	22	10	1.1	5	5	11	21	74	9	11	20
Sistema público de distribución	22	10	1.1	5	5	11	10	63	20	11	30
Importación de fármacos a granel	17	8	0.9	4	4	9	9	50	20	31	50
Uso de nombres genéricos	12	6	0.6	3	3	7	8	40	20	41	60
Producción interna de medicamentos	12	6	0.6	3	3	7	8	40	9	51	60

1. Véase el cuadro 3.

Fuente: Con base en datos de Cooper y Culyer, *op. cit.*, y del texto de este trabajo, en donde se explica cómo se ajustaron las cifras.

OMS, ha supuesto que sería posible atender más de 90% de las necesidades médicas de los países en desarrollo con no más de 2% de los medicamentos que se venden en el mercado.<sup>18</sup> No obstante, es posible encontrar otro camino en la lista de "200 medicamentos básicos y esenciales", elaborada por la OMS.<sup>19</sup>

De acuerdo con la política que aquí se propone, sólo se eliminarían los fármacos que fuesen realmente peligrosos o ineficaces, por lo que ponerla en práctica sería menos difícil. En el estudio de Yudkin se describen algunos medicamentos de este tipo.<sup>20</sup> Del total de ahorros que se estima posible en el gasto nacional destinado a productos farmacéuticos (20%), cerca de 11% podría ser ahorro directo de divisas. También podría lograrse el restante 9% en moneda nacional.

Una política encaminada a utilizar medicamentos esenciales da la posibilidad no sólo de reducir las erogaciones farmacéuticas totales, sino también de mejorar la relación costo/eficacia de estos gastos. Dicha relación podría mejorarse aún más si las empresas farmacéuticas dieran alguna sustancia a su apoyo verbal al objetivo de la OMS de "Salud para todos en el año 2000". La maximización de ingresos es en la actualidad un propósito que aceptan numerosas empresas industriales. Los laboratorios farmacéuticos podrían poner a los 200 productos básicos y esenciales de la lista de la OMS precios tales que permitieran maximizar el ingreso, en vez de las utilidades. Esto podría lograrse cotizando las ventas de estos medicamentos a los países en desarrollo a costos medios, más que a costos marginales (menos utilidades). Como estos fármacos no rinden, de todas maneras, grandes utilidades, tal política no representaría costos financieros gravosos para las empresas. La existencia de capacidad ociosa de producción agrega otro elemento en favor de dicha política de precios. Además, ésta también contribuiría a realzar la imagen un tanto deslustrada de la industria.

La relación costo/eficacia de las políticas farmacéuticas nacionales podría mejorarse también mediante una política selectiva de impuestos y subsidios a las importaciones, similar a la aplicada en países en desarrollo tales como Guyana. La mayoría de los PMD

gravan la importación y producción de fármacos. Sin embargo, esto no se hace de acuerdo con una política nacional de tipo totalizador. Se requiere una política nacional en materia de precios de medicamentos que distinga selectivamente entre los fármacos básicos o esenciales y los no esenciales o suntuarios. Desde el punto de vista administrativo, no resultaría difícil elevar los impuestos a los medicamentos "de lujo", a fin de subsidiar los precios de los básicos y esenciales. Puesto que estos últimos no constituyen una parte demasiado grande del valor de las importaciones de medicamentos, los ingresos recaudados gracias a esos impuestos bastarían para asegurar reducciones importantes en los precios de los fármacos esenciales, así como el aumento correspondiente en su disponibilidad.

Los ingresos netos también podrían utilizarse para financiar programas fundamentales de atención de la salud. Por ejemplo, un impuesto de 50% sobre los medicamentos suntuarios podría generar ingresos para el sector público de salud equivalentes a alrededor de la mitad de sus gastos en salarios y equipo. Una política impositiva como ésta mejoraría tanto la distribución como la asignación de los recursos destinados a salubridad, elevaría la magnitud absoluta del sector y produciría mejoras potenciales importantes en la salud misma. He aquí un campo en el cual las investigaciones y estudios adicionales de la OMS, la UNCTAD y otras instituciones pertinentes pueden aportar lineamientos fructíferos para la acción nacional.

#### *Un sistema público de distribución*

Se ha propuesto un segundo tipo de políticas: un sistema oficial de distribución de fármacos. Con esto se lograrían amplias ventajas para los servicios de salud, aparte de las disminuciones de costos. Es posible que un sistema de distribución a cargo de numerosas unidades privadas de pequeña escala propicie que los medicamentos se almacenen en condiciones inadecuadas, y que a menudo se rebasen los períodos de caducidad. Así, un sistema público de distribución puede dar por resultado una mejoría de la calidad de los medicamentos disponibles. Quizá también genere ingresos para el gobierno o para los servicios de salud, al mismo tiempo que disminuya los precios que paga el consumidor por los medicamentos.

Es posible que, otra vez, el ahorro potencial en moneda nacional de alrededor de 10% de las erogaciones totales en fármacos

18. "Developing Countries", en *Scrip*, 25 de marzo de 1978.

19. OMS, *The Selection of Essential Drugs*, *op. cit.*

20. J. Yudkin, "The Provision of Medicines in a Developing Country — A Case Study", mimeo., 1977.

sea una subestimación. En ocasiones se ha visto que los márgenes de los detallistas superan con mucho el 30% que hemos asignado.<sup>21</sup> Si el verdadero margen al menudeo en cualquier economía nacional fuese superior, los ahorros acumulativos previstos serían proporcionalmente mayores. Al reducir los gastos del fabricante en distribución y promoción, un sistema público de distribución podría también disminuir los costos ex fábrica. Se ha encontrado que dichos gastos son a veces de hasta 20% del costo total de los medicamentos.<sup>22</sup>

#### *Importación de fármacos a granel*

Otros autores han analizado con amplitud este sistema de compras en el exterior.<sup>23</sup> Se trata de una ampliación lógica de la distribución gubernamental de medicamentos y es una forma de integración vertical. Si bien no es necesario que se alteren las cantidades y tipos de los productos que se adquieren, las compras oficiales a granel remplazarán a numerosos pedidos privados poco cuantiosos. La aplicación de esta política puede disminuir los costos de muchos medicamentos en más de diez veces. Se ha visto que los ahorros totales pueden llegar a representar 33% de las erogaciones en medicamentos.<sup>24</sup> De acuerdo con nuestro ejemplo relativamente conservador, la ejecución de una política de importación de medicamentos que aproveche las ventajas de las reducciones de precios vinculadas con las adquisiciones a granel, incluido el recurso de las licitaciones internacionales abiertas, aumentaría los ahorros acumulativos en alrededor de 20-50 por ciento del gasto total destinado en la actualidad a la adquisición de fármacos.

Un sistema público de compras de estas características sería autofinanciable en lo esencial y podría, de hecho, aumentar los ingresos del gobierno o de los servicios de salud, al mismo tiempo que continuaría mejorando dichos servicios y provocando disminuciones de los precios a cargo del consumidor. La cuantía de los ahorros que podrían derivar de esa política equivaldría al 20% del gasto total de medicamentos en moneda nacional y a más de 30% de la erogación total en divisas destinada a fármacos. Así, el gasto total en medicamentos podría reducirse a la mitad.

#### *El uso de nombres genéricos*

Con la implantación de esta medida, para sustituir al sistema de marcas registradas, podrían lograrse ahorros adicionales. Esta política tiene cada vez mayor predicamento entre los responsables de cuidar la salud. Se sabe que este tipo de medidas genera alguna resistencia en los elementos más conservadores de la profesión médica; por ello, se piensa ya en ciertas estrategias que puedan reducir al mínimo las reacciones adversas.<sup>25</sup> En buena parte, estas reacciones obedecen a la incertidumbre sobre la calidad de los productos genéricos. La participación de los principales fabricantes farmacéuticos en la producción de medi-

camentos genéricos puede contribuir a aminorar tales preocupaciones.<sup>26</sup>

En el momento actual de la evolución de las políticas farmacéuticas racionales, los ahorros podrían ser del orden de 60% del gasto total en fármacos: alrededor de 40% correspondería al ahorro directo de divisas y también se lograría un ahorro adicional de 20% en moneda nacional. Es posible que no se aprecie adecuadamente la magnitud de estas sumas cuando se expresan como porcentajes del gasto total en medicamentos. Si se expresan, en cambio, como partes proporcionales del producto, puede apreciarse entonces que los ahorros que podrían provenir de adoptar una política farmacéutica racional serían del orden de 1% del PIB total de los países en desarrollo.

#### *Producción interna de medicamentos*

Puede proponerse también que el establecimiento de una industria farmacéutica nacional, responsabilidad del sector salud o de otros, se financie exclusivamente con cargo a los ahorros derivados de la aplicación de las políticas descritas. Acaso la insistencia en producir los medicamentos necesarios dentro del país no provoque importantes disminuciones adicionales de los costos. Sin embargo, las utilidades resultantes permanecerían en el seno de la economía nacional y, además, el país podría aumentar su capacidad para producir fármacos. También se beneficiaría de esa política la investigación encaminada a resolver los problemas nacionales de salud. Además podría reducirse drásticamente el empleo de las escasas divisas para adquirir productos farmacéuticos en el exterior. Los ahorros por este concepto podrían elevarse a 50% del total de gastos corrientes. También habría otras ventajas adicionales muy variadas, como, por ejemplo, un aumento de la autodeterminación en materia farmacéutica, una elevación de los ingresos públicos, una disminución de la carga del servicio de la deuda y un impulso del proceso de desarrollo nacional.

#### CONCLUSIONES

Las extrapolaciones de los gastos farmacéuticos hasta el año 2000 y la descripción de los ahorros posibles en esta materia, gracias a la aplicación de iniciativas racionales de política, se han presentado en este trabajo a título meramente ilustrativo. No obstante, son útiles para mostrar cuán importantes pueden ser los resultados de tales políticas. Si se combina la información de los cuadros 1 y 4, puede apreciarse que los ahorros potenciales de que habrían dispuesto los países en desarrollo como resultado de la aplicación de políticas racionales podrían haber sido del orden de 10 000 millones de dólares en 1981, o de más de 3 dólares per cápita, en promedio. Por supuesto, los ahorros posibles en el año 2000 serían mucho mayores. Si se combina la información de los cuadros 2 y 4, se llega a ahorros potenciales del orden de 35 000 millones de dólares, o de alrededor de 8 dólares per cápita, en promedio. Estas cifras acaso sean erróneas por subestimar los ahorros potenciales, pero de todas formas resultan impresionantes. Así, es imperativo y urgente que los planeadores de la salud promuevan políticas farmacéuticas racionales. El apoyo activo de la OMS, la UNCTAD y otros organismos pertinentes para investigaciones y estudios adicionales en este campo puede contribuir de manera importante a la formulación y aplicación de políticas farmacéuticas racionales en los países en desarrollo. □

21. UNCTAD, "Case Studies in. . .", *op. cit.*

22. Yudkin, *op. cit.*

23. S. Lall y S. Bibile, "The Political Economy of Controlling Transnationals: The Pharmaceutical Industry in Sri Lanka (1972-1976)", en *World Development*, vol. 5, núm. 8, agosto de 1977, pp. 677-697. [Con el título de "La economía política del control de las transnacionales. La industria farmacéutica en Sri Lanka, 1972-1976", se publicó en *Comercio Exterior*, vol. 27, núm. 8, agosto de 1977, pp. 951-968. N. del T.]

24. UNCTAD, "Case Studies in. . .", *op. cit.*

25. Lall y Bibile, *op. cit.*, y Patel, "The Choice of the Best. . .", *op. cit.*

26. *Development Forum*, *op. cit.*